

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF DEATH OF PERSON WITH
TERMINAL CANCER PERCEIVED BY FAMILY CAREGIVERS



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล
โดย	นางสาวจิตใจ ศิริโส
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร รัตนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร รัตนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ)

จิตใจ ศิริโส : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (SELECTED FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF DEATH OF PERSON WITH TERMINAL CANCER PERCEIVED BY FAMILY CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. สุรีพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.นพมาศ พัดทอง, 147 หน้า.

การศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวซึ่งเคยดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และเสียชีวิตไปแล้วอย่างน้อย 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 110 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2559 ถึงพฤศจิกายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการตาย แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .86, .99, .86, .82 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ($=6.95$, $SD=0.40$)
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสื่อสารของทีมสุขภาพ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ปานกลาง และต่ำกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.43$, $.42$, และ $.38$ ตามลำดับ, $p<.05$) และความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.56$, $p<.05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5677159936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PERSON WITH TERMINAL CANCER / FAMILY CAREGIVERS / QUALITY OF DEATH

JITJAI SIRISO: SELECTED FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF DEATH OF PERSON WITH TERMINAL CANCER PERCEIVED BY FAMILY CAREGIVERS. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, Ph.D., CO-ADVISOR: NOPPAMAT PUDTONG, Ph.D., 147 pp.

This study was a descriptive correlational research aimed to examine the relationships between distress, family relationships, communication of health care team, spiritual well-being and quality of death of terminal cancer patients as perceived by family caregivers. Participants included 110 family caregivers, who had been caring for terminal cancer patients as inpatients at Chulabhorn Hospital and Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital where the cancer patients died between two to six months earlier. Data were collected between June and September 2016. Research instruments: Demographic Data Recording Form, Quality of Death Questionnaire, Distress Thermometer, Family Relationship Questionnaire, Quality of Communication Questionnaire and Spiritual Well Being Scale. Those reliability were .86, .99, .86, .82 and .98, respectively. Statistics used for data analysis were frequency, mean, standard deviation and Pearson's Product moment coefficient.

The major findings were as follows:

1. Quality of death of terminal cancer patients as perceived by family caregivers was at the good level (=6.95, SD=0.40).
2. Spiritual well-being, communication of health care team and family relationships were significantly positive related to the quality of death of terminal cancer patients as perceived by family caregivers at the moderate, moderate and low level ($r=.43$, $.42$, and $.38$, respectively; $p<.05$) and distress was significantly negative related to the quality of death of terminal cancer patients as perceived by family caregivers at the high level ($r=-.56$; $p<.05$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความเมตตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและ ประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณา ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบ ขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงแก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รวมทั้งบุคลากรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลา อันมีค่ายิ่ง ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการช่วยเหลือดำเนินการ วิจัย ขอขอบพระคุณผู้ดูแลในครอบครัวของผู้เสียชีวิตทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือใน การวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ และขอให้ดวงวิญญาณผู้เสียชีวิตไปสู่สุคติในสัมปรายภพ

ขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา และขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ หอผู้ป่วยใน 7A โรงพยาบาลจุฬารัตน์ทุกท่านที่เสียสละเวลาทำงานเพิ่มขึ้นในระหว่างที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาและทำ การวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นที่ให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา ขอขอบคุณสามีผู้ เป็นที่รักที่ให้การดูแลและสนับสนุนผู้วิจัยในทุกด้านอย่างดีเสมอมา ห้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณ คุณแม่ประไพ ศิริโส ผู้เป็นพระพรหมของลูก รวมทั้งพี่สาวและหลานๆ สุดที่รัก ที่รัก และห่วงใย เป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดมา ตลอดจนถึงญาติมิตรทุกท่านที่ได้เฝ้าเยี่ยมซึ่งมีส่วนช่วย ให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่ได้รับ	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	14
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล (Caregiver)	18
3. คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	22
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การ สื่อสารของทีมีสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....	36
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79
อภิปรายผลการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	90
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	91
รายการอ้างอิง.....	92
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	98
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และการทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย.....	100
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่าง.....	115
ภาคผนวก ง จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล วิจัย จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	122
ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ สมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน และตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	135
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	147

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต ระยะเวลาในการดูแลผู้เสียชีวิต ตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต (n=110).....	68
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เสียชีวิต จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงเสียชีวิต การรักษาที่เคยได้รับ ระยะเวลาตั้งแต่เสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน (n=110).....	70
ตารางที่ 4 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายด้านและโดยรวม ของระดับคุณภาพการตาย ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110).....	72
ตารางที่ 5 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความทุกข์ทรมานโดยรวม และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110).....	73
ตารางที่ 6 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายด้านและโดยรวม ของการสื่อสารของทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110).....	74
ตารางที่ 7 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายด้านและโดยรวม ของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110).....	75
ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110).....	76

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของที่มีสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตายรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110).....	77
ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เสียชีวิต จำแนกตามชนิดของโรคมะเร็ง (n=110).....	139
ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เสียชีวิต จำแนกตามการรักษาที่เคยได้รับ (n=110).....	140
ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110).....	141
ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)	143
ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสื่อสารของที่มีสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110).....	144
ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110).....	145

สารบัญภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 Conceptual model for measuring quality of dying and death	24
รูปภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	50



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย และพบมากขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 112.8 ต่อประชากร 100,000 คน (สถิติสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ รวมทั้งมีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลตลอดจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อประคับประคองอาการที่ไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้ และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ และมีความต้องการในการดูแลจากความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ในระดับมาก (ศิริรัตน์ มากมาย ฉัตรชัย สิริชยานุกุล และธราณี สิริชยานุกุล, 2556) หากผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ต่างๆ ลงได้ จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจากไปอย่างสงบ และพบกับการตายดี (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556)

ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) ปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิตคือ ความปวด (สุปราณี นิรุตติศาสตร์, 2550; สุวคนธ์ กุรัตน พัทธรี ภาระโช และ สุวีริยา สุวรรณโคตร, 2556 : ออนไลน์) ซึ่งส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะสับสน (ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องตายในโรงพยาบาลภายใต้อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ ไม่ใช่เพื่อการรักษา แต่เป็นเพียงการยืดชีวิตเท่านั้น ซึ่งเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552) รวมทั้งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิต มีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคิดเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,780 บาทสำหรับปีสุดท้ายของชีวิต และวันนอนเฉลี่ย 29.2 วันต่อคน และพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตาย

ในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการตายในที่อื่นๆ รวมทั้งสูงกว่าการตายที่บ้านถึง 2 เท่า (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่าและจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งจากผลการศึกษาของ ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ (2555) พบว่ามีประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย ไม่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการประเมินและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยที่กลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าขาดการประสานการส่งต่อข้อมูลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในชุมชน การประสานงานการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอ ทำให้ญาติต้องนำผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้ต้องนอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล รวมทั้งพบว่าการดูแลในขณะที่ผู้ป่วยใกล้ตายและภายหลังการตายยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริง และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ จากประเด็นปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาวะความรุนแรงของโรค ความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งระบบการดูแลที่ยังไม่ชัดเจนและไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องแบกรับภาระในการดูแล เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และต้องเผชิญกับความเศร้าโศกเสียใจ รวมทั้งภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ภายหลังการตาย (การะเกด สายบรรดาศักดิ์, 2549)

ครอบครัวหรือผู้ดูแล เป็นบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ ตลอดการเจ็บป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต (สุรียา พองเกิด และสรวยทิพย์ ภูกฤษณา, 2556) และพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักประสบกับความกลัวเกี่ยวกับความตาย เกิดความวิตกกังวลอันเกิดจากการถูกแยกจากครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกหวั่นหวู่ ความรู้สึกปลอดภัยมันคงลดลง (สุจิรา จรัสศิลป์, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะ 1-2 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิตผู้ป่วยมักจะมีอาการกระวนกระวาย ขาดสติ นอนมากกว่าตื่น ไม่ค่อยรู้สึกตัว ในระยะนี้ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิต (พวง

ทอง ไกรพิบูลย์, 2548) ดังนั้น ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่รับรู้ถึงประสบการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยตลอด และการตระหนักถึงการรับรู้ของครอบครัวหรือผู้ดูแลต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อนำไปสู่การค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตายตามการรับรู้ของผู้ดูแล รวมทั้งการกำหนดแนวทางการดูแลที่ตอบสนองความต้องการและส่งเสริมให้เกิดการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งการตายดีคือตัวชี้วัดของคุณภาพการตายที่ดี โดยจากการศึกษาพบว่า คุณลักษณะของการตายดี คือ การไม่ทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การยอมรับความตาย การสนับสนุนทางสังคม และได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ทำให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Deborah Carr, 2003)

คุณภาพการตาย คือการตายที่เป็นอิสระจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว โดยสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จริยธรรม ความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี (Field and Cassell, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพการตาย หมายถึง ระดับความรู้สึกของบุคคลต่อช่วงชีวิตในระยะใกล้ตายและขณะตายของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการตายที่เกิดขึ้นจริงที่สังเกตได้จากบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์นั้นภายหลังการตาย (Patrick et al., 2001) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) อาการและการดูแลส่วนบุคคล 2) การเตรียมตัวก่อนตาย 3) สภาพเหตุการณ์ขณะตาย 4) ครอบครัว 5) การรักษาที่ต้องการ 6) การตระหนักถึงตัวตนของบุคคล

โดยจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาของต่างประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ (Choi et al., 2013) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน การสื่อสารของทีมสุขภาพ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ความทุกข์ทรมาน เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พบว่า ความปวดเป็นอาการทางด้านร่างกายที่พบบ่อย ที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (สุปรานี นิรุตติศาสตร์, 2550; สุวคนธ์ กุรัตน พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556) และความทุกข์ที่เกิดจากอาการทางด้านจิตใจ คือ ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และสับสน (ภุชงค์ เหล่ารุจิ สวัสดิ์, 2550) นอกจากนี้ ในงานวิจัยของต่างประเทศ พบว่าการได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ เกิดการตายที่ดีมีคุณภาพ (Patrick et al., 2001; Curtis et al., 2002; Patrick et al., 2003; Downey et al., 2010; Choi et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าการตายดี คือ การตายอย่างสงบไม่มีความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ (ยุพเรศ โจมแพง และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2556; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) ดังนั้น

ผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ จะส่งผลให้จากไปอย่างสงบ พบกับการตายดีและมีคุณภาพการตายที่ดี

การสื่อสารของทีมสุขภาพ เป็นรูปแบบการติดต่อสื่อสารของทีมสุขภาพกับผู้ดูแล และร่วมปรึกษาเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตรงตามความต้องการ รวมทั้งการให้ข้อมูลของทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เพื่อหาแนวทางการดูแลให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เกิดความเข้าใจและความพึงพอใจระหว่างผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้น การสื่อสารที่ดีมีความชัดเจนและเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน รวมทั้งการเอาใจใส่ดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ และเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ และเกิดคุณภาพการตายที่ดี (Curtis et al., 2002; Downey et al., 2010) สอดคล้องกับให้ความหมายของการตายดี คือ การตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม (ยุพเรศ โจมแพง และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2556)

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการแสดงออกซึ่งความรักต่อกัน ไม่ว่าจะเป็นทางกาย วาจา และใจ มีความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ดังนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดี แสดงความรักความห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยว รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ สามารถจากไปอย่างสงบ เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Stewart et al., 1999; Choi et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายของการตายดี คือ การตายที่ได้อยู่กับครอบครัวในช่วงเวลาก่อนตาย (ยุพเรศ โจมแพง และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2556; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกร่วมลึกภายในจิตใจที่แสดงถึงภาวะสงบสุข ยอมรับความจริงและพึงพอใจในสิ่งที่กำลังเผชิญ รู้สึกมั่นใจในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายสามารถยอมรับการตายและเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ (Curtis et al., 2002) รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาก่อนและจากไปอย่างสงบได้ (วิไลลักษณ์ ตันตระกูล , 2552) ดังนั้นการน้อมนำจิตให้มีสมาธิ คิดถึงสิ่งที่ดีงาม ยอมรับในสิ่งที่เผชิญจะช่วยให้ผู้ป่วยพบการตายอย่างสงบ เกิดคุณภาพการตายที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตายในบริบทของสังคมไทย หากแต่เป็นเพียงการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของการตายดี ตามการรับรู้ของกลุ่มบุคคลต่างๆ โดยส่วนใหญ่แล้วการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตายจะเป็นการศึกษาของต่างประเทศ และการนำเอาองค์ความรู้ที่ได้มีการศึกษาไว้ของต่างประเทศมาใช้ในประเทศไทย จำเป็นจะต้องมีการทำวิจัยซ้ำ เนื่องจากในบริบทของประเทศไทยและต่างประเทศมีความแตกต่างกันในด้านวิถีชีวิต ความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและ

วัฒนธรรม และจากสถานการณ์อัตราการตายจากโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทำให้มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ส่งผลกระทบที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ระบบการดูแลที่ยังไม่ทั่วถึงและครอบคลุม ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงขึ้น รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่อาจทำให้เกิดคุณภาพการตายที่ไม่ดี

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในบริบทของสังคมไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ความศรัทธา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของคนไทย ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น สามารถเผชิญกับความตายและจากไปอย่างสงบ ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลเป็นอย่างไร
2. ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดคุณภาพการตาย ของ Patrick และคณะ (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และพบว่าคุณภาพการตาย หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆในช่วงระยะใกล้ตายและขณะตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการตายที่เกิดขึ้นจริงที่สังเกตได้ของบุคคลนั้นๆ โดยแนวคิดคุณภาพการตายของ Patrick และคณะมีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. อาการและการดูแลส่วนบุคคล (Symptoms and personal care) เป็นการสะท้อนถึงการได้รับการดูแลควบคุมอาการต่างๆ เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมาน รวมถึงการ

รับรู้ความสามารถของตนเอง และความเป็นอิสระในการดูแลตนเอง โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการในการบรรเทาความทุกข์ทรมานในระดับมาก (ศรีรัตน์ มากมาย ฉัตรชัย สิริขยานุกุล และธราณี สิริขยานุกุล, 2556) หากผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการบรรเทาความทุกข์หรือความไม่สุขสบายต่างๆ ลงได้ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ก่อนเสียชีวิต และส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและมีคุณภาพการตายดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภา คุณทรงเกียรติ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตายดี ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การตายดี คือ การตายที่ไม่มีความทุกข์ทรมาน ยอมรับการตายที่กำลังจะมาถึง และจากไปอย่างสงบ

2. การเตรียมตัวก่อนตาย (Preparation for death) เป็นการวางแผนและจัดการเหตุการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยที่ค้างคาให้เสร็จสิ้นก่อนตาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา รวมไปถึงการทำให้ยอมรับความตาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนตาย เมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือระยะใกล้ตาย จะสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ หรือพบกับการตายที่ดี (Morita et al., 1998)

3. สภาพเหตุการณ์ขณะตาย (Moment of death) เป็นการเลือกลักษณะการตายตามความต้องการของผู้ป่วยก่อนที่จะตายจริง เช่นต้องการตายที่บ้าน ตายแบบหลับไปเลย เป็นต้น จากการศึกษางานวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างภาวะสุขภาพจิต การรักษาที่ต้องการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและสถานที่ตาย กับคุณภาพการตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการไปเสียชีวิตที่บ้านมากที่สุด ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เป็นไปตามความต้องการจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Nillson et al., 2009)

4. ครอบครัว (Family) เป็นการสะท้อนถึงสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความรักความห่วงใยต่อกัน การดูแลกัน และการใช้เวลาที่เหลือในช่วงสุดท้ายของชีวิตอยู่กับครอบครัว บุคคลอื่นเป็นที่รัก สัตว์เลี้ยง หรือต้องการอยู่ตามลำพัง จากการศึกษาพบว่าครอบครัวหรือผู้ดูแล เป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลซึ่งกันและกันตลอดการเจ็บป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต (สุริยา พองเกิด และ สรวงทิพย์ ภู่กฤษณา, 2556)

5. การรักษาที่ต้องการ (Treatment preferences) เป็นการสะท้อนถึงการร่วมปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วยหรือครอบครัว ในวางแผนการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยหรือครอบครัวกับทีมสุขภาพ สื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน จากการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างภาวะสุขภาพจิต การรักษาที่ต้องการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและสถานที่ตาย กับคุณภาพการตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่ต้องการการใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต เพียงแต่ต้องการการ

บรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเท่านั้น ซึ่งส่งผลให้เกิดการจากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี (Nillson et al., 2009)

6. การตระหนักถึงตัวตนของบุคคล (Whole person concerns) เป็นการสะท้อนถึงการเคารพและให้เกียรติ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การเข้าใจถึงความเป็นตัวตนและธรรมชาติของผู้ป่วย จากการศึกษาของ พัทนี สมกำลัง ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ รัตนา นิลวัชรารัง และชัชฎาภา สมศรี (2556) พบว่า การเผชิญความตายอย่างผาสุก ควรคงสภาพความเป็นบุคคลที่ได้รับบริการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้รับอำนาจในการตัดสินใจและมีสิทธิ์ในชีวิตของตนจนจบจนวาระสุดท้าย

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตาย จากการทบทวนวรรณกรรมของ Choi et al., (2013) ซึ่งได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ที่พักรักษาในหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตไปแล้วในประเทศเกาหลี จำนวน 570 คน พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตาย ได้แก่ 1) ความทุกข์ทรมานหรืออาการที่มีผลกระทบต่อความสุขสบายทางร่างกายและจิตใจ 2) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว 3) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ 4) สถานที่ในการดูแล 5) ความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพซึ่งรวมถึงการสื่อสารของทีมสุขภาพ 6) การดูแลประคับประคองของเจ้าหน้าที่ และ 7) ระยะเวลาในการรับและส่งต่อการดูแล

โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่า

ความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล เป็นความรู้สึกที่เกิดจากร่างกายถูกคุกคามจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา เช่น ความเจ็บปวด (ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร, 2547) และถือว่าเป็นตัวแปรที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการตาย หรือส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ไม่ดี โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกราย ร้อยละ 100 มีอาการอ่อนเพลีย ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร ง่วงซึม และร้อยละ 77.77 มีอาการปวด โดยอาการง่วงซึม ไม่สบายกาย-ใจ และอ่อนเพลียพบได้มากกว่าในระยะอื่นๆ และพบว่ามีความต้องการในการทุเลาจากความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ ในระดับมาก (ศรีรัตน์ มากมาย ฉัตรชัย สิริชยานุกุล และธราณี สิริชยานุกุล, 2556) หากผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ต่างๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถจากไปอย่างสงบ และพบกับการตายดี (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) นอกจากนี้การศึกษาของ Patrick และคณะ (2003) พบว่าการตายที่มีคุณภาพสูง คือ การตายที่เป็นอิสระจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล จากการศึกษาของ Choi และคณะ (2013) พบว่าอาการปวดมีผลต่อความสุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ และความทุกข์ทรมานจากความปวดทำให้

ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจลดลง ส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ไม่ดี ความทุกข์ทรมาน น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ที่มีการแสดงออกซึ่งความรักต่อกันทั้งทางกาย วาจา และใจ มีความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลกัน การฟังพาวาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว โดยจากการทบทวนพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการด้านการได้อยู่กับผู้ป่วยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90.70 (การะเกด สายบรรดาศักดิ์, 2549) และพบว่า การได้อยู่กับครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของกระบวนการตายในระดับสูง (Venegas & Alvarado, 2010) นอกจากนี้พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลือ จะส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Stewart et al., 1999; Choi et al., 2013) ดังนั้น สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

การสื่อสารของทีมสุขภาพ หมายถึง การให้ข้อมูลของทีมสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการ และแผนการรักษา ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รวมทั้งให้คำปรึกษา และรับฟังปัญหาของผู้ดูแลอย่างตั้งใจเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและมีความพึงพอใจระหว่างผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข้อเท็จจริง ความรู้สึก ความคิด หรือการกระทำต่าง ๆ โดยมีเจตนาที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เช่น การเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรม โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการในการรับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาอยู่ในระดับมาก (ศรีรัตน์ มากมาย ฉัตรชัย สิริชยานุกุล และธราณี สิริชยานุกุล, 2556) และพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร คิดเป็นร้อยละ 89.23 และความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 88.85 นอกจากนี้ยังพบว่าความต้องการรายด้านของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ (การะเกด สายบรรดาศักดิ์, 2549) รวมทั้งพบว่าคุณภาพการสื่อสารที่ดีเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ควรประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การพยากรณ์โรค ภาวะใกล้ตาย และศาสนากับจิตวิญญาณ (Curtis et al., 2004) นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการสื่อสารของทีมสุขภาพเป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบหนึ่ง เพื่อ

ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในการดูแล และส่งผลให้ได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต และเกิดคุณภาพการตายที่ดี (Stewart et al., 1999; Choi et al., 2013) และพบว่าการอธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจรักษาและสัมพันธ์ภาพกับทีมผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Choi et al., 2013) ซึ่งการสื่อสารด้านการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี ส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี พบว่า การสื่อสารของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของกระบวนการตาย (Venegas & Alvarado, 2010) ดังนั้น การสื่อสารของทีมสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ที่แสดงถึงภาวะสงบสุข ยอมรับความจริงและพึงพอใจในสิ่งที่กำลังเผชิญ รู้สึกมั่นใจในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว เป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจที่สงบสุข ยอมรับความจริงและพึงพอใจในสิ่งที่กำลังเผชิญ ถือว่าเป็นตัวแปรที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี โดยจากการศึกษาของ Choi et al., (2013) พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตาย นอกจากนี้ยังพบว่า ความผาสุกในชีวิตซึ่งครอบคลุมความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีความสมดุลของกายและจิต ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดีและประสบความผาสุกในชีวิตในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพราะเป็นมิติที่สำคัญในเสริมสร้างพลังอำนาจตนเอง และสิ่งที่สำคัญต้องคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกรดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตาย เผชิญกับความตายได้อย่างสงบและพบกับการตายที่ดีอย่างมีคุณภาพ (ทัศนีย์ ขาว เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์ และทิพมาส ชินวงศ์, 2556) ดังนั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล
2. ความทุกข์ทรมาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เคยได้รับการรักษาเพื่อการประคับประคองดูแลตามอาการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพการตาย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีต่อเหตุการณ์ในช่วงระยะใกล้ตายคือ 10-14 วันก่อนตาย และในช่วงเวลาขณะตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการตายที่เกิดขึ้นจริง ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล คือการดูแลควบคุมอาการต่างๆ เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย คือการวางแผนและจัดการเหตุการณ์ต่างๆ ที่ค้างคาให้เสร็จสิ้นก่อนตาย
3. ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย คือการเลือกลักษณะหรือสภาพการตายตามความต้องการของผู้ป่วยก่อนตาย
4. ด้านครอบครัว คือสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกถึงความรักความห่วงใยต่อกัน การดูแลซึ่งกันและกัน และใช้เวลาที่เหลือในช่วงสุดท้ายของชีวิตกับครอบครัว
5. ด้านการรักษาที่ต้องการ คือลักษณะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยหรือครอบครัวกับทีมสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยของคนในครอบครัว
6. ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล คือการเคารพและให้เกียรติ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงการเข้าใจถึงความเป็นตัวตนและธรรมชาติของผู้ป่วย

โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการตาย (Quality of Dying and Death Questionnaire : QODD) ของ Patrick และคณะ (2001) คะแนนรวมมาก หมายถึง คุณภาพการตายอยู่ในระดับสูง

หรือมีคุณภาพการตายที่ดี และคะแนนรวมน้อย หมายถึง คุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำหรือมีคุณภาพการตายที่ไม่ดี

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดใดๆ ที่มีการแพร่กระจายไปตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยมีเป้าหมายการรักษาเพียงเพื่อประคับประคองอาการ และบรรเทาความทุกข์ทรมานอันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรคเท่านั้น และได้เสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตไปแล้ว โดยเคยให้การดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่มีชีวิตอยู่มากที่สุด รวมทั้งได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงระยะใกล้ตายและขณะตาย และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะเครือญาติ ได้แก่ พ่อ แม่ บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง เขยหรือสะใภ้ เป็นต้น ซึ่งประเมินโดยการสอบถามจากสมาชิกในครอบครัว

ความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล ด้วยแบบวัด Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย ของ สาวิตรี เจตยานุวัตร และภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ (2556) การแปลผล คือ คะแนนน้อย หมายถึง ไม่ทุกข์เลย และ คะแนนมาก หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ที่มีการแสดงออกซึ่งความรักต่อกันทั้งทางกาย วาจา และใจ มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ของ จริญญา แก้วสกุลทอง (2552) ประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลกัน การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว การแปลผล คือ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูง

การสื่อสารของทีมสุขภาพ หมายถึง ลักษณะการสื่อสารและการให้ข้อมูลของทีมสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือครอบครัว เกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการ และแผนการรักษา ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รวมทั้งให้คำปรึกษาและรับฟังปัญหาของผู้ดูแลอย่างตั้งใจเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เกิดความพึงพอใจระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการสื่อสาร (the Quality of communication : QOC) ของ Curtis และคณะ (2004) ซึ่งเป็นการสอบถามเกี่ยวกับการสื่อสารของทีมสุขภาพกับผู้ป่วย ในช่วงระยะใกล้ตายและ

ช่วงเวลาขณะตาย ประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล คะแนนรวมมาก หมายถึง การสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ และ คะแนนรบน้อย หมายถึง การสื่อสารที่ไม่ดีไม่มีประสิทธิภาพ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ที่แสดงถึงภาวะสงบสุข ยอมรับความจริงและพึงพอใจในสิ่งที่กำลังเผชิญ รู้สึกมั่นใจในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian and Ellison (1982) ประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่าง หมายถึง ความรู้สึกว่ชีวิตมีเป้าหมาย ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่า พึงพอใจในชีวิตตนเอง มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง พึงพอใจในการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น

2. ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สงบภายในจิตใจ ซึ่งเกิดจากความศรัทธา ความเชื่อในศาสนา มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมาก คะแนนรบน้อย หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณน้อย

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการตาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

2. เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพการตาย ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.2 การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

2.2 ประเภทของผู้ดูแล

2.3 ความสำคัญของผู้ดูแล

2.4 คุณลักษณะของผู้ดูแล

3. คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการตาย

3.2 การเผชิญความตาย

3.3 ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

3.4 บทบาทของพยาบาลในการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้มีคุณภาพ

การตายที่ดี

3.5 คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

3.6 การประเมินคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

4.1 ความทุกข์ทรมาน

4.1.1 ความหมายของความทุกข์ทรมาน

4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน กับคุณภาพการตายของ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

4.1.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมาน

4.2 สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

4.2.1 ความหมายของสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว กับ

คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

4.2.3 แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

4.3 การสื่อสารของทีมสุขภาพ

4.3.1 ความหมายของการสื่อสารของทีมสุขภาพ

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารของทีมสุขภาพ กับคุณภาพการตาย

ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

4.3.3 แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ

4.4 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

4.4.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการ

ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

4.4.3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Johnson & Bourgeois (2003) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ บุคคลที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคด้วยความกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะต้องทนทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การพยาบาลที่ให้มีจุดประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมาน การจัดการกับอาการแสดงต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมในการเผชิญกับความตาย

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2547) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีทางรักษาต่อได้อีก นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนเสียชีวิต

Kwon et al. (2006) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีการ

ดำเนินของโรค ที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการรักษาใดๆ ได้แล้ว เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด หรือ ยาฮอร์โมน

สันต์ หัตถิรัตน์ (2552) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือผู้ป่วยที่เจ็บหนัก เป็นผู้ที่หมดหวัง ป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางใจที่ไม่มีโอกาสฟื้นทุกซ์ทรมาน โรคกำเริบแพร่กระจายจนไม่สามารถรักษาให้หายได้ และเข้าสู่ระยะสุดท้าย

1.2 การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย

ภาวะใกล้ตาย (active dying) เป็นกระบวนการที่เกิดจากอวัยวะสำคัญ ๆ ในระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือถึงขั้นล้มเหลว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนมีสาเหตุการตายที่แตกต่างกันจึงมีอาการแสดงที่แตกต่างกันได้ กระบวนการใกล้ตายนี้อาจใช้เวลา 10 ถึง 14 วัน แต่ในบางรายอาจใช้เวลาเพียง 24 ชั่วโมง ในทางการแพทย์มักจะถือว่าระยะใกล้ตาย คือ 48 ชั่วโมงสุดท้าย เป้าหมายสำคัญของพยาบาลในการดูแลในระยะนี้ คือ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ หรือที่เรียกว่า การตายดี (good death) โดยการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย (สุมาลี นิมนานินิตย์, 2550) มีดังนี้

1.2.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) ผู้ใกล้เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีความต้องการอาหารและน้ำลดลง เนื่องจากระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือล้มเหลว ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนลำบากร่วมด้วยจึงทำให้อยู่ในภาวะขาดน้ำ (dehydrate) ซึ่งมีผลทำให้ปริมาณของเลือดลดลงตามไปด้วย ดังนั้นหัวใจต้องเต้นเร็วขึ้น เพื่อชดเชยปริมาณเลือดในส่วนต่าง ๆ เมื่อร่างกายไม่สามารถชดเชยต่อไปได้ อวัยวะสำคัญๆ กำลังจะหยุดทำงาน เซลล์ในร่างกายจะขาดเลือดและออกซิเจน (hypoxia) หัวใจจะเต้นช้าลงและความดันโลหิตจะลดลง เลือดที่ไหลเวียนไปที่แขนและขาจะลดลง จะทำให้แขนขาเย็นขึ้น (clammy) สีผิวจะเปลี่ยนไป เป็นซีดหรือเขียวคล้ำหรือมีจ้ำเลือดเป็นแห่ง ๆ โดยเฉพาะบริเวณปลายเท้า กระบวนการเผาผลาญในร่างกายจะลดลง ส่งผลให้อุณหภูมิในร่างกายจะลดลง ผิวกายจะเย็น (ยกเว้นในรายที่มีการติดเชื้อ) การห่มผ้าหนา ๆ ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายแต่กลับจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดมากขึ้น เพราะน้ำหนักของผ้าห่มแม้จะเพียงเล็กน้อยก็ตาม (สุมาลี นิมนานินิตย์, 2550)

1.2.2 ระบบหายใจ (respiratory system) เมื่อหัวใจทำงานลดลงจะทำให้การฟอกเลือดที่ปอดลดลงตามไปด้วย จึงมีการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองที่ปอด ฟังเสียงปอดผิดปกติเหมือนมีน้ำคั่ง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) อาการนี้จะพบได้ในผู้ป่วยใกล้ตายบ่อยถึง 50-70% (Pitorak, 2003) ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามมากในการหายใจ (air hunger) มีอาการกระวนกระวาย แพทย์อาจช่วยด้วยการให้ยากลุ่มยาเสพติด (opioid) ในขนาดต่ำ ๆ เพื่อช่วยให้หลอดเลือดดำที่ปอดขยายตัวดีขึ้น ลดการคั่งของน้ำที่ปอดลง (lung congestion) เพราะการให้ออกซิเจน

เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากพบว่ามีอาการไอแห้ง ๆ เสมหะเหนียวข้น ควรให้ออกซิเจนที่มีละอองไอน้ำความชื้นช่วย ผู้ดูแลควรเปิดประตูหน้าต่าง ควรเปิดพัดลมเบา ๆ เพื่อช่วยให้การหมุนเวียนของอากาศดีขึ้น สายลมที่พัดสัมผัสใบหน้าเบา ๆ จะเป็นการกระตุ้นเส้นประสาท (trigeminal nerve) บริเวณแก้มและรอบ ๆ จมูก เพื่อไปลดความรู้สึกหายใจลำบากให้น้อยลง ญาติหรือมิตรสหายไม่ควรยืนมุงดู แต่ควรอยู่ในระยะห่างพอสมควร เพื่อช่วยให้อากาศบริเวณรอบเตียงถ่ายเทได้ดี การช่วยพุดนำเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าออกลึก ๆ หรือการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานัสสติ จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ระดับหนึ่ง การหายใจเร็วและหายใจลำบากควรให้ยากลุ่มยาเสพติด เช่น มอร์ฟีน โดยควบคุมอัตราการหายใจให้อยู่ระหว่าง 10-15 ครั้ง/นาที จะช่วยลดอาการกระวนกระวายของผู้ป่วย เนื่องจากหายใจไม่ออกได้ ควรช่วยให้อาการหายใจลำบากลดลงก่อนให้ยากลุ่มระงับประสาท (sedation) โดยปกติแล้วการมีคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นในเลือดจะช่วยกระตุ้นการหายใจ แต่ในผู้ป่วยใกล้ตายกลไกนี้ใช้ไม่ได้ผล การหายใจจะตื้น/สั้นและมีหยุดหายใจ (apnea) ได้ 10-30 วินาทีในทุก 2 นาทีเป็นระยะๆ ซึ่งเรียกว่าการหายใจแบบ Cheyne-Stokes Respiration ซึ่งพยาบาลควรอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2550)

1.2.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal system) เมื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำลดลง ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับสภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อน ย่อมมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้าลง รวมทั้งกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน แม้แต่น้ำก็กลืนลำบาก ในเกือบทุกสังคมที่ยอมรับว่า การให้อาหารและน้ำดื่ม เป็นข้อบ่งชี้ถึงการดูแลกันด้วยความรักและห่วงใย การให้น้ำและสารอาหารอย่างเหมาะสมเป็นผลดีต่อการทำงานของผิวหนังและเยื่อเมือความชุ่มชื้น ถ้าใส่ทำงานได้ดี ส่งเสริมการหายใจของแผล ทำให้ไตทำงานดีขึ้น มีพลังงานเพียงพอที่จะสื่อสารได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการอาหารลดลง (loss of appetite) ผู้ดูแลไม่ควรฝืนความต้องการของร่างกายผู้ป่วย คอยดูแลให้อาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการบางครั้งอาจไม่เป็นไปตามมี้อาหารแบบปกติ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid) ในผู้ป่วยใกล้ตายบางรายจะเป็นภาระแก่ร่างกายในการขจัดของเสียออกมากกว่าจะเป็นผลดี เพราะสารน้ำจะออกจากเซลล์ไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ (third-spacing) และทำให้มีอาการบวมคลีนัส และมีอาการปวดมากขึ้น ญาติควรได้รับรู้ว่าการไม่ให้อาหารและน้ำในระยะนี้จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น เพราะร่างกายจะสลายพลังงานจากไขมันมาใช้ทำให้มีระดับ ketonemia สูงขึ้น และผู้ป่วยในระยะใกล้ตายจะไม่รู้สึกหิว แต่การให้สารอาหารพวกแป้ง (carbohydrate) จะไปยับยั้งการสร้าง ketone และทำให้หิวมากขึ้น การดูแลที่ดีที่สุดคือการรักษาอนามัยในช่องปาก ดูแลให้เยื่อช่องปากชุ่มชื้นอยู่เสมอ แพทย์/พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงผลดีและข้อจำกัดในการให้สารอาหารแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย การให้สารน้ำและอาหารด้วยสายยาง อาจจำเป็นในบางรายเท่านั้น เพราะอาการขาดน้ำอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน (delirium) และไตทำงานล้มเหลวได้ ในผู้ป่วย ไตวายที่ได้ยาในกลุ่ม opioid จะทำให้ยามีฤทธิ์ระงับและทำให้ผู้ป่วย

สับสน อาจมีกล้ามเนื้อกระตุกและชักได้ จึงควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับระดับยา และให้น้ำอย่างเพียงพอ เมื่อเวลาใกล้ตายกล้ามเนื้อบริเวณโคนลิ้น เพดานปาก และลิ้นไก่จะอ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถขจัดเสมหะและน้ำลายได้อย่างปกติ ทำให้มีการสะสมของเสมหะ และสารคัดหลั่งในหลอดคอ และหลอดลม (oropharynx and bronchi) ได้ง่าย ทำให้ลมที่ผ่านเข้าออกเกิดเป็นเสียงคราง (death rattle) คล้ายผู้ป่วยกำลังเจ็บปวด ทำให้ญาติและผู้ดูแลกังวลใจ จึงคอยดูดเสมหะให้บ่อย ๆ ซึ่งไม่ช่วยให้เสียงนั้นหายไปแต่จะเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากการดูดเสมหะ ในการดูแลควรจัดท่านอนแบบตะแคงข้างและไขเตียงให้ศีรษะสูงขึ้น จะช่วยทำให้เสียงครางนี้หายไปได้ หากมีเสมหะมากควรรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาที่ช่วยยับยั้งการหลั่งของเสมหะ เช่น atropine หรือยาอื่นๆ ในกลุ่ม anticholinergic and antispasmodic agents (สุมาลี นิมมานนิตย์, 2550)

1.2.4 ระบบการทำงานของไต (renal system) จากการทำงานของหัวใจทำงานลดลง ก็จะส่งผลให้ไตทำงานลดลง และมีผลต่อการกรองของเสียและมีปริมาณน้ำปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยในระยะใกล้ตายกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะจะหย่อนตัว (relax) ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ไม่จำเป็นต้องใส่สายสวน สำหรับผู้ป่วยชายอาจใช้ถุงพลาสติกกรองรับน้ำปัสสาวะไว้เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยสตรีควรใช้ผ้าอ้อมที่ซับน้ำรองไว้ เพื่อกันการเปียกชื้นก็พอเพียง อาการอื่นๆ ที่ผู้ดูแลควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือ อาการปวด ควรมีการประเมินความเจ็บปวดเป็นระยะๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะใกล้เสียชีวิตแล้วก็ตาม ระดับยาแก้ปวดควรปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ผลจากการวิจัยในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ 24 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิตยังต้องการยาแก้ปวดอยู่ แต่มักต้องการในระดับต่ำ (Pitorak, 2003) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบสนองหรือสื่อสารได้แล้ว อาการกระสับกระส่ายหรือกระวนกระวายอาจมาจากอาการปวดได้ จึงควรให้ยาแก้ปวดในระดับที่เคยให้ต่อไป เพราะการหยุดยาอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ในผู้ป่วยที่เคยได้รับยาแก้ปวดทางปาก หากไม่สามารถกลืนยาได้ ควรพิจารณาให้ยาที่ดูดซึมได้ลิ้น ทางทวารหนักหรือทางหลอดเลือดดำแทน ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับขนาดยาอย่างเหมาะสม พร้อมกันนี้ควรให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยเรื่องเสียงครางต่าง ๆ ว่าไม่ได้เกิดจากการเจ็บปวด เพราะได้ให้ยาแก้ปวดอย่างระมัดระวังอยู่แล้ว (สุมาลี นิมมานนิตย์, 2550)

1.2.5 ระบบประสาท (Neurologic system) เมื่อระบบหัวใจ/หลอดเลือดและปอดทำงานลดลงย่อมมีผลทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงสมองลดลงและมีของเสียคั่งในสมอง จึงทำให้มีอาการแสดงทางระบบประสาทและการรับรู้เปลี่ยนแปลงได้จากหลายสาเหตุ เช่น มีปริมาณเลือดในสมองลดลง (hypoxemia) การเผาผลาญอาหารลดลง (metabolic imbalance) ภาวะเป็นกรดในร่างกาย (acidosis) มีของเสียในเลือดเพิ่มขึ้นจากภาวะที่ตับและไตล้มเหลว หรือเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ร่วมด้วยเป็นต้น อาการสับสนหรือกระวนกระวายใกล้ตาย (terminal delirium) นี้จะแสดงออกเป็นอาการสับสน (confusion) วิดกกังวล (anxiety) กระวนกระวาย

(agitation) หรือ พักไม่ได้ (restlessness) มักพบได้เสมอในคนใกล้ตาย ถึง 28-83% (Casarett & Inouye, 2001) อาการสับสน คือ อาการที่ผู้ป่วยแสดงไม่เป็นเหตุผลหรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ปัจจุบัน อาการนี้อาจมาจากฤทธิ์ของยาบางตัวได้ส่วนอาการวิตกกังวลอาจเกิดจากความตายที่ใกล้เข้ามา อาจรู้สึกตื่นกลัวจนมีอาการแสดงทางกายร่วมด้วย เช่น หายใจถี่ ๆ คลื่นไส้ หรือ ท้องเสีย ผู้ป่วยอาจใช้มือไขว่คว้าสิ่งที่อยู่รอบตัว อยากลุกนั่งหรือปีนลงจากเตียง อาการเหล่านี้อาจทำให้พยาบาลคิดว่าเกิดจากอาการเจ็บปวดได้ จึงควรค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพราะอาการสับสนใกล้ตายนี้อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาระงับประสาท ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ การทำงานของตับล้มเหลว ท้องผูก หรือภาวะที่สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (hypoxia) เป็นต้น หรืออาจจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุทางด้านจิตใจและอารมณ์อื่น ๆ เช่น มีอะไรค้างคาใจ อยากบอกลา/ขอโทษใครสักคนกับบางคน หรืออยากปฏิบัติพิธีกรรมบางอย่างตามความเชื่อ ซึ่งทีมผู้ให้การดูแลและญาติควรได้ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงเมื่อค้นหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือด้านอื่น ๆ แล้วอาการยังไม่สงบ การใช้ยาช่วยจึงเป็นทางเลือกสุดท้าย ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม haloperidol นอกจากนี้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่จะเจ็บลง สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง มักนอนหลับตาเงิบ ๆ ไม่อยากพูดคุยตั้งแต่ก่อน เหมือนจะเก็บสำรองพลังงานสำหรับการเดินทางไปสู่อีกมิติหนึ่งที่ใกล้เข้ามา ศัพท์ภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Transitional withdrawal” เป็นอาการสงบเงิบในระยะเปลี่ยนผ่านที่ใกล้เข้ามา ญาติใกล้ชิดบางคนอาจรู้สึกน้อยใจได้ว่าตนเองนั้นไม่สำคัญสำหรับผู้ป่วยแล้ว โดยสรุปแล้วเมื่อใกล้จะสิ้นลมหายใจระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ปลุกตื่นบ้างเป็นครั้งคราว ไม่ควรปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไป หายใจมีเสียงคราง มีการเขียวตามปลายมือและเท้า คำศัพท์ที่ข้อมือไม่ได้ (สุมาลี นิมนานิตย์, 2550)

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเข้าสู่ระยะใกล้ตาย การควบคุมระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายและความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง มีความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลอย่างใกล้ชิด และให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้ความรักความอบอุ่น รวมทั้งเป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพลังใจที่ดีในการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า สามารถเผชิญความตายและจากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล (Caregiver)

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หรือผู้ดูแลในครอบครัว หรือศัพท์ภาษาอังกฤษที่เขียนในบทความ หรือรายงานวิจัยต่างๆ คือ Family caregiver นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ Carers นิยมใช้ใน สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

2.1.1 ผู้ดูแล คือผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ (Ross & Mackenzie, 1996)

2.1.2 ผู้ดูแล คือใครบางคนที่ทำให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล (Carers, 2005)

2.1.3 ผู้ดูแล คือญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

2.2 ประเภทของผู้ดูแล

2.2.1 แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2.1.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver/carers) คือผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัว ในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2.2.1.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแล ประเภทนี้มาก่อนในอดีต

2.2.2 แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ มีดังนี้

2.2.2.1 ผู้ดูแลหลัก (main carers/major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยใช้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงสุด และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับของความเครียดต่างกัน (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2549)

2.2.2.2 ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver/carers) หมายถึง บุคคลอื่นที่

อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน เป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเท่านั้น

2.3 ความสำคัญของผู้ดูแล

ในปัจจุบัน สถานพยาบาลของรัฐที่มีอยู่ สามารถรองรับได้แต่ผู้ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันเท่านั้น ส่วนสถานดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรังให้กับประชาชนยังมีน้อยมาก ขณะเดียวกันนโยบายทางด้านสาธารณสุขและสังคม ได้มีการส่งเสริมให้มีการดูแลในชุมชน (Community care) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย ลดการย้ายเข้ามาอยู่ในสถานพยาบาล และยังช่วยลดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพด้วย ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้สามารถรักษาโรคเจ็บป่วยเฉียบพลันได้ ส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องอยู่ในสภาพพึ่งพา ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือช่วยการทำกิจวัตรประจำวันให้ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยคนในครอบครัว แต่การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบ้านนั้น เป็นงานที่หนักมาก มีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และฐานะทางการเงินของผู้ดูแล จนผู้ดูแลอาจกลายเป็นผู้ป่วยด้วย โดยที่ผู้อื่นอาจมองไม่เห็น หรือเรียกว่าผู้ป่วยแฝง (hidden patient) จากการสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในสหรัฐอเมริกา ใน ค.ศ. 1980 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 80 ดูแลโดยคนในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ประมาณ 10 ล้านคนต้องให้การดูแลอยู่ตลอดเวลา (Lubkin & Payne, 1998. อ้างใน ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547)

2.4 คุณลักษณะของผู้ดูแล

คุณลักษณะโดยทั่วไปของผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดในครอบครัวหนึ่งๆ จะเหมาะสมหรืออยู่ในข่ายที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ซึ่งคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลจากรายงานการวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ (Exploring the myths: Caregiving in American, 1998; ชนิดา มณีวรรณ, เมริย์ สุดจินดา และคณะ, 2535; ชนิดา มณีวรรณ, สุนทรี ภาณุทัต และคณะ, 2536; วิภาวรรณ ช่อม, 2536. อ้างใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.4.1 อายุ ผู้ดูแลที่อายุมาก จะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก กระบวนการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และการดูแลผู้ป่วยอาจดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งการศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัง, รัชนิ สรรเสริญ และยุวดี รอดจากภัย (2547) ซึ่งศึกษาสถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออก พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงดังต่อไปนี้ คือ อายุช่วง

41 – 50 ปี และ 31 – 40 ปี ในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 21.1 และ 20.8) รองลงมาคือ 51 – 60 ปี และ 61 – 70 ปี (ร้อยละ 19.5 และ 17.1) อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่อายุมากสุขภาพย่อมมีความเสื่อมตามวัย ย่อมให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน จึงต้องการผู้ช่วยเหลือด้านแรงงานมากกว่า ผู้ที่มีอายุน้อย

2.4.2 เพศ ลักษณะของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นั้น เพศหญิง เพศชาย อาจมีความแตกต่างกันในเรื่อง ความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็ก หรือ ผู้สูงอายุ การเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวได้ง่าย ส่วนเพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาทของผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า (วิลลาร์ดน์ ภูวราวุฒินานิช, 2537) ในต่างประเทศ สหรัฐอเมริกา ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ดูแลในบ้าน เป็นเพศหญิง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย (2547) ซึ่งศึกษาสถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออก พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.1) และ จากการศึกษาของ ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ศึกษาเรื่องอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.5) เพศชาย (ร้อยละ 18.5)

2.4.3 ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีการศึกษาดีจะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น (เกรียงศักดิ์ เกรียงฤทธิอา, 2550)

2.4.4 สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่คู่สมรสเจ็บป่วย ความเครียดที่เกิดจากการดูแล ขึ้นกับว่าสัมพันธ์กันดีหรือไม่ หากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ด้วยความรักความผูกพัน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแล แต่ถ้ามีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากจะเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็น มากกว่าความเต็มใจ และในผู้ดูแลที่ที่แต่งงานแล้วและต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่คู่สมรสของตัวเอง จะทำให้ต้องรับภาระหน้าที่ต่างๆ มากขึ้น จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่าย ในประเทศไทย จากการศึกษาของ ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ศึกษาเรื่องอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกันเป็นคู่สมรส ร้อยละ 53 ประกอบด้วยภรรยา ร้อยละ 46 และสามีร้อยละ 7

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จนกระทั่งเสียชีวิต การรับรู้ถึงประสบการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการรับรู้ของผู้ดูแลต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะใกล้ตายและขณะตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งและสะท้อนถึงคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งการตายที่ไม่

ทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และได้รับการสนับสนุนทางสังคม เกิดการยอมรับความตายที่กำลังจะเข้ามา พร้อมทั้งจะเผชิญกับกับความตายได้ และจากไปอย่างสงบ คือคุณลักษณะของคุณภาพการตายที่ดี (Deborah Carr, 2003)

3. คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการตาย

คุณภาพการตาย หมายถึง การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต หรือในระยะใกล้ตาย รวมถึงการดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมตัวก่อนตาย การยอมรับความตายที่ใกล้จะมาถึง และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ (Stewart et al., 1999)

คุณภาพการตาย หมายถึง การตายที่เป็นอิสระจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จริยธรรม ความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี (Field and Cassell, 1997)

คุณภาพการตาย หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์ในระยะใกล้ตายและขณะตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการตายที่เกิดขึ้นจริงที่สังเกตได้ของบุคคลนั้น (Patrick et al, 2001) มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่

3.1.1 อาการและการดูแลส่วนบุคคล หมายถึงการดูแลและควบคุมอาการต่างๆ เช่น ความปวด อาการหายใจลำบาก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย เช่น การรับประทานอาหาร การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการควบคุมสิ่งต่างๆ สมรรถนะแห่งตนและความเป็นอิสระ ซึ่งในแต่ละด้านได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม มีทั้งหมด 6 ด้าน คือ 1) การควบคุมอาการปวด 2) การควบคุมสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัว 3) ความสามารถในการรับประทานอาหารได้เอง 4) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ 5) ความสามารถในการหายใจได้อย่างสะดวกสบาย 6) ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆที่ต้องการทำ

3.1.2 การเตรียมตัวก่อนตาย หมายถึง การวางแผนควบคุมดูแลและการจัดการเหตุการณ์ต่างๆ จนเสร็จสิ้นก่อนตาย โดยต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นการได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในระยะใกล้ตายตามความต้องการ การได้รับการจัดสรรดูแลค่าใช้จ่ายต่างๆ การเตรียมจัดงานศพ การได้กล่าวคำอำลากับบุคคลอันเป็นที่รัก การได้ปล่อยวางความรู้สึกที่ไม่ดี และหมดห่วงในเรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่ตนรัก สุดท้ายคือการยอมรับความตายได้อย่าง

สงบสุขและไม่มีความรู้สึกกลัว มีทั้งหมด 10 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกสงบในระยะใกล้ตาย 2) ความรู้สึกไม่กลัวการตาย 3) การหลีกเลี่ยงความกังวลเกี่ยวกับบุคคลอันเป็นที่รัก 4) มีการจัดสรรค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ 5) ได้รับการเยี่ยมเยียนจากผู้นำทางศาสนา 6) ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณหรือ ได้มีโอกาสเข้าร่วมพิธีต่างๆ ทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตรก่อนเสียชีวิต 7) การเตรียมการเกี่ยวกับการจัดงานศพ 8) การกล่าวคำอำลากับบุคคลอันเป็นที่รัก 9) การเข้าร่วมกิจกรรมที่สำคัญ 10) การปล่อยวางความรู้สึกที่ไม่ดี

3.1.3 สภาพเหตุการณ์ขณะตาย หมายถึง การเลือกลักษณะการตายในขณะเสียชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วยในด้านสถานที่ตาย เช่น ต้องการตายที่บ้าน หรือตายที่โรงพยาบาล และด้านสภาพร่างกายขณะตาย เช่น ต้องการตายในขณะหลับไป เป็นต้น มีทั้งหมด 3 ด้าน คือ 1) การตายในสถานที่ที่เลือกไว้ 2) การตายในสภาพที่เลือกไว้ เช่น ตายในขณะหลับ ขณะตื่น หรือไม่รู้สึกรู้สึกรู้ตัว 3) การแสดงความจำนงเกี่ยวกับเวลาที่ต้องการตาย

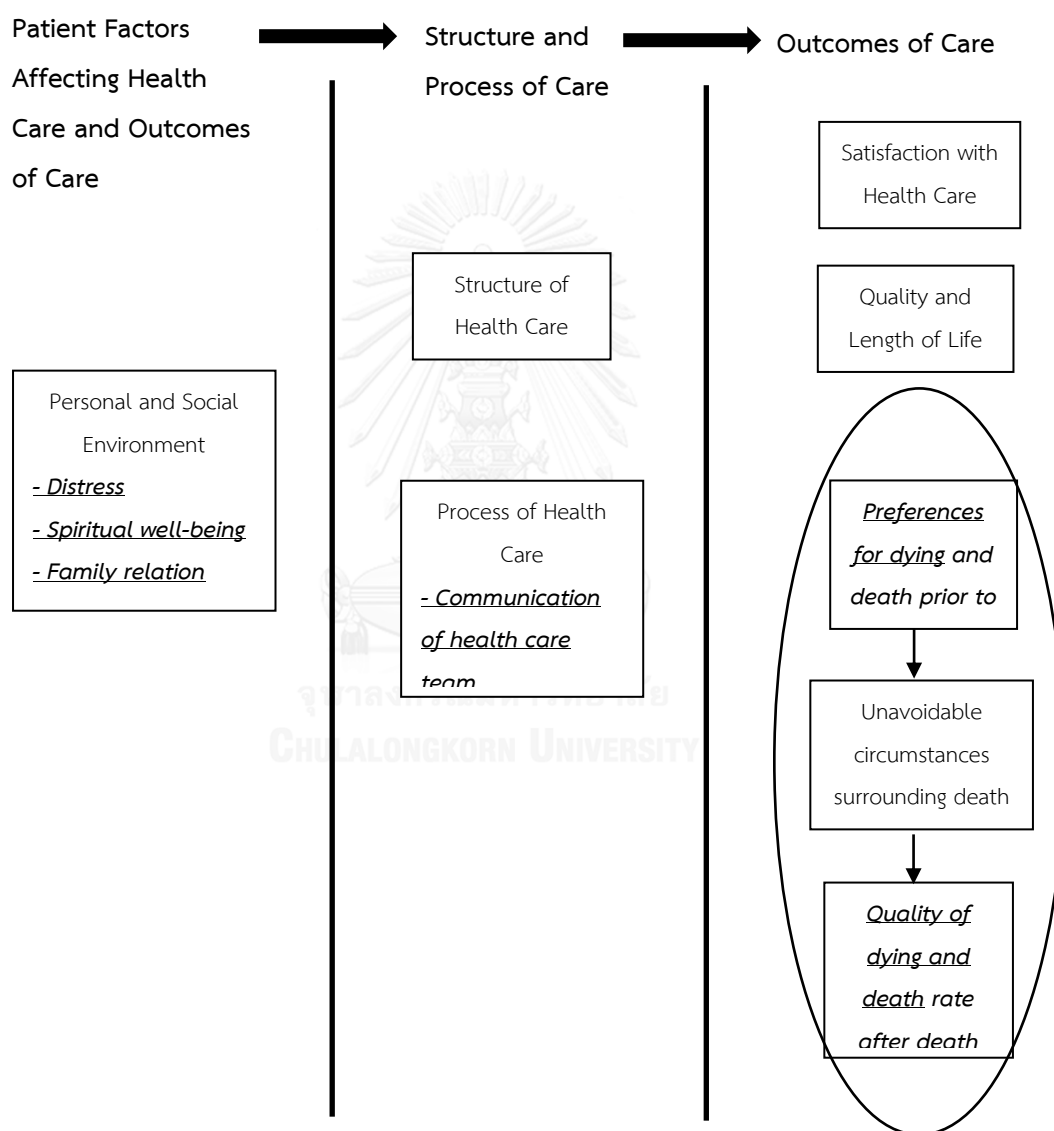
3.1.4 ครอบครัวยุ หมายถึง การได้มีโอกาสใช้เวลาที่เหลือในช่วงสุดท้ายของชีวิตอยู่กับบุคคลที่ตนรัก สัตว์เลี้ยง หรือต้องการอยู่คนเดียว ขึ้นอยู่กับโครงสร้างครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวของแต่ละบุคคล มีทั้งหมด 5 ด้าน คือ 1) การใช้เวลาอยู่กับคู่สมรสหรือคนรัก 2) การใช้เวลาอยู่กับบุตรหลาน 3) การใช้เวลาอยู่กับครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน 4) การใช้เวลาอยู่ตามลำพัง 5) การใช้เวลาอยู่กับสัตว์เลี้ยง

3.1.5 การรักษาที่ต้องการ หมายถึง การได้มีโอกาสร่วมปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับการวางแผนการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ประรณานาที่จะไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจหรือทำการล้างไต เป็นการวางแผนทางการดูแลตามความต้องการจนวาระสุดท้ายของผู้ป่วยซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการสื่อสารกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มีทั้งหมด 3 ด้าน คือ 1) การได้พูดคุยปรึกษากับความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตกับแพทย์ 2) การหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องช่วยหายใจและการใส่สายสวนต่างๆ 3) การส่งเสริมการค้นหาความหมายในช่วงสุดท้ายของชีวิต (ถ้าผู้ป่วยต้องการ)

3.1.6 การตระหนักถึงตัวตนของบุคคล หมายถึง การให้เกียรติและเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ ให้การเคารพในฐานะเป็นบุคคลคนหนึ่ง เป็นการให้ความสำคัญและเข้าใจในความเป็นตัวตนของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่กำลังจะตาย ซึ่งมีทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1) การได้หัวเราะและยิ้ม 2) การได้สัมผัสและกอด 3) การค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต 4) การให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยจะเกิดทั้งความกลัว และวิตกกังวลต่างๆ มีความทุกข์ใจเป็นอย่างยิ่ง ครอบครัวเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและเศร้าโศกเสียใจ ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานที่ควรได้รับการบรรเทาและดูแลจนกระทั่ง

วาระสุดท้าย รวมไปถึงการดูแลในระยหลังการตาย ดังนั้นการเข้าใจถึงระยะของการเผชิญความตาย และปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ ในแต่ละระยะของผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ดูแล ที่ถูกต้องและครอบคลุมในแต่ละระยะ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับความจริง สามารถปรับตัว อยู่กับความจริงนี้ได้และใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่นี้อย่างคุ้มค่าและมีคุณค่ามากที่สุด มีความพร้อมในการ เผชิญกับความตายอย่างมีสติ จากไปอย่างสงบและมีคุณภาพการตายที่ดี



รูปภาพที่ 1 Conceptual model for measuring quality of dying and death
แหล่งที่มา : Patrick, D.L., Engelberg, R.A., and Curtis, J.R., (2001). Evaluating the Quality of Dying and Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 717-726.

