



รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง  
ที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ

Palliative Care Model for Improving Mental Health and Quality of Life  
of Cancer Patient Receiving Radiotherapy at Yensira Building

อัครบาร ยะโกะ  
Akabar Yakoh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Arts in Psychology  
Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์      รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของ  
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ

ผู้เขียน              นายอัศวิน ยะโกะ

สาขาวิชา            จิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุใจ ส่วนไพโรจน์)

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิรันดร์ จุลทรัพย์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุใจ ส่วนไพโรจน์)

.....  
(ดร.ณรงค์ศักดิ์ รอบคอบ)

.....กรรมการ  
(ดร.ณรงค์ศักดิ์ รอบคอบ)

.....กรรมการ  
(ดร.บุญโรม สุวรรณภาพ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา

.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้างู๋สง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุใจ ส่วนไพโรจน์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นายอัคบาร์ ยะโกะ)  
นักศึกษา

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นายอัคบาร์ ยะโกะ)

นักศึกษา

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

ชื่อวิทยานิพนธ์	รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ
ผู้เขียน	นายอัศวิน ยะโกะ
สาขาวิชา	จิตวิทยา
ปีการศึกษา	2560

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่อาคารเย็นศิระ พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองและเปรียบเทียบสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มเป้าหมายได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 29 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีและพักในอาคารเย็นศิระกับญาติผู้ดูแลหลัก และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย 14 คนและญาติผู้ดูแลหลัก 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกการสัมภาษณ์ แบบสอบถามสุขภาพจิตฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต ค่าความเชื่อมั่น 0.83 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (ชุดย่อ) ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และใช้ Paired-Samples t-test ในการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักอาคารเย็นศิระ มีสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่ครอบคลุมตามความต้องการของผู้รับบริการ
2. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ จัดแบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะทำการรักษา และระยะก่อนกลับบ้าน
3. สุขภาพจิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับปกติ ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตหลังใช้การดูแลแบบประคับประคองมีค่าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักมีสุขภาพจิตดีขึ้น ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักโดยรวมทุกด้านคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

**Thesis Title** Palliative Care Model for Improving Mental Health and Quality of Life of Cancer Patient Receiving Radiotherapy at Yensira Building  
**Author** Mr. Akabar Yakoh  
**Major Program** Psychology  
**Academic Year** 2017

## ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research using one group pretest-posttest design. The purpose of this research is to study the current conditions of service personnel at Yensira Building, develop palliative care model and compare the effect of a palliative care model performed on before and after implement this model on mental health and quality of life for radiotherapy received cancer patients and caregiver of patients at Yensira Building. Twenty-nine samples via purposive selection were divided into 14 cancer patients and 15 caregivers. The research instruments composed of case record form (CRF), general health questionnaire (GHQ) of department of mental health and short form questionnaire for quality of life (WHOQOL-THAI) with reliability of 0.83 and 0.81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation. Hypothesis test with Paired-Samples t-test.

The results are as follows:

1. The number of medical personnel and officials are insufficient to serve cancer patients and their caregivers not covered by service needs at Yensira Building.
2. Palliative Care Model in Cancer Patients with Radiotherapy in Yensira Building is divided into 3 phases : Before treatment, During treatment And before leaving home.
3. The mental health of the cancer patients and their caregivers before and after using palliative care model was normal mental health status. However, the cancer patients and their caregivers treated with the palliative care model achieved a non-significantly lower mean post-test adjustment scores than their pre-test scores and Quality of life of the cancer patients and their caregivers was moderate levels.

## กิตติกรรมประกาศ

การสรรเสริญทั้งหมดเป็นเอกสิทธิ์แห่งอัลลอฮ์ (ซบ.) ผู้ทรงอภิบาลแห่งสากลจักรวาล ผู้ทรงประทานความโปรดปราน ให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุใจ ส่วนไพโรจน์ และ ดร.ณรงค์ศักดิ์ รอบคอบ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งติดตาม ดูแลเอาใจใส่ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน นายแพทย์เอ็มนัสรี มินทราศักดิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาฟีฟี ลาเต๊ะ และคุณกาวดาวศรี ตูลาธรรมกิจ ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย รวมทั้งกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงบรรดาคณาจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่าน ตลอดจนอาจารย์ท่านอื่นที่ไม่ได้กล่าวชื่อนามในที่นี้ ที่ได้เป็นผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ความเชี่ยวชาญทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ ประสบการณ์ต่าง ๆ ด้านการทำวิจัย จนกระทั่งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จอย่างที่ปรากฏ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติ ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เจ้าหน้าที่ประจำอาคารเย็นศิระ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมของมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ เบื้องหลังทุกอณูแห่งกำลังใจจากภรรยาและครอบครัว แก้วตาดวงใจ เต็กหญิงนาตา ยะโกะ ขอความดีงามไปถึงมา (นางเพียงใจ นาแวง) ท่านกลับไปสู่ความเมตตาของอัลลอฮ์ (ซบ.) และกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจอย่างดียิ่ง จนกระทั่งทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น และสามารถทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอพรจากเอกองค์อัลลอฮ์ (ซบ.) โปรดประทานความดีงามแก่ทุก ๆ ท่านที่มีส่วนร่วมช่วยเหลือให้งานวิจัยเล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี อามีน

อัคบาร์ ยะโกะ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
Abstract.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหาและปัญหา.....	1
คำถามวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์งานวิจัย.....	3
สมมุติฐานงานวิจัย.....	3
ขอบเขตของงานวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
ความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา.....	8
สุขภาพจิต.....	14
คุณภาพชีวิต.....	16
การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล.....	18
การดูแลแบบประคับประคอง.....	21
แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	31
ผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง.....	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ระเบียบวิธีวิจัย.....	41
ระยะแรก ขั้นการพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง.....	43
ระยะที่สอง ขั้นการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง.....	47
ระยะที่สาม ขั้นการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองไปทดลองใช้.....	47
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	50



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	51
สภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่อาคารเย็นศิระ.....	51
พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักรักษาตัวที่อาคารเย็นศิระ.....	52
1. ผลการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วย.....	55
2. ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย.....	55
3. ผลการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลัก.....	56
4. ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก.....	56
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	58
สรุปผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผลการวิจัย.....	58
ข้อเสนอแนะ.....	67
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก.....	80
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	81
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	82
ภาคผนวก ค เอกสารแสดงผลการพิจารณารับรองเครื่องมือวิจัย (สุขภาพจิต).....	85
ภาคผนวก ง เอกสารแสดงผลการพิจารณารับรองเครื่องมือวิจัย (คุณภาพชีวิต).....	87
ภาคผนวก จ การประเมินรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองตามกรอบมาตรฐาน.....	89
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้รับบริการ.....	91
ภาคผนวก ช แบบสอบถาม.....	93
ภาคผนวก ซ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (IOC).....	99
ภาคผนวก ฌ ตัวอย่างการสัมภาษณ์.....	101
ภาคผนวก ฎ แสดงภาพภายในอาคารเย็นศิระ.....	107
ภาคผนวก ฏ คู่มือการดูแลแบบประคับประคอง.....	109
ประวัติผู้เขียน.....	115

## รายการตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	เปรียบเทียบคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	23
ตารางที่ 2	ค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน.....	49
ตารางที่ 3	รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองแบ่งตามช่วงเวลาการเข้าพักอาคารเย็น	54
ตารางที่ 4	ศิระผลการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง.....	55
ตารางที่ 5	ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง.....	56
ตารางที่ 6	ผลการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้รูปแบบดูแลแบบประคับประคอง.....	56
ตารางที่ 7	ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง.....	57
ตารางที่ 8	ผลการประเมินรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานการประเมิน.....	90
ตารางที่ 9	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้รับบริการ.....	92
ตารางที่ 10	ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิต.....	98
ตารางที่ 11	ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (IOC).....	100

## รายการภาพประกอบ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ภาพที่ 2 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายในปัจจุบัน.....	26
ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	42
ภาพที่ 4 ผู้ป่วย.....	106
ภาพที่ 5 แสดงที่พักในอาคารเย็นศิระ.....	108

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาของปัญหาและปัญหา

ปัจจุบันสาเหตุการตายของประชากรโลกเกิดจากโรคไม่ติดต่อ โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกจำนวน 8.2 ล้านคน คาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าทั่วโลกจะพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 14.0 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 70% จากในปัจจุบัน ในจำนวนผู้ป่วยรายใหม่นี้ 60% พบในประเทศกำลังพัฒนา และประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (WHO, 2015)

สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า อัตราการตายจากโรคมะเร็งของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2526 พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 6 อีก 10 ปีต่อมาในปี พ.ศ. 2536 อัตราการตายเลื่อนขึ้นเป็นอันดับ 3 และอีก 6 ปีถัดมา ในปี พ.ศ. 2542 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน (สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2552) โดยในปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวนทั้งสิ้น 70,075 คน คิดเป็นอัตราส่วนประชากร 108 คนต่อประชากร 1 แสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปี

ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาต่อเนื่อง จะมาพักที่อาคารเย็นศิระ ซึ่งตั้งอยู่ในบริเวณวัดโคกนาว ตรงข้ามโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยและญาติ ช่วยบรรเทาปัญหาในเรื่องที่พักอาศัยสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องทำการรักษาต่อเนื่องด้วยการฉายรังสี ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความต่อเนื่องและใช้เวลานาน (1-3 เดือน สำหรับการฉายรังสีต่อผู้ป่วย 1 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากภาคใต้ ปัจจุบันอาคารเย็นศิระ มีอาคารจำนวน 2 หลัง สามารถรองรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเข้าพักยามพักพิงยามเจ็บป่วยได้ จำนวน 180,000 คน/ปี หรือ 500 คน/วัน (วิวัฒนา ถนอมเกียรติ, 2557)

ผู้วิจัยมีโอกาสฝึกประสบการณ์การทำงานอาคารเย็นศิระ การฝึกปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา ประสงค์ให้นักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นระยะเวลา 4 เดือน ผู้วิจัยได้สัมผัสถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งที่มาพักอาศัยอาคารเย็นศิระระหว่างรักษาด้วยการฉายรังสี รวมถึงญาติผู้ดูแลหลักที่ติดตามมาดูแลผู้ป่วยระหว่างรักษา ด้วยวิธีการสังเกตผ่านการสัมภาษณ์ ให้การปรึกษารายบุคคล กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และตลอดทั้งการเข้ามีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาคารเย็นศิระจัดขึ้น และรวมถึงการสนทนาแลกเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่ประจำอาคารเย็นศิระ โรงพยาบาลประจำห้องฉายรังสี รวมถึงเจ้าหน้าที่หน่วยสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย ทำให้รับทราบถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักต้องเผชิญ และระบบการดูแลทางกายภาพของอาคารเย็นศิระที่ยังไม่ครอบคลุมด้านร่างกาย สภาพจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและจิตวิญญาณ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยของอาคารเย็นศิระในปัจจุบัน ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการรักษา จากการศึกษาของสุพิศ สงนวล (2549) เรื่องประสบการณ์เยียวยาทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษากับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ใจจากความไม่แน่นอนของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา เครียดเนื่องจากต้องทำการรักษาเป็นเวลานาน ทำงานไม่ได้ผู้ป่วยยังต้องประสบความสำเร็จทางด้านร่างกาย จากผลข้างเคียงของการรักษาในระหว่างที่พักอาศัยที่อาคารเย็นศิระ ซึ่งยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยของอาคารเย็นศิระในปัจจุบัน ไม่มีรูปแบบการดูแลญาติผู้ดูแลหลักที่ติดตามผู้ป่วยมาพักอาศัยที่อาคารเย็นศิระระหว่างทำการรักษาด้วย ซึ่งญาติผู้ดูแลหลัก ต้องประสบกับความเหนื่อยล้าจากการดูแล เครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และมีข้อขัดแย้งกับผู้ป่วย จากการศึกษาของ ภารดี ปรีชาวิทยากุล (2548) เรื่องประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศิระ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลหลักที่มาพักอาศัยที่อาคารเย็นศิระกับผู้ป่วยระหว่างรักษานั้น มีปัญหาเรื่องการปรับตัวกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สภาพจิตใจรู้สึกแยกจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด วิตกกังวลอาการของผู้ป่วย เกิดความไม่เข้าใจและขัดแย้งกับผู้ป่วย เครียดเนื่องจากขาดรายได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและครอบครัวปรารถนาบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเป็นองค์รวม การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จึงเป็นทางเลือกที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเหล่านี้ได้

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า เป็นการปฏิบัติการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้บริการเพื่อบรรเทาความปวดและอาการอื่น ๆ และให้การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณ และเป็นการให้บริการร่วมกับการดูแลรักษาโรคตั้งแต่การวินิจฉัยเบื้องต้นจนวาระสุดท้ายและหลังเสียชีวิต นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่และยอมรับความตายเป็นกระบวนการปกติของชีวิต รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีการผสมผสานมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย และมีระบบสนับสนุนครอบครัวเมื่อเผชิญกับขั้นตอนเสียชีวิต รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

ลักษณะการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เป็นการดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักบวชและญาติผู้ดูแลหลัก รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ใน Hospice Care แห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษพบว่า ผู้ป่วย 1 คนใช้ทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพเฉลี่ย 9 - 45 คน ในการดูแล และภายในทีมใช้เวลาพูดคุย 15-160 นาทีต่อครั้ง เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย (Robyn M. et al., 2015; N Jarrett et al., 2015) จากการศึกษาของ วรชมน บุรณรัช (2557) เรื่อง ทักษะการปรับตัวและรูปแบบการใช้ชีวิต

ของผู้ป่วยโรคร้ายแรงระยะสุดท้าย ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคองพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพและครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวต่อความตายให้แก่ผู้ป่วยได้

จากประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลหลักได้รับผลกระทบด้านลบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย มีความต้องการการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกรวมถึงแนวคิดทางด้านจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) เพื่อที่จะช่วยให้ทัศนคติผู้ให้บริการมีความเข้าใจถึงความต้องการรับการดูแลที่เป็นองค์รวมของผู้ป่วยได้ แนวคิดจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม ประกอบด้วยแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ของ Maslow แนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ Carl Rogers และ แนวคิดจิตวิทยาแบบอัตถิภาวนิยม มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลหลักเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างรับบริการที่อาคารเย็นศิระ เพื่อให้สามารถให้บริการเหมาะสมตรงกับความต้องการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ที่มาใช้บริการ และสามารถพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะสมกับบริบทของอาคารเย็นศิระด้วย

### คำถามของงานวิจัย

1. สภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระเป็นอย่างไร
3. หลังจากที่พักผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักจะมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือไม่

### วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ
2. พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ
3. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองในอาคารเย็นศิระ

### สมมุติฐานงานวิจัย

ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตสูงขึ้นหลังจากได้รับการดูแลแบบประคับประคองในอาคารเย็นศิระ

## ขอบเขตของงานวิจัย

1. ประชากรในงานวิจัย คือ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่มารับบริการที่อาคารเย็นศิระ จำนวน 450 คน/วัน และ เจ้าหน้าที่ประจำอาคารที่ให้บริการ
2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในงานวิจัย แบ่งตามระยะการดำเนินโครงการ ได้แก่
  - 2.1 ระยะที่ 1 ขั้นพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการของอาคารเย็นศิระ จำนวน 10 คน และญาติผู้ดูแลหลัก จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ประจำอาคารเย็นศิระ จำนวน 3 คน
  - 2.2 ระยะที่ 2 ขั้นการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงาน จำนวน 3 คน
  - 2.3 ระยะที่ 3 ขั้นการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองไปทดลองใช้ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการของอาคารเย็นศิระ จำนวน 10 คน และ ญาติผู้ดูแลหลัก จำนวน 10 คน
3. ตัวแปร
  - 3.1 แปรอิสระ คือ การใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง
  - 3.2 ตัวแปรตาม คือ 1) สุขภาพจิต 2) คุณภาพชีวิต
4. ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย สร้างรูปแบบการให้บริการที่ครอบคลุมกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก
5. สถานที่ในการวิจัย คือ อาคารเย็นศิระ ตั้งอยู่ในวัดโคกนาว (อรรถวิสุนทร) ตรงข้าม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก สามารถรองรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เข้าพักในยามเจ็บป่วยได้ 450 คน/วัน

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและญาติผู้ดูแลหลักเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ระหว่างมาพักรักษาในอาคารเย็นศิระ เป็นรูปแบบการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและญาติผู้ดูแลหลัก โดยแบ่งระยะในการรักษาเป็นตัวกำหนดรูปแบบการดูแล ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะการรักษา ระยะก่อนกลับ โดยนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาแบบมนุษยนิยม ที่เน้นความสำคัญของการรับฟังอย่างตั้งใจ การให้การปรึกษารายบุคคล อาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาขั้นตอนการให้บริการ ครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้าพัก จนกระทั่งผู้ป่วยเดินทางกลับภูมิลำเนา สนองต่อความต้องการทุกระยะของวิถีความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง

2. สภาพการให้บริการ หมายถึง การบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาโดยการฉายรังสี (ฉายรังสีอย่างเดียว ฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด หรือฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัด) ตามระยะของการรักษาของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ตั้งแต่เข้ามาใช้บริการวันแรกที่อาคารเย็นศิระถึงวัน

สุดท้ายที่เดินทางกลับ โดยขั้นตอนการบริการตั้งแต่ ลงทะเบียนรับผู้ป่วย แจ้งระเบียบการอยู่อาศัย สิทธิประโยชน์เบื้องต้น และรับแจ้งเมื่อผู้ป่วยเดินทางกลับภูมิลำเนา

3. ญาติผู้ดูแลหลัก หมายถึง บิดามารดา คู่สมรส พี่น้อง บุตร ญาติหรือบุคคลที่ครอบครัวจัดมาให้ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างพักอาศัยในอาคารเย็นศิระ (วัดโคกนาว) เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 วัน ถึง 1-3 เดือน

4. ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคมะเร็งที่มาพักอาศัยอาคารเย็นศิระ (วัดโคกนาว) ระหว่างทำการรักษาโรคมะเร็งด้วยการฉายรังสี (รักษาโดยการฉายรังสีอย่างเดียว, รักษาโดยการให้รังสีร่วมกับได้รับเคมีบำบัด หรือรักษาโดยการให้รังสีร่วมกับการผ่าตัด)

5. คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยและญาติ ได้รับประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุขสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เป็นภาระหรือก่อให้เกิดปัญหา สามารถปรับตัวได้อย่างสมดุล ส่งผลต่อการใช้ศักยภาพส่วนบุคคลในการพัฒนาตนเองและอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุขวัดได้โดยใช้มาตรวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (ชุดย่อ) ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของกรมสุขภาพจิต

6. สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข มีความมั่นคงและเข้มแข็งทางจิตใจ น้อมรับความเป็นจริงของชีวิต กล้าเผชิญความจริงด้วยสติ ใช้ปัญญาในการแสวงทางออก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวต่ออุปสรรคและมีศักยภาพในการพัฒนาตนเองและสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนได้ ใช้มาตรวัดสุขภาพจิต (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิตในการคัดกรอง

7. อาคารเย็นศิระ หมายถึง สถานที่ที่ให้บริการที่พักสำหรับผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคมะเร็งมาทำการรักษาโดยการให้รังสี (รักษาโดยการฉายรังสีอย่างเดียว, รักษาโดยการให้รังสีร่วมกับได้รับเคมีบำบัด หรือรักษาโดยการให้รังสีร่วมกับการผ่าตัด) และญาติผู้ดูแลหลัก สังกัดหน่วยสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งอยู่ในบริเวณวัดโคกนาว (อรรถกวีสุนทร) ตรงข้ามโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

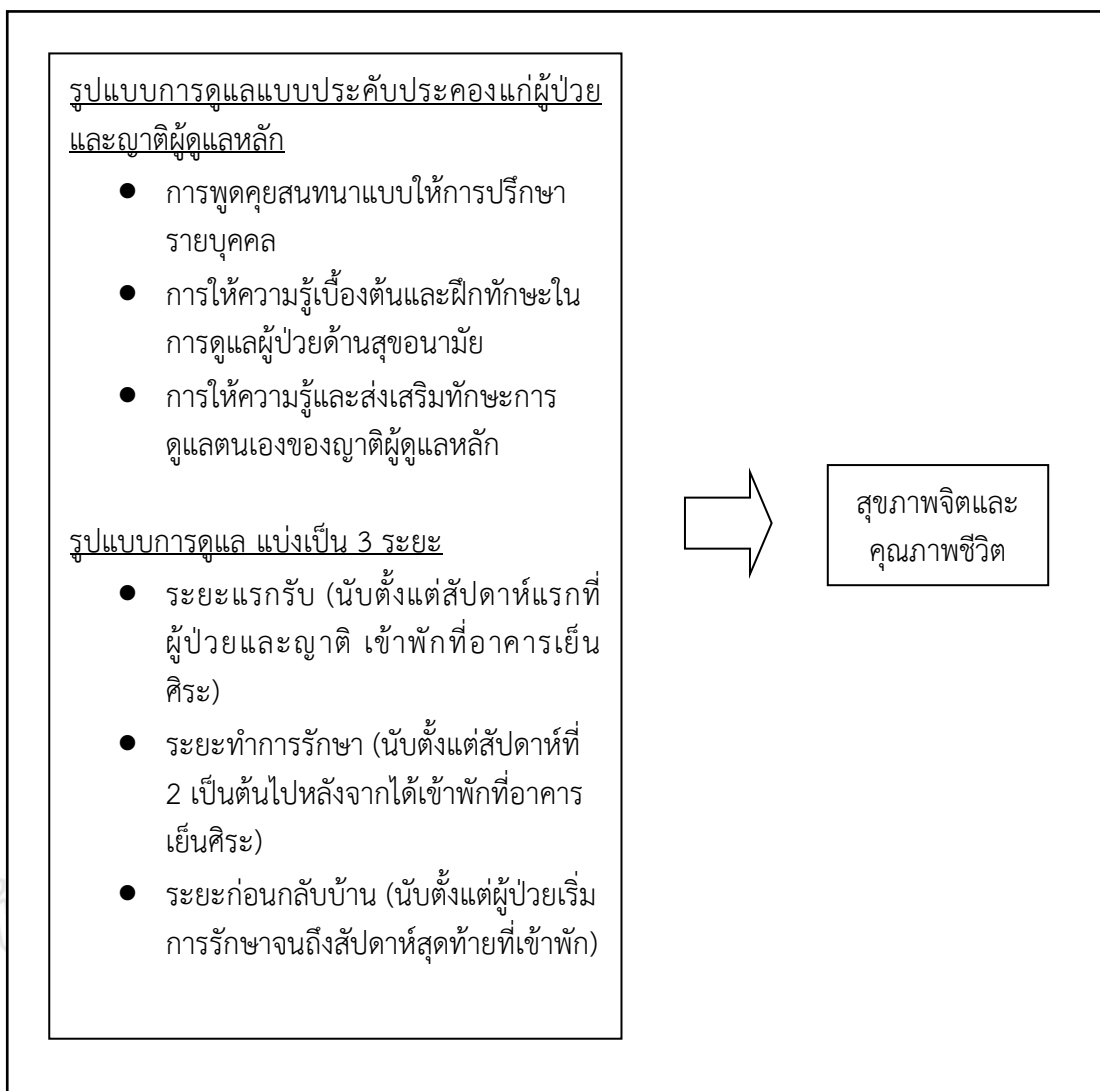
### ความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ผลลัพธ์ ของงานวิจัยสามารถเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในงานบริการด้านสุขภาพ

2. พัฒนางองค์ความรู้ ผ่านการปฏิบัติงานประจำของเจ้าหน้าที่ผู้การวิจัยปรับตามสถานการณ์จริงและเป็นวิจัยที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง

3. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากโรงพยาบาลและอาคารพักพิงสู่หน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงเป็นแหล่งเรียนรู้ พัฒนางองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ และเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาทบทวนดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา
  - 1.1 แนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic Psychology)
    - 1.1.1 แนวคิดความต้องการพื้นฐานของมนุษย์
    - 1.1.2 แนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (The Client-Centered)
  - 1.2 แนวคิดจิตวิทยาแบบอัตถิภาวนิยม (Existentialism)
2. สุขภาพจิต
  - 2.1 ความหมายของสุขภาพจิต
3. คุณภาพชีวิต
  - 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
4. การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล
  - 4.1 ความหมายการให้การปรึกษา
  - 4.2 ความหมายการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล
5. แนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง
  - 5.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง
  - 5.2 แนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง
  - 5.3 หลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง
  - 5.4 การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย
6. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
  - 6.1 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and Mc Taggart
  - 6.2 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ
7. ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
  - 7.1 ความหมายของโรคมะเร็ง
  - 7.2 ผลกระทบด้านร่างกาย
  - 7.3 ผลกระทบด้านจิตใจ
  - 7.4 ผลกระทบด้านสังคม
  - 7.5 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง

## 1. แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา

มนุษย์ไม่สามารถอยู่โดดเดี่ยวได้ ทุกคนต้องการมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนรัก หรือทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ตนดำรงอยู่ ความเอื้ออาทร ความรัก และความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย เป็นกำลังใจสำคัญในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยของทุกคน

การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย อาการป่วยหนักเนื่องจากโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงทำให้อวัยวะสำคัญทำงานล้มเหลว ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ล้วนเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องอาศัยความเข้มแข็งของจิตใจ และต้องการความรักและกำลังใจจากคนรักและญาติมิตร เพื่อให้สามารถก้าวพ้นความทุกข์ขมขื่นนี้และตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์ (ทัตนี ทองประทีป, 2552)

จิตวิทยามีมาตั้งแต่มนุษย์เริ่มต้นมีการคิด สร้างสังคมอยู่ร่วมกัน โดยในระยะแรกจะเป็นเนื้อหาที่ไปรวมอยู่กับศาสตร์ทางด้านเทววิทยาและปรัชญา ปัจจุบันจิตวิทยาแยกออกมาเป็นศาสตร์ทางวิทยาศาสตร์ประยุกต์หรือสังคมประยุกต์แขนงหนึ่ง ในปัจจุบันแนวคิดจิตวิทยามนุษยนิยมและจิตวิทยาการรู้คิดและปัญญาได้รับความนิยมแพร่หลาย ทำให้จิตวิทยามีความหมายเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่า เป็นศาสตร์ที่ศึกษาพฤติกรรมและกระบวนการทำงานของจิตด้วยระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ (อุบลวรรณ ภาวกานันท์, 2554)

จิตวิทยาจะมีขอบเขตครอบคลุมในทุกด้านที่เกี่ยวกับความเป็นมนุษย์ ทั้งทางกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และความคิด สถิติปัญญา รวมทั้งสภาวะแวดล้อมที่มีผลถึงมนุษย์เป็นการศึกษาพฤติกรรมและกระบวนการทางจิตเชิงปรนัย (Objective Study) คือพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ชัดเจนทั้งทางตรงหรือโดยทางอ้อม (อุบลวรรณ ภาวกานันท์, 2554)

อุบลวรรณ ภาวกานันท์ (2554) ได้กล่าวในการศึกษากระบวนการทางจิตและพฤติกรรมของบุคคลในประเด็นหรือเรื่องราวต่าง ๆ นั้นมีจุดมุ่งหมายหลักอยู่ 4 ประการ คือ

1) เพื่ออธิบาย (Describe) ปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาและพฤติกรรมของมนุษย์ได้อย่างถูกต้องผ่านทฤษฎีและข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ศึกษา

2) เพื่อการทำนาย (Predict) สามารถคาดคะเน/ทำนายพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ในอนาคตที่น่าจะเป็นไปได้ ผ่านการศึกษา สังเกต และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้

3) เพื่อการเข้าใจ (Understanding) ความรู้จากทฤษฎีต่าง ๆ และข้อมูลทั้งหลายที่ได้จากการสังเกตหรือศึกษาวิจัยจะทำให้สามารถเข้าใจถึงพฤติกรรมและกระบวนการทางสมอง/จิต ที่บุคคลต่าง ๆ ได้กระทำด้วยเหตุผลใด จากการกระตุ้นหรือแรงจูงใจใด ๆ ซึ่งจะทำให้เรามีความเข้าใจในบุคคลอื่น ๆ และตนเอง สามารถคิดหรือเลือกพฤติกรรมตอบสนองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

4) เพื่อการควบคุม (Influence) ความรู้จากทฤษฎีและข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยทั้งหลายจะสามารถช่วยให้เราสร้างการชักนำควบคุมพฤติกรรมของส่วนบุคคลและสังคม ให้เป็นไปในทิศทางที่จะเป็นประโยชน์ หรือบรรลุมิติประสงค์ที่ต้องการ

## 1.1 แนวคิดจิตวิทยามนุษยนิยม (Humanistic Psychology)

ความรู้และแนวคิดของจิตวิทยาสมัยใหม่ได้พัฒนาจากงานของนักจิตวิทยาในรุ่นก่อนๆ แล้วนำมาปรับเปลี่ยนให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน แนวคิดทางจิตวิทยาที่เน้นศึกษาจิตใจสำนึกของมนุษย์ ได้แก่ กลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Perspective) และกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic Perspective)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด กลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic Perspective) และแนวคิดจิตวิทยาแบบอัตถิภาวนิยม (Existentialism) มาศึกษาเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรม ความต้องการของผู้รับบริการที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สร้างรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของอาคารเย็นศิระโดยเชื่อว่า แท้จริงแล้วมนุษย์นั้นสามารถที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สูงสุด ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มจิตวิเคราะห์ ที่มองว่าการแก้ไขควรแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในใจ (ดาวชมพู นาคะวิโร, 2556)

จิตวิทยาแนวมนุษยนิยม (Humanistic Psychology) ศึกษาเรื่องการเป็นมนุษย์และลักษณะเฉพาะของมนุษย์ (จันทิมา องค์โฆษิต, 2547) ที่ทำให้มนุษย์มีปรากฏการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ความรัก ความต้องการ อิสระส่วนตัว (personal freedom) ความมานะ (self determination) ความโลภ (greed) การบ้าอำนาจ (lust for power) ความอำมหิต (cruelty) ศาสนา (religion) วิทยาศาสตร์ (science) ศิลปะ (art) ศีลธรรม (morality) นักจิตวิทยาในแนวนี้อ้างอิงว่าความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง การแปลและความหมายส่วนตัวของประสบการณ์ และความรู้สึเกี่ยวกับตนเอง (self-perception) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์

การทำความเข้าใจจิตวิทยาตามแนวทางมนุษยนิยมจะช่วยให้เข้าใจถึงธรรมชาติของพฤติกรรมและปัญหาของมนุษย์ได้กว้างขึ้น ช่วยให้เห็นถึงภาพรวมของปัญหาได้ชัดเจนขึ้น โดยให้ความสำคัญในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความสามารถมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองให้บรรลุถึงเป้าหมายของการเป็นตนเองที่สมบูรณ์ ส่งเสริมลักษณะพิเศษของมนุษย์ เช่น ความสามารถในการเลือก (choice) ความคิดสร้างสรรค์ (creativity) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ และ วิญญาณ ความเป็นอิสระ ความรับผิดชอบ เพื่อนำมาพัฒนาตนเองให้มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้รู้สึกตนมีคุณค่า มีความนับถือตนเอง (self-respect) และเพิ่มคุณภาพชีวิตของตน

