



ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
Family's Perspectives and Support Needs in
Caring for End-Stage Cancer Patients

พิมพ์พนิต ภาศรี
Pimpanit Pasri

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)

Prince of Songkla University

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวพิมพ์พนิต ภาศรี)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวพิมพ์พนิต ภาศรี)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล
 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 ผู้เขียน นางสาวพิมพ์พนิต ภาศรี
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 ปีการศึกษา 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อสมาชิก ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิต ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์และความไม่สุขสบายทางร่างกาย รวมทั้งความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนของครอบครัวซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 100 ราย โดยได้ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ผู้ดูแล และครอบครัว 2) แบบประเมินทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย ความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิต ความเชื่อ สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย และ 3) แบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยและแบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าอยู่ระหว่าง .77 - .87 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยได้แสดงทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วย ดังนี้
 1) ผู้ป่วยมีความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตสูงในเรื่องเกี่ยวกับ ความประสงค์จะใช้ชีวิตในระยะเวลาสุดท้าย และเสียชีวิตที่บ้าน ($M = 3.38$, $SD = 1.15$) รองลงมา คือ ประสงค์ที่จะรับการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ($M = 3.34$, $SD = 0.95$) ส่วนด้านที่มีความประสงค์น้อยที่สุด คือ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ($M = 0.23$, $SD = 0.72$) 2) ด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณพบว่าให้ความสำคัญกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมากที่สุด ($M = 4.88$, $SD = 0.43$) รองลงมา คือ ญาติธรรม หรือเพื่อนร่วมอุดมการณ์ ($M = 3.87$, $SD = 0.70$) ส่วนการนำหลักศาสนา หรือปรัชญาชีวิตมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ($M = 2.47$, $SD = 1.22$) พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยที่สุด และ 3) ด้านปัญหาสุขภาพและสภาวะทางอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากที่สุด ($M = 4.70$, $SD = 2.65$) และความไม่สุขสบายทางร่างกายที่มีระดับความรุนแรงมากใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ($M = 7.44$, $SD = 1.99$) 2) อาการปวด ($M = 6.53$, $SD = 3.16$) และ 3) อาการร่วงซึม/สับสน/งง ($M = 6.23$, $SD = 3.16$) ส่วนความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.92$, $SD = 0.78$) โดยครอบครัวต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ($M = 2.21$, $SD = 0.73$) สูงกว่าการช่วยเหลือสำหรับตนเอง ($M = 1.63$, $SD = 0.84$)

(6)

ผลการศึกษานี้ ช่วยให้บุคลากรที่มีสุขภาพมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้หรือ
ทัศนคติของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง
กำหนดวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

Thesis Title	Family's Perspectives and Support Needs in Caring for End-stage Cancer Patients
Author	Miss Pimpanit Pasri
Major program	Nursing Science (Community Nurse Practitioner)
Academic year	2013

ABSTRACT

This research aimed to describe the family's perspectives on a family member having end stage cancer related to living will at the end of life, spiritual needs and beliefs, emotional status, and physical discomfort, and the family's support needs for caring for end-stage cancer patients. The purposively selected subjects included 100 caregivers as representatives of families caring for the patients, The data were collected using five questionnaires, namely 1) the demographic questionnaire, 2) living wills and advance directive questionnaire, 3) spiritual needs questionnaire, 4) emotional status and physical discomfort questionnaire, and 5) the carer support needs assessment tool. Content validity of all measurements was examined by 3 experts. Reliability of questionnaires 2 - 5 was tested using Cronbach's alpha coefficient giving values between .77 and .87. The data were analyzed using descriptive statistics.

The family's perspectives on the end-stage cancer patients was revealed as follows. Living will: the patients intended to spend their end-of-life period and die at home ($M = 3.38$, $SD = 1.15$), followed by the desire to get treatment if any complications occurred ($M = 3.34$, $SD = 0.95$). On the other hand, the least intention was to have tracheostomy ($M = 0.23$, $SD = 0.72$). Spiritual needs and beliefs: the patients placed value on attachment with their loved ones ($M = 4.88$, $SD = 0.43$), followed by their beloved friends ($M = 3.87$, $SD = 0.70$). In contrast, adopting a doctrine or life philosophy for health decisions was the least emphasized ($M = 2.47$, $SD = 1.22$). Health and emotional problems: anxiety was the most common ($M = 4.70$, $SD = 2.65$), followed by physical discomfort comprising fatigue/exhaustion ($M = 7.44$, $SD = 1.99$), pain ($M = 6.53$, $SD = 3.16$) and drowsiness/sleepiness ($M = 6.23$, $SD = 3.16$).

The family's support needs for caring for end-stage cancer patients were at a moderate level ($M = 1.92$, $SD = 0.78$). Considering each part of the needs, caring support for patients was at a high level ($M = 2.21$, $SD = 0.73$). In contrast, the support for caregivers' needs was at a moderate level ($M = 1.63$, $SD = 0.84$).

The results of this study should encourage health care providers to understand the perspectives of end-stage cancer patients and their families, and this will guide the provision of appropriate care for end-stage cancer patients and their families.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ด้วยความเมตตา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร หัตถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้เสียสละเวลา ถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งเป็นกำลังใจให้เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจาง เพ็งจาด รองศาสตราจารย์ พญ.สายบัว ชีเจริญ และดร.นพ.สกล สิงหะ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้ได้เครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลามาให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะในแง่มุมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เขาวลิต ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแส ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา และขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคุณกานดาศรี ตูลาธรรมกิจ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการหากลุ่มตัวอย่าง ให้กำลังใจ เป็นแรงบันดาลใจ และเป็นต้นแบบที่ดีในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย ขอขอบคุณ จารุภา สุพรรณสถิตย์ ที่ให้เอกสารประกอบการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งพี่ ๆ เพื่อน ๆ ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณพี่ ๆ งานบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการจัดเตรียมเอกสารในขั้นตอนต่าง ๆ เป็นอย่างดีและเป็นกำลังใจให้ตลอดหลักสูตรการศึกษา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และทุกคนในครอบครัวที่มอบความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณทุกกำลังใจ และทุกความช่วยเหลือจากพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ทุกท่านจนทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี คุณงามความดีและประโยชน์แห่งวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแต่ครอบครัว คณาจารย์ คุณปู่ คุณลุงที่ล่วงลับด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ตลอดจนครอบครัว และผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี.....	5
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตการศึกษา.....	7
ความสำคัญของงานวิจัย.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	9
ครอบครัวและทรนคนะที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	27
การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	33
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	50
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	54
ผลการวิจัย.....	54
การอภิปรายผล.....	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	78
ข้อจำกัดของงานวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	79
เอกสารอ้างอิง.....	81

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	94
ก ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย.....	95
ข หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ.....	96
ค เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	111
ง แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย.....	122
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	124
ประวัติผู้เขียน.....	125

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	49
2	จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	51
3	จำนวน และร้อยละของครอบครัวจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	53
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย.....	55
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย.....	57
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของอาการต่างๆของผู้ป่วย.....	58
7	จำนวนและร้อยละของอาการอื่นๆของผู้ป่วย.....	58
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยแยกตามรายด้านและโดยรวม.....	59
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย.....	60

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ในแต่ละปีจะพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจำนวน 12.7 ล้านราย ในจำนวนดังกล่าว มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต 7.6 ล้านราย คิดเป็น 13% ของการตายทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2014a) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 21.3 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 13 ล้านคน (WHO, 2014a) สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายปี และมีจำนวนผู้ป่วยตายและอัตราการตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้ป่วยตาย 55,403 คน คิดเป็นอัตราการตาย 87.6 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้ป่วยตาย 56,058 คน คิดเป็นอัตราการตาย 88.3 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วยตาย 58,076 คน คิดเป็นอัตราการตาย 91.2 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2554 ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยตาย 61,082 คน คิดเป็นอัตราการตาย 95.2 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเฉลี่ยแล้วพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งชั่วโมงละเกือบ 7 ราย เป็นชาย 35,437 ราย และหญิง 25,645 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งมีอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางวิทยาศาสตร์การแพทย์มากขึ้น แต่ผู้ป่วยมะเร็งโดยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบอาการของโรคในระยะแรก จึงทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของโรค

มะเร็งเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่พบว่าเกิดจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่ดีเอ็นเอ (DNA) ซึ่งเป็นสารพันธุกรรมที่พบในเซลล์ของสิ่งมีชีวิตทุกชนิด ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติและไม่สามารถควบคุมได้ และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกลจากเซลล์ต้นกำเนิด ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ทราบอาการเบื้องต้นที่บ่งบอกถึงการเป็นมะเร็ง จึงส่งผลให้มารับการรักษาช้า มักมารับการรักษาเมื่อมีอาการลุกลามมากแล้ว (ชนเดช, 2547) ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถควบคุมการลุกลามของโรคได้ และหมดหวังในการรักษาให้หายขาดก็จะเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สุวรรณ, 2552) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน จากความรุนแรงของโรคทั้งทางด้านร่างกาย เนื่องจากในระยะนี้เซลล์มะเร็งได้มีการรุกรานและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของระบบต่าง ๆ

ในร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง อีกทั้งยังเกิดความทุกข์ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งมีผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (สมพร, 2556, ทศนีย์, 2553) จึงส่งผลต่อเนื่องทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาการดูแลช่วยเหลือที่ตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายนับว่าเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อน (สุวรรณ, 2552) เนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค รวมถึงการต้องเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกหวาดหวั่นในความไม่แน่นอนของชีวิต และเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นหลัก สอดคล้องกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ขององค์การอนามัยโลก ที่มีเป้าประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (WHO, 2014b) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีคุณค่าในช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ (สุมานี, 2552) ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อที่จะเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ความตายได้อย่างสงบ (good death)

ในระบบสังคมไทยครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีความสำคัญ ซึ่งเป็นทั้งแหล่งสร้างเสริมสุขภาพทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงมีบทบาทหน้าที่หลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว พร้อมทั้งการดูแลจัดการปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว (สุปราณี, 2548) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก็เช่นกัน พบว่า บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติที่มีความใกล้ชิด โดยผู้ดูแลจะมีบทบาทหน้าที่ในการให้การช่วยเหลือและดูแลสุขภาวะของผู้ป่วยทั้งในการดูแลโดยตรงและการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะเห็นได้ว่าครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ประกอบกับในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมักมีอาการรบกวนหลายอาการร่วมกันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มของโรคที่ทรุดลงเรื่อยๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (เพ็ญศิริ, 2556) จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งการที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จำเป็นที่จะต้องประเมินการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเบื้องต้น

การที่จะส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัวให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการประเมินทัศนคติหรือการรับรู้ของครอบครัวในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแล เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ครอบครัวซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลอย่างใกล้ชิดมีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่างๆมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้และดูแลผู้ป่วย ข้อเสนอแนะดังกล่าว

สามารถยืนยันได้จาก ผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งได้พบว่า ครอบครัวมักจะมีการรับรู้ ความรู้สึก และ ความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกได้ไม่แตกต่างจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น บุชกร อุทัยวรรณ และพิสมัย (2556) ที่ได้พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยได้ไม่แตกต่าง จากการรับรู้ของเด็กเอง นอกจากนี้ การประเมินทรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัวในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก็ยังช่วยให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ มากขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้เกิดความเข้าใจครอบครัว และนำไปสู่การวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของยุพาดี วงจันทร์ และกิตติกร (2549) ที่ศึกษาระดับความรุนแรงของการปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล แล้วพบว่า การรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถนำไปสู่การ ปฏิบัติพยาบาลโดยการให้ความรู้ในเรื่องความปวดและการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล รวมทั้งการส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งนำมาสู่การรับรู้ความปวดที่ สอดคล้องและใกล้เคียงกัน ส่งผลให้เกิดการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ของผู้ป่วยต่อไป

ในการประเมินทรศนะของครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้จะนำเอากรอบ “LIFESS” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช, 2553) อันประกอบไปด้วยการประเมินใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) L = living will: ความปรารถนาของผู้ป่วยในบั้นปลายของชีวิต 2) I = individual belief: ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) F = function: ระดับความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย 4) E = emotion and coping: สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย 5) S = symptoms: ความไม่สุขสบายทางร่างกายรวมถึงอาการต่างๆของผู้ป่วย และ 6) S = social and support: ปัญหาทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว มาปรับใช้ในการ ประเมิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในระดับโรงพยาบาลและในระดับประชาชน ซึ่งได้ดำเนินโครงการนำร่องในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 (เต็มศักดิ์, 2556) โดยทางสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติได้นำกรอบการประเมิน “LIFESS” ดังกล่าวมาประเมินผู้ป่วยและครอบครัว โดยผล ของการประเมินดังกล่าวสามารถที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และครอบครัวได้ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำกรอบ “LIFESS” มาปรับใช้ในการประเมินทรศนะ หรือการรับรู้ของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดลงจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยได้ใช้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย (F = function) มาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย แล้วจึงทำ การประเมินทรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัวต่อผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) ความปรารถนาใน บั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย 2) ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ 3) สภาวะทาง อารมณ์ของผู้ป่วย และ 4) ความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย จะช่วยให้ ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่คอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และทีมสุขภาพเกิดความเข้าใจผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ มากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจการรับรู้ของครอบครัวและสามารถวางแผนให้การ ดูแลช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามนอกจาก

การประเมินธรรมชาติของครอบครัวแล้ว การประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจัดอยู่ในประเด็นการประเมินด้านที่ 6 คือ สภาพปัญหาทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว (social and support) ก็มีความสำคัญเช่นกัน เพราะจะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถให้การช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการประเมินธรรมชาติของครอบครัวทั้ง 5 ด้านดังกล่าวนี้ นอกจากจะช่วยให้ทีมสุขภาพทราบแนวทางในดูแลที่สามารถสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถใช้ในการสนับสนุนครอบครัวในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการที่พยาบาลจะสามารถสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องทราบความต้องการการช่วยเหลือที่ครอบครัวประสงค์จากบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้ตรงตามความต้องการ จากงานวิจัยในต่างประเทศ (Ewing, 2013) พบว่ามีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการการช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (The carer support need assessment tool หรือ CSNAT) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ทีมสุขภาพทราบถึงความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (support need) บางครอบครัวอาจมีปัญหาเรื่องการเดินทางมาติดตามการรักษาหรือการรับยาที่โรงพยาบาล หรือมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ดูแลบางคนอาจจำเป็นต้องหยุดงาน เพื่อใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว การทราบความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลดังกล่าว จะช่วยให้สามารถหาแนวทางช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ (จินตนา, 2548) ทั้งนี้ครอบครัวส่วนใหญ่จะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากเมื่อการดำเนินโรคทรุดลง และผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิต ทีมสุขภาพมักจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 1.9 – 3.5 ได้ให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาในระยะสุดท้าย (นิการิหม๊ะ, อรัญญา, และอุไร, 2551) จึงเห็นได้ว่า ครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ และสถานที่ในการเสียชีวิต (สิริมาศ, 2552) รวมไปถึงการจัดการอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยในระยะก่อนตายที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ครอบครัวจึงควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อที่จะส่งเสริมให้สามารถทำบทบาทดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาปัญหาและความต้องการการสนับสนุนเพื่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนในด้านการจัดการอาการของผู้ป่วย และช่องทางการขอรับช่วยเหลือความเมื่อต้องการรวมทั้งการติดต่อประสานงานในการให้บริการต่างๆ (ภัคพร, จินตนา, ดรณี, และอรศิลป์, 2551) ทั้งนี้ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะมีเป้าหมายการดูแลที่สำคัญ คือ ดูแลไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ และเสียชีวิตอย่างสงบ (วาสิณี, 2547) ดังนั้น ครอบครัวจึงมักพยายามดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างดีที่สุด เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และสามารถจากไปอย่างสงบ อย่างไรก็ตาม ครอบครัวส่วนใหญ่ยังคงมีข้อจำกัดด้วยเงื่อนไขของความรู้ ความสามารถ และ

ประสบการณ์ในการดูแล จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุม ด้วยเหตุนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงควรได้รับการประเมินการรับรู้และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างสมบูรณ์ อันจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง

ในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากข้อมูลในส่วนดังกล่าวจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าใจผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ยังเป็นการส่งเสริมการดูแลที่คงไว้ซึ่งบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการทำหน้าที่ที่มีความสำคัญต่อครอบครัว นอกจากนี้ยังสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวกับความปรารถนาของผู้ป่วยในบั้นปลายของชีวิต ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย
2. เพื่อศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำถามการวิจัย

1. ทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับความปรารถนาของผู้ป่วยในบั้นปลายของชีวิต ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกายอยู่ในระดับใด
2. ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบ “LIFESS” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช, 2553) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งกรอบ “LIFESS” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง และสรุปเป็นตัวย่อของประเด็นทางสุขภาพที่ควรประเมินในผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ตัวย่อว่า “LIFESS” ซึ่งประกอบด้วย 1) L = “Living Will” หมายถึง การแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการ

ดูแลรักษาในช่วงบั้นปลายของชีวิต และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง 2) I = “Individual Belief” หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความตายหรือการเสียชีวิต 3) F = Function หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 4) E = “Emotion and Coping” หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย 5) S = “Symptoms” หมายถึง ความไม่สุขสบายทางร่างกาย และอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และ 6) S = “Social and Support” หมายถึง ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย

จากกรอบ “LIFESS” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้ในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งในการศึกษานี้ได้เลือกศึกษาเฉพาะในกลุ่มที่ต้องการพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว โดยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงมาก กรอบแนวคิดดังกล่าวจึงได้นำมาปรับใช้เพื่อประเมินทัศนคติหรือการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแล และศึกษาถึงความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยในส่วนของ การประเมินทัศนคติหรือการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะประเมินใน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย 2) ความคิด ความเชื่อ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ 3) สภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วย และ 4) ความไม่สุขสบายทางร่างกายผู้ป่วย ทั้งนี้ได้ใช้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย (F = function) มาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะเลือกผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างมาก ส่วนการประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัวจะตรงกับประเด็นการประเมินของ “LIFESS” ในข้อที่ 6 คือ สภาพปัญหาทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผลของการประเมินประเด็นทางสุขภาพทั้ง 5 ด้านดังกล่าวสามารถที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้

นิยามศัพท์

ทัศนคติของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องความคิดของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับความปรารถนาของผู้ป่วยในบั้นปลายของชีวิต ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย สภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วย และความไม่สุขสบายทางร่างกายผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละทัศนคติ ดังต่อไปนี้

1. ความปรารถนาของผู้ป่วยในบั้นปลายของชีวิต หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในช่วงบั้นปลายของชีวิต และวิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งดัดแปลงมาจาก Living wills and advance directive survey (Durning, 2008) โดยจะทำการประเมินการรับรู้ของครอบครัวในเรื่องความต้องการในการได้รับการดูแลในด้านต่างๆของผู้ป่วยในอนาคต เช่น ความต้องการของผู้ป่วยที่จะใช้เครื่องช่วยหายใจว่าครอบครัวมีการรับรู้ว่าคุณป่วยต้องการที่จะใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับใด

2. ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการให้คุณค่า/ความสำคัญต่อสิ่งต่างๆในชีวิต รวมถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งดัดแปลงมาจาก FICA tool (Borneman, Ferrell, and Puchalski, 2010) จะประเมินทางความคิดและจิตวิญญาณของ เช่น ครอบครัวมีการรับรู้ที่ ความศรัทธาในหลักศาสนา หรือปรัชญาชีวิตของผู้ป่วยมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการรักษาของผู้ป่วยมาก/น้อยเพียงใด

3. สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในส่วนนี้จะประเมินโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทย โดยแบบประเมินจะมีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ และมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย 2 ข้อได้แก่ อาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล

4. ความไม่สุขสบายทางร่างกายของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับสภาวะทางร่างกายและความไม่สุขสบายทั่วไปๆของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งจะเป็นการประเมินและติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้ดัดแปลงมาจาก The carer support need assessment tool [CSNAT] (Ewing, 2013) แบบประเมินครอบคลุมความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งในส่วนของดูแลผู้ป่วยและในส่วนของตัวผู้ดูแล

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกประเภท ที่มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ประเมินโดย Palliative Performance Scale for Adult Suandok, PPS) ไม่เกิน 30 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ทั้งนี้รวมถึงผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว (PPS = 0) โดยทำการศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เดือนเมษายน พ.ศ.2557

ความสำคัญของงานวิจัย

1. ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2. สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบการสนับสนุนครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.2 ปัญหาและผลกระทบ
 - 1.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.4 หลักการและแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ครอบครัวและพรรณนาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.1 ความหมายและความสำคัญของครอบครัว
 - 2.2 วรรณคดีสำคัญของครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพรรณนาของครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 3.1 ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 3.1.1 ความต้องการการช่วยเหลือผู้ป่วย
 - 3.1.2 ความต้องการการช่วยเหลือผู้ดูแล/ครอบครัว
 - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป เนื่องจากเป็นการดูแลที่มีจุดมุ่งหมายที่ไม่ใช่เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายจากการเป็นโรค แต่เป็นการดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค (ปกรณ, 2553, ถนอมขวัญ, 2557) เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ความตายได้อย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (สถาพร, 2556) ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้ทำการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในหัวข้อต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ปัญหาและ

ผลกระทบ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังรายละเอียดต่อไป

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2014c) ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง ไว้ว่า เป็นการดูแลที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยวิธีการค้นหาสาเหตุ การประเมินอย่างครอบคลุม และการดูแลรักษาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน รวมทั้งดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียด้วย โดยผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น ควรเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะทั้ง 3 ประการต่อไปนี้ คือ (ปรกรณ์, 2553)

1) เป็นโรคที่กำลังมีการดำเนินของโรคและมีแนวโน้มที่จะเป็นเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive disease)

2) เป็นโรคที่ร้ายแรงสูง ส่งผลให้เสียชีวิตได้ (life-threatening disease)

3) สามารถพยากรณ์โรคได้ คือ สามารถคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ (limited prognosis)

นอกจากลักษณะทั้ง 3 ประการข้างต้น ที่บ่งบอกถึงความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้วนั้น ปัจจุบันยังได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถจำแนกระดับของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ คือ แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale, PPS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยประเมินใน 5 ด้าน คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว (นิลวรรณ และดาริน, 2553) นอกจากนี้ เครื่องมือดังกล่าวยังสามารถใช้ในการแบ่งกลุ่มของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้ด้วย โดยภายหลังการประเมินจะมีการแบ่งระดับผู้ป่วยออกเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ PPS 100 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพเป็นปกติ จนไปถึง PPS 0 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งจะสามารถแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS > 70) ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS = 40 - 70) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS = 0 - 30) (กิตติกร, 2556)

จากคำจำกัดความของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กล่าวมาในข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามระบบการรักษาของแพทย์ รวมทั้งจากอาการและอาการแสดงต่างๆที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปตามอวัยวะต่างๆ มีการเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย ไม่สามารถทนต่อการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการต่างๆได้ (อภิชัย, 2554) มีการลุกลามและแพร่กระจายของโรคจนไม่สามารถควบคุมอาการได้ หรือผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลัง

การรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ และไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้อีก (วรรณิ และนันทยา, 2542) ผู้ป่วยมักอยู่ในสภาพที่หมดหวัง การรักษาจะเป็นเพียงการบรรเทาอาการเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย จะได้รับการพยากรณ์โรคว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน แต่ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ที่แน่นอนของผู้ป่วยได้ (กิตติกร, 2555) ด้วยภาวะของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและดูแลตนเองได้ลดลง ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องมีบุคคลหรือสมาชิกครอบครัวคอยให้การดูแลช่วยเหลือ

ปัญหาและผลกระทบ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมักต้องเผชิญกับอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจึงครอบคลุมผลกระทบทั้ง 4 ด้านดังกล่าว ซึ่งจะนำเสนอตั้งรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านร่างกาย

อาการทางร่างกายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านพยาธิสรีระวิทยาซึ่งเป็นผลจากโรคนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดความทุกข์ทรมานมาก ซึ่งอาการที่พบบ่อย ได้แก่

1. อาการปวด อาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อยมากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า มีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 60-90 (นงเยาว์, 2556) โดยความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมักมีความซับซ้อน และมักมีการเจ็บปวดในหลายที่ (ปิยะดา, 2556) ความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอาการที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาที่สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก (นงเยาว์, 2556) ซึ่งเมื่อโรคมะเร็งได้มีการลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยก็จะมีอาการปวดที่รุนแรงมากขึ้นและมีความถี่ของการปวดเพิ่มขึ้นด้วย (ภัทรพิมพ์, 2549) ประสบการณ์ความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นความปวดที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยกระทบในลักษณะของความวิตกกังวล การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการไม่ยอมรับความตายของผู้ป่วย ความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากตัวโรค การรักษา หรือสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากกลไกที่ต่างกัน หรือจากทั้ง 2 กลไกร่วมกัน ได้แก่ ความปวดทางร่างกาย (nociceptive pain) และความปวดทางระบบประสาท (neuropathic pain) (กิตติกร, 2555)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งไทย พบว่า ระดับความปวดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น 3 คะแนน จะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำลง 10 คะแนน (Thientong, Prateepawanit, Limwattananon, Maoleekoonpairaj, Letsanguansinchai & Chanvej, 2006) การประเมินความปวดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และจะต้องประเมินให้มีความครอบคลุมทุกมิติของประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย ทำการประเมินเป็นระยะและต่อเนื่อง การประเมินโดยทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการประเมินสภาวะทางจิตใจ (ประถมาภรณ์, 2556) การประเมินความปวดควรประเมินให้ครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ คือ ตำแหน่ง ลักษณะความปวด ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด

ผลต่อความสามารถในการทำงาน ผลของการรักษาต่อความปวด และความเห็นของผู้ป่วยต่อความปวด (สุปราณี, 2550) หลักการสำคัญในการดูแลรักษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งคือ การบรรเทาอาการปวด และลดความทุกข์ทรมานโดยให้ผู้ป่วยได้รับภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งหลักในการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วย คือ ควรเริ่มให้ด้วยวิธีการที่ไม่เจ็บปวดก่อน เช่น ให้รับประทานทางปาก และให้ตามเวลา โดยให้ขนาดตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ให้ประเมินติดตามให้เหมาะสม (ลักขมี, 2547) การให้ยาระงับปวดจะมีผลดีในเรื่องของการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการปวด แต่ควรมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา เช่น กตการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก สับสน ง่วงซึม เป็นต้น ดังนั้นการใช้ยาระงับปวดจึงต้องระมัดระวัง และมีการติดตามผลของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันนอกจากการใช้ยาและการทำหัตถการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยแล้ว ยังได้มีการใช้วิธีการแพทย์ทางเลือกเข้ามาในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดร่วมด้วย เช่น การฝังเข็ม การใช้พลังจักรวาล การใช้ความร้อน การใช้ความเย็น การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (กิตติกร, 2555) การใช้ดนตรีบำบัด การใช้กลิ่นหอมระเหย จิตบำบัด หรือการนวด (ลักขมี, 2547) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและสุขสบายมากขึ้น

การได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยในการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยได้ การที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการความปวด ประเมินอาการปวด การบริหารยาแก้ปวด การออกฤทธิ์ของยา ตลอดจนผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำความรู้นั้นไปใช้ในการปฏิบัติในการจัดการความปวดได้ และช่วยให้ครอบครัวสามารถรายงานความปวดแทนผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรายงานได้ด้วยตนเอง สามารถพูดคุยเพื่อขอปรับขนาดยาเมื่อเห็นว่า ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่สามารถช่วยควบคุมความปวดได้ ตลอดจนปัญหาในเรื่องต่างๆ เพื่อร่วมกันหาแนวทางที่ดีที่สุดในการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย

2. อาการเบื่ออาหาร อาการเบื่ออาหารเป็น 1 ใน 5 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (อภิรดี, วงจันทร์ และวันฉณี, 2548) โดยพบร้อยละ 34 ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Potter, Hami, Bryan & Quigley, 2003) ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มักสูญเสียความอยากอาหาร และจะรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งมีสาเหตุโดยตรงมาจากตัวโรคมะเร็งเอง (ลัดดาวัลย์, 2556) และอาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ทำให้การย่อยอาหารและการดูดซึมช้าลงไปด้วย รวมไปถึงอาการปวดก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ศีรษะและลำคอซึ่งได้รับการฉายรังสีและได้รับยาเคมีบำบัดก็จะส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเช่นกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ มักมีอาการปากแห้ง คอแห้ง และการรับรสอาหารเปลี่ยนไป ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาจทำให้ต่อมรับรสอาหารเสียไป (Mosel, Bauer, Lynch, & Hwang, 2011) ผู้ป่วยจะมีการรับรสอาหารที่ผิดปกติ รู้สึกลิ้นชา ขมในปาก และอาจทนต่อกลิ่นอาหารต่างๆไม่ได้ ส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง.(กนกพร, 2554) แต่อาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากทำให้สารคิตินในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้น และทุเลาจากอาการเจ็บปวด (สุมาลี, 2550) นอกจากนี้การรับประทานอาหารเข้าไป

อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เพิ่มความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยมากขึ้น การดูแลการเบื่ออาหารอาจทำได้โดยการช่วยจัดอาหาร ซึ่งสอบถามจากผู้ป่วยถึงอาหารที่ชอบรับประทานหรือต้องการรับประทานในแต่ละมื้อ จัดตกแต่งอาหารให้น่ารับประทาน กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่าง ๆ ก่อนมื้ออาหาร และควรจะมีการสอบถามความต้องการจากผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการอาการดังกล่าว และสามารถให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากที่สุด

