

ปัจจัยคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



นางสาวนงลักษณ์ สรรสม

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE
OF TERMINAL CANCER PATIENTS



Miss Nongluk Sansom

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

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

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้าย

โดย

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชีต)

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางลักษณ์ ธรรม : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
(SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF TERMINAL CANCER
PATIENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 171 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 120 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบจากผู้ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ศูนย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดปทุมธานี และอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์มีอาการ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินประสบการณ์มีอาการ แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว แบบประเมินคุณภาพชีวิตจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89, .90, .93 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.09$, $SD = 0.44$)
2. แรงสนับสนุนจากครอบครัว การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ต่ำ และต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.48$, 0.38 และ 0.23 ตามลำดับ, $p < .05$) และประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.64$, $p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่ออนิสิต.....นางลักษณ์ ธรรม.....
ปีการศึกษา.....2552..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....สุวีพร ธนศิลป์.....

5177569036: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SYMPTOM EXPERIENCES / PRACTICE RELATED TO RELIGIOUS ACTIVITIES /
FAMILY SUPPORT / FAMILY CAREGIVER'S CARING BEHAVIOR / QUALITY OF LIFE/
TERMINAL CANCER PATIENTS

NONGLUK SANSOM: SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF
TERMINAL CANCER PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN
THANASILP, D.N.S., 171 pp.

The purposes of this study were to examine the relationships between symptom experiences, practice related to religious activities, family support, family caregiver's caring behavior and quality of life of terminal cancer patients. One hundred and twenty terminal cancer patients and their family caregiver were selected from two settings: The Cancer Center of Mahavachilalongkorn, Tanyaburi Pathumthani Province, and Arokhayasala Wat Khampramong, Sakon Nakhon Province. Data were collected by using eight instruments: Demographic Data Recording Form, Quality of Life Questionnaire, Spiritual Well Being Scale, Memorial Symptom Assessment Scale, Practice Related to Religious Activities Questionnaire, Family Support Questionnaire, Family Caregiver's Caring Behavior Questionnaire. And Memorial Symptom Assessment Scale, Family Support Questionnaire, Family Caregiver's Caring Behavior Questionnaire and the Quality of Life Questionnaire were tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients for the scales were .89, .90, .93 and .87, respectively. Statistics techniques use for data analysis was Descriptive statistics, Pearson's Product moment coefficient.

Major finding of this study were as follows:

1. Quality of Life of terminal cancer patients was at the high level ($\bar{X} = 3.09$, $SD = 0.44$).
2. Family support, practice related to religious activities and family caregiver's caring behavior were significantly positive related to quality of life of terminal cancer patients at the moderate, low and low level ($r = 0.48$, 0.38 and 0.23 , respectively; $p < .05$). And symptom experiences was significantly negative related to quality of life of terminal cancer patients at the high level ($r = -0.64$; $p < .05$).

Field of Study :Nursing Science.....

Student's Signature :*Nongluk Sansom*.....

Academic Year :2009.....

Advisor's Signature :*Sureeporn Thanasilp*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสะดวกตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์อย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ผู้กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงแก่ พระอาจารย์ ดร.ปพนพัชร์ จิรธัมโม เจ้าอาวาสวัดคำประมง ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งและให้โอกาสผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ที่ดีอย่างยิ่งในชีวิต และ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณอย่างสูงแก่ผู้ปวยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา และขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ หอผู้ป่วยวิบูลย์ลักษณะ-ธนาคารไทยพาณิชย์ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราชทุกท่านที่เสียสละเวลาทำงานเพิ่มขึ้น ในระหว่างที่ผู้วิจัยลาศึกษาต่อ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา และขอบคุณพี่สาวผู้เป็นที่รักที่ได้ให้ความรู้และทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ รวมทั้งทำให้ผู้วิจัยได้เข้าใจตนเอง ผู้ซึ่งเป็นอีกแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สำเร็จ

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อรังสรรค์ คุณแม่พยอม สรรสม ผู้เป็นพระพรหมของลูกที่คอยให้ความรัก ความห่วงใย ให้อภัย และเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดมา รวมทั้งน้องสาวและหลานชายสุดที่รัก ตลอดจนถึงญาติมิตรทุกท่านที่มีได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษาแบบประคับประคอง.....	16
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลครอบครัว.....	20
แบบจำลองการจัดการกับอาการ.....	25
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	29
ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับ กิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	54