การใช้แนวคิดจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม (Humanistic Psychology) ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ให้การยอมรับ ให้ความเห็นใจ และให้ความเข้าใจผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเอง (Self-awareness) มีสติ และเข้าใจถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และความรู้สึของตนเองอย่างแท้จริง โดยเน้นหลักการอยู่กับปัจจุบัน ทำให้สามารถยอมรับตนเองและเห็นได้ว่าตนเองต้องเป็นผู้รับผิดชอบการกระทำหรือพฤติกรรมและชีวิตของตนเอง โดยมีตนเองเท่านั้นที่จะเป็นผู้พัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้ปัญหาทางจิตใจดีขึ้น (ดาวชมพู นาคะวิโร, 2556) ผู้นำกลุ่มคือ อับบราฮัม มาสโลว์ (Abraham H. Maslow ; 1908-1970) และ คาร์ล โรเจอร์ (Carl Ransom Rogers ; 1902-1987)

### 1.1.1 แนวคิดความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

แนวคิดความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ของ Maslow เชื่อว่า เป้าหมายของชีวิตและความต้องการ ความปรารถนา เป็นสิ่งที่นำมาสู่พฤติกรรมมนุษย์ และการได้รับสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อตนเองเป็นสิ่งที่มนุษย์สนใจ Maslow เรียงลำดับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์จากขั้นพื้นฐานไปสู่ความต้องการสูงสุดไว้เป็นลำดับ ดังนี้

ลำดับที่ 1 ความต้องการทางกาย (Physiological needs) หมายถึงความจำเป็นที่จะต้องเกี่ยวข้องกับทางกาย เช่น ต้องการอาหาร อากาศ น้ำ การพักผ่อนนอนหลับและเซ็กส์ มนุษย์จะต้องได้รับความต้องการระดับนี้เพื่ออยู่รอด

ลำดับที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) หมายถึงความต้องการที่จะมีความปลอดภัยและมีความมั่นคงในชีวิต หลังจากที่ ความต้องการลำดับขั้นที่ 1 ได้รับการตอบสนองแล้ว คนเราย่อมต้องการมีความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต เช่น ทุกวันนี้เราทำประกันภัย ประกันชีวิต ใส่เหล็กดัดรอบบ้านป้องกันขโมย เป็นต้น

ลำดับที่ 3 ความต้องการความรักและเป็นเจ้าของ (Belongingness and love needs) หมายถึง ความต้องการทางสังคม มนุษย์ทุกคนต้องการมีความผูกพันที่ลึกซึ้ง เกิดความเห็นใจ (Empathy) มีความนับถือซึ่งกันและกัน (Mutual respect) คนที่มีคนรักจะมีความเคารพตัวเองสูง (self-esteem) ความสัมพันธ์ทางสังคม จึงเป็นที่มาของความสุขและความทุกข์ มนุษย์จึงมีพฤติกรรมที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

ลำดับที่ 4 ความต้องการการนับถือยกย่อง (Esteem needs) หมายถึง ความต้องการที่จะรักษาตัวตนของตนเองและความต้องการที่ได้รับความนับถือยกย่องจากผู้อื่น คนเราทุกคนมี ego ซึ่งเป็นตัวตนทางจิตใจ และเราต้องการให้คนนับหน้าถือตา ข้อสำคัญที่สุดเราต้องมีความเคารพตนเอง

ลำดับที่ 5 ความต้องการสำเร็จสมบูรณ์อย่างแท้จริง (Self-actualization needs) หมายถึง การบรรลุศักยภาพ คนเราทุกคนมีศักยภาพ แม้มนุษย์จะไม่มีคุณสมบัติทางยีนและพรสวรรค์ แต่เรามีศักยภาพทุกคน การบรรลุศักยภาพคือการแสดงความสามารถเท่าที่ตนมี ในจิตวิทยา Self-actualization หรือ Self-realization ทำให้มนุษย์สมบูรณ์

กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Maslow สามารถอธิบายความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยและญาติที่มาพักในอาคารเย็นศิระ กล่าวคือ ความต้องการด้านร่างกาย อาการไม่สุขสบายทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยมีความทุกข์จากอาการปวด กลืนอาหารลำบาก นอนไม่หลับ ไม่สามารถนอนหงาย ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการตอบสนองจากทีมเจ้าหน้าที่ เช่น จัดหาเตียงที่สามารถปรับระดับได้ เตรียมอาหารเหลวทางสายยางให้กับผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์พื้นฐาน (หมอน ผ้าห่ม เบาะรองนอน) ให้กับผู้รับบริการที่อาคาร ส่วนความต้องการด้านความปลอดภัย อาคารเย็นศิระอยู่ใกล้โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักรู้สึกปลอดภัยเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินสามารถไปโรงพยาบาลได้ทันที เจ้าหน้าที่บริการของอาคารพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักต้องการเป็นต้น

การศึกษาของ Robert J Zalenski et al. (2006) ได้ประยุกต์ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ตามแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ของ Maslow เพื่ออธิบายความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของ Hospice ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการด้านร่างกายเป็นความต้องการที่มีผู้ป่วยต้องการมากที่สุด โดยเฉพาะการควบคุมอาการปวด การได้รับประทานอาหารปกติ และอาหารเหลว การได้รับความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ และการศึกษาของ Jame C. Jackson et al. (2014) ได้นำเอาแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการพื้นฐานของ Maslow มาใช้ในการปรับปรุงการดูแลแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เป็นองค์รวม ผลการศึกษาพบว่า การจัดการความปวดและความต้องการสารอาหารเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่ทีมสุขภาพต้องคำนึงถึงเป็นอันดับแรก การเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยมาเยี่ยมเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย การศึกษาของ Mary Katherine, Waibel Ducan and Ann Blugis (2011) ได้สำรวจความต้องการพื้นฐานของงานบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน Philadelphia America พบว่า ผู้รับบริการต้องการให้มีห้องรับประทานอาหารมากที่สุด ส่วนญาติผู้ดูแลหลักต้องการติดตั้งโทรทัศน์ รองลงมาติดคอมพิวเตอร์ข้างเตียงด้วย

การศึกษาของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร และคณะ (2554) ได้ศึกษาการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนัก ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองสูงสุดคือ การได้รับการเอาใจใส่จากพยาบาล และความต้องการที่ได้รับการตอบสนองต่ำสุดคือ การได้ระบายความรู้สึกกับใครสักคน ส่วนการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาสี (2556) ได้ศึกษาความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ความต้องการสูงสุดของผู้ป่วยคือ กลับไปใช้ชีวิตระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน สรุปได้ว่าเราสามารถมองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านแนวคิดลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ เพื่อที่สามารถมองเห็นปัญหาในภาพที่กว้างขึ้น มีการแก้ปัญหาให้สามารถครอบคลุม เป็นองค์รวมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ในทุกระยะของการดำเนินโรค

### 1.1.2 แนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (The Client-Centered)

Carl Ransom Rogers (1902 - 1987) เป็นผู้เริ่มต้นการรักษา ทำจิตบำบัดในแนว Client-Centered Therapy โรเจอร์สเชื่อว่าวิธีการที่จะให้บุคคลพัฒนา คือ การคืนอำนาจให้กับตนเอง (Self-empowered) บุคคลไม่ว่าเป็นใครก็ตามล้วนมีศักยภาพในตนเองที่จะพัฒนาตนให้ดีขึ้น ใครที่เชื่อว่าตนไม่มีศักยภาพ เป็นเพราะถูกขัดขวางจากประสบการณ์ในอดีตที่บิดเบือน หรือเนื่องจากการเลี้ยงดูในครอบครัว การจัดศึกษาในโรงเรียน และความกดดันต่าง ๆ ทางสังคม อย่างไรก็ตาม การเชื่อว่าตนไม่มีศักยภาพสามารถขจัดออกได้ トラบโดที่บุคคลนั้นเต็มใจที่จะยอมรับตนเอง ต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบชีวิตของตน บุคคลนั้นจะเริ่มรู้สึกว่าเขาเหมือนเกิดใหม่ เป็นบุคคลที่สามารถกำหนดชีวิตของตนเอง สามารถมองเห็นตนเองได้ชัดเจน โรเจอร์สแสดงจุดยืนตลอดมาในความสำคัญของการมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในความพยายามต่อสู้เมื่อเผชิญอุปสรรคของมนุษย์ (ดวงมณี จงรักษ์, 2555)

โรเจอร์สเชื่อว่าทฤษฎีนี้จะใช้ประโยชน์ได้ดีในหลักการและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการด้วยบรรยากาศอันอบอุ่น เป็นมิตร เพิ่มไปด้วยการให้เกียรติ มีทัศนคติที่ดีและพยายามเข้าใจผู้รับบริการ ซึ่งบรรยากาศลักษณะจะช่วยให้ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก) ได้สำรวจตนเอง และสภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างถ่องแท้ อันนำไปสู่การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่ใช่จะเน้นเฉพาะเรื่องสัมพันธภาพเท่านั้น ต้องให้ความสำคัญในเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการให้เป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพด้วย (วัชร ทรัพย์มี, 2547)

สำหรับงานวิจัยในการนำแนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ Carl Rogers นั้นสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะได้แก่งานวิจัยที่ใช้แนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มาจัดโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาในระดับจิตใจกับใช้แนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มาพัฒนางานบริการทางสาธารณสุขของสำหรับเจ้าหน้าที่ด้านบริการสุขภาพ จากการศึกษาของ อีราพร สอนจิน (2557) พบว่าการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการยอมรับตนเองของนักเรียนที่ครอบครัวแตกแยก ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีการยอมรับตนเองสูงขึ้น เมื่อวัดซ้ำหลังจากทำกลุ่มผ่านไป 4 สัปดาห์ มีคะแนนยอมรับตนเองที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ ผกาพรรณ นันทะเสน (2557) ที่ได้ใช้การให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว มีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามลดลง

ส่วนการศึกษาของ แสงเดือน โยธาศรี (2553) พบว่าการให้การปรึกษาแบบกลุ่มมารารอนตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อสุขภาพจิตของคนพิการ พบว่า หลังสิ้นสุดทดลองคนพิการกลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีสุขภาพจิตในระยะติดตามดีกว่าก่อนทดลอง สำหรับในต่างประเทศแนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ Carl Rogers ถูกนำมาพัฒนาการเป็นนโยบายให้บริการสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น ในปี 1990 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำเอา แนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ Carl Rogers มาใช้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัจจุบันประเทศอังกฤษได้นำแนวคิดนี้เป็นนโยบายหลักในการดูแลผู้ป่วย (Health Foundation Quick Guide, 2014) การศึกษาของ Pauline Rose and Patsy Yates (2015) ได้ศึกษาผลของการใช้แนวคิดแนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลางของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล

การใช้แนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต การยอมรับตนเอง ลดความวิตกกังวลของกลุ่มเป้าหมายและมีความคงทนต่อเนื้อหลังจากได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่ใช้แนวคิดนี้ สามารถนำแนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลางมาใช้ในรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่อาคารเย็นศิริได้ เนื่องด้วยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก มีความวิตกกังวล มีอาการซึมเศร้า ต้องการการดูแลในระดับจิตใจ

## 1.2 แนวคิดจิตวิทยาแบบอัตถิภาวนิยม (Existentialism)

Soren Aabye Kierkegard (1813 – 1855) ได้อธิบายแนวคิดจิตวิทยาแบบอัตถิภาวนิยมว่าเป็นแนวคิดที่เน้นปัจเจกมากกว่าสากล มีเสรีภาพมากกว่ากฎเกณฑ์ เน้นความรู้สึก (Subjective) มากกว่าเหตุผล (Objective) เมื่อมนุษย์พบปัญหา เผชิญหน้ากับปัญหาด้วยตนเองทำให้เกิดสติปัญญา เพื่อให้เข้าใจว่าชีวิตคืออะไร ดังนั้นอัตถิภาวนิยม (Existentialism) จึงเป็นแนวความคิดที่ได้จากการเผชิญหน้า (Confrontation) กับการมีอยู่ของตนเอง ให้ความสำคัญกับการมีอยู่ของตนเองในฐานะมนุษย์ ในฐานะปัจเจก ให้ความสนใจต่อความหมายของการมีชีวิตอยู่ ความตาย อิสรภาพ ความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงการมีชีวิตแบบมีคุณค่า ให้ความสำคัญกับปัจจุบัน

ธรรมชาติของมนุษย์ ตามแนวคิดแบบอัตถิภาวนิยม มองว่ามนุษย์มีความสามารถที่จะตระหนักในตนเอง (Self-Awareness) ทำสิ่งต่าง ๆ ไปโดยรู้ตัวมีสติ สามารถเลือกที่จะตัดสินใจและกำหนดโชคชะตาของตนเอง ตระหนักถึงความหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่ต้องแสวงหาและสามารถพัฒนาตนเองต่อไปได้ มีค่านิยมของตนเป็นหลักในการดำเนินชีวิต มีการตระหนักในความตายหรือการไม่ดำรงอยู่ (Awareness of Death and Nonbeing) มุมมองผู้มีสุขภาพจิตดีตามแนวคิดนี้ คือบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณค่าดำรงอยู่ (Being) ตระหนักว่าเขาคือใคร เข้าใจในสิ่งที่ตนกระทำ อยู่อย่างมีความหมายและเสรีภาพในการวางเป้าหมายในชีวิต มีศรัทธาในตนเอง (วัชร ทรัพย์มี, 2547)

หลักการของอัตถิภาวนิยม (สุใจ ส่วนไพโรจน์, 2555)

1. มนุษย์มีความตระหนักในตนเอง ทำสิ่งต่าง ๆ ไปโดยรู้ตัว
2. การรับผิดชอบต่อการตัดสินใจเลือกของตนเองตลอดไปทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต
3. มนุษย์ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อมได้ แต่เลือกที่จะตอบสนองได้และทำให้ชีวิตมีความสุขได้ด้วยการยอมรับความจริง
4. มนุษย์เป็นผู้สร้างวิถีชีวิตของตนเอง ด้วยการตัดสินใจของเขาเอง มนุษย์ต้องอยู่ภายใต้ขอบข่ายของสิ่งแวดล้อม เช่น กฎหมาย เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น
5. มนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ตลอดเวลาตามความต้องการและความมุ่งมั่น
6. มนุษย์ไม่สามารถอยู่ได้ตามลำพัง จึงต้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
7. มนุษย์ต้องรู้จักตนเองจากการสัมพันธ์กับผู้อื่น(ปฏิภิกิริยาจากผู้อื่น)
8. จุดหมายของมนุษย์ คือการอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีน่าเชื่อถือ และแสวงหาความหมายให้แก่ชีวิตในอนาคตของตนเอง และมีค่านิยมเป็นของตนเอง
9. เมื่อมนุษย์ไม่สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ จะมีความรู้สึกเปล่าเปลี่ยวอ้างว้าง (หรือไม่สามารถตัดสินใจได้/ไร้อนาคต)
10. มนุษย์ต้องการพัฒนา และปรับปรุงตนเอง (becoming)
11. การรู้ว่าตนไม่มีอยู่ (no being) คือความล้มเหลวของมนุษย์



12. ปัญหาของมนุษย์เกิดจากการรู้สึกว่าคุณไม่มีเสรีภาพ ไม่มีอนาคต ไม่มีจุดหมาย ทำให้กังวลใจต่อการเลือกอันจะนำไปสู่ความสำเร็จ การรู้สึกผิดในใจ (guilty feeling) ว่าไม่สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่ ก่อเกิดความล้มเหลวในการกระทำ การตัดสินใจ และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น
13. สนใจอนาคตมากกว่าอดีตและปัจจุบัน

จากการศึกษาของ กัญญา บุญธรรมโม (2556) ได้ใช้แนวคิดอัตถิภาวนิยม ที่มองความตายเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ มีความหมายของการดำรงอยู่ ช่วยลดความโศกเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ที่กำลังเผชิญกับความตายโดยใช้กระบวนการให้การปรึกษาที่ใช้แนวคิดอัตถิภาวนิยมร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการเศร้าโศกได้จากการศึกษา ของณลิน ควรครู (2556) ได้ใช้แนวคิดอัตถิภาวนิยมพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเองพบว่า เด็กที่ได้รับแนวคิดอัตถิภาวนิยมสามารถพัฒนาคุณค่าในตนเองได้ และจากการศึกษาของนิสรา คำมณี และ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ (2560) ได้ใช้การปรึกษากลุ่มทางจิตวิทยา เพื่อเสริมสร้างเหตุการณ์ดำรงอยู่ของผู้ต้องขังหญิง เพื่อให้สามารถสำรวจชีวิต จนเกิดเหตุผลในการดำรงชีวิตอยู่ของตนเอง จะเห็นได้ว่าแนวคิดจิตวิทยาแบบอัตถิภาวนิยม สามารถนำมาใช้ร่วมกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองได้เป็นอย่างดี

## 2. สุขภาพจิต

### 2.1 ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตของคนมีหลายองค์ประกอบ แตกต่างกันในแต่ละบุคคล สุขภาพจิตในแต่ละคนย่อมแตกต่างกัน บางคนรู้สึกดีมีความสุข มีความพึงพอใจ สงบ ภูมิใจในตนเอง สามารถจัดการอุปสรรคที่เข้ามาได้ แต่บางคนกลับรู้สึกแย่มากมีความทุกข์ ผิดหวัง เศร้า ไม่สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อมีปัญหา

สุขภาพจิตแบ่งองค์ประกอบหลักได้ 4 ด้าน (กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม, 2559) ได้แก่

1. สภาพจิตใจ หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิตแบ่ง 2 องค์ประกอบย่อยได้แก่ ความรู้สึกดี (รู้สึกพึงพอใจ สบายใจ ภูมิใจ) และความรู้สึกที่ไม่ดี (รู้สึกผิดหวัง มีทุกข์ เบื่อหน่าย)

2. สมรรถภาพของจิตใจ หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข
3. คุณภาพของจิตใจ หมายถึง คุณลักษณะที่ดึงดูดของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม
4. ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนรอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความสุขภาพจิต ว่า สภาพสุขภาพ (State of well-being) ความเป็นอยู่ที่บุคคลตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดตามปกติของชีวิต สามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพและสำเร็จ สามารถสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนของตนได้ (WHO, 2014)

กรมสุขภาพจิตได้ ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีภูมิต้านทานอารมณ์ อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ (กรมสุขภาพจิต, 2561) บุญยพัชร ปิยะบุญศิริ (2547) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี ไม่มีข้อขัดแย้งในจิตใจตลอดจนรู้จักความต้องการของตนเอง และตอบสนองความต้องการนั้นอย่างมีเหตุผลและเหมาะสม

พลากร ดวงเกตุ (2553) ให้ความหมาย สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขที่มีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาและปรับตัวในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

พิศุทธิภา เมธิกุล (2554) ให้ความหมาย สุขภาพจิต เป็นเรื่องของความทุกข์และความสุข กล่าวคือ ความสุข หมายถึง สภาพจิตหรือภาวะจิตที่ดี เกื้อกูล เป็นกุศล เช่น ความอ่อนใจ ความอึดใจ ปลื้มใจ ความซาบซึ้ง ความร่าเริงสดใส ความสงบ ความผ่อนคลาย ความชื่นใจ ความโปร่งโล่ง ความเบิกบานใจ ส่วนความทุกข์ หมายถึง สภาพจิตหรือภาวะจิตที่ไม่ดี เป็นสิ่งที่ไม่เกื้อกูล ไม่เป็นกุศล เช่น ความขุ่นมัว ความโศกเศร้า ความหมองหมอง ความคับแค้น ความเหงา ความว้าเหว

วิลาวรรณ พรหมชาติ (2555) นิยามของคำว่า สุขภาพจิตว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีความรับผิดชอบ

ต่อหน้าที่และสังคม มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างสมดุล โดยไม่เกิดความคับข้องใจ

กังสดาล เฟิงล่อง (2556) ให้ความหมาย สุขภาพจิต ว่าเป็นสภาวะของชีวิตและจิตใจที่เป็นสุข เป็นผู้ที่ปรับสภาพได้ดีในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สามารถจัดการในการเผชิญกับปัญหาที่ประสบได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีอารมณ์ที่มั่นคงเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่ตนตั้งไว้ได้

สุภารัตน์ จีระธา (2556) ให้ความหมาย สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะที่จิตใจที่เป็นสุข สุขในที่นี้หมายรวมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมได้ดี โดยผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีนั้นจะมีการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดี ทั้งก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทั้งตนเองและผู้อื่นในสังคมได้อีกด้วย

หทัยชนก เผ่าวิริยะ (2557) ให้ความหมาย สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการพัฒนาตนเองไปในทางที่ดี สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ และไม่มีข้อขัดแย้งระหว่างเป็นตัวตนที่แท้จริงกับตนที่คิดว่าตนเป็น

กล่าวโดยสรุปแล้ว สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข มีความมั่นคงและเข้มแข็งทางจิตใจ น้อมรับความเป็นจริงของชีวิต กล้าเผชิญความจริงด้วยสติ ใช้ปัญญาในการแสวงทางออก เพื่อให้สามารถปรับตัวต่ออุปสรรค มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองและสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนได้

### 3. คุณภาพชีวิต

#### 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

นิยามของคุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ของแต่ละบุคคลแต่ขึ้นกับเกณฑ์ทางความจำเป็น ความต้องการ และความปรารถนาของคนในแต่ละท้องถิ่นและสังคม (Andrew and Crandall, 1975; Harwood 1976; Cummins, 1998 อ้างใน ศิริรัตน์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2557)

ดวงรัตน์ วงศ์เวไนย (2552) ได้นิยามคุณภาพชีวิตไว้ว่า การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ คือ ประชาชนหรือชุมชนนั้นมีชีวิตความเป็นอยู่บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานครบถ้วนทุกประการ ซึ่งเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่กำหนดไว้นั้น สามารถแปรเปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะนั้น

วรัทยา กุลเกลี้ยง (2556) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความพึงพอใจในตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ สถานะความสัมพันธ์ทั้งในสังคมและครอบครัวของตน

ชลกร ศิรวรรณนะ (2556) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกพอใจของบุคคลต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล ซึ่งได้จากการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความสุข มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ความเป็นอิสระของบุคคล ความเชื่อส่วนบุคคล ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งการใช้ศักยภาพส่วนบุคคลสร้างสรรค์พัฒนาตนเอง และสังคมให้อยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข

อรุณทัย พุทธสิมมา (2556) นิยามคุณภาพชีวิตไว้ว่า ระดับความพึงพอใจในความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ความสุข (Happiness) ความต้องการต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในทุก ๆ ด้าน ทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม เศรษฐกิจ ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อของแต่ละบุคคล

ณิชา ไชยณรงค์ (2556) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ของสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายชีวิตของแต่ละคน

พวงศิลป์ ทองคำ (2556) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การดำรงอยู่ของบุคคลในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานของสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ หรือในสภาพการณ์นั้น ๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ หรือในสภาวะการณ์นั้น ๆ โดยสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และสังคม มีความปลอดภัยในทรัพย์สิน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่เป็นภาระและก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม สามารถปรับตัวกับสภาวะเปลี่ยนแปลงของสังคม หรือสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพปรับตัวเข้ากับสภาวะการเปลี่ยนแปลงของสังคม หรือสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สนธยา ทองรุ่ง (2556) ได้สรุปคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุก หรือความพึงพอใจในชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

เยาวลักษณ์ แสนโรจน์ (2559) ได้นิยามคุณภาพชีวิตไว้ว่า สภาพการดำเนินชีวิตในสังคม ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้เกิดความสุขทั้งทางร่างกายคือ มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีสุขภาพอนามัยที่ดี ได้รับการศึกษาที่ดี มีอาชีพที่มั่นคง และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ความสุขทางด้านจิตใจ คือ มีคุณธรรมจริยธรรมที่ดีงาม มีจิตใจที่อยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างเป็นสุข รักใคร่สามัคคีผูกพันไมตรีจิตที่ดีต่อกันและกัน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยม ในเวลานั้น ๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิต 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (The WHOQOL Group, 1995 อ้างใน ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2557)

กล่าวโดยสรุปแล้ว คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุขสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เป็นภาระหรือก่อให้เกิดปัญหา สามารถปรับตัวได้อย่างสมดุล ส่งผลต่อการใช้ศักยภาพส่วนบุคคลในการพัฒนาตนเองและอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข

#### 4. การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

##### 4.1 ความหมายการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาทางจิตวิทยา เป็นการผสมองค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น จิตวิทยา สังคมวิทยา ปรัชญา การศึกษา ซึ่งมีส่วนในการพัฒนาการให้การปรึกษาในเชิงจิตวิทยา

การให้การปรึกษาทางจิตวิทยาแตกต่างจากการทำจิตบำบัดในเรื่องของปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ การให้การปรึกษาจะช่วยแก้ปัญหาพื้นฐานที่ผู้ประสบในชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพ การปรับตัว การตัดสินใจ ปัญหาครอบครัว ซึ่งไม่ใช่ปัญหาที่ซับซ้อน ต้องอาศัยการวินิจฉัยอย่างเป็นระบบ ส่วนระยะเวลาการให้การปรึกษา การปรึกษาทางจิตวิทยาจะใช้ระยะเวลาสั้น 3-12 สัปดาห์ แตกต่างจากจิตบำบัดที่ใช้ระยะสั้นและระยะยาวประมาณ 3-6 เดือน

กาญจนา รัตนธราช (2555) กล่าวถึง การให้การปรึกษา หมายถึง เป็นกระบวนการของการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยผู้ที่ให้การปรึกษาเป็นผู้ที่มีความสามารถ ได้รับการฝึกฝนทักษะมาเป็นอย่างดี เพื่อจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น จนสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ตลอดจนเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

นพดล วรพันธะนายุด (2559) ได้ให้ความหมายของ การให้การปรึกษา ว่าหมายถึง กระบวนการให้การช่วยเหลือซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมในวิชาชีพ อาจเป็นรูปแบบกลุ่มหรือรายบุคคลเพื่อช่วยให้ผู้รับ

การปรึกษาได้เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น พัฒนาทักษะในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข

สมาภรณ์ เทียนขาว (2555) สรุปความหมายของการให้การปรึกษา หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ผู้รับการปรึกษามีโอกาสที่จะเลือกและมีทักษะในการตัดสินใจ และหาทางออกเพื่อลดหรือขจัดทุกข์ เกิดการเรียนรู้สาเหตุของปัญหาที่เผชิญอยู่ จนสามารถกลับไปดำรงชีวิตของตนได้

ฐิชาวิทย์ พะยอมยงค์ (2554) ให้ความหมายของการให้การปรึกษา หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนให้อยู่ในระดับสูงสุด ทั้งในแง่ต่อตนเองและรอบข้าง อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลได้เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาศักยภาพ และทักษะความเข้มแข็งของแต่ละบุคคล โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้เข้ารับการปรึกษา

เมธี นิ่มนวล (2558) ให้ความหมายของการให้การปรึกษาว่าหมายถึง เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือที่เน้นการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาที่มีคุณสมบัติส่วนตัวที่เหมาะสม มีความรู้และทักษะในวิชาชีพ เพื่อการช่วยเหลือและพัฒนาผู้รับการปรึกษาให้รู้และเข้าใจตนเอง มีความสามารถในการพิจารณา และตัดสินใจแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

สรุปได้ว่า การให้การปรึกษา หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือ อันเกิดจากการสื่อสารที่อ่อนโยน มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล เพื่อให้บุคคลคลายทุกข์ สามารถใช้สติปัญญาในการแก้ไข ตัดสินใจ แสวงหาทางออกต่อปัญหาและอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิต และสามารถพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้พัฒนาไปในแนวทางที่เหมาะสม

#### 4.2 ความหมายการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

คุณลักษณะของผู้ให้การปรึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการให้การปรึกษาได้แก่ ความเข้าใจอันลึกซึ้ง ทักษะทางด้านภาษา หรือการสร้างอคติต่อผู้ที่มารับการปรึกษา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะได้กระบวนการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลในการให้การปรึกษา

กาญจนา รัตนราช (2555) กล่าวถึง การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ว่าหมายถึง การที่ผู้ให้การปรึกษาให้ความช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้เหมาะสม

นพรุจน์ อุทัยทวีป (2560) ได้กล่าวถึงการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ว่าหมายถึง รูปแบบการปรึกษาที่เป็นการพบกัน ระหว่างผู้ให้การปรึกษา 1 คน กับผู้รับการปรึกษา 1 คน มี

จุดหมายช่วยที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

เกรียงศักดิ์ วงศ์เมฆ (2554) กล่าวถึงการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลว่า การให้การปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษา 1 คนและผู้รับการปรึกษา 1 คน โดยที่ผู้ให้การปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในวิชาชีพ และมีคุณลักษณะส่วนตัวที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้จักการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ค้นพบแนวทางและตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

เมธี นิมนวล (2558) ให้ความหมายของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลว่า หมายถึง การช่วยเหลือด้วยสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลสองคน คือ ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาจะใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในวิชาชีพช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้และเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เรียนรู้ถึงสภาพปัญหาที่ประสบอยู่ จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถพัฒนาตนเองได้เต็มตามศักยภาพ

สิริกานดา กอแก้ว (2557) ให้ความหมายของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลว่า หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือที่ผู้ให้การปรึกษาให้บริการแก่ผู้รับการปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเอง และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

จากความหมายของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่าการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเป็นการสื่อสารอันอ่อนโยน ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ในบรรยากาศที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถคลายทุกข์ เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนตนเอง อารมณ์และความรู้สึก บอกเล่าความคิด สามารถตัดสินใจในทางเลือกที่เหมาะสมต่ออุปสรรคที่กำลังเผชิญ เต็มเต็มศักยภาพในการพัฒนาตนเองให้สูงสุด

ขั้นตอนในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลประกอบด้วย (วัชร ทรัพย์มี ,2550 อ้างใน นพดล วรพັນนายต, 2559)

1. ขั้นเริ่มให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาพิจารณาถึงแหล่งที่มาของผู้รับการปรึกษา แสวงหาความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้รับการปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจง ขอบข่ายของการปรึกษา
2. ขั้นระบุปัญหาของผู้รับการปรึกษา โดยการพิจารณาปัญหา องค์ประกอบของปัญหา สรุปประเด็นปัญหาที่แท้จริง
3. ขั้นระบุวัตถุประสงค์ของการปรึกษา โดยระบุถึงการพิจารณาเป้าหมายที่ต้องการ ระบุให้ชัดเจนถึงการพยายามใช้วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตหรือวัดได้

4. ขึ้นวางแผนแก้ไขหรือวางโครงการอนาคต จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เห็นภาพพจน์ของตนเองและผลจากวิธีการที่ได้ตกลงกันได้
5. ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ผู้ให้การปรึกษานับสนุนผู้รับการปรึกษาในการปฏิบัติตามแผนที่ตกลงไว้
6. ขึ้นประเมินผลการปรึกษา เป็นการให้ผลป้อนกลับว่าการปรึกษาที่จัดขึ้นนั้นสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์หรือไม่ มีอุปสรรคใดที่ต้องปรับปรุง
7. ขึ้นยุติการปรึกษา แบ่งได้ 3 กรณี ได้แก่ ในกรณีที่ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเห็นพ้องว่าบรรลุวัตถุประสงค์แล้ว หรือ ผู้ให้การปรึกษาแจ้งล่วงหน้าว่าจะยุติการปรึกษาเมื่อไร และในกรณีที่พฤติกรรมผู้รับการปรึกษาแสดงให้เห็นว่าบรรลุวัตถุประสงค์แล้ว
8. ขึ้นติดตามผลการปรึกษา อาจใช้การสนทนาโดยตรงหรือใช้โทรศัพท์ในการติดต่อ