3.2 การเผชิญความตาย

Weisman (1972 อ้างถึงใน ธีสมน นามวงษ์, 2540) ได้แบ่งระยะของการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 4 ระยะคือ

3.2.1 ระยะของการมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ เริ่มเมื่อผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยจะมีอาการช็อกเมื่อทราบความจริงว่าตนจะต้องตาย

3.2.2 ระยะพัก เริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู จะไม่มีการรักษาใดๆ บางรายอาจจะกลับไปทำงานเหมือนเดิม และประพุดิตนเหมือนกับว่าตนไม่มีโรคใดๆ

3.2.3 ระยะเสื่อมและถดถอย ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้ อาการของโรคกำลังกำเริบขึ้นอย่างชัดเจน มีการเสื่อมทางด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย เริ่มคิดถึงอนาคต ความตายและการพึ่งพาผู้อื่น แต่ยังคงมีความหวังและไม่ปฏิเสธความจริง

3.2.4 ระยะสุดท้าย มุ่งเพื่อการประคับประคอง เป็นระยะที่รอคอยความตาย ซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวนอกจากจะต้องเผชิญกับความตายที่คาดเดาไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ยังต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก ตั้งแต่รับรู้ผลการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่า เป็นโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นการสูญเสียความมั่นคงทางสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียนี้เป็นระยะเวลายาวนาน จวบจนเข้าสู่ระยะใกล้ตาย ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องพบกับความสูญเสียอันยิ่งใหญ่ในชีวิตที่มีอาจทำได้ หากทีมสุขภาพมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่เกิดขึ้นในทุกๆ ระยะและในทุกช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย จะทำให้สามารถดูแลและบรรเทาความทุกข์นี้ลงได้ และท้ายที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง

3.3 ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

3.3.1 ความเสียใจและทุกข์โศก (Grief) เป็นการตอบสนองทางจิตใจต่อการสูญเสีย จะมีความเกี่ยวข้องกับการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความมีคุณค่า เอกลักษณะ หรือความรู้สึกผิด ความเสียใจและทุกข์โศก หมายถึง ความรู้สึกเสียใจ (Sad) ที่เกิดขึ้นเมื่อคาดว่าจะมีการสูญเสียหรือรับรู้ตนเองสูญเสีย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกทั้งสรีระและอารมณ์มีความหมายเดียวกับ “ Mourning ” และ “ Bereavement ” คำว่า “ Mourning ” หมายถึง กระบวนการแสดงออกของบุคคลมีอารมณ์จากการสูญเสีย ขณะที่ “ Bereavement ” คือ ระยะเวลาในกระบวนการเสียใจและทุกข์โศกไปจนถึงการปรับตัวกลับคืนสู่ภาวะปกติ ใช้เวลาประมาณ 1 ปี (ศิริรัตน์ จำปีเรือง, 2556 : ออนไลน์)

3.3.2 พฤติกรรมการแสดงออกของความเศร้าโศก ภาวะเศร้าโศก คือ ปฏิกิริยา

ตอบสนองปกติของบุคคล หรือครอบครัวเมื่อประสบกับการสูญเสีย (สิริวรรณ คงทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ และ กิตติกร นิลมานัต, 2556) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสีย ตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียหรือคาดว่าจะต้องมีการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผูกพันใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียโดยแสดงอาการเศร้าโศกออกมา ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และจิตสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ (ธนา นิลชัยโกวิท, 2550) โดยปกติภาวะเศร้าโศกจะใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ และมักดีขึ้นภายใน 2-4 เดือน โดยส่วนใหญ่มักไม่เกิน 6 เดือน (Wendy, Robert, Derek and Cindy, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Engel (1964) ได้อธิบายปฏิกิริยาต่อการสูญเสียของบุคคลออกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะ shock and disbelief เป็นปฏิกิริยาตอบสนองในระยะแรกเมื่อรับรู้ถึงการสูญเสียจะมีความรู้สึกตกใจ ไม่เชื่อ ปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกมึนชา ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมงถึง 2-3 สัปดาห์ 2) ระยะ developing awareness เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีสติรับรู้มากขึ้นและได้ตระหนักถึงการสูญเสีย ซึ่งระยะนี้อาจเกิดขึ้นภายในไม่กี่นาทีหรืออาจเป็นชั่วโมงหลังการสูญเสียเกิดขึ้น อาการที่เด่นชัดในระยะนี้คือการร้องไห้ คร่ำครวญ นึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ หรืออาจทำให้หน้าที่กิจวัตรตามปกติลดลงจากเดิมบ้าง หรือบางครั้งอาจแสดงอาการโศก ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ แล้วจะดีขึ้นเองในเวลา 2-4 เดือนโดยส่วนใหญ่มักจะไม่เกิน 6 เดือน 3) ระยะ restitution เป็นระยะการปรับตัวเพื่อฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ บุคคลจะการปรับแก้ไขรวบรวมความรู้สึกต่อการสูญเสียได้ ยอมรับความจริง การหมกมุ่นคิดถึงสิ่งที่เสียไปน้อยลง มองหาสิ่งใหม่ มีความหวังใหม่ในชีวิต นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีของคนไทย ที่ได้กำหนดให้มีพิธีกรรมทางศาสนา คือ การจัดพิธีบำเพ็ญกุศลเนื่องในโอกาสครบรอบวันตายของผู้วายชนม์ เช่น การบำเพ็ญศพ 7 วัน 50 วัน หรือ 100 วัน เป็นการบำเพ็ญกุศลเพื่ออุทิศให้แก่ผู้ที่วายชนม์ อันเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูตเวทีต่อบุพการี หรือการแสดงความรักความห่วงใยต่อบุคคลที่ตนรัก และหวังเพียงว่าเมื่อบุคคลที่ตนรักจากไปแล้วจะได้รับบุญกุศลอันดีและไปอยู่ในที่ที่ดี นอกจากนี้ในวันจัดพิธีก็ได้มีญาติพี่น้องทั้งหลายมาร่วมทำบุญเป็นการให้กำลังใจและเกิดความอบอุ่นใจ สามารถบรรเทาความเศร้าโศกของผู้ดูแลหรือครอบครัวลงได้ (กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม, 2556) และเมื่อระยะเวลาผ่านไปและมีเหตุการณ์ใหม่ๆ เข้ามาจะทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถลืมเหตุการณ์อันเศร้าโศกนั้นลงได้ แต่อาจจะไม่สามารถลืมเรื่องราวทั้งหมดลงได้ โดยเหตุการณ์เรื่องราวเกี่ยวกับความตายของบุคคลที่รักที่ผ่านมาจะถูกเก็บไว้ในส่วนลึกของความทรงจำ จากการศึกษาพบว่าความสามารถในการจำของมนุษย์จะน้อยลง ถ้าในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น นั่นคือ การลืมจะเกิดขึ้นตามช่วงระยะเวลาที่ยาวขึ้น ซึ่งการลืมในบางครั้งจะเกิดขึ้นได้เนื่องจากว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลานานหรือผ่านมานานมากแล้ว จึงทำให้เกิดการลืมเลือนได้ แต่หากเหตุการณ์นั้นๆ มีความหมาย มีความผูกพันและสำคัญเป็นอย่างมาก

บุคคลนั้นก็จะมีความสามารถในการถ่ายทอดความจำในรูปแบบการระลึกได้ (Recall) คือ การถ่ายทอดความจำออกมาโดยการเล่าบรรยายหรืออธิบายสิ่งที่จดจำออกมาได้อย่างถูกต้อง โดยไม่ต้องมีสิ่งนั้นปรากฏให้เห็น (อุบลรัตน์ เฟิงสสิต, 2535)

ทีมสุขภาพเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว เป็นทีมสหสาขาที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง การบรรเทาความทุกข์ต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การดูแลด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่สำคัญอันหนึ่งของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประสานงานส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างทั่วถึงและครอบคลุม โดยพยาบาลก็เป็นกลุ่มบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลตรงตามความต้องการและอย่างครอบคลุมในทุกมิติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้ และจากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี

3.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้มีคุณภาพการตายที่ดี

3.4.1 การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ประกอบไปด้วย

3.4.1.1 การร่วมมือและประสานงานกันจากทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ผู้ให้การรักษา พยาบาลประจำผู้ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย พระสงฆ์หรือผู้รู้ทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ บางกรณีอาจมีนักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ และนักกฎหมายมาเกี่ยวข้อง โดยที่ทุกๆ ฝ่ายช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุสิ่งที่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต องค์ประกอบประการแรกนี้เรียกว่า Multi-disciplinary team (สิวลี ศิริไล, 2534)

3.4.1.2 การให้การดูแลรักษาตามอาการและการให้การพยาบาลขั้นพื้นฐานเมื่ออาการของโรคทรุดลงตามลำดับจนถึงขั้นที่หมดหวังจากการดีขึ้น หรือคืนสู่สภาพที่ดีตามปกติ ความตายเป็นสิ่งที่จะต้องได้รับการมองอย่างเหมาะสม และได้รับการปฏิบัติที่ช่วยให้เป็นความตายที่สงบ ดังนั้นกรณีของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น เจ็บปวด หายใจไม่ได้ นอนไม่หลับสิ่งที่ผู้ป่วยพึงได้รับคือก็คือบำบัดอาการเหล่านี้ตามอาการ (Symptomatic treatment) การพยายามลองเสี่ยงด้วยเทคโนโลยี หรือวิธีการที่นอกเหนือไปจาก primary care หากไม่เกิดประโยชน์อันใดก็ไม่ควรทำ ครอบครัวของผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายและมีความเข้าใจต่อเรื่องนี้ โดยไม่พยายามเหนียวรั้ง อันเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานและเพิ่มปัญหาทางเศรษฐกิจ (สิวลี ศิริไล, 2534)

3.4.1.3 ช่วยประคับประคองจิตใจครอบครัวของผู้ป่วย การรู้ข่าวของความตายของผู้ป่วยนั้นเป็นความทุกข์ ความสูญเสีย ความเศร้าหมอง แต่การที่ครอบครัวได้รับความเห็นใจ ได้รับคำแนะนำ นำ คำเตือน ให้เตรียมการในบางเรื่องก็จะสามารถช่วยทำให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่รู้สึก ว่าเหวหรือถูกทอดทิ้ง (สิวลี ศิริไล, 2534)

3.4.1.4 ค่านิยมส่วนตัวทางวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อทางศาสนาเป็น สิ่งที่แยกไม่ออกจากตัวมนุษย์ การให้การดูแลแบบองค์รวม คือ การมองผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริง ของแต่ละบุคคลผสมผสานความรู้ทุกๆด้าน มาใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด (สิวลี ศิริไล, 2534)

3.4.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต WHO (1998) มีเป้าหมาย หลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย การดูแลเริ่ม จากที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ใน ระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้นๆ โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้ง การให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนว ทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตาย เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต รวมถึงเน้นการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการ รักษาใดๆ เพียงเพื่อยืดความยาวนานของผู้ป่วย โดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ ยอมรับวิธีการรักษาที่เป็นการเร่ง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลที่มีความจำเพาะแต่ละกรณีไม่มีสูตรสำเร็จ ผู้ดูแลจึงต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์ และศิลป์ ประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก อีกทั้งยังต้องพิจารณาถึง ศรัทธา ความเชื่อ ปุ่มหลังและบริบทของผู้ป่วยและญาติด้วย เพื่อให้เหมาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดย อยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

3.4.3 การเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิดก่อนตาย

เป็นการดูแลเรื่องความสุขสบายทางด้านร่างกายของผู้ใกล้ตายให้มากที่สุด ในราย ที่สติยังดี ควรสอบถามความต้องการว่าต้องการอะไรเป็นพิเศษบ้าง เพื่อช่วยให้มีความสุขสบายและ สงบที่สุด ถ้าผู้ป่วยถามว่าเวลาของเขาเหลือน้อยแล้วใช่ไหม ก็ควรตอบตรงตามความเป็นจริง หาก ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้ พยาบาลควรปรึกษากับญาติ/มิตรถึงความประสงค์ หรือความต้องการที่ผู้ป่วยได้เคยบอกไว้ ถ้าไม่ทราบควรถามความคิดเห็นของญาติแทนว่าต้องการให้

พยาบาลช่วยอย่างไรหรือไม่ พยาบาลควรอธิบายให้ญาติทราบว่าการรับรู้ทางหูจะสูญเสียเป็นอันดับสุดท้าย (ทศนีย์ ทองประทีป, 2552) ดังนั้น การพูดคุยที่ใกล้เตียงผู้ป่วย ควรเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยมีความยินดี/พอใจ หรือพูดในสิ่งที่ถูกศัลหรือเป็นความดี ถ้าต้องการพูดให้ผู้ป่วยได้ยินควรพูดด้วยเสียงที่ดังพอสมควร ไม่ควรใช้การกระซิบที่ข้างหู เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้ยินไม่ชัดและสับสนได้ ในระยะสุดท้ายนี้สายตาผู้ป่วยจะพร่ามัวเห็นภาพไม่ชัดเจน ควรเปิดไฟเพียงสลัว ๆ แสงที่สว่างมากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ผู้มาเยี่ยมควรแนะนำตัวเองมากกว่าจะสอบถามผู้ป่วยว่าจำตนได้หรือไม่

3.4.4 การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะสิ้นลมหายใจนั้นมีความสำคัญมากที่สุด ญาติมิตรที่คอยดูแลผู้ป่วยควรศึกษาและทำความเข้าใจ การบอกทางหรือการพูดนำเพื่อเตือนสติให้ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ได้มีสติจดจ่อกับลมหายใจ คำภาวนา บทสวดมนต์ พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยยึดถือ นับว่ามีความหมายมากสำหรับจิตวิญญาณของผู้ที่กำลังจะจากไป ในกรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยนับถือศาสนาใด และไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ การเปิดเทปเสียงดนตรีบรรเลง(ที่ไม่มีเนื้อร้อง) ท่วงทำนองที่มีความอ่อนโยนหรือเสียงธรรมชาติต่าง ๆ ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสงบและผ่อนคลาย ปัจจุบันหอผู้ป่วยโดยทั่วไปมักมีการจัดเตรียมไว้แล้ว เพียงแต่พยาบาลช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและเปิดเสียงเพลงดังกล่าวให้ผู้ป่วย (ทศนีย์ ทองประทีป, 2552) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการกระวนกระวาย หายใจลำบากเหมือนมีอะไรค้างคาในจิตใจ ญาติที่ใกล้ชิดหรือพยาบาลควรเตือนสติให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งที่ยึดโยงจิตใจ อาจช่วยนำสวดมนต์ ทำสมาธิระลึกถึงสิ่งที่ตั้งงามในชีวิตหรือสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพ/ศรัทธา กิจกรรมเหล่านี้เรียกว่า การดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ (spiritual guidance) หรือ “การบอกหนทาง” ญาติผู้ป่วยบางรายอาจต้องการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ พยาบาลควรเปิดใจให้กว้าง เคารพในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยและช่วยอำนวยความสะดวกแก่ญาติและผู้ป่วย สังเกตได้ว่าผู้ป่วยบางคนรู้เวลาตายของตนได้ เช่น บางรายจะรอให้คนที่ตนรักและผูกพันด้วยมาถึงก่อนเพื่อบอกลากัน แล้วจึงจะสิ้นลมหายใจแต่ก็มีบ่อยครั้งเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายมีระยะใกล้สิ้นลมหายใจนานนับเป็นวัน ๆ ทั้ง ๆ ที่มีอาการบ่งชี้ชัดเจนว่าใกล้ตาย มีญาติรายล้อมอยู่รอบเตียงเพื่ออำลากัน แต่ผู้ป่วยกลับยังมีลมหายใจไม่ยอมจากไปง่าย ๆ แต่เมื่อญาติออกไปทำธุระเพียงครั้งหรือหนึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยกลับสิ้นลมหายใจ ซึ่งปรากฏการณ์เช่นกรณีหลังนี้อาจทำให้ญาติยอมรับไม่ได้ อาจคิดว่าแพทย์หรือพยาบาลให้ยาอะไรผิดพลาด เพราะญาติหวังเหลือเกินว่าจะได้ดูแลกันจนลมหายใจสุดท้าย ความรู้สึกผิดหวังและรู้สึกผิดที่ทิ้งผู้ป่วยไป จะทำให้ญาติสับสนมาก ซึ่งความไม่แน่นอนเกี่ยวกับชีวิตและความตายนี้อาจทำให้เป็นประเด็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ ซึ่งแพทย์และพยาบาลไม่ควรมองข้าม ควรให้ข้อมูลแก่ญาติถึงความไม่แน่นอนเรื่องเวลาของชีวิตเช่นนี้

3.4.5 การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ทัศนีย์ ทองประทีป (2552) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อลมหายใจสุดท้ายของผู้ป่วยสิ้นสุดลง พยาบาลควรยืนสงบนิ่งด้วยความเคารพผู้ป่วยระยะหนึ่ง ไม่ควรรีบร้อนที่จะบอกญาติว่าผู้ป่วยได้สิ้นชีวิตลงแล้ว ญาติมักสังเกตและรับรู้ได้เอง ปฏิกริยาของญาติที่สูญเสียบุคคลที่ตนรัก ณ เวลานั้น อาจมีความหลากหลาย ญาติอาจเข้าไปกอดผู้ตายหรือเขย่าตัว ร้องไห้เสียงดัง หรือบางคนอาจเงยบังนพุดไม่ออก ไม่มีน้ำตาหรือแฉะเป็นลมล้มลง พยาบาลควรช่วยเหลือญาติด้านสุขภาพ ช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น แสดงความเสียใจด้วยกับญาติของผู้ป่วย อาจโอบไหล่หรือจับมือญาติเพื่อปลอบโยน (พิจารณาตามความเหมาะสมกับเพศและวัย) ควรพูดให้กำลังใจเพื่อให้คลายความทุกข์โศก เสนอตัวเพื่อช่วยติดต่อประสานงานกับญาติคนอื่นๆ ให้มาเป็นกำลังใจ เมื่อช่วยเหลือญาติให้คลายทุกข์โศกแล้ว ควรให้เวลาญาติในการสัมผัสร่างกายของผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้ายขณะที่ร่างกายยังมีไออุ่นอยู่ แล้วจึงค่อยเช็ดตัวทำความสะอาดและจัดสภาพศพให้ใกล้เคียงกับการนอนหลับให้มากที่สุด ด้วยการปิดตา ใส่ฟันปลอม ปิดปาก ถอดสายยางต่างๆ ออกจากร่างกาย ตกแต่งบาดแผลด้วยผ้าปิดแผลชุดใหม่ หวีผมให้ได้รูปทรง ไข่เตียงให้ศีรษะสูงขึ้นเล็กน้อย เพื่อให้เลือดไม่ไปกองที่หน้า สิวที่หน้าจะได้ไม่ดำคล้ำมากนัก และแต่งตัวใส่เสื้อผ้าให้ศพตามความเชื่อ ทั้งนี้ควรปฏิบัติต่อศพด้วยความเคารพ ควรถามความสมัครใจของญาติในการมีส่วนร่วมในการเช็ดทำความสะอาดหรือใส่เสื้อผ้าให้ผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้าย เมื่อเตรียมสภาพศพอยู่ในสภาพดีแล้ว ญาติอาจต้องการให้ลูกหลานที่ใกล้ชิดได้เข้าเยี่ยมศพอีกครั้งเพื่อสัมผัสและเห็นกันเป็นครั้งสุดท้าย ก่อนที่สภาพศพจะเปลี่ยนแปลงมากไปกว่านี้

ในระยะ 2-6 ชั่วโมงหลังจากเสียชีวิตกล้ามเนื้อทั้งหมดจะเริ่มแข็งตัว (rigor mortis) มักจะเริ่มที่หนังตา คอ และบริเวณขากรรไกรก่อน โดยปกติระเบียบของโรงพยาบาลจะนำศพออกจากหอผู้ป่วยไปยังสถานที่เก็บศพของโรงพยาบาล หลังการเสียชีวิต 2 ชั่วโมง ดังนั้นควรให้ญาติผู้ป่วยได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิตได้เท่าที่ต้องการในเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ต้องไม่ทิ้งให้ญาติที่มีความใกล้ชิดอยู่เพียงลำพังกับศพของผู้เสียชีวิตจะต้องมีบุคคลที่สามอยู่ด้วยเสมอ เพื่อป้องกันเหตุร้ายอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการควบคุมอารมณ์ทุกข์โศกไม่ได้ของญาติ การดูแลดังกล่าวขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยแต่ละคน ที่มีปัญหาและความต้องการไม่เหมือนกัน ไม่มีใครสามารถพยากรณ์สภาพของผู้ป่วยและเวลาที่สิ้นลมหายใจได้อย่างชัดเจนและแม่นยำ มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่นอนหลับและสิ้นลมหายใจไปอย่างสงบ โดยไม่ต้องมีขั้นตอนการดูแลที่ยุ่งยากแต่อย่างใด ดังนั้นผู้ที่ปรารถนาจะให้การตายของตนเองมีความสุขสงบ จึงควรฝึกฝนตนเองให้คุ้นเคยกับความสุขสงบเป็นปกติในชีวิตประจำวัน เมื่อเวลาใกล้ตายมาถึง จิตใจที่คุ้นเคยและฝึกมาดีแล้วจะได้สงบและเป็นกุศลได้ง่าย

ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว เพื่อให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพที่ดี ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลหนึ่งที่ได้รับรู้และการสะท้อนความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์การดูแล เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะใกล้ตายและขณะตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ถือว่าเป็นการประเมิน

คุณภาพการดูแล และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับคุณภาพการตาย คือ ความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์ในระยะใกล้ตายและขณะตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการตายที่เกิดขึ้นจริงที่สังเกตได้ของบุคคลนั้น (Patrick et al, 2001)

3.5 คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตายที่มีคุณภาพสูง คือ การตายที่เป็นอิสระจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จริยธรรม ความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี (Patrick et al., 2003) นอกจากนี้ การตายที่มีคุณภาพสูงดังกล่าวยังครอบคลุมไปถึงเรื่องการตายดี ซึ่งจากที่ได้มีผู้ศึกษาไว้ พบว่า การตายดีหมายถึง การตายอย่างสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549; วัลภา คุณทรงเกียรติ 2556; ยุพเรศ โจมแพง, 2556; Hirai et al., 2006) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตายดีคือตัวชี้วัดของคุณภาพการตายที่ดี (Deborah Carr, 2003) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของแต่ละกลุ่มบุคคลไว้ดังนี้

จินต์จุฑา รอดพาล (2549) ได้ศึกษาการตายดี จากมุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ พบว่า การตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ตายอย่างสงบ เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ จิตไม่ฟุ้งซ่าน รักษาใจให้เป็นปกติ สามารถน้อมนำจิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่ได้สร้างสมมา 2) ตายตามธรรมชาติ เป็นการตายตามอายุขัย หมดสภาพของสังขารตามธรรมชาติ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิต ไม่ป่วยนานเป็นภาระของลูกหลานต้องมาดูแล ในยามที่จะจากไปมีลูกหลานห้อมล้อมรวมทั้งยอมรับต่อการจากไป 3) ตายอย่างหมดห่วง เป็นการตายหลังจากได้สะสางภารกิจเสร็จสิ้นและมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และการเตรียมทำบุญสะสมบุญและความดี

ยุพเรศ โจมแพง และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่า การตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาล ประกอบด้วย 9 แก่นสาระ ซึ่งพบว่า 8 แก่นสาระแรก สะท้อนถึงการมุ่งที่ตัวผู้ป่วยที่จัดรับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่วนแก่นสาระที่ 9 เป็นการให้ความสำคัญกับสมาชิกครอบครัวที่ควรได้รับและการดูแลช่วยเหลือให้ยอมรับความตายของผู้ป่วย ดังนี้ 1) ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน 2) ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม 3) ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก 4) ตายตาหลับ ตายที่ไร้ความหวงหาอาวรณ์ 5) ตายในสถานที่ๆอยากตาย 6) ตายโดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตาย 7)

ตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตาย 8) ตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 9) ตายที่ครอบครัวยอมรับความตาย

วัลภา คุณทรงเกียรติ (2556) ศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการตายดีแบ่งได้เป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การไม่มีความทุกข์ทรมาน เป็นการไม่มีความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดทางกายและความห่วงกังวล ซึ่งจะช่วยให้ตายได้อย่างสงบ 2) การยอมรับ เป็นการทำให้ยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และความพยายามที่จะทำให้ครอบครัวยอมรับกับการตายของตนเองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อที่ตนเองจะได้จากไปอย่างหมดกังวล 3) การไม่เป็นภาระของครอบครัว เป็นความรู้สึกที่ไม่ต้องการให้ครอบครัวต้องมารับภาระหรือมีความลำบากในการที่ต้องดูแลตนเองยามเจ็บป่วย ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน และภาระด้านการเงินที่เกิดขึ้นจากการรักษาและหลังการตายของตนเอง 4) การได้อยู่กับครอบครัว เป็นความต้องการที่จะอยู่กับครอบครัวในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและช่วงเวลาก่อนที่จะตาย การมีคนในครอบครัวอยู่ด้วยแม้เพียงแค่การนั่งจับมือกันก็จะทำให้รู้สึกมีกำลังใจ และหมดหวังว่าได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน สามารถจากไปได้อย่างสงบ

สำหรับในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้ Hales และคณะ (2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของครอบครัว เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน พบว่า คุณภาพการตายมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้และประสบการณ์ต่อการตายของบุคคลนั้นๆ ได้แก่ ความคาดหวังจากประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ระยะใกล้ตาย สภาวะแห่งความทุกข์หรือหมดทุกข์ หรือความตายเป็นธรรมชาติของมนุษย์

Deborah Carr, (2003) ได้ศึกษาการตายดีและคุณภาพการตายในกลุ่มคนที่แต่งงานแล้วและสูญเสียคู่สมรส ในเมืองดีทรอยต์ รัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การตายดีตามการรับรู้ของคู่สมรส คือ การไม่ทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การยอมรับความตาย การสนับสนุนทางสังคม และได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ทำให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี

ความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้น การประเมินคุณภาพการตายและการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้อง และสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการเผชิญกับความตาย ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี

3.6 การประเมินคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.6.1 การประเมินคุณภาพการตายได้จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตการตายจากเหตุการณ์จริงของบุคคลว่าเป็นอย่างไร โดยการรับรู้การตายตามความคิดของบุคคล และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถจำแนกองค์ประกอบหลักของคุณภาพการตายได้ทั้งหมด 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ อาการและการดูแลส่วนบุคคล การเตรียมตัวก่อนตาย ช่วงเวลาแห่งความตาย ครอบครัว ความพึงพอใจในการรักษา และการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล (Patrick et al., 2001)

3.6.2 แบบประเมิน Quality of dying and death questionnaire (QODD) สร้างโดย Patrick และคณะ (2001) ใช้ในการประเมินระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในระยยะใกล้ตายและคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการสอบถามระดับความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้ว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือในงานวิจัยที่ผ่านมาเท่ากับ 0.89 แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 33 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นการสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความถี่ของเหตุการณ์และประสบการณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะใกล้ตายจนถึงขณะตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งข้อคำถามเป็นการกระตุ้นการคิดและความจำ เชื่อมโยงกับเหตุการณ์นั้นให้ผู้ดูแลสามารถระลึกได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นและสามารถบอกความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ได้ มีทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล มี 6 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 4, 5 และ 9) 2) ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย มี 10 ข้อ (ข้อ 6, 7, 10, 19, 20, 21, 22, 23, 26 และ 27) 3) ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย มี 3 ข้อ (ข้อ 29, 30 และ 31) 4) ด้านครอบครัว มี 5 ข้อ (ข้อ 12, 13, 14 และ 15) 5) ด้านการรักษาที่ต้องการ มี 3 ข้อ (ข้อ 24, 25 และ 28) และ 6) ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล มี 4 ข้อ (ข้อ 8, 11, 17, 18) โดยในแต่ละข้อ (ข้อ 1-31) แบ่งเป็นข้อย่อย a กับ b ดังนี้

ข้อย่อย a แบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงแรก คือ ข้อ 1-16 เป็นการสอบถามความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะใกล้ตาย และขณะตาย ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ คือ 0-5 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย และ 5 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเคยเกิดขึ้นทุกครั้ง และช่วงที่ 2 คือ ข้อ 17-31 เป็นการสอบถามประสบการณ์ต่อเหตุการณ์นั้นๆ ว่าเคยเกิดขึ้นในช่วงระยะใกล้ตาย และขณะตายหรือไม่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือกตอบ คือ “ใช่” หมายถึง เหตุการณ์นั้นเคยเกิดขึ้น และ “ไม่ใช่” หมายถึง เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย

ข้อย่อย b เป็นการสอบถามระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ที่เกิดขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่รู้สึกแย่มากที่สุด และ 10 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่รู้สึกดีที่สุด

ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามระดับความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยในช่วงเวลา 7 วันและ 30 วันสุดท้ายก่อนตาย ข้อคำถามมี 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 0-10

โดยมีการแปลผล ดังนี้ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีคุณภาพการตายที่ดี และคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีคุณภาพการตายที่ไม่ดี

3.6.3 แบบประเมิน Care Evaluating Scale (CES) ใช้ในการประเมินคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัว เป็นการประเมินคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Evaluating Scale) สร้างขึ้นโดย Morita และคณะ (2004) เป็นการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับความจำเป็นในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านต่างๆ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ การช่วยเหลือและการตัดสินใจ สิ่งแวดล้อม ภาระของครอบครัว ค่าใช้จ่าย การเตรียมความพร้อม การสื่อสารและประสานงาน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.98 ข้อคำถามมีทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ โดย 1 คือ ไม่มีความจำเป็นเลย และ 6 คือ มีความจำเป็นมากที่สุด การแปลผลคะแนน คือ คะแนนโดยรวมมาก หมายถึง มีความจำเป็นอย่างมากในการปรับปรุงกระบวนการดูแล และ คะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง มีความจำเป็นน้อยในการปรับปรุงกระบวนการดูแล

3.6.4 แบบประเมิน Good Death Inventory (GDI) สร้างโดย Miyashita และคณะ (2008) เป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและช่วงเวลาของการตายในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ 2) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม 3) คุณภาพของสถานที่ดูแล 4) การตัดสินใจและสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ 5) สัมพันธภาพในครอบครัว 6) ความสุขทางใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ โดย 1 คือ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และ 7 คือ เห็นด้วยมากที่สุด โดยการแปลผลคะแนน คือ คะแนนโดยรวมมาก หมายถึง มีการตายที่ดี และคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง มีการตายที่ไม่ดี

3.6.5 แบบประเมิน Good Death Inventory (GDI) ของ Choi และคณะ (2013) โดยดัดแปลงจากแบบประเมินการตายดีของ Miyashita และคณะ (2008) ซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้าน แต่ Choi ได้พิจารณาตัดออก 1 ด้าน คือ ด้านความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผลการวัดที่ได้มี

ความซ้ำซ้อนกับด้านคุณภาพสถานที่ดูแล โดยเป็นแบบสอบถามนี้ถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและช่วงเวลาของการตายในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ 2) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม 3) คุณภาพของสถานที่ดูแล 4) การตัดสินใจและสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ 5) สัมพันธภาพในครอบครัว 6) ความสุขทางใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ โดย 1 คือ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และ 7 คือ เห็นด้วยมากที่สุด โดยการแปลผลคะแนน คือ คะแนนโดยรวมมาก หมายถึง มีการตายที่ดี และคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง มีการตายที่ไม่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.87

3.6.6 แบบประเมิน Quality of dying and death questionnaire short

Version : (QODD short version) ของ Downey และคณะ (2010) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบประเมิน Quality of dying and death questionnaire (QODD) ของ Patrick และคณะ (2001) เป็นแบบประเมินคุณภาพการดูแลในระยะใกล้ตายและคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลเช่นกัน แต่รวมข้อคำถามที่มีความหมายใกล้เคียงกันเอาไว้ด้วยกัน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 ข้อคำถามมีทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นการสอบถามเหตุการณ์เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและขณะตายของผู้ป่วยที่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของผู้ดูแล มีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งระดับคะแนนเป็น 6 ระดับ คือ 0 หมายถึง เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย และ 5 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นทุกครั้ง

ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนตาย มีทั้งหมด 7 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบให้เลือกว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

ส่วนที่ 3 เป็นการสรุปคะแนนโดยรวมตามความรู้สึกของผู้ดูแลเกี่ยวกับเหตุการณ์การตายของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร โดยระดับคะแนนแบ่งเป็น 0-10 คะแนน คือ 0 หมายถึง เป็นประสบการณ์ที่น่ากลัวที่สุด และ 10 หมายถึง เป็นประสบการณ์ที่ยืดเยื้อหรือสมบูรณ์แบบที่สุด

โดยมีการแปลผล คือ คะแนนโดยรวมมาก หมายถึง มีคุณภาพการตายที่ดี และคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง มีคุณภาพการตายที่ไม่ดี

การประเมินคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการตาย (Quality of Dying and Death Questionnaire : QODD) ของ Patrick และคณะ (2001) ซึ่งเป็นการสอบถามระดับความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและช่วงเวลาของการตายในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือในงานวิจัยที่ผ่านมาเท่ากับ 0.89 แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 33 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล 2) ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย 3) ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย 4) ด้านครอบครัว 5) ด้านการรักษาที่ต้องการ และ 6) ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล การแปลผล คือ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีคุณภาพการตายที่ดี โดยขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือในการนำมาแปลภาษาและดัดแปลงให้เข้ากับสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย รวมทั้งปรับรูปแบบของแบบประเมินในรูปแบบตาราง เพื่อให้ง่ายต่อการทำแบบประเมินของผู้ตอบ และความเชื่อมโยงของความรู้สึกต่อความถี่ของเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นหรือประสบการณ์กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (try-out) จำนวน 30 คน

โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทของสังคมไทย ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

4.1 ความทุกข์ทรมาน

4.1.1 ความหมายของความทุกข์ทรมาน

ความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายและประสบการณ์เฉพาะของบุคคล เกิดจากการที่ร่างกายถูกคุกคามจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา เช่น ความเจ็บปวด การถูกจำกัด การเคลื่อนไหว ความวิตกกังวล โดยร่างกายจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเหล่านั้นแตกต่างกันไป โดย เป็นการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ (ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร, 2547)

อาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการปวด อาการคลื่นไส้และอาเจียน การขับถ่ายผิดปกติ การหายใจลำบาก การติดเชื้อ อาการผอมแห้ง (Cachexia) ภาวะซีด ภาวะเลือดออกง่าย อาการอ่อนเพลีย อาการนอนไม่หลับ สับสนและเพ้อเป็นต้น