บทที่	หน้า
3	55
วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
4	72
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
5	90
สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
สรุปผลการวิจัย.....	91
อภิปรายผลการวิจัย.....	94
ข้อเสนอแนะ.....	104
รายการอ้างอิง.....	106
ภาคผนวก.....	118
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	119
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและ	
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	133
ภาคผนวก ง จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ	
วิจัย และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูลวิจัย.....	146
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	157
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	171

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่ง.....	57
2	แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม.....	66
3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามอายุ เพศ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน สิทธิการเบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาล.....	73
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามชนิดของโรคมะเร็ง ที่เป็น. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว.....	75
5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามการรักษาที่ได้รับที่ ผ่านมา การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน.....	77
6	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนก ตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทาง การเงิน ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงให้การดูแล ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย.....	79
7	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนก ตามกิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วย เหตุผลที่ต้องเป็นผู้ดูแล ผู้ช่วยผู้ดูแล แหล่ง ให้การช่วยเหลือดูแล.....	82
8	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย.....	84
9	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจาก อาการ.....	85
10	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรม ทางศาสนาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	85
11	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนจากครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย.....	86

ตารางที่		หน้า
12	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	87
13	ค่าสัมประสิทธิ์ความความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ แรงแ สนับสนุนจากครอบครัว การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	88
14	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของมะเร็งระยะสุดท้าย....	158
15	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	160
16	แสดงจำนวน ร้อยละของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย.....	161
17	แสดงจำนวน ร้อยละ ตามระดับความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน จากอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	163
18	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรม ทางศาสนาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	165
19	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงแสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายได้รับ.....	166
20	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	168

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	54



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถือเป็นอันดับ 1 ที่มีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งช่วง พ.ศ. 2546-2550 พบอัตราการตายคิดเป็น 78.9, 81.3, 81.4, 83.1 และ 84.9 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการตรวจเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 80 (ธีรภัทร อึ้งตระกูล, 2552) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการลุกลามของโรคหรืออยู่ในระยะสุดท้ายนี้เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้จะมุ่งเน้นการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิต (จอณพะจง เฟิงจาด, 2546; อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2547)

คุณภาพชีวิต มีความหมายและมีลักษณะเป็นนามธรรม การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลซึ่งหมายถึง ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติ หรือบางครั้งอาจใช้ความหมายเดียวกันกับความผาสุก (Aaronson, 1988 อ้างถึงใน มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนั้นจะมีระดับสูงต่ำตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของชีวิตขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลในช่วงเวลาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Peplau, 1994 อ้างถึงใน พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ, สมจิตต์ สีนุชชัย และสิรินาท ธรรมวิญญา, 2549) Cella (cite in Ferran, 2000 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์, 2546) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือ การรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคมและความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินของโรคตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการได้รับการรักษาที่เป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นและความตาย ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากอวัยวะต่างๆในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดความวิตกกังวล ด้านจิตวิญญาณจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกหวาดหวั่นจากการรักษาที่ได้รับกังวลในความไม่แน่นอนของชีวิต (Kemp, 1998 อ้างถึงใน บุญผาชอบใช้, 2536) นอกจากนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งยังมีผลกระทบด้านอารมณ์ที่ทำให้ผู้ป่วย

เศร้าหรือหงุดหงิดง่าย รวมทั้งผลกระทบด้านการทำหน้าที่ในสังคม เช่น การขาดงาน หรืออาจต้องลาออกจากงาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นต้องเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ โดยหลักในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวคือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้นการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย การดูแลในระยะนี้เป้าหมายไม่ใช่การรักษาให้หายจากโรคแต่เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยนั้นสุขสบาย และสามารถใช้ชีวิตประจำวันในช่วงเวลาสุดท้ายอย่างมีความสุขตามอัตภาพ เป็นการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความรัก ความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยนั้นยอมรับการตายและสามารถเผชิญความตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี (คณินิจ พงศ์ถาวรกมล, 2548; สุพัตรา แสงรุจิ, 2547; อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2550) ดังที่กล่าวมา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากผลของการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วยังช่วยในการประคับประคองจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วอีกด้วย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่มีความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ เนื่องจากอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากการที่อวัยวะต่างๆ ในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาจเป็นผลมาจากการดำเนินของโรคหรือผลข้างเคียงจากการรักษาโดยอาการที่พบ เช่น อาการปวด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน เพื่อ หายใจลำบาก เป็นต้น และในแต่ละอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะมีความถี่และความรุนแรงมากขึ้นในช่วงระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งเป็นผลให้รบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง (Esbensen, sterlind and Hallberg, 2006; Kwon, Yun, Lee et al., 2006; Mc Millan and Small., 2002) จากสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังที่กล่าวมาเป็นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้ชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายอยู่ที่บ้านกับครอบครัว ซึ่งการกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวนั้นถือว่าเป็นข้อดี คือ ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ผู้ดูแลสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมได้ตรงตามเจตจำนงของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวที่ตนรักญาติๆมีเวลาดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้มากขึ้นรวมถึงมีความยืดหยุ่นของเวลา ผู้ป่วยและญาติ