ข้อดีของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล คือผู้ได้รับการปรึกษาจะได้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงประเด็นกับความต้องการที่แท้จริง สามารถเปิดเผยตัวตน ความรู้สึกอย่างอิสระโดยไม่ต้องกังวลถึงบุคคลอื่น ไม่ต้องวิตกกังวลในความไม่พร้อมในเรื่องทักษะการสื่อสารของตนเอง สามารถเป็นจุดสนใจเพียงผู้เดียวในระหว่างการให้การปรึกษา

ส่วนข้อจำกัดของการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคลคือผู้รับการปรึกษาอาจเคยชินกับการได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้การปรึกษา

จากข้อสรุปข้างต้น ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการให้การปรึกษาแบบส่วนบุคคลมาใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีและญาติผู้ดูแลหลักในระหว่างที่พักในอาคารเอนกประสงค์ กลุ่มเป้าหมายมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อและการสื่อสาร กลุ่มเป้าหมายบางส่วนสื่อสารเป็นภาษามลายู และไม่ค่อยเข้าใจในภาษาไทยได้อย่างชัดเจน ซึ่งผู้ให้การปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายได้ทั้งสองภาษาไม่ว่าจะเป็นทั้งภาษาไทยและภาษามลายู จึงใช้รูปแบบการให้การปรึกษาแบบส่วนบุคคลในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้สามารถเข้าใจในประเด็นปัญหาได้อย่างละเอียด ครบถ้วน กับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในงานวิจัยได้ดีขึ้น

## 5. การดูแลแบบประคับประคอง

### 5.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

คำว่า “Palliative” มาจากคำว่า “Palliate” ที่มีความหมายว่า การทำให้โรครมีความรุนแรงน้อยลงโดยปราศจากการกำจัดที่สาเหตุ (Oxford Advance Learner’s Dictionary, 1998 cited in Meghani, 2004 อ้างถึงใน สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2552) ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามความหมายนี้ Palliative Care จึงอาจนิยามได้ว่าเป็นการดูแลเพื่อรักษาอาการของภาวะเจ็บป่วย โดยปราศจากการรักษาโรคนั้น (Kinzbrunner, 2005 อ้างถึงใน สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2552)



Balfour Mount เป็นผู้ตั้งคำว่า “Palliative care” โดยมีรากศัพท์ภาษาลาติน “pallium” ที่หมายถึงสิ่งปกคลุมหรือห่มห่อคนหรือสิ่งของ เพื่อให้ “Palliative care” หมายถึง การดูแลรักษาที่สามารถป้องกัน (ปกป้อง) ผู้ป่วยจากอาการต่าง ๆ ของการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น (สันต์ หัตถ์รัตน์, 2552)

นอกจากนี้ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) พบว่ามีการใช้คำ (term) ที่มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “Palliative Care” ได้แก่ คำว่า Hospice care, Supportive care, End of life care และ Terminal care คำเหล่านี้อาจมีความหมายเหมือนกันในส่วนที่เป็นการดูแล/รักษาที่เน้นการบรรเทาที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือจากโรค แต่มีความแตกต่างกันในระยะที่ดูแล โดย Palliative care เป็นแนวคิดของการดูแลที่ครอบคลุมสามารถนำไปใช้ในการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต และมีความต่อเนื่องถึงขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิตและหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลครอบคลุมต่อไปอีกระยะหนึ่ง ส่วน Hospice care และ End of life care เป็นการดูแลที่มีจุดเน้นที่ภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเท่านั้น สำหรับ Supportive care ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่อยู่ภายใต้ Palliative care ที่เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะต่าง ๆ (สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2552) สามารถสรุปได้ตามตารางที่ 1

Prince of Songkhla University  
Pattani Campus

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)  
(สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2552)

คำ	ความหมาย
Hospice care	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรืออยู่ในระยะใกล้ตาย</li> <li>2. มีความหมายในแง่ต่าง ๆ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นปรัชญาการดูแลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตและคุณภาพการตายของบุคคลที่อยู่ในระยะใกล้ตาย</li> <li>- ในบริบทของกลุ่มประเทศแถบทวีปยุโรป หมายถึง สถานที่ดูแลผู้ที่อยู่ในระยะใกล้ตาย</li> <li>- ในบริบทของประเทศของสหรัฐอเมริกา หมายถึง ระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่มีเวลาของชีวิตจำกัด โดยสามารถให้การดูแลในสถานที่ต่าง ๆ ได้ เช่น บ้าน โรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานที่ดูแลระยะยาว</li> </ul> </li> </ol>
Palliative care	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือโรคนั้น แต่ไม่ใช่การรักษาโรคที่มีเป้าหมายเพื่อการหาย</li> <li>2. ระยะเวลาในการดูแลครอบคลุมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของภาวะเจ็บป่วยต่อเนื่องไปจนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว</li> <li>3. สามารถใช้ร่วมกับการรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อให้หายขาด (Curative treatment)</li> <li>4. มีความหมายในแง่ของปรัชญาการดูแลที่คล้ายคลึงกับ Hospice care ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ส่งเสริมศักดิ์ คุณภาพชีวิตและคุณภาพการตายให้สูงสุด</li> </ol>
Supportive care	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นการดูแลตามอาการเพื่อบรรเทาผลข้างเคียงจากการรักษา และการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง</li> </ol>
End of life care	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นการดูแลที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต</li> </ol>

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามการดูแลแบบประคับประคองว่า หมายถึงการปฏิบัติดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้บริการเพื่อบรรเทาความปวดและอาการอื่น ๆ และให้การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการให้บริการร่วมกับการดูแลรักษาโรค ตั้งแต่การวินิจฉัยเบื้องต้นจนวาระสุดท้ายและหลังเสียชีวิต นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่และยอมรับความตายเป็นกระบวนการปกติของชีวิต รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีผสมผสานมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย และมีระบบสนับสนุนครอบครัวเมื่อเผชิญกับกระบวนการตาย รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนการดูแลระยะท้ายของชีวิตหมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ระยะท้ายของโรคที่มีระยะเวลาจำกัด เป็นการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพเสื่อมถอยลงและมีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าอยู่ระยะสุดท้ายของโรค โดยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลแบบประคับประคองเป็นศาสตร์ที่กำหนดการทิศทางการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

การรักษาเพื่อบรรลุปเป้าหมายสามารถใช้หลักของ Palliative care ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่การได้รับวินิจฉัยตั้งแต่ต้น โดยไม่ต้องรอให้หมดหนทางรักษาก่อน แล้วจึงพิจารณาเรื่องนี้เป็นอันดับสุดท้าย สามารถให้ Palliative care ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่วะแรกๆของโรคพร้อมไปกับการรักษาหลักอื่น ๆ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2550)

## 5.2 แนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง พัฒนามาจากแนวคิดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายอย่างสมศักดิ์ศรีมนุษย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา ประเทศออสเตรเลีย และประเทศต่าง ๆ ในยุโรป ได้พัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้มาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ ค.ศ.1960 ที่รู้จักกันในรูปแบบของ “Hospice Care” (ทักษิณี ทองประทีป, 2556)

ความเป็นมาของการดูแลแบบประคับประคอง ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ (2550) ได้เขียนถึงจุดกำเนิดไว้ดังนี้ เริ่มจากคำที่เรียกว่า Hospice นั้นมาจากรากศัพท์ภาษาละตินว่า Hospes ซึ่งหมายถึง การต้อนรับด้วยไมตรีจิต (Friendly, Warm feeling between host and guest) ซึ่งในช่วงคริสต์วรรษที่ 14 มีการจัดตั้งสถานที่ต้อนรับดูแลผู้แสวงบุญนักเดินทางผู้เร่ร่อนไม่มีที่พักอาศัยและผู้คนที่เจ็บป่วยอนาถา ทั่วยุโรปและอาราจักรยุโรปตะวันออก (Byzantine)

Hospice เป็นสถานการณืกุศลเปิดกว้างกับทุกกลุ่มชน เช่น ต้อนรับนักเดินทางแสวงบุญ หรือนักบวชที่บาดเจ็บกลับมาจากสงครามครูเสด แล้วต่อมา Hospice จึงเปลี่ยนมาเน้นไปในทางดูแลรักษาคนป่วยประเภทไร้หนทางรักษา มีการสันนิษฐานว่า แพทย์ในยุคโบราณกาลหากแพทย์เรียนการแพทย์ด้วยความรู้แบบกรีกและยึดคำสาบานของ Hippocrates จะไม่นิยมทำการรักษาผู้ป่วยหนักและกำลังจะตาย เพราะวิธีคิดแบบกรีกมองว่า มนุษย์ คือสิ่งมีชีวิตที่ต้องตาย หากทำการยื้อให้มนุษย์ไม่ตาย จะผิดต่อพระเจ้าและธรรมชาติ คนป่วยหนักกลุ่มนี้จึงหันเข้าหาการดูแลแบบ Hospice ซึ่ง

ต้อนรับด้วยเมตตา มีที่พัก อาหาร การดูแลซึ่งรวมถึงการรักษาทั้งที่ไช้ยา และใช้ศรัทธา แน่ใจว่าองค์ความรู้ในยุคนั้นย่อมไม่สามารถรักษาโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ได้ คนป่วยโดยมากจึงอาจจะไปเสียชีวิตที่ Hospice แต่คนเหล่านั้นจะได้รับการดูแลรักษาทางจิตวิญญาณ (Spiritual comfort)

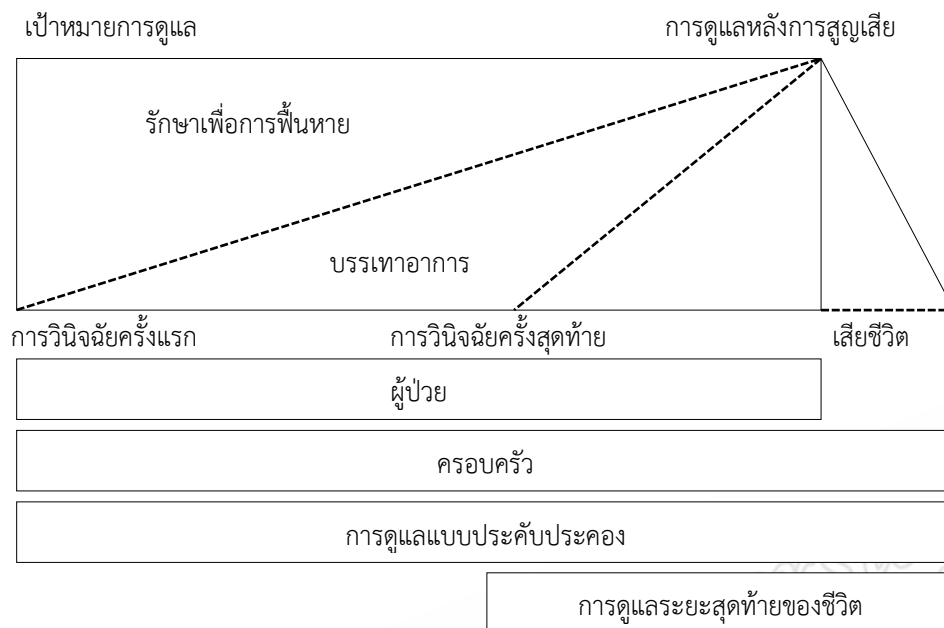
ในยุคต่อ ๆ มา ความเจ็บป่วยและร่างกายถูกทำความเข้าใจผ่านกรอบทางวิทยาศาสตร์ ด้วยการค้นพบเชื้อโรคและความเข้าใจทางพยาธิวิทยาการดูแลรักษาคนไข้แยกสถานที่ออกจากองค์กรทางศาสนาไปสู่ที่เรียกว่า Hospital ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาเรียนรู้และการบริการที่ไม่เกี่ยวกับศาสนาอย่างชัดเจนเมื่อประมาณศตวรรษที่ 18 อย่างไรก็ตาม Hospice ก็ยังคงอยู่แต่อาจจะเหลือพื้นที่ในการบำบัดประชาชนน้อยลงและเน้นการดูแลกลุ่มคนที่ถูกทอดทิ้ง เช่นคนป่วยโรคเรื้อรังที่ถูกรังเกียจ หรือโรครยะสุดท้ายที่แพทย์รักษาอะไรไม่ได้แล้ว

จุดที่อาจจะถือได้ว่าเป็นจุดกำเนิดของ Hospice ยุคใหม่ ที่รวมทั้งการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลอย่างองค์รวมจากสหสาขา คือ การที่ Cicely Saunders แพทย์ชาวอังกฤษ ได้ตั้ง St. Christopher's Hospice ขึ้นใน ค.ศ. 1967 (พ.ศ.2510) ประวัติที่มาของ Cicely Saunders เองนั้นสนใจ เพราะท่านเริ่มต้นศึกษาด้วยการเรียนพยาบาล ต่อมาปัญหาสุขภาพไม่อำนวยจึงย้ายมาเรียนทางสังคมสงเคราะห์ และได้ทำงานเป็นนักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลและอาสาสมัครดูแลคนไข้ที่ Hospice ได้ตระหนักถึงปัญหาในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย และได้สมัครเรียนแพทย์จนเรียนจบและบุกเบิกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างจริงจัง ประวัติการศึกษาและประสบการณ์การทำงานของ Cicely Saunders จึงอธิบายวิธีคิดในการดูแลรักษาคนไข้ระยะสุดท้ายที่ St. Christopher's Hospice ซึ่งท่านก่อตั้งได้เป็นอย่างดี นั่นคือ

- การประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ (จากการเรียนพยาบาล-นักสังคมสงเคราะห์-แพทย์)
- การประสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับการดูแลเชิงจิตวิญญาณด้วยศรัทธา (ประสบการณ์ดูแลใน Hospice แบบเก่าก่อนและการเรียนแพทย์)
- การบริการดูแลรักษาและการวิจัยสร้างองค์ความรู้อย่างมีหลักการ (Service vs. Research)

ความเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายตั้งแต่ที่เริ่มต้นจุดประกายโดย Cicely Saunders ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทันทีทันใด เพราะวงการแพทย์ยังเชื่อมั่นหลงใหลในวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีว่าเป็นคำตอบที่สำคัญที่สุด จนเมื่อกระบวนทัศน์สากลเปลี่ยนไปมนุษย์พบว่าวิทยาศาสตร์เป็นดาบสองคม บุคลากรในวงการแพทย์หันกลับมาอมรับความล้มเหลวในการยื้อชีวิตคน และตั้งเป้าหมายใหม่ในการดูแลรักษาจาก “เอาชนะโรค” มาเป็น “ดูแลคน” กันมากขึ้น จากจุดตั้งต้นของ Cicely Saunders ถึง Palliative Care ก็ได้แพร่หลายเป็นบริการมาตรฐานอย่างหนึ่ง ทางวงการแพทย์สากลนั้นใช้เวลาถึง 40 ปี ในปัจจุบันจึงมีสถานบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองถึง 16,000 แห่งทั่วโลก (Gomes, 2015)

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ทราบผลวินิจฉัยโรคจนกระทั่งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว เริ่มให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน และดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต สามารถเริ่มทำได้ไม่จำกัดสถานที่ เช่น หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล บ้าน วัด หรือสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายในปัจจุบัน  
(กิตติกร นิลมานัต, 2555)

### 5.3 หลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

หลักการสำคัญของ Palliative Care สามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น 4C ดังนี้ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550)

1. Centered at patient and family ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป็นหลักความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใด ๆ จะกระทำเมื่อเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด เช่น การใส่ท่อให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนัง รวมไปถึงการปฏิบัติภารกิจชีวิต เป็นต้น

2. Comprehensive ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับ ปฏิบัติทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาและความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ หรือความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย ซึ่งแตกต่างไปจากผู้ดูแลรักษา เช่น ความกลัวการได้รับเลือดผู้อื่น การได้ปรนนิบัติบิดามารดาด้วยตนเองของบุตร หรือความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านของตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต

3. Coordinated เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม งานหลายด้านต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาเข้ามามีส่วนร่วมในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิด ครอบครัว และเพื่อนฝูง ที่ร่วมดูแล สนับสนุน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก เช่น ผู้นำศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่าง ๆ

4. Continuous มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ การดูแลครอบครัวครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่จนกระทั่งเสียชีวิตไปแล้ว สำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอ สำหรับผู้ป่วยการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษา ขึ้นกับสถานการณ์ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้หลัก 4C เป็นแนวทางการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีและพักที่อาคารเย็นศิระ

จากหลักการสำคัญของ Palliative Care ประกอบด้วยหลักการ 4 ประการใน หลักข้อที่ 1 Centered at patient and family ที่ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก สอดคล้องกับ National Quality Forum (จอณณะจง เพ็งจาด, 2556) ที่ได้กำหนดรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองว่า ควรเป็นการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient focused and family center care) สถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ที่ครอบคลุมดังนี้

1. การตอบสนองความต้องการและดูแลสนับสนุนผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
2. บริการที่ให้เกียรติและคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
4. ส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย
5. ระบบการดูแลด้านจิตใจครอบครัวในระยะก่อนและภายหลังเสียชีวิต
6. มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมผู้ดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จะเห็นได้ว่าหัวใจหลักในการดูแลแบบประคับประคอง คือ การกำหนดให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก การดูแลแบบประคับประคองเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ ทักษะคติเกี่ยวกับดูแลและการให้การดูแล ผู้ให้การดูแลต้องมีทัศนคติที่ส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคอง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกระยะของการเจ็บป่วย (จอณณะจง เพ็งจาด, 2556) การใช้แนวคิดจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม จะช่วยให้ทัศนคติผู้ให้บริการมีความเข้าใจถึงความต้องการรับการดูแลที่เป็นองค์รวมของผู้ป่วยได้ แนวคิดจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยมประกอบด้วย ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามแนวคิดของ Maslow แนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ Carl Rogers และ แนวคิดจิตวิทยาแบบอัตถิภาวนิยม

#### 5.4 การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการของ Palliative Care ในประเทศไทย นับว่ายังอยู่ในระยะเริ่มต้น หากพิจารณาด้วยมุมมองทางการแพทย์และยึดเอารูปแบบที่แพทย์หญิง Cicely Saunders ได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นทางการ ณ สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย St. Christopher's Hospice ซึ่งก่อตั้งเป็นแห่งแรกของโลกในประเทศอังกฤษเมื่อปี พ.ศ. 2510 แต่หากพิจารณาด้วยมุมมองที่กว้างขึ้น ครอบคลุมถึงมิติทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลกนั้น ผู้ที่กำลังเผชิญกับความตายสามารถนำมาใช้ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ประเทศไทยมีต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมด้านนี้สะสมไว้อย่างยาวนาน เช่น สถานการณ์โรคเอดส์ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2535 พระอุดมประชาทร (อลงกต ตฤกขปญโญ) ได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายตามวิถีพุทธของ นพ. Jeffery Sager ชาวอเมริกา ก่อตั้งโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ ให้เป็นบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี หรือในชื่อ AIDS Temple Hospice เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกครอบครัวและสังคมทอดทิ้ง ได้มีโอกาสสิ้นลมหายใจอย่างสงบสุขและไปสู่สุคติตามวิถีทางของชาวพุทธ (เต็มศักดิ์ พิงรัศมี, 2556)

ในประเทศไทย มีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้านการดูแลแบบประคับประคองสำหรับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ จัดขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2540 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมี นพ. Ian Maddocks และพยาบาล Kevin Burrett จาก International Institute of Hospice Studies, The Flinders University of South Australia เป็นวิทยากรหลัก ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 ได้มีการจัดตั้งชมรมฮอสพิซและการดูแลแบบประคับประคองขึ้นเป็นครั้งแรก (เต็มศักดิ์ พิงรัศมี, 2556)

ในปัจจุบันระดับการบริการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยจัดอยู่ใน Group 3a (Isolated Palliative care provision) คือ มีบริการด้าน Palliative care เฉพาะแห่ง ซึ่งส่วนใหญ่พบบริการนี้ในโรงเรียนแพทย์ จากการที่ประเทศไทยมีพัฒนาการดูแลด้านการดูแลแบบประคับประคองล่าช้ามาก เมื่อเทียบกับประเทศที่มีศักยภาพทางการแพทย์เทียบเคียงกับประเทศไทย เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เกาหลีใต้ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลัน และผู้สูงอายุที่โรคลุกลาม และอยู่ในระยะท้ายไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ต้องทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ จากข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 65 ไม่หายขาดจากโรคและมักจะเสียชีวิตในปีแรกหลังจากวินิจฉัย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2557) นโยบายระดับประเทศเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2540 นับเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศ ที่กล่าวถึงสิทธิของประชาชนในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยื้อชีวิต โดยในมาตราที่ 12 ได้กำหนดไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง” (เต็มศักดิ์ พิงรัศมี, 2556) แม้ พรบ. จะออกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 และกฎกระทรวงได้ประกาศใช้เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 แล้วก็ตาม แต่การทำหนังสือเจตนา (Living will) นั้นยังไม่เป็นที่ยอมรับกันมากนัก ทั้งนี้อาจจะเกิดจากความเชื่อของคนไทยที่เห็นว่าการ

ทำดังกล่าวจะเสมือนเป็นกลางร้าย รวมถึงความเข้าใจผิดที่ว่าเมื่อทำหนังสือแสดงเจตนาแล้ว หากไม่สบายหรือเข้าโรงพยาบาลแล้วแพทย์จะไม่ยอมรักษาให้ ซึ่งจริง ๆ แล้ว การปฏิเสธการรักษาเกิดจากฝ่ายคนไข้ ไม่ใช่แพทย์ และการยกเลิกหนังสือแสดงเจตนา ก็กระทำได้อย่างง่ายดาย รวมถึงความเชื่อ มุมมองต่อการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการรณฆาตหรือทำให้ตายโดยเจตนา โดยทัศนคตินี้ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการปฏิเสธความตาย หรือกลัวความผิดพลาด รวมถึงความเชื่อของผู้ป่วย มะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ว่าผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวดและการใช้ยามอร์ฟินระงับปวด เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์, 2557; สุปรียา ชัยพัฒนาการ และคณะ, 2556)

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศที่สำคัญ คือ การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะ ระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559 เอกสารมติในการประชุม ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต และคุณภาพการตาย หรือตายดี เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตเช่นกัน การส่งเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิตจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ การดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วย การดูแลทางการแพทย์ การเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณ จะมีส่วนสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ยังตระหนักว่าคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม ยังมีส่วนในการลดภาระค่าใช้จ่ายโดยรวม โดยมีมติสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในสถานพยาบาล สถานพยาบาลกึ่งบ้าน และชุมชน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการดูแลแบบประคับประคอง ให้มีความสำคัญกับการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลแบบประคับประคอง ให้มีความสำคัญเกี่ยวกับองค์ความรู้ จัดทำแนวปฏิบัติ รวมทั้งพัฒนาบุคคลในระบบการดูแลแบบประคับประคอง (เอกสารสมัชชาสุขภาพ, 2556)

นโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดย ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ที่ได้ประกาศไว้เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2557 ในหัวข้อ เร่งรัดการดำเนินการระบบสร้างสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ให้มีการพัฒนา Palliative Care unit ขึ้นในโรงพยาบาลของกรม/รพศ./รพท. ทุกแห่งโดยมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมอย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานเต็มเวลา (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย เพื่อให้บริการที่เข้าถึงประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งจะมีผลต่อการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศอย่างเหมาะสม (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2557) ในปัจจุบัน โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ได้จัดบริการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่แพทย์วินิจฉัยและคาดการณ์ว่าน่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 6 เดือน มีหออภิบาลผู้ป่วยอภิบาลคุณภาพชีวิตให้บริการ (Quality of life care unit) จำนวน 10 ห้อง ตั้งขึ้นเพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักให้พร้อมกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยจะรับผู้ป่วยไว้ดูแลระยะแรก 2 สัปดาห์ เพื่อรักษาระงับความปวด ฝึกสอนให้ญาติผู้ดูแลหลัก มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ส่วนนโยบายการดูแลแบบประคับประคองในระดับนานาชาติจากการประชุมของ World Health Assembly ในปี ค.ศ. 2014



WHO (World Health Organization) ได้สนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ ดำเนินการด้าน Palliative care ดังนี้ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2557)

1. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลแบบประคับประคอง และดำเนินการโดยกำหนดเป็นนโยบายที่ให้การสนับสนุนระบบสุขภาพ ที่นำหลักฐานเชิงประจักษ์ ความคุ้มค่าของบริการ การเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมของการดูแลแบบประคับประคอง และให้บริการอย่างต่อเนื่องในทุกระดับการดูแลโดยเน้นการดูแลแบบปฐมภูมิ การดูแลที่บ้าน และครอบคลุมประชากรทั้งหมด

2. ให้มั่นใจว่ามีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน การสนับสนุนด้านบุคลากรในระดับที่เหมาะสมเพื่อขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองในทุกด้าน ตั้งแต่นโยบาย การพัฒนาฝึกอบรมบุคลากร การพัฒนาคุณภาพ และการสนับสนุนให้สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นในการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการ

3. ให้บริการการดูแลขั้นพื้นฐานโดยผ่านความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน ในการให้การดูแลครอบครัวและจิตอาสาในชุมชน และผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ภายใต้การควบคุมของบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว

4. ตั้งเป้าหมายให้การดูแลแบบประคับประคอง เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของการศึกษา ต่อเนื่องแก่ผู้ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยตามบทบาท และความรับผิดชอบ

5. มีการประเมินความต้องการเฉพาะภายในท้องที่ รวมถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวดที่บ้านและยาที่จำเป็น ให้มั่นใจว่ามีอย่างต่อเนื่องไม่ขาดแคลน

6. มีการทบทวนและปรับปรุงนโยบายและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาควบคุม โดยอ้าง WHO policy guidance เพื่อให้มีมาตรการการใช้ยาและเข้าถึงยาระงับปวด และยึดตาม United Nations international drug control conventions

7. มีการปรับปรุงยาบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัยโดยยึดการเพิ่มเติมล่าสุดของ WHO ซึ่งมีการเพิ่มยาด้านระงับปวดและยาที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลแบบประคับประคองเข้าใน WHO Model list of essential medicines และ WHO Model list of essential medicines for children

8. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐบาลและภาคส่วนประชาสังคม รวมถึงองค์กรผู้ป่วยต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดบริการการดูแลแบบประคับประคอง แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการนี้

9. ดำเนินการและติดตามกิจกรรมต่าง ๆ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ตาม WHO's global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020

แนวทางในการพัฒนางานการดูแลแบบประคับประคองเชิงระบบ ตามกรอบของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553 ว่าควรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก (จารุภา สุพรรณสถิตย์, 2556) ดังนี้

1. มีนโยบายที่เหมาะสม งานการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ควรเป็นนโยบายระดับชาติ เพื่อให้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนงาน มีหลักการการดูแลผู้ป่วย การเบิกจ่ายเงินสำหรับค่าใช้จ่ายการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้ควรมีกำหนดนโยบายในเรื่องการใช้จ่ายกลุ่มโอปิออยด์และการนำยาอื่น ๆ ที่จำเป็นมาใช้ในงานการดูแลแบบประคับประคอง

2. มีการอบรมและศึกษา ควรเริ่มจากการหาผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ ความสามารถในการทำงาน และถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อวางแผนเรื่องการเขียนหลักสูตร ซึ่งควรมีการอบรม ทั้งสำหรับบุคลากรสายสุขภาพ และประชาชนให้มีทัศนคติที่ดี รวมทั้งมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

3. มียาตามความต้องการ ควรมีการวางแผนเรื่องหน่วยงานและคนที่รับผิดชอบเรื่องยาที่จำเป็นต้องใช้ในงานการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้แก่ ยา morphine ที่ออกฤทธิ์เร็ว ถือเป็นยาที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรกที่ควรมี และควรมีเกณฑ์เพื่อควบคุมการใ้ยา morphine อย่างเหมาะสมร่วมด้วย

4. มีการพัฒนางานทุกระดับ ควรมีการวางแผนงานเพื่อพัฒนางานการดูแลแบบประคับประคองมาจากหลายภาคส่วน เช่น ผู้นำในชุมชนและผู้นำทางการแพทย์ เพื่อให้มีการประสานกันและวางแผนกันในการทำงาน ผู้นำในชุมชนมีความสำคัญในการผลักดันให้คนในชุมชนเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะทำให้งานการดูแลแบบประคับประคองดำเนินไปได้ในระยะยาว

## 6. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ เนื่องด้วยวิธีวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายสำคัญคือ เพื่อให้เกิดความรู้ที่จะประยุกต์แก้ปัญหาในสภาพจริง (รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของอาคารเย็นศิระ) ซึ่งแตกต่างจากวิจัยเชิงปริมาณที่นำความรู้ที่สรุปอ้างอิงสู่กลุ่มประชากรได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีสาระสำคัญอยู่ที่การแสวงหาความจริงจากการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายในการปรับปรุงการปฏิบัติงาน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดการวิจัยระดับความเข้าใจร่วมกัน (Mutual Collaboration Action Research) โดยผู้วิจัยมีแนวคิดหรือปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อน อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานหลายฝ่าย นักวิจัยและผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ทำงานร่วมกันในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และร่วมกำหนดแนวทางที่จะเป็นไปได้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญห (ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล, 2556)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การสำรวจปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผลของการปฏิบัติ (Observe) แล้วสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการสำคัญในวงจรปฏิบัติการนี้คือ เกลียวของการสะท้อนผล (Reflective spirals) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่แสดงการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จุดเด่นตามแนวคิดของ Kemmis คือ รูปแบบการวิจัยที่ออกแบบมาเพื่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยตรงภายในหน่วยงาน ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (วรรณดี สุทธินรากร, 2556) แนวคิดหลักคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการดำเนินการวิจัยที่มีความเป็น

ประชาธิปไตย สร้างความรู้จากการปฏิบัติ ทำให้ผู้ด้อยโอกาสในสังคมมีพลังอำนาจ มีศักยภาพในการควบคุมตนเอง ชุมชน และสังคม สามารถปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง ชุมชน/องค์กร สังคมให้ดีขึ้น (เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, 2556)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นเมื่อปลายปี ค.ศ. 1940 โดย Collier (1945) เป็นคนแรกที่มีแนวคิดในการรวมทีมวิจัยที่ประกอบด้วยนักวิจัย นักบริหาร และประชาชนในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของเชื้อชาติ และ Kurt Lewin (1946) ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคนงาน ซึ่ง Kurt Lewin ได้ชื่อว่า เป็นบิดาแห่งวิจัยเชิงปฏิบัติการ เขาเป็นนักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมันเชื้อสายยิวที่อพยพถิ่นฐานเข้ามาพำนักในประเทศสหรัฐอเมริกา Kurt Lewin กล่าวไว้ว่า Action research เป็นวิจัยเปรียบเทียบสภาพ และผลที่ได้รับจากการกระทำทางสังคมและงานวิจัยนำไปสู่การกระทำทางสังคม การวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำไปใช้ในหลายสาขา เช่น การจัดการ สังคมวิทยา การดูแลสุขภาพ และอื่น ๆ (สมปอง พะมุลิตา, ม.ป.ป)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพ มีประโยชน์อย่างมากในงานด้านการพยาบาลและการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารพบว่า งานวิจัยเชิงปฏิบัติการในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีจุดประสงค์เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพ พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับ Palliative Care การศึกษาของ Mary Lou Kelly et al. (2015) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ Long term care homes (LTC) ในประเทศแคนาดาที่มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ การศึกษาของ Margarete Ramgard et al. (2015) ใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม Participatory action research (PAR) เพื่อปรับปรุงการวางแผนสุขภาพของทีมสุขภาพในประเทศสวีเดนเนื่องจากความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย ที่มีพื้นฐานจากความหลากหลายทางวัฒนธรรมและค่านิยม และงานวิจัยของ Elisabeth (2011) ใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการเพื่อ การพัฒนาการทักษะสร้างความสัมพันธ์ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลในประเทศสวีเดน

วิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นตัวแทนของการวางกันต่อ Positivist และสามารถสะท้อนสิ่งที่ปฏิบัติเพื่อการพัฒนาการและสร้างทฤษฎีจากการปฏิบัติ เป็นเครื่องมือของนักปฏิบัติ ความรู้ที่ได้เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิตเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้กับพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ (Hard and Bond, 1995) วิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการสร้างความรู้จากการปฏิบัติเพื่อ ช่วยยกระดับการดูแลและการบริการ ของบุคลากรด้านสุขภาพ มีแนวทาง (Guideline) สำหรับการดูแลให้การพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยและจำเป็นสำหรับสังคมสุขภาพ ทำให้กล้าตัดสินใจยอมรับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้สถานการณ์สำหรับผู้รับบริการและผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ปฏิบัติก็เกิดแสงสว่างในตนเองผ่านการสะท้อนสถานการณ์ในพื้นที่และความพึงพอใจของบุคคล (สมปอง พะมุลิตา, ม.ป.ป)

Lewin ได้กล่าวถึงความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติ (วรรณดี สุทธิธินรากร, 2556) มี 3 ระดับ คือ

1. ความรู้ใหม่ที่เกิดจากความเข้าใจ (Cognitive structure) ทำให้บุคคลสามารถมองเห็นโลกและสังคมตามสภาพที่เป็นจริง รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ และยังหมายถึงความเป็นจริงของ

ตัวบุคคล แนวคิด ความเชื่อ และความหวัง สิ่งเหล่านี้จะทำให้คนมองเห็นประเด็นปัญหาขององค์กร รวมทั้งโอกาสที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา

2. ความรู้ที่อยู่ในระดับคุณค่า (Valence and value) ความรู้ชนิดนี้เป็นความรู้ที่ยกระดับ จากความรู้ชนิดที่ 1 ไปสู่คุณค่าใหม่ที่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานกลุ่ม คุณค่าใหม่นี้ จะพอเหมาะกับความต้องการของบุคคลและความต้องการขององค์กร

3. ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ (Motoric action) เป็นทักษะความสามารถของบุคคลซึ่งมีพลัง ต่อการขับเคลื่อนหรือควบคุมทางสังคมและสภาพแวดล้อม ซึ่งนำไปสู่หนทางใหม่ในการเปลี่ยนแปลง ตามทิศทางที่ต้องการ

### 6.1 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and Mc Taggart

Kemmis and Mc Taggart.(1982) ชาวออสเตรเลีย ได้เสนอกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีรูปแบบวงจรการปฏิบัติการ ที่เป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือการสำรวจปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผลของการปฏิบัติ (Observe) แล้วสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) เมื่อครบวงจรหนึ่งๆจะพิจารณาปรับปรุงแผน (Replanning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ศึกษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ Kemmis and Mc Taggart มีความเห็นว่า วิธีการปฏิบัติที่จะถือได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นจะต้องมีความร่วมมือ (Mutual Collaboration) (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, ม.ป.ป.)