สรุป ความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาการปวดมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านร่างกายและจิตใจ และความทุกข์ทรมานจากความปวดทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ด้านร่างกายและจิตใจลดลง ส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ไม่ดี (Choi et al., 2013) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ความทุกข์ทรมานน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4.1.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมาน

4.1.3.1 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) ที่สร้างโดย Portenoy et al. (1994) เป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ที่ประกอบด้วย มิติย่อยด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยโดยมีการย้อนกลับตามกระบวนการโดย นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007)

4.1.3.2 แบบวัด Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย ของ สาวิตรี เจตยานุวัตร และภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ (2556) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 เป็นส่วนของปรอทวัดทุกข์ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ทุกข์เลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส และส่วนที่ 2 เป็นส่วนที่ระบุถึงปัจจัยที่สร้างภาวะความทุกข์ใจ โดยแบ่งเป็น 5 หัวข้อ ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านอารมณ์ ความเชื่อทางศาสนา และปัญหาทางกายรวมถึงการใช้ ชีวิตประจำวัน รวมทั้งหมด 21 อาการที่พบว่าเป็น ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง

4.1.3.3 แบบประเมิน Symptom distress scale สร้างโดย McCorkle and Benoliel ในปี 1983 เป็นเครื่องมือประเมินความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยประเมินอาการ 11 อาการโดยประเมินเฉพาะความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการปวดเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาการง่วงซึม หายใจถี่ นอนไม่หลับ ปากแห้ง ท้องผูก/ท้องเสีย ซึมเศร้า เป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีค่า 1 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน ถึง 5 ทุกข์ทรมานมากที่สุด

4.1.3.4 แบบประเมิน Edmonton symptom assessment scale (ESAS) สร้างโดย Bruera, Kuehn, and Miller ในปี 1991 เป็นแบบประเมิน Visual Analog Scale ประเมินอาการ 9 อาการ แบบประเมินนี้เหมาะสำหรับประเมินอาการในผู้ป่วยระยะประคับประคอง

4.1.3.5 แบบประเมิน M.D. Anderson symptom inventory (MDASI) สร้างโดย Cleeland et al. ในปี 2000 เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแบบ Numeric Rating Scale มีค่า 0 (ไม่มีอาการ) ถึงมีค่า 10 (มีอาการแย่มาก)

4.1.3.6 แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSASSF) สร้างโดย Chang et al. ในปี 2000 เป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยโดยประเมินอาการทั้งหมด 28 อาการ และประเมินระดับความทุกข์ทรมานจากอาการที่

เกิด โดยกำหนดค่าคะแนนระดับความทุกข์ทรมานจาก 0-4 หมายถึง ไม่ทุกข์ทรมานจนถึงทุกข์ทรมานมากที่สุด

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัด Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย แปลและพัฒนาโดย สาวิตรี เจตยานุวัตร (2556) เป็นแบบประเมินระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากแบบประเมินนี้วัดระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งง่ายสำหรับกลุ่มตัวอย่างต่อการทำแบบสอบถาม รวมทั้งใช้เวลาไม่มากนัก ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เฉพาะส่วนของปรอทวัดทุกข์ ซึ่งเป็นกำหนดค่าคะแนนระดับความทุกข์ทรมาน คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ทุกข์เลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (try-out) โดยวิธีทดสอบซ้ำ จำนวน 30 ราย

4.2 สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

4.2.1 ความหมายของสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกมั่นคง อบอุ่นใจ มีกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรคและปัญหาที่อยู่รอบข้างได้โดยไม่ท้อถอย (กมลลา แสงสีทอง และปาริชาติ สุขุม, 2527)

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพจิตและการอยู่ร่วมกันที่มีความเข้าใจจิตใจกัน มีความผูกพันทางจิตใจที่มีต่อกัน (เกษม ตันติพลาชีวะ, 2539)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เพิ่มความผูกพัน เคารพรัก และเอื้ออาทรต่อกัน ประเมินได้จากพฤติกรรม การสื่อความหมาย มีส่วนร่วมปรึกษา ตัดสินใจ ทำกิจกรรมในบรรยากาศที่สงบสุข (นิตยา คชภักดี, 2545)

แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของ McMaster (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) เชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบเปิดที่ประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคนในครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆ ด้วย เช่น ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา ซึ่งประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมโดยมีกรอบแนวคิดที่เชื่อว่าแต่ละหน่วยในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถกระทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย และรูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน (อุมพร ตรังคมบัติ, 2543)

ความสัมพันธ์ในครอบครัวสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การพักผ่อนหรือทำกิจกรรมร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การแสดงความคิดเห็นและรับรู้เรื่องราวต่างๆ การเห็นชอบความรักความห่วงใย ความไว้วางใจของบิดามารดา การเห็นด้วยกับกิจกรรมของเพื่อนๆ การยอมรับเกณฑ์มาตรฐานของบิดามารดา ความรักและความเคารพที่มีต่อบิดามารดา การไม่มีข้อกำหนดมากจนเกินไป ไม่เข้มงวดกวดขันเกี่ยวกับระเบียบวินัยมากจนเกินไป ไม่ปกป้องคุ้มครองมากจนเกินไป บิดามารดาไม่ค่อยย้ำเตือนถึงความสำเร็จมากจนเกินไป รวมถึงการยินดีให้กำลังใจเพื่อความสำเร็จและความกลมเกลียว ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นพฤติกรรมที่เป็นความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

Nicolas (1983) ได้กำหนดคุณสมบัติของครอบครัวที่มีคุณภาพไว้ ดังนี้

1) การชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวควรมีการแสดงออกอย่างชัดเจนถึงความพึงพอใจ ชื่นชมและเห็นคุณค่าของกันและกันในครอบครัว เช่น แสดงความรู้สึกหรือการกระทำว่ามีความพึงพอใจ โดยเฉพาะการตระหนักในคุณค่าซึ่งกันและกัน ซึ่งเปรียบเสมือนพื้นฐานของความอบอุ่นและความมั่นคงในครอบครัว และเป็นการหล่อหลอมสมาชิกของสังคมให้มีทัศนคติมองสังคมส่วนรวมในแง่ดีด้วย

2) การมีเวลาอยู่ร่วมกัน ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัวได้ร่วมทำกิจกรรมร่วมกัน และเป็นกิจกรรมที่ทุกคนมีความพอใจที่จะทำร่วมกัน มิใช่เพราะการบังคับหรือโดยบังเอิญ ซึ่งจะช่วยพัฒนาให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความอบอุ่นมั่นคงยิ่งขึ้น

3) การมีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของครอบครัวร่วมกัน คือมีความรู้สึกเป็นพันธะที่ต้องส่งเสริมให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้มีความสุขและมีสวัสดิภาพที่ดี เป็นการห่วงใยกันและกันอย่างแท้จริง

4) การติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นอย่างดี เป็นการติดต่อสื่อสารโดยจะพูดคุยรับรู้เรื่องราวกันโดยตรง ไม่ปกปิดหรือเก็บไว้ในใจหรือรับรู้เรื่องราวของบุคคลในครอบครัวโดยอาศัยบุคคลที่สามหรือบุคคลนอกครอบครัวเป็นสื่อ

5) การมีศรัทธาต่อศาสนาอย่างแรงกล้า คือการมีกิจกรรมทางศาสนาร่วมกันซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสติ มีความอดทนต่อกัน มีการให้อภัยต่อผู้อื่นสูง ระวังความโกรธได้เร็วและรู้จักที่จะช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม และเป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบต่อสังคม

6) การมีสมรรถนะจัดการกับวิกฤตการณ์ในครอบครัวได้อย่างดี คือมีวิธีการที่ดีในการแก้ปัญหาหรือกู่สถานการณ์ที่วิกฤตินั้นให้กลับคืนสู่สภาพที่ดีเช่นเดิมได้ ทุกคนในครอบครัวจะร่วมกันต่อสู้ปัญหา ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และร่วมกันคลี่คลายปัญหาได้ดีในที่สุด

สรุป สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ที่เพิ่มความผูกพัน เคารพรัก และเอื้ออาทรต่อกัน โดยประเมินได้จากพฤติกรรม 10 ประการ คือ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลซึ่งกันและกัน การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกันและกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยทั่วไปที่รวมไปถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เพื่อน สมาชิกในองค์กรของสังคม อาจอธิบายในรูปแบบของโครงสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สังคมที่ประกอบด้วย ความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ การให้การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ หรือข้อมูลข่าวสาร (House, 1981) และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ กำลังใจ ความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ในขณะที่ให้การดูแล ความรัก ความเห็นอกเห็นใจที่ได้รับมาจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สิ่งเหล่านี้เกิดจากการมีสัมพันธภาพที่ดีของคนในครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ รู้สึกว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีคุณค่า และมีความสุขในการมีชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) โดยคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลือ จะส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Stewart et al., 1999; Choi et al., 2013) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวน่าจะมีสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4.2.3 แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

4.2.3.1 แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ของ จริญญา แก้วสกุลทอง (2552) ประกอบด้วยการประเมินลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลกัน การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85 ข้อคำถามมี 10 ข้อ

4.2.3.2 แบบสำรวจสัมพันธภาพในครอบครัวไทย ของ จิราพร ชมพิกุลและคณะ (2552) ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้ 1) การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว 2) การพูดคุย ปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่างๆ 3) การแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรกัน ทั้งทางกาย วาจา และใจ 4) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ของ จริญญา แก้วสกุลทอง (2552) เป็นแบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลกัน การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว (จริญญา แก้วสกุลทอง, 2552) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (try-out) จำนวน 30 ราย

4.3 การสื่อสารของทีมสุขภาพ

4.3.1 ความหมายของการสื่อสารของทีมสุขภาพ

การสื่อสาร หมายถึง การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข้อเท็จจริง ความรู้สึก ความคิด หรือการกระทำต่าง ๆ โดยมีเจตนาที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เช่น การเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ และพฤติกรรมที่แสดงออกโดยเปิดเผย (Rogers, 1976)

การสื่อสาร หมายถึง การถ่ายทอดข้อมูล ความคิด ความรู้สึกที่หลากหลาย ระยะเวลาเหมาะสม ภาษาที่ใช้การสื่อสารมีความเข้าใจง่าย รวมทั้งมีการฟังอย่างตั้งใจและติดตามผล การสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพด้านการสื่อสารมากที่สุด (Szilagyi & Wallace, 1999)

สรุป การสื่อสารของทีมสุขภาพ หมายถึง การให้ข้อมูลของทีมสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการ และแผนการรักษา ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รวมทั้งให้คำปรึกษาและรับฟังปัญหาของผู้ดูแลอย่างตั้งใจเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและมีความพึงพอใจระหว่างผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารของทีมสุขภาพ และคุณภาพการตายของ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากระบวนการดูแลที่ดีและมีคุณภาพจะส่งผลให้เกิดคุณภาพที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลือ และส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Stewart et al., 1999; Choi et al., 2013) และพบว่าการอธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจรักษาและสัมพันธภาพกับทีมผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Choi et al., 2013) ซึ่งการสื่อสารด้านการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี ส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การสื่อสารของทีมสุขภาพน่าจะมีสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4.3.3 แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ

4.3.3.1 แบบประเมินประสิทธิภาพการสื่อสารข้อมูล ตามแนวคิด Szilagyi & Wallace (1990) ของ สุนทรีย์ หาญเสมอ (2556) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ 1) การใช้การสื่อสารหลายวิธี 2) ระยะเวลาในการสื่อสาร 3) การให้ความสำคัญกับภาษาที่ใช้การสื่อสาร 4) การสื่อสารข้อมูลผ่านสัญญาณ 5) การให้ข้อมูลข่าวสารที่นอกเหนือหลักเกณฑ์ 6) การกำหนดวิธีการในการสื่อสารข้อมูล 7) การฟังอย่างตั้งใจ 8) การติดตามผลการสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับ ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันจำนวน 30 ราย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.98 ข้อคำถามมีทั้งหมด 35 ข้อ

4.3.3.2 แบบประเมินคุณภาพการสื่อสาร (the Quality of communication : QOC) ของ Curtis และคณะ (2004) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการแสดงออกด้านการสื่อสารของแพทย์ต่อผู้ป่วย มีทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการสอบถามระดับความรู้สึก มี 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 0-10 โดย 0 คือ รู้สึกแย่มากที่สุด และ 10 คือ รู้สึกดีมากที่สุด และส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18 เป็นการสอบถามระดับคะแนนการสื่อสารของแพทย์หรือทีมสุขภาพว่ามีความสะดวกใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับภาวะใกล้เสียชีวิตของผู้ป่วยในระดับใด โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่สะดวกใจเลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง สะดวกใจเป็นอย่างมาก และข้อ 19 เป็นการสอบถามระดับคะแนนการสื่อสารของแพทย์หรือทีมสุขภาพโดยรวม ว่ามีการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีมีคุณภาพในระดับใด โดย 0 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้แย่มากที่สุด จนถึง 10 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้ดีเยี่ยมที่สุด

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการสื่อสารของ (the Quality of communication : QOC) ของ Curtis และคณะ (2004) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการแสดงออกด้านการสื่อสารของแพทย์ต่อผู้ป่วย มีทั้งหมด 19 ข้อ นำมาแปลภาษาแบบย้อนกลับและดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและงานที่ศึกษา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (try-out) จำนวน 30 ราย

4.4 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

4.4.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเป็นองค์รวมในบุคคลที่ประกอบด้วยความศรัทธาในศาสนา และความเข้าใจในศักยภาพของตน มองตนเองด้วยความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกรับรู้ที่อยู่ภายในตัวตนทั้งหมด รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์และยอมรับ (O'Brien, 2008)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณหมายถึง เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิต และมีความสำเร็จตามความประสงค์ เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตัวบุคคล (Paloutzian & Ellison, 1982)

สุขภาพที่สมบูรณ์ (spiritual well-being) หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้าความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่งเบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม (ประเวศ วะสี, 2543)

สรุป ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิตมีความหวัง ยอมรับ และพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ของตนเอง รู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ยึดเหนี่ยว

4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจที่แสดงถึงภาวะสงบสุข ยอมรับความจริงและพึงพอใจในสิ่งที่กำลังเผชิญ รู้สึกมั่นใจในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว ดังนั้นการน้อมนำจิตให้มีสมาธิ คิดถึงสิ่งที่ดีงาม ยอมรับในสิ่งที่เผชิญจะช่วยให้ผู้ป่วยพบการตายอย่างสงบ เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Curtis et al., 2002) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาสุดท้ายที่เหลืออยู่ และนำไปสู่การตายที่มีคุณภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณน่าจะมีสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Stewart et al., 1999)

4.4.3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

4.4.3.1 แบบวัดสุขภาพจิตวิญญาณ (spiritual health inventory: SHI) พัฒนาโดย Highfield (1992) และสมพร รัตนพันธ์ (2540) ได้ดัดแปลงเพื่อวัดภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 โดยมีกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะทางจิตวิญญาณ แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เป็นแบบประเมินภาวะจิตวิญญาณด้วยตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert-scale) จำนวน 11 ข้อ ด้านมีความสุข จำนวน 8 ข้อ และด้านการ

ปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมและสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ จำนวน 12 ข้อ รวมทั้งหมด 31 ข้อ คะแนนสูง หมายถึง การมีระดับสุขภาพทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงหรือมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่า 93 แสดงถึงระดับสุขภาพจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำหรือมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ

4.4.3.2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ พัฒนาโดย Paloutzian & Ellison (1992) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีกรอบแนวคิดในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการมีความผาสุกที่มีความสัมพันธ์กับศาสนา จำนวน 10 ข้อ และด้านการมีความผาสุกในการดำรงชีวิต จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 9 ข้อ คะแนนสูง หมายถึง การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ คะแนนต่ำ หมายถึง การมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ฉวีวรรณ ไพโรวัลย์ (2540) ได้นำกรอบแนวคิดและแบบประเมินดังกล่าวมาดัดแปลงเพื่อวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลบาราคนราครูร์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 และ ธนัญญา น้อยเปียง (2545) ได้นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่คลินิกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

ในงานวิจัยนี้ ใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ วิไลลักษณ์ ดันติ ตระกูล (2552) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ 10 ข้อ และความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา 10 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก การแปลผลคะแนน คือ ระดับคะแนนสูง หมายถึง การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ ระดับคะแนนต่ำ หมายถึง การมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (try-out) จำนวน 30 ราย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการตายดี

จินต์จุฑา รอดพาล (2549) ได้ศึกษาการตายดี จากมุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ พบว่า การตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ตายอย่างสงบ เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ จิตไม่ฟุ้งซ่าน รักษาใจให้เป็นปกติ สามารถน้อมนำจิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่ได้สร้างสมมา 2) ตายตามธรรมชาติ เป็นการตายตามอายุขัย หมดสภาพของสังขารตามธรรมชาติ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิต ไม่ป่วย

นานเป็นภาระของลูกหลานต้องมาดูแล ในยามที่จะจากไปมีลูกหลานห้อมล้อมรวมทั้งยอมรับการจากไป 3) ตายอย่างหมดห่วง เป็นการตายหลังจากได้ประสานภารกิจเสร็จสิ้นและมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และเตรียมทำบุญสะสมบุญและความดี

ยุพเรศ โจมแพง และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่า การตายดีตามประสบการณ์ของพยาบาล ประกอบด้วย 9 แก่นสาระ ดังนี้ 1) ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน 2) ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม 3) ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก 4) ตายตาหลับ ตายที่ไร้ความหวงหาอาวรณ์ 5) ตายในสถานที่ๆอยากตาย 6) ตายโดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตาย 7) ตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตาย 8) ตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 9) ตายที่ครอบครัวยอมรับความตาย จากการศึกษาพบว่า 8 แก่นสาระแรกสะท้อนถึงการมุ่งที่ตัวผู้ป่วยที่จัดการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่วนแก่นสาระที่ 9 เป็นการให้ความสำคัญกับสมาชิกครอบครัวที่ควรได้รับและการดูแลช่วยเหลือให้ยอมรับความตายของผู้ป่วย

วัลภา คุณทรงเกียรติ (2556) ศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การตายดี แบ่งได้เป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การไม่มีความทุกข์ทรมาน เป็นการไม่มีความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดทางกายและความหวงกังวล ซึ่งจะช่วยให้ตายได้อย่างสงบ 2) การยอมรับ เป็นการทำให้ยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และความพยายามที่จะทำให้ครอบครัวยอมรับกับการตายของตนเองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อที่ตนเองจะได้จากไปอย่างหมดกังวล 3) การไม่เป็นภาระของครอบครัว เป็นความรู้สึกที่ไม่ต้องการให้ครอบครัวต้องมารับภาระหรือมีความลำบากในการที่ต้องดูแลตนเองยามเจ็บป่วย ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน และภาระด้านการเงินที่เกิดขึ้นจากการรักษาและหลังการตายของตนเอง 4) การได้อยู่กับครอบครัว เป็นความต้องการที่จะอยู่กับครอบครัวในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและช่วงเวลาก่อนที่จะตาย การมีคนในครอบครัวอยู่ด้วยแม้เพียงแค่การนั่งจับมือกันก็จะทำให้รู้สึกมีกำลังใจ และหมดห่วง สามารถจากไปได้อย่างสงบ

ศรียรัตน์ มากมาย ฉัตรชัย สิริชยานุกุล และธราณี สิริชยานุกุล (2556) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร์ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาอาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างระยะการดำเนินโรคและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งคลินิกประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์จำนวน 66 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการ

เจ็บป่วย แบบสอบถามอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม (Bio-Psycho-Social- Spiritual model) ของ Susan Walter ผลการศึกษาพบว่าอาการที่พบบ่อยในกลุ่มตัวอย่างตามระยะการดำเนินโรค คือ กลุ่มผู้ป่วยระยะคงที่ พบอาการอ่อนเพลีย (ร้อยละ 82.05) ปวด (ร้อยละ 79.48) ไม่สบายทั้งกายและใจ (ร้อยละ 71.79) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 71.79) และวิตกกังวล (ร้อยละ 66.77) กลุ่มผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน พบอาการอ่อนเพลีย (ร้อยละ 88.88) ไม่สบายกายและใจ (ร้อยละ 88.88) ปวด (ร้อยละ 83.33) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 83.33) และวิตกกังวล (ร้อยละ 50.00) กลุ่มผู้ป่วยระยะวาระสุดท้ายทุกราย (ร้อยละ 100) มีอาการอ่อนเพลีย ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร ง่วงซึม และร้อยละ 77.77 มีอาการปวด โดยอาการง่วงซึม ไม่สบายกายใจและอ่อนเพลียในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวาระสุดท้ายพบได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะคงที่ ($p < .05$) ส่วนอาการเหนื่อยหอบพบในระยะสุดท้ายมากกว่าระยะคงที่ ($p < .05$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยคะแนนเฉลี่ยความต้องการ 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) หลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ 2) ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3) บริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสุขภาพ 4) ได้เข้าไปใช้ที่บ้านปริมาณเพียงพอ/ทำบุญขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง 5) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา/เพื่อนคนรู้จักเข้าใจไม่รังเกียจ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 2.74, 2.71, 2.68, 2.39 และ 2.27 ตามลำดับ ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานต่างๆลงได้ในระดับหนึ่ง แต่ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นตามการดำเนินของโรค การประเมินอาการและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งอย่างครอบคลุม เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการจัดบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข และท้ายที่สุดสามารถจากไปอย่างสงบ พบกับการตายที่ดีอย่างมีคุณภาพ

ทัศนีย์ ขาว เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์ และทิพมาส ชินวงศ์ (2556) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสบความสำเร็จในชีวิต การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological method) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะ 2-4 และประสบความสำเร็จในชีวิต โดยมีการรับรู้ระดับคะแนนความพึงพอใจในชีวิตในภาพรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน โดยมีเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัยและเครื่องมืออื่นๆ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตตาม

บันได 10 ขั้น ของแคนทริล โดยให้บุคคลประเมินการรับรู้ความผาสุกในชีวิตตนเอง ครอบคลุมความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แบบบันทึภาคสนาม และแนวคำถามปลายเปิดที่ได้สร้างขึ้นสำหรับการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความผาสุกในชีวิต 6 มิติ คือ 1) ไม่ได้ทำความเดือดร้อนหรือสร้างปัญหาให้ครอบครัว 2) รู้สึกมีคุณค่าที่ได้ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น 3) ยอมรับการเจ็บป่วยได้ไม่ทุกข์และกังวลใจ 4) ไม่เจ็บไม่ทุกข์ทรมานร่างกาย 5) มีศักยภาพที่ยังคงสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และ 6) มีชีวิตรอดมาได้จนได้เห็นความสำเร็จในครอบครัว และพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ให้ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองเป็นการต่อสู้ชีวิตเพื่อรักษาสมดุลกายจิตใน 4 ลักษณะ คือ 1) การดูแลกายและจิตตนเองให้สมดุล 2) การเรียนรู้อยู่กับมะเร็ง 3) การอยู่อย่างมีสติรู้จักอยู่กับปัจจุบัน และ 4) เป็นการเอาชนะอุปสรรคหรือขึ้นจากหลุมชีวิต นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจตนเอง ดังนี้ 1) ทำความรู้จักกับโรคและทบทวนวิเคราะห้ชีวิตตนเอง 2) ตั้งสติ/พิจารณาความจริงแห่งชีวิต ให้อยู่เหนือทุกข์ และ 3) การผสมผสานทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นความผาสุกในชีวิต เป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีความสมดุลของกายและจิต ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดีและประสบการณ์ความผาสุกในชีวิตในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพราะเป็นมิติที่สำคัญในเสริมสร้างพลังอำนาจตนเอง และสิ่งสำคัญต้องคงไว้ซึ่งการปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตาย เผชิญกับความตายได้อย่างสงบและพบกับการตายที่ดีอย่างมีคุณภาพ

กระเกด สายบรรดาศักดิ์ (2549) ได้ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิก

ครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ในหน่วยงานวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (Comparative descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรัง และโรคเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างเดือนตุลาคม 2546 ถึงเดือนเมษายน 2548 จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันมีความต้องการด้านการได้อยู่กับผู้ป่วยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 85.42 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารคิดเป็นร้อยละ 84.46 และความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 83.50 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการด้านการได้อยู่กับผู้ป่วยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90.70 ด้านความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารคิดเป็นร้อยละ 89.23 และความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 88.85 นอกจากนี้พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการบรรเทาความวิตกกังวลมากกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการประเมินความ

ต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อคุณภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิต และสามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและพบกับการตายที่ดีและมีคุณภาพ

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการตายดีและคุณภาพการตาย

Deborah Carr, (2003) ได้ศึกษาการตายดีและคุณภาพการตายในกลุ่มคนที่แต่งงานแล้วและสูญเสียคู่สมรส ในเมืองดีทรอยต์ รัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การตายดีตามการรับรู้ของคู่สมรส คือ การไม่ทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การยอมรับความตาย การสนับสนุนทางสังคม และได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ทำให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี

5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพการตาย

Patrick et al., (2001) ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการดูแลในระยะใกล้ตายและคุณภาพการตาย ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคเรื้อรังซึ่งอยู่ในระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพการตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการตาย ซึ่งได้มีการกำหนดคุณภาพการดูแลในระยะใกล้ตายและคุณภาพการตายจากการให้ความหมายของภาวะใกล้ตายและการตายของบุคคล ร่วมกับการสังเกตการตายจากเหตุการณ์จริงของบุคคลว่าเป็นอย่างไร โดยการรับรู้การตายตามความคิดของบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์โดยรอบในระหว่างการตาย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถจำแนกองค์ประกอบหลักของคุณภาพการตายได้ทั้งหมด 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ อาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยการเตรียมตัวก่อนตาย ช่วงเวลาแห่งความตาย ครอบครัว ความต้องการการรักษา และการตระหนักถึงบุคคลแบบองค์รวม โดยเครื่องมือนี้มีทั้งหมด 31 ข้อ ซึ่งได้มาจากการกำหนดการประเมินของผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยก่อนตาย และประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยการเสียชีวิตไปแล้ว

Curtis et al., (2002) ได้ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการตาย และค้นหาปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตาย พบว่า คุณภาพการตายที่ดี มีความสัมพันธ์กับการตายที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คุณภาพการตายที่ดี มีความสัมพันธ์กับการตายในที่ที่ผู้ป่วยต้องการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คุณภาพการตายที่ดี มีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทางด้านร่างกายที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คุณภาพการตายที่ดี มีความสัมพันธ์กับคะแนนการบรรเทาอาการที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คุณภาพการตายที่ดีมีความสัมพันธ์กับการวางแผนการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตตาม

ความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คุณภาพการตายที่ดี มีความสัมพันธ์กับการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คุณภาพการตายที่ดี มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการสื่อสารของทีมสุขภาพ คุณภาพการตายที่ดีมีความสัมพันธ์กับการรับฟังอย่างตั้งใจของทีมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความเชื่อด้านจิตวิญญาณและศาสนา จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่า ประสพการณ์ด้านความเชื่อทางจิตวิญญาณและศาสนา มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนคุณภาพการตายที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Downey et al., (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห้องศพประกอบเชิงสำรวจเพื่อพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการตายที่เรียกว่า Quality of Death and Dying Questionnaire (QODD) โดยต้นฉบับแบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับประสพการณ์ช่วงระยะสุดท้ายของผู้เสียชีวิต แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาการ การเตรียมความพร้อมก่อนตาย การประสานงานหรือการสื่อสารของทีมสุขภาพ และความเชื่อความศรัทธาด้านจิตวิญญาณ ข้อคำถามมีทั้งหมด 17 ข้อ โดยพบว่า คุณภาพการดูแลในช่วงสัปดาห์(เดือน)สุดท้ายของชีวิต มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

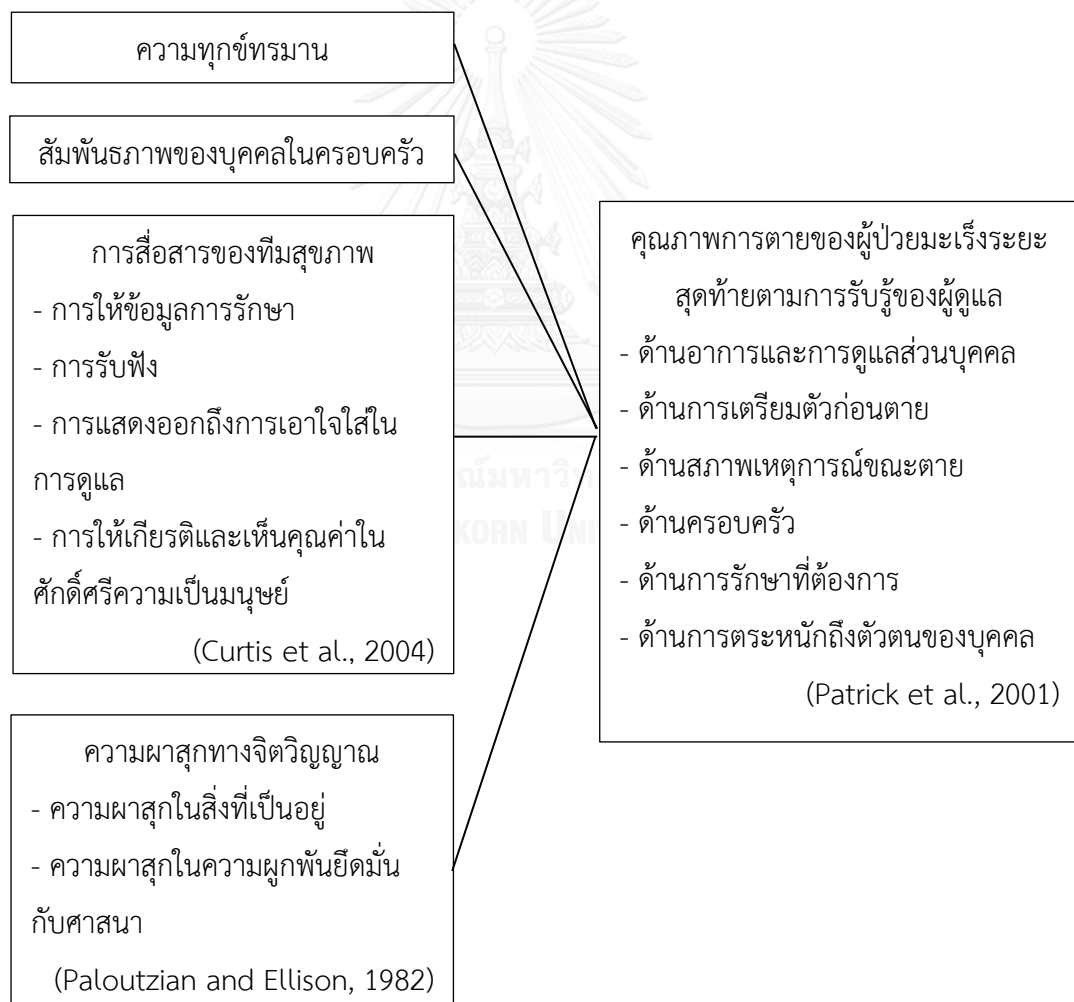
Hales et al., (2014) ได้ทำการศึกษาคุณภาพการตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และศึกษาความสัมพันธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและสถานที่การตาย ต่อคุณภาพการตาย ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า 1) คุณภาพการตายในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการต่างๆ ที่ไม่ดี 2) ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล 3) การให้การดูแลประคับประคองที่ล่าช้าเกินไป หรือไม่ได้รับการดูแล มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนตายที่ไม่ดี และคุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำ 4) การตายที่บ้านมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการต่างๆที่ดี การเตรียมตัวก่อนตายที่ดี และคุณภาพการตายที่ดี