3. อาการขาดน้ำ นอกจากผู้ป่วยจะมีภาวะเบื่ออาหารแล้ว ผู้ป่วยมักมีภาวะขาดน้ำตามมาด้วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะดื่มน้ำได้น้อยลง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปฏิเสธอาหาร หรือจากภาวะไม่รู้สีกัดตัว ภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้สารคัดหลั่งในทางเดินอาหารและในทางเดินหายใจลดลง ส่งผลให้อาการบวมและน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยลดลงตามมา ซึ่งมีส่วนช่วยลดความไม่สบายจากอาการดังกล่าวได้ (สุวรรณา, ชัชนาภู และจอนณะ, 2550) ภาวะขาดน้ำและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ทำให้ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยลดลง จึงส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานลดลงไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้ร่างกายหลั่งสารเอนโดฟิน (endorphins) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากขึ้นและช่วยลดอาการปวด (สุมาลี, 2550) การดูแลในระยษนี้จึงควรดูแลทำความสะอาดร่างกาย ช่องปาก และให้ความชุ่มชื้นที่ริมฝีปากโดยให้ดื่มน้ำแข็ง หรือใช้สำลีชุบน้ำเช็ดเบา ๆ (Ganzini, Goy, Miller, Harvath, Jackson, & Delorit, 2003) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น การดูแลผู้ป่วยที่ขาดน้ำในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีแนวคิดที่แตกต่างกัน ในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชื่อว่า การให้อาหารหรือสารน้ำแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เนื่องจากผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่ต้องการพลังงานเพื่อช่วยในการทำงานของร่างกาย และทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (สุวรรณา และคณะ, 2550)

4. อาการอ่อนเพลีย อาการอ่อนเพลียหรืออ่อนล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่เกิดจากความรู้สึกเหนื่อยล้า หรือหมดแรง อาการอ่อนเพลียในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากพยาธิสภาพของโรค จากความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ ภาวะซีด สภาพอารมณ์ หรือเป็นอาการที่สัมพันธ์กับอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย เช่น จากการคลื่นไส้ อาเจียน จากอาการท้องเสีย จากอาการเหนื่อยหอบ หรืออาการนอนไม่หลับ ซึ่งสาเหตุที่พบได้บ่อย คือ ผลข้างเคียงจากการรักษา โดยพบมากในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร้อยละ 75-100 และผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 75-96 (อภิรติ, วงจันทร์ และวันธณี, 2548) ผลกระทบที่สำคัญของอาการอ่อนเพลีย คือ ผู้ป่วยจะง่วงหลับตลอดเวลา ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง การให้การดูแลที่ดีที่สุด คือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ สำหรับผู้ป่วยบางรายอาจมีการพิจารณาให้ยาในกลุ่ม คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroids) เพื่อช่วยเพิ่มระดับพลังงานและส่งเสริมความรู้สึกสบายให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น (สุวรรณาและคณะ, 2550)

5. อาการหายใจลำบาก พบได้ร้อยละ 70 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (บุษยามาส, 2556; ลดารัตน์, 2556) เป็นอาการที่เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่รู้สึกลำบากในการหายใจ หายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจไม่เต็มปอด รู้สึกต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ไม่สบายในการหายใจ อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวและทุกข์ทรมานมากที่สุดในภาวะใกล้ตาย

(ลดาวัลย์, 2556) สาเหตุอาจเกิดจากก้อนได้ขยายใหญ่ขึ้นจนกดบริเวณเนื้อปอดให้ลดลง หรือไปกดบริเวณทางเดินหายใจให้ตีบแคบ ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด หายใจได้ลำบาก จึงมีความพยายามที่จะหายใจให้มากขึ้น โดยหายใจถี่ขึ้นและเร็วขึ้น แต่อาการหายใจลำบากก็ยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว โรคลิ้นตระหนก (panic disorder) ก็อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบากได้เช่นกัน (บุษยามาส, 2556) การให้การดูแลอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการนับอัตราการหายใจ การฟังเสียงผิดปกติของปอดอาจจะไม่เพียงพอ เนื่องจากความซับซ้อนของโรคทั้งในด้านของพยาธิสภาพและการให้การดูแล อาจจะมีการประเมินโดยการสังเกตร่วมด้วย หรือปรับใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดมาใช้ โดยให้คะแนน 0 = ไม่มีอาการหายใจลำบาก คะแนน 10 = มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด สำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก ทำได้โดยการให้ออกซิเจน ตามอาการและใช้ยาในการรักษา และให้การดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วย เช่น การเปิดหน้าต่างให้ถ่ายเท พบว่า การหายใจจากอากาศทางหน้าต่างหรือการที่มีลมพัดเข้าสู่ใบหน้า จะลดความรู้สึกหายใจลำบากได้ เนื่องจากเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทของสมองคู่ที่ 5 แขนงที่ 2 และเป็นการยับยั้งการทำงานของสมองส่วนกลางในการรับรู้ความรู้สึกหายใจลำบาก (บุษยามาส, 2556) การดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม การเปิดธรรมชาติให้ฟัง หรือการใช้ดนตรีบำบัด ก็มีส่วนสำคัญในการช่วยลดอาการหายใจลำบากได้เช่นกัน

6. อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคลื่นไส้ อาเจียน สามารถแบ่งลักษณะอาการได้เป็น 3 ลักษณะ คือ อาการคลื่นไส้ (nausea) อาการขย้อน (retching) และอาการอาเจียน (vomiting) (ชยุต, 2556) อาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย และยังส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา เช่น ภาวะขาดน้ำ เบื่ออาหาร ภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (สุวรรณและคณะ, 2550) อาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การแพร่กระจายของมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุด โดยเฉพาะการลุกลามเข้าสู่สมอง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure) หรืออาจเป็นผลจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้การรับประทานอาหารมากเกินไป อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ จึงควรลดปริมาณอาหารลงและให้ผู้ป่วยนั่งพักหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง

7. อาการท้องผูก อาการท้องผูกเป็นความไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพบได้ร้อยละ 32 ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Potter et al., 2003) อาการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจเกิดได้จากการที่ร่างกายได้รับน้ำน้อยลง จากขนาดของก้อนที่ใหญ่ขึ้นและไปกดบริเวณลำไส้ จากการเคลื่อนไหวที่ลดน้อยลงของผู้ป่วย จากการลุกลามของมะเร็งเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อลำไส้ หรือจากการใช้ยาที่มีผลทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เช่น ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) เป็นต้น (สุวรรณและคณะ, 2550) อาการท้องผูกจะมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก และยังเป็นสาเหตุของอาการอื่นๆ เช่น สับสน คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะกรวย เป็นตัน (Librach, 2007) การดูแลอาการท้องผูก จะต้องทำการประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น โดยดูจากความถี่ของระยะเวลาที่จะขับถ่าย ลักษณะของการขับถ่าย (สุปราณี, 2550) ระดับของความไม่สุขสบาย ตลอดจนพยาธิสภาพของโรค ถ้าหากมีอาการไม่

รุนแรง อาจช่วยเหลือโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ให้เปลี่ยนท่าทางบ่อยขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ได้มีการเคลื่อนไหว ดูแลให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ให้รับประทานอาหารที่มีกากใย ช่วยดูแลสถานที่การขับถ่ายให้มีความเป็นส่วนตัว (กิตติกร, 2555) หรืออาจจะสวนอุจจาระหรือให้รับประทานยาระบายในกรณีที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น แต่ควรระมัดระวังและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยาที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมอาการท้องผูกได้ และควรมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดอาการท้องเสียหรืออาการอื่นๆ เช่น ปวดเสียดแน่นท้องตามมาได้

การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ซึ่งผู้ให้การดูแลในบทบาทต่างๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล ควรที่จะมีความเข้าใจในเรื่องยา และการรักษาอื่นๆ ที่จะช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วย เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย หอบ (อภิชัย, 2554) รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นแก่ครอบครัวของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านระยะนี้ไปได้อย่างดีที่สุด และไปจุดหมาย คือ ผู้ป่วยมีการเสียชีวิตอย่างสงบ

ด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกจากจะมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายจากภาวะของโรคแล้ว ผู้ป่วยก็ยังมี ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่ในระยะสุดท้าย จะสามารถดูแลตนเองได้ลดลง ทำให้รู้สึกที่ตนเองเป็นภาระและสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การประเมินด้านสภาพจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมีความสำคัญ โดยอาจจะใช้การประเมินโดยวิธีการสัมภาษณ์ หรืออาจใช้เครื่องมือการวัดสุขภาพจิตต่างๆ ในการประเมิน ซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่

1. ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะพบภาวะซึมเศร้าได้ประมาณร้อยละ 15 - 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ภูษงค์, 2550) อาการซึมเศร้าอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายเช่น อาการปวดที่ยังควบคุมไม่ได้ การนอนไม่หลับ มีความพิการ เช่น เป็นอัมพาต การพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานๆ หรืออาจจะ เป็นผลจากรักษา เช่น จากยาเคมีบำบัดบางตัว ยาลดความดันโลหิตบางชนิด หรือยาในกลุ่มสเตียรอยด์ เป็นต้น (สุคนธ์, พัชรี, และสุวิริยา, 2556) โดยผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้อยู่ตลอดเวลา เป็นสัปดาห์ รู้สึกแย่ และมีลักษณะความคิดที่เรียกว่า cognitive triad of depression ได้แก่ รู้สึกไร้คุณค่าและความหมายในตนเอง สิ้นหวังในชีวิต คิดว่าไม่มีใครช่วยได้ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการดูแลเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าวที่เหมาะสม อาจเกิดพฤติกรรมเสี่ยง คือ การฆ่าตัวตาย (ภูษงค์, 2550) ดังนั้นจึงควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกราย พร้อมทั้งทำการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย

2. ภาวะวิตกกังวล พบได้ถึงร้อยละ 70-79 (Solano, Gomes, & Higginson, 2006) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักมีความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งบางรายอาจเกิดจากความผิดปกติในร่างกายเช่น จากอาการปวด หรือในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดจากการมีปัญหาด้านสังคม เช่น ปัญหาครอบครัว หรือปัญหาด้านค่าใช้จ่าย เป็นต้น (สุปราณี, 2550) อาการที่ถือว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คือ มีความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้ในทางความคิด (ภูษงค์, 2550) เช่น วิตกกังวลไป

ทุกเรื่องรอบตัวแม้จะรู้ว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์อะไรในชีวิตได้ ซึ่งภาวะวิตกกังวลดังกล่าวจะส่งผลต่อการแสดงออกทางร่างกายของผู้ป่วย เช่น ไม่มีสมาธิ กระวนกระวาย และอาจมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น มือสั่น หน้ามืด มึนงง หายใจไม่สะดวก กลืนลำบาก ท้องเฟ้อหรือท้องผูก (สุวคนธ์และคณะ, 2556) ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางรายอาจมีความตึงเครียดเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เช่น หายใจไม่ออกกะทันหัน ใจคอไม่ดี เหมือนหัวใจจะวาย หิว เรียกกกลุ่มอาการนี้ว่า panic attack (ภุขงค์, 2550) ซึ่งผู้ดูแลควรประเมินสภาพทางด้านร่างกายเพื่อพิจารณาหาปัญหาที่อาจเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลก่อนเป็นอันดับแรก จากนั้นจึงพิจารณาหาสาเหตุที่เกิดจากทางจิตใจ โดยจะต้องมีความเข้าใจถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย ว่ากังวลในเรื่องใด และอย่างไร รับฟังอย่างเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงอารมณ์ที่เกิดจากความกังวลนั้น และอาจเพิ่มการประคับประคองจิตใจแบบอื่นๆ เช่น หากิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เช่น การนวด การใช้ดนตรีบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3. ภาวะสับสน เป็นอาการที่พบได้บ่อยได้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพบได้ถึงร้อยละ 93 (Solano et al., 2006) สาเหตุเกิดจากการทำงานของสมองที่มีความผิดปกติ ทั้งในด้าน การรับรู้ การคิด และการแสดงออก (สุวคนธ์และคณะ, 2556) การแสดงออกของผู้ป่วยจะมีทั้งในรูปแบบที่สับสนวุ่นวายมากขึ้น (hyperactive delirium) และแบบที่ซึ่มลง (hypoactive delirium) (ภุขงค์, 2550) ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น โวยวายอาละวาดหรือ ซึ่มเศร้า ย้ำคิดย้ำทำ สับสนในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลไม่ตรงกับความเป็นจริง (สุวคนธ์และคณะ, 2556) ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับดูแลในภาวะดังกล่าวโดยการหาสาเหตุให้ได้โดยเร็ว และรีบแก้ไขสาเหตุนั้น สำหรับในระยะสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ผู้ป่วยจะมีอาการสับสนที่เรียกว่า terminal delirium โดยผู้ป่วยจะรับรู้สิ่งต่างๆไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น เห็นภาพหลอน เห็นญาติที่เสียชีวิตไปแล้ว เพราะเมื่อมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น การทำงานของระบบประสาทจะลดลง (ภุขงค์, 2550) การดูแลในภาวะนี้อาจจะพิจารณาให้ยาในการช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงซึ่งต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และช่วยลดความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีกด้วย

ด้านสังคม

ภาวะความเจ็บป่วยนั้นจะส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิตทั้งต่อครอบครัว และต่อตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจำเป็นจะต้องได้รับการประเมินปัญหาด้านสังคมที่ครอบครัวรวมทั้งในส่วนของตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจำเป็นจะต้องประเมินในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เช่น เป็นพ่อ แม่ ลูก หรือสามีภรรยา เป็นต้นเนื่องจากบทบาทจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัว หรือความสามารถในการจัดการปัญหาต่างๆ (วีรมนต์, 2550) เช่น กรณีที่บิดาซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ที่หา

รายได้หลักได้เจ็บป่วยลงและอยู่ในระยะสุดท้าย ส่งผลให้มารดาซึ่งหน้าที่เป็นแม่บ้านและเลี้ยงดูบุตรไม่สามารถจัดการกับปัญหาเรื่องรายได้ได้ ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สินตาม

2. ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว มักใช้ในการประเมินและค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual need) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองต้องเสียชีวิตลง อาจจะช่วยในการทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการปรับความเข้าใจและแสดงออกถึงความรักความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว (สุวคนธ์และคณะ, 2556) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขมากขึ้น

3. ผู้ดูแลผู้ป่วย การประเมินในเรื่องของผู้ดูแลนับเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยส่วนใหญ่มักต้องการกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งครอบครัวที่จะทำหน้าที่หลักในการให้การดูแลจะต้องมีความเข้าใจและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย (สุวคนธ์และคณะ, 2556) ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร ตลอดจนการสังเกตอาการ เป็นต้น

4. ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การประเมินในเรื่องที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมจะเป็นสิ่งที่ช่วยกำหนดถึงความพร้อมในการที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน หรือบางครั้งอาจช่วยทำให้บุคลากรมีความในการดูแลรักษาเกิดความเข้าใจในความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

5. เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม คือความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ครอบครัว เครือญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หน่วยงาน หรือองค์กร หรือกลุ่มทางศาสนา เป็นต้น (วิรมนต์, 2550) การทราบถึงเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้รับรู้และเข้าใจว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายดังกล่าวอย่างไรบ้าง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสภาวะจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย (สุวคนธ์และคณะ, 2556)

6. ความต้องการของครอบครัว ในสังคมไทยครอบครัวนับเป็นสถาบันที่มีความสำคัญมาก ครอบครัวจะมีอิทธิพลในการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรับการรักษาขณะเดียวกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็อาจจะสร้างความอึดอัดใจให้กับผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกัน การทราบว่าใครมีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และควรที่จะให้บุคคลนั้นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เพราะจะทำให้สามารถให้การดูแลได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุด (สุวคนธ์และคณะ, 2556)

สังคมรอบข้างก็นับเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา ซึ่งในแต่ละบริบทก็จะมีแตกต่างกันออกไปครอบครัวก็ต้องมีการปรับตัวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวจะต้องมีการรวมพลังกันเพื่อที่จะเผชิญกับโรคร้ายที่สร้างความทุกข์ทรมานทั้งในส่วนของตัวผู้ป่วย และความทุกข์ทรมานทางจิตใจของครอบครัวเอง ชุมชนก็มีบทบาทในการให้กำลังใจ ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งถ้าชุมชนมีความเข้มแข็ง ก็จะสามารถให้การ

ช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น ส่วนวัฒนธรรมประเพณีก็เป็นสิ่งดีงามที่ก่อให้เกิดการยึดเหนี่ยวทางด้านจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในด้านของจิตวิญญาณโดยส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับปรัชญาชีวิต เป้าหมายชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าทางจิตใจ เป็นสิ่งที่สำคัญกับชีวิตของผู้ป่วย สามารถสรุปความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดังนี้

1. ความต้องการความรักและความสัมพันธ์ ความรักเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน การจะเข้าใจถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ดี จะต้องมีความเข้าใจว่าบุคคลผู้นั้นมีความรัก การให้คุณค่า และการยอมรับตนเองอยู่ในระดับใด ความรู้สึกเหล่านี้เองที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักพึ่งตนเอง เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ความรักตนเองจะทำให้บุคคลคิดว่าจะเยียวยาตนเองอย่างไร (ทัศนีย์, 2553) นอกจากนี้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการรับรู้ตัวตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และกำลังจะเสียชีวิตจะมีความต้องการความรัก กำลังใจและความสัมพันธ์ที่ดีทั้งจากครอบครัว ญาติมิตร ตลอดจนบุคลากรทางสาธารณสุข (สுகคนธ์และคณะ, 2556) ซึ่งความรักที่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการนั้น คือ รักที่ไม่มีเงื่อนไข เป็นความรักที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถตอบสนองความรักตอบแทนผู้อื่นได้เต็มที่ แต่ก็ต้องการที่จะแสดงออกถึงความรักที่ตนมีต่อผู้อื่นตามสถานะที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้สามารถที่จะพ้นจากความทุกข์ทรมานและเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างสงบ

2. ความต้องการค้นหาความหมายชีวิตและการเจ็บป่วย การค้นหาความหมายในชีวิตไม่เพียงแต่เป็นการทบทวนประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา และให้ความหมายเท่านั้น แต่รวมถึงการให้ความหมายของการดำรงอยู่ ความทุกข์ทรมาน การตาย และเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิต (เชิดชัย, 2547) ซึ่งทำให้บุคคลต้องการที่จะรู้จุดมุ่งหมายของชีวิต ต้องการที่จะรู้จักตนเองให้มากขึ้น มนุษย์ทุกคนต้องการที่จะใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย หรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนรัก หรือเป็นบุคคลที่ทำให้ประโยชน์ให้ตนเองและสังคม ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง มีความศรัทธาในหลักศาสนา หรือมีปรัชญาในการดำเนินชีวิต มักจะใช้วิกฤติจากการที่ตนเองเจ็บป่วยนี้ในการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย รวมทั้งค้นหาคำตอบว่าจะใช้เวลาที่เหลืออย่างไรให้ชีวิตมีความหมายมากที่สุด ซึ่งการตระหนักถึงความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่จะมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรให้การดูแลโดยการช่วยรับฟังปัญหาและเรื่องราวของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดถึงคุณค่าของตนเอง ตระหนักในคุณค่าหรือความภาคภูมิใจในชีวิตที่ผ่านมา ความสำเร็จในชีวิต (ทัศนีย์, 2553) ช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาคำตอบว่าควรจะใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่และเผชิญกับโรคนี้อย่างไร

3. ความต้องการการขอโทษหรือการให้อภัย ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ มักจะมีเวลาให้กับตนเองมากขึ้นในการคิด พิจารณาประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่ผ่านมา ทั้งในเรื่องราวของความทุกข์ ความสำเร็จ หรือความผิดพลาดที่ตนได้เคยกระทำไว้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกผิด และคิดว่า การเจ็บป่วยครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากเคราะห์กรรมในอดีตที่ตนเคยกระทำไว้ หรือเป็นผลจากการที่ตนเองไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึก

ตนเองจะไม่มีโอกาสในการได้กลับไปแก้ไขหรือทำความดีเพื่อชดเชยความผิดพลาดเหล่านั้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความทุกข์ในจิตใจ (ทัตนิย์, 2553) ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมักมีความต้องการที่จะสารภาพผิดเพื่อที่จะได้รับการอภัย ต้องการขอโทษหรือได้รับการอภัย ต้องการการอโหสิกรรมแก่บุคคลที่เคยเป็นศัตรูกันมาก่อน การรู้สำนึกผิดของแต่ละคนขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายทางจริยธรรม ผู้ป่วยรายรายอาจมีความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกผิดนี้มากกว่าความทุกข์ทรมานทางกาย เช่น ในกรณีนี้ผู้ป่วยระลึกได้ว่าเคยทำผิดต่อบิดามารดา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกผิดอยู่ตลอดเวลา การขออโหสิกรรม การได้สารภาพบาป และการได้รับการอภัย จึงเป็นการกระทำที่มีความหมายและมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก (สวคณธ์และคณะ, 2556)

4. ความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา การเตรียมตัวเพื่อที่จะเผชิญกับความตายนั้นมีความสำคัญกับบุคคลในทุกวัฒนธรรม การที่บุคคลมีสติ หรือมีความรู้ตัวก่อนตายได้ระลึกถึงความดี สิ่งที่เป็นกุศล หรือ ได้สวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบในช่วงก่อนตายนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ความตายอย่างสงบ และเชื่อว่าสภาพจิตใจที่ดีงามจะช่วยให้ผู้ป่วยไปสู่ภพภูมิที่ดี (ทัตนิย์, 2553) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือตามความเชื่อเท่าที่จะทำได้ เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ หรือการทำละหมาด จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดกำลังใจ อีกทั้งยังเป็นสิ่งที่จะช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง และอาจช่วยให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลดลง

5. ความต้องการความหวัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย การมีความหวังจึงนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย การมีความหวังจะทำให้ชีวิตของผู้ป่วยมีความสุข ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความแข็งแกร่งที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตายได้ โดยที่ความหวังนั้นอาจจะเป็นความฝัน แรงบันดาลใจ หรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะไปสู่ความหวังนั้น (ทัตนิย์, 2553) ซึ่งแหล่งสนับสนุนความหวังและกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ศาสนา ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจมีความหวังหลายอย่าง บางรายอาจมีความหวังที่เกินจากความเป็นจริง ซึ่งการให้ข้อมูลที่เป็นจริงและไปในทิศทางเดียวกันของบุคลากรทางสาธารณสุข ร่วมกับการดูแลประคับประคองทางจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ และมีการวางแผนการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างเหมาะสม ความหวังในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงไม่ใช่ความหวังที่จะหายจากการเป็นโรค แต่เป็นความหวังที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือ หวังที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ความหวังที่จะบรรลุเป้าหมายชีวิตตามที่คาดหวังไว้

6. ความต้องการที่จะได้รับในการปฏิบัติในฐานะที่เป็นบุคคล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่มีสำนึกว่าตนเองได้รับการคุกคามทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากวิธีการในการดูแลรักษาในระยะสุดท้าย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองตกอยู่ภายใต้อำนาจบางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ (เชิดชัย, 2547) จากสถานการณ์ดังกล่าวของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับการดูแลในฐานะบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (สวคณธ์และคณะ, 2556)

7. ความต้องการที่จะสิ้นชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายล้วนมีความต้องการที่จะจากไปอย่างสงบ ต้องการสิ้นชีวิตอย่างมีความสุข (เชิดชัย, 2547) เป็นการตายที่ปราศจาก

ความทุกข์ทรมาน ได้ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุญกุศล ความดีงาม ประเพณีอย่างหนึ่งที่นิยมปฏิบัติกันมา ตั้งแต่อดีต คือ การบอกหนทางแก่ผู้ที่กำลังจะตาย เป็นการพูดจูงใจหรือพูดเพื่อเตือนสติให้ผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตเข้าสู่ความตายอย่างสงบ มีสติจดจ่อกับลมหายใจ คำภาวนา บทสวดมนต์ หรือ สิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือ มีการระลึกถึงคุณความดีที่เคยทำไว้ (ทัศนีย์, 2553) ซึ่งอาจทำได้โดยผู้นำทางศาสนา สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือแม้แต่บุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนที่จะสิ้นชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับการดูแล ได้รับการยอมรับ สามารถที่จะให้และได้รับความรักจากครอบครัว และบุคลากรทางสาธารณสุข ได้รับการอธิบายถึง ภาวะของโรค อาการที่เป็นอยู่ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ บุคลากรทางสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องเข้าไปประเมินและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวในด้านของจิตวิญญาณ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย ถือเป็นมิติที่มีความท้าทายบทบาทของบุคลากรทางสาธารณสุข เนื่องจากจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายๆด้าน อีกทั้งยังต้องอาศัยความร่วมมือกันจากหลายฝ่าย ทั้งในทีมของบุคลากรสาธารณสุขเอง รวมไปถึงความร่วมมือจากครอบครัวของผู้ป่วย ต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม รับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง และมีความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อที่จะให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ดูแล (caregiver) เป็นผู้ที่บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถแบ่งประเภทของผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล ได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้ (ศิริพันธ์, 2554)

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregivers/carers) หมายถึง ผู้ดูแลเชิงวิชาชีพ (professional caregivers) จากสถานพยาบาล หรือจากองค์กรต่าง ๆ ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ นักสังคมสงเคราะห์ ลูกจ้างดูแล รวมทั้งผู้ช่วยในการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนก็ได้ (เกรียงศักดิ์, 2550) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การดูแลแบบสหวิชาชีพจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ซึ่งแต่ละวิชาชีพจะมีบทบาทต่างกัน ดังนี้

- 1.1 บทบาทแพทย์ แพทย์เป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งในฐานะของผู้ให้การรักษา ในฐานะของเพื่อนมนุษย์ที่พึงปฏิบัติต่อกัน และในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลทั้งหมด (เต็มศักดิ์, 2550) ในฐานะผู้ให้การรักษา แพทย์เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบโดยตรงในการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลที่ครบถ้วน

และสามารถเข้าใจได้ง่าย รวมไปถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับทุกอาการของผู้ป่วยที่สร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้แพทย์จะต้องมีความรู้ ความสามารถที่ทันสมัย และควรสอบถามผู้ป่วยถึงอาการที่ทุกข์ทรมานมากที่สุด และสนใจให้การดูแลอย่างครบถ้วน ในฐานะเพื่อนมนุษย์ แพทย์ควรให้ความสนใจ ให้โอกาส รับฟังความคิดเห็นตามมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถให้การรักษาที่ตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ในฐานะของการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์ควรดำรงตนอย่างผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพหนึ่ง ที่ต้องแสดงองค์ความรู้ในวิชาชีพของตนให้ประจักษ์ แต่ในขณะเดียวกัน แพทย์ก็ต้องรับฟังความคิดเห็นจากมุมมองอื่น ๆ ด้วย

1.2 บทบาทพยาบาล พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นผู้ดูแลที่ต่อเนื่อง พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญอีกบุคคลหนึ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ทั้งในด้านความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ (เต็มศักดิ์, 2550) สามารถให้คำแนะนำแก่สมาชิกของครอบครัวในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และพยาบาลต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีและครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีการประสานงานกับบุคลากรสหวิชาชีพเพื่อดูแลส่งเสริมผู้ป่วยให้เข้าสู่ความตายอย่างสงบ

1.3 บทบาทเภสัชกร ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิด เภสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมยาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และความรู้ในเรื่องรูปแบบการบริหารยา การทำปฏิกิริยาต่อกันของยาต่างๆจากเภสัชกร จะส่งเสริมให้การดูแลจากแพทย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น (เต็มศักดิ์, 2550)

1.4 บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ที่ทำงานด้านสวัสดิการสังคม มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือทางสังคม โดยเป็นผู้ให้คำปรึกษานับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหา เป็นผู้ประสานงานการเข้าออกโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้าน การติดต่อประสานงานหรือเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญด้านสาขาต่าง ๆ หรือองค์กรให้ความช่วยเหลือในภูมิภาคเนาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

1.5 บทบาทของผู้นำทางศาสนาและความเชื่อ ผู้นำทางศาสนาและความเชื่อ ในที่นี้ หมายความว่า ผู้ที่มีวุฒิภาวะที่สามารถชี้แนะการดำเนินชีวิตของผู้อื่นได้ด้วยคำสอน หลักธรรมทางศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธา หรือวิถีชีวิต ซึ่งอาจจะเป็นพระ นักบวช ผู้สูงอายุในชุมชน ครู หรือบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความเคารพนับถือ (เต็มศักดิ์, 2550) บุคคลกลุ่มนี้จะสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและความตายได้ด้วยการให้คำปรึกษา การสวดมนต์ให้พร หรือการชี้แนะแนวทางในการดำรงชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ

2. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregivers/carers) หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรม ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน

การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น (เกรียงศักดิ์, 2550) ในกลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการอาจมีผู้ที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันหลายคน ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามระดับของความรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้ป่วยได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (ศิริพันธ์, 2554)

2.1. ผู้ดูแลหลัก (main carers/major/primary caregivers) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (self-identified) (เกรียงศักดิ์, 2550) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยใช้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงสุด (ศิริพันธ์, 2554)

2.2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregivers/carers) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเท่ากับผู้ดูแลหลัก หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการให้การดูแลเท่านั้น

กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยคนในครอบครัวเป็นหลัก เพราะเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ความผูกพันที่มีในครอบครัวจะทำให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับกับบทบาทหน้าที่นี้ด้วยความเต็มใจ ซึ่งนอกจากครอบครัวจะเป็นผู้ที่ให้การดูแลทางด้านร่างกายแล้ว ครอบครัวยังเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาร่วมกับผู้ป่วยด้วย ดังนั้นการประเมินการรับรู้ของครอบครัวในด้านต่างๆ รวมไปถึงความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลของครอบครัว จึงมีความสำคัญและจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

หลักการและแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละระยะ โดยการดูแลดังกล่าวมีแนวคิดในการดูแลที่สำคัญ 2 ประการ คือ การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งถือเป็นแนวคิดหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายมากขึ้น ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลเชิงรุกแบบเป็นองค์รวมในผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยต่อเนื่องไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการเสียชีวิตด้วย โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (WHO, 2014a) การส่งเสริมให้การดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ รวมไปถึงการส่งเสริมสมรรถภาพชีวิตภายใต้การยอมรับต่อความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี และการให้การดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (ลักขมี, 2549)

การดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และครอบคลุมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต (กิตติกร, 2555) ซึ่งจะมีความแตกต่างกับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย (hospice care) ที่เป็นการดูแลแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งรักษาไม่หาย เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคและยุติการรักษาโรคแล้ว (ศรีเวียง, 2553) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่เร่งรัดหรือยึดความตายออกไป จะทำให้ผู้ป่วยที่พยากรณ์โรคแล้วว่าน่าจะจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 6 เดือน (สุวคนธ์, พ็ชรี, และสุวิริยา, 2556) และมีความแตกต่างกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life care) ที่เป็นการดูแลในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต (terminal phase) (จรรยา, 2554) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่รับรู้ว่าจะมีระยะเวลาเหลือจำกัด เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะใกล้ตาย โดยทั่วไป อาจจัดให้ในสถานบริการสุขภาพ สถานดูแล/สงเคราะห์ผู้เจ็บป่วยและผู้พิการ หรือที่บ้าน (สุวคนธ์และคณะ, 2556) ถึงแม้ว่าแนวคิดการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายทั้ง 3 แนวคิดจะมีความแตกต่างกัน แต่ก็มีมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกันในระยะของการดูแล โดยการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นแนวคิดของการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลทั้งหมด และสามารถนำไปใช้ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตั้งแต่วาระเริ่มแรกของการเจ็บป่วย และมีความต่อเนื่องไปจนถึงขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต และระยะหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วเพื่อที่จะให้การดูแลครอบครัวไปอีกระยะหนึ่ง

หลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 4 ประการ สรุปได้เป็น “4C” ดังนี้ (เต็มศักดิ์, 2550)

1. Centered at patient and family: การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก โดยยึดเอาความสุขสบายและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุดในการให้การดูแล ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น ซึ่งตรงกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้สรุปเป็นตัวอย่างของประเด็นทางสุขภาพที่ควรประเมินในผู้ป่วยและครอบครัว คือ Living Will (L) ซึ่งหมายถึง การแสดงเจตนา/ความต้องการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษา และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง ในส่วนนี้ครอบคลุมถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

1.1 การให้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้อาหารทางสายยาง การให้เลือด การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือกดนวดหัวใจเมื่อโรคทรุดลง

1.2 บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักจนไม่อาจจะสามารถตัดสินใจเองได้

1.3 สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการรักษา และสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการจะเสียชีวิต

1.4 สิ่งค้างคาที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ/มีความต้องการที่จะทำก่อนที่จะเสียชีวิต

2. Comprehensive: การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากการช่วยเหลือจัดการความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายให้แก่ผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลควรให้ความสนใจและทำความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เข้าใจและรับรู้ในเจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ หรือความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนา เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจมีความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านของตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการช่วยชีวิตใดๆ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้สรุปประเด็นที่ควรประเมินในผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มนี้ ใน 4 ประเด็น คือ

- 1) ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความตาย หรือการเสียชีวิต (I - Individual Belief)
- 2) ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (F - Function)
- 3) อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วย (E - Emotion and Coping) และ
- 4) ความไม่สบายทางด้านร่างกาย และอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (S - Symptoms) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความตายหรือการเสียชีวิต ในส่วนนี้มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือและให้ความสำคัญมากที่สุดในการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน ศาสนาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือ ในกรณีที่ไม่ทราบเกี่ยวกับศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย ควรถามผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง หรือปรึกษาผู้มีความรู้หรือผู้นำทางศาสนา ประสพการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต การให้ความหมายของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ควรเป็นการดูแลตามความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) โดยเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินความคิดและจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ คือ FICA ซึ่งย่อมาจาก (Bomeman, Ferrell, & Puchalski, 2010)

1 Faith (F) หมายถึง ความเชื่อหรือสิ่งสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยในปัจจุบัน

2 Importance and influence (I) หมายถึง ความสำคัญของความเชื่อหรือสิ่งสำคัญดังกล่าว

3 Community (C) หมายถึง การให้ความสำคัญต่อกลุ่มคนที่มีความเชื่อเดียวกันกับผู้ป่วย

4 Address or Application (A) หมายถึง ความต้องการให้บุคลากรทีมสุขภาพให้การดูแลตามความเชื่อของผู้ป่วยที่ยึดถือ

2.2 ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยอาจจะนำเอาแบบประเมินต่าง ๆ เข้ามาใช้ เช่น Palliative Performance Scale (PPS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2) การปฏิบัติกิจกรรม 3) การทำกิจวัตรประจำวัน 4) การรับประทานอาหาร และ 5) ระดับความรู้สึกตัว (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

2.3 อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกดีใจที่มีสมาชิกในครอบครัวคอยให้การดูแล ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้แต่ในขณะเดียวกันก็อาจจะรู้สึกเสียใจที่ทราบว่าตัวเองกำลังจะต้องพลัดพรากจากบุคคลที่รัก บุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลควรมีความเข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ การสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขกับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขมีความเข้าใจผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในมุมมองต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น เข้าใจความรู้สึกต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงบทบาทต่างๆ ในครอบครัว การรับมือกับปัญหาต่างๆ และสามารถช่วยประเมินได้ว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลืออย่างไรเพื่อที่จะช่วยให้สามารถเผชิญกับโรคและความตายได้อย่างสงบ นอกจากนี้ บุคลากรทางสาธารณสุขควรจะมีการประเมินภาวะเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลในเรื่องการปรับตัวของครอบครัวต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

2.4 ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย และอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การประเมินในส่วนนี้บุคลากรสุขภาพอาจจะใช้วิธีการซักถามประวัติ ร่วมกับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด หรือใช้แบบประเมินอาการของผู้ป่วย เช่น Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

3. Coordinate: การปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม การดูแลแบบประคับประคองจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา รวมไปถึงครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือจากสังคม เช่น ผู้นำทางศาสนา ซึ่งแต่ละส่วนต้องมีการประสานงานและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง และผู้ที่มีส่วนร่วมเป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้สรุปสิ่งที่ควรประเมินในผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นสุดท้าย คือ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม ตลอดจนแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างการเจ็บป่วย (S: Social and Support) เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาในเรื่องการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาพยาบาล สมาชิกในครอบครัวบางคนอาจจำเป็นต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวของผู้ป่วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลควรทำการประเมินปัญหาด้านสังคม หรืออาจจะประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ให้เข้าไปประเมินและหาทางช่วยเหลือในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอย่าง

เหมาะสม ตลอดจนการช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนหรือองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

4. Continuous: ความต่อเนื่องในการดูแลและมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้บุคลากรที่สุขภาพควรให้การดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องตลอดเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และให้การดูแลครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว (เต็มศักดิ์, 2550) การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน จึงต้องอาศัยการประเมินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมที่สุด

การดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นการดูแลที่มีความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นแนวคิดของการดูแลที่มองกระบวนการตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ในขณะที่เดียวกันก็เชื่อในคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ แนวคิดนี้จึงเน้นการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้นเท่าที่จะสามารถทำได้ และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากที่สุด

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ปัญหาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทยเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ดำเนินโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการอยู่ในระยะลุกลามมากแล้ว การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะเป็นการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรคได้ ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยนั้นหายจากการเป็นโรค เป็นการดูแลเพื่อที่จะเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการดูแลในผู้ป่วยในระยะสุดท้าย มีหลักการสำคัญดังนี้ (ปีพมา, 2550)

1. ส่งเสริมความเป็นอิสระในการจัดการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
2. สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ที่ผู้ป่วยผูกพันเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากที่สุด
3. ทีมสุขภาพให้ความใส่ใจต่อภาวะโศกเศร้าหรือสูญเสียของผู้ป่วยและครอบครัว
4. ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวยอมรับสภาพและเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างมีความสุข
5. ให้ข้อมูลความจริงเป็นระยะๆ
6. สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามความต้องการเท่าที่มีศักยภาพ
7. แสดงออกถึงการเห็นคุณค่าในตัวผู้ป่วย
8. ช่วยเหลือดูแลบรรเทาความทุกข์ทรมาน
9. ดูแลประคับประคองด้านจิตใจ
10. รักษาความสมดุลของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว
11. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ตายอย่างสงบ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่โรคมะเร็งคุกคามต่อชีวิต รวมไปถึงยังต้องให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในลักษณะที่เป็นองค์รวม ครอบคลุม

ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

นอกจากนี้ ระยะของการดูแลในระยะสุดท้าย ยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ 1) การดูแลในระยะเจ็บป่วย 2) การดูแลในระยะสุดท้าย 3) การดูแลระยะที่ผู้ป่วยเพิ่งเสียชีวิต และ 4) การดูแลหลังการเสียชีวิต ซึ่งในแต่ละระยะจะมีการดูแลที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้ (ศิริพันธ์, 2554)

1. การดูแลในระยะเจ็บป่วย จะเน้นการดูแลตามอาการและปัญหา เพื่อตอบสนองความต้องการ ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกๆด้าน เป็นระยะที่ให้การดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งตัวของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ระยะสุดท้ายด้วย การดูแลในระยะนี้ครอบครัวจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแลโดยให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในทุกๆด้านเท่าที่จะสามารถจัดหาให้ได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไป

2. การดูแลในระยะสุดท้าย เป็นการดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการที่บ่งชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าใกล้จะเสียชีวิตแล้ว มักจะให้การดูแลในช่วง 48 ชั่วโมงสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต การดูแลที่สำคัญในระยะนี้ คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบ พร้อมทั้งเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยให้พร้อมต่อการเผชิญกับการจากไปของผู้ป่วยด้วย (ศิริพันธ์, 2554)

3. การดูแลระยะที่ผู้ป่วยเพิ่งเสียชีวิต เป็นการดูแลหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตแล้ว ได้แก่ การดูแลประเมินการเสียชีวิต และดูแลศพ การทำความสะอาดตกแต่งศพ การดูแลเพื่อส่งต่อวิญญาณให้ไปในที่ต่างๆ รวมไปถึงการให้กำลังใจ ปลอบโยน และอยู่เป็นเพื่อนครอบครัวของผู้ป่วยอย่างสงบ เพื่อช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไปได้ และป้องกันผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านจิตใจของครอบครัว (ศิริพันธ์, 2554)

4. การดูแลหลังการเสียชีวิต เป็นการดูแลภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตแล้วมาระยะหนึ่ง ซึ่งในระยะนี้ผู้ดูแลยังคงต้องเผชิญกับความโศกเศร้าจากเสียชีวิตของผู้ป่วย (ศิริพันธ์, 2554) จากการศึกษาของจรรยา (2547) ที่ศึกษาประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ภายหลังจากการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลและญาติของผู้ป่วยต้องการได้รับการติดตามเยี่ยมจากแพทย์และพยาบาล เพื่อขอคำปรึกษาด้านสุขภาพและการปรับตัว

ครอบครัวและทรศนะที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ความหมายและความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันตั้งแต่สองคนขึ้นไป (Friedman, 2003 อ้างตาม จินตนา, 2550) มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (รุจา, 2541) มีความผูกพันต่อกันทางอารมณ์ กายภาพ และการสนับสนุนกันทางเศรษฐกิจ (Harmon & Boyd, 1996) อาจมีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิต ทางกฎหมาย หรือมีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ มีการทำกิจกรรมร่วมกัน มีความเกี่ยวข้องรับผิดชอบและให้การดูแลซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งอยู่เคียงข้างในยามทุกข์และยามสุข

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่เล็กที่สุดทางสังคม หน้าที่และความรับผิดชอบของครอบครัวประกอบไปด้วย 3 ด้านหลักๆ คือ 1) ภารกิจพื้นฐาน (basic tasks) หมายถึง หน้าที่ที่สมาชิกในครอบครัวพึงกระทำเพื่อการดำรงชีวิต เช่น การดูแลในเรื่องปัจจัย 4 ของสมาชิกในครอบครัว 2) ภารกิจด้านพัฒนาการ (development tasks) หมายถึง พัฒนาการของครอบครัวตามขั้นตอนต่างๆของวงจรชีวิต และ 3) ภารกิจในยามวิกฤติ (crisis tasks) หมายถึง การช่วยเหลือ ดูแล แก้ไขภาวะวิกฤติหรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยซึ่งจะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อครอบครัวโดยตรง ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวและแก้ไขภาวะวิกฤตินั้นๆ เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล (Barber & Buehler, 1996) ซึ่งภารกิจในยามวิกฤติจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวนั้นนับเป็นหน้าที่ที่มีความสำคัญต่อครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง เพราะครอบครัวถือเป็นแรงสนับสนุนหลักในการให้ความช่วยเหลือ ดูแล สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติจากความเจ็บป่วย หรือความตายได้อย่างเหมาะสม

ครอบครัวจึงนับเป็นแหล่งสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งในยามปกติ และยามที่เจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว ย่อมจะส่งผลกระทบต่อไปยั้งสมาชิกของครอบครัวและกระทบต่อระบบของครอบครัวทั้งระบบ (Wright & Leahey, 2005) ซึ่งแต่ละครอบครัวก็ย่อมมีขอบเขตและความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันไป บางครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์ที่ติดต่อกัน สมาชิกมีส่วนร่วมและมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน แต่ในขณะที่บางครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่น ซึ่งความสัมพันธ์ของครอบครัวกับบทบาทที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย (ศรีเวียง, 2549) นอกจากนี้การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวยังเป็นจุดเริ่มต้นของความเข้าใจกันของสมาชิกในครอบครัว และเป็นการช่วยกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวได้ค้นหาปัญหาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพของสมาชิก โดยเฉพาะสมาชิกที่เจ็บป่วยและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวจึงนับเป็นหน่วยการดูแล (unit of care) ที่สำคัญที่สุด เนื่องจากครอบครัวจะเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดทั้งในแง่ของการดูแลผู้ป่วยและแง่ของความผูกพันกับผู้ป่วย (ศรีเวียง, 2549) นอกจากครอบครัวจะเป็นแหล่งในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านร่างกาย ช่วยประเเมนและช่วยจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยประคองจิตใจ ให้กำลังใจ และมีบทบาทในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วยด้วย ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจึงควรที่จะได้รับการประเเมนทรศนะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อที่จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระยะบั้นปลายของชีวิตได้อย่างดียิ่งขึ้น

ลักษณะของสังคมไทยในปัจจุบัน เราอาจสามารถแบ่งรูปแบบของครอบครัวได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆดังนี้ 1) ครอบครัวเดี่ยว (the nuclear family) เป็นลักษณะของครอบครัวที่ประกอบด้วยสามีและภรรยาไม่มีบุตร หรือบิดา มารดาและบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน อาจเป็นครอบครัวที่สามี/ภรรยาทำงานคนเดียว หรือช่วยกันทำงานทั้งคู่ (จินตนา, 2550) และ 2) ครอบครัวขยาย (the extended family) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ครอบครัวที่ประกอบด้วยคนหลายรุ่น เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ และลูกหลาน อาศัยอยู่ด้วยกัน หรือเป็นครอบครัวเดี่ยวสองครอบครัวมาอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน (จินตนา, 2550)

ในครอบครัวเดี่ยวแรงสนับสนุนทางสังคมที่ให้แก่สมาชิกในครอบครัวในภาวะเจ็บป่วยจะมีน้อยกว่าครอบครัวขยาย ซึ่งครอบครัวขยายจะมีการช่วยเหลือ สนับสนุน ทางด้านต่างๆ มากกว่า เช่น การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การช่วยเหลือในการดูแล ตลอดจนด้านข้อมูลความรู้ต่างๆ นอกจากนี้ครอบครัวขยายที่มีสมาชิกในครอบครัวมาก ก็จะมีการสลับสับเปลี่ยนหน้าที่กันในการดูแล (รุจา, 2541) เป็นการแบ่งเบาภาระในการดูแลได้มากกว่าครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของสุดศิริ (2541) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายหรือครอบครัวที่มีบุตรวัยแรงงานหลายคน สมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้กับผู้ดูแลด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของวาริณี (2536) ที่พบว่า ชนิดของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการของบิดามารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยบิดามารดาในครอบครัวเดี่ยวมีความต้องการทางด้านจิตใจสูงกว่าบิดามารดาในครอบครัวขยาย อย่างไรก็ตาม บริบทของสังคมไทยในยุคปัจจุบัน จะพบลักษณะของครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวจึงอาจจะมีการปรับตัวและการจัดการในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาระในการดูแล เช่น การจัดหาผู้ดูแลพิเศษมาช่วยเหลือดูแลในช่วงเวลากลางวันที่ต้องออกไปทำงาน โดยอาจจ้างผู้ดูแลหรือใช้บริการของอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน (เต็มศักดิ์, 2550) เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานส่วนหนึ่งในการดูแล ดังนั้นลักษณะของครอบครัวที่ต่างกันจึงอาจทำให้ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน

ทรศนะที่สำคัญของครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมักต้องเผชิญกับปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน ด้วยภาวะของโรคที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งครอบครัวนับว่ามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ จัดการกับปัญหาต่างๆ ตลอดจนตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย การทราบถึงทรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัวในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงนับว่ามีความสำคัญ เพราะจะช่วยส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัวให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอากรอบ “LIFESS” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ามาใช้ในการประเมินทรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัว ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น ซึ่งจากการประเมินทรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัวนี้จะนำไปสู่การส่งเสริมและช่วยเหลือในส่วนของปัญหาทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป กล่าวโดยสรุป ทรศนะที่สำคัญของครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่ท่อให้อาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้เลือด หรือกอดนวด หัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น ในส่วนนี้จะครอบคลุมไปถึงเจตนากรรมณของผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลแทนเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักจนอาจไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ รวมไปถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการรักษาและเสียชีวิต

เช่น บ้านหรือโรงพยาบาล โดยอาจจะเป็นสถานที่เดียวกันหรือคนละที่ก็ได้ และสิ่งคั่งค้างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ หรือมีความปรารถนาที่จะทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ จากการศึกษาของวันวิสาข์ (2546) ที่ศึกษาเรื่องสิทธิที่จะเลือกและกำหนดการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ กลุ่มละ 20 ราย โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการรักษาแต่พอสมควร และต้องการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วย 7 ใน 20 รายต้องการที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ และอยู่ใกล้ครอบครัว โดยญาติและแพทย์มีแนวโน้มยอมรับในความต้องการของผู้ป่วย สำหรับเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของผู้ป่วย จะระบุชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยยอมรับหรือปฏิเสธ และผู้ป่วยยังสามารถเลือกและระบุชื่อบุคคลหนึ่งไว้ในเอกสารเพื่อตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่กำหนดให้บุคคลมีสิทธิในการทำหนังสือเพื่อแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือยื้อการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (วิฑูรย์, 2550)

2. ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ในด้านของความเชื่อจะครอบคลุมในประเด็นต่างๆ ได้แก่ สิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยเองมากที่สุดในการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน ศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ ปรัชญาชีวิตที่ผู้ป่วยยึดถือ ประสบการณ์ส่วนตัวของการเจ็บป่วย การให้ความหมายของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ วิไลลักษณ์ (2552) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งศึกษาเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการเผชิญกับโรค และรู้สึกถึงความสุข ความสงบมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ปฏิบัติตามความคิด ความเชื่อ และความต้องการทางจิตวิญญาณของตนเองนั่นเอง

3. ระดับความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่เสื่อมลงเรื่อย ๆ จึงส่งผลให้ความสามารถในการรับรู้และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลายชุด เช่น Karnofsky Performance Status (KPS) Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) และ Palliative Performance Scale (PPS) สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale, PPS) เป็นฉบับภาษาไทย (บุษยามาสและลดาร์ตัน, 2556) และได้ทำการศึกษา นำร่อง โดยหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Intra-class correlation) ได้เท่ากับ 0.91 (95% CI: 0.86-0.96) ดังนั้น เครื่องมือนี้จึงมีความเที่ยงอยู่ในระดับดี และจากการประเมินความตรงของเครื่องมือ (validity) โดยการให้แพทย์ พยาบาล จำนวน 70 คน ตอบแบบสอบถาม พบว่า แพทย์ พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) เห็นว่า เครื่องมือมีประโยชน์ในการวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ จากการศึกษา นำร่องในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่

ยังพบว่า ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองเร็วขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจและยอมรับกับการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้มากขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่าแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

4. สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักมีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และมีเวลาเหลืออยู่ในการใช้ชีวิตไม่มาก จึงส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 80 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถเพิ่มการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 5.1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้ามาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงภาวะในการดูแลเพิ่มมากขึ้นด้วย เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อไม่ให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (สุริสา, 2548)

5. ความไม่สบายทางร่างกายและอาการต่างๆของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมา พบว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ โดยศึกษาจากผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 354 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในผู้ป่วยทุกระยะคือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/เหนื่อยล้า 4) เบื่ออาหาร และ 5) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ (อภิรติ, วงจันทร์, และวันธณี, 2548) การศึกษาของ นงลักษณ์ (2553) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 120 ราย พบว่า ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.64$) และจากการศึกษาของสิริมาศ (2552) ที่ศึกษาการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่า เมื่อครอบครัวรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระยะหมดหวัง ครอบครัวจะแสวงหาข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการจัดการอาการ และการเตรียมการตายสำหรับผู้ป่วย ซึ่งอาการต่างๆที่เกิดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเป็นสิ่งที่ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพควรพิจารณาให้การดูแลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆน้อยที่สุด

จะเห็นได้ว่า ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย ความคิด ความเชื่อ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์ ตลอดจนความไม่สบายทางร่างกายของผู้ป่วย ล้วนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่บุคลากรทีมสุขภาพควรนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประกอบในการดูแลรักษา ซึ่งในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองลดลงมาก ครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่จะให้ข้อมูลและถ่ายทอดความรู้สึกของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา การประเมินทรศนะของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาจึงมีความจำเป็น

และมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะนำไปสู่การกำหนดรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความครอบคลุมและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทรศนะของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ทรศนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของแต่ละครอบครัวอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ทั้งในด้านที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแล และตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทรศนะของครอบครัว มีดังนี้

1. ความสัมพันธ์ใกล้ชิดในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้การดูแลมีผลต่อทรศนะของครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้การดูแล เช่น คู่สมรส บุตร หรือบิดา/มารดา ย่อมมีการรับรู้ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ได้ใกล้เคียงและสอดคล้องกับของผู้ป่วย เช่น การศึกษาของภารตี (2549) ที่พบว่า ญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากจะดูแลอาการป่วยทางกายแล้ว ญาติยังสามารถสังเกตและรับรู้ได้ถึงความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วย และได้ให้การดูแลภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วย สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของครอบครัวในประเทศฮ่องกง พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยจะมีความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างดี (Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E, 2003) จึงเห็นได้ว่า ความใกล้ชิดของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลมีผลต่อการรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม สมาชิกครอบครัวที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ก็อาจมีการรับรู้ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยได้เช่นกัน หากบุคคลนั้นมีความผูกพันกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ช่างสังเกต หรือมีความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น

2. ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาที่ได้รับ ความรู้ และความเข้าใจของครอบครัวต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมีผลต่อทรศนะของครอบครัวในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของบุญวดี และเยาวลักษณ์ (2546) ที่พบว่า ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องการศึกษาของ ของยุพาวดี วงจันทร์ และกิตติกร (2549) ที่พบว่า ความรู้สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 4 อย่างไรก็ตาม สมาชิกครอบครัวที่ไม่มีความรู้เรื่องโรค และการรักษาของผู้ป่วย ก็อาจรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยได้หากเป็นผู้ที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และให้ความใส่ใจในอาการเจ็บป่วย หรือปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วย

3. ระดับการศึกษา การศึกษาจำเป็นต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ ตลอดจนทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ การศึกษาทำให้มนุษย์มีความรู้ มีเหตุผล ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ มีโอกาสในการรับรู้ข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจ และสามารถนำความรู้และทักษะที่มีมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Orem, 2001) การศึกษาถือเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยพัฒนาระดับสติปัญญาและการคิดแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล การได้รับ

การศึกษาจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของยุพาวดี และคณะ (2549) ที่พบว่าระดับการศึกษา สามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ อย่างไรก็ตาม ในสมาชิกครอบครัวบางรายที่มีระดับการศึกษาต่ำ ก็อาจจะมี ความเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วยได้เช่นกัน หากสมาชิกครอบครัวรายนั้นเป็นผู้ที่มีความสนใจและช่างสังเกตต่ออาการ หรือความรู้สึกของผู้ป่วย

4. อายุ อายุเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อธรรมชาติของครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากอายุจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และการพัฒนาการบุคคลที่มีอายุต่างกันย่อมมีความสามารถในการรับรู้แตกต่างกัน (Orem, 2001) ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ในการรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ได้ดีกว่า จึงย่อมจะมีการรับรู้ความคิด ความรู้สึก ของผู้ป่วย ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ในทางกลับกัน ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยบางราย ก็อาจจะมีการรับรู้ความคิด ความรู้สึกที่ตรงกับผู้ป่วยได้ หากเป็นผู้ที่คอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และใส่ใจในความคิด ความรู้สึก ของผู้ป่วย

จากปัจจัยในด้านต่าง ๆ ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแต่ละปัจจัยนั้นล้วนส่งผลต่อธรรมชาติของครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการรับรู้ ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าไปประเมินธรรมชาติของครอบครัวเพื่อที่จะสามารถให้การดูแลช่วยเหลือ ตลอดจนสนับสนุน และส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การที่จะสนับสนุน ช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรทีมสุขภาพจำเป็นที่จะต้องทราบถึงความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวมากที่สุด

การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ในสังคมไทยโดยทั่ว ๆ ไปบุคคลในครอบครัวเดียวกันจะมีความผูกพัน อบอุ่น และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยโดยเฉพาะด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ครอบครัวส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ครอบครัวจึงถือเป็นหน่วยของการดูแล (unit of care) ที่สำคัญ เพราะเป็นหน่วยที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งในด้านของการดูแล และความผูกพัน (ศรีเวียง, 2549) ในผู้ป่วยบางรายที่การดำเนินโรครุนแรงมากนั้น อาจจะสามารถให้การดูแลตนเองได้บางส่วน ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ดูแลในระยะเวลาสุดท้ายซึ่งมักเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักสำหรับครอบครัว เพราะนอกจากจะต้องดูแลด้านร่างกาย คอยเหลือจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วยอีกด้วย (ศรีเวียง, 2549) ครอบครัวจึงต้องได้รับการประเมินความต้องการการช่วยเหลือ และให้การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ครอบครัวจำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลือทั้งจากสมาชิกภายในครอบครัวเอง และจากบุคคลภายนอก โดยเฉพาะจากบุคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบครัวมักต้องการการช่วยเหลือในสองด้าน คือ ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล/ครอบครัว ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

1. ความต้องการข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ครอบครัวโดยส่วนใหญ่ต้องการให้บุคลากรที่มีสุขภาพให้ข้อมูลที่ชัดเจน เปิดเผย ตรงไปตรงมา เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกของการรักษา (กิตติกร, 2555) ความก้าวหน้าโรค (ยุวนิดา, กิตติกร, และ พัชรียา, 2552) ตลอดจนแหล่งประโยชน์ เครือข่ายทางสังคมที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ในยามฉุกเฉิน (ศรีเวียง, 2549) โดยข้อมูลที่ให้ต้องมีความสอดคล้องกัน และบุคลากรที่เป็นผู้ให้ข้อมูลควรเป็นบุคคลที่ครอบครัวมีความรู้สึกคุ้นเคย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และสถานที่ที่ให้ข้อมูลควรมีความเป็นส่วนตัว ซึ่งในการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวนั้นควรจะทำตั้งแต่ในตอนเริ่มต้น คือเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ขณะรับการดูแลรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และควรมีการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ (ดุสิต, 2550) เพื่อที่จะให้ครอบครัวได้มีการเตรียมความพร้อมและมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. ความต้องการด้านการติดต่อสื่อสาร ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องการที่จะทราบช่องทางการสื่อสารกับบุคลากรที่มีสุขภาพที่ง่ายและสะดวก และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากหน่วยงานที่ให้บริการ สามารถขอคำแนะนำ คำปรึกษา เพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปแล้วถูกต้อง (ดุสิต, 2550) ในผู้ดูแลบางรายอาจให้คำปรึกษา คำแนะนำทางโทรศัพท์ ซึ่งการขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์จะมีข้อดีคือ ช่วยให้ครอบครัวสามารถให้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้เองที่บ้าน และเป็นการช่วยประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ดูแลอีกด้วย (ชูชื่น, 2541)