Kemmis and Mc Taggart (1982) ได้กล่าวถึงสาระสำคัญของรูปแบบงานวิจัยเชิงปฏิบัติไว้ ดังนี้ (วรรณดี สุทธิสาร, 2556)

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ใช่แค่การสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้น แต่เป็นสิ่งที่ต้องทำให้เกิดการปฏิบัติ  
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีเป้าหมาย 2 ประการคือ การแก้ปัญหา และสร้างศาสตร์ ซึ่งแสดงถึงการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือปฏิสัมพันธ์ของความร่วมมือระหว่างนักวิจัยและสมาชิกกลุ่ม ต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลใหม่ๆ สมาชิกในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องมีสภาพเป็นนักวิจัยร่วม (Co-researcher) เป็นเสมือนนักวิจัยที่ต้องทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาและสร้างองค์ความรู้

4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความเข้าใจที่เป็นองค์รวม (Holistic understanding) ในระหว่างการดำเนินโครงการและการรับรู้ที่ซับซ้อนในองค์กรอย่างมีพลวัต และมีเทคนิคในทางสังคม ผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีมุมมองที่กว้างในการมองดูระบบงาน สามารถเคลื่อนตัวในโครงสร้างที่เป็นทางการและระบบย่อยที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นเรื่องทางเทคนิค การทำงานกับระบบองค์กรต้องการบุคคลที่สามารถทำงานในองค์กรได้อย่างมีพลวัตท่ามกลางความซับซ้อน (Seng, 1990).

5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีพื้นฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง โดยการประยุกต์ใช้กับความรู้ในการวางแผน เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล องค์กรและชุมชน

6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ต้องเข้าใจถึงกรอบคุณธรรม ค่านิยม และปทัสถานทางสังคมของกลุ่ม นักวิจัยต้องสามารถอธิบายจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยและสมาชิก จึงจะสามารถเข้าใจกระบวนการและลงมือปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

7. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายชนิด นักวิจัยไม่ขัดขวางการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นแบบเดิม (เชิงปริมาณ) เครื่องมือใช้ได้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ ซึ่งเครื่องมือทั้ง 2 ชนิดหากนำไปสู่การวางแผนและปฏิบัติถือว่าเป็นเรื่องที่ยอมรับได้

8. การวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องการความเข้าใจในสภาพแวดล้อมขององค์กร รวมทั้งความร่วมมืออย่างกว้างขวางเพื่อสร้างเงื่อนไขในการทำงาน และปฏิบัติการแก้ไขปัญหาในเชิงโครงสร้าง ตลอดจนพลวัตของการทำงาน การถ้อยแถลงที่เข้ากับความเข้าใจของนักวิจัย ซึ่งมีความหมายในการอ้างอิงถึงการนำความรู้ไปใช้ในโครงการวิจัย ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นสัญญาณที่ดีที่จะนำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีฐานราก (Grounded theory) ที่ใช้ให้พอเหมาะกับสภาพการณ์นั้น ๆ

9. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ต้องการความเข้าใจในสถานการณ์จริง ณ เวลานั้น ๆ ดังนั้นการทบทวนความข้อมูลย้อนหลังจึงมีความสำคัญ ขณะเดียวกันการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเสมือนกรณีศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นตัวสอดแทรกในองค์กร รวมทั้งเป็นตัวกระตุ้น (Catalyzer) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ณ สถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งภายใต้ปฏิบัติการของการสร้างการเปลี่ยนแปลงต้องการการสะท้อนผลเพื่อนำไปสู่การสร้างกระบวนการเรียนรู้ในองค์กร (Kleiner and Roth, 1997)

10. กระบวนการทัศน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องการเกณฑ์ (Criteria) ที่นำไปสู่การวัดผล ในเชิงคุณภาพที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขและสถานการณ์ของตนเอง ไม่ใช่การตัดสินด้วยเกณฑ์แบบเดิมที่เน้นการวัดในเชิงปริมาณตามแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism)

## 6.2 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้ แบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง (สมปอง พะมูลิลา, ม.ป.ป) ดังนี้

1. ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical collaborative approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมุติฐานนำก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ปัญหามาก่อนแล้ว ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับ และช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า Tradition Action Research ซึ่งหมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กรทำปฏิบัติการแก้ปัญหา

2. การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach) มีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical-hermeneutic ในลักษณะนี้ ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้างๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับคือ ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อว่า Contextual action research; Action learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเองเป็นผู้ออกแบบโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย

3. การดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อน ถึงปัญหาและวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement approach) มีเป้าหมายคือ ช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไข ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัย ได้มีการคิดถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลหรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรมค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติ ได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (Descriptive and predictive knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น Radical action research ซึ่งมีฐานรากมาจากทฤษฎีวิถุนิยมของ Max มีการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการเคลื่อนไหวทางเสรีภาพ สิทธิสตรี เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน

## 7. ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

### 7.1 ความหมายของโรคมะเร็ง

มะเร็ง (Cancer) มาจากคำว่า “karkinos” ในภาษากรีก แปลว่า “ปู” ทั้งนี้เพื่อให้ชื่อสามารถแสดง การเกิดของมะเร็งซึ่งเกิดขึ้นได้ทุกอวัยวะในร่างกายคล้ายกับปูที่มีชีวิตอยู่ได้ทั้งบนดิน ใต้ดินและในน้ำ ลักษณะของก้อนมะเร็งซึ่งลุกลามจากตำแหน่งที่เกิดรอบ ๆ คล้ายกับปูที่มีขาจำนวนมากเกือบรอบตัว และการแพร่กระจายของมะเร็งที่คล้ายกับปูซึ่งเป็นสัตว์ที่สามารถเคลื่อนตัวไปในทุกทิศทาง (พัสมณต์ คุ่มทวีพร, 2553)

มะเร็งจัดเป็นเนื้องอกชนิดหนึ่ง (neoplasia) หมายถึง กลุ่มเซลล์หรือเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นใหม่อย่างรวดเร็วและต่อเนื่องมากกว่าปกติ โดยไม่มีความสัมพันธ์กับเนื้อเยื่อปกติ รวมทั้งไม่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและรูปร่างให้เหมาะสมกับหน้าที่ที่เฉพาะเจาะจง (undifferentiation) จึงมีลักษณะเช่นเดียวกับเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) และสามารถทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ รวมทั้งสามารถแพร่กระจายไปยังตำแหน่งอื่น ๆ ที่อยู่ห่างจากเซลล์ตั้งต้นได้ (พัสมณต์ คุ่มทวีพร, 2553)

## 7.2 ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกายที่สำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็งคือความปวด ความปวดเป็นอาการที่พบบ่อยและทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระดับและทุกระยะการดำเนินของโรค ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งมีอาการปวดที่รุนแรง ปัจจุบัน ความปวดถูกกำหนดให้เป็นสัญญาณชีพที่ 5 พยาบาลต้องมีการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับการประเมินความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2557; ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส, 2055) สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสรุปได้ดังนี้ (ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส, 2055)

ความปวดจากกระบวนการดำเนินของโรค พบบ่อยถึงร้อยละ 60-90 เช่น การแพร่กระจาย (metastasis) ของมะเร็งไปยังกระดูก ทำให้มีความปวดจากการทำลายเนื้อกระดูก หรือมะเร็งลุกลามโดยตรงไปเนื้อเยื่อรอบ ๆ หรือกระจายลุกลามไปกดเบียดเส้นประสาทหรือไขสันหลัง กดเบียดหลอดเลือดทำให้มีการคั่งของเลือด ทำให้อวัยวะบวมตึง รวมทั้งความปวดที่เกิดจากมะเร็งแทรกเข้าสู่หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง เป็นต้น

ความปวดจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรค พบได้ร้อยละ 10-25 ได้แก่ ความปวดจากการวินิจฉัย เช่น การเจาะหรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ การส่องกล้อง การผ่าตัด ความปวดจากการรักษา เช่น การให้ยาเคมีบำบัด เกิดผลข้างเคียง ทำให้อวัยวะอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ การฉายรังสีรักษาทำให้ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีแตกเป็นแผลและมีน้ำเหลืองซึม คล้ายแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (moist desquamation) ความปวดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น มีแผลกดทับ มีภาวะท้องผูก ปวดไมเกรน เป็นต้น

ความปวดนอกจากจะส่งผลกระทบในด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบในด้านจิตใจด้วยเช่นกัน จากการศึกษาของ H.C.Lie et al (2015) พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโรคซึมเศร้า นอกจากนี้การรับรู้การตายดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งจากการศึกษาของ วัลภา คุณทรงเกียรติ (2556) พบว่าการไม่มีความทุกข์ทรมานจากการปวด เป็นการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความปวด NRS (Numeric Rating Scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงแบ่งเป็นช่องเท่าๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 เป็นเครื่องดำเนินการวิจัย เพื่อใช้ประเมินความปวดของผู้ป่วยระหว่างดำเนินการวิจัย เป็นช่องทางสื่อสารให้กับทีมสุขภาพภายในโรงพยาบาลด้วย และได้ใช้แบบประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSV2) (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2551) เป็นเครื่องดำเนินการวิจัย ซึ่งเครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย มีการแบ่งระดับทั้งหมดเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (70%-100%) ผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนแปลงผ่าน (40%-60%) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0%-30%) ใช้แบบประเมินผู้ป่วย 5 หัวข้อได้แก่ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหารและความรู้สึกตัว เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา ประเมินภาระงานของผู้ดูแลหลัก เช่น ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนประเมินอยู่ที่ 40% ลงไปแสดงว่าผู้ดูแลหลักต้องการการดูแลสภาพจิตใจเพิ่มมากขึ้น และใช้สื่อสารในทีมสุขภาพภายในโรงพยาบาลเพื่อประเมินการพยากรณ์ของโรค

### 7.3 ผลกระทบด้านจิตใจ

ตลอดช่วงระยะเวลาที่เป็นโรค โรคมะเร็งจะทำให้เกิดความวุ่นวายใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ทางสังคมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและวิถีทางที่ผู้ป่วยคิดเกี่ยวกับอนาคต ผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคมะเร็งทุกคนมีความกลัวและเศร้าใจ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีกลุ่มอาการทางจิตเวชโดยเป็นผลมาจากการปรับตัวและปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคมะเร็ง ร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าโดยมีอาการดังต่อไปนี้ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่ายหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตัวเอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554) พฤติกรรมที่น่าเป็นห่วงที่สุดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย จากสถิติทางการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราที่จะฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 2 เท่า มีอัตราสูงในช่วงปีแรกที่เริ่มรู้การวินิจฉัย และในผู้ป่วยที่ไม่มีเจ้าของไข้ประจำหรือไม่ได้มารักษาตามนัด (ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) และนอกจากผู้ป่วยมะเร็งยังมีความรู้สึกกลัวจากความตายแล้วยังรู้สึกมีความหวังจากการรักษาควบคู่กันไป (kendall et al, 2015) ปัญหาทางจิตใจในระยะยาวของผู้ป่วยได้แก่ ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ เนื่องจากยังมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า จากการศึกษาของ Sarah et al. (2006) ผู้ป่วยหญิงที่รอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกยังคงมีอาการด้านลบอยู่และไม่สามารถใช้ชีวิตคนเดียวได้

นอกจากนี้ เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยมักถูกมองข้ามหรือรักษาอย่างไม่เต็มใจ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ โรคมะเร็งซึมเศร้า พบได้ร้อยละ 15-30 ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรักษาสามารถทำได้โดยการให้ยา หรือให้ยาและรักษาร่วมกันในด้านจิตสังคม เช่น การพูดคุยให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด (ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550)

### 7.4 ผลกระทบด้านสังคม

ผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล การศึกษาของ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2557; วารุณี มีเจริญ, 2557; เพ็ญศิริ มรกต, 2556) ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าญาติผู้ดูแลหลักไม่รู้วิธีที่ดูแลตนเองให้เหมาะสม โดยเริ่มมีบทบาทตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ทำหน้าที่ดูแล ตัดสินใจ สนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรค ได้รับผลกระทบด้านลบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลักประสบความเครียดเรื้อรัง ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลหลักโดยตรง โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้สูงอายุและเป็นคู่สมรส

### 7.5 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

ในด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูงไม่ว่าจะเป็นด้านที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับศาสนา ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และให้ความสำคัญกับ



บุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมากที่สุด (พิมพ์ชนิต ภาศรี, 2556; ชนุกร แก้วมณี, 2557) กิจกรรมในด้านศาสนา ไม่ว่าจะเป็นการบวชหรือสวดมนต์ การตักบาตร การสวดมนต์ก่อนนอน การนั่งสมาธิ (สุรีย์ธรรมมิกบวรและคณะ, 2557; อวยพร ภัทรภักดีกุลและคณะ, 2553) การปฏิบัติศาสนกิจ นึกถึงพระเจ้าของศาสนาอิสลาม การสวดมนต์ในศาสนาคริสต์ ล้วนแต่เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ ลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยมะเร็ง (ไหมมูเนาะ คลังซ่อง, 2554; Mahboubeh Rezaei, 2008; Kevin J. Denny, 2011) หรือแม้แต่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ภาวิณี ศรีสันต์, 2556) จากการศึกษาของ Tantitakul.W, (2009) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ อบรมศาสนาวัตค้ำประมงมีความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามากกว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ศูนย์มหาวิทราชลกรณธ์ธัญบุรี สอดคล้องกับงานวิจัยของไหมมูเนาะ คลังซ่อง (2554) พบว่าการปฏิบัติศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้น และการที่สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณจากทีมสุขภาพทำให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกเชิงบวก (สุพัตรา อุปนิสากร, 2555)

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

ปัจจุบันมีสถานบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองถึง 16,000 แห่งทั่วโลก (Gomes et al, 2015) ในงานวิจัยของ Riffin et al. (2015) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบต่องานวิจัยด้าน Palliative care ในช่วงตั้งแต่ปี 2005-2012 พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลหลัก และมุมมองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นงานวิจัยที่มีผู้ศึกษามากที่สุด การศึกษางาน Palliative ในด้านวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย สภาพอารมณ์และจิตใจผู้ป่วย จิตวิญญาณและการดำรงอยู่ การศึกษาและฝึกอบรมความรู้การให้บริการ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เป็นงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาเป็นสัดส่วนรองลงมา

จากการศึกษาของ May et al. (2015); Gunjur (2015) พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เริ่มต้นช่วงแรกหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยลดลง 14-24% จากการรักษาตามปกติ ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และยังช่วยลดภาระของโรงพยาบาลเรื่องค่ายาและค่าปฏิบัติการด้วย ผู้ดูแลหลักมีภาระการดูแลลดลง ความซึมเศร้าและความเครียดลดลงเมื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัย (Nicholas.J. et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2557) พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 10,646-231,167 บาท และส่วนใหญ่เป็นค่าเดินทางจากการศึกษาของ หน่วยการดูแลรักษา (Palliative Care Unit) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น พบว่าในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสามารถลดค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการต่าง ๆ โดยเฉพาะการใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 16,669 บาทต่อการรักษาในโรงพยาบาลต่อคน ทั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งคาดว่าถ้ามีการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ช่วงแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่านี้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดูแลแบบประคับประคอง มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาของ Mary Lou Kelly และคณะ (2015) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Long term care homes (LTC) ในประเทศแคนาดาเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ การศึกษาของ Margarete Ramgard และคณะ (2015) ใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อปรับปรุงการวางแผนสุขภาพของทีมสุขภาพในประเทศสวีเดน เนื่องจากความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและค่านิยม และงานวิจัยของ Elisabeth (2011) ใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการทักษะสร้างความสัมพันธ์ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลในประเทศสวีเดน

ส่วนวิจัยเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยนั้น เป็นการจัดรูปแบบการดำเนินงานให้หอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบ Hospice care เหมือนในต่างประเทศ การวิจัยส่วนใหญ่จึงเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่จัดทำขึ้นเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการดูแลที่ครอบคลุม รวมถึงพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากการศึกษาวิจัยของสิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ (2552) เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน (Mutual Collaboration Action Research) เพื่อพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความต้องการในการดูแลสุขภาพที่เหมือนกันและแตกต่างกันในแต่ละระยะของการรับรู้ตามวิถีเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็น 4 ระยะคือ ระยะรับรู้ว่ามีหวัง ระยะรับรู้อาจหมดหวัง ระยะรับรู้ที่ใกล้ตาย และระยะรับรู้ว่าหลุดพ้นความทุกข์ เป็นประเด็นขึ้นนำการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาของ ดวงใจ ฆารประเดิม (2554) ได้ศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติส่วนใหญ่ใช้ได้จริง เนื่องจากงานบางอย่างเป็นงานที่ทำเป็นประจำ แนวปฏิบัติการพยาบาลมีขั้นตอนที่ชัดเจน ทำให้สะดวกต่อการนำไปใช้ ส่วนการศึกษาของ สมพร เทพสุรียานนท์ และคณะ (2556); อัญชลี วิเศษสุนศิลป์ และคณะ (2556) ใช้พื้นที่ศึกษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นการวิจัย การวิจัยปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน พบว่าการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่อง ตั้งแต่แพทย์ลงความเป็นว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองจนถึงหลังสูญเสีย พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระบบมาก พยาบาลผู้ให้บริการมีความสามารถในการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองในระดับดี การศึกษาของ จารุกา สุพรรณสถิตย์ (2556) ที่ได้พัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติที่ได้ทดลองใช้ สามารถนำไปใช้ได้จริง มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้น ส่วนใหญ่จะทำขึ้นในหอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลโดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ

การศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านของ ฐิติมาโพธิศรี(2550) การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Protocol) มีรูปแบบที่ชัดเจน เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากเมื่อมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลที่บ้านสามารถทำได้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ส่วนผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ มีบางประเด็นที่ไม่เห็นด้วยเนื่องจากเป็นการเพิ่มภาระงาน ส่วนการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดูแลแบบประคับประคองสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ครอบครัวผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจในบริการ พยาบาลในหอผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการดูแลและมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (ศุภลักษณ์ เอกอุเวกุล, 2556; วรรณภรณ์ พัฒนิบูลย์ และคณะ, 2556; ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ, 2555)

จะเห็นว่าการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบระดับความเข้าใจร่วมกัน เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการดีขึ้น อย่างไรก็ตามระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง ยังต้องการการศึกษาวิจัยเชิงระบบอีกมาก เช่น คุณลักษณะการตายดีในบริบทของสังคมไทย การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการตายดีและการดูแลแบบประคับประคอง รูปแบบการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่และบริบทในสังคมไทย รูปแบบการจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน การประเมินเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการบริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและชุมชน การประเมินต้นทุนประสิทธิผลในการดูแลแบบประคับประคองที่สถานพยาบาลและที่บ้าน กฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ รวมถึงการประยุกต์แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกที่ได้ผลในการดูแลแบบประคับประคองในแง่มุมต่าง ๆ (อุกฤษฏ์ มิตินาทูร และ จเด็จ ธรรมธัชอารี, 2557)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่พัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่มารับการรักษาโดยการฉายรังสี ที่พักพิงในอาคารเย็นศิระ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากงานวิจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้น คือ ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่ได้พักในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ไม่มีพยาบาลประจำดูแล มีแต่เพียงเจ้าหน้าที่ประจำอาคารดูแลจำนวน 4 คน ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและความเชื่อ เดินทางมารับการรักษาโรคมะเร็งและต้องพักอาศัยอยู่ด้วยกัน ดังนั้นการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ จึงเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่มีความต้องการ การดูแลที่เป็นองค์รวมสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่มาพัก ที่อาคารเย็นศิระซึ่งจะส่งผลให้มีการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่มาใช้บริการที่อาคารเย็นศิระ ในบริบทที่ศึกษา โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual Collaborative Approach) ในรูปแบบการศึกษาและพัฒนา (Research and Development) ในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

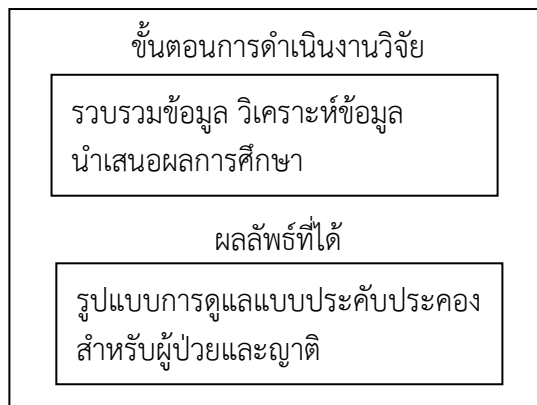
#### ระเบียบวิธีวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและศึกษาระบบการดำเนินงานของอาคารเย็นศิระ ได้สะท้อนถึงความต้องการของผู้ใช้บริการที่ต้องการการดูแลแบบองค์รวมมีความต่อเนื่องของการดูแล และสามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างครอบคลุม จึงเป็นคำถามในการศึกษาระบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาประกอบด้วย รูปแบบดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระเป็นอย่างไร

ในการศึกษาเพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน ในรูปแบบการศึกษาและพัฒนาในการดำเนินการวิจัย ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ พัฒนาศักยภาพของทีมเจ้าหน้าที่ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ผสมผสานความรู้ จากนักวิชาการหรือนักวิจัย และความรู้ของคนในพื้นที่ (local knowledge) (เกษราวัลณ์ นิลวรารังกูร, 2556) เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ในการให้บริการ เกิดความความรักความเมตตาต่อกัน และมีความยั่งยืน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มี กลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาโดยการฉายรังสีและญาติผู้ดูแลหลัก 2) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับอาคารเย็นศิระ โดยผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักรู้ถึงสภาพปัญหา นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ภายในสถานการณ์จริงที่ศึกษา ตลอดจนวางแผนการปรับปรุงเพื่อนำสู่การปฏิบัติตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จนกว่าจะได้รูปแบบที่เหมาะสมสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการ โดยแบ่งระยะการดำเนินโครงการออกเป็น 3 ระยะ ดังแสดงในภาพที่ 3

### ระยะที่ 1 ขั้นการพัฒนาแบบการดูแลแบบประคับประคอง



### เครื่องมือและกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

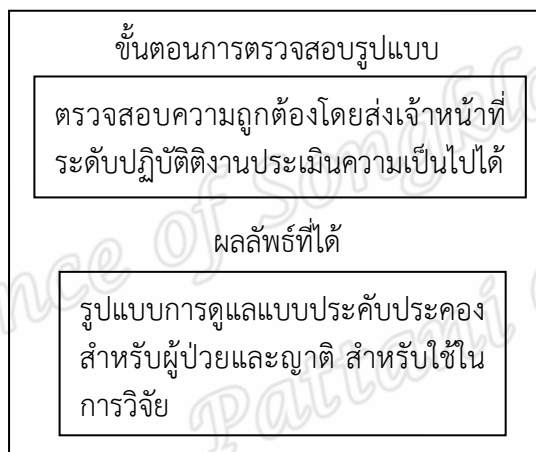
#### กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มผู้รับบริการ 20 ราย  
กลุ่มผู้ให้บริการ 3 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

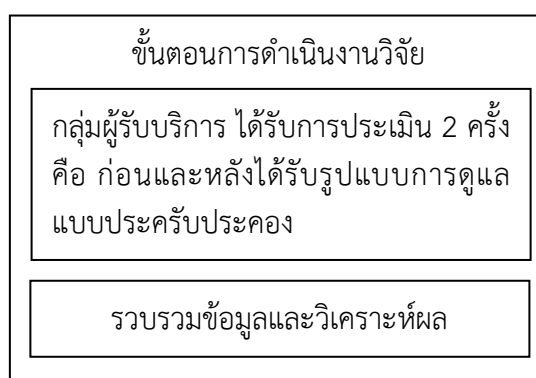
### ระยะที่ 2 ขั้นการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง



#### เครื่องมือ

ประเมินคุณภาพรูปแบบการดูแล  
แบบประคับประคอง ตามกรอบ  
มาตรฐานการประเมิน

### ระยะที่ 3 ขั้นนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองไปทดลองใช้



#### กลุ่มเป้าหมาย

ผู้รับบริการ 29 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- แบบประเมินสุขภาพจิต (Thai-GHQ-28)
- แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOLL-BREF-THAI)

ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

## ระยะแรก ขั้นการพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

กลุ่มเป้าหมาย มีจำนวนทั้งสิ้น 23 คน โดยทำการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Selection) ยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก ประชากรวิจัยได้แก่ผู้ป่วยและญาติที่เข้าพักอาคารเย็นศิระ จำนวน 450 กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็นผู้รับบริการและผู้ให้บริการดังนี้

### 1. กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย

1.1 ผู้ป่วย จำนวน 10 คน โดยกำหนดคุณลักษณะกลุ่มเป้าหมายดังนี้ มารับบริการพักอาศัยที่อาคารเย็นศิระ เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งอวัยวะต่าง ๆ ทั้งเพศชายและหญิง เป็นผู้ป่วยนอก และมารับการรักษาด้วยการฉายรังสี (ทำการรักษาด้วยการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว หรือทำการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด หรือการฉายรังสีร่วมกับการใส่แร่) ตามคำวินิจฉัยของแพทย์ มีความรู้สึกตัว สามารถสื่อสารได้ และรับทราบผลการวินิจฉัยของโรค

1.2 ญาติผู้ดูแลหลัก จำนวน 10 คน โดยกำหนดคุณลักษณะกลุ่มเป้าหมายดังนี้ เป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยต้องพักอาศัยอยู่ที่อาคารเย็นศิระเพื่อรักษาโรคมะเร็งด้วยการฉายรังสี เป็นสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บุตร พี่น้อง ญาติ หรือผู้ที่สมาชิกครอบครัวจัดหามาให้ดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยระหว่างพักที่อาคารเย็นศิระไม่น้อยกว่า 3 วัน

### 2. กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่อาคารเย็นศิระ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่บริการ 2 คนเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลความเรียบร้อยของอาคาร ลงทะเบียนผู้เข้าพัก จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องนุ่งห่ม จัดเตรียมอาหารเหลวสำหรับผู้ป่วยที่รับอาหารทางสายยาง ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ทำหน้าที่ช่วยเหลือและให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในการทำความสะอาดแผลผู้ป่วย

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ สิทธิการรักษา

- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการดูแลขณะที่พักอาคารเย็นศิระ

3.2 แบบบันทึกการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลหลักเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว ความสำคัญของผู้ป่วยต่อสมาชิกครอบครัว และชุมชน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เหตุผลที่ได้มาดูแลผู้ป่วย

- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการดูแลขณะที่พักอาคารเย็นศิระ

3.3 แบบบันทึกการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับเจ้าหน้าที่ประจำอาคารเย็นศิระ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ตำแหน่ง หน้าที่
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่อาคารเย็นศิระ ประเด็นคำถามได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงานที่อาคารเย็นศิระ ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง และความต้องการพัฒนาสภาพการให้บริการของอาคารเย็นศิระ

#### 4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ ดังนี้ เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมของภาษา โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านดังนี้