Choi et al., (2013) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ที่พักรักษาในหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตไปแล้วในประเทศเกาหลี จำนวน 570 คน พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายได้แก่ 1) อาการที่มีผลกระทบต่อความสบายทางร่างกายและจิตใจหรือความทุกข์ทรมาน 2) ความสัมพันธ์ในครอบครัว 3) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ 4) สถานที่ในการดูแล 5) ความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพซึ่งรวมไปถึงการสื่อสารและการให้ข้อมูล 6) การดูแลประคับประคองของเจ้าหน้าที่ และ 7) ระยะเวลาในการรับและส่งต่อในการดูแล

Venegas & Alvarado, (2010) ได้ทำงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายในช่วงระยะใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็ง 78 ราย โดยสอบถามจากผู้ดูแลผู้ป่วย ในประเทศชิลี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายในระดับสูงสุด ได้แก่

สภาพการณ์ขณะตาย ครอบครัวและการเอาใจใส่ต่อกัน และอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตาย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายในระดับปานกลาง ได้แก่ การเตรียมตัวในการตาย การใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ความเอาใจใส่และการดูแลผู้ป่วย และประสิทธิภาพการสื่อสาร

จากการศึกษาที่ผ่านมางานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาของต่างประเทศ ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในบริบทของสังคมไทย



รูปภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลและผู้ใหญ่ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เคยได้รับการรักษาเพื่อการประคับประคองดูแลตามอาการ โดยผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน และเคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลในครอบครัวทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิดที่เสียชีวิตไปแล้ว อย่างน้อย 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน และเคยเข้าพักรักษาเพื่อการประคับประคองดูแลตามอาการในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นการประมาณค่าสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ของ Thorndike (1978) คำนวณได้ ดังนี้ $Sample\ size\ n = 10\ k + 50$ (n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ k คือ จำนวนตัวแปรที่ทำการศึกษา

การศึกษานี้มีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัวแปร $Sample\ size\ n = (10 \times 5) + 50 = 100$ คน

ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน และเพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน

สถานที่ในการเก็บข้อมูล คือโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ซึ่งเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยโรงพยาบาลจุฬารัตน์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด และรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกจังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่วนโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด และรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกจังหวัดทั่วประเทศ เช่นเดียวกัน และมีแนวทางการรักษาที่เหมือนกัน คือ ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ด้วยวิธีทาง

รังสีรักษา เคมีบำบัด เวชศาสตร์นิวเคลียร์ และให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) รวมทั้งบริบทด้านวัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีชีวิตไม่แตกต่างกันมาก ผู้วิจัยจึงสนใจและเลือกแบบเจาะจงเป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เคยได้รับการรักษาเพื่อการประคับประคองดูแลตามอาการ และเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี โดยผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน เนื่องจากผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะสูญเสียและเศร้าโศก จะมีการดีขึ้นในช่วงเวลา 2-4 เดือน และมีการปรับตัวเพื่อฟื้นคืนสู่สภาวะปกติไม่เกิน 6 เดือน (Engel, 1964; Wendy, Robert, Derek and Cindy, 2008) แต่พบว่าความสามารถในการจำของมนุษย์จะน้อยลงถ้าทิ้งช่วงระยะเวลายาวนานขึ้น ทำให้เกิดการลืมเลือนได้ (อุบลรัตน์ เฟิงสกลิต, 2535) เพื่อให้เป็นการกระทบกระเทือนด้านจิตใจของผู้ดูแล และผู้ดูแลสามารถระลึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เสียชีวิตที่ผ่านมาได้ ผู้วิจัยจึงกำหนดช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วอย่างน้อย 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน
2. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์กันในลักษณะเครือญาติกับผู้ป่วย ได้แก่ พ่อ แม่ บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง เขยหรือสะใภ้ เป็นต้น โดยจากการสอบถามสมาชิกในครอบครัว
3. เพศชายและหญิง มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี
4. มีระดับการรู้สึกรู้ชาติ การรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดฟังภาษาไทยได้ดี
5. นับถือศาสนาพุทธ
6. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม หนังสือเอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกำหนดเป็นแบบบันทึก มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล มีข้อความจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สัญชาติ ศาสนา สถานภาพสมรสในปัจจุบัน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มีข้อความจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สัญชาติ ศาสนา สถานภาพสมรสก่อนเสียชีวิต ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะโรค

ขณะเสียชีวิต ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงเสียชีวิต การรักษาที่เคยได้รับ และระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน

2. แบบประเมินคุณภาพการตาย เป็นการประเมินความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่หรือขณะใกล้ตาย และขณะเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการตาย (the Quality of Dying and Death Questionnaire : QODD) ของ Patrick และคณะ (2001) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือในการแปลภาษาแบบย้อนกลับ และนำมาดัดแปลงเพื่อให้เข้ากับสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย รวมทั้งปรับแบบประเมินให้อยู่ในรูปแบบตาราง เพื่อให้ง่ายต่อการทำแบบประเมิน และสามารถเชื่อมโยงความรู้สึกที่มีต่อความถี่ของเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นหรือประสบการณ์ในเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นนั้นๆ ได้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล คือการดูแลควบคุมอาการต่างๆ เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีทั้งหมด 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5 และข้อ 9

2.2 ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย คือการวางแผนและจัดการเหตุการณ์ต่างๆ ที่ค้างคาให้เสร็จสิ้นก่อนตาย มีทั้งหมด 10 ข้อ คือ ข้อ 6, 7, 10, 19, 20, 21, 22, 23, 26 และข้อ 27

2.3 ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย คือการเลือกลักษณะหรือสภาพการตายตามความต้องการของผู้ป่วยก่อนตาย มีทั้งหมด 3 ข้อ คือ ข้อ 29, 30 และข้อ 31

2.4 ด้านครอบครัว คือสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยต่อกัน การดูแลซึ่งกันและกัน และการใช้เวลาที่เหลือในช่วงสุดท้ายของชีวิตกับครอบครัว มีทั้งหมด 5 ข้อ คือ ข้อ 12, 13, 14 และข้อ 15

2.5 ด้านการรักษาที่ต้องการ คือลักษณะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยหรือครอบครัวกับทีมสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยของคนในครอบครัว มีทั้งหมด 3 ข้อ คือ ข้อ 24, 25 และข้อ 28 และ

2.6 ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล คือการเคารพและให้เกียรติ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงการเข้าใจถึงความเป็นตัวตนและธรรมชาติของผู้ป่วย มีทั้งหมด 4 ข้อ คือ ข้อ 8, 11, 17 และข้อ 18

โดยแบบประเมินนี้มีทั้งหมด 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินความถี่ของเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในช่วงเวลา 10-14 วันก่อนเสียชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยเป็นคำถามนำเพื่อให้ผู้ตอบแบบประเมินสามารถนึกย้อนไปถึงเหตุการณ์ช่วงนั้นๆ ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และสามารถบอกความถี่ของเหตุการณ์

นั้นได้ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ (ข้อ 1-16) ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ แบ่งเป็น 0-5 คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 0 คือ ไม่เคยเลย	หมายถึง เหตุการณ์ดังกล่าวไม่เคยเกิดขึ้นเลย
ระดับคะแนน 1 คือ นานๆครั้ง	หมายถึง เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นนานๆครั้ง
ระดับคะแนน 2 คือ บางครั้ง	หมายถึง เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบางครั้ง
ระดับคะแนน 3 คือ บ่อยครั้ง	หมายถึง เหตุการณ์ดังกล่าวเคยเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
ระดับคะแนน 4 คือ เกือบทุกครั้ง	หมายถึง เหตุการณ์ดังกล่าวเคยเกิดขึ้นบ่อยครั้งมาก
ระดับคะแนน 5 คือ ทุกครั้ง	หมายถึง เหตุการณ์ดังกล่าวเคยเกิดขึ้นทุกครั้ง

ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ต่อเหตุการณ์นั้นๆว่าเคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ และประเมินระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น ในช่วงเวลา 10-14 วันก่อน เสียชีวิตและขณะเสียชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยเป็นคำถามนำเพื่อให้ผู้ตอบแบบประเมินสามารถ นึกย้อนไปถึงเหตุการณ์ช่วงนั้นๆ ได้ชัดเจนขึ้น และสามารถบอกได้ว่าเหตุการณ์นั้นๆ เคยเกิดขึ้น หรือไม่ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ (ข้อ 17-31) ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือกตอบ ดังนี้

“ใช่”	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
“ไม่ใช่”	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้น

ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินระดับความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ทั้งหมด ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในช่วงเวลา 10-14 วันก่อนเสียชีวิต และ ขณะเสียชีวิต ตาม การรับรู้ของผู้ดูแล มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ (ข้อ 32-33) เกณฑ์การให้คะแนน 0-10 คะแนน 0 คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นแย่มากที่สุด และ 10 คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นดีที่สุด

ในส่วนที่ 1 และ 2 (ข้อ 1-31) แต่ละข้อที่ถามถึงเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นนั้น จะต้องมีการให้ คะแนนระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ด้วยทุกข้อ ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญ เนื่องจากจะต้องนำมา วิเคราะห์และแปลผลคะแนนคุณภาพการตาย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	แย่มากที่สุด	สมบูรณ์ที่สุด
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
0	คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นแย่มากที่สุด	
1-3	คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นแย่มาก	
4-6	คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นไม่ดี	
7-9	คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นดี	
10	คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นดีที่สุดในหรือสมบูรณ์ที่สุด	

การแปลผล โดยนำคะแนนระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในส่วนที่ 1 และ 2 มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับคะแนนคุณภาพการตาย โดยกำหนดค่าเฉลี่ยในการพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ ชูศักดิ์ จรุงวิทย์ (2551) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 8.04-10.00 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับสูงมากหรือดีมาก

ค่าเฉลี่ย 6.03-8.03 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับสูงหรือดี

ค่าเฉลี่ย 4.02-6.02 หมายถึง คุณภาพการตายอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.01-4.01 หมายถึง คุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 0.00-2.00 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำมากหรือแย่มาก

3. แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน ผู้วิจัยเลือกแบบวัด Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย แปลและพัฒนาโดย สาวิตรี เจริญนุวัตร (2556) เครื่องมือนี้สร้างขึ้นโดย Roth และคณะ (1998) และพัฒนาโดย National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (1990) ลักษณะแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของปรอทวัดทุกข์ และส่วนที่ระบุถึงปัจจัยที่สร้างภาวะความทุกข์ใจ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เฉพาะส่วนของปรอทวัดทุกข์เพื่อประเมินระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 0-10 คะแนน คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ทุกข์เลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส

การแปลผล โดยนำคะแนนระดับความทุกข์ทรมาน มาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จัดระดับคะแนนความทุกข์ทรมาน และกำหนดค่าเฉลี่ยในการพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ ชูศักดิ์ จรุงวิทย์ (2551) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 8.04-10.00 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับสูงมากหรือมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 6.03-8.03 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับสูงหรือมาก

ค่าเฉลี่ย 4.02-6.02 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.01-4.01 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับต่ำหรือน้อย

ค่าเฉลี่ย 0.00-2.00 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับต่ำมากหรือน้อยที่สุด

4. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัวของ จริญญา แก้วสกุลทอง (2552) ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่เคยเลย
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	นานๆครั้ง
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	บางครั้ง

ระดับคะแนน 4	หมายถึง	บ่อยครั้ง
ระดับคะแนน 5	หมายถึง	สม่ำเสมอ

การแปลผล คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว โดย กำหนดค่าเฉลี่ยในการพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ ชูศักดิ์ จรุงวิวัฒน์ (2551) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูงหรือดี

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี

5. แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการสื่อสาร (the Quality of communication : QOC) ของ Curtis และคณะ (2004) เป็นการสอบถามระดับ ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการสื่อสารของทีมสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในช่วงระยะใกล้ตายและ ช่วงเวลาการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน (Curtis และคณะ, 1999) ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลการรักษา 2) การรับฟัง 3) การแสดงออกถึงความเอาใจใส่ในการดูแล และ 4) การให้เกียรติและเห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 (ข้อ 1-17) เป็นการสอบถามระดับคะแนนเกี่ยวกับการสื่อสารของแพทย์ หรือทีมสุขภาพที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต ตามความรู้สึกของผู้ดูแล โดย 0 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้แย่ที่สุด จนถึง 10 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้ดีเยี่ยมที่สุด

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18 เป็นการสอบถามระดับ คะแนนการสื่อสารของแพทย์หรือทีมสุขภาพว่ามีความสะดวกใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับภาวะใกล้เสียชีวิต ของผู้ป่วยในระดับใด ในช่วง 10-14 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ตามความรู้สึกของท่าน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่สะดวกใจเลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง สะดวกใจเป็นอย่างมาก และข้อ 19 เป็นการ สอบถามระดับคะแนนการสื่อสารของแพทย์หรือทีมสุขภาพว่ามีการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีมีคุณภาพใน ระดับใด ในช่วง 10-14 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ตามความรู้สึกของท่าน โดย 0 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้แย่ที่สุด จนถึง 10 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้ดีเยี่ยมที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แย่มากที่สุด											สมบูรณ์ที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการสื่อสารแย่มากที่สุด										
1-3	คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการสื่อสารแย่มาก										
4-6	คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการสื่อสารไม่ดี										

7-9 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกการสื่อสารดี

10 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกการสื่อสารดีมากที่สุด

การแปลผล โดยนำคะแนนการสื่อสารของทีมสุขภาพใน ส่วนที่ 1 มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับคะแนนการสื่อสารของทีมสุขภาพ โดยกำหนดค่าเฉลี่ยในการ พิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ ชูศักดิ์ จรุงสุขสวัสดิ์ (2551) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 8.04-10.00 หมายถึง มีการสื่อสารอยู่ในระดับสูงมากหรือดีมาก

ค่าเฉลี่ย 6.03-8.03 หมายถึง มีการสื่อสารอยู่ในระดับสูงหรือดี

ค่าเฉลี่ย 4.02-6.02 หมายถึง มีการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.01-4.01 หมายถึง มีการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 0.00-2.00 หมายถึง มีการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำมากหรือแย่มาก

6. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิต วิญญาณที่พัฒนาโดย Paloutzian & Ellison (1982) และแปลเป็นภาษาไทย โดย ธนัญญา น้อยเปียง (2545) ซึ่ง วิไลลักษณ์ ตันตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ปรับปรุงโดยปรับข้อความของ แบบสอบถามเป็นด้านบวกทั้งหมด เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เปราะบาง แบบประเมินนี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ 1) ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ มีข้อความจำนวน 10 ข้อ (ข้อ 1-10) และ 2) ด้านความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา มีข้อความจำนวน 10 ข้อ (ข้อ 11-20) รวมข้อความทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยมาก
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยปานกลาง
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	เห็นด้วย
ระดับคะแนน 5	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
ระดับคะแนน 6	หมายถึง	เห็นด้วยมาก

การแปลผล แบบประเมินนี้มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20-120 คะแนน จากข้อความ 20 ข้อ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนของ วิไลลักษณ์ ตันตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ดังนี้

คะแนน 100-120 หรือ มีค่าเฉลี่ย 4.34-6.00 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ใน ระดับสูง

คะแนน 41-99 หรือ มีค่าเฉลี่ย 2.67-4.33 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนน 20-40 หรือ มีค่าเฉลี่ย 1.00-2.66 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา

นำเครื่องมือทั้งหมด คือ แบบประเมินคุณภาพการตาย แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสม จากนั้นนำแบบสอบถามไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 1 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์ชีวภบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 2 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 1 ท่าน

1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ที่มีความรู้ความชำนาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 2 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 1 ท่าน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการตาย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.80 จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit & Beck, 2004)

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย

4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับค่านิยม

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

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินระดับความทุกข์ทรมานไปหาค่าความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) เพื่อทดสอบความสามารถของแบบประเมินระดับความทุกข์ทรมานที่วัดคุณลักษณะของสิ่งที่ศึกษาได้ว่ามีความสอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนดในปัจจุบันหรือไม่ โดยนำแบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน 2 ชุด ซึ่งชุดที่ 1 เป็นแบบประเมินระดับความทุกข์ทรมานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และอีกชุดหนึ่งเป็นแบบประเมินระดับความทุกข์ทรมานมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับแล้วนำไปให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันตอบ จำนวน 30 คน แล้วนำค่าที่ได้ของเครื่องมือทั้งสองฉบับมาวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ หากค่าสหสัมพันธ์มีค่าสูงแสดงว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่มีความตรงตามสภาพปัจจุบัน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550)

จากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมด คือ แบบประเมินคุณภาพการตาย แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยทำการปรับสำนวนภาษา ตัดข้อคำถามที่อาจเป็นข้อคำถามในประเด็นเดียวกันและเพิ่มข้อคำถามเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามและเพิ่มเติมในเนื้อหาบางส่วน โดยยังคงข้อคำถาม 8 ข้อเท่าเดิม

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถาม เพิ่มเติมเนื้อหาบางส่วน และตัดข้อคำถามไป 1 ข้อ (ข้อ 5 ระยะโรค) เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายทั้งหมดอยู่แล้ว ดังนั้นเหลือข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ

2. แบบประเมินคุณภาพการตาย มีค่า CVI เท่ากับ 0.85 และจากคำแนะนำของคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และความเชื่อ วัฒนธรรมของคนไทยที่ยังไม่ยอมรับหรือกลัวความตาย ควรมีการปรับชื่อเครื่องมือชุดนี้ เพื่อลดผลกระทบทางด้านอารมณ์และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับชื่อเครื่องมือชุดนี้เป็น แบบประเมินความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล นอกจากนี้พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อ

ยังมีข้อย่อยข้อละ 2 ข้อย่อย ซึ่งรวมแล้วทำให้มีจำนวนข้อคำถามมากเกินไป ผู้วิจัยจึงปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงรูปแบบของแบบสอบถามเป็นรูปแบบตารางโดยไม่มีข้อย่อย และยังคงข้อคำถามไว้ทั้งหมด 33 ข้อเท่าเดิม

3. แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน มีค่า Concurrent validity เท่ากับ 1.0 มีจำนวน 1 ข้อเท่าเดิม

4. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 มีจำนวน 10 ข้อเท่าเดิม

5. แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 มีจำนวน 19 ข้อเท่าเดิม

6. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีค่า CVI เท่ากับ 0.85 มีจำนวน 20 ข้อเท่าเดิม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1 นำเครื่องมือทั้งหมด คือ แบบประเมินความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ มาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชอุดรธานี และเสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 30 คน (Burns and Grove, 2009) และนำข้อมูลที่ได้ของแต่ละแบบประเมินมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยกำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมือมากกว่า 0.80 (Burns and Grove, 2009) และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 110 คน

2.2 นำเครื่องมือ พรอทัวด์ทุกซ์ ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับความทุกข์ทรมานมาทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ของมาตรวัดระดับความทุกข์ทรมาน กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน โดยทิ้งช่วงเวลาของการวัดซ้ำห่างจากการวัดครั้งแรก 2 สัปดาห์ (Burns and Grove, 2009) แล้วนำมาเปรียบเทียบระดับความทุกข์ทรมานของทั้ง 2 ครั้ง จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยกำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมือมากกว่า 0.80 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 110 คน

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	การหาค่าความเที่ยง			
	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค		วิธีทดสอบซ้ำ	
	n=30	n=110	n=30	n=110
แบบประเมินคุณภาพการตาย	0.86	0.91	-	-
- ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล	0.48	0.63	-	-
- ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย	0.93	0.95	-	-
- ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย	0.90	0.89	-	-
- ด้านครอบครัว	0.43	0.61	-	-
- ด้านการรักษาที่ต้องการ	0.88	0.88	-	-
- ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล	0.13	0.47	-	-
แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน	-	-	0.99	0.99
แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว	0.86	0.84	-	-
แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ	0.82	0.85	-	-
- ด้านการให้ข้อมูลการรักษา	0.99	0.99	-	-
- ด้านการรับฟัง	1.00	0.99	-	-
- ด้านการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ดูแล	0.99	0.99	-	-
- ด้านการให้เกียรติและเห็นคุณค่า	1.00	0.99	-	-
แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ	0.98	0.98	-	-
- ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่	0.97	0.97	-	-
- ด้านความผาสุกในการผูกพันยึดมั่นกับศาสนา	0.97	0.98	-	-

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และขออนุมัติการ

พิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกเวชระเบียนและหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยใน ซึ่งหอผู้ป่วยนี้เป็นสถานที่ที่ผู้เสียชีวิตเคยมาอนพักรักษาและได้รับการดูแลจนกระทั่งเสียชีวิต ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตสืบค้นข้อมูลผู้เสียชีวิต เช่น อายุ เพศ ชนิดของโรคมะเร็งที่เป็นและที่อยู่ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งชื่อ-นามสกุลของญาติและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เป็นต้น พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดลักษณะการวิจัย และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

5. ภายหลังจากได้รับอนุญาตในการสืบค้นข้อมูลผู้เสียชีวิตจากหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นข้อมูลย้อนหลังของผู้เสียชีวิต ซึ่งได้เสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน ด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุระหว่าง 18-59 ปี โดยเป็นข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ชนิดของโรคมะเร็งที่เป็นและที่อยู่ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งชื่อ-นามสกุลของญาติและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เป็นต้น

6. หลังจากผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลย้อนหลังของผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และได้รับอนุญาตจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการโทรศัพท์ติดต่อญาติของผู้เสียชีวิต ผู้วิจัยจะเป็นผู้โทรศัพท์ติดต่อญาติของผู้เสียชีวิต โดยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งขออนุญาตในการสอบถามข้อมูลเพื่อยืนยันการเป็นผู้ดูแลหลักตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยเบื้องต้นทางโทรศัพท์ จากนั้นเมื่อได้รับการยืนยันและความยินยอมทางโทรศัพท์แล้ว จึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

7. สำหรับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาประจำหน่วยดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง และมีหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นผู้โทรศัพท์ติดต่อกับญาติของผู้เสียชีวิต สอบถามการเป็นผู้ดูแลหลัก แนะนำผู้วิจัย ชี้แจงรายละเอียดและลักษณะของงานวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งเอกสารพิทักษ์สิทธิ และลักษณะการทำแบบสอบถามให้ญาติของผู้เสียชีวิตเข้าใจ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการทำ

ความเข้าใจโดยละเอียดอย่างชัดเจนกับพยาบาลประจำหน่วยดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวกับรายละเอียดและกระบวนการทั้งหมดในการทำกรวิัจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ พยาบาลประจำหน่วยดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่แล้ว จึงมีความเข้าใจในรายละเอียดของงานวิจัยนี้ได้โดยง่าย

8. จากนั้นจึงสอบถามความสมัครใจและความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งช่วงเวลา หรือช่องทางในการติดต่อ ในการให้ข้อมูลและการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับที่อยู่ปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง ในการส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์พร้อมทั้งแนบซองตอบกลับ

9. การอธิบายวิธีและขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากยิ่งขึ้น เกี่ยวกับแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย แบบประเมินความทุกข์ทรมาน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

9.1 ในแต่ละข้อคำถามมีเวลาในการตอบข้อละประมาณไม่เกิน 1 นาที ซึ่งมีทั้งหมด 99 ข้อ โดยเฉลี่ยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

9.2 ในการทำแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน เนื่องจากต้องใช้สมาธิในการคิดระลึกย้อนกลับไปเมื่ออดีตที่ผ่านมาซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้ดูแล หรือผู้ตอบแบบสอบถามเคยรับรู้มาก่อน ในช่วงชีวิตที่เหลือของผู้ป่วย คือ ในระยะเวลา 10-14 วันก่อนเสียชีวิต รวมทั้งประสบการณ์ในช่วงขณะที่เสียชีวิตของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร เกิดอะไรขึ้นบ้าง ได้รับการดูแล บรรเทาอาการต่างๆ ได้ดีไม่น้อยแค่ไหน และมีความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร เป็นต้น

10. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเศร้าโศกเสียใจ หรือทุกข์ใจเกิดขึ้นระหว่างทำแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพักการตอบแบบสอบถาม เพื่อผ่อนคลายความรู้สึกจนดีขึ้นแล้วสามารถตอบแบบสอบถามต่อได้ หรือสามารถโทรปรึกษาพูดคุย ระบายความคับข้องใจ ความทุกข์ใจต่างๆกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เพื่อการรับฟังหรือให้คำแนะนำบรรเทาความรู้สึกต่างๆ และหากประเมินจากการพูดคุยแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปรับอารมณ์ได้ ผู้วิจัยจึงจะแนะนำแหล่งสนับสนุนอื่นๆที่ใกล้เคียงเพื่อรับการดูแลรักษาต่อไป โดยจากการเก็บข้อมูลที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างไม่ได้โทรศัพท์กลับมาแสดงความเศร้าโศกเสียใจ หรือในระหว่างที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าของการทำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมีการพูดคุยทั่วไป ก็ไม่พบการแสดงอาการเศร้าโศกเสียใจให้รับรู้ทางโทรศัพท์เลย

11. ยุติการสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม หรือส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์แล้วไม่ได้รับการตอบกลับ ปฏิเสธการทำแบบสอบถามหรือไม่สามารถโทรศัพท์ติดต่อได้ภายหลังส่งแบบสอบถามไปแล้ว รวมทั้งในกรณีที่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาพจิตใจ

ที่ไม่พร้อมหรือเกิดการเศร้าโศกเสียใจระหว่างทำแบบสอบถามและขอยุติการตอบแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในผู้ที่ยินยอมในการตอบแบบสอบถาม จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวนในแต่ละแห่ง

12. หลังจากสืบค้นข้อมูลและได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ในสัปดาห์ที่ 1 จึงทำการจัดส่งเอกสารพิกซ์สิทธิ์และแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด ไปทางไปรษณีย์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง

13. ภายหลังจากส่งเอกสารไปแล้วประมาณ 1 สัปดาห์ หรือในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจึงทำการโทรศัพท์ติดตามผลการส่งเอกสารเพื่อให้แน่ใจว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับเอกสารครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเอกสารพิกซ์สิทธิ์ การเซ็นต์ชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย และการทำแบบสอบถามแต่ละชุดโดยละเอียดอีกครั้ง ซึ่งต้องใช้เวลามากพอสมควร ผู้วิจัยจึงต้องสอบถามช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดและมีเวลาเพียงพอในการรับฟังรายละเอียดของเอกสารทั้งหมด

14. สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าในการทำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย หรือสามารถโทรศัพท์กลับมาสอบถามได้ตลอดเวลา

15. สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการส่งกลับแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง จากการโทรศัพท์ติดตามผลการส่งเอกสารให้กับกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 2 พบว่า มีปัญหาและอุปสรรค คือ ไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามจำนวนที่ส่งเอกสารไป และไม่มี การตอบกลับหรือโทรศัพท์กลับมาของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องทำการสืบค้นข้อมูลผู้เสียชีวิตเพิ่มเติม เพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบ 110 คน โดยรวมแล้วผู้วิจัยจัดส่งเอกสารไปทั้งหมด 180 ชุด ไม่มีการตอบกลับจำนวน 70 ชุด และได้รับการตอบกลับจำนวน 110 ชุด ซึ่งผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2559 และในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง ต้นเดือนพฤศจิกายน 2559

16. เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์จากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้ายังขาดข้อใดผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์กลับไปถามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ หรือในบางคำตอบได้มาจากการดูแลของแพทย์ที่ผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้

17. เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจาก รพ.จุฬารัตน์ (IRB No. 018/2559 วันที่อนุมัติจริยธรรม 10 มิ.ย.59) และ รพ. มทวชิราลงกรณธัญบุรี (IRB No. MTH 2016-13 วันที่อนุมัติจริยธรรม 27 ก.ค.59) โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวทางโทรศัพท์ สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีมติให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่ออย่างไรก็ตามต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บข้อมูลทันทีเมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ พูดในลักษณะบ้ายเบี่ยง หรือตัดสายโทรศัพท์ และในระหว่างพูดคุยทางโทรศัพท์เมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ หรือร้องไห้ ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจ และยินดีรับฟังปัญหาหรือความในใจด้วยความเต็มใจ โดยไม่เร่งเร้าให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และต้องใช้เวลาในการปรับอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและซักถามถึงข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ในขอบเขตของวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์กลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ใช้สถิติพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้เสียชีวิตตั้งแต่เริ่มป่วยจนเสียชีวิต และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงเสียชีวิต การรักษาที่เคยได้รับ และระยะเวลาตั้งแต่เสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน โดยใช้ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพการตาย ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยใช้ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Basic assumption) ของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตามอยู่ในระดับมาตราอัตราส่วน มีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง และค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ รวมทั้งข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน (ภาคผนวก จ) โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (Burns and Grove, 2009)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.1-0.3	ต่ำ
0.4-0.5	ปานกลาง
0.5 ขึ้นไป	สูง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน การสื่อสารของทีมสุขภาพ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด ทำการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มประชากรใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ จำนวน 30 คน และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตแล้วอย่างน้อย 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน และเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรลงกรณ์ธนบุรี จำนวนทั้งสิ้น 110 คน โดยซึ่งผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อยืนยันการเป็นผู้ดูแลหลักและขอความร่วมมือในการวิจัย แล้วจัดส่งเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแบบสอบถามให้ผู้ดูแลตอบด้วยตนเอง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 5 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต

ตอนที่ 3 การศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตอนที่ 4 การศึกษาความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต ระยะเวลาในการดูแลผู้เสียชีวิตตั้งแต่เริ่มป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต (n=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	59	53.60
ชาย	51	46.40
อายุ (ปี) $\bar{X} = 41.02$ S.D. = 10.52		
21-30 ปี	9	11.25
31-40 ปี	18	22.50
41-50 ปี	39	48.75
51-60 ปี	14	17.50
สถานภาพสมรส		
คู่	72	65.50
โสด	23	20.90
หม้าย	10	9.10
หย่า	5	4.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.00
ประถมศึกษา	30	27.30
มัธยมศึกษาระดับต้น	14	12.70
มัธยมศึกษาระดับปลาย	10	09.10
ประกาศนียบัตร	20	18.20
ปริญญาตรี	33	30.00
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.70
อาชีพ		
รับราชการ	24	21.80
รัฐวิสาหกิจ	24	21.80