3. ความต้องการด้านเครือข่ายสังคม ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายให้ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบครัวผู้ซึ่งให้การดูแลย่อมต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนจากเครือข่ายอื่นๆในสังคมทั้งในระยะยาวและฉุกเฉิน (ศรีเวียง, 2549) ไม่ว่าจะมาจากกลุ่มเพื่อนญาติพี่น้อง ทีมสุขภาพ หรือชุมชน เพื่อที่จะช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือจากชุมชนในการอำนวยความสะดวกในการพาผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาลเมื่อมีอาการฉุกเฉิน การที่ครอบครัวได้มีการรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ต่างๆ จะช่วยให้ครอบครัวสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม เป็นการลดภาระงานในการให้การดูแลผู้ป่วย และส่งผลให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้

ความช่วยเหลือของบุคลากรที่มีสุขภาพในด้านความรู้และการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติการดูแล ตลอดจนการให้คำแนะนำต่างๆ จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และสามารถปรับตัวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ลดความตึงเครียดจากการรับภาระในการดูแล ส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

4. ความต้องการการสนับสนุน และความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการให้การดูแลย่อมต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนตั้งแต่เริ่มแรก (ภักพรและคณะ, 2551) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยประเภทอื่นๆ โดยอาจจะเป็นผลมาจากความรุนแรงของโรค และสภาพการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ซึ่งความต้องการในการช่วยเหลือและสนับสนุนจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของการให้การรักษา และผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การให้การช่วยเหลือและสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากทีมสุขภาพจะช่วยให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความเครียด ความกดดันจากการให้การดูแลผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่งด้วย

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล/ครอบครัว

1. ความต้องการความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวย่อมมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี เพื่อที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากสภาวะของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ญาติโดยส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะในการปฏิบัติการดูแลที่จำเป็น การแก้ไขปัญหาและจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ดุสิต, 2550) เช่น การจัดการกับอาการปวด และอาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนต้องการความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเอง นอกจากนี้ยังต้องการโอกาสในการซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลในเรื่องต่าง ๆ (ศรีเวียง, 2549) ดังนั้นการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของครอบครัว จะช่วยให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และทำให้ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวลดลง

2. ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบกับภาระส่วนตัวของครอบครัว อาจทำให้สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งครอบครัวยังต้องเผชิญกับความเศร้าโศก ความหวาดหวั่น ความไม่แน่ใจ และความสูญเสียที่เกิดจากการรับรู้การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ปลอดภัย และกำลังใจ (ดุสิต, 2550) เพื่อที่จะจัดการกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจและความเครียดที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนกลายเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ บุคลากรสาธารณสุขจึงต้องให้การช่วยเหลือครอบครัวโดยรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกต่างๆ อย่างเข้าใจ เอาใจใส่ ไว้วางใจความรู้สึกของผู้ป่วย และครอบครัว ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น

3. ความต้องการด้านการจัดการเวลา บทบาทของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวลดลง โดยเฉพาะหากครอบครัวขาดทักษะและความรู้ที่เพียงพอในการปฏิบัติกรดูแล อาจทำให้ต้องเสียเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้น ๆ เพิ่มมากขึ้น (ภักพรและคณะ, 2551) นอกจากนี้การที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา อาจทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาออกกำลังกาย พักผ่อน หรือทำกิจกรรมผ่อนคลายต่างๆ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องได้รับความแนะนำและความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถที่จะจัดการเวลาในการดูแลและทำกิจกรรมส่วนตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามลำดับความสำคัญ และไม่ส่งผลกระทบต่อกรปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของครอบครัวมากนัก ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวสามารถลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึง ความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการเตรียมตัวสำหรับความตายและการอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายชีวิต จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการในการให้การดูแลและอยู่กับผู้ป่วยก่อนจะสิ้นใจ โดยต้องการที่จะคอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ต้องการให้ผู้ป่วยได้กลับมาเสียชีวิตที่บ้าน และต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (ยุวนิดา, 2552) โดยมีสมาชิกครอบครัว และญาติพี่น้องอยู่กันอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา การขอโทษกรรมหรือการขอภัยในสิ่งที่เคยทำผิด รับฟังคำสั่งเสียครั้งสุดท้าย และรับปากจะช่วยจัดการในเรื่องที่ผู้ป่วยยังค้างคาใจ (สุไฮตาร์, 2552) ความต้องการในด้านนี้เป็นความต้องการที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่าได้กระทำในสิ่งที่ดีกับผู้ป่วย ถือเป็นกรได้ทำหน้าที่ในการดูแลครั้งสุดท้ายและเป็นการทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไป

5. ความต้องการด้านอื่น ๆ เช่น ความต้องการการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และการดูแลสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลเอง โดยเฉพาะการพักผ่อนก่อนที่จะกลับมาให้การดูแลอีกครั้ง (ศรีเวียง, 2556) ซึ่งความต้องการในด้านต่างๆเหล่านี้ครอบครัวมักจะทำให้ความสำคัญอยู่ในอันดับหลัง ๆ เนื่องจากเป็นความต้องการที่เกี่ยวกับตัวผู้ดูแลเอง

การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในวาระสุดท้ายส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่ให้การดูแล ทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบครัวจึงมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือดูแลในด้านต่างๆ ซึ่งความต้องการการช่วยเหลือเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขควรตระหนักและพยายามค้นหาแนวทางในการสนับสนุน เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของครอบครัว และช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว

ความต้องการในการได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของแต่ละครอบครัวอาจมีความต้องการในระดับที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายประการ ทั้งในด้านที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวผู้ซึ่งให้การดูแล และตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการได้รับการช่วยเหลือของครอบครัว มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1. ความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น มักทำให้ผู้ดูแลมีการดูแลมากขึ้น จากการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพรุนแรงขึ้น จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการดูแลเพิ่มมากขึ้น และต้องใช้เวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของเรย์และริชเชส (Ray & Ritchie อ้างตาม ชันญญา, 2550) ยังพบว่า มารดาของเด็กป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จะมีภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นด้วย แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และต้องการการดูแลที่มีความจำเพาะอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น และมีภาระในการดูแลสูงขึ้นตามมา จึงมีผลให้มีความต้องการการช่วยเหลือในดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

1.2. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำมักส่งผลให้ครอบครัวมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเข้ารับการรักษาซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากโรคกำเริบหรือเกิดภาวะวิกฤติต่อชีวิต ผู้ดูแลมักเกิดความเหน็ดเหนื่อยจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนขึ้นหรือมีความเหน็ดเหนื่อยจากการเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชื่น (2541) ซึ่งพบว่า การรักษาผู้ป่วยมะเร็งจนถึงระยะลุกลามทำให้ผู้ดูแลต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทั้งในส่วนของค่ารักษา ค่าใช้จ่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล ค่าเดินทางไปกลับระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ในบางครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้ และในผู้ป่วยบางรายก็ได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลบางส่วนจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ ซึ่งจะช่วยให้ช่วยแบ่งเบาภาระในส่วนของค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยลงได้ อย่างไรก็ตามภาระในการดูแลที่เพิ่มขึ้นของครอบครัวอันเนื่องมาจากการเข้ารับการรักษาที่มีความถี่มากขึ้น อันเป็นผลมาจากการกำเริบของโรค/ภาวะวิกฤติของชีวิต ย่อมจะส่งผลให้ครอบครัว มีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความช่วยเหลือในด้านการสนับสนุนด้านการเงิน และกำลังใจในการเผชิญกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2. ปัจจัยพื้นฐานด้านการดูแล/สมาชิกผู้ดูแล/ผู้ดูแลหลัก

2.1. อายุ โดยทั่วไปสมาชิกครอบครัวจะมีการช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกก็จะมีอายุที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม อายุของสมาชิกที่เป็นผู้ดูแล จะมีผลต่อความต้องการการช่วยเหลือมากที่สุด ทั้งนี้เพราะอายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ที่บุคคลได้ผ่านการเรียนรู้มาในอดีต ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และความสามารถในการจัดการกับตนเองและบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวที่มีอายุต่างกันมีวิธีเผชิญปัญหาและมีความต้องการในการพึ่งพาบริการทางสุขภาพแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ผลการศึกษาส่วนใหญ่ได้ข้อสรุปว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลที่เพิ่มขึ้นด้วย ดังเช่น การศึกษาของวินิตา (2547) พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และสามารถทำนายศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลได้ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจึงอาจมีประสบการณ์การดูแล และสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าสมาชิกผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (ธาริณี, 2541) สอดคล้องกับการศึกษา

ของเบิร์นส์ ลีบานซ์ อเบอร์เนทตี และแครร์โรว์ (Burns, Leblanc, Abernethy, & Carrow, 2010) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-29 ปี จะมีความต้องการการช่วยเหลือในการปลอบใจในเรื่องการสูญเสียผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความคุ้นเคยกับบทบาทของผู้ดูแลมากกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์การให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ มาก่อน ทำให้สามารถปรับบทบาทในการให้การดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย รวมถึงมีการตัดสินใจและมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดีกว่า ประกอบกับผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้านลดลง เช่น การประกอบอาชีพ หรือการจัดการธุระต่างๆนอกบ้าน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาเพียงส่วนน้อยที่พบผลขัดแย้ง คือ อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลให้ความสามารถในการดูแลลดลง (วรวรรณ, 2540) ดังนั้นผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าอาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัย ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลได้ง่าย และก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลได้ จึงมีความต้องการการช่วยเหลือมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย จึงอาจกล่าวได้ว่า อายุเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากในแต่ละช่วงอายุของผู้ดูแลจะมีข้อจำกัดในการดูแลที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมาก อาจมีประสบการณ์การดูแลและความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ดีกว่า แต่ก็มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือความแข็งแรงของร่างกายที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ส่วนผู้ดูแลที่มีอายุน้อย อาจมีประสบการณ์การดูแลและความสามารถในการเผชิญปัญหาน้อยกว่า แต่ก็จะไม่มีปัญหาด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งจากข้อจำกัดในการดูแลที่แตกต่างกันดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลในแต่ละช่วงอายุมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลที่แตกต่างกันไป

2.2. เพศ โดยทั่วไปสมาชิกในครอบครัวหนึ่งๆมักจะประกอบด้วยสมาชิกที่มีเพศแตกต่างกัน ซึ่งเพศที่แตกต่างกันอาจจะมีเจตคติ ความเชื่อ และค่านิยมที่ต่างกันไป จึงส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัว (ทัศนีย์, 2550) ตลอดจนความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ทำให้ครอบครัวมีความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกันด้วย โดยเฉพาะวัฒนธรรมไทย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว สังคมมักจะคาดหวังว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นเพศหญิงจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานทางด้านความเชื่อ และการปลูกฝังค่านิยมทางสังคมวัฒนธรรมของคนไทย นอกจากนี้การศึกษาของชูชื่น (2541) ยังพบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมักมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย ส่งผลให้เพศหญิงสามารถที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ง่ายและเร็วกว่าเพศชาย (เพียงใจ, 2540) นอกจากนี้เพศชายจะมีความรู้สึกเป็นภาระและมีความรู้สึกลำบากในการให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีความสามารถในการทำงานต่างๆในบ้านน้อยกว่าเพศหญิง จึงทำให้ต้องใช้เวลามากกว่าเพศหญิงในการทำงานบ้าน ประกอบกับเพศชายส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการออกไปทำงานหารายได้นอกบ้าน จึงทำให้รู้สึกเป็นภาระและมีความยากลำบากมากกว่า อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของจอม (2541) พบว่า ผู้ดูแลเพศชายเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายต่างๆให้แก่ผู้ป่วย จึงมักคิดว่าตนเองสามารถดูแลได้ดีกว่าพี่น้องคนอื่นๆ นอกจากนี้ในกรณีที่เพศชายมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่า เช่น เป็นลูกชาย หรือหลานชาย คนโปรด ที่มีความรักและความผูกพันกับผู้ป่วยเป็นพิเศษก็อาจจะมีความสามารถในการให้การดูแลด้านจิตใจได้ดีกว่า ส่งผลให้มีความต้องการในการช่วยเหลือที่เฉพาะในด้านดังกล่าวน้อยกว่า จะเห็นได้

ว่า เพศที่แตกต่างกันก็จะมีข้อจำกัดหรือปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไป ซึ่งย่อมจะส่งผลต่อความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลที่แตกต่างกันด้วย

2.3. ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล ระดับการศึกษาของสมาชิกครอบครัวถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญ ผลการศึกษาในอดีตต่างสนับสนุนว่าการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น เนื่องจากการศึกษาถือเป็นประสบการณ์ชีวิตอย่างหนึ่ง ซึ่งช่วยพัฒนาสติปัญญาและการคิดแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล การได้รับการศึกษาจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สอดคล้องกับโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งกล่าวว่าการศึกษาทำให้มนุษย์มีความรู้ มีเหตุผล มีความเจริญงอกงาม การศึกษาจำเป็นต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ ตลอดจนทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ มีโอกาสในการรับรู้ข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจ และสามารถนำความรู้และทักษะที่มีมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ และจากการศึกษาของวรวรรณ (2540) พบว่า การศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาจากที่บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำ รวมถึงจากสื่อต่างๆได้ดีกว่า ส่วนสมาชิกครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จะทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ไม่ครบถ้วน มีความเข้าใจในข้อมูลต่างๆน้อยกว่า ส่งผลให้ไม่สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของเฉลิม (2539) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ แสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของผู้ดูแลอาจจะส่งผลต่อความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า อาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องของความรู้ในการดูแล และความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากทีมสุขภาพได้น้อยกว่า ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ก็อาจมีความต้องการข้อมูลและรายละเอียดต่างๆในการดูแลมากกว่า ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.4. ลักษณะอาชีพ อาชีพของสมาชิกครอบครัว ครอบครัวที่ทำอาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรมและรับจ้างมักจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่มักมีระดับการศึกษาต่ำ ขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแล ดังนั้นสมาชิกครอบครัวที่ลักษณะอาชีพแตกต่างกัน จึงย่อมมีความต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกันไป นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวที่ประกอบอาชีพควบคู่ไปกับการรับบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วย จะต้องใช้ศักยภาพในการจัดการเวลาให้เพียงพอกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นนับว่าเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก จึงอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีเวลาในการพักผ่อนหรือการทำกิจกรรมต่างๆลดลง อาจทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมอนโกเมอรี (Montgomery, 1985 อ้างตาม ชนัญญา, 2550) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพควบคู่ไปกับการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ในขณะที่สมาชิกครอบครัวที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีศักยภาพในการให้การดูแลได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญ (2545) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำงานจะสามารถจัดการเวลาในการดูแล มีเวลาในการพักผ่อน และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดมากกว่า

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ ศศิธร (2549) พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย เช่น อาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร มักจะมีรายได้น้อยเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องดิ้นรนหารายได้ เนื่องจากต้องมีภาระในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้อาจมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ จะเห็นได้ว่า ลักษณะอาชีพที่แตกต่างกันของผู้ดูแล ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลที่มีอาชีพที่ต้องทำงานเป็นผลัด อาจทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่แน่นอน และมักมีเวลาในการพักผ่อนน้อย อาจส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีความต้องการผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย หรืออาชีพที่มีรายได้น้อย อาจมีปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย จึงมีความต้องการการช่วยเหลือในส่วนของการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

2.5. ภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล โดยเฉพาะภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และภาระในการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของสุรรัตน์ (2541) ที่พบว่า ผู้ดูแลซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 39-60 ปี มักมีโรคเรื้อรังที่เป็นโรคประจำตัว หากผู้ดูแลกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นก็อาจจะส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง และไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานก็อาจจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทรุดลงกว่าเดิมได้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ วินิตา (2547) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีกและไม่สามารถทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ แสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันของผู้ดูแลนั้นอาจจะมีผลต่อความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไป เนื่องจากผู้ดูแลที่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวด้วย อาจส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยในทางตรงกันข้ามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานก็อาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล โดยอาจทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเจ็บป่วย ไม่ว่าจะด้วยปัญหาทางกาย หรือด้านจิตอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่เช่นกัน

2.6. ระยะเวลาในการดูแล โดยทั่วไปสมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆตั้งแต่ทราบข่าวหรือข้อมูลการเจ็บป่วย แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปครอบครัวก็จะมีปรับตัวและมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและความยากลำบากในการดูแลได้ดีขึ้น ดังนั้นสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน จะมีประสบการณ์ ตลอดจนมีทักษะและความชำนาญในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลแต่ละคน เช่นเดียวกับการศึกษาของอรทัย (2538) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และการศึกษาของสุรภา (2546) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมาแล้วเป็นระยะเวลา 1-5 ปี จะมีความต้องการในระดับที่มากกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 5 ปีขึ้นไป แต่ในขณะเดียวกันครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานๆ ก็อาจเบื่อหน่าย ท้อแท้ เครียด เหนื่อยล้า และรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการดูแลและความผาสุกของครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวินิตา (2547) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และการศึกษาของวรวรรณ (2540) ที่พบว่า ระยะเวลาใน

การดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย นอกจากนี้สมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน อาจมีสุขภาพทรุดโทรมลง เนื่องจากการได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการของครอบครัว/ผู้ดูแลในการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพแตกต่างกันไป ผู้ดูแลที่ให้การดูแลมาเป็นระยะเวลานาน อาจจะมีทักษะและความชำนาญในด้านการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เพิ่งดูแลมาในระยะเวลาสั้นๆ จึงอาจทำให้ต้องการความช่วยเหลือในด้านของการฝึกฝนทักษะในการดูแลหรือวิธีการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลน้อย แต่การดูแลเป็นระยะเวลานาน ก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลได้มากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลมาในระยะเวลาที่น้อยกว่า จึงอาจทำให้ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน มีความต้องการการช่วยเหลือในด้านการแบ่งเบาภาระในการดูแลมากกว่า

3. ปัจจัยด้านครอบครัว

3.1. รายได้ของครอบครัว รายได้ของครอบครัวนับเป็นปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยอาจจะช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกในการจัดหาเครื่องใช้ รวมไปถึงการจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นตัวที่ช่วยกำหนดความพึงพอใจในชีวิต และทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัวได้ ซึ่งเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ย่อมจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น อาจจะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยบางรายอาจจะต้องลาออกจากงาน และในขณะเดียวกันสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยก็จะไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว โดยครอบครัวที่มีรายได้สูงก็อาจจะได้รับผลกระทบน้อยกว่า และอาจยังคงมีความสามารถในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่เป็นประโยชน์ให้กับผู้ป่วย หรือสามารถเลือกแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย (Clayton, 2005) เช่น ในการจัดหาอุปกรณ์ที่มีความจำเป็น หรือการเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะวิกฤตอย่างทันท่วงที เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุริรัตน์ (2541) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีการศึกษาวิจัยที่พบข้อขัดแย้ง คือ การศึกษาของจินตนา (Hanprasitkam, Wichiencharoen, Seeda, & Priyatrak, 2001) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน ซึ่งพบว่า รายได้ของครอบครัวไม่สามารถทำนายความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่บ้านได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่า รายได้ของครอบครัวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน เนื่องจาก ครอบครัวที่มีรายได้สูงอาจมีการรับรู้ถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัวจากการจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย อีกทั้งยังอาจสามารถจัดการหาผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้ จึงอาจส่งผลให้มีความต้องการการช่วยเหลือจากการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าครอบครัว/ผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย

3.2. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ระบบครอบครัวเป็นระบบพึ่งพาที่สำคัญระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว ซึ่งปฏิกริยาที่รับรู้ต่อการเจ็บป่วยจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยเฉพาะกับผู้ป่วย เช่น เมื่อบุตรเกิดความเจ็บป่วย บิดามารดาย่อมมีความรู้สึกวิตกกังวลมากกว่าญาติที่มีความสัมพันธ์ห่างออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้ออารีย์ (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย เมื่อรับทราบว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียเนื่องจากบุคคลที่รักไม่สามารถกลับเป็นปกติได้เช่นบุคคลทั่วไป เช่นเดียวกันกับการศึกษาของพัชรี (2546) ที่พบว่ามารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม คู่สมรสก็เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย อีกฝ่ายก็จะเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ ตลอดจนรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของอีกฝ่าย ซึ่งจะส่งผลให้รูปแบบในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทั้งในส่วนของภาระจากการดูแล ภาระในการหารายได้เพื่อนำมาใช้จ่ายในการรักษา โดยทั่วไปคู่สมรสหรือบุตรของผู้ป่วยมักจะเป็นผู้ดูแลหลักที่คอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮักส์ (Hughes, 1999) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้มากกว่าผู้ดูแลในกลุ่มอื่นๆ และเมื่อมีการเปรียบเทียบกันระหว่างสามีและภรรยาในบทบาทของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะรับรู้ถึงการเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อสามีล้มป่วย ภรรยาต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลัก และขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามี รับบทบาทในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว ดูแลสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนทำงานบ้านควบคู่ไปด้วย ส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระจากการทำหน้าที่ในหลายบทบาทได้ และถึงแม้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย แต่หากไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงทางสายเลือด ก็มักจะมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยเฉพาะกับผู้ป่วยในแต่ละรายมักทำให้ครอบครัวมีความต้องการในการช่วยเหลือที่แตกต่างกันได้ ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่า เช่น เป็นพ่อ แม่ หรือบุตร ย่อมจะรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ห่างออกไป เมื่อทราบว่าผู้ป่วยป่วยในระยะสุดท้ายย่อมจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกถึงการสูญเสียที่รุนแรงมากกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มนี้จึงอาจต้องการการช่วยเหลือในด้านการประคับประคองจิตใจมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ ในขณะเดียวกัน คู่สมรส ก็เป็นผู้ดูแลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเจ็บป่วย อีกฝ่ายย่อมต้องรับภาระหน้าที่ต่างๆแทน ส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบสูงขึ้น จึงอาจทำให้มีความต้องการการช่วยเหลือในด้านของการจัดการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย

3.3 ประสพการณ์การดูแล การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในผู้ดูแลแต่ละคนอาจจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจเกิดจากประสพการณ์ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลแต่ละคน ผู้ดูแลที่เคยผ่านประสพการณ์การดูแลมานาน แม้ว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคที่รุนแรงมาก ก็อาจจะรับรู้ถึงความรุนแรงได้น้อยกว่าผู้ดูแลที่มีประสพการณ์ในการดูแลน้อยกว่า หรือไม่เคยมีประสพการณ์ในการดูแลมาก่อน (ชนัญญา, 2550) สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่

กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาตามระยะเวลา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนในช่วงเวลาที่ผ่านมา ดังนั้น ผู้ดูแลที่ผ่านประสบการณ์การดูแลมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลและเผชิญกับปัญหาได้มากกว่าผู้ดูแลที่ผ่านประสบการณ์ในการดูแลน้อย นอกจากนี้ การศึกษาของสุไฮดาร์, กิตติกร, และประณีต (2552) ยังพบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวรรณ (2554) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ประสบการณ์การดูแลจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเข้าใจและยอมรับกับอาการของโรค มีการเรียนรู้อาการดูแล ค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมจากการเรียนรู้พฤติกรรม การสั่งสมประสบการณ์ และปรับการดูแลให้เหมาะสมตามมา จึงอย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และมีความเข้มแข็งทางจิตใจสูง แม้จะมีประสบการณ์ในการดูแลน้อยกว่า แต่ก็อาจจะสามารถให้การดูแลและเผชิญกับปัญหาได้ดีเช่นกัน ประสบการณ์การดูแลจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลมากกว่า อาจจะดูแลและเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า จึงส่งผลให้มีความต้องการการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพน้อยกว่า หรือในขณะเดียวกันผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลน้อยกว่า ก็อาจจะต้องการการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพที่มากกว่า เพื่อที่จะสามารถเผชิญปัญหาและสามารถให้การดูแลได้ดียิ่งขึ้น

จากปัจจัยในด้านต่างๆข้างต้นแสดงให้เห็นว่าในแต่ละปัจจัยล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแล ความสามารถหรือศักยภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และมีผลต่อการปรับตัว การเกิดความเครียด วิตกกังวลของครอบครัวจากการให้การดูแล รวมไปถึงความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย บุคคลากรทางสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าไปประเมินความต้องการของครอบครัวเพื่อที่จะสามารถให้การดูแลช่วยเหลือ ตลอดจนสนับสนุน และส่งเสริมครอบครัวให้สอดคล้องกับปัจจัยด้านต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างดีที่สุด

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่โรคคุกคามต่อชีวิต และไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งการดูแลในระยะสุดท้ายนั้นจะต้องเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ซึ่งการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายคือการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับความตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน โดยส่วนใหญ่ ในบริบทของสังคมไทย ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ สมาชิกในครอบครัว ครอบครัวนับเป็นหน่วยการดูแลที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดทั้งในแง่ของการดูแลผู้ป่วยและแง่ของความผูกพันกับผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงถือเป็นมิติที่มีความท้าทายบทบาทของสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแล เนื่องจากจะต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะในหลายๆ

ด้าน ตลอดจนการจัดการกับความเครียดจากการดูแล และความรู้สึกเศร้าโศกจากการรับรู้ถึงการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่ค่อยๆทรุดลง อีกทั้งยังต้องอาศัยความร่วมมือกันจากหลายฝ่าย ทั้งในส่วนของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเอง รวมไปถึงความร่วมมือของทีมสุขภาพ ซึ่งแต่ละฝ่ายจะต้องมีการทำงานร่วมกัน และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อที่จะให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในการะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการที่จะส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัวให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นจะต้องมีการประเมินทรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัวในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแล เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย สามารถให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่างๆมากขึ้น และช่วยให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจผู้ป่วยในด้านต่างๆมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อครอบครัว สามารถที่จะวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป จะเห็นได้ว่าการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่ให้การดูแล ครอบครัว จึงมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือดูแลในด้านต่างๆ ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักและพยายามที่จะค้นหาแนวทางในการประเมินและสนับสนุน เพื่อที่จะช่วยเหลือและตอบสนอง ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) เพื่อศึกษาธรรมชาติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีวิธีการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาเป็นครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นตัวแทนครอบครัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกประเภท โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่คอยให้การช่วยเหลือในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ ทั้งที่เป็นปัจจุบัน หรือเคยมีประสบการณ์ดังกล่าวในอดีต (ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไม่เกิน 3 เดือน) ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแลในช่วงดังกล่าวต้องมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ประเมินโดย Palliative Performance Scale for Adult Suandok, PPS) ไม่เกิน 30 คะแนน

หมายเหตุ: การประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับภาษาไทย (บุษยามาสและลดารัตน์, 2556) และใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการศึกษาครั้งนี้จะใช้เกณฑ์ที่ผู้ป่วยมีระดับคะแนน PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับ PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 จะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามหลักการที่เสนอโดย บาทเลท โคทลิก และฮิกกิน (Bartlett, Kotrlík & Higgin, 2001) โดยคำนวณจากจำนวน

ประชากรผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลซึ่งเป็นศูนย์มะเร็งของภาคใต้ ปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนประชากรดังนี้

โรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ศูนย์มะเร็งภาคใต้ตอนบน)	15	ราย
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (ศูนย์มะเร็งภาคใต้ตอนบน)	188	ราย
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ศูนย์มะเร็งภาคใต้ตอนล่าง)	328	ราย
รวม	546	ราย

นำไปเปิดตารางของ บาทเลท โคทลิก และฮิกกิน (Bartlett, Kotrlik & Higgin, 2001) ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนจากสูตร

$$n1 = \frac{nN1}{N}$$

เมื่อ	n	คือ	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากค่านวน
	n1	คือ	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม
	N	คือ	จำนวนประชากรทั้งหมด
	N1	คือ	จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดสุราษฎร์ธานี	จำนวน 15	ราย	คำนวณได้	4	ราย
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	จำนวน 188	ราย	คำนวณได้	35	ราย
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	จำนวน 328	ราย	คำนวณได้	61	ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบประเมินสำหรับใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1 ส่วน คือ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก ฉบับภาษาไทย (บุษยามาสและลดารัตน์, 2556) และแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว 2) แบบสอบถามทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และ 3) แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสำหรับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งเมืองวิกตอเรีย (Victoria Hospice Society) ฉบับภาษาไทย แปลโดยบุษยามาสและคณะ (บุษยามาสและลดารัตน์, 2556) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนี้ ใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด เพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในการจัดรูปแบบในการดูแลให้เหมาะสม โดยประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-100 สำหรับคะแนน 0 หมายถึง

ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว และคะแนน 100 หมายถึง ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ปกติ คะแนนที่ได้จากการประเมินสามารถจัดแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระดับ PPS 70-100 เรียกว่า ระยะคงที่ (stable) ระดับ PPS 40-60 เรียกว่า ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) และระดับ 10-30 เรียกว่า ระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life) (กิตติกร, 2555) โดยในการศึกษาครั้งนี้จะใช้เกณฑ์ที่ผู้ป่วยมีระดับคะแนน PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรักษาโดยไม่ได้มีการนัดหมายจากแพทย์/เดือน ชนิดของโรคมะเร็ง สิทธิการรักษา และอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแล

1.3 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด การมีผู้อื่นมาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และการจ้างผู้อื่นมาช่วยเหลือในการดูแล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบประเมินความปรารถนาในบั้นปลายชีวิต (Living wills and advance directive survey) ของดอร์นิง (Durning, 2008) ซึ่งเป็นพยาบาลในหน่วยการดูแลแบบประคับประคองเพื่อสอบถามถึงความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวตลอดจนบุคคลที่สนใจในช่วงบั้นปลายของชีวิต แล้วดัดแปลงให้เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และเพิ่มจำนวนข้อคำถาม เพื่อให้มีความครอบคลุมความต้องการในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น โดยแบบสอบถามในส่วนนี้ได้นำไปวัดการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในบั้นปลายชีวิต โดยจะให้สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทำการประเมินจากการที่ได้สื่อสารกับผู้ป่วยหรือจากการรับรู้ของผู้ดูแลเอง ภายหลังได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องมาเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ได้ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยนี้ให้ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ และได้ดัดแปลงระดับการวัดเป็น 5 ระดับ (0 - 4) (ภาคผนวก ค)