สามารถดำเนินพิธีกรรมตามวัฒนธรรมท้องถิ่นได้เต็มที่ ครอบครัวของผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อยๆ เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งเป็นการเสียเวลาและค่าใช้จ่าย อีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านนั้นยังทำให้ได้มีโอกาสปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือจัดการสิ่งต่างๆ ก่อนจากไป และนอกจากนี้ยังทำให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้มากขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อทางราชการที่ไม่ต้องเพิ่มเตียงหรือเพิ่มโรงพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550 อ้างถึงใน สุมาลี ศรีกำเนิด, 2552) ซึ่งจากสถิติจำนวนวันนอนของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย คือ 7 วัน และจากสถิติจำนวนวันนอนเฉลี่ยของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย คือ 9 วัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นต้องใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวทำให้ผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย คือ สมาชิกในครอบครัวที่ใช้เวลาในการดูแลและการจัดการกับอาการต่างๆ ของผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 12-24 ชั่วโมงต่อวัน (Andershed, 2006; Conill, Verger, Henrriquez et al., 1997; Lin and Tsao, 2004; สถาพร ลีลาเนนทิกิจ, 2543) ซึ่งมีการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Tse Man Wah, 2007) นอกจากนั้นแรงสนับสนุนจากครอบครัวยังเป็นสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ดั่งการศึกษาของ Thanasil and Kongsaktrakul (2005) ที่ศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนจากสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ ร้อยละ 8 ซึ่งแรงสนับสนุนจากครอบครัวนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนจากสังคม และอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยเอง เช่น การทำบุญ การสวดมนต์ หรือทำสมาธิ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีจิตใจสบาย สงบและทุกข์ทรมานน้อยลง และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานั้นทำให้ผู้ป่วยมองชีวิตและความตายเป็นสังขารซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552)

ดังที่กล่าวมา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะหากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองของความต้องการในมิติต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นมิติทางร่างกายที่ปราศจากอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล หวาดกลัวในอาการที่เกิดขึ้นทางกายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวหรือสังคม ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ท้อแท้และสิ้นหวัง ผลกระทบเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วย

ไม่สามารถที่จะยอมรับและเตรียมตัวเผชิญกับความตายของตนเองได้อย่างสงบ ดังนั้นผู้วิจัยจึง ทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า มีการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายในองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณเพียงมิติเดียว แต่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีนั้นควรเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ให้ครอบคลุมทุกมิติ และควรเป็นการดูแลร่วมกับการประเมินคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วย มะเร็งนั้นควรเป็นการประเมินเกี่ยวกับการจัดการอาการ การทำหน้าทีและทำกิจกรรมต่างๆของ ผู้ป่วย (Kuyken et al, 1940; Cella, 1991 อ้างถึงใน พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ, สมจิตต์ สิ้นรัชช และ สิรินาถ ธรรมวิญญา, 2549) ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในการะ สุดท้ายของชีวิต

ดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ถือเป็น สิ่งที่มีความสำคัญ เพราะเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ไม่ใช่การรักษาเพื่อให้ หายจากโรค แต่เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย การดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขแม้มีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษา ไม่หาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขภายใต้ ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของตน สามารถที่จะยอมรับและเตรียมตัวเผชิญกับความตายของ ตนเองได้อย่างสงบ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการ พยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่าง เหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการ ดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al.(2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งกรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการอาการนั้น ประกอบด้วย 3 มิโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของอาการ โดยทั้ง 3 มิโนทัศน์หลักนั้นมีความสัมพันธ์กันและกัน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านบุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อมิโนทัศน์หลักของกรอบแนวคิด ดังนี้