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	22	20.00
ค้าขาย	21	19.10
รับจ้าง	13	11.80
ธุรกิจส่วนตัว	3	2.70
นักศึกษา	3	2.70
รายได้ต่อเดือน (บาท)	$\bar{X} = 19,077.27$	$S.D. = 13,921.34$
ไม่มีรายได้	0	0.00
1-5,000 บาท	27	24.54
5,001-10,000 บาท	25	22.73
10,001-20,000 บาท	13	11.82
20,001-30,000 บาท	26	23.64
มากกว่า 30,000 บาท	19	17.27
สถานภาพทางการเงิน		
เพียงพอ	60	54.50
ไม่เพียงพอ	50	45.50
ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต		
สามี/ภรรยา	51	46.40
บุตร	31	28.20
บิดา/มารดา	14	12.70
พี่/น้อง	11	10.00
ลุง	1	0.90
หลาน	1	0.90
อา	1	0.90
ระยะเวลาในการดูแลผู้เสียชีวิต ตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต		
น้อยกว่า 6 เดือน	20	18.20

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้เสียชีวิต ตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต (ต่อ)		
6 เดือน – 1 ปี	26	23.60
1-2 ปี	36	32.70
ตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป	28	25.50

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.02 ปี (SD=10.52) มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.5 ระดับการศึกษาส่วนมาก คือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30 ประกอบอาชีพข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 21.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 19,077.27 บาท (SD=13,921.34) มีสถานภาพทางการเงินส่วนใหญ่ คือ เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนมากมีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต คือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 46.4 และระยะเวลาในการดูแลผู้เสียชีวิตตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ส่วนมากอยู่ในช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.7

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เสียชีวิต จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงเสียชีวิต การรักษาที่เคยได้รับ ระยะเวลาตั้งแต่เสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน (n=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	51.80
หญิง	53	48.20
อายุ (ปี) $\bar{X} = 45.31$ S.D. = 9.22		
21-30 ปี	5	4.55
31-40 ปี	31	28.18
41-50 ปี	42	38.18
51-60 ปี	32	29.09

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	77	70.00
โสด	16	14.50
หม้าย	12	10.90
หย่า	3	2.70
แยก	2	1.80
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	37	33.60
มะเร็งศีรษะและลำคอ	18	16.40
มะเร็งระบบสืบพันธุ์	18	16.40
มะเร็งระบบโลหิตวิทยา	14	12.70
มะเร็งปอด	12	10.90
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	9	8.20
มะเร็งกระดูก	2	1.80
ระยะเวลาตั้งแต่รักษาจนเสียชีวิต (เดือน) $\bar{X} = 18.04$ S.D. = 15.23		
1-12 เดือน	53	48.18
13-24 เดือน	39	35.45
25-36 เดือน	3	2.73
37-48 เดือน	11	10.00
49-60 เดือน	4	3.64
ระยะเวลาตั้งแต่เสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน (เดือน) $\bar{X} = 3.66$ S.D. = 1.35		
2 เดือน	24	21.80
3 เดือน	34	30.90
4 เดือน	25	22.70
5 เดือน	9	8.20
6 เดือน	18	16.40

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีอายุเฉลี่ย 45.31 ปี (SD=9.22) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนมากเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 33.6 มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนกระทั่งเสียชีวิต เฉลี่ยแล้ว 18.04 เดือน หรือประมาณ 1 ปี 6 เดือน (SD=15.23) และระยะเวลาตั้งแต่เสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน เฉลี่ย 3.66 เดือน หรือประมาณ 3-4 เดือน (SD=1.35)

ตอนที่ 3 การศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตารางที่ 4 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายด้านและโดยรวมของระดับคุณภาพการตาย ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

คุณภาพการตาย	จำนวน ข้อ	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ คุณภาพ การตาย
- การรักษาที่ต้องการ	3	3.33	8.67	7.57	0.94	ดี
- สภาพเหตุการณ์ขณะตาย	3	5.00	9.00	7.33	0.77	ดี
- การเตรียมตัวก่อนตาย	10	5.40	8.60	7.30	0.46	ดี
- การตระหนักถึงตัวตนของ บุคคล	4	4.00	7.75	6.98	0.48	ดี
- ครอบครัว	5	2.60	8.40	6.93	0.82	ดี
- อาการและการดูแลส่วน บุคคล	6	3.67	6.83	5.85	0.51	ปานกลาง
คุณภาพการตายโดยรวม	31	4.29	7.94	6.95	0.40	ดี

จากตารางที่ 4 แสดงคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลพบว่า คุณภาพการตายโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.95 ซึ่งเมื่อเทียบเกณฑ์การพิจารณาแล้วอยู่ในระดับสูง หมายถึงมีคุณภาพการตายที่ดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรักษาที่ต้องการเป็นด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 7.57 รองลงมา คือ ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย ด้านการตระหนักถึงตัวตนบุคคล และด้านครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.33, 7.30, 6.98 และ 6.93 ตามลำดับ ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง หมายถึงมีคุณภาพการตายที่ดีในด้านการรักษาที่ต้องการ ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย ด้านการ

ตระหนักถึงตัวตนบุคคล และด้านครอบครัว ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.85 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึงมีคุณภาพการตายระดับปานกลางในด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล

ตอนที่ 4 การศึกษาระดับความทุกข์ทรมาน และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตารางที่ 5 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความทุกข์ทรมานโดยรวม และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

ปัจจัย	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวโดยรวม	3.50	4.70	4.37	0.19	สูง
ระดับความทุกข์ทรมานโดยรวม	1.00	10.00	2.95	1.78	ต่ำ

จากตารางที่ 5 แสดงสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว และระดับความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์แล้วพบว่าอยู่ในระดับสูง หมายถึงสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง หรือบุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และระดับความทุกข์ทรมานโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ หมายถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 5 การศึกษาการสื่อสารของทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตารางที่ 6 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายด้านและโดยรวมของการสื่อสารของทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

ปัจจัย	จำนวน ข้อ	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
- การให้เกียรติและเห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4	7.00	9.00	7.90	0.44	สูง
- การแสดงออกถึงการเอาใจใส่ในการดูแล	4	4.75	9.00	7.85	0.54	สูง
- การให้ข้อมูลการรักษา	5	4.40	8.80	7.83	0.49	สูง
- การรับฟัง	4	6.00	8.75	7.80	0.45	สูง
การสื่อสารของทีมสุขภาพ โดยรวม	17	5.47	8.47	7.85	0.34	สูง

จากตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยการสื่อสารของทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.85 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาด้านการให้เกียรติและเห็นคุณค่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.90 ด้านการเอาใจใส่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.85 ด้านการให้ข้อมูลการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.83 และด้านการรับฟัง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.80 ตามลำดับ ซึ่งทั้งการให้เกียรติและเห็นคุณค่า การเอาใจใส่ การให้ข้อมูลการรักษา และการรับฟัง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงนั้นหมายถึง ทีมสุขภาพมีการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตอนที่ 6 การศึกษาความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตารางที่ 7 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายด้านและโดยรวม ของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

ปัจจัย	จำนวน ข้อ	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
- ความพึงพอใจในความผูกพันยึดมั่น กับศาสนา	10	2.70	4.80	4.24	0.34	ปาน กลาง
- ความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่	10	3.40	4.80	4.10	0.26	ปาน กลาง
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวม	20	3.05	4.60	4.20	0.23	ปาน กลาง

จากตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาด้านความพึงพอใจในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 และด้านความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ตามลำดับ โดยทั้ง 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายถึงความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 7 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความทุกข์ทรมาน	1				
2. สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว	-.22*	1			
3. การสื่อสารของทีมสุขภาพ	-.31**	.19*	1		
4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	-.13	.25**	.25**	1	
5. คุณภาพการตาย	-.56**	.38**	.42**	.43**	1

**p<.01, *p<.05

จากตารางที่ 8 พบว่า ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.56, p<.05$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p<.05$) การสื่อสารของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, p<.05$) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p<.05$)

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตายรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r)					
	คุณภาพการตายรายด้าน					
	1	2	3	4	5	6
ความทุกข์ทรมาน	-.65**	-.46**	-.54**	-.21*	-.10	-.25**
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.32**	.30**	.18	.40**	.08	.40**
การสื่อสารของทีมสุขภาพ	.33**	.30**	.10	.24*	.40**	.40**
สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว	.19*	.27**	.19*	.30**	.27**	.28**

**p<.01, *p<.05

หมายเหตุ 1. ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล 2. ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย 3. ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย 4. ด้านครอบครัว 5. ด้านการรักษาที่ต้องการ 6. ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านของคุณภาพการตาย พบว่าความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพการตายด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล และด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.65$ และ $-.54$ ตามลำดับ, $p < .01$) และความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพการตายด้านการเตรียมตัวก่อนตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.46$, $p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่า ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพการตายด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคลและด้านครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25$ และ $-.21$ ตามลำดับ, $p < .05$) จะเห็นได้ว่าความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการตายในด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย ด้านครอบครัว และด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพการตาย ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล และด้านครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .01$ และ $r = .40, p < .05$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพการตายด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล และด้านการเตรียมตัวก่อนตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32$ และ $.30$ ตามลำดับ, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายในด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล อาการและการดูแลส่วนบุคคล ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย และด้านครอบครัว

การสื่อสารของทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพการตาย ด้านการรักษาที่ต้องการ และการตระหนักถึงตัวตนของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40$ และ $.40$ ตามลำดับ, $p < .01$) รวมทั้งพบว่า การสื่อสารของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพการตายด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล และด้านการเตรียมตัวก่อนตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$ และ $.30$ ตามลำดับ, $p < .01$) และการสื่อสารของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพการตายด้านครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .05$) จะเห็นได้ว่า การสื่อสารของทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายในด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล ด้านการรักษาที่ต้องการ ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย และด้านครอบครัว

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพการตาย ด้านครอบครัว ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย และด้านการรักษาที่ต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, .28, .27$ และ $.27$ ตามลำดับ, $p < .01$) และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพการตายด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล และด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19$ และ $.19$ ตามลำดับ, $p < .05$) เห็นได้ว่าสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายในทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย ด้านการรักษาที่ต้องการ ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล และด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีความสัมพันธ์กันในลักษณะเครือญาติ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ซึ่งได้เสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน และเคยได้รับการรักษาเพื่อการประคับประคองดูแลตามอาการ นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนทั้งหมด 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งมี 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต แบบประเมินคุณภาพการตาย แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพการตาย แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.99, 0.84, 0.85 และ 0.98 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล คือ เดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2559 โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน โรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสืบค้นเวชระเบียนผู้เสียชีวิตเพื่อหาข้อมูลติดต่อและยืนยันการเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้เสียชีวิตทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบ

แบบประเมิน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ทั้งหมดจำนวน 180 ชุด ไม่มีการส่งกลับจำนวน 70 ชุด และได้ข้อมูลครบสมบูรณ์จำนวน 110 ชุด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมนุสสุภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.6 มีอายุเฉลี่ย 41.02 ปี (SD=10.52) มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.5 ระดับการศึกษาส่วนมาก คือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30 ประกอบอาชีพข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจเป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 21.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 19,077.27 บาท สถานภาพทางการเงินส่วนใหญ่ คือ เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนมากมีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต คือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 46.4 และระยะเวลาในการดูแลผู้เสียชีวิตตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ส่วนมากอยู่ในช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.7

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีอายุเฉลี่ย 45.31 ปี (SD=9.22) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนมากเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 33.6 โดยพบว่าส่วนมากเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ คิดเป็นร้อยละ 13.6 รองลงมา คือ โรคมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 12.7 การรักษาที่เคยได้รับส่วนมากเป็นการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการดูแลตามอาการ คิดเป็นร้อยละ 13.6 รองลงมา คือ การผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 10.9 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนกระทั่งเสียชีวิต เฉลี่ยแล้ว 18.04 เดือน หรือประมาณ 1 ปี 6 เดือน และระยะเวลาตั้งแต่เสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน เฉลี่ย 3.66 เดือน หรือประมาณ 3-4 เดือน

3. คุณภาพการตายโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายที่ดี ตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.95 (SD=0.40) เมื่อพิจารณาคุณภาพการตายรายด้าน พบว่า

3.1 ด้านการรักษาที่ต้องการ เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีค่าเท่ากับ 7.57 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาตามข้อย่อย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลไม่เคยผ่านการใช้เครื่องมือสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือการฟอกไตเพื่อยืดอายุ และได้มีการวางแผนการตายตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสร่วมวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของตนเอง ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายด้านการรักษาที่ต้องการอยู่ในเกณฑ์ที่ดีตามการรับรู้ของผู้ดูแล

3.2 ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.33 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาตามข้อย่อยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งหมดเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยมีครอบครัวญาติพี่น้องหรือบุคคลที่ตนรักอยู่ด้วย และส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยความสงบ ไม่มีอาการกระสับกระส่ายนั้นหมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายที่ดีในด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

3.3 ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.30 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาตามข้อย่อยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ในช่วงระยะใกล้ตายแสดงออกถึงอาการสงบไม่กระวนกระวาย ไม่รู้สึกกลัวความตาย ไม่ค่อยแสดงออกถึงความกังวลหรือเป็นห่วงคนที่ตนรัก ได้มีโอกาสบอกกล่าวคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ได้มีโอกาสทำบุญตักบาตรอุทิศส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร รวมทั้งได้บอกกล่าวในสิ่งที่ค้างคาในใจหรือสิ่งที่ต้องการบอก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายที่ดีในด้านการเตรียมตัวก่อนตายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

3.4 ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.98 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาข้อย่อยพบว่าในช่วงใกล้ตาย 7-14 วัน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังมีช่วงเวลาและเหตุการณ์ที่สามารถทำให้ยิ้มและหัวเราะได้ ยังรู้สึกว่าคุณค่าและมีความหมาย และที่สำคัญคือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกคนได้รับการโอบกอดจากคนในครอบครัว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายที่ดีในด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคลตามการรับรู้ของผู้ดูแล

3.5 ด้านครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.93 ซึ่งอยู่ในระดับสูง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีโอกาสได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว เกิดความอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายที่ดีในด้านครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล

3.6 ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.85 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามข้อย่อยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการควบคุมอาการเจ็บปวดเกือบจะทุกครั้ง แต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง อ่อนเพลีย ไม่มีแรงในการควบคุมตนเองหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะได้รับการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บปวด อาจจะช่วยยาแก้ปวดก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถบรรเทาอาการอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ทั้งหมด ซึ่งทำให้

คุณภาพการตายในด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลางหรือยังไม่ได้พอ ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

4. ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความเฉลี่ยระดับความทุกข์ทรมานเท่ากับ 2.95 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การแปลผลจากค่าเฉลี่ย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานน้อย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

5. สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 และเมื่อพิจารณาตามข้อย่อย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับความรักและความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ รองลงมาคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวของตนเอง โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 และ 4.53 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

6. การสื่อสารของทีมสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 7.85 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การให้เกียรติและเห็นคุณค่า มีความเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 7.90 หากพิจารณาตามข้อย่อย พบว่า ทีมสุขภาพได้มีการใส่ใจและให้ความสำคัญกับความเชื่อด้านจิตวิญญาณหรือศาสนาที่เขานับถือ และการเคารพต่อความเชื่อด้านจิตวิญญาณและศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 และ 8.01 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า การสื่อสารของทีมสุขภาพด้านการเอาใจใส่ด้านการให้ข้อมูลการรักษา และด้านการรับฟัง มีความเฉลี่ยเท่ากับ 7.85, 7.83 และ 7.80 ตามลำดับ ซึ่งทั้งการเอาใจใส่ การให้ข้อมูลการรักษา และการรับฟัง มีความเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง นั่นหมายถึง ทีมสุขภาพมีการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

7. ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนาสูงสุด มีความเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณาตามข้อย่อย จะพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ในข้อการสวดมนต์เพื่อให้ใจสงบ ความเชื่อที่ว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า และการปฏิบัติธรรมจะช่วยให้ชีวิตพบกับความสงบไม่วุ่นวายในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยมีความคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.58, 4.53 และ 4.49 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้าน

ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาตามข้อ ย่อยจะพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงในข้อเกี่ยวกับความ เชื่อในการทำดีย่อมได้รับผลดี คำสอนในศาสนาจะช่วยให้พบกับความสงบสุขได้ ความเชื่อว่าชีวิตที่ ผ่านมาเป็นประสบการณ์ที่ติงาม ความรู้สึกว่าชีวิตมีความสมบูรณ์และเป็นที่ยังพอใจแล้ว ความศรัทธา ในคำสอนของศาสนาจะช่วยให้มีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญความตายได้ และความเชื่อที่ว่า การทำ ความดีจะช่วยให้พบกับความสงบสุขได้ โดยในข้อย่อยที่กล่าวมานี้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 5.11, 4.67, 4.55, 4.52, 4.36 และ 4.35 ตามลำดับ

8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .43, p < .05$) การสื่อสารของทีม สุขภาพ ($r = .42, p < .05$) และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ($r = .38, p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล คือ ความทุกข์ทรมาน ($r = -.56, p < .05$)

9. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการ รับรู้ของผู้ดูแล สรุปได้ดังนี้

9.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายด้านอาการและการดูแล ส่วนบุคคล คือ การสื่อสารของทีมสุขภาพ ($r = .33, p < .05$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .32, p < .05$) และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ($r = .19, p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพการตายด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล คือความทุกข์ทรมาน ($r = -.65, p < .05$)

9.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายด้านการเตรียมตัวก่อนตาย คือ การสื่อสารของทีมสุขภาพ ($r = .30, p < .05$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .30, p < .05$) และ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ($r = .27, p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพ การตายด้านการเตรียมตัวก่อนตาย คือความทุกข์ทรมาน ($r = -.46, p < .05$)

9.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายด้านสภาพเหตุการณ์ขณะ ตาย คือ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ($r = .19, p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับ คุณภาพการตายด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย คือความทุกข์ทรมาน ($r = -.54, p < .05$) และปัจจัยที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย คือ การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

9.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายด้านครอบครัว คือ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ($r = .30, p < .05$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .40, p < .05$) และการสื่อสารของทีมสุขภาพ ($r = .24, p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการตายด้านครอบครัว คือ ความทุกข์ทรมาน ($r = -.21, p < .05$)

9.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายด้านการรักษาที่ต้องการ คือ การสื่อสารของทีมสุขภาพ ($r = .40, p < .05$) และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ($r = .27, p < .05$) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายด้านการรักษาที่ต้องการ คือ ความทุกข์ทรมาน และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

9.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล คือ การสื่อสารของทีมสุขภาพ ($r = .40, p < .05$) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .40, p < .05$) และสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ($r = .28, p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการตายด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล คือ ความทุกข์ทรมาน ($r = -.25, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอเรียงลำดับตามคำถามการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

คำถามการวิจัย ข้อที่ 1. คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลเป็นอย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.95 ซึ่งอยู่ในระดับสูง หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายที่ดี ตามการรับรู้ของผู้ดูแล จากผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า คุณภาพการตาย คือ การตายที่เป็นอิสระจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว โดยสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จริยธรรม ความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี (Field & Cassell, 1997) การตายดี ตายอย่างสงบ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่ทุกข์ทรมาน นั่นคือการมีคุณภาพการตายที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินต์จุฑา รอดพาล (2549) ที่ศึกษาการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ พบว่า การตายดี คือ การตายอย่างสงบ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน จิตไม่ฟุ้งซ่าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ วัลภา ทรงคุณเกียรติ (2556) ที่ศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการตายดี คือ การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย ซึมเศร้า วิดกกังวล เป็นต้น จากการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย ฉัตรชัย สิริชยานุกูล และธรรณี สิริชยานุกูล (2556) เกี่ยวกับอาการที่

พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายมีความต้องการในการดูแลจากความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาคุณภาพการตายรายด้าน พบว่า คุณภาพการตายด้านการรักษาที่ต้องการ ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย ด้านการตระหนักถึงตัวตนบุคคล และด้านครอบครัว อยู่ในระดับสูงหรือมีคุณภาพการตายที่ดี ส่วนด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง หรือมีคุณภาพการตายในระดับปานกลาง

คุณภาพการตายด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.58 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาตามข้อย่อยพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มนี้ โดยส่วนใหญ่ได้รับการบรรเทาอาการปวดหรือควบคุมความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยได้รับการดูแลบรรเทาอาการปวดในระดับที่ดี พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.32 ซึ่งอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลและบรรเทาอาการเหนื่อยอยู่ในระดับที่ดีเช่นกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.95 ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยในปัจจุบันมีการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ในการบรรเทาและควบคุมอาการปวดและอาการเหนื่อยได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ เช่น ยามอร์ฟิน จึงทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงและช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยได้ แต่เมื่อพิจารณาตามข้อย่อย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือมีผลกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการน้อยลง รวมถึงความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะลดลง ส่งผลให้ควมมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยพบว่า ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวลดลง และการมีผลกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.87, 4.67 และ 4.15 ตามลำดับ และถือว่าเป็นอาการรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความทุกข์ทรมานอยู่ ซึ่งพบว่า นานๆครั้งที่ผู้ป่วยจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันได้ด้วยตนเอง แต่ก็ทำได้ไม่นานเนื่องจากยังมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียขึ้นมาในบางครั้ง ดังนั้นหากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานเหล่านี้ได้ ก็จะทำให้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Patrick และคณะ (2003) พบว่าการตายที่มีคุณภาพในระดับสูง คือการตายที่เป็นอิสระจากความทุกข์ทรมาน

คุณภาพการตายด้านการเตรียมตัวก่อนตาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.30 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เป็นความรู้สึกสงบในระยะใกล้ตาย ความรู้สึกไม่กลัวการตาย การได้มีโอกาสกล่าวคำอำลากับบุคคลอันเป็นที่รัก การปล่อยวางความรู้สึกที่ไม่ดีหรือคลายข้อคับข้องใจกับบุคคลต่างๆ การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว การทำบุญตักบาตรอุทิศส่วนกุศล เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลแบบประคับประคองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ในช่วงระยะใกล้ตายจะแสดงออกถึงอาการสงบไม่กระวนกระวาย ไม่รู้สึกกลัวความตาย ไม่ค่อยแสดงออกถึงความกังวลหรือเป็นห่วงคนที่ตนรัก ได้มีโอกาสบอกลาคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ได้

มีโอกาสดำเนินการกับครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีทั้งได้บอกกล่าวในสิ่งที่ค้างคาในใจหรือสิ่งที่ต้องการบอก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายด้านการเตรียมตัวก่อนตายที่ดี ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hales และคณะ (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง การเตรียมตัวก่อนตาย และการตายที่บ้านของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า การดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้ตาย ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ

คุณภาพการตายด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.33 อยู่ในระดับสูง เป็นการเลือกสถานที่ตาย หรือสภาพของการตายไว้ล่วงหน้า จากงานของ Kinoshita และคณะ (2015) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ตาย คุณภาพการตาย และภาระของผู้ดูแล ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า การตายที่บ้าน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มนี้ พบว่า เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด แต่มีครอบครัว ญาติ พี่น้องหรือบุคคลที่ตนรักอยู่ด้วย และส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยความสงบ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ส่วนใหญ่เป็นความต้องการของผู้ป่วยในการเสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากเกรงว่าจะเป็นภาระแก่ลูกหลานที่ต้องดูแลที่บ้าน รวมทั้งหากเกิดอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่รุนแรงขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้าก็กลัวว่าลูกจะดูแลไม่ได้ เป็นต้น

คุณภาพการตายด้านครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.93 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ยังคงต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้กำลังใจจากครอบครัวหรือคนที่ตนรักก็เป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายที่ดีได้ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้พบว่าบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีโอกาสอยู่กับคู่สมรส บุตร หรือญาติพี่น้องของตนในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว อบอุ่น และมีกำลังใจ สามารถจากไปอย่างสงบได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินต์จุฑา รอดพาล (2549) ศึกษาการตายดี มุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ พบว่า การตายดี คือการตายตามธรรมชาติ และมีลูกหลานมาห้อมล้อมยอมรับการจากไป ทำให้รู้สึกอบอุ่นและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านจิตใจลงได้ สามารถจากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี

คุณภาพการตายด้านการรักษาที่ต้องการ ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 7.57 จากการศึกษาของ Nillson และคณะ (2009) ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างภาวะสุขภาพจิต การรักษาที่ต้องการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและสถานที่ตาย กับคุณภาพการตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาเป็นไปตามความต้องการจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มนี้ หากพิจารณาตามข้อย่อย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือฟอกไต และได้มีโอกาสร่วมวางแผนการดูแลในช่วงระยะสุดท้าย

กับทีมแพทย์และพยาบาล ทำให้มีความรู้สึกที่ดีกับการรักษาในช่วงระยะสุดท้าย ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมีคุณภาพการตายที่ดีในด้านการรักษาที่ต้องการตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คุณภาพการตายด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.98 ซึ่งอยู่ในระดับสูง จากการพิจารณาตามข้อย่อย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีช่วงเวลาและเหตุการณ์ที่ทำให้ยิ้มและหัวเราะได้ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีความหมาย รวมทั้งได้รับการสัมผัสหรือโอบกอดจากคนในครอบครัว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพการตายที่ดีในด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคลตามการรับรู้ของผู้ดูแล จากงานของ พัทณี สมกำลัง และคณะ (2556) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ การเผชิญความตายอย่างผาสุกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การเผชิญความตายอย่างผาสุก ควรคงสภาพความเป็นบุคคลที่ได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้รับอำนาจในการตัดสินใจและมีสิทธิในชีวิตของตนจนจบจนวาระสุดท้าย

คำถามการวิจัย ข้อที่ 2. ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลหรือไม่ อย่างไร

1. ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยเฉพาะความเจ็บปวดและอาการเหนื่อย ซึ่งนอกจากความเจ็บปวดและเหนื่อยที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแล้ว อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ในบางรายมีอาการสับสน กระสับกระส่ายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามรายข้อย่อยของคุณภาพการตายด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะได้รับการควบคุมอาการเจ็บปวดและอาการเหนื่อยเกือบจะทุกครั้ง ซึ่งตามการรับรู้ของผู้ดูแลจึงรู้สึกว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดและเหนื่อยได้ดี พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้สึกต่อการควบคุมความเจ็บปวด และความรู้สึกต่อการหายใจได้สะดวก เท่ากับ 7.32 และ 7.00 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี จากการสอบถามเพิ่มเติมจากผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดและอาการเหนื่อย โดยการให้ยาแก้ปวดเป็นครั้งคราวตามอาการที่ปวด หรือในบางรายได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำที่ให้ต่อเนื่องตลอดเวลา จึงสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดและอาการเหนื่อยลงได้ กลุ่มตัวอย่างจึงให้ค่าเฉลี่ยระดับความทุกข์ทรมานในการศึกษานี้อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานกับคุณภาพการตาย พบว่า ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.56$) (ตารางที่ 9) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์ทรมานน้อยจะมีคุณภาพการตายดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์ทรมานมากจะมีคุณภาพการตายไม่ดี

จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพการตายของ Patrick และคณะ (2001) กล่าวไว้ว่า หากผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการบรรเทาความทุกข์หรือความไม่สุขสบายต่างๆ ลงได้ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ก่อนเสียชีวิต ส่งผลให้จากไปอย่างสงบและมีคุณภาพการตายที่ดี นอกจากนี้การศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ (2556) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ในระดับมาก จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพทุกข์ทรมานได้ดี จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และส่งผลให้จากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี ซึ่งจากผลของการศึกษาที่พบว่า ทุกข์ทรมานน้อยจะส่งผลให้มีคุณภาพการตายที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hales และคณะ (2014) พบว่าการควบคุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้ไม่ดีจะมีคุณภาพการตายในระดับต่ำ รวมถึงการศึกษาของ Curtis และคณะ (2002) พบว่า คุณภาพการตายที่ดี มีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทางด้านร่างกายที่ลดลง ดังนั้นหากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ลดน้อยลงได้ จะทำให้มีคุณภาพการตายที่ดี

2. สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 หมายถึงบุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งอธิบายได้ว่า บุคคลในครอบครัวที่มีความรัก ความห่วงใย เอื้ออาทรกันและกัน ดูแลเอาใจใส่กัน คือการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หากยังคงได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลและเอาใจใส่ที่ดีจากบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยก็จะรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่นิโคตเดียว มีกำลังใจและสามารถเผชิญกับความตายได้ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวกับคุณภาพการตาย พบว่า สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .38$) (ตารางที่ 9) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวที่ดีจะมีคุณภาพการตายดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวที่ไม่ดีจะมีคุณภาพการตายไม่ดี จากการศึกษาของยุพเรศ โจมแพง และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2556) พบว่า การตายดี คือ การตายท่ามกลางบุคคลที่รัก เช่นเดียวกับการศึกษาของ วัลภา

คุณทรงเกียรติ (2556) พบว่า การตายดี คือ การได้อยู่กับครอบครัว ซึ่งการมีคนในครอบครัวอยู่ด้วย แม้เพียงแค่การนั่งจับมือกันก็จะทำให้รู้สึกมีกำลังใจ และหมดห่วง สามารถจากไปได้อย่างสงบ

3. การสื่อสารของทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารของทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.85 เมื่อพิจารณาการสื่อสารด้านการให้เกียรติและเห็นคุณค่า ด้านการเอาใจใส่ ด้านการให้ข้อมูลการรักษา และด้านการรับฟัง พบว่าทีมสุขภาพมีการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.90, 7.85, 7.83 และ 7.80 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าการสื่อสารที่ดีของทีมสุขภาพ โดยการแสดงออกถึงการให้เกียรติและเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ของบุคคลคนหนึ่ง การเอาใจใส่ในการดูแล การให้ข้อมูลการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วน และการรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ไม่กังวล มีความเข้าใจ และยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญกับความตาย และสามารถจากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี จากการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ (2556) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านการรับคำแนะนำในการดูแล และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ Curtis และคณะ (2002) พบว่าคุณภาพการตายที่ดี มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการสื่อสารของทีมสุขภาพ และคุณภาพการตายที่ดีมีความสัมพันธ์กับการรับฟังอย่างตั้งใจของทีมสุขภาพ ดังนั้นหากทีมสุขภาพสามารถให้ข้อมูลการรักษาและการวางแผนการดูแล รวมทั้งการแสดงออกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการพูดจา การรับฟัง หรือการสัมผัสอย่างนุ่มนวล ก็จะส่งผลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวสามารถก้าวผ่านช่วงเวลาแห่งความตายที่จะเกิดขึ้นไปได้โดยไม่กังวลหรือเกรงกลัว และจากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารของทีมสุขภาพกับคุณภาพการตาย พบว่า การสื่อสารของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .42$) (ตารางที่ 9) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสื่อสารของทีมสุขภาพที่ดีจะมีคุณภาพการตายดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการสื่อสารของทีมสุขภาพที่ไม่ดีจะมีคุณภาพการตายไม่ดี

4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเชื่อว่าการสวดมนต์ทำให้จิตใจสงบ มีความเชื่อว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า และการปฏิบัติธรรมจะช่วยให้ชีวิตพบกับความสงบไม่วุ่นวายในช่วง

สุดท้ายของชีวิต รวมทั้งมีความเชื่อในการทำดีย่อมได้รับผลดี คำสอนในศาสนาจะช่วยให้พบกับความสงบสุขได้ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าชีวิตที่ผ่านมาเป็นประสบการณ์ที่ดั่งงาม รู้สึกว่าชีวิตมีความสมบูรณ์และเป็นที่ยอมรับใจแล้ว จึงทำให้ไม่ต้องห่วงหรือกังวลอะไรอีก และการมีความศรัทธาในคำสอนของศาสนาจะช่วยให้มีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญกับความตายได้ อีกทั้งมีความเชื่อที่ว่า การทำความดีจะช่วยให้พบกับความสงบสุขได้ จากการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ (2556) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านการทำบุญเพื่อขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง ในระดับมาก หากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับความเชื่อ วัฒนธรรมและศาสนาที่ตนเองนับถือหรือศรัทธา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีสิ่งยึดเหนี่ยวในใจ มีกำลังใจมากขึ้น และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น เกิดความสุขสงบในใจ นั่นคือมีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ กล้าเผชิญกับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะสุดท้าย ส่งผลให้เกิดการตายดี และมีคุณภาพการตายที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Curtis และคณะ (2002) พบว่า ประสบการณ์ด้านความเชื่อทางจิตวิญญาณและศาสนา มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนคุณภาพการตายที่สูงขึ้น และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับคุณภาพการตาย พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .43$) (ตารางที่ 9) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูงจะมีคุณภาพการตายดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำจะมีคุณภาพการตายไม่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์ความรู้ที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว การเพิ่มคุณภาพการสื่อสารของทีมสุขภาพ การเห็นความสำคัญด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างเข้มแข็ง และจากไปอย่างสงบ เกิดคุณภาพการตายที่ดี โดยนำไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพการตายในแต่ละด้าน ดังนี้

1. การจัดการความทุกข์ทรมาน เพื่อการส่งเสริมคุณภาพการตายด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย และด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย
2. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพการตายด้านครอบครัว และด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล

3. การส่งเสริมการสื่อสารที่ดีของทีมสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการตายด้านการรักษาที่ต้องการ และการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล

4. การส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีของบุคคลในครอบครัว เพื่อเพิ่มคุณภาพการตายด้านครอบครัว ด้านการรักษาที่ต้องการ และการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ เป็นการศึกษาคุณภาพการตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ในระยะสุดท้าย จึงอาจจะมีข้อจำกัดบางอย่างในการนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเช่นกัน ดังนั้น ควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และสามารถนำไปใช้ได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

2. เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การเข้าถึงกลุ่มยาชนิดต่างๆ ที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องง่ายและรวดเร็ว จึงทำให้มีคุณภาพการตายที่ดี ดังนั้น ควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลในชุมชน รวมทั้งการศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น

3. ข้อมูลที่ได้ครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยการสอบถามจากผู้ดูแลซึ่งอาจทำให้เกิดอคติจากการนึกย้อนอดีต (Recalling bias) ได้ โดยเฉพาะในเรื่องความทุกข์ทรมาน รวมทั้งการนำเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพการตายมาใช้ ซึ่งเป็นการวัดโดยกลุ่มผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาแบบ Multi-traits, multi-method ที่วัดจากทั้งผู้ดูแล ผู้ป่วย และพยาบาล

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

การกระโดด สายบรรดาศักดิ์, (2549). ศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ใน
หน่วยงานวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*,
17(2), 8-22.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557*
(ออนไลน์). แหล่งที่มา: <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner>
(1 ธันวาคม 2559)

กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม, (2556). *คู่มือการปฏิบัติศาสนพิธีเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

จริญญา แก้วสกุลทอง, (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

จินต์จุฑา รอดपाल, (2549). *การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิราพร ชมพิกุล และคณะ, (2552). *สัมพันธ์ภาพในครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: ห้างหุ้นส่วน
สามัญ เอ็น แอนด์ เอ็น ก๊อปปี้ แอนด์ พริ้นติ้ง. **ย้าย**

ทัศนีย์ ขาว เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันทน์ และทิพมาศ ชินวงศ์, (2556). ประสบการณ์การเสริมสร้าง
พลังอำนาจตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสบความผาสุกในชีวิต. *วารสารพยาบาลศาสตร์
และสุขภาพ*, 36(1), 43-53.