การแปลความหมายคะแนน คะแนนเฉลี่ยความปรารถนาในบั้นปลายชีวิต ได้ถูกนำมาแบ่งระดับโดยการนำค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการ คือ 3 ระดับ ได้เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยดังนี้

0.01-1.33	หมายถึง	มีความปรารถนาน้อย
1.34-2.66	หมายถึง	มีความปรารถนาปานกลาง
2.67-4.00	หมายถึง	มีความปรารถนามาก

2.2 แบบสอบถามด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นแบบสอบถามที่ถามเกี่ยวกับการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการให้คุณค่า/ความสำคัญต่อสิ่งต่างๆในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยจะให้สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทำการประเมินจากการที่ได้สื่อสารกับผู้ป่วยหรือจากการรับรู้ของตัวเอง ภายหลังจากดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องมาอย่างน้อย 2 สัปดาห์เช่นเดียวกัน แบบสอบถามในส่วนนี้ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยจากแบบประเมินจิตวิญญาณ หรือ FICA tool (Faith, Importance & influence, Community & Address or Application) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นในปี 1996 (Borneman, Ferrell, & Puchalski, 2010) เพื่อให้แพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพใช้ในการประเมินด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสิ่งที่แพทย์หรือจิตแพทย์ต้องการที่จะประเมินผู้ป่วย และมีการนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 76 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้และการใช้ประโยชน์ จากการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ให้ข้อมูลว่าความเชื่อมีความสำคัญกับชีวิตของพวกเขามากที่สุด ($M = 8.4$ จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) และผู้พัฒนาเครื่องมือชุดนี้ได้รายงานว่แบบสอบถามดังกล่าวมีประสิทธิภาพเพียงพอสำหรับการประเมินความเชื่อและจิตวิญญาณ อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับข้อคำถามที่เกี่ยวกับการประเมินด้านจิตวิญญาณในแบบประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ด้วย (Borneman et al., 2010)

ภายหลังจากได้ทำการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงระดับการวัดให้เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) เพื่อให้สอดคล้องกับเครื่องมือชุดอื่น โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 9 ข้อ (ภาคผนวก ค)

การแปลความหมายคะแนน คะแนนเฉลี่ยการให้คุณค่า/ความสำคัญ ได้แบ่งระดับโดยการนำค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการ คือ 4 ระดับ ได้เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

1.00-2.00	หมายถึง	ให้ความสำคัญน้อย
2.01-3.00	หมายถึง	ให้ความสำคัญปานกลาง
3.01-4.00	หมายถึง	ให้ความสำคัญมาก
4.01-5.00	หมายถึง	ให้ความสำคัญมากที่สุด

2.3 แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ และความสุขสบายทางร่างกาย เป็นแบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ สภาวะทางร่างกายและความไม่สุขสบายทั่วไปๆของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS ฉบับภาษาไทย แปลโดยดาริน และคณะ (กิตติพล, 2556) ที่ใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่าได้มีงานวิจัยจำนวน 39 งานจาก 25 สถานการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งมีงานวิจัยจำนวน 33 งานที่ได้นำเครื่องมือชิ้นนี้ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า เครื่องมือมีความตรงตามสภาพปัจจุบัน (concurrent validity) และมีความเที่ยง โดยมีค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือเท่ากับ .68 – .80 และมีค่าความคงที่ของเครื่องมืออยู่ในระดับสูง ($r = .8$) (Richardson & Jones, 2009) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แนะนำให้ใช้แบบประเมินนี้ในการประเมินความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่างๆที่เกิดขึ้น โดยนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการประเมินอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย และอาการต่างๆที่เกิดขึ้น สำหรับการศึกษานี้ได้นำไปวัดการรับรู้ของครอบครัว

เกี่ยวกับสภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ อากาศซึมเศร้า วิตกกังวล ความไม่สุขสบายทางร่างกาย ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ และความไม่สุขสบาย ทั่วๆไป โดยได้ให้ตัวแทนครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทำการประเมินจากการที่ได้สื่อสารกับผู้ป่วย ภายหลังการให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเช่นเดียวกันกับเครื่องมืออื่นๆ แบบสอบถามฉบับนี้ จะมีลักษณะการวัดเป็นมาตรฐานประมาณค่า แบ่งเป็น 10 ระดับ ซึ่งระดับการวัดในแต่ละอาการมี คะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด กล่าวคือ ระดับ คะแนนยิ่งมาก อาการที่เกิดขึ้นก็จะยิ่งมาก (ภาคผนวก ค)

การแปลความหมายคะแนน คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการและ สภาวะอารมณ์ ได้แบ่งระดับโดยการนำค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนขั้น ที่ต้องการ คือ 4 ระดับ ได้เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

0.01-2.50	หมายถึง	รุนแรงน้อย
2.51-5.00	หมายถึง	รุนแรงปานกลาง
5.01-7.50	หมายถึง	รุนแรงมาก
7.51-10.00	หมายถึง	รุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เป็น แบบสอบถามความต้องการในการขอรับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย โดยได้แปลมาจาก แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล (The Carer Support Need Assessment Tool, CSNAT) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกสร้างมาเพื่อใช้ในการประเมินความต้องการการช่วยเหลือในด้าน ต่างๆของผู้ดูแล เครื่องมือนี้ได้สร้างขึ้นมาจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล และผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ ประกอบกับการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล แบบสอบถามนี้ได้ นำไปวัดความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของครอบครัว ซึ่งจะให้ ตัวแทนครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักทำการประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวใน 2 ประเด็น คือ ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11, และ 13) และความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลเอง (ข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, และ 14) เครื่องมือนี้ได้ผ่านการนำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลจำนวน 225 ราย (Ewing, Brundle, Payne, & Grande, 2013) และพบว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี โดยมีค่าความสอดคล้อง ภายในในเท่ากับ .67-.80 และมีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) อยู่ในระดับดี สำหรับการศึกษาคั้งนี้ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทย ซึ่งแบบสอบถามที่ได้ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ มี ลักษณะการวัดเป็นมาตรฐานประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ (ภาคผนวก ค)

การแปลความหมายคะแนน คะแนนเฉลี่ยความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล ผู้ป่วย ได้แบ่งระดับคะแนนโดยการนำค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนขั้น ที่ต้องการ คือ 3 ระดับ ได้เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0.01-1.00	ต้องการน้อย
1.01-2.00	ต้องการปานกลาง
2.01-3.00	ต้องการมาก

การแปลภาษาของเครื่องมือ

ในส่วนของการแปลภาษา สำหรับเครื่องมือที่ได้ทำการแปลมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ได้แก่ แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย แบบสอบถามด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งแบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้ทำการแปลโดยผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องในการแปลและความเหมาะสมในการใช้คำ ภาษาเพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในสังคมไทย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย แบบสอบถามด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย และแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับกรอบแนวคิด ตลอดจนความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาแล้ว จึงได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือทั้ง 5 ชุด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ในการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกชุด ยกเว้นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทั้งนี้ได้มีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำคะแนนที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และหาค่า

ความเที่ยงของเครื่องมือหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้

1. แบบสอบถามทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิต เท่ากับ .80 (10 ราย) และ .75 (30 ราย)
 - 1.2 แบบสอบถามด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ เท่ากับ .87 (10 ราย) และ .83 (30 ราย)
 - 1.3 แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ และความสุขสบายทางร่างกาย เท่ากับ .85 (10 ราย) และ .70 (30 ราย)
2. แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวเท่ากับ .77 (10 ราย) และ .73 (30 ราย)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด โดยเสนอโครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมทางการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแนบกับแบบสอบถาม ได้สร้างสัมพันธภาพ และนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยไม่ผลต่อตัวผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านการรักษาพยาบาล หรือการรับบริการด้านอื่นๆที่จะได้รับจากโรงพยาบาล นอกจากนี้หากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการขอหยุดการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆเช่นกัน ขณะตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 8 ราย เกิดภาวะวิตกกังวลทางจิตใจ ร้องให้ขอข้อมูล เนื่องจากเกิดความเครียด และความความรู้สึกโศกเศร้าจากการรับรู้ว่าคุณป่วยกำลังจะเสียชีวิต ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือดังนี้ 1) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหยุดตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกถึงสภาพปัญหา และความต้องการในการได้รับการช่วยเหลือ โดยให้ความมั่นใจว่าจะทำการปกปิดข้อมูลเหล่านั้นเป็นความลับ ตลอดจนให้การรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นใจ ปลอดภัย และให้กำลังใจแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย 2) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกวิธีการเผชิญปัญหา และช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆที่สามารถจะทำให้ได้ เช่น ในด้านของข้อมูลข่าวสาร 3) รอจนกว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีความพร้อมจึงให้ดำเนินการในการตอบแบบสอบถามต่อ และข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยในการทำวิจัยครั้งนี้สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา และผู้เข้าร่วมวิจัยต้องยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 หลังจากนำเสนอโครงร่างวิจัยและผ่านการตรวจสอบจากกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆทั้งระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลสถาบันโรคมะเร็ง ในภาคใต้ทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการ

1.2 หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการดำเนินการวิจัย จากนั้นเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เข้าไปเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.3 ศึกษาสำรวจ (pilot study) ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและฝึกฝนทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนที่จะทดลองทำจริง

2. ขั้นดำเนินการ ได้ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 คัดเลือกตัวแทนครอบครัวที่มีลักษณะตามที่กำหนด

2.2 สร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ที่จะทำการเก็บข้อมูล ตลอดจนสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวดังนี้

2.2.1 แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน โดยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ตลอดจนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการทำวิจัยครั้งนี้

2.2.2 แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนครอบครัว โดยแนะนำตัวในฐานะของนักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจเกี่ยวกับการรับรู้ของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากนั้นชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย และการเก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย

2.2.3 พิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ และให้ลงนามในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ก)

2.2.4 พุดคุยและอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดให้แก่กลุ่มตัวอย่างก่อน เมื่อเข้าใจแล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่าน

ข้อความได้ ผู้วิจัยจะอ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ไม่เกิน 30 นาที

2.2.5 เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเก็บข้อมูล ทำการตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของแบบสอบถาม/แบบประเมิน จากนั้นรวบรวมเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

สำหรับการลดความคลาดเคลื่อนของการวัดในการศึกษานี้ ซึ่งอาจเกิดได้จากการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลหลายชุด (5 ชุด) ผู้วิจัยจึงได้มีการดำเนินการดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนจากการเรียนรู้จากการตอบแบบสอบถาม/แบบประเมิน ได้ดำเนินการสุ่ม โดยการสุ่มจับฉลากลำดับการตอบแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

2. ความคลาดเคลื่อนจากความเหนื่อยล้า/เบื่อหน่ายจากการตอบแบบสอบถาม/แบบประเมิน ดำเนินการโดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงความจำเป็นในการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุดตามความเป็นจริง พร้อมทั้งให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างในการหยุดพักระหว่างการทำหากเกิดการเหนื่อยล้า หรือเบื่อหน่ายขณะตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง เข้าสู่ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งเป็นการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ได้วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของตารางและการบรรยาย

2. ทรรศนะของครอบครัว ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย 2) ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ 3) สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย และ 4) ความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่างๆของผู้ป่วย ได้วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ทัศนนะของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายชีวิต ความคิด ความเชื่อ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย รวมทั้งความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

ส่วนที่ 2 ทัศนนะของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 3 ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นโรคมะเร็งในกลุ่มระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 38) โดยพบว่าเป็นมะเร็งตับมากที่สุด (ร้อยละ 17) รองลงมาคือโรคมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (ร้อยละ 29) ซึ่งพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด (ร้อยละ 16) สำหรับสิทธิการรักษาพบว่าผู้ป่วยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 54) ทั้งนี้โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) มีประสบการณ์เข้ารับการรักษาโดยไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้าจากแพทย์เดือนละ 1 ครั้ง และอีกร้อยละ 30 เข้ารับการรักษาเดือนละ 2 ครั้ง ส่วนมากมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (PPS Scale) อยู่ที่ระดับ 30 คะแนน (ร้อยละ 43) รองลงมา คือ ระดับ 10 คะแนน (ร้อยละ 26) อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) เหนื่อยล้า (ร้อยละ 53) 2) หายใจลำบาก (ร้อยละ 42) และ 3) ขาดอาหาร (ร้อยละ 40) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=100)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็ง	
มะเร็งทางเดินอาหาร	38
ตับ	17
ลำไส้	15
หลอดอาหาร	2
เหงือก	2
ถุงน้ำดี	1
กระเพาะอาหาร	1
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์	29
ปากมดลูก	16
เต้านม	7
รังไข่	4
ต่อมลูกหมาก	1
กระเพาะปัสสาวะ	1
มะเร็งทางเดินหายใจ	19
ปอด	15
ลำคอ	4
มะเร็งเม็ดเลือด/น้ำเหลือง	10
ต่อมน้ำเหลือง	6
เม็ดเลือดขาว	4
อื่นๆ	4
มะเร็งกระดูก	2
มะเร็งสมอง	1
มะเร็งตา	1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	54
เบิกราชการ	21
ประกันสังคม	14
จ่ายเงินเอง	6
สิทธิผู้สูงอายุ	1
สิทธิอาสาสมัครสาธารณสุข	1
การเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน (ครั้ง/เดือน) (Max = 4, Min = 0)	
(M = 1.41, SD = 0.90)	
ไม่เคย	12
1	48
2	30
3	7
4	3
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (PPS Scale)	
30	43
20	22
10	26
0 (เสียชีวิตแล้ว)	9
อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น*	
เหนื่อยล้า	53
หายใจลำบาก	42
ขาดอาหาร	40
ท้องผูก	34
ติดเชื้	33
ท้องมาน	16
ท้องร่วง	11
สับสน	2
บวม	1
ไตวาย	1

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ข้อมูลของผู้ดูแล

ผลการศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 100 รายพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78) มีอายุระหว่าง 14-74 ปี คิดเป็นอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.83 ปี ($SD = 13.62$) โดยมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (41-59 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 52) รองลงมาคือ มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (19-40 ปี) (ร้อยละ 34) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 72) และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 85) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 29) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 28) รองลงมาคือ ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 21) ผู้ดูแลส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 36) รองลงมา คือ เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 29) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน (ร้อยละ 78) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($N=100$)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
เพศ	
หญิง	78
ชาย	22
อายุ (ปี) (Max = 74, Min = 14, M = 42.83, SD = 13.62)	
14-18 (วัยรุ่น)	3
19-40 (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	34
41-59 (วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย)	52
60-74 (วัยสูงอายุ)	11
สถานภาพ	
สมรส	72
โสด	25
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	2
หม้าย	1
ศาสนา	
พุทธ	85
อิสลาม	15

ตาราง 2 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	5
	ประถมศึกษา	29
	มัธยมศึกษา	23
	ปริญญาตรี	40
	ปริญญาโท	1
	ปริญญาเอก	2
อาชีพ		
	เกษตรกร	28
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21
	รับจ้าง	15
	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	13
	พนักงานบริษัท	5
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18
โรคประจำตัว		
	ไม่มี	77
	มี	23
	ความดันโลหิตสูง	8
	ภูมิแพ้	4
	เบาหวาน	3
	กระเพาะอาหารอักเสบ	3
	ไขมันในเลือดสูง	2
	หมอนรองกระดูกสันหลังอักเสบ	1
	ไมเกรน	1
	ไทรอยด์	1
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
	บุตร	36
	คู่สมรส	29
	ญาติ	22
	บิดามารดา	13
ประสบการณ์ในการดูแล (คน)		
	ไม่มี	78
	มี (1-3)	22

ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน (ร้อยละ 64) รองลงมา คือ มีสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน (ร้อยละ 31) มีรายได้ต่อเดือนโดยประมาณ 10,001-20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 34) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาแล้วประมาณ 1-3 เดือน (ร้อยละ 75) โดยมีสมาชิกในครอบครัวมาเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 63) ครอบครัวมากกว่าครึ่งหนึ่งมีจำนวนสมาชิกมาช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนให้การดูแลกันประมาณ 1-3 คน (ร้อยละ 57) ส่วนใหญ่ไม่ได้จ้างผู้อื่นมาช่วยเหลือในการดูแล (ร้อยละ 93) (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของครอบครัวจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=100)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ (ครอบครัว)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน) (Max = 9, Min = 1) (M = 4.23, SD = 1.43)	
1-3	31
4-6	64
7-9	5
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) (Max =100,000, Min =5,000)	
5,000-10,000	25
10,001-20,000	34
20,001-30,000	22
> 30,000	19
ระยะเวลาที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (เดือน) (Max = 9, Min = 1)	
< 3	75
> 3-6	23
> 6-9	2
การมีผู้ดูแลอื่นๆมาช่วยเหลือในการดูแล (คน)	
ไม่มี	37
มี	63
< 3	57
> 3-6	4
> 6	2
การจ้างผู้อื่นมาช่วยเหลือในการดูแล (คน)	
ไม่มี	93
มี (1)	7

ส่วนที่ 2 ทัศนคติของครอบครัว

ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วยความปรารถนาในบั้นปลายชีวิต ความคิด ความเชื่อ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย สามารถสรุปได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย

ผลการศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ดูแลประมาณครึ่งหนึ่งได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตอย่างเปิดเผยชัดเจน (ร้อยละ 54) รองลงมา คือ พูดคุยบ้างแต่เป็นเพียงอ้อมๆ (ร้อยละ 39) มีเพียงร้อยละ 7 ของการศึกษาเท่านั้นที่ไม่เคยพูดคุยเลย และผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวในครั้งนี้ได้รายงานถึงความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย ดังนี้ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความประสงค์จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้าย และเสียชีวิตที่บ้าน ($M = 3.38$, $SD = 1.15$) รองลงมา คือ การรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อ ด้วยการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ($M = 3.34$, $SD = 0.96$) ความปรารถนาที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ต้องการให้นำพระ/บาทหลวง/โตะอิมาม/หรือบุคคลในศาสนาที่นับถือมาเยี่ยม ($M = 1.69$, $SD = 1.17$) และการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ($M = 1.35$, $SD = 0.92$) ส่วนความปรารถนาในข้ออื่นๆอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การได้รับอาหารและน้ำทางสายยาง ($M = 1.25$, $SD = 1.01$) การได้รับยาเพื่อที่จะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีเพื่อช่วยยื้อชีวิต ($M = 0.87$, $SD = 1.27$) การเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู ($M = 0.59$, $SD = 0.94$) การใส่ท่อทางเดินหายใจและช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ($M = 0.44$, $SD = 0.89$) การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น เช่น การปั๊มหัวใจ หรือการให้ยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ ($M = 0.37$, $SD = 0.86$) และการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ($M = 0.23$, $SD = 0.72$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย ($N=100$)

ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย	Max-Min	M	SD	ระดับ
1. มีความประสงค์ที่จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้าย และเสียชีวิตที่บ้าน	4-0	3.38	1.15	มาก
2. การรักษาโรคแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ ด้วยการให้ยาทางหลอดเลือดดำ	4-0	3.34	0.96	มาก
3. การให้นำพระ/บาทหลวง/โตะอิมาม/หรือบุคคลในศาสนาที่นับถือมาเยี่ยม	4-0	1.69	1.17	ปานกลาง
4. การได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ	4-0	1.35	0.92	ปานกลาง
5. การได้รับอาหารและน้ำทางสายยาง	4-0	1.25	1.01	น้อย
6. การได้รับยาเพื่อที่จะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีเพื่อช่วยยื้อชีวิต	4-0	0.87	1.27	น้อย

ตาราง 4 (ต่อ)

ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย	Max-Min	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
7. การเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู	4-0	0.59	0.94	น้อย
8. การใส่ท่อทางเดินหายใจและช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ	4-0	0.44	0.89	น้อย
9. การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น เช่น การปั๊มหัวใจหรือการให้ยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ	4-0	0.37	0.86	น้อย
10. การเจาะคอเพื่อจะใส่ท่อช่วยหายใจ	4-0	0.23	0.72	น้อย

ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

สำหรับผลการสำรวจความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนของครอบครัว ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (ร้อยละ 89) รองลงมาคือ รับรู้บ้างเล็กน้อย (ร้อยละ 11) ไม่มีแม้เพียงคนเดียวที่ไม่รับรู้ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลได้รายงานสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยให้คุณค่า/ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด โดยสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุด คือ บุคคลที่รักและผูกพัน ($M = 4.88, SD = 0.43$) รองลงมา คือ ญาติธรรมหรือเพื่อนร่วมแนวคิดที่มีส่วนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย ($M = 3.87, SD = 0.70$) สำหรับสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในสองลำดับสุดท้าย คือ การนำหลักความเชื่อ/หลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตมาใช้ในการดูแลรักษา ($M = 2.63, SD = 1.11$) หรือการนำความศรัทธาในหลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตมาใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ($M = 2.47, SD = 1.22$) (ตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ($N=100$)

ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ	Max-Min*	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. บุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมีความสำคัญกับผู้ป่วย	5-2	4.88	0.43	มากที่สุด
2. ญาติธรรม หรือเพื่อนร่วมอุดมการณ์มีความสำคัญกับผู้ป่วย	5-1	3.87	0.70	มาก

ตาราง 5 (ต่อ)

ความคิด ความเชื่อ และความต้องการ ด้านจิตวิญญาณ	Max-Min*	M	SD	ระดับ
3. การเคร่งครัดในหลักศาสนาหรือปรัชญา ชีวิตที่เชื่อถือ	5-1	3.51	1.02	มาก
4. การให้ความสำคัญหลักศาสนา/ปรัชญา ชีวิตที่ยึดถือ	5-1	3.26	0.98	มาก
5. การให้คุณค่ากับชีวิตในปัจจุบัน	5-1	3.10	0.70	มาก
6. ความเชื่อ ความศรัทธา ในการเผชิญกับ สภาวะการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายและ ความตาย	5-1	3.05	0.99	มาก
7. หลักศาสนา/ปรัชญาในชีวิตที่ช่วยจัดการ กับความเครียด/แก้ไขปัญหาในชีวิต	5-1	3.03	1.04	มาก
8. การให้นำหลักความเชื่อ/หลักศาสนา/ ปรัชญาชีวิตมาใช้ในการดูแลรักษา	5-1	2.63	1.11	ปานกลาง
9. การนำความศรัทธาในหลักศาสนา/ปรัชญา ชีวิตมาใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา	5-1	2.47	1.22	ปานกลาง

* ทุกข้อคะแนนเต็ม 5 คะแนน

สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย

ผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวได้รายงานถึงระดับความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบ ดังนี้ ด้านสภาวะทางอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากที่สุด ($M = 4.70$, $SD = 2.65$) และความไม่สุขสบายทางร่างกายที่มีระดับความรุนแรงมากใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ($M = 7.44$, $SD = 1.99$) 2) อาการปวด ($M = 6.53$, $SD = 3.16$) และ 3) อาการร่งวงซึม/สละมึนสละลือ ($M = 6.23$, $SD = 3.16$) นอกจากนี้ ยังพบว่ายังมีปัญหาหรืออาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ($M = 1.58$, $SD = 3.13$) ได้แก่ อาการอาเจียน (5 ราย), อาการสับสน (4 ราย), อาการไอ (3 ราย), อาการไข้ (2 ราย) และอาการ บวม ชา แขนงท้อง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาการละ 1 ราย (ตาราง 6 และตาราง 7)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของอาการต่างๆของผู้ป่วย (N=100)

อาการ	Max-Min*	M	SD	ระดับ
สภาวะทางอารมณ์				
อาการวิตกกังวล	10-0	4.70	2.65	ปานกลาง
อาการซึมเศร้า	9-0	3.23	2.50	ปานกลาง
สภาวะทางร่างกาย				
อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย	10-0	7.44	1.99	มาก
อาการปวด	10-0	6.53	3.16	มาก
อาการง่วงซึม/ง่วงซึม	10-0	6.23	3.16	มาก
ความไม่สุขสบายทั่วไป	9-2	5.73	1.56	มาก
อาการเหนื่อยหอบ	10-0	5.57	3.18	มาก
อาการคลื่นไส้	10-0	2.26	2.97	น้อย
ปัญหาหรืออาการอื่นๆ	10-0	1.58	3.13	น้อย

ตาราง 7

จำนวนและร้อยละของอาการอื่นๆของผู้ป่วย (N=100)

อาการ	ร้อยละ
ปัญหาหรืออาการอื่นๆ (Max = 10, Min = 0, M = 1.58, SD = 3.13,)	
อาเจียน	5
สับสน	4
ไอ	3
ไข้	2
บวม	1
ชา	1
แน่นท้อง	1
เบื่ออาหาร	1
นอนไม่หลับ	1

ส่วนที่ 3 ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการช่วยเหลือโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.92$, $SD = 0.78$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($M = 2.21$, $SD = 0.73$) และมีความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.63$, $SD = 0.84$) (ตาราง 8)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยแยกตามรายด้านและโดยรวม (N=100)

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลรายด้าน	Max-Min*	M	SD	ระดับ
ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย	3-0	2.21	0.73	สูง
ความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง	3-0	1.63	0.84	ปานกลาง
ความต้องการการช่วยเหลือโดยรวม	3-0	1.92	0.78	ปานกลาง

*ทุกข้อมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ต้องการเข้าใจเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($M = 2.86, SD = 0.37$) รองลงมา คือ ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแล ($M = 2.83, SD = 0.47$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย (เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การขับถ่าย) ($M = 1.15, SD = 0.99$) ส่วนด้านความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ต้องการการช่วยเหลือในการฝึกฝนเทคนิค/วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากทีมสุขภาพ ($M = 2.64, SD = 0.75$) รองลงมา คือ ต้องการมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ($M = 1.81, SD = 0.79$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ต้องการเวลาสำหรับตัวเองในแต่ละวัน ($M = 1.31, SD = 0.81$) (ตาราง 9)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (N=100)

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	Max-Min*	M	SD	ระดับ
ด้านความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย				
1. ต้องการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	3-1	2.86	0.37	มาก
2. ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ท่านให้การดูแล	3-0	2.83	0.47	มาก
3. ต้องการมีคนที่จะช่วยเหลือท่านในยามฉุกเฉิน/ต้องการแก้ปัญหาเร่งด่วนขณะดูแลผู้ป่วย	3-0	2.49	0.75	มาก
4. ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย รวมไปถึงการให้ยา	3-1	2.48	0.61	มาก
5. ต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย	3-0	1.94	0.75	ปานกลาง

* ทุกข้อคะแนนเต็ม 3 คะแนน

ตาราง 9 (ต่อ)

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	Max-Min*	M	SD	ระดับ
ด้านความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)				
6. ต้องการให้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาการเจ็บป่วยของเขา	3-0	1.71	1.17	ปานกลาง
7. ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยา ส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย (เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การขับถ่าย)	3-0	1.15	0.99	ปานกลาง
ด้านความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง				
1. ต้องการการช่วยเหลือในการฝึกฝนเทคนิค/ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากทีมสุขภาพ	3-0	2.64	0.75	มาก
2. มีเวลาดูแลสุขภาพของตัวเอง	3-0	1.81	0.79	ปานกลาง
3. ต้องการที่จะได้มีโอกาสพักผ่อนหลังจากที่ ดูแลผู้ป่วยมาตลอดทั้งวัน/คืน	3-0	1.59	0.73	ปานกลาง
4. ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม ด้านศาสนา/ความเชื่อที่ท่านนับถือ	3-0	1.37	0.91	ปานกลาง
5. ต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ กฎหมาย หรือ การทำงานของท่าน	3-0	1.35	1.07	ปานกลาง
6. ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการ ความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งความวิตกกังวลของ ท่าน	3-0	1.32	0.83	ปานกลาง
7. ต้องการเวลาสำหรับตัวเองในแต่ละวัน	3-0	1.31	0.81	ปานกลาง

* ทุกข้อคะแนนเต็ม 3 คะแนน

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยในครั้งนี้ จะนำเสนอในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ทัศนนะของครอบครัว รวมทั้งความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยโรคมะเร็งตับ เป็นโรคที่มักไม่พบความผิดปกติในระยะแรก ส่วนใหญ่ทราบเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว รองลงมาคือโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 2014b) ที่

พบว่า โรคมะเร็งที่เกิดในประเทศที่กำลังพัฒนามักมีสาเหตุจากการติดเชื้อ ซึ่งในที่นี่ได้แก่ มะเร็งตับ ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) และมะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV)

ในส่วนของสิทธิการรักษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันคนไทยในทุกระดับได้รับสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานของภาครัฐโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ หรือบัตรทอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ที่ได้สำรวจข้อมูลด้านอนามัยและสวัสดิการแล้วพบว่า คนไทยมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลประเภทบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) มากที่สุด (ร้อยละ 79.2) ซึ่งการได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนี้ ช่วยลดภาระด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับการเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้าจากแพทย์ พบว่าส่วนมากผู้ป่วยแต่ละรายมีประสบการณ์ต้องเข้ารับการรักษาประมาณเดือนละ 1 - 2 ครั้ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคที่ค่อนข้างรุนแรง ทำให้มักเกิดอาการจากการกำเริบของโรคหรือเกิดภาวะวิกฤตต่อชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้มีการนัดล่วงหน้าจากแพทย์ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการที่จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดำเนินโรคของผู้ป่วยในระดับมาก