- นายแพทย์เอ็มนัสรี มินทรศักดิ์ แพทย์แผนกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี
- คุณกาวดาวศรี ตูลาธรรมกิจ พยาบาลสังกัดหน่วยรังสีรักษาและมะเร็งรักษา ภาควิชา รังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีประสบการณ์ในความรู้การดูแลแบบประคับประคอง มีผลงานการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงบทความทางวิชาการ หนังสือ และเป็นวิทยากรที่ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เป็นระยะเวลา 10 กว่าปี
- ผศ.ดร.อาทิตย ลาเต๊ะ ผู้เชี่ยวชาญในการวัด ประเมินผล สังกัดภาควิชาวัดและประเมินผลทางการศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

#### 5. การเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เริ่มต้นจาก วันที่ 20 พฤษภาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2557 ผู้วิจัยได้ฝึกประสบการณ์วิชาชีพ Internship ในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา โดยการฝึกประสบการณ์ทั้งแบบรายกลุ่มและแบบรายบุคคล ให้ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลหลักที่มาใช้บริการที่อาคารเย็นศิระ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มาทำการรักษาโดยการฉายรังสีทำให้ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการทำงานกับทีมเจ้าหน้าที่ประจำอาคารเย็นศิระ ประชุม พูดคุยกับหน่วยสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลอาคารเย็นศิระโดยตรง ๖ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอาคารเย็นศิระ ตลอดจนร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นที่อาคารเย็นศิระ ทำให้ผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมเจ้าหน้าที่อาคารและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้หลังจากจบระยะเวลาการฝึกงานงาน ผู้วิจัยยังไปเยี่ยมและพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลหลัก ทีมเจ้าหน้าที่ประจำอาคารอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาในช่วงปีที่ผ่านมา

5.2 การเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้วิจัยได้มีโอกาสเข้าร่วมอบรมด้านวิชาการ และเข้าร่วมทดสอบหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

- เข้าร่วมอบรม เรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จัดขึ้นโดย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในเดือนกรกฎาคม 2558

- เข้าร่วมอบรม เรื่อง ทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กในแนวทางชีวะพันธุศาสตร์ ในวันที่ 13-14 พฤศจิกายน 2557

- เข้าร่วมกิจกรรม “เยี่ยมเยียนผู้เยี่ยม” จัดขึ้นที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2558

- เข้าร่วมอบรมและผ่านการทดสอบหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ “Human Research Participated Protection Course” ระหว่างวันที่ 30-31 มกราคม 2559 ณ ห้องประชุมคณะต่อคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

- เข้าร่วมอบรมและผ่านการทดสอบหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ “Human Subject Protection Course” ระหว่างวันที่ 22-23 กันยายน 2559 ณ ห้องเกษม ลิ้มวงศ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

- เข้าร่วมและผ่านการอบรม เรื่อง ทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กในแนวชีวะพันธุศาสตร์ Pediatric palliative care ครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 17-18 พฤศจิกายน 2559 ณ ห้องอติเรก ณ กลางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

5.3 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอรับพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี หมายเลข REC Number: psu.pn.2-040/60 สามารถเริ่มโครงการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 22 พฤษภาคม 2560 ถึง วันที่ 22 พฤษภาคม 2561 มีระยะเวลาในการดำเนินโครงการ 1 ปี

5.4 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยจากคณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าแผนกสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการและขออนุญาตเก็บข้อมูลที่อาคารเย็นศิริ

5.5 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าหน่วยสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (เป็นหน่วยงานโดยตรงที่ดูแลอาคารเย็นศิริ) เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## 6. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 พบกลุ่มเป้าหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประสานงานขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำอาคารเย็นศิริ

6.2 แนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลักเจ้าหน้าที่อาคาร) โดยมีการอธิบายให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงวัตถุประสงค์ในงานวิจัย ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย สิทธิของกลุ่มเป้าหมายและการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล

6.3 เมื่อกลุ่มเป้าหมายยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบายแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ ขออนุญาตจัดบันทึกข้อมูล (จัดบันทึก อัดเสียงสนทนา) โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้รับบริการและผู้ให้บริการ



6.4 สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับบริการ (ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี) จำนวน 10 คน ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ให้กับผู้ป่วยทราบทุกรายบทสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับบริการที่อาคารเย็นศิระ ในขณะที่สัมภาษณ์ยึดแนวคิดทฤษฎีด้านจิตวิทยาภายใต้บรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ไม่มีการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะใช้ห้องประชุมของอาคารเย็นศิระสำหรับพูดคุย) ใช้เวลา 40-60 นาที โดยดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2560 ถึง 31 ตุลาคม 2560 ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.5 สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับบริการ (ญาติผู้ดูแลหลัก) จำนวน 10 คน ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ให้กับผู้ดูแลหลักได้ทราบทุกรายบทสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วนเช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยมะเร็ง การสัมภาษณ์ในกรณีที่ผู้ดูแลหลักสามารถปลีกตัวออกมาได้ ขณะที่ผู้ป่วยพักผ่อน จะใช้ห้องประชุมของอาคารเย็นศิระสำหรับพูดคุย ใช้เวลา 40-60 นาที โดยดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2560 ถึง 31 ตุลาคม 2560 ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.6 สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่ประจำอาคาร) จำนวน 3 คน ก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ บทสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่อาคารเย็นศิระ โดยขณะสัมภาษณ์ ใช้แนวคิดทฤษฎีด้านจิตวิทยา ภายใต้บรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ไม่มีการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (ใช้ห้องประชุมของอาคารเย็นศิระสำหรับพูดคุย) ใช้เวลา 40-60 นาที ดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2560 ถึง 31 ตุลาคม 2560 ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลแล้วและนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง และนำกลับมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

6.8 ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือก่อนนำมาวิเคราะห์ โดยดูจากความตรงสมบูรณ์กับเนื้อหา และวัตถุประสงค์การวิจัย

## 7. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ กำหนดรหัสของผู้ให้ข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ในแต่ละประเด็นมาเปรียบเทียบตามกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่ม การวิเคราะห์เนื้อหาแบ่งเป็นประเด็นสภาพการดูแลขณะที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักพักอยู่ในอาคารเย็นศิระ และแนวทางการให้การดูแลแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่อาคารเย็นศิระ

## ระยะที่สองขั้นการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

ตรวจสอบความถูกต้องของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานจำนวน 3 คน ประเมินถึงความเป็นไปได้ในการใช้คู่มือการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับการนำไปใช้ในอาคารเย็นศิระ โดยใช้กรอบมาตรฐานการประเมิน (Evaluation Standards) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอรรถประโยชน์ (Utility) หมายถึง ประโยชน์ที่ได้รับจากรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน (Stakeholder Identification) ในงานวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย (Evaluator Credibility) คือ มีการให้ข้อมูลการโครงการทั้งรูปแบบการดูแลและขั้นตอนการดำเนินการ (Information Scope and Selection) ที่ชัดเจนให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก รวมถึงการแสดงถึงผลกระทบ (Evaluation Impact) ที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการดำเนินการ

2. ด้านความเหมาะสม (Feasibility) หมายถึง ความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง คือ มีขั้นตอนปฏิบัติ (Practical Procedures) และระบุค่าใช้จ่าย (Cost Effectiveness) ในระหว่างดำเนินการวิจัยที่ชัดเจน

3. ด้านความถูกต้อง (Propriety) หมายถึง ความถูกต้องของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองดำเนินการภายใต้จริยธรรมการวิจัยที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก กำหนดข้อตกลงอย่างเป็นทางการ (Formal Agreement) ยึดหลักเคารพสิทธิของมนุษย์ (Rights of Human Subjects) อธิบายขอบเขตการเปิดเผยผลการวิจัย (Disclosure of Findings)

4. ด้านความเที่ยงตรง (Accuracy) หมายถึง ความถูกต้องของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีเอกสารการดำเนินโครงการที่ชัดเจน (Program Documentation) มีวัตถุประสงค์และขั้นตอนที่อธิบายได้ (Described Purposes and Procedures) โดยข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง (Valid Information) และเชื่อถือได้ (Reliable Information)

## ระยะที่สามขั้นนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองไปใช้

กลุ่มเป้าหมาย มีจำนวนทั้งสิ้น 29 คน โดยทำการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Selection) ยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก ประชากรวิจัยได้แก่ผู้ป่วยและญาติที่เข้าพักอาคารเย็นศิระ จำนวน 450 คน กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็นผู้รับบริการและผู้ให้บริการดังนี้ แบ่งเป็นผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก

### 1. กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย

1.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 14 คน โดยกำหนดคุณลักษณะกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งอวัยวะต่าง ๆ ทุกระยะ ทั้งเพศชายและหญิง เป็นผู้ป่วยนอก และมารับการรักษาต่อเนื่องด้วยการฉายรังสี (ทำการรักษาด้วยการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว หรือทำการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด หรือการฉายรังสีร่วมกับการใส่แร่) ตามคำ

วินิจฉัยของแพทย์ รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ และรับทราบผลการวินิจฉัยของโรค มารับบริการพักที่อาคารเย็นศิระ ไม่น้อยกว่า 3 วัน

1.2 ญาติผู้ดูแลหลัก จำนวน 15 คน โดยคุณลักษณะกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ เป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างที่ผู้ป่วยต้องพักอาศัยที่อาคารเย็นศิระ เพื่อรักษาโรคมะเร็งด้วยการฉายรังสี เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร พี่น้อง ญาติ หรือผู้ที่สมาชิกครอบครัวจัดหามาให้ดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยระหว่างพักที่อาคารเย็นศิระไม่น้อยกว่า 3 วัน

**2. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย** การวิจัยในขั้นตอนนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามสุขภาพจิต (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทย ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ชัชวาล ศิลปะกิจ (2539) ซึ่งดัดแปลงจากมาตรวัดสุขภาพจิต ของ Goldberg (1972) ฉบับย่อ 28 ข้อ วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามนี้ สร้างเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความไม่สามารถดำเนินการในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลต่าง ๆ ซึ่งแบบสอบถามนี้ครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องทางสังคม (Social impairment) และภาวะโรคกังวลว่าจะเป็นโรค (Hypochondriasis) (ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550)

การให้คะแนนของ GHQ Goldberg ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) เนื่องจากมีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี และสะดวกในการคัดกรองสุขภาพจิต ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.84 – 0.94 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 78.1- 85.3 และมีความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 84.4 - 89.7 การแปลผล Thai-GHQ – 28 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 โดยคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติสามารถนำไปเป็นแบบคัดกรองสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยได้ ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ส่งเครื่องมือให้กรรมการจริยธรรมวิจัยพิจารณา เมื่อผ่านการพิจารณาผู้วิจัยได้ทำการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมของแบบสอบถามจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ จำนวน 34 คน ได้เท่ากับ 0.83 โดยผู้วิจัยได้อ่านและอธิบายข้อสงสัยระหว่างทำแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลักอย่างละเอียดเป็นรายบุคคล ส่วนในกรณีผู้ป่วยมุสลิมที่ฟังหรือพูดภาษาไทยไม่เข้าใจ ผู้วิจัยทำการอธิบายเป็นภาษามลายูให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลักอย่างละเอียดเป็นรายบุคคล และมีพยานที่สามารถฟังได้ทั้งภาษาไทยและมลายูอยู่ด้วยทุกครั้ง

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (ชุดย่อ) ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2545) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และ

วิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม มีความเป็นสากลของแบบวัด โดยได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ มีผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำจำนวน 3 รอบ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ประกอบด้วย 26 คำถาม มีค่าคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยคะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี และสามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกเป็นองค์ประกอบ ต่าง ๆ ได้ดังแสดงในตารางที่ 2 ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ส่งเครื่องมือให้กรรมการจริยธรรมวิจัยพิจารณา เมื่อผ่านการพิจารณาได้ทำการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมของแบบสอบถามจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ เท่ากับ 0.81 โดยผู้วิจัยได้อ่านและอธิบายข้อสงสัยระหว่างทำแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลักอย่างละเอียดวิธีการเดียวกับแบบสอบถามสุขภาพจิต

ตาราง 2 ค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตระดับกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

3.1 พบกลุ่มเป้าหมาย โดยการประสานงานจากเจ้าหน้าที่อาคารเย็นศิระ

3.2 แนะนำตัว ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก) โดยมีการอธิบายให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงวัตถุประสงค์ในงานวิจัย ความสำคัญ และประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโครงการ

3.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ ขออนุญาตจัดบันทึกข้อมูล (จัดบันทึก บันทึกรูปภาพ) แก่กลุ่มเป้าหมายที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3.4 เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสุขภาพจิตและแบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

3.5 สนทนาแลกเปลี่ยนปัญหา ข้อเสนอแนะ ระหว่างทีมเจ้าหน้าที่ประจำอาคารเย็นศิระ

3.6 ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ ในรายที่มีความซับซ้อนของปัญหา จัดประชุม case conference เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลแบบประคับประคอง ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ระหว่างที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักพักภายในอาคารเย็นศิริระ

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้และนำมาประมวลผล โดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 ข้อมูลสุขภาพจิต ระดับของสุขภาพจิตโดยรวม วิเคราะห์การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 ข้อมูลคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.4 วิเคราะห์ผลของสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาแบบ Paired-Samples t-test

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับรองการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยก่อนการดำเนินการวิจัย ซึ่งได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี หมายเลข REC Number: psu.pn.2-040/60 เริ่มตั้งแต่วันที่ 22 พฤษภาคม 2560 ถึง วันที่ 22 พฤษภาคม 2561 มีระยะเวลาดำเนินโครงการ 1 ปี

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวิจัยและพัฒนา ผลการวิจัยแบ่งตามวัตถุประสงค์ 3 ข้อ คือ

1. เพื่อศึกษาสภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ
2. พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก
3. เปรียบเทียบสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

#### สภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่อาคารเย็นศิระ

การบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาโดยการฉายรังสี (ฉายรังสีอย่างเดียว ฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด หรือฉายรังสีร่วมกับการฝังแร่) และญาติผู้ดูแลหลัก ตามระยะของการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เข้าพักที่อาคารเย็นศิระ จนถึงวันสุดท้ายที่เดินทางกลับโดยมีขั้นตอนการให้บริการ 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการลงทะเบียนรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก

มีเจ้าหน้าที่ให้บริการที่ประจำอาคารเย็นศิระ จำนวน 3 คน มีจำนวนเตียงและที่นอนรวมกัน 386 เตียงนอน ให้บริการผู้เข้าพักรวมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในแต่ละวันเฉลี่ย 450 คน ในแต่ละเดือนจะมีผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเข้าใช้บริการเฉลี่ย 13,500 คน/เดือน โดยมีผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาโดยการฉายรังสีและจำเป็นต้องพักที่อาคารเย็นศิระอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 3 สัปดาห์ เฉลี่ยเดือนละ 70 คน เงื่อนไขการรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเข้าพักอาคารเย็นศิระมีข้อกำหนดคือ ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มาพบแพทย์ตามวันเวลาที่นัดหมายเพื่อทำการรักษา ต้องถือบัตรผู้ป่วยและบัตรประชาชนมาแจ้งในครั้งแรกที่ลงทะเบียนเข้าพัก เจ้าหน้าที่แจ้งกฎระเบียบการอยู่อาศัย ประเมินอาการของโรคทางกายเบื้องต้น ตรวจสอบจำนวนญาติผู้ดูแลหลักที่ติดตามมาดูแล จัดเตียงให้ผู้ป่วยเข้าพักตามความเหมาะสม ญาติผู้ดูแลหลักที่มาดูแลผู้ป่วยให้ถือบัตรผู้ป่วยและบัตรประชาชนของญาติมาแจ้งในครั้งแรกที่ลงทะเบียนเข้าพัก เจ้าหน้าที่จะจัดหาเตียงนอนให้ญาติผู้ดูแลหลักตามความเหมาะสม ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ คิดเป็นรายคืน คนละ 5 บาท/คน/คืน

2. ชั้นระหว่างทำการรักษา

ในระหว่างการรักษา ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ไปฉายรังสีตามระยะเวลาและจำนวนครั้งตามแผนการรักษา พบแพทย์ตามที่ได้นัดหมายในระหว่างที่ฉายรังสี ส่วนญาติผู้ดูแลหลักมีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ จัดหาอาหารให้กับตนเองและผู้ป่วย ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ล้างแผลให้กับผู้ป่วย (ในกรณีผู้ป่วยมีแผลเจาะบริเวณลำคอ แผลเจาะบริเวณหน้าท้อง หรือแผลที่เกิดจากโรค) ส่วนในกรณีที่ไม่สามารถทำเองได้

ญาติผู้ดูแลหลักแจ้งกับผู้ช่วยพยาบาลเพื่อนัดหมายเวลาล้างแผลให้กับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลักมีหน้าที่พาผู้ป่วยเดินทางไปห้องฉายแสง

สวัสดิการของอาคารเย็นศิระ ได้แก่ จัดหาที่พักโดยมีค่าใช้จ่ายคนละ 5 บาท/คน/คืน มีอาหารเที่ยงที่เป็นอาหารบินขาตแจกทุกวันแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลักสามารถเบิกของใช้ที่จำเป็นได้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมถึงอุปกรณ์ล้างแผลเบื้องต้นและยาสามัญประจำบ้าน ปัญหาโดยส่วนใหญ่ที่พบ คือ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักไม่ทราบสิทธิ์และเวลาที่สามารถเบิกของได้ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยใหม่และญาติผู้ดูแลหลักมักเดินทางมาแจ้งเข้าพักอาคารเย็นศิระในช่วงเย็นของทุกวัน ซึ่งเป็นช่วงที่มีเจ้าหน้าที่ประจำการเพียงคนเดียว ทำให้ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและขาดการสื่อสารชี้แจงข้อปฏิบัติต่าง ๆ จึงทำให้เกิดปัญหาค้าง

การเดินทางไปโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ ทางอาคารเย็นศิระได้มีบริการรถรับส่งผู้ป่วยขนาดเล็ก (รถตุ๊กตุ๊ก) โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลักแจ้งเจ้าหน้าที่ แล้วรอรอบรถโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ แต่ส่วนใหญ่แล้วจะเดินไปเองหรือเข็นรถเข็นไป เนื่องจากรอบรถไม่ตรงกับเวลาที่ฉายแสง ทำให้บางครั้งรถเข็นผู้ป่วยไม่เพียงพอต่อความต้องการ

### 3. ขั้นตอนรับแจ้งเมื่อผู้ป่วยกลับ

เจ้าหน้าที่ประจำอาคารจะทำการประเมินผู้ป่วยเป็นรายกรณีก่อนที่ผู้ป่วยกลับ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนต้องการความช่วยเหลือด้านจิตสังคม เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหารเหลว (นมถุง) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

## พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักอาคารเย็นศิระ

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองพัฒนาโดยการสัมภาษณ์ พูดคุยทั้งกลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สภาพการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก และแนวทางการให้การดูแลแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่อาคาร ดังนี้

1. กลุ่มผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย แบ่งเป็นอาการทางกาย ได้แก่ มีอาการปวดเนื่องจากพัฒนาการของโรค ไม่สบายตัวจากผลข้างเคียงของการรักษา มีปัญหาด้านการกิน และการนอนหลับ ส่วนในด้านจิตใจ มีความกังวลเกี่ยวกับตัวโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงความทุกข์ใจในรูปลักษณะเปลี่ยนไป ด้านสังคมเศรษฐกิจมีความกังวลค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางมารักษา ค่าใช้จ่ายประจำวันระหว่างที่พักรักษาตัวที่อาคารเย็นศิระ

2. กลุ่มผู้รับบริการที่เป็นญาติผู้ดูแลหลัก แบ่งเป็นอาการทางกาย ได้แก่ ร่างกายอ่อนล้า เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย มีปัญหาการนอนหลับ ส่วนในด้านจิตใจ มีความกังวลเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย คิดถึงครอบครัว มีข้อขัดแย้งกับผู้ป่วยในระหว่างการรักษา ด้านสังคมเศรษฐกิจขาดรายได้ เนื่องจากต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน

3. กลุ่มผู้ให้บริการ แบ่งเป็นอาการทางกาย ได้แก่ ร่างกายเหนื่อยล้าในการดูแลและจัดการปัญหาผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่มาพักอาคารเย็นศิระ ด้านจิตใจ มีข้อขัดแย้งเรื่องการบริหารจัดการเตียงเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาจำนวนมาก รวมถึงกฎข้อระเบียบต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักยังไม่เข้าใจ

4. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาที่พักรักษาในอาคารเย็นศิระ แบ่งตามช่วงเวลาการเข้าพักรักษาที่อาคารเย็นศิระของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งกลับถึงกลับบ้าน ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ดังแสดงในตารางที่ 3 รายละเอียดดังนี้

- ระยะเวลาแรกเริ่ม เป็นช่วงสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเข้าพักรักษาในอาคารเย็นศิระ เบื้องต้นผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์จากการสนทนาตามกรอบแนวคิดมนุษยนิยม ประกอบด้วยคำแนะนำตัวของผู้วิจัย ชี้แจงโครงการวิจัย สอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักอย่างตั้งใจ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจ

- ระยะเวลาการรักษา เป็นช่วงสัปดาห์ที่สองเป็นต้นไปของการเข้าพักรักษาของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในอาคารเย็นศิระ การศึกษาช่วงนี้จะคัดกรองสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตและแบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือการประเมินอาการทางกายและจิตใจ โดยใช้กรอบแนวคิดมนุษยนิยมในการสนทนาที่ครอบคลุมรูปแบบการดูแลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจเพื่อคลายความตึงเครียด มีการสำรวจความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อลดความวิตกกังวลในช่วงระหว่างที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักพักรักษาที่อาคารเย็นศิระ และแสวงหาทางออกในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน นอกจากนี้มีการประชุมพูดคุยระหว่างเจ้าหน้าที่ในประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก แบ่งตามอาการได้ดังนี้ กรณีผู้ป่วย พบอาการทางกายที่รบกวนผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวดจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ปัญหาการนอนหลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น ส่วนอาการทางจิตใจที่พบ คือ ความวิตกกังวลจากการรักษา และกรณีญาติผู้ดูแลหลัก พบอาการทางกาย ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย โรคประจำตัวของญาติผู้ดูแลหลัก ส่วนอาการทางจิตใจที่พบ คือ ความวิตกกังวล

- ระยะเวลาก่อนกลับบ้าน เป็นช่วงสัปดาห์สุดท้ายที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักพักรักษาในอาคารเย็นศิระ การศึกษาช่วงนี้เป็นการติดตามผล และคัดกรองสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตและแบบวัดคุณภาพชีวิตเป็นเครื่องมือในการประเมินอาการทางกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก



### ตารางที่ 3 รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองแบ่งตามระยะเวลาการเข้าพักอาคารเย็นศิระ

ช่วงเวลา	วิธีดำเนินการ	ความถี่และเวลา
ระยะแรกรับ (สัปดาห์แรกที่เข้าพักอาคารเย็นศิระ)	แนะนำตัว : สนทนา เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจให้เกิดขึ้น	อย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที
ระยะทำการรักษา (สัปดาห์ที่สองเป็นต้นไปของการเข้าพักอาคารเย็นศิระ)	สำรวจและคัดกรอง : สนทนาครอบคลุมรูปแบบการดูแลทั้ง 4 ด้าน เพื่อสำรวจปัญหาและแสวงหาทางแก้ไขร่วมกัน	อย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที
ระยะก่อนกลับบ้าน (สัปดาห์สุดท้ายที่เข้าพักอาคารเย็นศิระ)	ติดตาม : สนทนาครอบคลุมรูปแบบการดูแลทั้ง 4 ด้าน ติดตามปัญหา การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลหลักก่อนเดินทางกลับบ้าน	อย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที

5. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลหลักที่เข้าพักอาคารเย็นศิระ รูปแบบการดูแลนี้ผ่านการประเมินตามกรอบมาตรฐานการประเมินจากเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงาน อยู่ในระดับดี

**ผลการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังที่ใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในอาคารเย็นศิระ**

กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 29 แบ่งเป็นจำนวนญาติผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 51.7 จำนวนผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 48.3 พบกลุ่มเป้าหมายเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.7 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 48.3 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 51.7 ศาสนาอิสลามร้อยละ 48.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.0 จำนวนน้อยที่สุด คือ สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 10.3 อาชีพส่วนใหญ่คือ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 37.9 อาชีพส่วนน้อยที่สุด คือ นักศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 6.9 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา คือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.6 ระดับการศึกษามากกว่าอนุปริญญาพบน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 6.9 กลุ่มเป้าหมายมีช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.9 และ ช่วงอายุ 31-40 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรทองสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 85.7 สิทธิประกันสังคม และข้าราชการเบิกตรง พบน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 3.4

ผลการศึกษาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองดังนี้

### 1. ผลการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วย

สุขภาพจิตผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีระดับสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ก่อนใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.79 คะแนน หลังจากใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.57 คะแนน จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของผู้ป่วยลดลง นั่นแสดงถึงผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

สุขภาพจิต	$\bar{x}$	S.D.	t-test	p-values
ก่อนการใช้รูปแบบ	2.79	4.35	0.211	0.418
หลังการใช้รูปแบบ	2.57	2.82		

### 2. ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลางทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 82.29 คะแนน หลังจากใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 76.57 คะแนน พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 5

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยก่อนการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ย 20.71 คะแนน หลังจากใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 18.00 คะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนด้านที่เหลือ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยทั้งสามด้านลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 5** ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบ  
ประคับประคอง

คุณภาพชีวิต	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t-test	p-values
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านสุขภาพกาย	22.00	3.04	20.79	2.42	1.72	0.055
2. ด้านจิตใจ	20.71	2.33	18.00	2.54	8.08**	0.000
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.93	1.00	9.36	1.27	1.53	0.075
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	23.43	2.87	22.5	3.63	1.30	0.108
คุณภาพชีวิตโดยรวม	82.29	8.08	76.57	8.97	4.14**	0.001

(\*\*p<.01)

### 3. ผลการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลัก

สุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองพบว่า มีระดับสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ก่อนใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.40 คะแนน หลังจากใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.13 คะแนน จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของญาติผู้ดูแลหลักลดลง นั่นแสดงถึงญาติผู้ดูแลหลักมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ผลการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้รูปแบบดูแลแบบ  
ประคับประคอง

สุขภาพจิต	$\bar{x}$	S.D.	t-test	p-values
ก่อนการใช้รูปแบบ	1.40	1.80		
หลังการใช้รูปแบบ	1.13	1.41	0.636	0.268

### 4. ผลการศึกษาสุขภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลักโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลางทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแลหลักก่อนใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 82.13 คะแนน หลังจากใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 72.33 คะแนน พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 7

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลักด้านสุขภาพกายและด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังจากใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยทั้งสามด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลักด้านจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังจากใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยทั้งสามด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 7** ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

คุณภาพชีวิต	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t-test	p-values
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านสุขภาพกาย	24.07	3.53	18.53	2.36	5.76**	0.000
2. ด้านจิตใจ	19.00	2.27	17.47	1.19	2.20*	0.023
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.00	1.00	9.40	0.63	1.87*	0.041
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	23.33	2.89	21.20	1.82	2.58**	0.008
คุณภาพชีวิตโดยรวม	82.13	8.57	72.33	4.99	4.39**	0.001

(\*\*p<.01) (\*p<.05)

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก และเปรียบเทียบสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

#### สรุปผลการวิจัย

1. สภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ มีสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่ครอบคลุมตามความต้องการของผู้รับบริการ
2. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ จัดแบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะทำการรักษา และระยะก่อนกลับบ้าน
3. สุขภาพจิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักดีขึ้น ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักมีคะแนนเฉลี่ยลดลงหลังจากใช้รูปแบบการดูแล ซึ่งหมายถึงมีสุขภาพจิตดีขึ้น ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเป็นรายด้านลดลงหลังจากการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

#### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ” ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** เพื่อศึกษาสภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อศึกษาสภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่พักในอาคารเย็นศิระ ผลการวิจัยพบว่า สภาพการให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่อาคารเย็นศิระ มีผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเข้าพักเฉลี่ยวันละ 450 คน มีจำนวนเตียงนอนทั้งหมด 386 เตียง มีผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสีและพักที่อาคารเย็นศิระเป็นระยะเวลานาน (อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 3 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน) เฉลี่ยเดือนละ 70 คน มีเจ้าหน้าที่ประจำอาคารเย็นศิระคอยให้

การบริการ จำนวนทั้งสิ้น 3 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่บริการทั่วไปและผู้ช่วยพยาบาล 1 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1 ต่อ 150 ของเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก จะเห็นได้ว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการเพื่อให้ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก โดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีหน้าที่รับลงทะเบียนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่เข้ามาติดต่อ ดูแลความเรียบร้อยภายในอาคาร จัดอาหารเหลวในช่วงเช้าสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องทานอาหารเหลว จัดอาหารกลางวันให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก จัดรถโดยสารขนาดเล็กให้ผู้ป่วยที่ต้องไปโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ส่วนผู้ช่วยพยาบาล นอกจากทำหน้าที่บริการงานทั่วไปแล้ว ยังต้องช่วยล้างแผลให้กับผู้ป่วยอีกด้วย ใช้เวลาดังกล่าวประมาณ 20-40 นาที ต่อผู้ป่วย 1 คน ทำให้ไม่สามารถบริการผู้ป่วยมะเร็งได้ทั่วถึง ในบางครั้งผู้ป่วยต้องล้างแผลเองหรือให้ญาติผู้ดูแลหลักช่วยล้างแผลให้ โดยขาดความรู้หรือมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในการดูแลแผล ทำให้เกิดปัญหาด้านทางสุขอนามัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งติดเชื้อและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ยังมีภาระงานที่ต้องเข้าเวรประจำอาคารเพื่อให้บริการผู้ป่วย ในวันธรรมดาและวันหยุดราชการ ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความเหนื่อยล้า เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยพบความเหนื่อยล้าในหลายระดับหลังจากดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เดือน (ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์, 2559) ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน อาจจะทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) กับตัวผู้ให้บริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ศรีตะวัน และ รัชนิกร อุปเสน (2560) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความเครียดมีผลต่อความเหนื่อยล้า และมีความต้องการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของ ตริยา เลศห์ตถศิลป์ (2554) ศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของจิตแพทย์ พบว่ามีความเหนื่อยล้าในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในจิตแพทย์จำนวนมาก ส่วนการศึกษาของ ศรีณย์ ศรีคำ และคณะ (2557) ศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน พบว่าส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าด้านอารมณ์ (emotional exhaustion) ระดับปานกลางถึงสูง จากข้อมูลดังกล่าว จึงควรให้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าจากการทำงานของผู้ให้บริการ อันจะส่งผลให้การให้บริการผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เป็นไปด้วยอย่างเต็มประสิทธิภาพ