ทัศนีย์ ทองประทีป, (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
วีพริ้นท์.

ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพะยอม จุลพันธ์ และยุพยงค์ พุฒ
ธรรม, (2555). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 80-90.

ธนา นิลชัยโกวิท, (2550). *ความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย*. กรุงเทพฯ: บี
ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ธัญญา น้อยเปียง, (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความ*

- ผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. นงลักษณ์ สรรสม, (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา คชภักดี, (2545). *โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด “ครอบครัวอยู่ดีมีสุข” รายงานการศึกษาขั้นสุดท้าย*. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทนา วงษ์ไทย, (2555). อุปสรรคณมนโนทัศน์เกี่ยวกับความตายในภาษาไทย. *วารสารภาษาไทยและวัฒนธรรม*, 31(1), 43-64.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร, (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ, (2557). ความผาสุกทางจิตวิญญาณและการตายดี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(1), 147-156.
- ปาริชาติ สุขุม, (2539). *ความทุกข์โศกจากความตาย*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คปไฟ.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์, (2548). *รู้ทันโรคมะเร็ง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มติชน.
- พัชนี สมกำลัง ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ รัตนา นิลวัชรารัง และชัชฎาภา สมศรี, (2556). การพยาบาลมิตติจิตวิญญาณ: การเผชิญความตายอย่างผาสุกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(2), 140-149.
- ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, (2550). *Psychiatric assessment and management in palliative care ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ยุพรศ โจมแพง และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, (2556). การตายดีตามการรับรู้ของพยาบาล: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(3), 49-59.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ, (2556). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(4), 25-36.
- วิไลลักษณ์ ตันตระกูล, (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถิตีสำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, (2558). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2558* (ออนไลน์). แหล่งที่มา: <http://bps.moph.go.th> (1 ตุลาคม 2559)
- สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น), (2550). *คุณภาพคืออะไร: การตีกรอบคำว่าคุณภาพ*

- (ออนไลน์). แหล่งที่มา: <http://www.tpa.or.th> (10 เมษายน 2558)
- สาวิตรี เจริญานวัตร, (2556). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย (ปรอทวัดทุกข์). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(3), 257-270.
- สันต์ หัตถิรัตน์, (2552). *การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุจิรา จรัสศิลป์, (2545). *มะเร็งที่รัก*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสหธรรมิก จำกัด.
- สุนทรี่ หาญเสมอ, (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ประสิทธิภาพการสื่อสารของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 9. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*
- สุปราณี นิรุตติศาสตร์, (2550). *Holistic assessment and communication: physical aspect ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying)*. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุมาลี นิมนานิตย์, (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุรียา เกิดฟอง และสรวงทิพย์ ภูักฤษณา, (2556). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 122-131.
- สุวคนธ์ ภูรัตน์ พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร, (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ทำทาบทบาทของพยาบาล* (ออนไลน์). แหล่งที่มา: <http://www.smnc.ac.th/group/research/> (6 เมษายน 2558)
- ศิริรัตน์ จำปีเรือง, (2556). *ภาวะสูญเสีย ซึมเศร้า* (ออนไลน์). แหล่งที่มา: <http://sirirut2003.blogspot.com/2013/06/blog-post.html> (6 เมษายน 2558)
- ศิริรัตน์ มากมาย ฉัตรชัย สิริชยานุกูล และธรรณี สิริชยานุกูล, (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 132-145.
- อุบลรัตน์ เพ็งสถิต (2535). *ความจำมนุษย์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ภาษาอังกฤษ

- Burns, N., & Grove, S.K., (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (6th ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

- Carr, D. (2003). A “Good Death” for Whom? Quality of Spouse’s Death and Psychological Distress among Older Widowed Persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 215-232.
- Choi, J.Y., Chang, Y.J., Song, H.Y., Jho, H.J., and Lee, M.K., (2013). Factors That Affect Quality of Dying and Death in Terminal Cancer Patients on Inpatient Palliative Care Units - Perspectives of Bereaved Family Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(4), 735-745.
- Curtis, J.R., Patrick, D.L., Engelberg, R.A., Norris, K., Asp, C., and Byock, I. (2002). A Measure of the Quality of Dying and Death: Initial Validation Using After-Death Interviews with Family Members. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(1), 17-31.
- Downey, L., Curtis, J.R., Lafferty, W.E., Herting, J.R., and Engelberg, R.A. (2010). The Quality of Dying and Death Questionnaire (QODD): Empirical Domains and Theoretical Perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(1), 9-22.
- Engel, G.L., (1964). Grieve and grieving. *American Journal of Nursing*, 64(9), 93-98.
- Field, M.J., and Cassell, C.K., (1997). Approaching death: improving care at the end of life. *Geriatric Nursing*, 19(6), 344-345.
- Hales, S., et al., (2014). The Quality of Dying and Death in Cancer and Its Relationship to Palliative Care and Place of Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(5), 1-13.
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., and Uchitomi, Y. (2006). Good Death in Japanese Cancer Care: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 140-147.
- Kriston, L., et al., (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 94–99.
- Nilsson, M.E., et al., (2009). Mental Health, Treatment Preferences, Advance Care Planning, Location, and Quality of Death in Advanced Cancer Patients With Dependent Children. *Cancer: EOL for Cancer Patients with Children*, 115(2), 399-409.

- Patrick, D.L., Curtis, J.R., Engelberg, R.A., Nielsen, E., and McCown, E. (2003). Measuring and Improving the Quality of Dying and Death. *Annals of Internal Medicine*, 139(5), 410-416.
- Patrick, D.L., Engelberg, R.A., and Curtis, J.R. (2001). Evaluating the Quality of Dying and Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 717-726.
- Stewart, A.L., Teno, J., Patrick, L.D., and Lynn, J. (1999). The Concept of Quality of Life of Dying Persons in the Context of Health Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(2), 93-108.
- Thorndike, R.M. (1987). *Correlational procedures for research*. New York, Gardner.
- Venegas, M.E., and Alvarado, O.S. (2010). Factors Related to the Quality of the Dying Process in Cancer Patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(4), 725-31.
- Wendy, G.A., Robert, M.A., Derek, C.A., and Cindy, L.B. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family member of patients in the intensive care unit. *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), 1871-1876.
- Zimmerman, L. (2010). *Must all organisms age and die?* (on line). Massachusetts Institute of Technology School of Engineering. Search on 10 November 2016.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

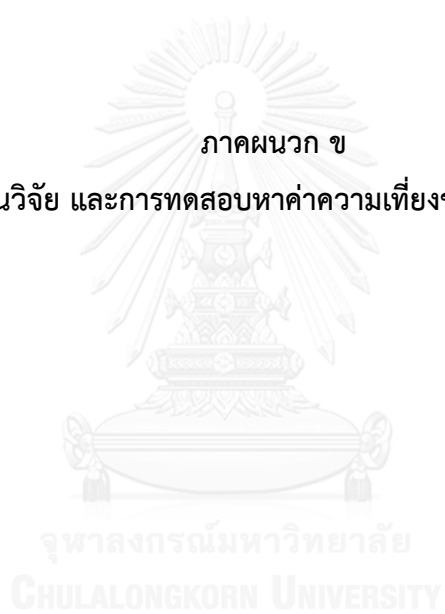


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน
1. รศ.ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. รศ.ดร.จอนพะจง เพ็งจาด	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. อ.นพ.ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร	จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. นางพัชรินทร์ แก้วรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมบุรี
5. นางอุบล จ้วงพานิช	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หัวหน้าหอผู้ป่วยระดับ 8 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และการทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถามงานวิจัย

คำชี้แจง : เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ” เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 6 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน

ชุดที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

ชุดที่ 5 แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ

ชุดที่ 6 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนากระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม คำตอบของท่านจะถือว่าเป็นความลับและไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

นางสาวจิตใจ ศิริโส

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ดูแล.....

วันที่...../...../.....

คำชี้แจง : โปรดเติมคำในช่องว่างหรือแสดงเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหน้าข้อความที่เป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1. อายุ ปี
2. เพศ
 - 1. ชาย 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่ หย่า หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาระดับต้น มัธยมศึกษาระดับปลาย
 - ประกาศนียบัตร ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย เกษตรกร รับจ้าง
 - รับราชการ รัฐวิสาหกิจ อื่น ๆ ระบุ
6. รายได้ บาท/เดือน
 - เพียงพอ ไม่เพียงพอ
7. ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต
 - บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร
 - พี่/น้อง อื่นๆ ระบุ
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้เสียชีวิต ตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต
 - น้อยกว่า 6 เดือน 6 เดือน – 1 ปี 1 – 2 ปี ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต

1. อายุ ปี
2. เพศ
 - 1. ชาย 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่ หม้าย หย่า แยก
4. ชนิดของโรคมาเร็ง
5. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงเสียชีวิต
6. การรักษาที่เคยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา
 - การรักษาแบบประคับประคอง ดูแลตามอาการ
 - การแพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์ผสมผสาน เช่น ยาสมุนไพร
7. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเสียชีวิต จนถึงปัจจุบัน

รหัสผู้ดูแล.....
วันที่...../...../.....

แบบประเมินความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในชีวิต ช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะใกล้เสียชีวิตหรือ 10-14 วันก่อนเสียชีวิตจนถึงขณะเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินความถี่ของเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และประเมินระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ในช่วงเวลา 10-14 วันก่อนเสียชีวิต ตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ (ข้อ 1-16)

ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ต่อเหตุการณ์นั้นว่าเคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ และประเมินระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น ในช่วงเวลา 10-14 วันก่อนเสียชีวิตและเสียชีวิต ตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ (ข้อ 17-31)

ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินระดับความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงชีวิตที่เหลือของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย **ในช่วงเวลา 10-14 วันก่อนเสียชีวิต** และ **ขณะเสียชีวิต** ตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ (ข้อ 32-33)

คำชี้แจง ส่วนที่ 1 (ข้อ 1-16)

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดตามการรับรู้ของท่าน โดยเป็นการประเมินความถี่ของเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้เสียชีวิต ในช่วง 10-14 วัน ก่อนเสียชีวิต ตามความหมายดังต่อไปนี้

0 คือไม่เคยเลย	หมกยถึง	เหตุการณ์ดังกล่าวไม่เคยเกิดขึ้นเลย
1 คือ นานๆครั้ง	หมกยถึง	เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นนานครั้ง
2 คือ บ้างครั้ง	หมกยถึง	เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบางครั้ง
3 คือ ป่อยครั้ง	หมกยถึง	เหตุการณ์ดังกล่าวเคยเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
4 คือ เกือบทุกครั้ง	หมกยถึง	เหตุการณ์ดังกล่าวเคยเกิดขึ้นบ่อยครั้งมาก
5 คือ ทุกครั้ง	หมกยถึง	เหตุการณ์ดังกล่าวเคยเกิดขึ้นทุกครั้ง

พร้อมทั้งวงกลมตัวเลข (0-10) ในแต่ละเหตุการณ์ เพื่อระบุระดับคะแนนความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ซึ่งมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
แย่มากที่สุด										
0	คะแนน	หมกยถึง	ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นแย่มากที่สุด							
1-3	คะแนน	หมกยถึง	ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นแย่มาก							
4-6	คะแนน	หมกยถึง	ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นไม่ดี							
7-9	คะแนน	หมกยถึง	ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นดี							
10	คะแนน	หมกยถึง	ท่านรู้สึกว่าการณ์นั้นดีที่สุดในบรรดาณ์ที่ดีที่สุด							

หมายเหตุ : ในแต่ละข้อคำถาม “คุณ _____” หมายถึง ผู้เสียชีวิต ซึ่ง **ไม่ต้องเขียนระบุชื่อ** ลงในช่องว่าง เพียงแต่ให้ **ระลึกไว้ให้ดี** ว่าเป็นญาติของท่านผู้ซึ่งเสียชีวิตไปแล้ว และเป็นกรสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้เสียชีวิต โดยท่านจึงเป็นผู้ตอบแบบสอบถามแทนจากประสบการณ์ที่เคยได้รับรู้มา

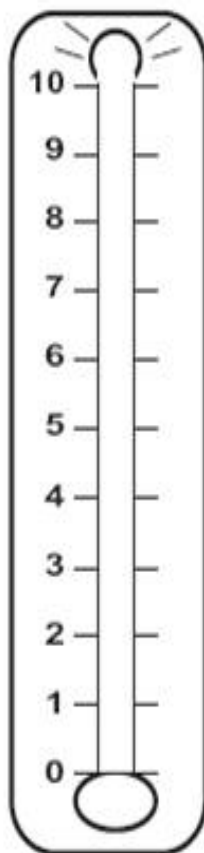
ยกตัวอย่าง การทำแบบประเมิน

ข้อ 1 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการดูแลศพของผู้เสียชีวิต ในช่วงระหว่าง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต หากท่านรับรู้ว่ามีในช่วง

แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน

คำชี้แจง : กรณาวงกลมตัวเลข (0-10) ตามการรับรู้ของท่านที่บอกถึงระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยรวมของผู้ป่วยในช่วง 10-14 วัน ก่อนเสียชีวิต

ทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส



ไม่ทุกข์เลย

รหัสผู้ดูแล.....

วันที่...../...../.....

แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงตามความเห็นของท่านมากที่สุด โดยเป็นการประเมินเกี่ยวกับสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้เสียชีวิต ในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต

สม่ำเสมอ	หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวสม่ำเสมอ
บ่อยครั้ง	หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวบางครั้ง
นานๆครั้ง	หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนานๆครั้ง
ไม่เคยเลย	หมายถึง	สมาชิกในครอบครัวไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเลย

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1. สมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิตเคยมีการชื่นชม และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แม้ในสิ่งเล็กๆน้อยๆ					
2. สมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิตมีการให้ของขวัญกัน และกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด วันขึ้นปีใหม่ วันแห่งความรัก วันครบรอบแต่งงาน					
.					
.					
.					
.					
.					
10. ผู้เสียชีวิตมีความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวตนเอง					

รหัสผู้ดูแล.....

วันที่...../...../.....

แบบประเมินคุณภาพของการสื่อสาร

คำชี้แจง

ส่วนที่ 1 (ข้อ 1-17) เป็นการสอบถามระดับความคิดเห็นของผู้ดูแล เกี่ยวกับการสื่อสารของ ทีมสุขภาพในช่วงระหว่างดูแลผู้เสียชีวิต ในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิตและขณะเสียชีวิต โดยมีข้อ คำถามทั้งหมด 17 ข้อ ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

0 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้แย่ที่สุด จนถึง 10 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้ดีเยี่ยมที่สุด

กรุณาวางกลมตัวเลข (0-10) ในแต่ละข้อความ เพื่อระบุระดับคะแนนเกี่ยวกับการสื่อสารของ แพทย์หรือทีมสุขภาพที่เคยเกิดขึ้นกับผู้เสียชีวิตในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต ตามความรู้สึกของท่าน ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ในแต่ละข้อความ กรุณาทำ เครื่องหมาย (v) ลงในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่ทราบ” ตามความเป็นจริง

	แย่ที่สุด											ดีเยี่ยมที่สุด	ไม่ทราบ
1. ใช้ถ้อยคำหรือภาษาที่เข้าใจง่าย กับผู้เสียชีวิตหรือญาติ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>
2. การสบสายตาในขณะที่พูดคุย กับผู้เสียชีวิตหรือญาติ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>
.													
.													
.													
.													
.													
.													
17. การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ด้านจิตวิญญาณหรือศาสนาของคุณ เช่น การได้ทำบุญกรวดน้ำให้เจ้ากรรม นายเวรจะทำให้พ้นทุกข์ เป็นต้น	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 (ข้อ 18) เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้เสียชีวิตผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล เมื่อทีมสุขภาพพูดเกี่ยวกับการตาย มีข้อความทั้งหมด 1 ข้อ ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

0 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกไม่ดีหรือไม่สะดวกใจ จนถึง 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกที่ดีหรือสะดวกใจเป็นอย่างมาก

กรุณาวางกลมตัวเลข (0-10) เพื่อระบุระดับคะแนนการสื่อสารของแพทย์หรือทีมสุขภาพ ว่ามีความสะดวกใจอยู่ในระดับใด ที่จะสามารถพูดคุยเกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆในช่วงใกล้เสียชีวิตของผู้เสียชีวิต ในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต ตามความรู้สึกของท่าน ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ในแต่ละข้อความ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่ทราบ” ตามความเป็นจริง

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	แย่ที่สุด											ดีเยี่ยมที่สุด	ไม่ทราบ
18. ท่านรู้สึกว่แพทย์หรือทีมสุขภาพ มีความสะดวกใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆในช่วงใกล้เสียชีวิตของผู้เสียชีวิตอยู่ในระดับใด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	

(ข้อ 19) เป็นการสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารของทีมสุขภาพ **โดยรวม** มีข้อความทั้งหมด 1 ข้อ ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

0 คะแนน หมายถึง การสื่อสารที่ไม่ดีไม่มีประสิทธิภาพ จนถึง 10 คะแนน หมายถึง การสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ

กรุณาวางกลมตัวเลข (0-10) เพื่อระบุระดับคะแนนการสื่อสารของแพทย์หรือทีมสุขภาพ ว่ามีการสื่อสารกับผู้เสียชีวิตและญาติได้ดีมีคุณภาพในระดับใด ในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต ตามความรู้สึกของท่าน ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ในแต่ละข้อความ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่ทราบ” ตามความเป็นจริง

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	แย่ที่สุด											ดีเยี่ยมที่สุด	ไม่ทราบ
19. สรุปโดยรวม ท่านคิดว่าคะแนนคุณภาพการสื่อสารของแพทย์หรือทีมสุขภาพกับผู้เสียชีวิตและญาติ ในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต ตามความรู้สึกของท่าน อยู่ในระดับใด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	

รหัสผู้ดูแล.....

วันที่...../...../.....

แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงตามความเห็นของท่านมากที่สุด โดยเป็นการประเมินเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้เสียชีวิตในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวน้อย

ไม่เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมาก

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
1. ผู้เสียชีวิต มีความเชื่อในคำสอนที่ว่าทำดีย่อมได้รับผลดี						
2. ผู้เสียชีวิต เคยรู้สึกกว่าชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดีงามอย่างหนึ่ง						
3. ผู้เสียชีวิต เชื่อว่าคำสอนในศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจที่จะช่วยให้ผู้เสียชีวิตพบกับความผาสุกได้						
.						
.						
.						
.						
20. ผู้เสียชีวิต เชื่อว่าในชีวิตของตนเองที่ผ่านมา สามารถทำอะไรบางอย่างได้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งใจไว้						

การทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพการตาย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

Reliability of QODD (n=30)

Cronbach's Alpha	N of Items
.869	64

Reliability QODD (n=110)

Cronbach's Alpha	N of Items
.909	64

2. การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความทุกข์ทรมาน โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

Reliability of Distress (n=30)

Cronbach's Alpha	N of Items
.997	2

Reliability of Distress (n=110)

Cronbach's Alpha	N of Items
.993	2

3. การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

Reliability of Family relationships (n=30)

Cronbach's Alpha	N of Items
.865	10

Reliability of Family relationships (n=110)

Cronbach's Alpha	N of Items
.838	10

4. การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

Reliability of communication (n=30)

Cronbach's Alpha	N of Items
.825	19

Reliability of communication (n=110)

Cronbach's Alpha	N of Items
.854	19

5. การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

Reliability of Spiritual well-being
(n=30)

Cronbach's Alpha	N of Items
.987	20

Reliability of Spiritual well-being
(n=110)

Cronbach's Alpha	N of Items
.988	20



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง





แบบเอกสารที่ ECF 19

ใบอนุมัติโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ชื่อโครงการ (ไทย)	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล
(English)	SELECTED FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF DEATH OF TERMINAL CANCER PATIENTS AS PERCEIVED BY FAMILY CAREGIVERS
รหัสโครงการวิจัย	019/2559
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวจิตใจ สิริไล
สังกัด	โรงพยาบาลจุฬาภรณ์
การรับรอง	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ได้พิจารณาและมีมติอนุมัติให้กับโครงการวิจัยนี้
วันที่อนุมัติ	10 มิถุนายน 2559
ระยะเวลาที่อนุมัติ	1 ปี
วันที่หมดอายุ	10 มิถุนายน 2560

(ลงนาม)

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์วิษณุ นุชประยูร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์



โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 ๑๑๕ ต.รังสิต-นครนายก ต.รังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ๑๒๑๓๐
 โทร. ๐๒ ๕๕๖๑๙๐๐-๒๒ โทรสาร ๐๒-๕๕๖๑๙๐๐
 Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital
 ๓๓๕ Bungsan, Thanyaburi, Pathumthani 12130
 Tel. (๖๖๖) ๕๕๖๑๙๐๐ Fax. (๖๖๖) ๕๕๖๑๙๐๑

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรองเลขที่ : MIH ๒๐๑๖ - ๓๓

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ขอความช่วยเหลือของผู้ดูแล

รหัสโครงการ : ๑๐๖

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย : นางสาวจิตใจ ศิริโส

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

เอกสารที่รับรอง : ๑. แบบโครงการวิจัย ภาษาไทย

วันที่รับรองโครงการ : ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๖

วันสิ้นสุดการรับรองโครงการ : ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยตลอดครั้งกับสภาประกาศแต่งตั้ง
 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

ลงนาม.....
 (แพทย์หญิงวีร์ พิณนิต)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....
 (นายธนิต สิมรส)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี



เอกสารขอมองผู้เข้าร่วมการวิจัย
(PARTICIPANT INFORMATION SHEET)

ใบเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ห้ามผ่านแล้วหรือไม่ใช่ใจ โปรดสอบถามเจ้าพนักงานโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบาย
หากท่านจะเข้าใจดี ท่านอาจมาเอกสารนี้ไปปรึกษานานาชาติกับมูลนิธิที่มีใจ เพื่อหาข้อเท็จจริงระดับตัวของท่าน หรือขอปรึกษาคนอื่น
เพื่อช่วยในการตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัย

ชื่อ โครงการ มีข้อสงสัยเกี่ยวกับความสมัครใจกับขบวนการผู้ศึกษาที่เลือกขึ้นในวิธีวิจัยผู้วิจัยโดยผู้ไป
มาเรื่องระยะสุดท้ายขอความร่วมมือผู้ดูแล

หัวหน้าโครงการวิจัย นงสาวจิตใจ สิริใจ

สถานที่วิจัย สถาบันทำงาน และหมายเฉพาะ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้ง ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 54 ถนนถนอมบำรุงนคร 6 แขวงจตุจักรบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 โทรศัพท์
02-2766470-2 มีข้อ 087-2542509

ผู้ที่ทุนสนับสนุนการวิจัย (ไม่มี)

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความหวัง ใจ
ของผู้ดูแล

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับความรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย ความหวัง ใจของผู้ดูแล ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน การสื่อสารของทีมงานดูแล ทีมพยาบาลของ
บุคคลในครอบครัว และความเชื่อทางจิตวิญญาณ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวิจัยผู้ไป
มาเรื่องระยะสุดท้ายที่ได้จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ไปมาเรื่องระยะสุดท้ายและผู้ไปมาเรื่องระยะสุดท้าย ซึ่งกำลังทำ
ของชีวิต รวมถึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลหรือครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ไปมาเรื่องระยะ
สุดท้าย สามารถใช้การดูแลได้ตรงตามความต้องการของผู้ไปมาเรื่องระยะสุดท้าย และให้ทราบถึงความต้องการ
บุคคลที่ตนรักก่อนซึ่งจะนำไปใช้ต่ออย่างดีที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพในทางนำมา
เป็นแนวทางเพื่อการพัฒนามาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ไปมาเรื่องระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ไปมา
สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้อย่างตรงไป ไปสู่การดูแลที่สมและมีคุณภาพ อีกทั้งผู้ดูแล
หรือครอบครัวสามารถก้าวผ่านเหตุการณ์แห่งการสูญเสียได้อย่างเข้มแข็งต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านเคยมีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในช่วงวัยผู้ใหญ่ อายุ
ระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย-และเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ไปมาเรื่องระยะสุดท้ายของบุคคลวัย อายุ
ระหว่าง 18-59 ปี ที่เสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน และไม่เกิน 6 เดือน และเคยได้เข้าร่วมการรับชมสื่อการประเมินโรคของ
คุณความดีในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และการวิจัยนี้เกี่ยวกับเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับความรับรู้ถึงผลกระทบ

มูลนิธิไทย คณะกรรมการวิจัยโครงการวิจัย
วันที่รับทราบ 09/8/2559
วันที่อนุมัติ 10 ส.ค. 2559

วิจัยโลกทั้งคืน

7. การให้รางวัลระเบียบจะได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และการได้มาซึ่งข้อมูลที่นอกเหนือจากเวชระเบียนจะได้รับความยินยอมจากตัวผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย

หากมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับกรวิจัย หรือมีข้อการทักเสี้ยน หรือเก็บปียงจากการวิจัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่ หรือผู้ป่วยใน 7A โรงพยาบาลสุภาพรณี เลขที่ 54 ถนนถนอมสงขลารุ 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 02-3766420-2 มีตลิต 087-2542509

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ การวิจัยในครั้งนีไม่มีารจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบด้วยตนเอง (ไม่มี)

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบ โดยรวดเร็วไปทั่วถึง ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีลักษณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่นผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการใช้เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแก่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ไว้ระบุไว้ในเอกสารแจ้งแจ้งนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ทราบได้ที่ ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ โทรศัพท์ 0-2576 6840 หรือ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ชั้น 12 อาคารโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ โทร 0-2576 6871, 6874 (ในเวลาราชการ)

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

(ลงนาม).....
 (.....)
 วันที่.....

หมายเหตุ: "กรณีที่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
 1. ให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่านเอกสารนี้เอง
 2. ให้มีสิ่งลงนามนาม "ท่าน" เป็น "ลูกหลานปกครองของฉัน"

.....

 วันที่ลงนาม ๐๑๘/๒๕๖๑
 วันที่ลงนาม ๑.๑.๒๕.๒๕๖๑



แบบเอกสารที่ BCF 16

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
INFORMED CONSENT FORM

ข้าพเจ้า นายนางนางสาว.....

ที่อยู่.....

บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ เลขที่.....

ยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย..... เรื่อง..... ปัจจัย.....ที่มีความสัมพันธ์กับ.....ความรู้.....เหตุการณ์.....ที่เกิดขึ้นใน.....ชีวิต.....ของผู้ป่วย.....ระยะ.....ท้าย.....การ.....รู้.....ของ.....ผู้..... ซึ่ง.....ผู้.....ได้.....นางสาว.....ใจ.....ศิริ.....ได้.....ยินยอม.....เข้าร่วม.....โครงการ.....วิจัย.....ครั้งนี้.....แล้ว..... (ตาม.....รายละเอียด.....ของ.....การ.....แจ้ง.....ผู้.....เข้าร่วม.....การ.....วิจัย..... (แบบเอกสารที่ BCF15) ที่.....แนบ.....มา.....กับ.....หนังสือ.....ยินยอม.....นี้)

ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าเขาจะสนใจได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยให้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลโครงการวิจัย และผู้วิจัยจะปฏิบัติตามสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจแก่ข้าพเจ้าตลอดโครงการวิจัยนี้ และรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากโครงการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลที่ผู้วิจัยอธิบายและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ และในกรณีที่เกิดข้อสงสัยหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางสาว.....ใจ.....ศิริ.....ที่.....หอผู้ป่วย.....ใน.....7A.....โรงพยาบาล.....จุฬาลงกรณ์.....เลขที่.....54.....ถนน.....กำแพงเพชร.....6.....แขวง.....ตลาด.....บางเขน.....เขต.....หลักสี่.....กรุงเทพฯ..... 10210.....โทรศัพท์.....02-5706470-2.....มือถือ.....087-2542509

(ลงนาม).....ผู้ยินยอม

(.....)

(ลงนาม).....ผู้วิจัย

(.....)

(ลงนาม).....พยาน

(.....)

(ลงนาม).....พยาน

(.....)

วันที่.....

Stamp of the Faculty of Medicine, Chulalongkornrajavidyalaya University, Bangkok, Thailand. Includes the royal emblem and handwritten text: 'ศูนย์วิจัย... คณะกรรมการวิจัย... 2559... 01/12/2559... อ.ส. 2559'.

ภาคผนวก ง
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 03๑0



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตใจ ศิริโส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ลัญจนศักดิ์ อรรถขยายกร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์ชีวภิบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ ลัญจนศักดิ์ อรรถขยายกร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

นางสาวจิตใจ ศิริโส โทร. 08-7254-2509

ที่ ศธ 0512.11/0390



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตใจ ศิริโส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวจิตใจ ศิริโส โทร. 08-7254-2509

ที่ ศธ 0512.11/0390



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตใจ ศิริโส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอุบล จ้วงพานิช ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยเคมีบำบัด 5จ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางอุบล จ้วงพานิช

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวจิตใจ ศิริโส โทร. 08-7254-2509

ที่ ศธ 0512.11/0390



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

8 มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตใจ ศิริโส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางพัชรินทร์ แก้วรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ข้อนี้สิด

นางพัชรินทร์ แก้วรัตน์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

นางสาวจิตใจ ศิริโส โทร. 08-7254-2509

ที่ ศธ 0512.11/ 0๓๑๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตใจ ศิริโส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวจิตใจ ศิริโส โทร. 08-7254-2509

ที่ ศธ 0512.11/ 0623



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ เมษายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตใจ ศิริโส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด ที่เสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 75 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการตาย แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมานแบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิตใจ ศิริโส ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

นางสาวจิตใจ ศิริโส โทร. 08-7254-2509

ที่ ศธ 0512.11/0523



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ เมษายน 2559

เรื่อง ขอบขออนุญาตให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตใจ ศิริโส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิดที่เสียชีวิตไปแล้ว 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 50 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการตาย แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ แบบประเมินสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิตใจ ศิริโส ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133
อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150
นางสาวจิตใจ ศิริโส โทร. 08-7254-2509

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	1669
วันที่	30.10.58
เวลา	14.31 น.
ผู้รับ	[Signature]

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้านางสาวจิตใจ ศิริโส..... รหัสประจำตัว5677159936.....
นิสิตสาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่219.....หมู่บ้านทัศนีย์.....ซอย ...รังสิต-
นครนายก 23.... ถนน ...รังสิต-นครนายก..... ตำบล/แขวง.....ประชาธิปัตย์.....อำเภอ/เขตธัญบุรี..... จังหวัด.....
ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์12130..... โทรศัพท์087-2542509.....

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาววิไลลักษณ์ ดันติตระกูล
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2552

ลงนาม [Signature] ผู้ยื่นคำร้อง
(น.ศ. จิตใจ ศิริโส)
..... 30 / 10 / 58

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>ไปเคตงานมาต่อไป</p> <p>ลงนาม [Signature] (.....)</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>อนุมัติให้ใช้เครื่องมือ</p> <p>ลงนาม [Signature] (.....)</p> <p>21/10/58</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>เห็นชอบ</p> <p>ลงนาม [Signature] (.....)</p>	<p>อนุญาต</p> <p>[Signature]</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p>

FON-CU THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๔๒๕
วันที่	๑๖ ก.พ. ๕๙
เวลา	๐๙.๐๑ น.
ผู้รับ	CGP

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวจิตใจ ศิริโส รหัสประจำตัว 5677159936 นิสิตสาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ... 219 ... ซอย ... รังสิต-นครนายก 23 ... ถนน ... รังสิต-นครนายก ...
ตำบล/แขวง ... ประชาธิปัตย์ ... อำเภอ/เขต ... ธัญบุรี ... จังหวัด ... ปทุมธานี ... รหัสไปรษณีย์ ... 12130 ...
โทรศัพท์ ... 0872542509

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวจริญญา แก้วสกุลทอง
4. ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ.ศ. 2552

ลงนาม *จิตใจ ศิริโส* ผู้ยื่นคำร้อง
(*น.ศ.จิตใจ ศิริโส*)
15 / ก.พ. / ๕๙

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <i>เห็นสมควรดำเนินการต่อไป</i> ลงนาม <i>จิราพร เกศพิชญวัฒนา</i> (<i>รศ.ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา</i>) 15 / ก.พ. / ๕๙	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <i>อ.จิราพร</i> ลงนาม <i>จิราพร เกศพิชญวัฒนา</i> (<i>รศ.ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา</i>) / /
--	--

อนุญาต
จิราพร เกศพิชญวัฒนา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
..... / /

11/17/2016

Gmail - Dear Professor J. Randall Curtis



JITJAI SIRISO <jitjai.siriso@gmail.com>

Dear Professor J. Randall Curtis

2 ข้อความ

JITJAI SIRISO <jitjai.siriso@gmail.com>

12 กันยายน 2558 21:25

ถึง: jrc@u.washington.edu

July 01, 2015

Dear Professor J. Randall Curtis

My name is Miss Jitjai Siriso, a graduate student from the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. I am currently undertaking a thesis, "Selected factors related to the quality of dying and death of terminal cancer patients as perceived by family caregivers". I am very interested in your measurement tools "the 31-item Quality of Dying and Death questionnaire (QODD)" published in the "A Measure of the Quality of Dying and Death: Initial Validation Using After-Death Interviews with Family Members". (Journal of Pain and Symptom Management, 2002, Volume 24, No.1) and "A 17-item quality of communication questionnaire (QOC)" published in the "Patient-physician communication about end-of-life care for patients with severe COPD". (European Respiratory Journal, 2004, Volume 24) As my research also focuses on quality of dying and death and quality of communication in terminal cancer patients, may I request permission to utilize your Quality of Dying and Death questionnaire in my research and thesis. These will also include the translation of the Scale into the Thai language and where appropriate, cultural modifications may be needed.

Thank you for your consideration

Your sincerely

Jitjai Siriso

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Boromarajonani Srisatapat Building, Floor 11

Rama 1 Road, Pathumwan

Bangkok 10330

E-mail: jitjai.siriso@gmail.com

11/17/2016

Gmail - Dear Professor J. Randall Curtis

Jared Randall Curtis <jrc@u.washington.edu>

13 กันยายน 2558 01:18

ถึง: JIT JAI SIRISO <jitjai.siriso@gmail.com>

Dear Jitjai

You are welcome to use and adapt the QODD. You can find information about it on our website: <https://depts.washington.edu/eolcare> under "instruments".

I have visited Chulalongkorn University several time over the past 10 years. I am very fond of your university and the hospital.

Good luck with your studies.

Randy

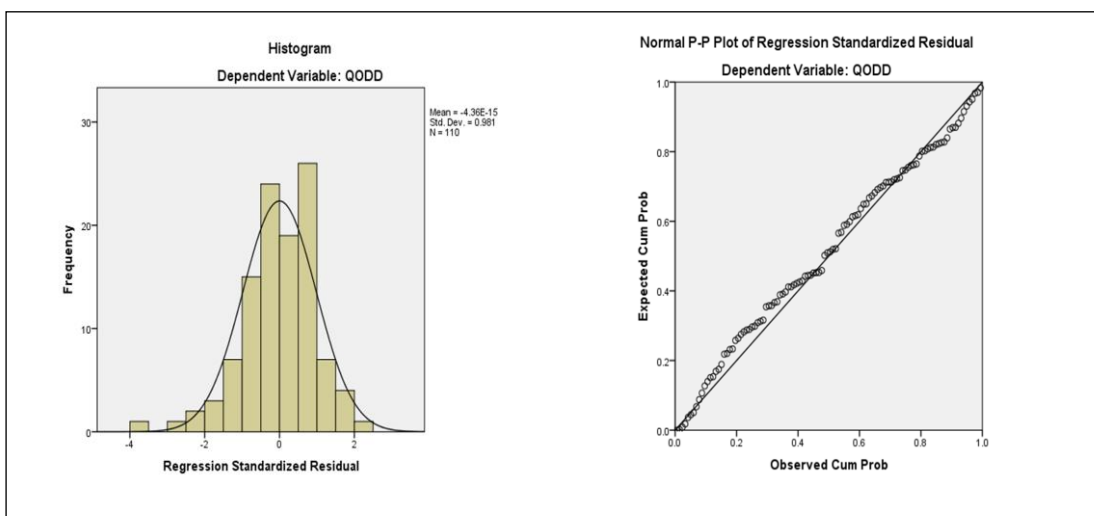
J. Randall Curtis, MD, MPH
Professor of Medicine
Director, Cambia Palliative Care Center of Excellence at UW Medicine
Section Head, Pulmonary and Critical Care Medicine, Harborview Medical Center
A. Bruce Montgomery - American Lung Association Endowed Chair in Pulmonary and Critical Care Medicine
University of Washington
325 Ninth Avenue, Box 359762
Seattle, WA 98104
Phone: 206 744 3356
Fax: 206 744 8584
Email: jrc@u.washington.edu
Website for Research Program - <https://depts.washington.edu/eolcare>
Website for Palliative Care Center of Excellence - www.uwpalliativecarecenter.com
[ข้อความที่เกี่ยวข้องถูกซ่อนไว้]

ภาคผนวก จ
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

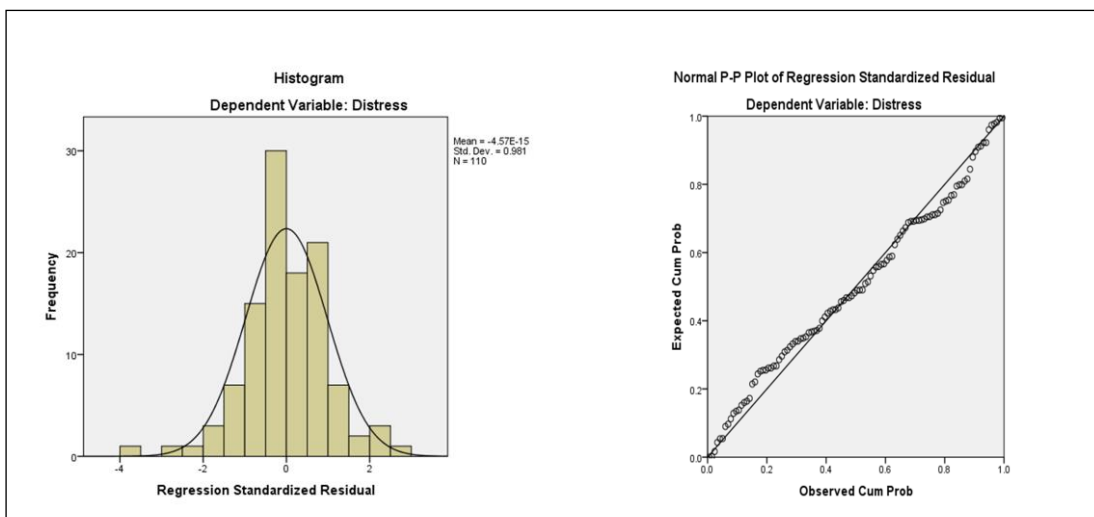
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

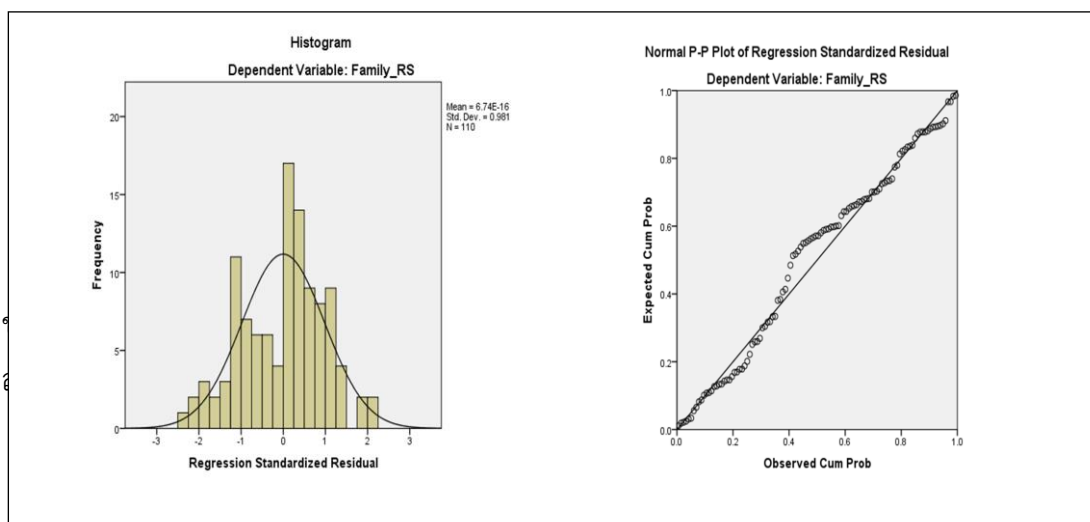
ภาพที่ 1 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวข้อมูลคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยการแจกแจงข้อมูลมีลักษณะโค้งปกติ และมีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ



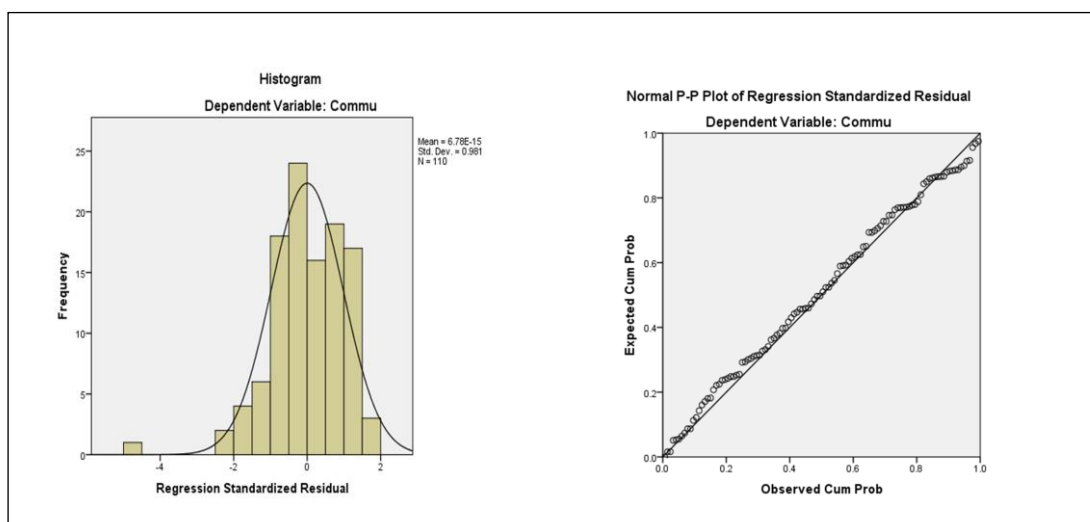
ภาพที่ 2 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยการแจกแจงข้อมูลมีลักษณะโค้งปกติ และมีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ



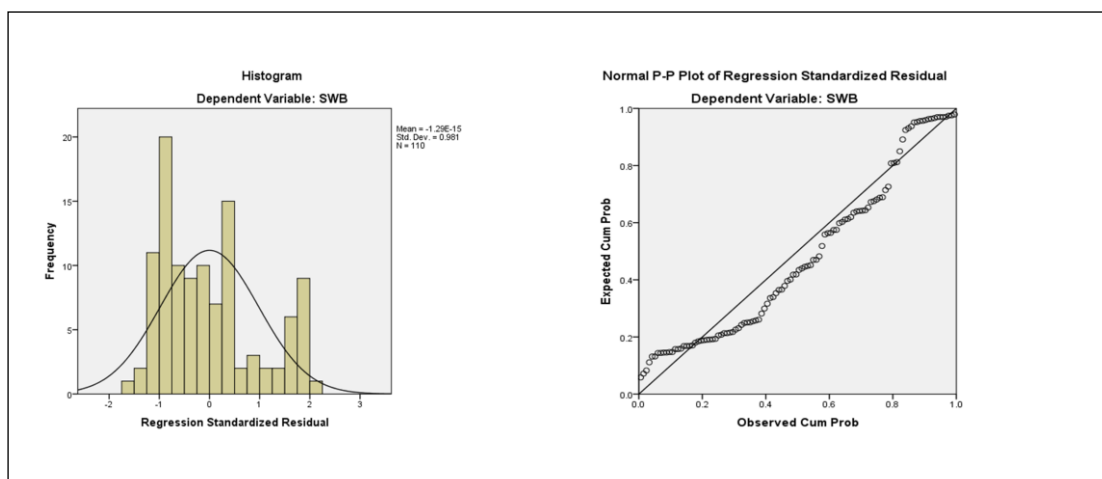
ภาพที่ 3 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยการแจกแจงข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวา ไม่เป็นโค้งปกติ และมีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ



ภาพที่ 4 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลการสื่อสารของทีมนสุขภาพต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยการแจกแจงของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวา ไม่เป็นโค้งปกติ และมีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ



ภาพที่ 5 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลความพึงพอใจ
ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยการแจกแจงข้อมูลมีลักษณะ
เบ้ขวา ไม่เป็นโค้งปกติ และมีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ



ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เสียชีวิต จำแนกตามชนิดของโรคมะเร็ง (n=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร		
- มะเร็งเซลล์ตับ	15	13.60
- มะเร็งท่อน้ำดี	14	12.70
- มะเร็งตับอ่อน	6	5.50
- มะเร็งหลอดอาหาร	6	5.50
- มะเร็งกระเพาะอาหาร	3	2.70
มะเร็งศีรษะและลำคอ		
- มะเร็งกล่องเสียง	3	2.70
- มะเร็งต่อมทอนซิล	3	2.70
- มะเร็งเยื่อช่องปาก	3	2.70
- มะเร็งโคนลิ้น	2	1.80
- มะเร็งหลังโพรงจมูก	2	1.80
- มะเร็งริมฝีปาก	2	1.80
- มะเร็งสมอง	1	0.90
มะเร็งระบบสืบพันธุ์		
- มะเร็งเต้านม	6	5.50
- มะเร็งปากมดลูก	5	4.50
- มะเร็งรังไข่	4	3.60
- มะเร็งต่อมลูกหมาก	3	2.70
มะเร็งระบบโลหิตวิทยา		
- มะเร็งเม็ดเลือด	9	8.20
- มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	5	4.50
มะเร็งปอด		
- มะเร็งปอด	7	6.40
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก		
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	9	8.20

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็ง (ต่อ)		
มะเร็งกระดูก	2	1.80

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้เสียชีวิตจำแนกตามการรักษาที่เคยได้รับ (n=110)

การรักษาที่เคยได้รับ	จำนวน	ร้อยละ
เคมีบำบัดและรักษาตามอาการ	15	13.60
ผ่าตัดและเคมีบำบัด	12	10.90
รักษาตามอาการ	11	10.00
เคมีบำบัด	10	9.10
ผ่าตัดและเคมีบำบัดและรังสีรักษา	8	7.30
ผ่าตัดและเคมีบำบัดและรักษาตามอาการ	8	7.30
ผ่าตัดและรังสีรักษาและรักษาตามอาการ	4	3.60
ผ่าตัดและฮอร์โมนบำบัด	3	2.70
รังสีรักษาและรักษาตามอาการ	3	2.70
ผ่าตัดและเคมีบำบัดและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	3	2.70
ผ่าตัดและรังสีรักษาและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	3	2.70
เคมีบำบัดและรังสีรักษาและรักษาตามอาการ	3	2.70
เคมีบำบัดและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือกและรักษาตามอาการ	3	2.70
ผ่าตัดและเคมีบำบัดและรังสีรักษาและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	3	2.70
ผ่าตัดและเคมีบำบัดและรังสีรักษาและรักษาตามอาการ	3	2.70
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	2	1.80
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	2	1.80
สมุนไพร/การแพทย์ทางเลือกและรักษาตามอาการ	2	1.80
ผ่าตัดและเคมีบำบัดและรังสีรักษาและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือกและรักษาตามอาการ	2	1.80
รังสีรักษา	1	0.90
สมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	1	0.90

ตารางที่ 11 (ต่อ)

การรักษาที่เคยได้รับ	จำนวน	ร้อยละ
ผ่าตัดและรังสีรักษา	1	0.90
ผ่าตัดและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	1	0.90
เคมีบำบัดและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	1	0.90
รังสีรักษาและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	1	0.90
ผ่าตัดและรักษาตามอาการ	1	0.90
เคมีบำบัดและรังสีรักษาและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	1	0.90
ผ่าตัดและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือกและรักษาตามอาการ	1	0.90
รังสีรักษาและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือกและรักษาตามอาการ	1	0.90

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล		
- การควบคุมความเจ็บปวด	7.32	1.60
- การควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว	4.67	0.80
- การรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง	6.13	0.95
- การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	5.87	0.77
- การหายใจได้เองอย่างสะดวกสบาย	6.95	1.18
- การมีพลังกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความต้องการ	4.15	0.82
ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย		
- การแสดงออกถึงความรู้สึกสงบไม่กระวนกระวายในช่วงระยะใกล้ตาย	6.72	1.62
- การแสดงออกถึงความรู้สึกไม่กลัวความตาย	5.96	0.99

ตารางที่ 12 (ต่อ)

คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย (ต่อ)		
- การแสดงออกถึงความรู้สึกกังวลหรือเป็นห่วงบุคคลอันเป็นที่รัก	6.47	0.95
- การมีส่วนร่วมกับเหตุการณ์สำคัญต่างๆ	6.28	1.74
- การได้รับการจัดสรรดูแลค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ	7.73	0.91
- การได้มีโอกาสบอกลาบุคคลอันเป็นที่รัก	7.71	1.63
- การเยี่ยมเยียนจากผู้นำทางศาสนาหรือผู้ให้คำปรึกษาด้านจิตวิญญาณ	8.16	0.66
- การได้รับการบริการด้านจิตวิญญาณ หรือมีพิธีกรรมทางศาสนา	8.32	0.66
- การได้ระบายความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ ที่ค้างคาในใจ	8.01	1.09
- การจัดเตรียมเรื่องพิธีศพตามที่คุณเสียชีวิตตั้งใจไว้ ก่อนเสียชีวิต	7.67	0.89
ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย		
- การเสียชีวิตที่โรงพยาบาล	5.96	1.18
- การมีคนในครอบครัว หรือคนที่รักอยู่ด้วยในขณะที่เสียชีวิต	8.28	0.68
- การเสียชีวิตที่อยู่ในลักษณะนอนหลับ ไม่มีอาการ กระสับกระส่าย	7.75	1.76
ด้านครอบครัว		
- การมีโอกาสในการใช้เวลาอยู่กับคู่สมรส หรือคู่ชีวิตของตนเอง	6.35	2.11
- การมีโอกาสในการใช้เวลาอยู่กับบุตรของตนเอง	7.01	1.96
- การมีโอกาสในการใช้เวลาอยู่กับเพื่อน หรือญาติพี่น้องคนอื่นๆ	8.05	0.71
- การใช้เวลาอยู่ตามลำพังเพียงคนเดียว	7.72	1.10
- การใช้เวลาอยู่กับสัตว์เลี้ยง	5.55	0.50
ด้านการรักษาที่ต้องการ		
- การใช้เครื่องมือใส่ท่อช่วยหายใจหรือการฟอกไตเพื่อยืดอายุ	7.95	1.68
- การได้มีการวางแผนการตายตามความต้องการ	7.01	1.17

ตารางที่ 12 (ต่อ)

คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการรักษาที่ต้องการ (ต่อ)		
- การได้มีโอกาสวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการ	7.76	1.46
ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล		
- การหัวเราะและยิ้มได้	6.92	0.85
- การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และการเคารพในตนเอง	6.55	0.97
- การแสดงออกถึงการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต	6.00	0.70
- การได้รับการสัมผัสและการโอบกอดจากบุคคลอันเป็นที่รัก	8.46	0.81

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การชื่นชมและให้กำลังใจกัน	4.49	0.50
การให้ของขวัญ เนื่องในโอกาสพิเศษ	4.29	0.55
การมีโอกาสนในการใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกัน	4.07	0.59
การแสดงความรักใคร่ ห่วงใย เอื้ออาทรกัน	4.35	0.57
การปรึกษากันในเรื่องต่างๆ	4.22	0.51
การมีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน	4.30	0.57
การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	4.34	0.51
การ “ได้รับ” ความรักความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว	4.62	0.49
การ “ให้” ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว	4.46	0.52
ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวตนเอง	4.53	0.50

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสื่อสารของทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

การสื่อสารของทีมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ด้านการให้ข้อมูล		
- การเปิดโอกาสให้ญาติของผู้เสียชีวิตมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการการรักษา	7.85	0.78
- การพูดคุยเพื่อให้ผู้เสียชีวิตเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วยที่อาจจะแย่งลงในอนาคต	7.75	0.97
- การพูดคุยให้ผู้เสียชีวิตเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น ในระหว่างที่มีอาการแย่งลง	7.82	0.91
- การพูดคุยเกี่ยวกับระยะเวลาในการมีชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้เสียชีวิต	7.75	0.96
- การเปิดโอกาสให้ผู้เสียชีวิตมีส่วนร่วมตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้าตามความต้องการ ก่อนจะมีอาการแย่งลงเกินกว่าที่จะพูดคุยได้	8.00	0.78
ด้านการรับฟัง		
- การใช้ถ้อยคำหรือภาษาที่เข้าใจง่ายของทีมสุขภาพ	7.76	0.86
- การสบสายตาในขณะที่พูดคุยกับผู้เสียชีวิตหรือญาติของทีมสุขภาพ	7.86	0.86
- การตอบคำถามทั้งหมดเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้เสียชีวิต	7.75	0.83
- การรับฟังทุกเรื่องของผู้เสียชีวิตที่ต้องการพูด	7.83	0.82
ด้านการแสดงออกถึงการเอาใจใส่ดูแล		
- การเอาใจใส่ดูแลผู้เสียชีวิตอย่างเต็มที่	7.79	0.83
- การอธิบายอย่างตั้งใจเพื่อให้ผู้เสียชีวิตเข้าใจอาการต่างๆที่จะเกิดขึ้นในช่วงใกล้เสียชีวิต	7.75	0.97

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การสื่อสารของทีมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ด้านการแสดงออกถึงการเอาใจใส่ดูแล (ต่อ)		
- การอธิบายตั้งใจเพื่อให้ครอบครัวของผู้เสียชีวิตเข้าใจอาการต่างๆ ของผู้เสียชีวิตที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงใกล้เสียชีวิต	7.94	0.85
- การให้ความสำคัญหรือไม่ละเลยกับสิ่งต่างๆ ที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เสียชีวิต	7.94	0.72
ด้านการให้เกียรติและเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์		
- การดูแลเป็นอย่างดีในฐานะที่ผู้เสียชีวิตเป็นบุคคลคนหนึ่ง	7.58	0.78
- การให้ความเคารพต่อสิ่งต่างๆ ที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เสียชีวิต เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติที่เขานับถือ เป็นต้น	7.95	0.76
- การเห็นความสำคัญด้านเชื่อด้านจิตวิญญาณ หรือศาสนาที่ผู้เสียชีวิตนับถือ	8.07	0.65
- การเคารพต่อความเชื่อด้านจิตวิญญาณหรือศาสนาของผู้เสียชีวิต	8.01	0.90

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่		
- ความเชื่อในคำสอนที่ว่า ทำดีย่อมได้รับผลดี	5.11	0.83
- เชื่อว่าชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดั่งงามอย่างหนึ่ง	4.55	0.50
- ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจที่จะช่วยให้ผู้เสียชีวิตพบกับความผาสุกได้	4.67	0.68
- รู้ตัวดีว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่ออะไร/เพื่อใคร	3.64	0.75

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
- การทำความดีจะทำให้ชีวิตตนเองพบกับความสุขได้	4.35	0.59
- การรู้ว่าตนเองยังมีความหวังในชีวิตที่เหลืออยู่ในช่วงสุดท้าย	2.56	0.85
- เชื่อว่าผลจากการทำความดีที่ผ่านมาจะช่วยให้ตนเองไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย	3.16	0.86
- การที่ชีวิตมีความสมบูรณ์และเป็นที่ยังพอใจมากพอแล้ว	4.52	0.79
- ความศรัทธาต่อคำสอนของศาสนาช่วยให้มีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง	4.36	0.75
- ความเชื่อที่ว่า ชีวิตมีความสุขได้ แม้จะเหลือเวลาอันสั้น	3.98	0.88
ด้านความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา		
- การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาเป็นหนทางสู่ความสงบที่แท้จริง	4.25	0.67
- เชื่อว่าชีวิตที่ผ่านมาตนเองเป็นชีวิตที่รื่นรมย์มากพอแล้ว	4.28	0.73
- เชื่อว่าตนเองมีที่ยังทางใจ หรือมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ	4.15	0.62
- มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับความตายที่กำลังเกิดขึ้นในอนาคต	3.75	0.62
- ความศรัทธาและการยึดมั่นในศาสนาจะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว	4.15	0.72
- มีความรู้สึกว่าตนเองมีความสุขและสงบในชีวิตแล้ว	4.08	0.71
- การสวดมนต์หรือทำสมาธิจะทำให้ตนเองมีความอึดอัดใจ	4.58	0.77
- มีความรู้สึกว่าชีวิตของตนเองนั้นมีคุณค่า	4.53	0.69
- การปฏิบัติธรรมจะช่วยให้ตนเองมีชีวิตที่สงบและไม่ว่าวุ่น	4.49	4.13
- เชื่อว่าชีวิตของตนที่ผ่านมา สามารถทำอะไรบางอย่างได้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งใจไว้	4.13	0.67

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิตใจ ศิริโส เกิดเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดบุรีรัมย์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2546 และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการที่หอผู้ป่วยตึกจุมภฏพงษ์บริพัตร ชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากนั้นได้ย้ายมาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการที่หอผู้ป่วยใน 7A โรงพยาบาลจุฬารณณ์ เมื่อปี พ.ศ. 2553 และได้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2556