ในส่วนที่เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาการเหนื่อยล้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค หรือจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ ภาวะซีด สภาพอารมณ์ หรือเป็นอาการที่สัมพันธ์กับอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย เช่น จากการคลื่นไส้ อาเจียน จากอาการท้องเสีย จากอาการเหนื่อยหอบ หรืออาการนอนไม่หลับ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้า และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของของศรีรัตน์ ฉัตรชัย และธรรณี (2556) ที่พบว่าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะพบอาการเหนื่อยล้าได้บ่อยที่สุด 2) อาการหายใจลำบาก ทั้งนี้อาจเกิดจากการลุกลามของโรคในระยะสุดท้าย ส่งผลให้ก้อนมะเร็งได้ขยายใหญ่ขึ้นจนกดบริเวณเนื้อปอดให้ลดลง หรือไปกดบริเวณทางเดินหายใจให้ตีบแคบ ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และนอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว โรคตื่นตระหนก ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบากได้เช่นกัน (บุษยามาส, 2556) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลมากที่สุด จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น สอดคล้องกับลดารัตน์ (2556) ที่กล่าวว่าอาการหายใจลำบากจะพบได้ร้อยละ 70 ในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้าย และ 3) ขาดอาหาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายโดยส่วนใหญ่มักไม่มีความอยากอาหาร และจะรับประทานอาหารได้น้อยลง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องการรับประทานอาหาร จนเกิดอาการขาดอาหารตามมา

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรหรือเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุริสา (2548) และอนุ (2549) ที่พบว่าผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรหรือคู่สมรสของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในสังคมไทย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว สังคมมักจะคาดหวังว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นเพศหญิงจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องด้วยพื้นฐานทางด้านความเชื่อ และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมของคนไทย ประกอบกับเพศหญิงมีคุณลักษณะของความเป็นแม่ ซึ่งแตกต่างจากเพศชายที่มีคุณลักษณะของการเป็นหัวหน้าครอบครัวมากกว่า ดังนั้นเพศหญิงจึงมักได้รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว นอกจากนี้การศึกษาของชูชื่น (2541) ยังพบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมักมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย ส่งผลให้เพศหญิงสามารถที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ง่ายและเร็วกว่าเพศชาย (เพียงใจ, 2540) นอกจากนี้โดยวัฒนธรรมของไทย เมื่อบิดามารดาเกิดการเจ็บป่วย ผู้ที่เป็นบุตรจะต้องทำหน้าที่ในการดูแลเพื่อแสดงความกตัญญูตอบแทนบุญคุณของบิดามารดา ดังเช่นผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวของผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “การดูแลแม่เป็นหน้าที่ของลูก จะจ้างใครที่ไหนมาก็ไม่เหมือนเรามาดูแลเอง เราเองก็ได้ทดแทนบุญคุณของท่านด้วย” นอกจากนี้ในสังคมไทย เมื่อเพศหญิงอยู่ในบทบาทของการเป็นคู่สมรส การดูแลเอาใจใส่สามีทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยถือเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของภรรยา และอาจเนื่องด้วยความรักความผูกพันที่มีต่อกัน ความสงสารเห็นใจ ประกอบกับความคาดหวังทางสังคม จึงส่งผลให้คู่สมรสที่เป็นเพศหญิงยอมรับที่จะทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลได้มากกว่าเพศชาย

สำหรับอายุของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 14-74 ปี คิดเป็นอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.83 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (41-59 ปี) มากที่สุด รองลงมาคือ มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (19-40 ปี) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอายุถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ระดับพัฒนาการ และวุฒิภาวะ ซึ่งจะพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 2001) ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าผู้ดูแลจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่มากกว่าวัยรุ่นและวัยสูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัยรุ่น ยังเป็นวัยที่มีทักษะในการแก้ปัญหาและมีความสามารถในการตัดสินใจได้ไม่เต็มที่ ส่วนวัยผู้สูงอายุนั้นมักมีข้อจำกัดด้านสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัย ทำให้อาจไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นวัยผู้ใหญ่จึงถือเป็นวัยที่มีความพร้อมในการดูแลมากที่สุด และมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความคุ้นเคยกับบทบาทของผู้ดูแลมากกว่า เนื่องจากอาจมีประสบการณ์การให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ มาก่อน ทำให้สามารถปรับตัวในการให้การดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย รวมถึงมีการตัดสินใจและมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดีกว่า จึงมักได้รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของชนัญญา (2550) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีอายุ 41-59 ปี

ในส่วนของการนับถือศาสนา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติ ประชากรของประเทศไทยโดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่จึงนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด

สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา (2547) และนภาพรรณ (2549) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ

ในส่วนที่เกี่ยวกับการศึกษาของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สำเร็จการศึกษา ขั้นพื้นฐาน และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในสังคมไทยในปัจจุบันได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการศึกษาให้แก่ประชากรในประเทศมากขึ้น มีการช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชนในการสนับสนุนทุนการศึกษาและอุปกรณ์ทางการศึกษาแก่นักเรียน จึงส่งผลให้ประชากรไทยในปัจจุบันสำเร็จการศึกษาในขั้นพื้นฐานมากขึ้น และพบว่าประชากรโดยส่วนใหญ่มีจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 7.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) อีกทั้ง การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ และทักษะต่างๆ สมาชิกครอบครัวที่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรีจึงได้รับความไว้วางใจจากครอบครัวให้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีความสามารถที่จะสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลความรู้ต่างๆ ได้ง่ายกว่าสมาชิกครอบครัวที่จบการศึกษาในระดับต่ำลงไป สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี

สำหรับด้านการประกอบอาชีพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลครึ่งหนึ่งของการศึกษาคั้งนี้ ประกอบอาชีพเกษตรกร และอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาชีพดังกล่าว เป็นอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาในการทำงานที่แน่นอน ทำงานตามฤดูกาล ทำให้บุคคลกลุ่มนี้เป็นบุคคล ที่ได้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้สะดวกกว่าสมาชิกครอบครัว ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เช่นเดียวกับผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว ซึ่งสามารถ กำหนดเวลาในการทำงานได้ด้วยตนเอง บุคคลกลุ่มดังกล่าวมีความสะดวกในการมาให้การดูแลผู้ป่วย ได้มากกว่าผู้ดูแลที่ต้องทำงานประจำ สอดคล้องกับวินิตา (2547) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพเกษตรกร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลบางส่วนไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลบางรายตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่าง เต็มที่ โดยไม่มีข้อจำกัด

ในส่วนของโรคประจำตัวของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็น ผลดีต่อการให้การดูแล เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อศักยภาพใน การดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นก็อาจจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยลดลง และไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุ (2549) พบว่าผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี นอกจากนี้ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น มาก่อน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เป็นบุตร/ภรรยาที่ดูแลบิดามารดา/คู่สมรส มักจะต้องมี ความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด หรือมีความสัมพันธ์เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยเท่านั้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแล เหล่านี้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนัญญา (2550) ที่ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเช่นเดียวกันและได้พบว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน

ลักษณะทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วย

ครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวขยาย มีจำนวนสมาชิก 4-6 คน มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 10,001-20,000 บาท ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครอบครัวของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทมากกว่าชุมชนเมือง จึงส่งผลให้ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย และจากลักษณะของครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย ทำให้พบว่า มีจำนวนสมาชิกครอบครัวที่มาช่วยเหลือผลักดันเปลี่ยนให้การดูแลประมาณ 1-3 คน เนื่องจากครอบครัวขยายที่มีสมาชิกในครอบครัวมาก จะมีการสลับสับเปลี่ยนหน้าที่กันในการดูแล (รุจา, 2541) เป็นการแบ่งเบาภาระในการดูแลได้มากกว่าครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิสา (2548) ที่พบว่าลักษณะของครอบครัวของผู้ดูแลจะเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปร้อยละ 88.75 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุดศิริ (2541) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลเช่นเดียวกันกับโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย หรือครอบครัวที่มีบุตรวัยแรงงานหลายคน สมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นให้กับผู้ดูแลด้วย อีกทั้งครอบครัวขยายจะมีการช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านต่างๆที่ดี เช่น การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การช่วยเหลือในการดูแล ตลอดจนด้านข้อมูลความรู้ต่างๆ (ธาริณี, 2542)

สำหรับจำนวนครอบครัวมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสมาชิกในครอบครัวมาเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแล และมีเพียง 7 ครอบครัวเท่านั้นที่จ้างผู้ดูแลอื่นมาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของสังคมไทยเป็นสังคมที่มีระบบเครือญาติที่คอยช่วยเหลือเกื้อกูลกัน หากสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆก็จะมีส่วนช่วยเหลือและรับผิดชอบดูแล ทุกคนให้ความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของของบุคคลภายในครอบครัว อีกทั้งสังคมไทยยังเป็นสังคมที่ให้คุณค่ากับการแสดงความกตัญญู ซึ่งการรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยถือเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูอีกทางหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวจึงเต็มใจที่จะมาช่วยเหลือดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจะต้องช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนทั้งหมด เช่น การอาบน้ำ ซึ่งจำเป็นต้องเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วย และโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยย่อมต้องการให้สมาชิกในครอบครัวเป็นคนที่ทำหน้าที่ในส่วนดังกล่าว อีกทั้งด้วยพื้นฐานของความใกล้ชิดผูกพันกันของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยย่อมกล้าที่จะบอกเล่าถึงความต้องการของตนเองกับบุคคลในครอบครัวได้มากกว่าบุคคลภายนอก และโดยส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวเองก็ต้องการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากรับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน

ในส่วนของระยะเวลาในการให้การดูแล พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอยู่ระหว่าง 1-3 เดือน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยป่วยด้วยโรคมะเร็งขั้นมากที่สุด ซึ่งโรคมะเร็งขั้นมักจะไม่แสดงอาการในระยะแรก ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเมื่ออาการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคแล้ว ผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวจึงมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพียง 1-3 เดือนก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่เสียชีวิตอยู่ในช่วงระหว่าง 3-90 วัน

พรรณณะของครอบครัว

ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตอย่างเปิดเผยชัดเจน รองลงมา คือ พูดคุยบ้างแต่เป็นเพียงอ้อมๆ ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยเป็นบุตร และคู่สมรสของผู้ป่วยจึงทำให้มีความใกล้ชิดและสนิทสนมคุ้นเคยที่จะสามารถพูดคุยถึงความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยได้ มีผู้ดูแลเพียง 7 รายเท่านั้นที่ไม่เคยพูดคุยกับผู้ป่วยเลย ซึ่งอาจจะเกิดจากผู้ดูแลยังไม่ได้บอกความจริงกับผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เนื่องจากผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัว บางรายให้ความเห็นว่า ไม่อยากให้ผู้ป่วยรับรู้ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ จึงส่งผลให้ไม่สามารถพูดคุยเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตของผู้ป่วยได้ เมื่อพิจารณาความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยรายข้อ พบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความประสงค์ที่จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน การรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

การที่ผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวในครั้งนี้ได้รายงานถึงความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย โดยมีความประสงค์ที่จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้านมากที่สุด ($M = 3.38$, $SD = 1.15$) ทั้งนี้ อาจเกิดจากครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน การกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน จึงอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจที่ได้อยู่ท่ามกลางสมาชิกในครอบครัว และการใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่บ้านของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสาข์ (2546) ที่ศึกษาเรื่องสิทธิที่จะเลือกและกำหนดการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วย 7 ใน 20 รายต้องการที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านอย่างสงบ เช่นเดียวกับการศึกษาของสิดารัตน์ (2550) ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.7) มีความต้องการที่จะกลับบ้านเพื่อไปอยู่ท่ามกลางลูกหลาน เมื่ออาการทรุดลง และจากไปอย่างสงบ

สำหรับความปรารถนาในอันดับรองลงมา คือ การรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อ ด้วยการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ($M = 3.34$, $SD = 0.95$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้รับความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งตับมากที่สุด และอาการของโรคมะเร็งตับในระยะสุดท้ายจะสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลว่าตนเองอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องการการรักษาทางการแพทย์เพียงเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยเท่านั้น ไม่ต้องการการรักษาเพื่อการยื้อชีวิต ในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถือเป็นการรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการอย่างหนึ่ง ผลการรักษาอาจช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสาข์ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการรักษาแต่พอสมควร และต้องการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน

สำหรับความปรารถนาที่พบในอันดับต่ำลงมา คือ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ต้องการให้นำพระ/บาทหลวง/โตะอิมาม/หรือบุคคลในศาสนาที่นับถือมาเยี่ยม ($M = 1.69$, $SD = 1.17$) และต้องการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ($M = 1.35$, $SD = 0.92$) สามารถอธิบายได้ว่า ศาสนามีความเกี่ยวข้องและผูกพันกับมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตาย และจากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้ปฏิบัติตามความเชื่อ/ความศรัทธาของตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องการที่พึ่งทางจิตใจ แต่ด้วยสภาพความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถที่จะไปปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ/ความศรัทธาของตนเองได้ จึงมีความต้องการให้ตัวแทนที่เป็นสัญลักษณ์ของผู้นำศาสนาของมาเยี่ยม เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2557) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายต้องการที่จะได้พบพระก่อนเสียชีวิต เพื่อให้จิตใจสงบสบาย และการศึกษาของศรีรัตน์ ฉัตรชัย และธราณี (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายต้องการให้พระมาเยี่ยมมากกว่าในระยะอื่น

ส่วนการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่เกิน 30 คะแนน ซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และโดยทั่วไปผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักได้รับประทานอาหารได้ลดลง สูญเสียความอยากอาหาร ซึ่งอาจมีสาเหตุโดยตรงมาจากตัวโรคมะเร็งเอง (ลัดดาวัลย์, 2556) หรือสาเหตุจากอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานลดน้อยลง ส่งผลให้รับรู้ถึงความอ่อนล้าของร่างกาย และการให้คุณค่ากับการให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำว่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ในช่วงภาวะวิกฤติ จึงส่งผลให้มีความต้องการที่จะได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อที่จะทดแทนพลังงานที่ร่างกายควรได้รับจากการรับประทานอาหารในแต่ละวัน

ในส่วนของความปรารถนาที่พบว่าอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การได้รับอาหารและน้ำทางสายยาง ($M = 1.25$, $SD = 1.01$) สามารถอธิบายได้ว่า ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยยังคงต้องการที่จะได้รับสารอาหาร แต่มีความต้องการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำสูงกว่า เนื่องจากการใส่สายให้อาหารและน้ำทางสายยางจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายจากการมีสายใส่ลงไปจมูกลง ส่งผลให้หายใจไม่สะดวก ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับประทานอาหารเองทางปากได้ อีกทั้งยังส่งผลต่ออาการลักษณะของผู้ป่วยอีกด้วย ผู้ป่วยจึงมีความปรารถนาที่จะได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำสูงกว่า เพราะการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำนั้น ผู้ป่วยจะสามารถหายใจได้ปกติ สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ และส่งผลต่อความรู้สึกด้านภาพลักษณ์น้อยกว่า ประกอบกับกลุ่มผู้ป่วยจากการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่ต้องการที่จะให้ตนเองต้องเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของครอบครัวและผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าการใส่สายยางให้อาหารเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความเจ็บปวดและไม่สุขสบาย (สุวรรณา, ชัชชาภุ, และจอนพะจง, 2550) ส่วนการได้รับยาที่จะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีเพื่อช่วยยืดชีวิต ($M = 0.87$, $SD = 1.27$) การเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู ($M = 0.59$, $SD = 0.94$) การใส่ท่อทางเดินหายใจและช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ($M = 0.44$, $SD = 0.89$) การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น เช่น การกดนวดหัวใจ หรือการให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ ($M = 0.37$, $SD = 0.86$) พบว่ามีความปรารถนาอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่ต้องการการรักษาเพื่อยืดความตายออกไป สอดคล้องกับการศึกษา

ของจากรูวรรณ, อรัญญา, วันดี, แสงอรุณ, และจีเต็ม (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยไทยพุทธและครอบครัว และพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดความตาย และสอดคล้องกับการศึกษาของนิการีหม๊ะ, อรัญญา, และอุไร (2551) ที่ศึกษาในผู้ป่วยไทยมุสลิม แล้วพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการรักษาในระยะสุดท้ายที่ส่งผลให้ยืดความตายออกไปเช่นกัน โดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธีการ/เครื่องมือสมัยใหม่ทางการแพทย์ เช่นในการช่วยฟื้นคืนชีพ และการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะได้รับการรักษาที่จะเพิ่มความทุกข์ทรมานให้ตนเองเพิ่มมากขึ้น

สำหรับความปรารถนาที่พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ($M = 0.23, SD = 0.72$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และจากวิธีการรักษาในระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะยุติการรักษา ประกอบกับการรับรู้ของผู้ป่วยว่าตนเองป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายเป็นปกติได้ การรักษาส่วนใหญ่เป็นเพียงการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ และเพื่อยืดระยะเวลาในการเสียชีวิตออกไปเท่านั้น ผู้ป่วยจึงไม่ต้องการที่จะรับการรักษาที่จะส่งผลให้ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น และการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจยังทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดในการดูแล เพราะนอกจากจะต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติแล้วยังต้องดูแลหลอดลมคอของผู้ป่วย ดูแลเสมหะ ดูแลแผลเจาะคอ ให้อาหารทางสายยาง และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ อีกทั้งครอบครัวจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย จึงส่งผลให้ความปรารถนาในเรื่องการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสาข์ (2546) ที่ศึกษาเรื่องสิทธิที่จะเลือกและกำหนดการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการรักษาแต่พอสมควร และต้องการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งครอบครัวและผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างเป็นธรรมชาติและสงบ จึงไม่ต้องการที่จะกระทำการเพื่อยื้อชีวิตและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น

ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้มีการรับรู้เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างชัดเจน รองลงมาคือ รับรู้บ้างเล็กน้อย ไม่มีแม้เพียงคนเดียวที่ไม่รับรู้ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยเป็นบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นความคิด ความเชื่อ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เพราะบุคคลในครอบครัวเดียวกันนั้นย่อมจะมีการซึมซับและถ่ายทอดวัฒนธรรม ความเชื่อในทางสังคม ศาสนา รวมไปถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่คล้ายกัน (Carven & Hirnle, 2003) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณรายข้อ พบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การให้ความสำคัญกับบุคคลที่รักและผูกพันมากที่สุด ($M = 4.88, SD = 0.43$) ในที่นี้ คือ สมาชิกในครอบครัว โดยในการศึกษานี้พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ที่มีสมาชิกในครอบครัวมาช่วยเหลือ ผลัดเปลี่ยนกันให้การดูแล จะเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนหลักในการให้ความช่วยเหลือ ดูแล สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติจากความเจ็บป่วย หรือความตายได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวในครั้งนี้อาจเป็นจุดเริ่มต้นของความเข้าใจกันและกันในกลุ่มสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวจึงถือเป็นหน่วยการดูแลที่สำคัญที่สุด เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดทั้งในแง่ของการดูแลและความผูกพันกับผู้ป่วย (ศรีเวียง, 2549)

นอกจากครอบครัวจะเป็นแหล่งในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านร่างกาย โดยคอยช่วยสังเกตอาการและช่วยจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยประคับประคองจิตใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุ (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่มีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และสอดคล้องกับการศึกษาของนุช ทศนีย์ และพิสมัย (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใช้บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณมากที่สุด

สำหรับความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณในลำดับที่รองลงมา คือ ให้ความสำคัญญาติธรรมหรือเพื่อนร่วมอุดมการณ์ สามารถอธิบายได้ว่า ญาติธรรมหรือเพื่อนร่วมอุดมการณ์ถือเป็นอีกหนึ่งแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณที่สำคัญ เพราะบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อที่คล้ายกันนั้นย่อมจะมีความเข้าใจ สามารถให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนต่อการปฏิบัติตามความเชื่อหรือความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้

ส่วนความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในอันดับที่สามคือ มีความเคร่งครัดในหลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตที่ยึดถือ สามารถอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในมิติของจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ท้อแท้ สิ้นหวัง จากการเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตาย ผู้ป่วยจึงต้องการที่ยึดเหนี่ยวทางใจ ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล หลักศาสนา หรือปรัชญาชีวิต เพื่อให้มีกำลังใจในการเผชิญกับโรคร้ายได้

ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญอยู่ในอันดับสุดท้าย คือ การนำหลักศาสนามาใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งตามหลักพระพุทธศาสนาไม่ได้มีข้อกำหนดหรือข้อห้ามเกี่ยวกับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย หลักศาสนาจึงมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับปานกลาง เพราะโดยทั่วไปคนไทยมักจะใช้หลักศาสนาในการเผชิญกับความเครียดและความเจ็บป่วยมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสิดารัตน์ (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการทำบุญซึ่งถือว่าเป็นปฏิบัติตามแนวทางของพระพุทธศาสนา เพราะเมื่อทำบุญแล้วจะรู้สึกสบายใจ และมีความเชื่อว่าเมื่อทำบุญแล้วผลบุญจะทำให้ได้พบกับสิ่งที่ดี

สภาวะทางอารมณ์ และความสุขสบายทางร่างกาย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลได้รายงานถึงสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีวิถีการเจ็บป่วย (trajectory illness) ที่มีการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายอย่างรวดเร็ว (Murray, Kendal, Boyd, & Sheikh, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางร่างกายเกิดขึ้นหลายอย่าง เช่น เหนื่อยล้า ปวด วังงซึมหายใจลำบาก หรือมีความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึมในร่างกาย และไม่สามารถที่จะควบคุมอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ แล้ว ผู้ป่วยอาจรู้สึกถึงการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย ไม่สามารถปรับตัวกับอาการเจ็บป่วยที่ทรุดลงอย่างรวดเร็วได้ หรือรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน หรือกิจกรรมอื่น ๆ จากสภาวะของโรค ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบตลอดเวลา ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของชีวิตจากอาการเจ็บป่วย หรือในผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาคอขวด หรือมีปัญหาค่าใช้จ่าย จึงยอมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลตามมา

สำหรับด้านความสุขสบายทางร่างกาย พบว่า ระดับความรุนแรงของความสุขสบายทางร่างกายใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ($M = 7.44, SD = 1.99$) 2) อาการปวด ($M = 6.53, SD = 3.16$) และ 3) อาการวังงซึม/สละสลือ ($M = 6.23, SD = 3.16$) สามารถอธิบายได้ว่า อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย เป็นอาการที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (นงลักษณ์, 2552) ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือผลจากการรักษา (จอณพวง, 2556) หรือเกิดจากอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ปวด หายใจลำบาก อาเจียน ติดเชื้อ นอนไม่หลับ ท้องเสีย ขาดอาหาร เป็นต้น (สุวรรณและคณะ, 2550) ซึ่งการศึกษานี้พบอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลียสูงเป็นอันดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตน์ ฉัตรชัย และธราณี (2556) ที่พบอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลียสูงถึงร้อยละ 86.36 เป็นอันดับหนึ่งเช่นกัน

ความรุนแรงของความสุขสบายทางร่างกายในอันดับรองลงมาคือ อาการปวด อธิบายได้ว่า อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอาการที่พบได้บ่อย โดยมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 60-90 และเป็นอาการที่มีความรุนแรงและสร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (นงเยาว์, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตน์ ฉัตรชัย และธราณี (2556) ซึ่งพบอาการปวดในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 80.30

ส่วนความรุนแรงของความสุขสบายทางร่างกายในอันดับที่สาม คือ อาการวังงซึม/สละสลือ สามารถอธิบายได้ว่า ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการเหนื่อยล้าซึ่งจะมีผลกระทบที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยจะง่วงหลับตลอดเวลา ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยล้า จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการวังงซึม/สละสลือตามมา

สำหรับปัญหาหรืออาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ($M = 1.58, SD = 3.13$) ได้แก่ อาเจียน สับสน ไอ ไข้ บวม ชา แน่นท้อง นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร สามารถอธิบายได้ว่า

การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายชนิด ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดอาจมีความแตกต่างกัน จึงทำให้อาการที่พบในการศึกษานี้มีหลากหลาย อีกทั้งปัญหาหรืออาการอื่น ๆ ในบางอาการ เป็นอาการที่ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รายงานถึง จึงทำให้พบอาการในกลุ่มดังกล่าวได้น้อย

ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าความต้องการการช่วยเหลือสำหรับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า สมาชิกครอบครัวที่รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระบุว่าเมื่อมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแลมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วย จึงย่อมมีความรัก ความผูกพันต่อกันสูง ทำให้รับบทบาทหน้าที่นั้นด้วยความเต็มใจ และด้วยความสัมพันธ์ดังกล่าวกับผู้ป่วยนี้เอง ที่ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลนั้นตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงพยายามที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด อีกทั้งผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน จึงอาจส่งผลให้มีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าความต้องการการช่วยเหลือสำหรับตัวผู้ดูแลเอง นอกจากนี้ โดยพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย การที่บุตรหรือคู่สมรสได้มีโอกาสดูแลผู้เป็นบิดา มารดา / คู่ครอง ในความลำบากจนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิตจะได้รับการยอมรับในสังคมว่า เป็นผู้ที่มีความกตัญญูหรือปฏิบัติกรรมดีในวิถีของศาสนา ไม่ว่าจะเป็นพุทธศาสนา หรือศาสนาใดก็ตาม อีกทั้งสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจากการศึกษาในครั้งนี้มีสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวมาเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแล ย่อมส่งผลให้รับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ภายในครอบครัวที่คอยให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้มีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ยังพบว่า ด้านความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 4 ข้อ จะเกี่ยวกับความต้องการความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย (ดังตาราง 11) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อมาดูแลผู้ป่วยก็ให้ความสำคัญกับเรื่องของตนเองลดลง มีบางรายพูดว่า “ยายไม่ต้องการเวลาสำหรับตัวเองหรือ เวลาคงหมดขอดูแลเขา ให้เขาหาย ให้เขาสบายใจก็พอ” ดังนั้นครอบครัวจึงมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด เพื่อที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจึงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และสูงกว่าความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง

ส่วนความต้องการข้ออื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การจัดการความรู้สึกต่างๆ การมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา และการพักผ่อนนั้น (ดังตาราง 11) มีความต้องการในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลในการศึกษานี้มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งถือเป็นวัยที่มีความพร้อม มีวุฒิภาวะ มีทักษะในการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจ หรือจัดการกับความรู้สึกหรือปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จึงทำให้สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังมีสมาชิกในครอบครัว

มาเป็นผู้ช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนกันในการดูแล และผู้ป่วยจากการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือทางด้าน เศรษฐกิจ การจัดการความรู้ที่ต่าง ๆ การมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง การปฏิบัติกิจกรรม ด้านศาสนา และการพักผ่อนในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความต้องการเข้าใจ เกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย ที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันไม่เกิน 30 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย ที่มีการดำเนินโรคที่รุนแรง และต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยต้องเข้ารับ การรักษาโดยไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้าจากแพทย์ประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง และสมาชิก ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลส่วนมากไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นผู้สำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน จึงสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลกลุ่มนี้ย่อมมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูล และมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้สามารถให้การดูแลได้อย่างดีที่สุด ช่วยลดความทรมานจากสภาวะของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ทั้งนี้ การได้รับ ข้อมูลถือเป็นสิทธิทางกฎหมายและสิทธิทางจริยธรรมของผู้ป่วยและญาติที่จะได้รับการเปิดเผยข้อมูลที่ ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายตามความเหมาะสม เช่น อาการของโรค วิธีการรักษา ผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้นจากรับการรักษา เป็นต้น (ขุนตรา, สุพรรณิ, และวราภรณ์, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตน์ ฉัตรชัย และธราณี (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา นอกจากนี้จากการศึกษาของอรัญญา (2551) พบว่า ญาติโดยส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะในการปฏิบัติกรดูแลที่จำเป็น การแก้ไขปัญหาและ จัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รองลงมา คือ ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค/ความ เจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแล สามารถอธิบายได้ว่าสมาชิกครอบครัวโดยทั่วไปและที่เป็นผู้ดูแล ย่อมมีความต้องการที่จะรับรู้ถึงการดำเนินโรคของผู้ป่วย เนื่องจากข้อมูลถือเป็นแหล่งในการตัดสินใจ ที่จะเลือกวิธีการดูแลรักษาและเป็นการเตรียมพร้อมที่รับกับการสูญเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวนิดาและคณะ (2552) ที่พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤติและใกล้ตายต้องการที่จะทราบ ความก้าวหน้าของโรค และการศึกษาของสุมานี (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและ ครอบครัวต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งและโรคอื่นๆในระยะวิกฤติหรือระยะ สุดท้าย ต่างมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยคล้ายคลึงกัน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้า ของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแล แสดงให้เห็นว่า ความต้องการข้อมูล และการ ได้รับทราบความก้าวหน้าของโรค/ผลจากการรักษา จะช่วยให้ครอบครัวสามารถใช้ประกอบการ ตัดสินใจในการดูแล ตลอดจนได้มีการวางแผน/การเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และ เป็นการเตรียมจิตใจสำหรับสมาชิกครอบครัวก่อนที่วาระสุดท้ายของผู้ป่วยจะมาถึง

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยา ส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย (เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การขับถ่าย) จากข้อมูลดังกล่าวสามารถ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ดูแลหลักเป็นญาติสายตรง ได้แก่ บุตร ภรรยาหรือสามีที่ให้การดูแล อย่างใกล้ชิด ซึ่งในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ดูแลกลุ่มนี้จะคอยดูแลและให้

ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอยู่แล้ว เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย น้อยกว่าความต้องการการช่วยเหลือด้านอื่นๆ อีกทั้ง การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การขับถ่าย ผู้ดูแลจะต้องมีการเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วบุคคลย่อมจะมีความรู้สึกเขินอายเมื่อต้องเปิดเผยร่างกายต่อบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จึงต้องการการดูแลในส่วนนี้จากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดมากกว่าจากบุคคลภายนอก ซึ่งผู้ดูแลเองก็เข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วยในข้อนี้ ดังคำพูดของภรรยาผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ป่าต้องอยู่เฝ้าตลอด ลุงแกไม่ชอบให้คนอื่นมาทำให้ แกบอกว่าแกอาย ป่าก็เข้าใจนะ เป็นเรา เราก็อาย อีกอย่างพยาบาลเขาก็ยุ่ง พบแล้ว เราก็ไม่ยากรบกวนเขามาก เกรงใจ บางทีก็ขอช่วยเขาบ้างตอนยกตัว พลิกตัว ลุง เราทำคนเดียวไม่ไหว แต่อะไรที่ทำได้ เราก็ทำเอง

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าครอบครัวในการศึกษารั้งนี้มีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยเป็นความต้องการเกี่ยวกับความรู้ ข้อมูลการเจ็บป่วย และความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย ทั้งนี้ความต้องการดังกล่าวนี้อาจมาจากการที่ครอบครัวมีการรับรู้เกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายชีวิต ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อความต้องการการช่วยเหลือในประเด็นดังกล่าว เช่น การที่ครอบครัวต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมาก อาจเนื่องมาจากครอบครัวรับรู้ถึงความไม่สุขสบายทั่วไปของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับมาก รับรู้ว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากหลายๆอาการร่วมกัน ครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานดังกล่าว จึงส่งผลให้ครอบครัวต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมาก อย่างไรก็ตาม ความเกี่ยวข้องของทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือดังกล่าว ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิต ความคิด ความเชื่อ และความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์ ความไม่สุขสบายทางร่างกาย และศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำการศึกษาจากผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 100 ราย จากศูนย์มะเร็งของภาคใต้ตอนบนและศูนย์มะเร็งของภาคใต้ตอนล่าง เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2557 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2557

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักๆ คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามความคิด ความเชื่อและความต้องการด้านจิตวิญญาณ และ 3) แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย ส่วนที่ 3 คือ แบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย แบบสอบถามความคิด ความเชื่อและความต้องการด้านจิตวิญญาณ แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย และแบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .87, .85, และ .77 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. ทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สรุปได้ดังนี้
 - 1.1. ผู้ป่วยมีความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตสูงในเรื่องเกี่ยวกับความประสงค์จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน รองลงมา คือ ประสงค์ที่จะรับการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่วนด้านที่มีความประสงค์น้อยที่สุด คือ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
 - 1.2. ด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับบุคคลที่ตนเองรักและผูกพันมากที่สุด รองลงมา คือ ญาติธรรม หรือเพื่อนร่วมอุดมการณ์ ส่วนด้านที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ การนำหลักศาสนา หรือปรัชญาชีวิตมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

1.3. ด้านสภาวะทางอารมณ์ และความสุขสบายทางร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากที่สุด และความสุขสบายทางร่างกายที่มีระดับความรุนแรงมากใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย 2) อาการปวด และ 3) อาการร่วงซึม/สละมึนสะลือ

2. ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยครอบครัวต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย สูงกว่าการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลที่มีบริบทของการให้การดูแลแตกต่างกัน จึงอาจส่งผลต่อทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลที่แตกต่างกันได้

2. มีการศึกษาในกลุ่มของครอบครัวที่สมาชิกเสียชีวิตไปแล้วไม่เกิน 3 เดือน (จำนวน 9 ราย) จึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในเรื่องของทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลได้

3. การแปลภาษาของเครื่องมือ เป็นการแปลและปรับคำเพื่อให้ตรงกับบริบทของสังคมไทย อาจมีผลให้ความหมายของคำไม่ตรงกับเครื่องมือต้นฉบับ และไม่ได้ผ่านขั้นตอนการแปลย้อนกลับ อาจมีผลให้มีความคลาดเคลื่อนในการแปลภาษาได้

4. การทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย เป็นจำนวนที่น้อย ผู้วิจัยได้รายงานค่าความเที่ยงหลังเก็บกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 ราย ไว้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ดังนี้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองแก่เจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพ เพื่อให้มีความเข้าใจถึงทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการนำเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิต แบบประเมินความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ และความสุขสบายทางร่างกาย และแบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือระบบการดูแล โดยการประเมินทรศนะ และความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ด้านการวิจัย

1. คำนวณผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบการวิจัยในเชิงทดลองและเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีคุณภาพมากขึ้น
2. รูปแบบการศึกษานี้จะนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับทรศนะและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อที่จะได้พัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร วิสุทติกุล. (2554). การจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสพภาวะเบื่ออาหาร. *Journal of Nursing Science*, 29, 9-16.
- กานดาวศรี ตูลาธรรมกิจ, และประจวบ หนูอุไร. (2554). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้ รับการฉายรังสี*. หน่วยรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต: The end of Life Care*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานัต, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, วันธณี วิรุฬห์พานิช, และสุรีย์พร กฤษเจริญ. (2551). รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการอาการของ ผู้เป็นมะเร็งในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กิติพล นาควิโรจน์. (2556). วิธีการประเมินอาการต่างๆ โดยใช้แบบประเมิน *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี ค้นจาก <http://www.ra.mahidol.ac.th/dpt/FM/doctorpalliative2th>
- เกรียงศักดิ์ เกรียงฤทธิอา. (2550). *Concept of family caregiving*. ค้นจาก <http://www.gotoknow.org/posts/121180>.
- จันทร์ พรหมน้อย. (2547). ปัจจัยนำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จรรยา ขำรัมย์. (2547). *ประสบการณ์ความโศกเศร้าของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา เจนประเสริฐ. (2554). ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *การประชุมวิชาการ 12th Congress of the European Association*. (หน้า 2-20). สาธารณรัฐโปรตุเกส.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลทางครอบครัวขั้นสูง: Theoretical Foundations for Advanced Family Nursing*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. (2548). *วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่ โรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 47, 147-155.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ชนัญญา กาสินพิลา. (2550). *ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ชยุต ใหม่เขียว. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน. ใน บุษยามาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินิรามัย, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินนิตย์ ลีรพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมุตบุตร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care* (หน้า 321-324). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ชนุตตรา อธิธิธรรมวินิจ, สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย และวราภรณ์ วีระสุนทร. (2540). *สิทธิของผู้ป่วยใน ธรรมชาติของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยใน กรุงเทพมหานคร*. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ ผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกกลาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เชิดชัย เลิศจิตเลขา. (2547). ความต้องการและการอภิบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ใกล้ตาย. ใน ภคพร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ), *รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 39-42) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ดุสิต สถาวร. (2550). Overview of End of life care in ICU ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 313 - 328). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- ฐิติมา โพธิศรี. (2550). *การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ค้นจาก โครงการเครือข่าย ห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ฐิติญาศัภักดิ์ สุขศิรินาคสกุล และดวงใจ หมั่นสาร. (2555). มะเร็งปากมดลูก ภัยเงียบที่ผู้หญิงไทยควรรู้ หญิงไทยเสียชีวิตวันละ 14 คน. *เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5, 6(7)*, 1-8.
- ธนเดช สินธุเสก. (2547). การดูแลประคับประคอง. ใน ลักษณ์ิ ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 27-34) กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- ธารินี เพชรรัตน์. (2541). *ความต้องการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย เอดส์ในครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ธีรวรรณ คนชม และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2554). ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลใน ครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 23, 54-66.

- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 15-23). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2556). Palliative care ในประเทศไทย และเครือข่าย Palliative care ในโรงเรียนแพทย์. ใน บุชยามาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินนิตย์ ลีรพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม, และปัทมา โภมบุตตร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care* (หน้า 1-12). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์. (2557). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ค้นจาก*
<http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/index.html>
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย = Nurse: being with the dying*. กรุงเทพมหานคร: วี พรีน.
- ทองทิพย์ พรหมศร. (2552). *การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- เทวี ไชยะเสน. 2552. *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- นภาพรณ วิริยะศิริกุล. (2549). *อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กรายที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิการิหะ นิจินิการิ, อรัญญา เชาวลิต, และอุไร หักกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26, 431-439.
- นงลักษณ์ สรรสม. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช. (2556). *การจัดการอาการปวดแบบผสมผสานจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ: Symptom management from theory to practice: Pain complementary*. ใน บุชยามาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง,

- ธนนินิตย์ สิริพันธ์, ชันัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมุทบุตร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care* (หน้า 283-287). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- นุช ทิพย์แสนคำ, ทศนีย์ ทองประทีป, และพิสมัย พิทักษาวรากร. (2548). *รายงานการวิจัยเรื่องความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน*. วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2556). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง: ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ต่างกันหรือไม่. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31, 123-135.
- บุษยามาศ ชิวสกุลยง. (2556). ภาวะหายใจลำบาก. ใน บุษยามาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอน, ธนนินิตย์ สิริพันธ์, ชันัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมุทบุตร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care* (หน้า 55-72). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- บุษยามาศ ชิวสกุลยง, และลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก. ใน บุษยามาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอน, ธนนินิตย์ สิริพันธ์, ชันัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมุทบุตร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care* (หน้า 35-46). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ปกรณ ทองวิไล. (2553). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทางการแพทย์) ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 2, 12-16.
- ประถมาภรณ์ จันทรทอง. (2556). ความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย. ใน ลักษณ์ิ ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *The dawn of palliative care in Thailand* (หน้า 113-117). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ปัทมา วาจามั่น. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 109-113). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- ปิยะดา บุญทรง. (2556). การประเมินอาการปวดจากมะเร็ง. ใน บุษยามาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอน, ธนนินิตย์ สิริพันธ์, ชันัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมุทบุตร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care* (หน้า 73-83). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- พิมพ์ กิตติราช. (2552). *การมีส่วนร่วมของญาติในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).

- เพ็ญศิริ มรกต. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพียงใจ ตีรไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- ไพศาล ลิ้มสถิตย์, และอภิราษย์ ชันธ์เสน. (2552). *ก่อนวันผลัดใบ: หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวันวาระสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์.
- พัชรี คำธิดา. (2546). ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรียา ไชยลังกา. (2546). *การดูแลแบบประคับประคอง: Palliative care*. ในเอกสารการประชุมวิชาการการจัดการกับความปวดและการดูแลแบบประคับประคอง. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, และวีรมลล์ จันทร์ดี (2553). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: Pain education: gateway to palliative care*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง .
- ภัคพร กอบพิ่งตน, จินตนา จรรย์เต, ดรุณี ดลรัตนภัทร, อรศิลป์ ชื่นกุล, และดรุณี ส่องแสง. (2551). คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 26, 47-55.
- ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์. (2549). Medical intervention for palliative care. ใน ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต*. (หน้า 13-43). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). Psychiatric assessment and management in palliative care. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธ์ุ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 78-99). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- ยุพาวดี ชันทบัลลัง. (2549). ความรุนแรงของความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุวนิดา อารามรมย์, กิตติกร นิลมานันต์, และพัชรียา ไชยลังกา. (2552). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติและใกล้ตาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32, 33-43.
- ยุวลี ขาปาง. (2549). ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลเถินจังหวัดลำปาง. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS - Thai Library Integrated System).

- ยุเรศมคฺฐ์ สิทธิชาญปัญญา, อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช, และศากุล ปวีณวัฒน์. (2554). *การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ: National forum of palliative care: The harmony of education to survive.* กรุงเทพมหานคร:ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- ระวีวรรณ พิไลเกียรติ, จินตนา ฤทธารมย์, และธัญชนก บุตรจันทร์. (2552). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรัง: ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24, 62-76.
- รักชนก กังจำปา. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว ณ โรงพยาบาลพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี.* รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดและการนำไปใช้ Family nursing: Theoretical perspective and application.* กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินต์ติ้ง.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก. ใน บุษยามาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินนิตย์ ลีรพันธ์, ชันัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมุทบุตร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care* (หน้า 331-338). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ลักขมี ชาญเวชช์. (2547). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.* กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2556). กลุ่มอาการผอมแห้งและเบื่ออาหาร ลำบาก. ใน บุษยามาศ ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินนิตย์ ลีรพันธ์, ชันัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมุทบุตร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care* (หน้า 289-304). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- วาริณี ธนภูธรกุล. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความต้องการของบิดามารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2547). *การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันวิสาห์ เสงี่ยมประเสริฐ. (2546). *สิทธิที่จะเลือกและกำหนดการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร. ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS -Thai Library Integrated System).
- วรรณิ ลีละกุล, และนันทยา เอี่ยมมงคล. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวช.* ใน วสันต์ ลีนะสมิต, และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. (บรรณาธิการ). *ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา.* กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิง.

- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554) *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง: Best nursing practice in cancer care*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วินิตา ชูช่วย. (2547). ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิมุกดา วรกุล, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และกิตติกร นิลมานัต. (2551). อุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยการใช้ยา: เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23, 70-81.
- วิมลล จันทดี. (2550). การประเมินปัญหาและความต้องการด้านสังคม. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 100-108). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- วรวรรณ เหนือคลอง. (2540). ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย. รายงานการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ค้นจาก http://library.cmu.ac.th/digital_collection/etheses/index.php?word=2549&check_field=YEAR&select_study=NUAD&condition=2&search=9&philosophy=&master=.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล: Gerontological nursing: common problems and caring guideline*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 281-310). กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์.
- ศรียรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริชยานุกุล, และธราณี สิริชยานุกุล. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร์. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33, 132-145.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2549). การประเมินและการให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ลักษณ์ี ชาญเวชซ์. (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การดูแลแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (Holistic care for promotion of quality of life)* (หน้า 135- 144) สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). *เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2556). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2560)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง*. ค้นจาก http://khampramong.org/pdf/palliative_care2_2013.pdf

- สาวิตตรี สารพล (2552). *การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สิดารัตน์ สมัครสมาน. (2550). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. (2552). *การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุดศิริ หิรัญขุนณะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุธิสา เต็มทับ. (2548). *อิทธิพลการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุปราณี นิรุตติศาสตร์. (2550). Holistic assessment and communication physical aspect. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of Life Care improving care of The Dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 71-77). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- สุปราณี นิรุตติศาสตร์. (2550). Symptoms control at the end of life. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of Life Care improving care of The Dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 165-175). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- สุปราณี พงศ์ไพฑูรย์สิน. (2548). *พฤติกรรมการสื่อสารสุขภาพในหมู่เครือญาติชาวไทยเชื้อสายจีนโพ้นทะเล: กรณีศึกษาต้นตระกูลแซ่ไล่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สุภาพร ดาวดี. (2551). *พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 2, 62-78.
- สุมาลี นิมนานิตย์. (2550). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of Life Care improving care of The Dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 24-32). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.

- สุมานี ศรีกำเหนิด. (2552). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, สมุทรปราการ. ค้นจาก โครงการเครือข่าย
 ห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุรภา ทองรินทร์. (2546). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล
 พระศรีมหาโพธิ์*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
 การพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ค้นจาก โครงการเครือข่าย ห้องสมุดใน
 ประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, ชัชนาฏ ณ นคร, และ จอนณะจง เพ็งจาด. (2550). การพยาบาลปัญหาด้าน
 ร่างกายที่บอบช้ำในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร,
 พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย:
 End of Life Care improving care of The Dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 176-197).
 กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- สุวรรณ มณีจันทร์. (2552). *ประสบการณ์การดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ
 ชีวิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก. ค้นจาก โครงการเครือข่าย
 ห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโซ, และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่
 ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. สถาบันพระบรมราชชนก
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุไฮดาร์ แวเตะ, กิตติกร นิลมานัต, และประณีต ส่งวัฒนา. (2552). ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย
 เอ็ดส์มฤตระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24, 95-109.
- สมพร เทพสุริยานนท์. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
 ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
 สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31, 24-33.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข: กฎหมายและแนว
 ทิศทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การประชุมวิชาการเรื่อง
 Palliative Care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 21 และสัมมนา
 สมาชิกสภาการพยาบาล ประจำปี 2554*. (หน้า 32-54).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *การดูแลแบบประคับประคอง: Palliative Care*. ใน
 คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข: กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
 ระยะสุดท้าย, *การประชุมวิชาการเรื่อง Palliative Care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
 พ.ศ. 2550 มาตรา 21 และสัมมนาสมาชิกสภาการพยาบาล ประจำปี 2554*. (หน้า 32-47).

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *เครื่องชี้การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของประเทศไทย พ.ศ. 2553*. <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/pubsfiles/ictDev53.pdf>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554*. ค้นจาก http://thailocal.nso.go.th/suggest/enews/index.php?option=com_content&view=article&id=19:-2554&catid=1:2011-01-10-07-52-40
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2554*. ค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/soc-culPocket.pdf>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติสาธารณสุข ประจำปี 2554*. ค้นจาก http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/2.3.1_54.pdf
- ไหมมูนิะ คลังห้อง. (2553). *สภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม, คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- อนุ อิศระพานิช. (2549). *ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและการได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- อนงค์ ภิบาล. (2552). *ความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- อภิชัย ลีละสิริ. (2554). *การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย. เวชสารแพทย์ทหารบก, 64, 97-102.*
- อภิรดี ลดาธรรม, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และวันธนี วิรุฬห์พานิช. (2548). *การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร, 23, 285-295.*
- อรัญญา ไพรวลัย. (2551). *ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก. ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).*
- อรทัย โสมนรินทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.*
- อรทัย ทองเพชร. (2545). *ภาวะการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- อรพรรณ ไชยเพชร. กิตติกร นิลมานันต์. และวิภาวี คงอินทร์. (2554). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารสภาการพยาบาล, 26, 41-55.*

- เอื้ออารีย์ สาลีกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล, โสเพ็ญ ชูนวน, และมคฺลิกา สุนทรวิภาค. (2553). การดูแลด้านจิตวิญญาณของ
 ผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25, 100-111.
- Barber, K. B., & Buehler, C. (1996). Family cohesion and enmeshment: Different
 constructs, different effects. *Journal of Marriage and Family*, 58, 443-441.
- Bartlett, J. E., Kotrlik, J. W., & Higgins, C. C. (2001). Organizational research:
 Determining appropriate sample size in survey research. *Information
 Technology, Learning, and Performance Journal*, 19, 43-50.
- Borneman, T., Ferrell, B., & Puchalski, C. M. (2010). Evaluation of the FICA tool for
 spiritual assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40,
 163-173.
- Burns, C. M., LeBlanc, T. W., Abernethy, A., & Currow, D. (2010). Young caregivers in
 the end-of-life setting: A population-based profile of an emerging group.
Journal of Palliative Medicine, 13, 1225-1235.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., & Tattersall, M. H. N. (2005). Fostering
 coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill
 cancer patients and their caregivers. *American Cancer Society*, 103, 1965-1975.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of nursing: Human health and
 function*. (4 th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Durning, M. (2008). *Living will and advance directives survey*. Retrieved from
http://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=DSFvFW5100yC_2fvpnA6KrLA_3d_3d.
- Ewing, G., & Grande, G. (2013). Development of a carer support needs assessment
 tool (CSNAT) for end of life care practice at home: a qualitative study. *Journal
 of Palliative Medicine*, 27, 244-256. doi: 10.1177/0269216312440607.
- Ewing, G., Brundle, C., Payne, S., & Grande, G. (2013). The Carer Support Needs
 Assessment Tool (CSNAT) for Use in Palliative and End-of-life Care at Home:
 A Validation Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46, 395-405.
- Ganzini, L., Goy, E. R., Miller, L. L., Harvath, T. A., Jackson, A., & Delorit, M. A. (2003).
 Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to
 hasten death. *The New England Journal of Medicine*, 24, 359-365.
- Hanprasitkam, J., Wichiencharoen, K., Seeda, R., & Priyatrak, P. (2001). Caregivers' needs
 of caring cerebral palsy children at home. *Thai Journal of Pediatric Nursing*, 1,
 89-99. Retrieved from [http://www.ns.mahidol.ac.th/english/departments/ped/
 file_pdf/database/2001/09.pdf](http://www.ns.mahidol.ac.th/english/departments/ped/file_pdf/database/2001/09.pdf).

- Harmon Hanson, S. M., Boyd, S. M. (1996). *Family health care nursing: theory, practice, and research*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Hughes, S. L., Giobbie, H. A., Weaver, F. M., Kubal, J. D., & Handerson. (1999). Relationship between caregivers burden and health relate quality of life. *The Gerontologist*, 39, 534-545
- Librach, S. L. (2011). Constipation. In Emanuel, L. L. & Librach, S. L. (editors). *Palliative care: Core skills and clinical competencies*. (2nd ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E. (2003). Family experience caring for terminally ill patients with cancer in HongKong. *Cancer Nursing*. 26, 267-275
Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp3.12.0b ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c4c7d>
- Mosel, D. D., Bauer, R. L., Lynch, D. P., & Hwang, S. T. (2011). Oral complications in the treatment of cancer patients. *Journal of Oral Diseases*, 17, 550-559.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheilkh, A. (2005). Illness trajectory and palliative care. *British Medical Journal*, 330, 1007-1011.
- Orem, D. E. (2001) *Nursing: Concepts of practice*. (6th ed.) St.Louis, MO: Mosby.
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003) Symtoms in 400 patients referred to palliative care services: Prevalence and patterns. *Journal of Palliative Medicine*, 17, 310-314. doi:10.1191/0269216303pm760oa.
- Prechawittayakul, P. (2013). *Hospital based cancer registry: Songklanagarind hospital aunaral report 2011*. Faculty of medicine, Songklanagarind hospital.
- Richardson L. A, & Jones G. W. (2009) . A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. *Current Oncology*, 16, 53-64
- Solana, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 58-69.
- Thienthong, S., Pratheepawanit, N., Limwattananon, C., Maoleekoonpairroj, S. Chanvej, L., Lertsanguansinchai, P. (2006). Pain and quality of life of cancer patients: a multi center study in Thailand. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 89, 1120-1126. Retrieved from <http://www.thaiscience.info/journals/Article/Pain%20and%20quality%20of%20life%20of%20cancer%20patients%20a%20multicenter%20study%20in%20thailand.pdf>.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2005). *Nurses and families : A guide to family assessment and intervention*. (4th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

World Health Organization. (2014a). *Cancer mortality and morbidity*. Retrieved from http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer_text/en/index.html.

World Health Organization. (2014b). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

World Health Organization. (2014c). *Cancer-Key facts*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นางสาวพิมพ์พนิต ภาศรี นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครั้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลกระทบของครอบครั้วและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบหรือการรับรู้ของครอบครั้วที่มีต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิต ความเชื่อ ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สบายทางร่างกาย และเพื่อศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครั้วในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผลของการวิจัยในครั้งนี้ จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครั้วได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งอาจจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครั้วได้อย่างเหมาะสม การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นสิทธิของท่านและจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น ผู้ป่วยของท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏในผลงานวิจัย และขอรับรองว่าข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับทุกประการ ท่านมีสิทธิยกเลิก หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ไม่ว่ากรณีใดๆ และหากท่านมีข้อสงสัยใดๆสามารถซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง

ท่านเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการให้ข้อมูลของท่าน จึงขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการปฏิบัติงานการบริการทางด้านเวชปฏิบัติครอบครั้วของประเทศไทยต่อไป หากท่านมีข้อคำถามหรือข้อสงสัยให้ติดต่อสอบถามได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 090-1686079

(.....)

นางสาวพิมพ์พนิต ภาศรี
ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยตามรายละเอียดข้างต้น ข้าพเจ้ามีความเข้าใจอย่างชัดเจนและมีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2556

ภาคผนวก ข
หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

From: Gail Ewing (ge200@hermes.cam.ac.uk)
Sent: 30 เมษายน 2557 15:14:37
To: พิมพ์พนิต ภาศรี' (pim.panit@hotmail.com)
Cc: 'Sang-arun Isaramalai' (isangarun@hotmail.com); 'Gunn Grande' (Gunn.Grande@manchester.ac.uk)
Subject: RE: Letter for permission using the questionnaire (CSNAT)

1 สิ่งที่มา (2.1 เมกะไบต์)



3205 CSNAT licence Prince of Songkla University fully signed.pdf

Dear Pimpanit

Please find attached a fully signed copy of the CSNAT licence agreement for your records. I hope your research study goes well.

Please let us know if there is any further information you require about using the CSNAT.

Best wishes

Gail

Dr Gail Ewing
 Senior Research Associate
 Centre for Family Research
 University of Cambridge
 01223 334881

Gunn Grande
 Professor of Palliative Care
 School of Nursing, Midwifery & Social work
 Jean McFarlane Building, Room 5.309
 University of Manchester
 Oxford Road
 Tel: 0161 3067695 Fax: 0161 3067707

**CARER SUPPORT NEEDS ASSESSMENT TOOL (CSNAT) USE
LICENCE AGREEMENT**

SCHEDULE

The CARER SUPPORT NEEDS ASSESSMENT TOOL (CSNAT) USE LICENCE AGREEMENT TERMS AND CONDITIONS, this SCHEDULE and any specification or other document referred to or attached to the SCHEDULE shall together comprise the Agreement between the Licensee and The University of Manchester and The Chancellor, Masters and Scholars of the University of Cambridge (the "Universities"). Words defined in this SCHEDULE shall have the same meaning in the TERMS AND CONDITIONS.

Licensee (name of organisation): Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Licensee's Address: 15 Kanjanawarit Road, Korhong Hat-Yai, Shongkhla, Thailand. 90110

Licensee Contact Person / Phone / Email: 1) Pimpanit Pasri; 090-1686079; pim.panit@hotmail.com
2) Sang-arun Isaramalai; 089-4729380; isangarun@hotmail.com

The Licensee is granted permission by the Universities to use the CSNAT (CARER SUPPORT NEEDS ASSESSMENT TOOL (CSNAT) USE LICENCE AGREEMENT TERMS AND CONDITIONS apply) for the following:

Research Study title or Practice Organisation name: Family's Perspectives and Support Needs for Caring End-staged Cancer Patients

Specific Licensee department/unit address/es of site/s of Research Study or Practice Organisation, if applicable: Faculty of Nursing

CSNAT Purpose/Use – Conducting Master thesis –By collecting data on support needs of 100 End-staged cancer patients's carers.

Term (Licence duration: from/to) – 10 February 2014 – 30 May 2014

Translation of CSNAT into the following language/s or 'N/A' - Thai

Any amendments to the CARER SUPPORT NEEDS ASSESSMENT TOOL (CSNAT) USE LICENCE AGREEMENT TERMS AND CONDITIONS or 'None': 'None'; forward translation only.

Signed for and on behalf of
the Licensee:

Name: Pimpanit Pasri / Sang-arun

Date: 13/4/2014

~~Signed for and on behalf of
The University of Manchester.~~

Signed for and on behalf of
The University of Manchester

Name: JANE SHELTON

Date: 23/4/14

Signed for and on behalf of
The Chancellor, Masters and Scholars of the
University of Cambridge:

GAIL EWING

Name: GAIL EWING

Date: 29/4/14

CARER SUPPORT NEEDS ASSESSMENT TOOL (CSNAT) USE LICENCE AGREEMENT

TERMS AND CONDITIONS

1. **Applicability**
 - 1.1 These Terms and Conditions together with any schedule or specification or other document referred to or attached to these Terms and Conditions shall together comprise the binding legal agreement (the 'Agreement') between The University of Manchester of Oxford Road, Manchester M13 9PL United Kingdom and The Chancellor, Masters and Scholars of the University of Cambridge acting by and through its Centre for Family Research of Free School Lane, Cambridge CB2 3RQ United Kingdom (the "Universities") and the Licensee. Words defined in these Terms and Conditions shall have the same meaning in any schedule or specification or other document referred to in or attached to these Terms and Conditions.
2. **Definitions**
 - 2.1 The following terms, unless the context requires otherwise, have the following meanings:

CSNAT	the Carer Support Needs Assessment Tool (or any part thereof)
CSNAT Use Copy	the CSNAT or copies thereof for use by the Licensee
Licence	the licence in respect of the CSNAT granted to the Licensee in Clause 3.1 hereunder
Licensee	means the person or entity acquiring a Licence hereunder or, if there is a separate person or entity acquiring a Licence on behalf of another, the person or entity specifically designated as the Licensee and set forth as such in this Agreement
3. **Grant of Licence**
 - 3.1 In consideration of the Licensee strictly adhering to the terms of this Agreement to continue to allow the Universities to preserve the integrity of the CSNAT and exercise and enforce their right to restrict copying and use of the CSNAT to controlled conditions, and subject to the terms of this Agreement, the Universities grant to the Licensee for the Term a non-exclusive, non-transferable licence to make or permit copies to be made of the CSNAT in the manner as follows and to use those copies in the Research Study or for Practice Organisation use, the said copies at all times subject to Clauses 4.1 and 4.3:

- 3.1.1 print hard copies of the CSNAT for persons within its organisation involved in the Research Study or Practice Organisation use;
- 3.1.2 make and circulate electronic copies of the CSNAT to persons within its organisation involved in the Research Study or Practice Organisation use;
- 3.1.3 incorporate the CSNAT into the Licensee's paper and/or electronic patient/carer record system to allow for the recording of notes/evaluations/plans; and
- 3.1.4 if applicable, subject to Clause 5 translate and use the CSNAT in the language/s set out in the SCHEDULE to this Agreement.
- 3.2 Any use of the CSNAT in respect of a different Research Study or Practice Organisation use or Translation as agreed will require a separate licence from the Universities.
- 3.3 The supply of the CSNAT Use Copy under this Agreement does not confer any rights to reproduce the CSNAT for any third party or to distribute or make the CSNAT available for the use of or to the public in any media or form or derivative form.
- 3.4 Where a signatory to this Agreement is authorised to act on behalf of his or her organisation, he or she warrants they have full power and authority to bind their organisation to this Agreement.
- 4. Intellectual Property**
- 4.1 The Licensee shall ensure that all copies of the CSNAT that are made pursuant to this Agreement carry the copyright and moral rights notice as follows:
- Copyright © 2009 University of Cambridge (Centre for Family Research) / The University of Manchester (School of Nursing, Midwifery and Social Work). All rights reserved. Gail Ewing (Cambridge) and Gunn Grande (Manchester) have asserted their moral right to be identified as authors of the CSNAT.*
- Please do not remove this notice from the CSNAT or any copies. Copying and use of the CSNAT is subject to agreement to CSNAT Licence Agreement Terms and Conditions.*
- 4.2 The Licensee agrees that it will not obtain any right, title or interest in or to the CSNAT other than the rights expressly granted under this Agreement.
- 4.3 The Licensee agrees that it shall not amend, change or adapt the layout, format or design of the CSNAT in any way.
- 4.4 The data generated by the Licensee in the course of using the CSNAT for the Research Study or Practice Organisation use shall belong to the Licensee and the Universities shall have no right, title or interest in that data. The Licensee may publish or otherwise disclose the results gained from the use of the CSNAT provided that the Licensee includes the following acknowledgement in such publications:
- This study utilises the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) devised by Dr Gail Ewing and Prof Gunn Grande (Copyright © 2009 University of Cambridge (Centre for Family Research) / The University of Manchester (School of Nursing, Midwifery and Social Work). All rights reserved.)*
- 4.5 The Licensee shall not be permitted to publish copies of the CSNAT or any part of it either in isolation or in conjunction with such results or publications or research reports or for any other purpose.
- 4.6 If the Licensee becomes aware of any unauthorised use or infringement or misuse of the CSNAT, it will promptly notify the Universities and provide all details within its knowledge of such infringement or misuse. The Universities may take such action as they see fit in respect of infringements and misuse and shall have sole control over and conduct of any action that they deem necessary. Should the Universities in their absolute discretion decide to take any action, they will do so at their own cost and the Licensee will have no claim to any sums recovered by the Universities.
- 5. Translation of the CSNAT**
- 5.1 The provisions of this Clause 5 shall apply only if specific language/s the CSNAT is permitted to be translated are stated in the SCHEDULE to this Agreement; otherwise the Licensee shall not be permitted to make a translation/s of the CSNAT.