จากข้อมูลผู้ให้บริการและผู้รับบริการในอาคารเย็นศิระข้างต้นมีความแตกต่างกับสถานที่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแห่งอื่นในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่มีรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงระยะท้ายของโรค เช่น วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเชิงพุทธบูรณาการ ประกอบด้วย พุทธวิธีในการดูแลสุขภาพทางกาย พุทธวิธีในการดูแลสุขภาพทางใจ และให้ความสำคัญต่อการดูแลด้านจิตใจมาก (ทองมาก จันทร์เทียะ, 2560) ปัจจุบันได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็งสกลนคร มีทีมงานสหสาขาวิชาชีพ และจิตอาสาในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น เป็นหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ที่มีทีมแพทย์ จำนวน 3 คนพยาบาล จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ จำนวน 2 คน ในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

## วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาใช้ในอาคารเย็นศิริระ ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาโดยวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลัก เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ และใช้แนวคิดจิตวิทยาแบบมนุษยนิยม ตามแนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ Carl Rogers (The Client-Centered) Soren Aabye Kierkegard การเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยตนเองทำให้เกิดสติปัญญา แบบอัตถิภาวนิยม (Existentialism) และลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของ Maslow เป็นกรอบแนวคิดพัฒนารูปแบบการดูแล แนวคิดของ Carl Rogers ให้ความสำคัญกับการรับฟังผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ให้การยอมรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี เพชรรัตน์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยต้องการให้มีผู้รับฟังระบายความรู้สึกมากที่สุด การศึกษาของ เสาวณี เตชะพัฒนาวงษ์ (2553) ใช้แนวคิด แนวคิดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ เพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ พุริยา เบ็ญฮาวัน (2558) ใช้แนวคิดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของร่วมกับการใช้ศิลปะ พบว่ามีส่วนช่วยลดความเครียดในเด็กกำพร้า รูปแบบการดูแลที่นำแนวคิดแบบอัตถิภาวนิยมมาช่วย เน้นย้ำการมีอยู่ของพระเจ้า ความหมายของการมีชีวิตอยู่ในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่นับถือศาสนาอิสลาม ช่วยในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักมีมุมมองทางบวก ในเรื่องของการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ มีตะ เหมมาน และคณะ (2560) ได้ศึกษาประสบการณ์ญาติผู้ดูแลหลักผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าญาติผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญในเวลาและสถานที่คือพระเจ้าได้กำหนดเวลาไว้แล้ว และพระเจ้ามีทุกที่

นอกจากนี้ แนวคิดจิตวิทยามนุษยนิยมของ Maslow ที่มองลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ มาพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก พบว่ามีความสอดคล้องกัน ได้แก่ ความต้องการขั้นที่ 1 ความต้องการพื้นฐานทางสรีระ ได้แก่ ความต้องการด้าน อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และ ที่อยู่อาศัย เป็นความต้องการขั้นแรกของมนุษย์ ในกรณีของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า ความต้องการด้านสรีระ ในที่นี้หมายถึง ความต้องการที่ลดความปวด ความสุขสบายของร่างกายจากผลข้างเคียงของการรักษา ความปวดจากตัวโรคมะเร็ง เป็นความต้องการที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด (Li-Meng Shao; Tsui-Hua Hsu, 2017; Robert J Zalenski et al, 2006) รองลงมาคือเรื่องการกิน ทั้งกินอาหารแบบปกติหรือกินอาหารเหลวผ่านสายยาง และการนอนหลับพักผ่อน เป็นความต้องการพื้นฐานที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักต้องการ ส่วนในเรื่องที่พัก ได้รับการตอบสนองแล้วจากการได้พักที่อาคารเย็นศิริระ ความต้องการขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ในที่นี้คือความมั่นคงในเรื่องรายได้ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักรู้สึกไม่มั่นคงในเรื่องรายได้ เนื่องจากต้องหยุดงานเพื่อรักษาโรคมะเร็ง และขาดรายได้จากการหยุดงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Grunfel et al., 2004 อังใน เพ็ญศิริ มรกต (2556) และการศึกษาของ สุปรีดา มั่นคง (2559) ศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักต้องปรับเวลาทำงาน หยุดงานชั่วคราว บางรายต้องออกจากงาน เนื่องจากไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและทำงานในเวลาเดียวกันได้ ความ

ต้องการขั้นที่ 3 ด้านความรักและการยอมรับ ในที่นี้หมายถึง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักต้องการความเห็นอกเห็นใจ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจต่อตัวโรค รวมถึงรูปลักษณ์ที่ไม่สวยงาม ไม่น่ามอง ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลักต้องการการยอมรับและกำลังใจในการทำหน้าดูแลผู้ป่วยของเขา การใช้แนวคิดจิตวิทยามนุษยนิยมมาพัฒนารูปแบบ ทำให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลหลักได้ตรงประเด็นมากขึ้น

ส่วนในด้านอัตรากำลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นภายในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ วาสนา สวัสดิ์ดิณานา และคณะ (2560) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลจำนวน 35 คน มีจำนวนพยาบาล 145 คน และทีมสหวิชาชีพ 24 คน ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตลอดระยะเวลาของการดูแล และในต่างประเทศ การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ามีทีมสุขภาพที่ดีและเพียงพอต่อผู้รับบริการ เช่น หอผู้ป่วยมะเร็งใน Hospice Care แห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษ มีทีมสุขภาพพูดคุยวางแผนการดูแลกับครอบครัวผู้ป่วย 9-45 คน ต่อการดูแลผู้ป่วย 1 ราย (Robyn M. et al., 2015; N Jarrett et al., 2015) และหอผู้ป่วยแบบประคับประคองแห่งหนึ่งใน สหพันธรัฐเยอรมนี มีเจ้าหน้าที่ประจำได้แก่ แพทย์ 3-4 คน (หัวหน้าแพทย์ 1 คน แพทย์ประจำบ้านประจำเวรเช้า 2-3 คน พยาบาล เวรเช้า 3 คน บ่าย 2-3 คน ดึก 1-2 คน) นักจิตวิทยาประจำหอผู้ป่วย 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ประจำหอผู้ป่วย 1 คน นักดูแลทางจิตวิญญาณ 2 คน (ได้รับเงินเดือนเสมือนผู้ปฏิบัติงานประจำ) ทำงานร่วมกันเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ในขณะที่มี จำนวนเตียงเพียง 10 เตียง (วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, 2560) เมื่อเปรียบเทียบกับอาคารเย็นศิระแล้ว จะเห็นได้ว่า จำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เพื่อให้ครอบคลุมความต้องการผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลหลัก

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 3** เปรียบเทียบสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อ เปรียบเทียบสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า

1. จากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ หลังจากใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง สุขภาพจิตดีขึ้น รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น พัฒนาตามแนวคิดมนุษยนิยม ที่ให้ความสำคัญกับการรับฟัง การให้ความหมายในการมีชีวิตอยู่ และสำรวจลำดับขั้นความต้องการของผู้ป่วย ที่พักในอาคารเย็นศิระ เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ต่อเนื่องตลอดเวลาตั้งแต่ก่อนการวินิจฉัยจนถึงการรักษา ต่อเนื่องในปัจจุบัน ผู้ป่วยมีความความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้สึกถึงการมีความหวังกับความรู้สึกสิ้นหวังสลับกันไปมาตามระยะและพัฒนาการของโรค รวมถึงผลของการรักษาตามอาการของโรค ผู้ป่วย



รู้สึกเป็นผู้ถูกระทำ ได้รับความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายความเจ็บปวดเกิดจากตัวโรคโดยตรง วิธีการวินิจฉัย และวิธีการรักษา ส่วนในด้านจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกกลัวจากความตาย รู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง ได้รับการปฏิบัติและคำพูดในทางลบจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยที่ความต้องการด้านจิตใจในระดับมาก (ศิริพร เสมสาร และ สุชีรา ชัยบุญธรรม, 2560, พรพรรณ วนวโรตม และคณะ, 2552) การใช้รูปแบบการดูแลที่เน้นให้ความสำคัญกับการรับฟัง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจตนเอง และสภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างถ่องแท้ อันนำไปสู่การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และนอกจากนี้การปฏิบัติบริการผู้ป่วยอย่างเอาใจใส่ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ตาม แนวคิดมนุษยนิยม ที่เน้นการรับฟัง ยอมรับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น (นฤมล ศิริรัตนพงศ์ธร และคณะ, 2560) ถึงแม้ผู้ป่วยจะประสบความเจ็บปวดจากการรักษา มีผลข้างเคียงต่าง ๆ แต่การดูแลที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความโศกเศร้าและรับฟังอย่างตั้งใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น (พัชรินทร์ แก้วรัตน์, 2560) ผู้วิจัยได้เห็นปรากฏการณ์พื้นคืนพลัง เมื่อบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพันหรือมีความใกล้ชิดใส่ใจรับฟังและฟังอย่างเมตตาเอื้ออาทร จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงใจในการใช้ชีวิตต่อไป

2. จากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ให้ความสำคัญกับดูแลญาติผู้ดูแลหลัก ที่ครอบคลุมในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของญาติผู้ดูแลหลักเนื่องจากญาติที่ดูแลผู้ป่วยเดินทางมาพร้อมผู้ป่วยพักอยู่กับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการรักษาจนเสร็จสิ้นการรักษา แต่ระบบการดูแลสุขภาพ สิทธิการรักษาของญาติผู้ดูแลหลัก ยังคงอยู่ที่ภูมิลำเนาเดิม ญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเต็มที่ ทั้ง ๆ ที่พักอยู่ใกล้โรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลที่ถูกละเลยการดูแล ไม่ว่าจะในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดมนุษยนิยม ให้ความสำคัญกับการดูแล โดยเฉพาะในด้านจิตใจ สร้างบรรยากาศให้ญาติผู้ดูแลหลักได้ระบายความรู้สึก สสำรวจอารมณ์ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น อันนำไปสู่การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี มีเจริญ (2558) ได้กล่าวถึงบทบาทผู้ดูแลและการให้ความสำคัญกับผู้ดูแล จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้ข้อมูลการดูแลผู้เป็นระยะ ๆ การช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลหลักคลายความวิตกกังวล เป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลหลักต้องการมากที่สุด (ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด และคณะ, 2552)

### 3. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคอง

3.1 คุณภาพชีวิตด้านร่างกายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และหลังใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยลดลง เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการฉายรังสี เกิดผลข้างเคียงโดยตรงกับผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มฉายครั้งแรก และต่อเนื่องจนจบการรักษา โดยมีกลุ่มของโรคมะเร็ง จำนวนครั้งที่ฉายรังสี และตำแหน่งที่ฉายรังสี มีผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิต ในกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจำนวน 14 รายที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ มีผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งศีรษะและลำคอ จำนวน 5 ราย มีจำนวนครั้งในการฉายแสงที่ 30-35 ครั้ง ใน 5 ราย มีจำนวน 3 รายต้องเจาะหน้าท้องเพื่อให้อาหารผ่านสายยาง และในจำนวนนี้มี

ผู้ป่วย 2 รายที่ต้องฉายรังสีร่วมกับการทำเคมีบำบัด ผลข้างเคียงในผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มนี้พบว่า มีปัญหาในเรื่อง กลืนอาหารลำบาก มีการอักเสบเยื่อในช่องปาก บริเวณผิวหนังที่โดนฉายมีโอกาสดังเกิดแผลอาจทำให้ติดเชื้อได้ง่าย อาการปวด อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนหลับยาก เบื่ออาหาร มีอาการเวียนศีรษะ โดยมีอาการปวดเป็นอาการที่มีความถี่และรุนแรงมากที่สุด (แสงระวี แทนทอง และคณะ, 2559) ระยะเวลาที่ฉายรังสีมีผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เสตรณกุล และคณะ (2557) และการศึกษาของ วราภรณ์ ไชยตาล และ อรพรรณ งามเมือง (ม.ป.ป) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและคอมีระยะเวลาในการฉายรังสีนานกว่าผู้ป่วยมะเร็งประเภทอื่น และจากการศึกษาของ วิชาญา อยู่ดวง และคณะ (2558) พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เมื่อผ่านการฉายรังสีไปสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนต่ำลดลงตามลำดับ นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากการรับเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยการฉายรังสี ทำให้ร่างกายอ่อนแรง เม็ดเลือดขาวต่ำ จนต้องหยุดการรักษา พักการฉายรังสีชั่วคราว ผู้ป่วยต้องรอเวลาให้ร่างกายปรับตัวให้ดีขึ้น จึงสามารถกลับมารับเคมีบำบัดต่อได้ ทำให้บางกรณีผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก จำเป็นต้องพักที่อาคารเย็นศีรษะ มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป

ในกลุ่มเป้าหมาย 14 ราย มีผู้ป่วย 1 รายเป็นมะเร็งช่องปาก (มะเร็งที่ลิ้น) เมื่อทำการรักษาแล้ว ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากต้องเจาะคอ เจาะท้องเพื่อให้อาหารผ่านสายยาง ผ่าตัดเอาลิ้นออก ตัดชิ้นเนื้อจากบริเวณขามาเย็บเป็นลิ้นใหม่ (ผู้ป่วยเล่าว่าลิ้นใหม่มีขนขึ้น เนื่องจากเอาเนื้อมาแถวบริเวณขา) สอดคล้องกับศึกษาของ ปิยนาล กุญสาคร (2552) ที่ประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก พบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลวร้ายกว่าก่อนที่จะได้รับการรักษา จะเห็นได้ว่าผลข้างเคียงของการรักษาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง

3.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และหลังใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยลดลง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกกังวลด้านลบของตนเอง ผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้รูปร่างของอวัยวะเปลี่ยนแปลงหรือต้องสูญเสียอวัยวะนั้นไป ส่งผลกระทบคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจ บางรายสูญเสียความสามารถช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ รู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง คิดว่าตัวเองต้องเป็นภาระให้กับผู้อื่น เช่นในกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีผู้ป่วยมะเร็งที่ลิ้น 1 ราย หลังจากรักษาด้วยการผ่าตัดที่ต้องตัดลิ้นออก และปลูกถ่ายลิ้นใหม่ แล้วทำการรักษาต่อด้วยการให้เคมีบำบัดและฉายแสง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการพูด ไม่มั่นใจในรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากต้องเจาะคอ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หลังจากฉายรังสีไปแล้ว 2-4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยที่รอยดำ คล้ำที่บริเวณคอ หรือศีรษะ ผอมร่วง ผู้ป่วยกังวลในรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการทางจิตใจและอารมณ์ได้หลายอาการ ในระหว่างการรักษาเกิดได้พร้อม ๆ กันในหลายอาการเช่น ความรู้สึกโกรธ กลัว กังวล เศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทิศา สุวิทย์ และคณะ (2560) ที่ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ว้าวุ่นใจ นับตั้งแต่เริ่มรู้ว่าป่วย และรู้สึกกลัวทุกครั้งเมื่อนึกถึงความปวด ความเจ็บป่วยที่รุนแรง การศึกษาของ วัชรีย์ ต่อณี (2561) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ส่วนใหญ่มีอาการปวด

มาก และระดับความปวดมีผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วย การศึกษาของ รัชราภรณ์ เปาโรทิตย์ และสิริพร บุญเจริญพานิช (2560) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับกลางๆ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่ติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจ มีความเกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3.3 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยจะเห็นชัดเจนในด้านเศรษฐกิจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และหลังใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยลดลง เนื่องจากการป่วยเป็นโรคมะเร็งทำให้บทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ จากกลุ่มเป้าหมายจำนวน 14 ราย มี 12 ราย ทำอาชีพเกษตรกร และรับจ้าง กลุ่มเป้าหมาย 9 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย มีผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 30-50 ปี จำนวน 7 ราย เป็นช่วงวัยทำงานหารายได้เข้าครอบครัว ทำให้บทบาทจากหัวหน้าครอบครัวกลายมาเป็นผู้ป่วย เป็นภาระให้กับครอบครัว เนื่องจากการรักษาที่ใช้ระยะเวลานานและต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ไม่สามารถทำงานต่อเนื่องได้ ต้องหยุดงานชั่วคราว หรือออกจากงาน ในกรณีนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางจากบ้านที่คุ้นเคยมารักษาตัวต่อเนื่องด้วยการฉายรังสี และต้องพักที่อาคารเย็นศิระทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต้องตัดขาดจากครอบครัว บ้าน สังคมและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากอีกครั้งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภศิริ เชียงตา (2560) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลหลัก พบว่ามีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม เมื่อเจ็บป่วยทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน และจากการศึกษาของ อัมพัทธ์ พุฒิสราเศรษฐ์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย นอกจากการใช้การช่วยเหลือในด้านที่พักของอาคารเย็นศิระแล้ว ยังมีการให้การช่วยเหลือด้าน อาหาร ค่าใช้จ่ายในการเดินทางบางส่วนของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก และค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่จำเป็นอื่น ๆ เช่นนมผง อุปกรณ์สิ้นเปลืองทางการแพทย์ เป็นต้น

3.4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และหลังใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยลดลง เนื่องจากการป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลหลักพักอาศัยที่อาคารเย็นศิระ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปไหนได้อิสระ ก่อนที่จะรอเวลาไปฉายรังสี แต่ปรากฏว่า ผู้ป่วยไม่ได้เดินทางไปไหน เวลาว่างของผู้ป่วยหมดไปกับการรอคอยเวลาในการฉายรังสีในแต่ละวัน และอาคารเย็นศิระมีจำนวนผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน ทำให้เจ้าหน้าที่หมดเวลาไปกับดูความเรียบร้อยในตัวอาคาร ไม่มีเวลาจัดกิจกรรมที่สามารถเพิ่มความรู้สึกละมุนคลาย คลายความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ กิจกรรมที่จัดขึ้นส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมของนักศึกษาหรือหน่วยงานภายนอกอื่น ที่เข้ามาช่วยในตรงจุดนี้ ลักษณะของกิจกรรมเป็นกิจกรรมสนทนาหรือเลี้ยงอาหารให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ที่อาคารเย็นศิระยังขาดรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมในด้านจิตใจการปรับตัวให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีความต้องการในด้านนี้อยู่ นอกจากนี้ปัจจัยด้านการศึกษาและระยะของโรค ล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเช่นกัน (สุรัชย์ มณีเนตร, 2557; สุภัทร์ สูงบงกซ์ และคณะ, 2557)

#### 4. คุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคอง

4.1 คุณภาพชีวิตด้านร่างกายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าญาติผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และหลังใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยลดลง เนื่องจากญาติผู้ดูแลหลักผู้ดูแล 10 คน เป็นเพศหญิง เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย 8 คน และมารดาผู้ป่วย 2 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างที่พักในอาคารเย็นศิระ ตลอดเวลาในเวลากลางวัน และกลางคืน มีบทบาทตั้งแต่การดูแลเรื่องอาหารให้กับผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน จัดการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ทำความสะอาดล้างแผลให้กับผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเดินทางไปฉายรังสี ญาติผู้ดูแลหลักใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มทำการรักษา จนถึงสิ้นสุดระยะการรักษา (อย่างน้อย 3 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน) ซึ่งเป็นระยะเวลาสั้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยกระทบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก เนื่องจากญาติผู้ดูแลหลักต้องคอยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้เช่นกัน (วารุณี มีเจริญ, 2558) ญาติผู้ดูแลหลักบางรายมีโรคประจำตัวต้องทานยาประจำ ทำให้เกิดปัญหาเรื่องขาดยา หรือไม่สามารถพบแพทย์ตามเวลาที่นัดได้ เนื่องจากสิทธิการรักษาของญาติผู้ดูแลหลักอยู่ที่ภูมิลำเนาเดิม หากต้องเดินทางกลับทำให้ต้องทิ้งผู้ป่วยไว้ลำพัง ถ้าจำเป็นต้องเดินทางกลับบ้านบ่อย ๆ จะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางด้วยเช่นกัน ที่อาคารเย็นศิระญาติผู้ดูแลหลักทุกคนต้องนอนบนพื้น ในขณะที่ผู้ป่วยนอนบนเตียง ทำให้ญาติผู้ดูแลหลักบางรายประสบปัญหาอาการปวดหลัง นอนไม่หลับ หรือในกรณีที่ไม่มีความแข็งแรงจำเป็นต้องนำผู้ป่วยไปพักชั้นอื่น ทำให้ญาติผู้ดูแลที่สูงอายุหรือข้อเข่าเสื่อมประสบปัญหาในการขึ้นลงบันไดด้วยเช่นกัน ในกรณีญาติผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นคู่ชีวิตหรือเป็นมารดาผู้ป่วยจะประสบปัญหาในการเดินทางไปโรงพยาบาลที่ต้องเดินเท้า มีปัญหาจดจำเส้นทางไม่ค่อยได้ นอกจากนี้ถ้าเป็นญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมุสลิมบางรายที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยทำให้บางครั้งไม่สามารถอธิบายปัญหา ความต้องการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากญาติผู้ดูแลเป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงานในการรักษา และตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย (สุปรีดา มั่นคง, 2559) นอกจากนี้ยังพบปัญหาการไม่สนใจดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลหลัก จนก่อให้เกิดปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ (เพ็ญศิริ มรกต และคณะ, 2556) อาการที่พบมากได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง โรคกระเพาะ (วรรณกานต์ ประโพรธิ์ทั้ง และคณะ, 2559) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าเมื่อญาติผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน มีแนวโน้มที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ญาติผู้ดูแลหลักมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นหรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น (Hidden patient) (พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์ และคณะ, 2554)

4.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าญาติผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และหลังใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยลดลง เนื่องจากช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาในด้านร่างกายและจิตใจ ภาระการดูแลทั้งหมดจึงเป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลหลัก ญาติผู้ดูแลหลักใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เริ่มรักษาจนถึงสิ้นสุดการรักษา ต้องเผชิญกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลักมีความกังวลเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคกำเริบ ญาติผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่ต้องตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ตลอดช่วงเวลาของการรักษา ทำให้

บางครั้งทะเลาะกับผู้ป่วย หรือกับครอบครัว กรณีญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นมุสลิมที่พูดภาษาไทยไม่ได้หรือพูดไม่ชัด ทำให้มีอุปสรรคในการสื่อสาร จนทำให้ญาติผู้ดูแลหลักรู้สึกเครียด คุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (วรรณกานต์ ประไพ์ทั้ง และคณะ, 2559) มีความรู้สึกแยกจากครอบครัว มีข้อขัดแย้งและความไม่เข้าใจกับผู้ป่วย (ภารดี ปรีชาวิทยากุล, 2548) จากการศึกษาเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลหลักมีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต มีทั้งบทบาทใหม่ คือดูแลผู้ป่วย และบทบาทเก่าที่ยังต้องทำ เช่น การทำงาน หาได้รายได้ ดูแลครอบครัวที่เหลืออยู่ ทำให้มีความเครียดเพิ่มมากกว่าเดิม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจลดลง

4.3 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าญาติผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และหลังใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยลดลง เนื่องจากญาติผู้ดูแลหลักต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ที่มาดูแลผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิริระจำเป็นต้องหยุดงาน บางรายหยุดงานชั่วคราว แต่บางรายลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นภรรยา ส่วนใหญ่จะมีอาชีพเกษตรกรหรือรับจ้าง เมื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้มาจนเจ็ครอบครัว ภรรยาหรือผู้ดูแลที่มีลูกเล็ก บางครั้งต้องฝากลูกไว้กับคนอื่นที่บ้าน ในกลุ่มเป้าหมายมีญาติผู้ดูแลหลักเพศหญิง 1 ราย ที่จำเป็นต้องติดตามมาดูแลสามี ทำให้ไม่สามารถดูแลลูกที่มีอายุเพียง 2 เดือนได้ ต้องฝากลูกไว้ให้ยายดูแล โดยไม่ได้ทานนมแม่ จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลหลักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลหลักมีเวลาพบปะผู้คนรอบข้างน้อย ไม่สามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วยและทำกิจกรรมอื่นได้อย่างสมดุล (เพ็ญศิริ มรกต และคณะ, 2556) ส่งผลให้ คุณภาพชีวิตด้านนี้ลดลง

4.4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าญาติผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และหลังใช้รูปแบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยลดลง เนื่องจากญาติผู้ดูแลหลักต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เวลาส่วนตัวของญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นช่วงที่ผู้ป่วยหลับ ญาติผู้ดูแลหลักใช้เวลาส่วนนี้จัดการธุระส่วนตัว จัดการเสื้อผ้า จัดหาอาหารของตนเองและให้ผู้ป่วย ทำให้แทบจะไม่มีเวลาว่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ศรีตะวัน และ รัชนิกร อุปเสน (2560) ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีความอ่อนล้าทางอารมณ์ เกิดความเหนื่อยล้าสะสม ทำให้คุณภาพชีวิตด้านนี้ลดลง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะ ในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมฝึกอบรมทักษะการสนทนาในเชิงจิตวิทยาให้กับเจ้าหน้าที่ประจำอาคารและบุคลากรด้านสุขภาพ
2. ควรให้ความสำคัญในการจัดรูปแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมในด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในระหว่างที่พักในอาคารเย็นศิระ
3. ควรมีการประสานงาน ขอความร่วมมือจากหน่วยงานในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม ในการช่วยเหลือปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักได้ทันท่วงที

#### ข้อเสนอแนะ ของการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยความเหนื่อยล้าในการทำงานของกลุ่มผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในอาคารเย็นศิระ
2. ควรพัฒนาระบบจิตอาสาในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในอาคารเพื่อเป็นการให้การช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ประจำอาคาร และเป็นแหล่งเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยให้กับชุมชน รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ภายในมหาวิทยาลัย

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2561). สุขภาพจิต คืออะไร. (เว็บไซต์). สืบค้นจาก <http://dmh.go.th/fag/mentalhealth.asp>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). ของขวัญปีใหม่ 2558. (เว็บไซต์). สืบค้นจาก [http://www.bro.moph.go.th/html/downloads/policy\\_minister.pptx](http://www.bro.moph.go.th/html/downloads/policy_minister.pptx)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). “สธ”. ตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมก่อนกลับบ้าน. (เว็บไซต์). สืบค้นจาก <http://www.thaigov.go.th/>
- กังสดาล เฟื่องล่อง. (2556). *ภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภัยอันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- กัญญา บุญธรรมโม. (2556). ผลของการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองต่อภาวะ สูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33, 17-27.
- กัญญา ศรีตะวัน และ รัชณี อุปเสน. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลในชุมชน (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 308-314.
- กาญจนา รัตนธราช. (2555). *ผลการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลรามารัตน์ กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต: The end of Life Care*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานเศรษฐกิจและสังคม สำนักสถิติแห่งชาติ. (2559). การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558. (เว็บไซต์). สืบค้นจาก [www.m-society.go.th/article\\_attch/18392/20294.pdf](http://www.m-society.go.th/article_attch/18392/20294.pdf)
- เกรียงศักดิ์ วงศ์เมฆ. (2554). *ผลการให้การปรึกษารายบุคคลแบบพฤติกรรมนิยมต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา).
- เกษราวัลณ์ นิลรวงกูร. (2556). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ความเป็นมาและความเชื่อมโยง (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31, 23-27.
- จนณะจง เฟื่องจาด. (2556). การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน ลักขมี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *The Dawn of Palliative Care in Thailand*. (น. 25-42). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- จรรยา สุพรรณสถิตย์. (2556). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).

- จันทิมา องค์โฆษิต. (2547). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชัน จำกัด.
- จิราพร เสตกรณกุล, กุลธร เทพมงคล และ วริศรา รงค์ทอง. (2557). *รังสีรักษาในมะเร็งคอหอยส่วนบน*. เวชศาสตร์ทันยุค 2557. กรุงเทพฯ: พี.เอ.สีฟวิง จำกัด.
- ชลกร ศรบรรณ. (2556). *การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์).
- ชนุกร แก้วมณี. (2557). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 12, 15-28.
- ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส. (2555). ความปวดและการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20, 1-12.
- ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส, วริยา วชิราวัฒน์ และ อารมณ์ ดินาน. (2555). อาการที่บ่งชี้และการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีชนิดโคบอลต์ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20, 60-74.
- โชคนิตพัฒนา วิสุญ. (2557). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- ณิชา ไชยณรงค์. (2556). *ประสิทธิผลของโครงการสินเชื่อเพื่อพัฒนาชีวิตครูต่อคุณภาพชีวิตครูกรณีศึกษา ธนาคารออมสินเขตสุรินทร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- ฐิชาธิ์ศม์ พยอมยงค์. (2554). *ผลของการให้การปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของโรเจอร์สที่มีต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและความเข้มแข็งทางจิตใจของเด็กด้อยโอกาส*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ฐิติมา โพธิ์ศรี. (2550). *การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด, สุปรีดา มั่นคง และ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2552). การได้รับการตอบสนองความต้องการและการเผชิญความเครียดของญาติก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอวิกฤต (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *Rama Nurse Journal*, 17(1), 75-89.
- ดวงใจ ฆารประเดิม. (2554). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- ดวงมณี จงรักษ์. (2555). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.
- ดวงรัตน์ วงศ์เวไนย. (2552). *การฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังโดยชุมชน : กรณีศึกษา นิคมเสลภูมิ อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด).
- ดาวชมพู นาคะวิโร. (2556). *จิตบำบัดด้วยสติ: Mindfulness-based Psychotherapy*. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.