- 5.2 The Licensee shall be permitted to translate the original English version of the CSNAT into the Language(s) specified in the SCHEDULE, subject to the following:
- 5.2.1 the translation shall be accurate and complete;
 - 5.2.2 the CSNAT shall not be condensed or adapted in any way;
 - 5.2.3 a copy of the translation must be provided to the Universities upon completion, together with a certificate of accuracy;
 - 5.2.4 the copyright of the translation of the CSNAT shall belong to the Universities absolutely and the Licensee hereby assigns such copyright to the Universities and agrees to procure all such rights by way of present assignment of future rights in the name of the Universities;
 - 5.2.5 the English version and translated version of the CSNAT permitted under this Agreement may only be used in the Research Study or Practice Organisation use for the Term; and
 - 5.2.6 the following credit line and copyright notice must appear at the bottom of the translated CSNAT in English and the language of translation. The Words "Copyright" and details of the Universities and the information in square parentheses supplied by the translator must appear in the English language:

Translated in full with permission of the University of Cambridge and the University of Manchester by [name] of the [company, city and country]. Sole responsibility for the accuracy of the translation rests with the translator.

Copyright © [year of first publication of translation]. University of Cambridge (Centre for Family Research) / The University of Manchester (School of Nursing, Midwifery and Social Work). All rights reserved. The original Carer Needs Assessment Tool (CSNAT) in the English language is Copyright © 2009, CSNAT authors Dr Gall Ewing (Cambridge) and Prof Gunn Grande (Manchester) have asserted their moral right to be identified as authors of the CSNAT.

- 5.3 All the provisions of this Agreement will apply equally to a translation of the CSNAT and the term 'CSNAT' in this Agreement shall be interpreted accordingly.
6. **Warranties and Limitation of Liability**
- 6.1 The Licensee warrants that all the information provided to the Universities on the Permission Request Form to use the CSNAT as incorporated in this Agreement is true, accurate and complete, including in particular, that:
- 6.1.1 the Research Study or Practice Organisation has been accurately described; and
 - 6.1.2 the Purpose has been correctly described and only extends to those areas genuinely covered by the Research Study or Practice Use.
- 6.2 The Universities provide the CSNAT on an "as is" basis and all terms, conditions, warranties, representations or guarantees whether express or implied by statute, common law or otherwise relating to delivery, description, performance, quality or fitness for purpose of the CSNAT are hereby excluded.
- 6.2 The Licensee agrees to indemnify the Universities and keep them fully and effectively indemnified against all and any claims, damages, losses or costs arising in any manner howsoever from the Licensee's use of the CSNAT.
- 6.3 To the extent permitted by law, the aggregate liability of the Universities to the Licensee for direct loss in contract, tort or otherwise arising in connection with the supply and use of the CSNAT is limited for one incident or a series of incidents to £1,000.
- 6.4 In no circumstances shall the Universities be liable to the Licensee for any loss of profits, revenue, goodwill, business opportunity or any indirect, consequential, financial or economic loss or damage, costs or expenses whether in contract, tort, negligence, breach of statutory duty or otherwise whatsoever or howsoever arising out of or in connection with the supply or use of the CSNAT.
- 6.5 The above exclusions shall apply to the fullest extent permissible at law but the Universities do not exclude liability for death or personal injury caused by the negligence of the Universities, their employees or agents or for fraudulent misrepresentation.
7. **Termination**

- 7.1 Either party may terminate this Agreement if the other party is in breach of any of the terms of this Agreement and in case of a breach capable of remedy fails to remedy such breach within 14 days of receipt of written notice giving full particulars of the breach and of the steps required to remedy it.
- 7.2 The Universities may terminate this Agreement immediately by notice in writing to the Licensee if:
- 7.2.1 the Licensee directly or indirectly disputes or challenges the ownership of copyright in the CSNAT by the Universities; or
 - 7.2.2 the Licensee being a company goes into receivership or liquidation (other than for the purposes of amalgamation or reconstruction) or becomes insolvent or makes any composition or arrangement with its creditors (other than as part of a solvent reorganisation); or
 - 7.2.3 the Licensee being a partnership or other unincorporated association is dissolved or being a natural person dies.
- 8. Effect of Termination**
- 8.1 On termination of this Agreement, the permission and rights granted in 3.1 cease with immediate effect except that the Licensee shall have the non-exclusive right to continue to use the CSNAT only to the extent necessary to use any patient/carer record system incorporating the CSNAT referred to in clause 3.1.3.
- 8.2 Termination of this Agreement howsoever caused shall not affect:
- 8.2.1 the rights and obligations of both parties under this Agreement in the period up to termination;
 - 8.2.2 the rights and obligations of both parties under this Agreement which by their nature are due to continue beyond such termination including but not limited to Clauses 4, 6 through 17.
- 9. No Assignment or Sub-licence**
- 9.1 The Licensee may not assign or sub-licence any of the rights and obligations in this Agreement.
- 10. Variations**
- 10.1 No variation of this Agreement shall be valid unless it is in writing and signed by or on behalf of each of the parties.
- 11. Entire Agreement**
- 11.1 This Agreement (which expression includes CSNAT USE LICENCE AGREEMENT TERMS AND CONDITIONS, SCHEDULE and any other schedule or specification or other document referred to or attached to these TERMS AND CONDITIONS) shall supersede all other arrangements or agreements whether oral or in writing between the parties as to the subject matter of this Agreement.
- 12. No Partnership or Agency**
- 12.1 Nothing in this Agreement is intended to or shall operate to create a partnership or joint venture of any kind between the parties, or to authorise either party to act as agent for the other, and neither party shall have authority to act in the name or on behalf of or otherwise to bind the other in any way (including but not limited to the making of any representation or warranty, the assumption of any obligation or liability and the exercise of any right or power).
- 13. Severability**
- 13.1 If any provision of this Agreement shall be prohibited by or adjudged by a court to be unlawful, void or unenforceable, such provision shall to the extent required be severed from this Agreement and rendered ineffective as far as possible without modifying the remaining provisions of this Agreement.
- 14. Waiver**

- 14.1 The failure of the Universities to exercise or enforce any rights it may have under this Agreement will not be deemed to preclude any right, relief or remedy available to it should it choose to exercise or enforce those rights.
- 15. Rights of Third Parties**
- 15.1 The Contracts (Rights of Third Parties) Act 1999 shall not apply to this Agreement and nothing in this Agreement shall confer or purport to confer on or operate to give any third party any benefit or any right to enforce any term of this Agreement.
- 16. Counterparts and Fax and Email Copies**
- 16.1 This Agreement may be executed in any number of counterparts, each of which shall when executed and delivered shall constitute a duplicate original, but all the counterparts shall together constitute the one agreement.
- 16.2 Transmission of an executed counterpart of this Agreement (but for the avoidance of doubt not just the signature page) (a) by fax or (b) by email (in PDF, JPEG or other agreed format) shall take effect as delivery of an executed counterpart of this Agreement. If either method of delivery is adopted, without prejudice to the validity of the Agreement thus made, each Party shall provide the others with the original of such counterpart as soon as reasonably possible thereafter.
- 16.3 No counterpart shall be effective until each Party has executed at least one counterpart.
- 17. Notices**
- 17.1 Any notice to be given under this Agreement shall be in writing and shall be delivered by hand, sent by first class post or sent by facsimile to the address of the other party set out in this Agreement or sent by email to the email address of the other party (or such other address or email address as may have been notified) provided that in the case of notice served by facsimile or by email, such notice is confirmed by letter posted within 12 hours. Any such notice or other document shall be deemed to have been served:
- If delivered by hand – at the time of delivery; if sent by post – upon the expiration of 2 business days after posting (in the UK) if the Licensee address is in the UK or 5 business days if outside the UK; and if sent by facsimile or by email – at 9.00am on the next business day after the facsimile or email was dispatched provided that:
- (a) in the case of facsimile transmission, a transmission report is generated by the sender's fax machine recording a message from the recipient's fax machine, confirming that the fax was sent to that number and that all pages were successfully transmitted; and
- (b) in the case of email transmission
- (i) where a delivery receipt has been requested by the sender, that such delivery receipt has been received by the sender; or
- (ii) where no delivery receipt has been requested by the sender, that no notification of non-delivery has been received by the sender.
- 18. Governing Law and Jurisdiction**
- 18.1 This Agreement (including without limitation non-contractual disputes or claims relating to this Agreement) shall be governed by and construed in accordance with English law and subject to the exclusive jurisdiction of the English courts.

From: Gunn.Grande@manchester.ac.uk
To: pim.panit@hotmail.com
CC: ge200@cam.ac.uk
Subject: RE: Letter for permission using the questionnaire
Date: Tue, 28 Jan 2014 10:01:21 +0000

Dear Pimpanit,

Thank you for your interest in using the Carer Support Needs Assessment Tool. In order to prepare a Licence for your use of CSNAT, could you please complete the attached Permission Request form?

Best wishes,

Gunn

Gunn Grande

Professor of Palliative Care

School of Nursing, Midwifery & Social Work

Jean McFarlane Building, Room 5.309

University of Manchester

Oxford Road

M13 9PL

Tel: 0161 3067695

Fax: 0161 3067707

Secretary: Cath Hearne 0161 3067861; cath.hearne@manchester.ac.uk

From: พิมพ์พนิต ภาศรี [pim.panit@hotmail.com]
Sent: 27 January 2014 17:39
To: Gunn Grande
Subject: Letter for permission using the questionnaire

Dear Professor Gunn Grande,

I am Pimpanit Pasri., a Master prepared nursing student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand. I have passed the thesis proposal defense. My thesis title is "Family's Perspectives and Support Need for Caring End-Stage Cancer Patient." Based on my literature review, the thesis advisory committee, and myself have decided to use the The Carer Support Needs Assessment tool that were developed by you and your team to assessed their carer need. Therefore, may I ask your permission as the first author who delineates The Carer Support Needs Assessment tool to allow me to use this questionnaire in my thesis study?

Thank you for your attention and kind consideration. I look forward to hearing from you.

Sincerely yours,
Pimpanit Pasri.

From: marijke@medhealthwriter.com
Date: Mon, 27 Jan 2014 14:42:51 -0500
Subject: Re: Letter for permission using the questionnaire (Living will and advance directive survey)
To: pim.panit@hotmail.com

You are very welcome. Good luck and if you have the opportunity and the time, I would love to learn about your results. And thank you so much for asking. I really appreciate that.

Marijke Vroomen Durning, RN

Writer/Content Developer

TheNurseWriter.com

Blog: [Marijke: Nurse Turned Writer](#)

GamesWeUsedToPlay.ca

On Mon, Jan 27, 2014 at 12:09 PM, พิมพ์พนิต ภาศรี <pim.panit@hotmail.com> wrote:

Dear Marijke,

I am Pimpanit Pasri., a Master prepared nursing student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand. I have passed the thesis proposal defense. My thesis title is "Family's Perspectives and Support Need for Caring End-Stage Cancer Patient." Based on my literature review, the thesis advisory committee, and myself have decided to use the Living will and advance directive survey that were developed by you. Therefore, may I ask your permission as the first author who delineates the living will and directive survey to allow me to use this questionnaire in my thesis study? Thank you for your attention and kind consideration. I look forward to hearing from you.

Sincerely yours,

Pimpanit Pasri.

From: Christina Puchalski <cpuchals@gwu.edu>
Date: 29 January, 2014 9:26:36 GMT+7
To: pim.panit@hotmail.com
Cc: "Ferrell, Betty" <bferrell@coh.org>, Najmeh Jafari
<jafari@email.gwu.edu>
Subject: Re: Letter for permission using the questionnaire (FICA)
Reply-To: cpuchals@gwu.edu

Hello

The tool is one i have developed. I would be happy to grant you permission but need to understand what you plan to do with this tool. Are you going to translate it? My associate, Dr Jafari and I are doing collaborations with the FICA tool in different countries. We have a specific protocol for translation and for how to use the tool

Would be you be interested in having a further discussion on this? I look forward to hearing from you

On Mon, Jan 27, 2014 at 1:51 PM, Ferrell, Betty <BFerrell@coh.org> wrote:

Hello

The FICA tool was developed by my colleague Dr. Christina Puchalski. I have copied her here so she can respond to you.

Betty Ferrell

From: พิมพ์พนิต ภาศรี [mailto: pim.panit@hotmail.com]
Sent: Monday, January 27, 2014 9:20 AM
To: Ferrell, Betty
Subject: Letter for permission using the questionnaire FICA

Dear DR.Ferrell,

I am Pimpanit Pasri., a Master prepared nursing student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand.I have passed the thesis proposal defense. My thesis title is "Family's Perspectives and Support Need for Caring End-Stage Cancer Patient." Based on my literature review, the thesis advisory committee, and myself have decided to use the FICA tool that were developed by you and your team. Therefore, may I ask your permission as the first author who delineates the FICA tool to allow me to use this questionnaire in my thesis study?

Thank you for your attention and kind consideration. I look forward to hearing from you.

Sincerely yours,
Pimpanit Pasri.

On 22 Apr, 2014, at 11:59, "Kittiphon Nagaviroj" <nagaviroj@yahoo.com> wrote:

ยินดีครับ

อ.กิตติพล

On 22 เม.ย. 2557, at 09:30, พิมพ์พนิต ภาศรี <pim.panit@hotmail.com> wrote:

เรียน อ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์

หนู นางสาวพิมพ์พนิต ภาศรี เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ค่ะ ขณะนี้หนูกำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย" เป็น การวิจัยเชิงบรรยาย โดยมี ผศ.ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา หนูมีความประสงค์ที่จะใช้แบบประเมิน Edmonton symptom assessment system ฉบับภาษาไทย ในการประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายค่ะ หนูจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์อาจารย์ในการพิจารณาอนุญาตให้หนูใช้แบบประเมินนี้ ก่อนหน้านี้หนูได้ส่งหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ส่งไปถึงอาจารย์แล้วค่ะ แต่คาดว่าจะมีปัญหาในขั้นตอนการจัดส่ง หนูจึงเขียนเมลฉบับนี้มาหาอาจารย์อีกครั้งค่ะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดขอความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณอย่างสูง

พิมพ์พนิต ภาศรี

จาก: พิมพ์พนิต ภาศรี (pim.panit@hotmail.com)
ส่งเมื่อ: 28 มกราคม 2557 1:50:18
ถึง: raknv@mahidol.ac.th (raknv@mahidol.ac.th)

เรียน อ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์

หนู นางสาวพิมพ์พนิต ภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษา
วิจัยเรื่อง "พรรณนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย" โดยมี ผศ.ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย และ ผศ.ดร.อุไร หัตถกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ และหนูมีความประสงค์จะขอใช้เครื่องมือ "แบบประเมิน Edmonton symptom
assessment system (ESAS) ฉบับภาษาไทย" ที่อาจารย์ได้ทำการแปล เพื่อนำมาประกอบ
วิทยานิพนธ์ดังกล่าวค่ะ

หนูจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากอาจารย์ในการขออนุญาตใช้เครื่องมือ ESAS ค่ะ
และพร้อมกันนี้ ทางคณะพยาบาลศาสตร์ได้ออกหนังสือขออนุญาตส่งไปยังคณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเป็นการขออนุญาตอย่างเป็นทางการจากทางเป็นที่
เรียบร้อยแล้วนะคะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดขอความอนุเคราะห์ค่ะ จะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ด้วยความเคารพอย่างสูง
พิมพ์พนิต ภาศรี

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๘)/

1369



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ๑๑๐ ถนนอินทวิโรจ อําเภอเมืองเชียงใหม่
 จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๓๐ มกราคม ๒๕๕๗

คณะพยาบาลศาสตร์
เลขรับ ๒๗๑
วันที่ ๖ ก.พ. ๕๗
เวลา ๑๖.๐๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๑๘ ลงวันที่ ๑๕
 มกราคม ๒๕๕๗

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขออนุญาตให้ นางสาว
 พิมพ์พนิต ภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ภาคพิเศษ)
 ใช้เครื่องมือวิจัยของผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ ชื่อ “แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่
 ได้รับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยใหญ่ฉบับสวนดอก (PPS Adult Suandox)” เพื่อนำมาประกอบการจัดทำวิทยานิพนธ์
 เรื่อง “ทรงตะนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” นั้น

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องประการใด อนุญาตให้ นางสาว
 พิมพ์พนิต ภาศรี ใช้เครื่องมือวิจัยเรื่องดังกล่าวของผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ
 ตามที่ขอไปได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนุ หิมาลัย)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๕๓๙๔ ๕๑๓๔, ๕๒๒๔

โทรสาร ๐ ๕๓๙๔ ๖๒๒๓ <http://www.med.cmu.ac.th/>

ที่ บันทึก ลิน

ภาคผนวก ค
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง
ทรงสนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

- คำชี้แจง:** แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ
- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความคิดและจิตวิญญาณของผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการต่างๆของผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 5 แบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านเอง ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของท่าน และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยเติมคำในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1: ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพ โสด สมรส แยกกันอยู่/หย่าร้าง
 หม้าย (สามี/ภรรยาเสียชีวิต)
4. ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์
 อื่น ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก
6. อาชีพ เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 ประมง ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่นๆ ระบุ.....
7. โรคประจำตัว (โรคที่เจ็บป่วยติดตัวอยู่เดิม รักษาไม่หายขาด)
 ไม่มี มี ระบุ.....
8. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย บุตร บิดา/มารดา
 คู่สมรส ญาติ (บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องผูกพันทางสายเลือด)
 อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2: ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของท่าน

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
10. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 10,001-20,000
 20,001-30,000 อื่นๆ ระบุ.....
11. ระยะเวลาที่ครอบครัวของท่านได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด.....เดือน
12. ครอบครัวของท่านมีผู้ดูแลอื่นคอยช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุจำนวน.....คน
13. ครอบครัวของท่านได้จ้างผู้ดูแลมาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุจำนวน.....คน
14. ท่านมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อนหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุจำนวนผู้ป่วยที่เคยดูแลก่อนหน้านี้.....คน

ส่วนที่ 3: ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

15. ในช่วงที่ท่านได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ท่านต้องพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการฉุกเฉิน/ไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้าจากแพทย์โดยประมาณ.....ครั้งต่อเดือน (ระบุจำนวนครั้ง)
16. ชนิดของมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม
 มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้
 อื่นๆ ระบุ.....
17. สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
 เบิกราชการ ประกันสังคม
 ประกันชีวิต จ่ายเงินเอง
 อื่นๆ ระบุ.....
18. อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
 ติดเชื้อ ขาดอาหาร ท้องมาน
 เหนื่อยล้า ท้องร่วง ท้องผูก
 หายใจลำบาก อื่นๆ ระบุ.....

แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตของผู้ป่วย

[ดัดแปลงจาก Living wills and advance directive survey (Durning, 2008)]

คำชี้แจง: . ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่บ่งบอกถึงความต้องการในการได้รับการดูแลในด้านต่างๆของผู้ป่วย**ในช่วงบั้นปลายของชีวิต** ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับคำบอกเล่าของผู้ป่วยมากที่สุด หรือข้อที่ท่านคาดคิดว่าตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (ในกรณีที่ไม่เคยพูดคุยสอบถามเรื่องนี้กับผู้ป่วย) โดยในแต่ละข้อคำถามท่านสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

- 4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้องการการดูแลมากที่สุด
 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้องการการดูแลมาก
 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้องการการดูแลปานกลาง
 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้องการการดูแลเล็กน้อย
 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่ต้องการการดูแลเลย

ตัวอย่างเช่น หากท่านเลือก 3 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลในเรื่องนี้มาก
 ท่านเคยพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่เคยเลย มีบ้าง แต่เป็นเพียงอ้อมๆ
 พูดคุยแบบเปิดเผยชัดเจน อื่นๆระบุ.....

ความปรารถนาของผู้ป่วยในบั้นปลายชีวิต	ต้องการมากที่สุด 4	ต้องการมาก 3	ต้องการปานกลาง 2	ต้องการเล็กน้อย 1	ไม่ต้องการ 0
1. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการจะได้อาหารและน้ำทางสายยางมาก/น้อยเพียงใด					
2. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการที่จะได้สารอาหารทางหลอดเลือดดำมาก/น้อยเพียงใด					
3. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการที่จะให้ใส่ท่อทางเดินหายใจและช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจมาก/น้อยเพียงใด					
4. ท่านคิดว่าเมื่อมีอาการทรุดหนักผู้ป่วยต้องการเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู (I.C.U.) มาก/น้อยเพียงใด					
5. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับการเจาะคอเพื่อจะใส่ท่อช่วยหายใจมาก/น้อยเพียงใด					

ความปรารถนาของผู้ป่วยในบั้นปลายชีวิต	ต้องการมากที่สุด 4	ต้องการมาก 3	ต้องการปานกลาง 2	ต้องการเล็กน้อย 1	ไม่ต้องการ 0
6. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับการรักษาโรคแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ ด้วยการให้ยาทางหลอดเลือดดำมาก/น้อยเพียงใด					
7. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับยาเพื่อที่จะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีเพื่อช่วยยืดชีวิตมาก/น้อยเพียงใด					
8. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น เช่น การปั๊มหัวใจหรือการให้ยากระตุ้นการเต้นของหัวใจมาก/น้อยเพียงใด					
9. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการให้นำพระ/บาทหลวง/โต๊ะอิหม่าม/หรือบุคคลในศาสนาที่นับถือมาเยี่ยมมาก/น้อยเพียงใด					
10. ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้านมาก/น้อยเพียงใด					

ความคิดและจิตวิญญาณ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
7. ท่านคิดว่าญาติธรรม(ผู้ที่นับถือเป็นญาติกัน เนื่องจากมีกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน) หรือเพื่อนร่วมอุดมการณ์(เพื่อนผู้ที่มีแนวความคิดเดียวกัน) ของผู้ป่วยจะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยได้มาก/น้อยเพียงใด					
8. ท่านคิดว่าบุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยมาก/น้อยเพียงใด					
9. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการให้นำข้อมูลเกี่ยวกับหลักความเชื่อ/หลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา มาก/น้อยเพียงใด					

แบบประเมินอาการต่างๆของผู้ป่วย
[แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System ฉบับภาษาไทย]

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบประเมินและติดตามอาการต่างๆของผู้ป่วย ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมายวงกลมลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันมากที่สุด หรือตรงกับคำบอกเล่าของผู้ป่วยมากที่สุด โดยในแต่ละข้อคำถามท่านสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ซึ่งระดับการวัดในแต่ละอาการจะแบ่งออกเป็นหมายเลข 0-10 โดยหมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ หมายเลข 5 หมายถึง มีอาการในระดับปานกลาง และหมายเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

ตัวอย่างเช่น หากท่านเลือก 5 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระดับปานกลาง

1. อาการปวด

ไม่มีอาการปวด

มีอาการปวดรุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย

ไม่มีอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย

มีอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลียมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. อาการคลื่นไส้

ไม่มีอาการคลื่นไส้

มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. อาการซึมเศร้า

ไม่มีอาการอาการซึมเศร้า

มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. อาการวิตกกังวล

ไม่วิตกกังวล

วิตกกังวลมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. อาการร่วงซึม/สับสน

ไม่มีอาการร่วงซึม/สับสน

มีอาการร่วงซึม/สับสนมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ความสุขสบายทั้งกายและใจ

สบายดีทั้งกายและใจ

ไม่สบายทั้งกายและใจเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. อาการเหนื่อยหอบ

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ปัญหาหรืออาการอื่นๆ (โปรดระบุ)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

แบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

[ดัดแปลงจาก CSNAT (Ewing, 2013)]

คำชี้แจง : แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบประเมินความต้องการในการได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความต้องการของท่านในการที่จะได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด โดยในแต่ละข้อคำถามท่านสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

- 3 คะแนน หมายถึง ท่านต้องการมาก
 2 คะแนน หมายถึง ท่านต้องการปานกลาง
 1 คะแนน หมายถึง ท่านต้องการเล็กน้อย
 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่ต้องการเลย

ตัวอย่างเช่น หากท่านเลือก 3 คะแนน แสดงว่าท่านต้องการมาก

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	ไม่ ต้องการ 0	ต้องการ เล็กน้อย 1	ต้องการ ปานกลาง 2	ต้องการ มาก 3
1. ท่านต้องการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมาก/น้อยเพียงใด				
2. ท่านต้องการเวลาสำหรับตัวท่านเองในแต่ละวันมาก/น้อยเพียงใด				
3. ท่านต้องการความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย รวมไปถึงการให้ยามาก/น้อยเพียงใด				
4. ท่านต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ กฎหมาย หรือ การทำงานของท่านมาก/น้อยเพียงใด				
5. ท่านต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย (เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การขับถ่าย) มาก/น้อยเพียงใด				
6. ท่านต้องการความช่วยเหลือในการจัดการความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งความวิตกกังวลของท่านมาก/น้อยเพียงใด				
7. ท่านต้องการมีคนที่จะช่วยเหลือท่านในยามฉุกเฉิน/ต้องการแก้ปัญหาเร่งด่วนขณะดูแลผู้ป่วยมาก/น้อยเพียงใด				
8. ท่านมีเวลาดูแลสุขภาพของตัวท่านเองมาก/น้อยเพียงใด				

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	ไม่ ต้องการ 0	ต้องการ เล็กน้อย 1	ต้องการ ปานกลาง 2	ต้องการ มาก 3
9. ท่านต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย มาก/น้อยเพียงใด				
10. ท่านต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติ กิจกรรมด้านศาสนา/ความเชื่อที่ท่านนับถือมาก/ น้อยเพียงใด				
11. ท่านต้องการให้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ การอาการเจ็บป่วยของเขามาก/น้อยเพียงใด				
12. ท่านต้องการการช่วยเหลือในการฝึกฝน เทคนิค/วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากทีมสุขภาพ มาก/น้อยเพียงใด				
13. ท่านต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค/ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ท่านให้การดูแล มาก/น้อยเพียงใด				
14. ท่านต้องการที่จะได้มีโอกาสพักผ่อนหลังจากที่ ดูแลผู้ป่วยมาตลอดทั้งวัน/คืน มาก/น้อยเพียงใด				

ภาคผนวก ง
แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
 (palliative performance scale for adult Suandok) (PPS adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การ เคลื่อนไหว	การปฏิบัติ กิจกรรม และการ ดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความ รู้สึกตัว
๑๐๐	การเคลื่อนไหว ปกติ	ทำกิจกรรม และทำงานได้ ตามปกติ และ ไม่มีอาการ ของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๙๐	การเคลื่อนไหว ปกติ	ทำกิจกรรม และทำงานได้ ตามปกติ และ มีอาการ ของโรคบาง อาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๘๐	การเคลื่อนไหว ปกติ	ต้องออกแรง อย่างมากใน การทำ กิจกรรม ตามปกติ และ มีอาการของ โรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
๗๐	ความสามารถ ในการ เคลื่อนไหว ลดลง	ไม่สามารถ ทำงานได้ ตามปกติและ มีอาการของ โรคอย่างมาก	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
๖๐	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
๕๐	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
๔๐	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือ ง่วงซึม +/- สับสน
๓๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือ ง่วงซึม +/- สับสน
๒๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือ ง่วงซึม +/- สับสน
๑๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
๐	เสียชีวิต	-	-	-	-

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด | <p>อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย
กรุงเทพมหานคร</p> |
| 2. รองศาสตราจารย์ พ.ญ.สายบัว ชี้เจริญ | <p>อาจารย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์
และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา</p> |
| 3. ดร.นพ.สกล สิงหะ | <p>อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์
หัวหน้าหน่วยซีวันตาภิบาล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา</p> |