- ติรยา เลิศหัตถศิลป์. (2554). ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของจิตแพทย์ในประเทศไทย (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 437-438.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และ ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of Life Care Improving Care of The Dying*. (พิมพ์ครั้งที่ 2 น. 15-23). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ (1987).
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2556). Palliative Care ในประเทศไทย และเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์. ใน บุชยามาศ ชิวสกุลยง และ คณะ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative Care*. (น. 1-12). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- ทองมาก จันทร์เทียะ. (2560). วัดค่าประมง: ศูนย์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเชิงพุทธบูรณาการ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสาร มจร. พุทธปัญญาปริทรรศน์*, 2(1), 89-96.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2556). การศึกษาพยาบาลกับการดูแลแบบประคับประคอง. ใน ลักษณ์ ชาญเวช (บรรณาธิการ), *The Dawn of Palliative Care in Thailand*. (น. 2-20). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพะยอม จุลพันธ์, และ ยุพยงค์ พุฒธรรม. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23, 80-90.
- ธารณี เพชรรัตน์, กนกกาญจน์ กองพิธิ, ธารณี แสนสุขทวี, ... สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2560). ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(3), 269-275.
- ธีราพร สอนจิน. (2557). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการยอมรับตนเองของนักเรียนที่ครอบครัวแตกแยก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง).
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2543). การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน (เว็บบล็อก). สืบค้นจาก <http://www.ednet.kku.ac.th/OLD/QUan&Quall>
- นพดล วรพันธนายุด. (2559). *การให้การปรึกษาเพื่อพัฒนาผู้เรียน: การวิเคราะห์ห่อภิมาน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา).
- นพมาศ อึ้งพระ. (2554). พฤติกรรมทางสังคมใน สิรอร วิชชาวุธ และ คณะผู้เขียน (บรรณาธิการ), *จิตวิทยาทั่วไป*. (น. 342-382). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นพรุจน์ อุทัยทวีป. (2560). *ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของโรเจอร์สที่มีต่อการเข้าถึงของนักศึกษา มหาวิทยาลัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

- นลินี ควรรคร. (2556). ผลการพัฒนาคุณค่าในตนเองของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดนครพนมโดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีอัตถิภาวนิยม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม).
- นิสราน คำมณี. (2560). การพัฒนาการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงอยู่ของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานหญิง (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 25(48), 59-77.
- บุญทิศา สุวิทย์, ขจี พงศธรวิบูลย์, ชูจิตร หวังขจรเกียรติ, และ สุณี พนาสกุลการ. (2560). การประเมินความจำเป็นของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). วารสารพยาบาลทหารบก, 18(2), 194-202.
- บุญยพัชร ปิยะบุญศิริ. (2547). ภาวะสุขภาพจิต การวางแผนชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธรจังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศิลปากร).
- ปิยนาด กุยสาคร. (2552). การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ผกาพรรณ นันทะเสน. (2557). ผลการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามทฤษฎีอัตถิภาวนิยมเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง).
- พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์, พรศิริ พันธสี และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมนิยม. (2552). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต, 4(1), 39-52.
- พวงศิลป์ ทองคำ. (2556). คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการครูในอำเภอวังสมบูรณ์ สังกัดสำนักงานเขตการศึกษาประถมศึกษาสระแก้ว เขต 1. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา).
- พลากร ดวงเกตุ. (2553). ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย พ.ศ. 2551. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- พัสมณต์ คุ่มทวีพร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: ฮายาบุสะ กราฟฟิค.
- พิมพ์พนิต ภาตรี. (2557). ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- พิศุทธิภา เมธิกุล. (2554). ประสบการณ์สูงวัยอย่างประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุไทยที่มีสุขภาพจิตสูง : การวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่ผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

- พริยา เบ็ญฮาวัน, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ และ ถนอมศรี อินทนนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางร่วมกับการใช้ศิลปะต่อความเครียดของเด็กกำพร้าจากสถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 7(1), 15-24.
- เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานันต์ และ เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2556). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. ใน *การประชุมหาตใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 : การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย*, (น. 90-96). (รายงานการประชุม) สืบค้นจาก [www.hu.ac.th/conference/conference2013/.../pdf/.../718\\_90-97.pdf](http://www.hu.ac.th/conference/conference2013/.../pdf/.../718_90-97.pdf)
- ภาวดี ปรีชาวิทยากุล. (2548). ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24, 71-84.
- ภาวินี ศรีสันต์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31, 122-132.
- ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). Psychiatric Assessment and Management in Palliative Care. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of Life Care Improving Care of The Dying*. (พิมพ์ครั้งที่ 2 น. 78-99). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์ (1987).
- ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2556). การกลับมารักกันอีกครั้งของแพทย์และจิตวิญญาณ. ใน ลักขมีชาญเวช (บรรณาธิการ), *The Dawn of Palliative Care in Thailand*. (น. 162-168). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ภูริทัต สิงหเสม. (2556). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน: Psychology in Daily Life*. สงขลา: นำศิลป์โฆษณา จำกัด.
- มีตะ เหมมาน, กิตติกร นิลมานันต์ และ เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2560). ประสบการณ์ผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลทหารบก*. 18, 185-193.
- เมธี นิมนวล. (2558). *การให้การปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์ลักษณะบุคคลและองค์ประกอบเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อยาบ้าของผู้ต้องขังคดีค้ายาบ้าในเรือนจำกลางบางขวาง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).
- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (ม.ป.ป). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. (เว็บบล็อก). สืบค้นจาก <http://www.rlc.nrct.go.th>
- ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์, วรรณภา ประไพพานิช และ สุปรีดา มั่นคง. (2559). ความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังออกจากโรงพยาบาล (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 17-30.

- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์. (ม.ป.ป). การดูแลแบบประคับประคองเพื่อการไปดี. (เว็บไซต์). สืบค้นจาก <http://www.tdri.or.th>.
- วรรณกานต์ ประไพ์ทั้ง, อมรรัตน์ ศรีอำไพวารกรณ์ และ ภาณุ อดดกลิ่น. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารกรมการแพทย์*, 41(6), 126-131.
- วรรณดี สุทธินรากร. (2556). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: การวิจัยในกระบวนการทัศนทางเลือก*. กรุงเทพมหานคร: สยามปริทัศน์.
- วรรณดี สุทธินรากร. (2556). *การวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสร้างสรรค์สร้าง*. กรุงเทพมหานคร: สยามปริทัศน์.
- วรรณภรณ์ พัฒนินบูลย์, จีรพันธ์ ประทุมอ่อน และ จุฬาลักษณ์ แก้วมะไฟ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30, 68-77.
- วรรณมน นูรณ์รัช. (2557). ทัศนะ การปรับตัวและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคร้ายแรงที่มีภาวะใกล้ตายที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาลัยทักษิณ*, 9, 111-128.
- วิทย์ยา กุลเกลี้ยง. (2556). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- วารภรณ์ ไชยตาล และ อรพรรณ งามเมือง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการพักการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่ กลุ่มงานการพยาบาลรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. (เว็บไซต์). สืบค้นจาก <http://www.lpch.go.th/km/index.php/km/read/3/220>.
- วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ และ สิริพร บุญเจริญพานิช. (2560). คุณภาพชีวิตข้าราชการบำนาญ กองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 244-250.
- วัชรีย์ ต่อณี. (2561). ระดับความปวดและปัจจัยที่มีผลกับอาการปวดในผู้ป่วยระยะท้าย (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วิสัยทัศน์สาร*, 44(1), 1-4.
- วัชรีย์ ทรัพย์มี. (2547). *ทฤษฎีการให้การปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2013). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21, 25-32.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและส่งเสริมคุณภาพชีวิต (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลรามาศิบัติ*, 20, 10-22.
- วาสนา สวัสดิ์นันทนาท, อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์ และ ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 144-153.

- วิชาภา อู่ดวง, ยูวดี วิทยพันธ์, พิมลลักษณ์ ดำเนียร, อัญญารัตน์ มุสิกกะ, วิวัฒนา หาญกล้า และ สุนีย์ ละท่าทอง (2558). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารโรคมะเร็ง*, 35, 14-25.
- วิเชียร ศรีมนินทร์นิมิต, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงษ์ และ สุสวาท เลหาวินิจ. (2555). *ทำความเข้าใจกับมะเร็งกันเถอะ*. กรุงเทพฯ: American cancer society และ Pfizer foundation.
- วิรัช วุฒิภูมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และ สิริินทร์ ศาสตราอนุรักษ์. (2542). Palliative Care: วิถีแห่งการคลายทุกข์ ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (บรรณาธิการ), *Palliative Care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการวิถีแห่งการคลายทุกข์*. (น. 3-10). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด.
- วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุทธ. (2560). การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายแบบประคับประคอง กรณีศึกษาหออผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลวิทยาลัยอัลเบิร์ตลูตวิกส์ ไพรบวร์ก สหพันธรัฐเยอรมนี (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4, 345-359.
- วิลาวรรณ พรหมชาติ. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา กับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง).
- วิลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- วิวัฒนา ถนอมเกียรติ. (2557). *รัตนซีวีร์กซ์*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- ศรัณย์ ศรีคำ, วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี และ เตชา ลลิตอนันต์พงษ์. (2557). ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(2), 139-150.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2557). การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนไทย. ใน ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย: Who Cares? We Do!* (น. 1-9). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ศิริพร เสมสาร และ สุชีรา ชัยบุลย์ธรรม. (2560). กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคอง : บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *Rama Nurse Journal*, 23(1), 11-26.
- ศรินันท์ กิตติสุขสถิต, เณิณพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และ จรัมพร ให้อายอง. (2557). *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, การดา อิมสงวน และ กนกพร สุคำวัง. (2013). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *พยาบาลสาร*, 40, 35-46.
- ศุภลักษณ์ เอกอุเวกุล. (2556). *การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

ศุภศิริ เชียงตา, วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์ และ อรพรรณ โตสิงห์. (2560).

การศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองระหว่างผู้ป่วยมะเร็ง  
ศีรษะและคอกับผู้ดูแล (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(2), 31-48.

สกล สิงหะ. (2556). อรุโณทัยแห่งหัวใจที่เยียวยา. ใน ลักษณ์ ชาญเวช (บรรณาธิการ), *The Dawn of Palliative Care in Thailand* (น. 2-5) กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

สนทยา ทองรุ่ง. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับตัวต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร  
มหาวิทาลัยนเรศวร).

สมปอง พะมูลิลา. (ม.ป.ป). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. (เว็บบล็อก). สืบค้นจาก

<http://www.nurse.ubu.ac.th>

สมพร เทพสุริยานนท์ และ วีระนุช มยุเรศ. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
สุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี  
(ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31, 24-33.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). ภาวะจิตใจและโรคมะเร็ง: Psycho-Oncology, *โรคกังวลและเวช  
ปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

\_\_\_\_\_ . อาการวิตกกังวลในโรคมะเร็ง: Anxiety in Cancer, *โรคกังวลและเวช  
ปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมาภรณ์ เทียนขาว. (2555). กระบวนการให้การปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมสายหลังสมัยใหม่เพื่อ  
การสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญา  
ดุสิตบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

สันต์ หัตถ์กัณฑ์. (2552). *การดูแลให้ตายดี*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม  
(ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสภาการพยาบาล*, 29, 22-28.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปสถิติที่สำคัญ 2557*. (เว็บบล็อก).  
สืบค้นจาก

<http://bps.moph.go.th/sites/default/file/srupsthitthisamkhayr2557.pdf>

สิริกานดา กอแก้ว. (2557). ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุขใน  
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร  
มหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2552). การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุสิตบัณฑิต  
มหาวิทาลัยขอนแก่น).

สุใจ ส่วนไพโรจน์. (2555). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. เอกสารโครงการ  
สนับสนุนผลิตตำรา คณะศึกษาศาสตร์ : ปัตตานี.

- สุดารัตน์ จ๊ะถา. (2556). *สุขภาพจิตของนิสิตหญิงหลังปริญญาผู้ใช้เฟซบุ๊ก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สุนีย์ ฟังสูงเนิน. (2556). *ภาวะโภชนาของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และ ศุภร วงศ์วาทัญญู. (2559). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง : การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสหภาพพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุปรียา ชัยพัฒนาการ, วงจันทร์ เชษฐเชียร และ ชัชชัย ปรีชาไว. (2556). ความรู้และความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดด้วยยาน้ำมอร์ฟิน: เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและ ผู้ดูแล (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31(1), 21-30.
- สุพัตรา อุนิสากร. (2556). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33, 37-48.
- สุพิศ สงนวล. (2549). *ประสบการณ์เยี่ยมเวลาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความ ผาสุกทางจิตวิญญาณ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- สุภัทร์ สุปงกช, นุจรี ประทีปปะวงนิช จอห์นสัน, อรโพธิณีย์ เผื่อนพินิจ, หทัยกาญจน์ สายทรัพย์ และ กัญญาณัฐ เนตรสถิตย์. (2557). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต้นและระยะลุกลาม (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 9, 175.
- สุรัชย์ มณีเนตร และ ชนกพร จิตปัญญา. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ และท่อน้ำดี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสาร มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 24-35.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร, สมจิตต์ ลุประสงค์ และ สมจิต นันทกมลวารี. (2557). การบูรณาการภูมิปัญญาไทย ในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32, 14-24.
- เสาวณี เตชะพัฒนางษ์. (2553). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ*. (สารนิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรจน์).
- เสาวลักษณ์ แสนโรจน์. (2559). *การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนระดับหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- แสงระวี แทนทอง, อำภพร นามวงศ์พรหม และ น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2559). ประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(1), 40-47.
- แสงเดือน โยธาศรี. (2553). *ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มมาราธอนตามทฤษฎีแนวคิดยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อสุขภาพจิตคนพิการ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัย บุรพา).

- หทัยชนก เผ่าวีริยะ. (2557). *ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ไหมมูนี่ คลังซ้อง. (2554). สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารวิชาการ อัล-ฮิกมะฮ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา*, 1, 37-47.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล, สุทิดา เจริญสิน และ ชลธิชา ศรตินันท์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมภาวะทางจิตวิญญาณกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารเกื้อการุณย์*, 17, 66-80.
- อรุณทัย พุทธสิมมา. (2556). *การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัส*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร).
- อัญชลี วิเศษสุนศิลป์, วาสนา สารการ, วีระนุช มยุเรศ และ ทศนี จังกาจิตต์. (2556). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษพระปฐมบรมราชสุริยวงศ์ 5 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31, 20-30.
- อัมพัชร์ พุฒิตราเศรษฐ์, สุพร ดนัยดุซฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์ และ กิตติพงษ์ พิณรุโสภาณ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดลูกหมากออกทั้งหมด (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 100-106.
- อุกฤษฏ์ มลิทินทางกูร และ จเด็จ ธรรมธัชอารี. (2557). Seamless Palliative Care. ใน ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย: Who Cares? We Do!* (น. 10-18). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- อุบลวรรณ ภาวานันท์. (2554). ความรู้เบื้องต้นทางจิตวิทยา. ใน สิริอร วิชชาวุธ และ คณะผู้เขียน (บรรณาธิการ), *จิตวิทยาทั่วไป*. (น. 1-29). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เอกสารมดี. (2556). สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (ครั้งที่ 2) แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต. (เว็บบล็อก). สืบค้นจาก <http://thailivingwill.in.th/default/files>
- เอี่ยมแข สุขประเสริฐ. (2554). Cancer Theraphy. (เว็บบล็อก). สืบค้นจาก <http://www.thaihp.org/index2>
- Bergdahl, E., Benzein, E., Ternstedt, B. M., & Andershed, B. (2011). Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: An action research approach. *Nursing Inquiry*, 18(2), 111-122. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00527>.



- Bradley, S., Rose, S., Lutgendorf, S., Costanzo, E., & Anderson, B. (2006). Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, *100*(3), 479–486. <http://doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.08.023>
- Denny, K. J. (2011). Instrumental variable estimation of the effect of prayer on depression. *Social Science and Medicine*, *73*(8), 1194–1199. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.004>
- Dionne-Odom, J. N., Azuero, A., Lyons, K. D., Hull, J. G., Tosteson, T., Li, Z., ... Bakitas, M. A. (2015). Benefits of early versus delayed palliative care to informal family caregivers of patients with advanced cancer: Outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, *33*(13), 1446–1452. <http://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.7824>
- Duncan, M. K. W., & Blugis, A. (2011). Maslow's needs hierarchy as a framework for evaluating hospitality houses' resources and services. *Journal of Pediatric Nursing*, *26*(4), 325–331. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.04.003>
- Foundation, T. H. (2014). Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care, (January), 37. <http://doi.org/978-1-906461-56-0>
- Get-Kong, S., Hanucharunkul, S., McCorkle, R., Viwatwongkasem, C., Junda, T., & Ittichaikulthol, W. (2010). Symptom experience, palliative care and spiritual well-being among Thais with advanced cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *14*(3), 219–234. <http://doi.org/104954378>
- Gomes, B. (2015). Palliative care: If it makes a difference, why wait? *Journal of Clinical Oncology*, *33*(13), 1420–1421. <http://doi.org/10.1200/JCO.2014.60.5386>
- Gunjur, A. (2015). Early in-patient palliative care consultation saves costs. *The Lancet Oncology*, *16*(7), e321. [http://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00075-3](http://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00075-3)
- Jackson, J. C., Santoro, M. J., Ely, T. M., Boehm, L., Kiehl, A. L., Anderson, L. S., & Ely, E. W. (2014). Improving patient care through the prism of psychology: Application of Maslow's hierarchy to sedation, delirium, and early mobility in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, *29*(3), 438–444. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.01.009>
- Jarrett, N., Porter, K., Davis, C., Addington-Hall, J., Duke, S., Corner, J., & Lathlean, J. (2015). The networks of care surrounding cancer palliative care patients. *BMJ Supportive and Palliative Care*, *5*(4), 435–442. <http://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000782>

- Kelley, M. Lou, Kaasalainen, S., McKee, M., Marcella, J., Gaudet, A., & McAnulty, J. (2015). WA22 “it’s hard to watch people die for a living”: embedding the palliative approach into the organisational culture of long term care homes using participatory action research. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5 Suppl 1(Suppl 1), A7. <http://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000906.22>
- Lie, H. C., Hjerstad, M. J., Fayers, P., Finset, A., Kaasa, S., & Loge, J. H. (2015). Depression in advanced cancer - Assessment challenges and associations with disease load. *Journal of Affective Disorders*, 173, 176–184. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.006>
- M Kendall,1 E Carduff,1,2 A Lloyd,1 B Kimbell,1 H Pinnock, 1 S A Murray1. (2014). Dancing To A Different Tune: Living and Dying With Cancer, Organ Failure And Physical Frailty. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(1), 101–103.
- May, P., Garrido, M. M., Cassel, J. B., Kelley, A. S., Meier, D. E., Normand, C., ... Morrison, R. S. (2015). Prospective cohort study of hospital palliative care teams for inpatients with advanced cancer: Earlier consultation is associated with larger cost-saving effect. *Journal of Clinical Oncology*, 33(25), 2745–2752. <http://doi.org/10.1200/JCO.2014.60.2334>
- Rezaei, M., Adib-Hajbaghery, M., Seyedfatemi, N., & Hoseini, F. (2008). Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14(2), 90–97. <http://doi.org/10.1016/j.ctcp.2008.01.001>
- Riffin, C., Pillemer, K., Chen, E. K., Warmington, M., Adelman, R. D., & Reid, M. C. (2015). Identifying key priorities for future palliative care research using an innovative analytic approach. *American Journal of Public Health*, 105(1), e15–e21. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302282>
- World Health Organization. (2014). Mental health: a state of well-being // Update August, 2016, (August). Retrieved from <http://bit.ly/1d0EFej>
- World Health Organization (WHO). (2018). Key facts: What causes cancer ? *World Health Organization*, (February), 1–9. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Zalenski, R. J., & Raspa, R. (2006). Maslow’s Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1120–1127. <http://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1120>

Prince of Songkla University  
Pattani Campus  
ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. นายแพทย์เอ็มนิธิ มินทรศักดิ์ จิตแพทย์ โรงพยาบาลปัตตานี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาฟีฟี ลาเต๊ะ อาจารย์ภาควิชาประเมินผลและการวิจัยทาง การศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
3. คุณกาวดาวศรี ตูลารธรรมกิจ พยาบาลสังกัดหน่วยรังสีรักษาและมะเร็งรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีประสบการณ์ในความรู้การดูแลแบบประคับประคอง มีผลงานการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงบทความทางวิชาการ หนังสือ และเป็นวิทยากรที่ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เป็นระยะเวลา 10 กว่าปี

Prince of Songkhla University  
Pattani Campus

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

ภาคผนวก ข

เอกสารแสดงผลการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หน่วยส่งเสริมการวิจัย  
งานหลักสูตรและพัฒนาคุณภาพ



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริการการศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี โทร. ๒๕๕๑

ที่ มอ ๐๐๑.๐๒/๓๖๓

วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ผลการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน นายอัศวิน ยะโกะ (นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์และการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์)

ตามที่ท่านได้ยื่นเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง การพัฒนา  
รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ (A Development  
model of Palliative Care among Patients Undergoing Radiotherapy at Yensira Building)  
(เลขที่โครงการ REC Number:psu.pn.๒-๐๕๐/๖๐) นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ และการศึกษา  
ประจำมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ได้พิจารณาแล้ว มีมติรับรองโครงการวิจัยของท่าน แบบเร่งรัด และขอส่งหนังสือรับรอง  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

*Dr. S. Kerdin*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรียา ไชยลังกา)  
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

IPPI



Pn2-C2/1.0

## Certificate of Approval

The Research Ethics Committee for Humanities, Social Sciences and Education  
Prince of Songkla University, Pattani Campus

REC Number : psu.pn.2-040/60

ชื่อโครงการ : การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ

Project titled : A Development model of Palliative Care among Patients Undergoing

Radiotherapy at Yensira Building

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นายอัคบาร์ ยะโกะ

Principle Investigator : Mr.Akabar Yakoh

หน่วยงานที่สังกัด คณะศึกษาศาสตร์

Affiliation of PI : Faculty of Education

co-investigators : -

Review Method : Expedited

Documents acceptances :

1. Submission Form
2. Self-Assessment Form
3. Information sheet for research participant
4. Informed Consent from
5. Research Project
6. Research tool

have been reviewed by the Human Research Ethics Committee is in full compliance with the Declaration of Helsinki and the Belmont Report. Please submit the report at least once annually or submit the final report if finished.

Assoc. Prof. Dr. Theeraphong Kaenin  
Chairman of Human Research Ethics Committee

Date of approval : 22 May 2017

Date of expiration : 22 May 2018

ภาคผนวก ค  
เอกสารแสดงผลการพิจารณารับรองเครื่องมือวิจัย แบบวัดสุขภาพจิต





ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐  
โทร. ๐๒-๒๐๑-๑๙๒๙ โทรสาร ๐๒-๓๔๕-๗๒๙๙

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๕/๕๑๐  
วันที่ มิถุนายน ๒๕๖๑  
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน นายอัศวิน ยะโกะ

ตามหนังสือคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี โดยนายอัศวิน ยะโกะ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาจิตวิทยาการปรึกษา แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ เพื่อใช้ประกอบการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ภาควิชาฯ โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นประโยชน์ และสมควรสนับสนุนอย่างยิ่ง จึงอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

“มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม”

ภาคผนวก ง  
เอกสารแสดงผลการพิจารณารับรองเครื่องมือวิจัย แบบวัดคุณภาพชีวิต

ที่ สธ ๐๘๒๙.๘/พิเศษ



โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต  
๑๓๑ ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา  
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๐๐

๖ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฯ

เรียน นายอัคบาร์ ยะโกะ

อ้างถึง หนังสือคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ลงวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๑

ตามที่ท่านได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เพื่อใช้ในงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในอาคารเย็นศิระ นั้น

กระผมพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามฯในการทำวิจัยดังกล่าวได้ ตามความประสงค์

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล)  
นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านจิตเวช

สำนักงานผู้อำนวยการ

โทร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๐๐ ต่อ ๖๐๑๑๒

โทรสาร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๙๕

E-mail [suanprung@suanprung.go.th](mailto:suanprung@suanprung.go.th)

Prakob University

ภาคผนวก จ

แสดงผลการประเมินรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองตามกรอบมาตรฐานการประเมิน

Prakob

ตารางที่ 8 แสดงผลการประเมินรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองตามกรอบมาตรฐานการประเมิน (Evaluation Standards)

ประเด็นติดตาม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
<b>ด้านอรรถประโยชน์ (Utility)</b>			
1. มีการระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน (Stakeholder Identification)	4.00	0.00	ดีมาก
2. ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย (Evaluator Credibility)	4.00	0.00	ดีมาก
3. ให้ข้อมูลการโครงการและรูปแบบการดูแลและขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจน (Information Scope and Selection)	3.33	0.58	ดี
4. ผลกระทบที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการดำเนินการ (Evaluation Impact)	3.33	0.58	ดี
<b>ด้านความเหมาะสม (Feasibility)</b>			
1. มีขั้นตอนปฏิบัติที่ชัดเจน (Practical Procedures)	3.33	0.58	ดี
2. ระบุค่าใช้จ่ายในระหว่างดำเนินการวิจัยได้ชัดเจน (Cost Effectiveness)	3.33	0.58	ดี
<b>ด้านความถูกต้อง (Propriety)</b>			
1. มีข้อตกลงอย่างเป็นทางการ (Formal Agreement)	3.33	0.58	ดี
2. เคารพสิทธิของมนุษย์ (Rights of Human Subjects)	3.67	0.58	ดี
3. ขอบเขตการเปิดเผยผลการวิจัย (Disclosure of Findings)	3.00	0.00	ดี
<b>ด้านความเที่ยงตรง (Accuracy)</b>			
1. เอกสารการดำเนินโครงการที่ชัดเจน (Program Documentation)	3.67	0.58	ดี
2. มีวัตถุประสงค์และขั้นตอนที่อธิบายได้ (Described Purposes and Procedures)	4.00	0.00	ดีมาก
3. ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง (Valid Information)	4.00	0.00	ดีมาก
4. ข้อมูลเชื่อถือได้ (Reliable Information)	3.67	0.58	ดี

ภาคผนวก ฉ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้รับบริการในระยะที่ 3 ของงานวิจัย

ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้รับบริการ (n = 29)

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้ป่วย		ญาติผู้ดูแลหลัก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)				
< 30	2	14.3	3	20.0
31-40	2	14.3	0	0.0
41-50	5	35.7	6	40.0
51-60	1	7.1	4	26.7
> 61	4	28.6	2	13.3
2. เพศ				
ชาย	9	64.3	5	33.3
หญิง	5	35.7	10	66.7
3. ศาสนา				
พุทธ	8	57.1	7	46.7
อิสลาม	6	42.9	8	53.3
4. สถานภาพสมรส				
โสด	3	21.4	3	20.0
สมรส	9	64.3	11	73.3
หม้าย/หย่า	2	14.3	1	6.7
5. การศึกษา				
ประถมศึกษา	8	57.1	9	60.0
มัธยมศึกษา	4	28.6	6	40.0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2	14.3	0	0.0
6. อาชีพ				
เกษตรกร	5	35.7	6	40.0
รับจ้าง	5	35.7	2	13.3
ค้าขาย	2	14.3	2	13.3
นักเรียน, นักศึกษา	1	7.1	1	6.7
อื่น ๆ	1	7.1	4	26.7
7. สิทธิการรักษา				
ประกันสังคม	1	7.1	-	-
ประกันสุขภาพ	12	85.7	-	-
ต้นสังกัดข้าราชการ	1	7.1	-	-
8. ความสัมพันธ์				
บิดา/มารดา	2	14.3	3	17.2
คู่สมรส	8	57.1	9	58.6
บุตร	1	7.1	1	6.9
ดูแลตัวเอง	3	21.4	2	13.3

Prince of Songkla University  
Pattani Campus  
ภาคผนวก ช  
แบบสอบถาม



**คำชี้แจง** ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) จำนวน 3 ข้อ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป โปรดทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง

- 1) เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
- 2) อายุ ..... ปี
3. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( ) อื่นๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่า ( ) หม้าย
5. วุฒิการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ ( ) เกษตร ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย ( ) พนักงานของรัฐ ( ) ข้าราชการ ( ) นักเรียน นักศึกษา ( ) ธุรกิจส่วนตัว ( ) อื่นๆ(ระบุ).....
7. ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลัก ( ) บิดา มารดา ( ) คู่สมรส ( ) บุตร ( ) อื่นๆระบุ.....
8. สิทธิในการรักษา.....
9. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

**ส่วนที่ 2** ข้อคำถามของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

1. ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเป็นอย่างไร(ช่วงเวลาใดบ้าง)

.....  
 .....

2. ความต้องการการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ ร่างกายและสภาพจิตใจในระหว่างที่พักรักษาตัวที่อาคารเย็นศิระเป็นอย่างไร

.....  
 .....

3. ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและกิจกรรมทางสังคมอย่างไรบ้าง

.....  
 .....

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้มีคำถาม 2 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามสำหรับผู้ให้บริการ (ญาติ) จำนวน 3 ข้อ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( ) อื่นๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่า ( ) หม้าย
5. วุฒิการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา  
( ) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ ( ) เกษตร ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย ( ) พนักงานของรัฐ ( ) ข้าราชการ ( ) นักเรียน  
นักศึกษา ( ) ธุรกิจส่วนตัว ( ) อื่นๆ (ระบุ).....
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ( ) บิดา มารดา ( ) คู่สมรส ( ) บุตร ( ) อื่นๆ (ระบุ).....
8. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

**ส่วนที่ 2** ข้อคำถามของผู้รับบริการ (ญาติ)

1. ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเป็นอย่างไร(ช่วงเวลาใดบ้าง)

.....  
.....

2. ความยากลำบากในการช่วยเหลือผู้ป่วยในระหว่างที่พักรักษาตัวที่อาคารเย็นศิระเป็นอย่างไร

.....  
.....

3. ในระหว่างที่ท่านได้พักที่อาคารเย็นศิระ ท่านได้รับการจากเจ้าหน้าที่ด้านใดบ้าง และมี  
ความต้องการในการดูแลเพิ่มเติมอย่างไรบ้างจากเจ้าหน้าที่อาคารเย็นศิระ

.....  
.....

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้มีคำถาม 2 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามของผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่ประจำอาคาร) จำนวน 3 ข้อ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป โปรดทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( ) อื่นๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่า ( ) หม้าย
5. วุฒิการศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
6. ตำแหน่ง.....
7. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

**ส่วนที่ 2** ข้อคำถามของผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่ประจำอาคาร)

1. ประสบการณ์ทำงานของท่านก่อนที่จะมาทำงานที่อาคารเย็นศิระ และเหตุผลใดที่ทำให้ท่านได้เข้ามาทำงานให้บริการที่อาคารเย็นศิระ

.....  
 .....

2. สภาพการทำงานของท่านในปัจจุบันรับผิดชอบด้านใดบ้าง

.....  
 .....

3. สภาพทั่วไปของท่าน (จิตใจ/ร่างกาย/สังคม) ณ.ปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....  
 .....

4. ปัจจุบันทางอาคารมีแนวทางใดบ้างในการดูแลผู้ป่วยและแนวทางใดน่าจะเพิ่มเข้ามา

.....  
 .....

## ตัวอย่างข้อคำถามสุขภาพจิต (Thai GHQ-28)

1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี

ก. ดีกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. แย่กว่าปกติ ง. แย่กว่าปกติมาก

2. รู้สึกต้องการยาบำรุงกำลังวังชา

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

3. รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

4. รู้สึกไม่สบาย

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

5. เจ็บหรือปวดบริเวณศรีษะ

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

6. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศรีษะ

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

.

.

.

.

.

.

.

.

.

24. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

25. คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่อยากจะทำชีวิตตัวเอง

ก. ไม่อย่างแน่นอน ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน ง. มีแน่ๆ

26. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

27. พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้นๆ

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

28. พบว่ามีความรู้ที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ

ก. ไม่อย่างแน่นอน ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน ง. มีแน่ๆ

ตารางที่ 10 ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิต

ข้อที่	ข้อคำถาม	ความรู้สึก				
		5	4	3	2	1
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดตอ ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ มากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
	.					
	.					
	.					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากนัก เพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากนัก เพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อย แค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี เพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศ ขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือ การมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความпенอยู่) อยู่ในระดับใด					

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

ภาคผนวก ซ

คำดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับเนื้อหา (IOC)

ตารางที่ 11 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับเนื้อหา (IOC)

แบบสัมภาษณ์สำหรับ ผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

รายการประเมิน	คะแนนความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC ที่ได้
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับสภาพ ปัจจุบันและปัญหาของผู้รับบริการ	1	1	1	3	1.0
2. ครอบคลุมในวัตถุประสงค์ของการวิจัย	1	1	1	3	1.0
3. ความเหมาะสมของขนาดตัวอักษร	1	0	1	2	0.7
4. การใช้ภาษามีความกระชับเข้าใจง่าย	1	0	1	2	0.7
5. ความเหมาะสมของจำนวนข้อคำถาม	1	1	1	3	1.0

แบบสัมภาษณ์สำหรับ ผู้รับบริการ (ญาติผู้ดูแลหลัก)

รายการประเมิน	คะแนนความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC ที่ได้
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับสภาพ ปัจจุบันและปัญหาของผู้รับบริการ	1	1	1	3	1.0
2. ครอบคลุมในวัตถุประสงค์ของการวิจัย	1	1	1	3	1.0
3. ความเหมาะสมของขนาดตัวอักษร	1	0	1	2	0.7
4. การใช้ภาษามีความกระชับเข้าใจง่าย	1	1	1	3	1.0
5. ความเหมาะสมของจำนวนข้อคำถาม	1	1	1	3	1.0

แบบสัมภาษณ์สำหรับ ผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่ประจำอาคาร)

รายการประเมิน	คะแนนความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC ที่ได้
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับสภาพ ปัจจุบันและปัญหาของผู้รับบริการ	1	0	1	2	0.7
2. ครอบคลุมในวัตถุประสงค์ของการวิจัย	1	0	1	2	0.7
3. ความเหมาะสมของขนาดตัวอักษร	1	0	1	2	0.7
4. การใช้ภาษามีความกระชับเข้าใจง่าย	1	0	1	2	0.7
5. ความเหมาะสมของจำนวนข้อคำถาม	1	1	1	3	1.0

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

ภาคผนวก ฅ  
ตัวอย่างการสัมภาษณ์



### ตัวอย่างการสัมภาษณ์ สำหรับระยะที่ 1 ของโครงการวิจัย

ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง บริเวณคอ อายุ 27 ปี ชื่อ มาน (นามสมมุติ)

คำถาม : ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเป็นอย่างไร (ช่วงเวลาใดบ้าง)

คำถาม : ความต้องการการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ ร่างกายและสภาพจิตใจในระหว่างที่พักรักษาตัวที่อาคารเย็นศิระเป็นอย่างไร

คำถาม : ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและกิจกรรมทางสังคมอย่างไรบ้าง

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้วิจัย : แนะนำตัว พร้อมอธิบายโครงการวิจัยให้ผู้ป่วยฟัง

มาน : เริ่มอยู่อาคารตั้งแต่วันศุกร์ มาฉายแสง 35 แสง ตอนนี้ฉายไปแล้ว 9 แสง

ผู้วิจัย : มาอยู่ตั้งแต่วันศุกร์ ทำไมถึงฉาย 9 ครั้งไปแล้ว

มาน : มาอยู่ที่นี่ 3 อาทิตย์แล้ว ตั้งแต่อายุโรงพยาบาล

ผู้วิจัย : แล้วฉายแสงตอนไหนครับ

มาน : บ่าย 2 ทุกวัน

ผู้วิจัย : เดินไปหรือครับ

มาน : นั่งรถตุ๊กตุ๊กไป

ผู้วิจัย : ของทางอาคารหรือจ่ายเงินเอง

มาน : จ่ายเอง ไปได้กลับ 40 บาท 2 คน 80

ผู้วิจัย : ของอาคารมีตอนเที่ยง รอรถลงถ้ามเจ้าหน้าที่ดู รถตุ๊กตุ๊กมีทั้งเวลาไปและกลับ

มาน : ตอน 8 โมงรู้ แต่ตอนอื่นไม่รู้

ผู้วิจัย : อยู่ปัตตานีทำอาชีพอะไรครับ

มาน : ไม่ได้อยู่ปัตตานี แต่อยู่ประเทศมาเลเซีย 5 ปีแล้ว ทำอาชีพประมงอยู่

ผู้วิจัย : ตั้งแต่ป่วยก็หยุดงานเลยใช่มั๊ย

มาน : กินยาก่อนเป็นปี ยังไม่หาย และกลับมาเมืองไทยเลยกลับมาหาหมอ

ผู้วิจัย : มีใครสอนล้างแผลหรือยัง (ผู้วิจัยสังเกตเห็นผู้ป่วยเจาะท้อง เพื่อให้อาหารทางสายยาง)

มาน : ล้างแผลเอง ให้น้องสาวยกสายขึ้น แล้วล้างเอง อยากล้างเองมากกว่า กลัวน้องทำแล้วเจ็บ เลยขอล้างแผลเองดีกว่า มีหนองออกมารอบๆสายยาง ตรงบริเวณนี้ยังบวมๆอยู่ พยาบาลนัดอีกครึ่งวันที่ 19 ตุลาคม นี้

ผู้วิจัย : ที่นี่มีผู้ช่วยพยาบาลช่วยดูให้ ถ้าไม่แน่ใจให้เค้าดูให้ก็ได้ ให้เค้าช่วยสอนให้ มีอุปกรณ์ล้างแผลหรือยัง สามารถเบิกได้ ตั้งแต่ป่วยใครมาช่วยดูแล เรื่องค่าใช้จ่าย

มาน : พี่ๆมาช่วย มีพี่น้องเยอะ 14 คน เมื่อก่อนคนชายกลับไป ตอนนี้น้องสาวมาอยู่ต่อ ตอนนี้พักที่ชั้น 1 เพียง 4 เติมน้ำไม่ไหว น้องสาวปิดเทอมมาช่วยเฝ้าให้ พอเปิดเทอมให้น้องอีกคนมาเฝ้า

ผู้วิจัย : พาน้องสาวฝึกล้างแผลกับพี่นุช (เจ้าหน้าที่อาคาร ทำหน้าที่ช่วยล้างแผลผู้ป่วย) แล้วพี่น้อง 14 คนนี้ ทำงานที่มาเลยหมดเลยไหม

มาน : ไม่ มีเราคนเดียว เป็นพี่คนที่ 3 บางคนแต่งงานแล้ว

ผู้วิจัย : แล้วเหนื่อยหรือยัง ไม่อยากกรบกรนเยอะ

หลังจากพูดคุยเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ป่วยไปพบพี่นุช เพื่อให้ช่วยดูแลและสอนล้างแผลแก่ผู้ป่วยและน้องสาว

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

### ตัวอย่างการสัมภาษณ์ สำหรับระยะที่ 1 ของโครงการวิจัย

ญาติ อายุ 40 ปี ชื่อ ยู (นามสมมติ)

คำถาม : ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเป็นอย่างไร (ช่วงเวลาใดบ้าง)

คำถาม : ความยากลำบากในการช่วยเหลือผู้ป่วยในระหว่างที่พักรักษาตัวที่อาคารเย็นศิระเป็นอย่างไร

คำถาม : ในระหว่างที่ท่านได้พักที่อาคารเย็นศิระ ท่านได้รับการจากเจ้าหน้าที่ด้านใดบ้าง และมี  
ความต้องการในการดูแลเพิ่มเติมอย่างไรบ้างจากเจ้าหน้าที่อาคารเย็นศิระ

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้วิจัย : แนะนำตัว พร้อมอธิบายโครงการวิจัยให้ผู้ป่วยฟัง

ยู : มาอยู่อาคารได้เดือนกว่าแล้ว

ผู้วิจัย : มาจากไหนกันครับ

ยู : มาจากตรัง

ผู้วิจัย : คนไข้ทำอะไรครับ

ยู : ให้ฉายแสงและให้คีโม (รับยาเคมีบำบัด) ด้วย ตอนที่ฉายแสงหมอจะให้คีโมต่อ แต่ไม่รู้ว่าคุณป่วยจะ  
ไหวไหม ไม่กลับบ้าน

ผู้วิจัย : คือว่ามาที่นี่ยังไม่ได้กลับบ้านเลย ใช่ไหมครับ

ยู : ใช่ก็เลยไปมา แผลมันสะเก็ด

ผู้วิจัย : แล้วเป็นอะไรกับผู้ป่วยครับ

ยู : ลูกสาวผู้ป่วย แพนอยู่บ้าน แต่แพนก็เดินไม่ได้ มีลูกชาย อายุ 12 ขวบ ดูแลพ่อ

ผู้วิจัย : ลูกชาย อายุ 12 ขวบ ดูแลพ่อ

ยู : แต่เค้ามีไม้เท้า เขาเดินไปได้ มีข้าวให้กิน แพนคนภาคกลาง ให้น้องสาวช่วยทำกับข้าวให้

ผู้วิจัย : ตอนนี้ลูกสาว (ยู) มาดูแลพ่อ ส่วนแพน (สามี) ให้น้องสาวกับลูกดูแล แสดงว่าหยุดงาน โทษนะ  
ครับ อยู่ที่โน้นทำงานอะไรครับ

ยู : อยู่ที่ตรัง กรีดยาง

ผู้วิจัย : หยุดกรีดยาง แล้วใครช่วยเรื่องเงิน

ยู : ลูกชายคนโต ช่วยทำงาน 20 วันก็กลับมาครั้ง มีน้ำสาวก็ช่วย

ผู้วิจัย : ลูกชายมาเยี่ยมบ้างไหม

ยู : ลูกชายมาเยี่ยมกับน้ำชาย แต่ไม่ยอมอยู่ มันคิดถึงพ่อ ไม่ยอมอยู่ที่นี่ กลับไปแล้ว

ผู้วิจัย : แพนเดินไม่ได้เป็นอุบัติเหตุหรือครับ

ยู : ออกเรือ แล้วตกเป็นกระดูกทับเส้น ทำให้เดินไม่ได้

ผู้วิจัย : ตอนนี้กิจวัตรประจำวันที่อาคารเป็นยังไงบ้าง เดินทางไปฉายแสงยังไง

ยู : บางทีเดิน บางทีนั่งรถตุ๊กตุ๊ก

ผู้วิจัย : รถตุ๊กตุ๊กของอาคารหรือแบบเสียเงิน

ยู : แล้วแต่

ผู้วิจัย : ทราบตารางรถของอาคารไหมครับ ว่ามีเวลาไหนบ้าง

ยู : ไม่ทราบเหมือนกัน

ผู้วิจัย : คุณลุงฉายแสงก็โหมงครับ

ยู : 13:25 บางทีเราอยากเดินไป แกจะได้ออกกำลังกัน ยังเดินลงบันไดได้

ผู้วิจัย : ติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำอาคารว่าอยากลงพักข้างล่างไหม

ยู : ไม่ได้ติดต่อ อยู่ข้างบนสบายกว่า โลงกว่า

ผู้วิจัย : คุณแม่ลงเดินได้ไหม

ยู : คุณแม่ก็เดินลงไปได้ ค่อยๆเดิน ตอนนี้แม่ไม่ค่อยสบาย แกขงนมให้พอไม่ได้มีแอสัน เราต้องช่วยดูแล ดูแลทั้ง 2 คน

ผู้วิจัย : ฉายแสงถึงวันไหนบ้างครับ

ยู : ตอนนี้อายไป 10 กว่าแสง จาก 25 แต่หมอบอกว่าฉายแสงเสร็จให้กลับไปทำคีโมต่อ นัด 24 ตุลาคม คนนี้ หมอนัด คุณไข่มุก่อน ถ้าไม่ดี ไม่ไหวแล้ว อยากกลับบ้านก่อน

ผู้วิจัย : พยาบาลสอนทำแผล ให้นมไหม

ยู : พยาบาลสอน อยู่ที่นี้จะเหนื่อยหน่อยตอนเดิน ขึ้นบันได ฉายแสงช่วงกลางวัน โชคดีกว่าคนอื่น ที่ฉาย 4 ทุ่ม 3 ทุ่ม

ผู้วิจัย : ต้องการให้อาการดูแลเพิ่มเติมยังไงบ้างครับ

ยู : เพิ่มเตียงรถตุ๊กตุ๊ก บางทีไม่ทันเตียงรถ ช่วยกันหุงข้าว อาหารที่แจกก็กินดีเหมือนกัน

ผู้วิจัย : อย่างคุณแม่ไปรับยาที่ไหนครับ

ยู : ไปรับยาโรงพยาบาลกันตั้ง

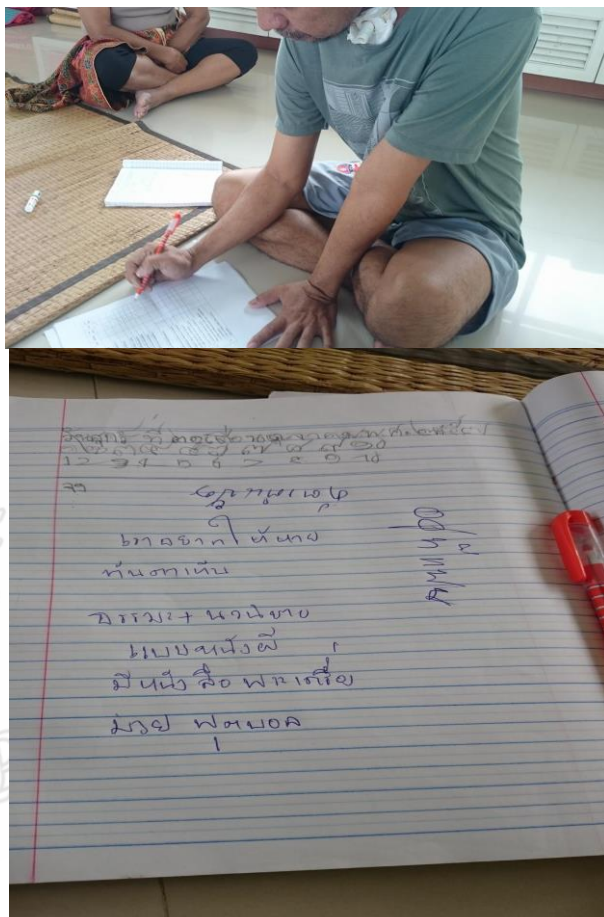
ผู้วิจัย : ยาถูกใหญ่เลยนะครับ

ยู : ตอนนี้ ช่วยจัดยาให้ เพราะแม่แก่ลิม

ผู้วิจัย : ขอบคุณครับ

### ตัวอย่างการสนทนา สำหรับระยะที่ 3 ของโครงการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็ง ได้เขียนข้อความ “เราอยากให้หายทันตาเห็น” ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกท้อทรมานจากการรักษา ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา ผลข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษา รวมถึงความต้องการที่อยากให้ตอบสนอง ได้แก่ หนังสือที่ผู้ป่วยชอบอ่าน



ภาพที่ 4 ผู้ป่วย

Prince of Songkla University  
Pattani Campus

ภาคผนวก ญ แสดงภาพภายในอาคารเย็นศิระ



ภาพที่ 5 แสดงที่พักในอาคารเย็นศิระ

ภาคผนวก ก  
คู่มือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติ  
ในอาคารเย็นศิระ



## การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลหลัก ที่พักในอาคารเย็นศิระ

**การดูแลแบบประคับประคอง** มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ในระหว่างที่พักรักษาตัวในอาคารเย็นศิระ

**การดูแลแบบประคับประคอง** หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย สำหรับผู้ป่วย ให้การดูแลตั้งแต่ผลข้างเคียงจากการรักษา อาการปวด การทำความสะอาดแผลของผู้ป่วย (แผลจากตัวโรค แผลจากการเจาะหน้าท้อง หรือเจาะคอ หรือแผลจากการฉายรังสี) การกินอาหารของผู้ป่วย การนอนหลับ การใช้ยา รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำของผู้ป่วย สำหรับญาติผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลตั้งแต่ สุขภาพกายโดยรวมของญาติ โรคประจำตัว (ถ้ามี) การนอนหลับ รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ สำหรับผู้ป่วย ดูแลสภาพจิตใจ อารมณ์ ความกังวลจากการรักษา ความรู้สึกที่ไม่แน่นอน สร้างบรรยากาศในผู้ป่วยสามารถระบายความคิด ความรู้สึกที่อยู่ภายในได้ และรับฟังผู้ป่วยเพื่อแบ่งปันความรู้สึกให้กันและกัน สำหรับญาติผู้ดูแลหลัก ดูแลสภาพจิตใจ อารมณ์ ความกังวล รับฟังปัญหาและอุปสรรคในระหว่างที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
3. ด้านสังคม สำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เมื่อเข้าพักที่อาคารเย็นศิระ อธิบายดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ การเบิกค่าใช้จ่ายที่เป็น (สบู่ ผ้าปูเตียง ปลอกหมอน เป็นต้น) รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ (อุปกรณ์ล้างแผล ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยาสามัญประจำบ้าน ) รวมถึงการเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อฉายรังสีในแต่ละวัน รวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักต้องรับผิดชอบ
4. ด้านจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เมื่อเข้าพักที่อาคารเย็นศิระ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่นับถือศาสนาพุทธมีห้องพระ ภายในห้องประชุมประจำอาคารชั้น 1 ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่นับถือศาสนาอิสลาม มีห้องละหมาดบริเวณชั้น 2 ของอาคาร นอกจากนี้ ต้องให้การสนับสนุน ตอบสนองต่อความเชื่อต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเคารพ โดยไม่รบกวนหรือสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้ป่วยและญาติ คนอื่น ๆ ด้วย

**คู่มือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติที่พักที่อาคารเย็นศิระ** แบ่งระยะเวลาให้การดูแลเป็น 3 ช่วง ได้แก่

- ช่วงแรกรับ (นับตั้งแต่สัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยและญาติ เข้าพักที่อาคารเย็นศิระ)
- ช่วงทำการรักษา (นับตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปหลังจากได้เข้าพักที่อาคารเย็นศิระ)
- ช่วงก่อนกลับบ้าน (นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มการรักษาจนถึงสัปดาห์สุดท้ายที่เข้าพัก)

### รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย

- การพูดคุยสนทนาในรูปแบบการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล
- การสอนทักษะให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สุขอนามัยเบื้องต้น
- การให้ความรู้ และส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลหลัก ในระหว่างที่พักที่อาคารเย็นศิระ

### รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

ระยะแรกรับ (นับตั้งแต่สัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เข้าพักที่อาคารเย็นศิระ)

#### ผู้ป่วย

เริ่มการพูดคุย สนทนาด้วยการกล่าวทักทายผู้ป่วย แนะนำตัวผู้ให้บริการ รวมถึงหน้าที่ที่ดูแลรับผิดชอบภายในอาคารเย็นศิระ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย โดยผู้ให้บริการทำหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกชี้ชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยในประเด็นดังต่อไปนี้ได้แก่

เริ่มแรกด้วยชื่อ ภูมิลำเนา ของผู้ป่วย รูปแบบการรักษา ระยะเวลาที่ต้องพักที่อาคารเย็นศิระ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ความซับซ้อนใจ ในระหว่างที่ได้รับการรักษา และพักที่อาคารเย็นศิระ โดยผู้ให้บริการทำหน้าที่รับฟังอย่างตั้งใจ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย สร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดขึ้น แล้วสำรวจความต้องการ เสนอทางออกร่วมกัน และสามารถยุติการสนทนาได้

จากนั้นผู้ให้บริการคอยชี้แจง กฎระเบียบข้อตกลงร่วมกัน ในการอยู่ที่อาคารเย็นศิระ รวมถึงสิทธิประโยชน์ สิ่งอำนวยความสะดวก และความช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับผู้ป่วย ผู้ให้บริการสำรวจ ประเมินผู้ป่วย โดยยึดองค์ประกอบ 4 ด้านในการดูแล ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น ระดับความปวด ตำแหน่งที่ฉายรังสี ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ในด้านจิตใจ ความสำรวจความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระหว่างที่พักที่อาคารเย็นศิระ รวมถึงประเมินสภาพทางการเงินของผู้ป่วย โดยการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง รวมถึงค้นหาประเด็นความเชื่อ จิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยการจับประเด็นในระหว่างการสนทนา

ผู้ให้บริการกล่าวขอบคุณผู้ป่วยพร้อมทั้งนัดแนะช่วงเวลาพูดคุยในครั้งต่อไป ในช่วงทำการรักษา (นับตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปหลังจากได้เข้าพักที่อาคารเย็นศิระ) ผู้ให้บริการประเมินอาการทางกายภายนอกของผู้ป่วย เพื่อจัดการในด้านที่พิกให้เหมาะสม และประมาณระยะเวลาในการสนทนา พูดคุยโดยที่ไม่ได้รับกวนผู้ป่วยจนเกินไป

#### ญาติผู้ดูแลหลัก

เริ่มการพูดคุย สนทนาด้วยการกล่าวทักทายญาติผู้ดูแลหลัก แนะนำตัวผู้ให้บริการ รวมถึงหน้าที่ที่ดูแลรับผิดชอบภายในอาคารเย็นศิระ จากนั้นเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักได้พูดคุย โดยผู้ให้บริการทำหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกชี้ชวนให้ญาติผู้ดูแลหลักพูดคุยในประเด็นดังต่อไปนี้ได้แก่ ชื่อ ภูมิลำเนา ของญาติผู้ดูแลหลัก รูปแบบการรักษาของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ต้องพักที่อาคารเย็นศิระ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักได้ได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ความซับซ้อนใจ ในระหว่างที่พักที่อาคารเย็นศิระ โดยผู้ให้บริการทำหน้าที่รับฟังอย่างตั้งใจ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการไว้วางใจระหว่าง

ผู้ให้บริการกับญาติผู้ดูแลหลัก สร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดข้อตกลงระหว่างกัน แล้วสำรวจความต้องการ เสนอทางออกร่วมกัน และสามารถยุติการสนทนาได้

จากนั้นผู้ให้บริการคอยชี้แจง กฎระเบียบข้อตกลงร่วมกัน ในการอยู่ที่อาคารเย็นศิริระ รวมถึงสิทธิประโยชน์ สิ่งอำนวยความสะดวก และความช่วยเหลือเบื้องต้นให้กับญาติผู้ดูแลหลัก ผู้ให้บริการสำรวจ ประเมินญาติผู้ดูแลหลัก โดยยึดองค์ประกอบ 4 ด้านในการดูแล ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า โรคประจำตัวของญาติ ในด้านจิตใจ ความสำรวจความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลหลักในระหว่างที่พักที่อาคารเย็นศิริระ รวมถึงประเมินสภาพทางการเงินของญาติผู้ดูแลหลัก โดยการสอบถามญาติผู้ดูแลหลักโดยตรง รวมถึงค้นหาประเด็นความเชื่อ จิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลหลัก โดยการจับประเด็นในระหว่างการสนทนา

ผู้ให้บริการกล่าวขอบคุณญาติผู้ดูแลหลักพร้อมทั้งนัดแนะช่วงเวลาพูดคุยในครั้งต่อไป ในช่วงทำการรักษา (นับตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปหลังจากได้เข้าพักที่อาคารเย็นศิริระ) ผู้ให้บริการประเมินอาการทางกายภายนอกของญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อจัดการที่พักให้เหมาะสม และประมาณระยะเวลาในการสนทนา พูดคุยโดยที่ไม่ได้รับกวนญาติผู้ดูแลหลักจนเกินไป

### รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

**ระยะทำการรักษา (นับตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปหลังจากได้เข้าพักที่อาคารเย็นศิริระ)**

หลังจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักพักที่อาคารเย็นศิริระไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์แล้ว ผู้ให้บริการเข้าไปพูดคุย สนทนา ที่มีประเด็นให้ติดตามทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อาการทางกาย จิตใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ

#### ผู้ป่วย

เริ่มการพูดคุย สนทนาด้วยการกล่าวทักทายผู้ป่วย สอบถามอาการทางกายโดยตรงจากผู้ป่วย และผู้ให้บริการประเมินดูจากรูปลักษณ์ภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษา สอบถามอาการปวด บริเวณที่ปวด ระดับความปวด การดูแลสุขลักษณะของร่างกาย รวมถึงการล้างทำความสะอาดแผล (ในกรณีที่ผู้ป่วย มีการเจาะหน้าท้อง หรือเจาะบริเวณลำคอ หรือแผลที่เกิดขึ้นจากอาการของโรค) นอกจากนี้ผู้ให้บริการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยการสอบถามโดยตรงจากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพิ่มเติม

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ระบายความรู้สึก ความคิด ความซับซ้อนใจ ในระหว่างที่ได้รับการรักษาและพักที่อาคารเย็นศิริระ ผู้ให้บริการ รับฟังผู้ป่วยเพื่อแบ่งปันความรู้สึกให้กันและกัน โดยผู้ให้บริการทำหน้าที่รับฟังอย่างตั้งใจสำรวจความต้องการการสนับสนุนในด้านจิตวิญญาณจากประเด็นการสนทนา เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

ผู้ให้บริการ กล่าวถึงการติดตาม แก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจากการพูดคุย สนทนาก่อนหน้านั้น รวมถึงสำรวจความต้องการ สรุปประเด็นที่ต้องการ เสนอทางออกร่วมกัน และสามารถยุติการสนทนาได้

ผู้ให้บริการกล่าวขอบคุณผู้ป่วยพร้อมทั้งนัดแนะช่วงเวลาพูดคุยในครั้งต่อไป ช่วงก่อนกลับบ้าน (นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มการรักษาจนถึงสัปดาห์สุดท้ายที่เข้าพัก) ผู้ให้บริการประเมินอาการ

ทางกายภายนอกของผู้ป่วย เพื่อประมาณระยะเวลาในการสนทนา พูดคุยโดยที่ไม่ให้รบกวนผู้ป่วย มากจนเกินไป

### ญาติผู้ดูแลหลัก

เริ่มการพูดคุย สนทนาด้วยการกล่าวทักทายญาติผู้ดูแลหลัก สอบถามอาการทางกายโดยตรงจากญาติผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากการดูแล การนอนหลับ โรคประจำตัวของญาติผู้ดูแลหลัก (ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลหลักมีโรคประจำตัว สอบถามเพิ่มเติมเรื่องการรับประทานยา จำนวนยาเพียงพอต่อระยะเวลาที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ความจำเป็นที่ต้องเดินทางเพื่อไปรับการรักษาตามหมอนัด) หลังจากนั้น เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักได้ได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ความซับซ้อนใจ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่พักที่อาคารเย็นศิริระ โดยผู้ให้บริการทำหน้าที่รับฟังอย่างตั้งใจ ผู้ให้บริการสรุปประเด็นปัญหา และแสวงหาทางออกร่วมกันในการแก้ไข นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังสามารถจับประเด็นความเชื่อทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลหลัก ในช่วงของการพูดคุยนี้ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้เช่นกัน

จากนั้นพูดคุยในประเด็น ทักษะการดูแลสุขลักษณะของร่างกาย การล้างทำความสะอาดสะดาดแผล (ในกรณีที่ผู้ป่วย มีการเจาะหน้าท้อง หรือเจาะบริเวณลำคอ หรือแผลที่เกิดขึ้นจากอาการของโรค) เพื่อประเมินทักษะ (ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถทำหน้าที่ตรงจุดนี้ ให้ผู้ช่วยพยาบาลประจำอาคารมาสอนทักษะการทำความสะอาด หรือในกรณีที่แผลมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง เครื่องมืออุปกรณ์ที่อาคารไม่พร้อม จะแนะนำให้ญาติพาผู้ป่วยไปล้างแผลภายในโรงพยาบาล) รวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักต้องรับภาระในระหว่างการรักษาและพักที่อาคารเย็นศิริระ เพื่อแสวงหาทางออกร่วมกัน

ผู้ให้บริการ กล่าวถึงการติดตาม แก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก จากการพูดคุย สนทนา ก่อนหน้านั้น กล่าวขอบคุณญาติผู้ดูแลหลักพร้อมทั้งนัดแนะช่วงเวลาพูดคุยในครั้งต่อไป ช่วงก่อนกลับบ้าน (นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มการรักษาจนถึงสัปดาห์สุดท้ายที่เข้าพัก) ผู้ให้บริการ ประมาณระยะเวลาในการสนทนา พูดคุยโดยที่ไม่ได้รับรบกวนญาติผู้ดูแลหลักจนเกินไป

### **รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง**

#### **ระยะก่อนกลับบ้าน (นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มการรักษาจนถึงสัปดาห์สุดท้ายที่เข้าพัก)**

หลังจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักพักที่อาคารเย็นศิริระ ผู้ให้บริการเข้าไปพูดคุย สนทนา ที่มีประเด็นให้ติดตามทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อาการทางกาย จิตใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ

#### ผู้ป่วย

เริ่มการพูดคุย สนทนาด้วยการกล่าวทักทายผู้ป่วย แสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยรักษาใกล้ครบกำหนด สอบถามอาการทางกายโดยตรงจากผู้ป่วย และผู้ให้บริการประเมินดูจากรูปลักษณ์ภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ระบายความรู้สึก ความคิด ความซับซ้อนใจ ในระหว่างที่ได้รับการรักษาและพักที่อาคารเย็นศิริระ ผู้ให้บริการ รับฟังผู้ป่วยเพื่อแบ่งปันความรู้สึกให้กันและกัน โดยผู้ให้บริการทำหน้าที่

รับฟังอย่างตั้งใจ จากนั้นพูดคุยในประเด็น การรักษาต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยเดินทางกลับบ้าน กำหนดการที่แพทย์นัดแนะมาตรวจในครั้งต่อไป

ผู้ให้บริการกล่าวขอบคุณผู้ป่วยพร้อมทั้งนัดแนะช่วงเวลาก่อนกลับ เพื่อจัดเตรียมสิ่งของจำเป็นให้กับผู้ป่วยเช่น อุปกรณ์ล้างทำความสะอาดแผล ของใช้ในชีวิตประจำวัน กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำหรับผู้ป่วย ปัจจัยค่าเดินทาง ในกรณีผู้ป่วยมีฐานะยากจนและภูมิลาเนาไกล นมถุง ในกรณีผู้ป่วยมีฐานะยากจนและจำเป็นต้องทานอาหารผ่านสายยาง

### ญาติผู้ดูแลหลัก

เริ่มการพูดคุย สนทนาด้วยการกล่าวทักทายญาติผู้ดูแลหลัก กล่าวแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยรักษาใกล้ครบกำหนด สอบถามอาการทางกายโดยตรงของญาติผู้ดูแลหลัก เปิดโอกาสให้ญาติได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ระบายความรู้สึก ความคิด ความซับซ้อนใจ ในระหว่างพักที่อาคารเย็นศิระ ผู้ให้บริการ รับฟังผู้ญาติผู้ดูแลหลักเพื่อแบ่งปันความรู้สึกให้กันและกัน โดยผู้ให้บริการทำหน้าที่รับฟังอย่างตั้งใจ จากนั้นพูดคุยในประเด็น การรักษาต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยเดินทางกลับบ้าน กำหนดการที่แพทย์นัดแนะมาตรวจในครั้งต่อไป ภาระหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน

ผู้ให้บริการกล่าวขอบคุณญาติผู้ดูแลหลักพร้อมทั้งนัดแนะช่วงเวลาก่อนกลับ เพื่อจัดเตรียมสิ่งของจำเป็นให้กับผู้ป่วยเช่น อุปกรณ์ล้างทำความสะอาดแผล ของใช้ในชีวิตประจำวัน กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำหรับผู้ป่วย ปัจจัยค่าเดินทาง ในกรณีผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักมีฐานะยากจนและภูมิลาเนาไกล

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นายอัคบาร์ ยะโกะ  
 รหัสประจำตัวนักศึกษา 5620121012  
 วุฒิการศึกษา  
 วุฒิ สาขาวิชา ชื่อสถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา  
 ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสิ่งทอ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2544  
 วท.บ.

## ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์, ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน

## การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

อัคบาร์ ยะโกะ, สุใจ ส่วนไพโรจน์ และณรงค์ศักดิ์ รอบคอบ. (2561) ผลของรูปแบบการดูแลแบบ  
 ประคับประคองต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา อาคารเย็น  
 ศิระ. Proceedings การประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี  
 (National Conference in Science and Technology) เรื่อง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี  
 สู่การพัฒนาชุมชนและท้องถิ่น, วันที่ 19-20 กรกฎาคม 2561 (โปสเตอร์).