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ประกอบด้วย การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ การรับรู้ต่ออาการจะนำไปสู่การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่แตกต่างไปจากสิ่งที่ตนรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินอาการและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ การคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรมและพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความเข้าใจในองค์ประกอบของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพภายในมิโนทัศน์ของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ประกอบด้วยมิโนทัศน์ย่อย ได้แก่ การรับรู้ อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยทั้ง 3 มิโนทัศน์ย่อยจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

วิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับความต้องการ ระยะเวลาและการตอบสนอง การยอมรับของแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อขจัดปัญหาหรือชะลอผลของการเกิดอาการ เริ่มจากการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เป็นการระบุปัญหาและวางเป้าหมายสำหรับการวางแผนหรือหาวิธีการที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีการบรรเทาอาการที่ใช้คืออะไร จัดการเมื่อไร ที่ไหน ทำไม่ อย่างไร และจัดการโดยวิธีการใด

ผลลัพธ์ของอาการ (Symptom outcomes) เป็นผลมาจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และวิธีการจัดการอาการ ซึ่งผลลัพธ์ของอาการที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการที่สำคัญ มี 8 ปัจจัยได้แก่ 1) สภาพอาการ 2) การทำหน้าที่ของร่างกาย 3) สภาพอารมณ์ 4) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 5) การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน 6) อัตราตาย 7) คุณภาพชีวิต 8) การดูแลตนเอง โดยผลของการจัดการกับอาการทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน

ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ลักษณะบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น ลักษณะทางจิตใจลักษณะทางสังคม และลักษณะทางสรีรวิทยา ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สภาพทางสุขภาพ โรคอุบัติเหตุและการไร้ความสามารถหรือพิการ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บริเวณรอบบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล เป็นต้น 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น 3) ลักษณะทางวัฒนธรรมของสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อ การให้คุณค่าและการปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะ/พิเศษ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ การเจ็บป่วยและมีผลต่อการตัดสินใจเลือกหรือตัดสินใจในการรักษา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยตามตัวแปรที่ศึกษาตามกรอบแนวคิดของ Dodd et al.(2001) พบว่า

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ในการศึกษานี้ ถือเป็นในส่วนของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al.(2001) ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยศึกษาการรับรู้อาการด้านการมีอาการในแต่ละอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การประเมินอาการนั้นทำการศึกษาจากการประเมินในแต่ละอาการที่เกิดขึ้นด้านความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนการตอบสนองต่ออาการนั้นในการศึกษานี้จะทำการศึกษาในการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้นด้านความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีอาการที่พบได้โดยเฉลี่ย 10-13 อาการ (Kwon et al., 2006) โดยในอาการที่พบบั้นอาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อย แต่อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็น

สิ่งที่ทุกขั้วทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยคุณภาพชีวิตต่ำ คือ อาการเหนื่อยล้าที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นต้องมาพบแพทย์มากกว่าอาการอื่นๆ ในประเทศไทยพบการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่ศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณซึ่งเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ถือเป็นวิธีการจัดการกับอาการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al.(2001) โดยการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายเพื่อขจัดปัญหา หรือชะลอผลของการเกิดอาการที่เป็นวิธีการจัดการกับอาการโดยตัวผู้ป่วยเอง ในภาวะที่ผู้ป่วยนั้นเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค การจัดการอาการโดยวิธีนี้ถือเป็นการกระทำเพื่อขจัดปัญหา หรือชะลอผลที่อาจเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เช่น การให้ทาน รักษาศีล หรือการสวดมนต์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกจิตใจสบาย สงบ ทุกข์ทรมานน้อยลง มองชีวิตและความตายเป็นสัจธรรมซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552)

แรงสนับสนุนจากครอบครัว ถือเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al.(2001) โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัว คือ การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวทั้งความรัก ความห่วงใย การช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือการเงิน รวมทั้งข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงสนับสนุนจากสังคมโดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นแรงสนับสนุนจากสังคมหน่วยที่เล็กที่สุดที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับนั้นมาจากบุคคลผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตรหลาน เครือญาติและผู้ที่มีผู้ป่วยมีความผูกพันใกล้ชิดที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับความรัก เป็นผู้ที่มีความค่าและมีความหมายทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว จัดเป็นการดูแลตนเอง(Self care) ซึ่งอยู่ในแนวคิดผลลัพธ์ของอาการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al.(2001) เนื่องจากการศึกษานี้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นสูง การดำรงชีวิตประจำวัน

ของผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นถือเป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เพราะการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลในครอบครัวเป็นการดูแลที่เกิดจากความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัว (Conill et al., 1997; Esbensen et al., 2006; นุจรินทร์ ลภณฑกุล, 2543) ที่เป็นผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยกำหนดสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
4. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆของร่างกาย หรือได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่มีเป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาด่วนในศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร และศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จำนวน 240 คน (ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 120 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 120 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านความพึงพอใจและความผาสุกที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้ง ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความรู้สึกหรือความพึงพอใจในความสามารถต่อการทำหน้าที่ของตนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ

ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึก หรือการรับรู้ด้านความแข็งแรงของร่างกาย และอาการที่เกิดทางกายของตัวผู้ป่วยเอง

ความผาสุกด้านสังคม / ครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลหรือกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

ความผาสุกอารมณ์/จิตใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ความหวัง หรือ ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของตน

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ หรือ ความสามารถในการยอมรับของตัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึก หรือการรับรู้ที่ชีวิตตนมีความสุข มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองชีวิตตนมีคุณค่าและมีความพึงพอใจในชีวิตตนเองที่ตนสามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความรู้สึกเป็นสุขสงบจากการมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการศึกษานี้ใช้แบบประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G: Thai Version ที่ครอบคลุมความผาสุก 4 ด้าน คือ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกับการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณตามหลักแนวคิดของ Palouzion and Eillison (1982)

โดยการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนี้ คิดเป็นคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตดี

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย หรือมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายเป็นการรับรู้สิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็ง Memorial Symptom Assessment Scale ของ Portenoid et al.(1994) โดยมีรายละเอียดแต่ละส่วนดังนี้

ความถี่ของอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้และประเมินว่าอาการนั้นเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดในรอบ 7 วันที่ผ่านมา

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้และประเมินว่าอาการนั้นมีความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใดในรอบ 7 วันที่ผ่านมา

ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้และประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยในรอบ 7 วันที่ผ่านมา

การคิดคะแนนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการคิดเป็นโดยรวม หากคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการมาก

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่มีอาการหรืออาการแสดงว่า เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย หรือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่มีเป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

ผู้ดูแลในครอบครัว คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นเป็นประจำ โดยเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือ บทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา บุตรหรือเครือญาติที่ผู้ป่วยมีความผูกพันใกล้ชิดเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการแก่ผู้ป่วยโดยไม่รับค่าตอบแทน

การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข ประกอบด้วย การให้ทาน รักษาศีล และการปฏิบัติสมาธิ หรือสวดมนต์เพื่อให้จิตสงบ

ประเมินจากแบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาที่พัฒนาโดย วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) คะแนนรวมมาก หมายถึง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง

แรงสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความจริงใจ การยกย่อง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความผูกพันใกล้ชิด เป็นการยืนยันที่ทำให้มั่นใจว่าตนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีความรู้สึกว่าคุณสามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่นได้ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและบริการ คือ การได้รับการช่วยเหลือโดยตรงที่จำเป็น เช่น ด้านการเงิน วัตถุสิ่งของ สภาพแวดล้อม การดูแลและบริการ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับคำแนะนำหรือเสนอแนะเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตน เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้แก้ปัญหาที่ตนเผชิญอยู่ได้ ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนมีคุณค่ามีกำลังใจและรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สำหรับการประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัวนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) เป็นข้อคำถาม 20 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก

พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง การกระทำ หรือ การแสดงออกที่มีต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลในครอบครัวครอบคลุมพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 10 ด้าน ได้แก่

1.การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงออกซึ่งความรัก ความเอื้อเฟื้อ ความเอ็นดู เอาใจใส่ สนใจให้การดูแลให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างรางวัลแต่อย่างใด

2.การให้กำลังใจและให้ความหวัง หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลให้กำลังใจชมเชย แสดงความชื่นชมทั้งท่าทีและคำพูด ได้แก่ การยกย่อง ชมเชย และให้การดูแลอย่างกระตือรือร้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เป็นไปในทางที่ดีของตนเอง

3. การสังเกตและตอบสนองความต้องการได้อย่างทันที่ซึ่งหมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลสังเกตปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์

4. การสร้างสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงต่อผู้ป่วยอย่างเป็นธรรมชาติ มีความสม่ำเสมอและเป็นตัวของตัวเอง มีความเอาอกเอาใจเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายไม่มีความขัดแย้งกันระหว่างความรู้สึกและพฤติกรรม การแสดงออก

5. การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงออกถึง ความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้นมีความหมาย และมีความต้องการบางอย่างโดยไม่ด่วนสรุปหรือตัดสินปัญหานั้น ๆ

6. การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลค้นหาสาเหตุของปัญหา หรือพฤติกรรมและอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย

7. การชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลตนเองตามศักยภาพ

8. การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมโดยการสร้างบรรยากาศภายในบ้านให้ผู้ป่วยมีความเป็นอยู่ที่ดี และรู้สึกปลอดภัย

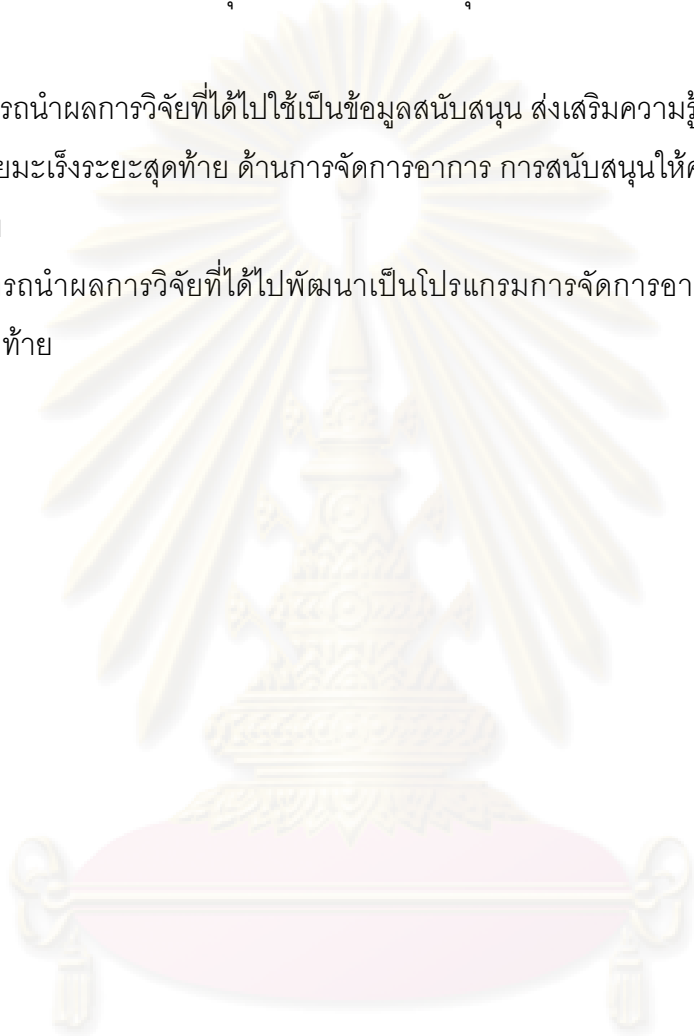
9. การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และความ ต้องการด้านจิตสังคม

10. การสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วย หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาปรึกษาให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การอยู่อย่างมีความหมายและเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่

โดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อความจากงานวิจัยของ ศศิมา วัฒนา (2548) คิดคะแนนโดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมมากที่สุด

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายอย่างมีความสุข และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ
2. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุน ส่งเสริมความรู้ ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการจัดการอาการ การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษา

1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.2 การดูแลแบบประคับประคอง

1.3 สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัว

2.1 บทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3. แบบจำลองการจัดการกับอาการ

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

4.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

5. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนของครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.1.1 อาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.1.2 แบบประเมินกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็ง

5.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.2.1 ความหมายการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา

5.2.2 แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา

5.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.3.1 ความหมายของแรงสนับสนุนของครอบครัว

5.3.2 แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว

5.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.4.1 ความหมายของผู้ดูแล

5.4.2 ความหมาย พฤติกรรมการดูแล

5.4.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว

5.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษา

1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คณะกรรมการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (2538) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพลุกลามมากเกินกว่าที่จะบำบัดรักษา การดูแลรักษามีได้อยู่ที่ความพยายามที่จะยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนาน แต่เป็นการรักษาแบบประคับประคองและบรรเทาอาการที่ผู้ป่วยมีโดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวด

วันดี โภคะกุล (2543) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าหมายถึง ผู้ป่วยที่หมดโอกาสที่จะหายจากโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใดๆ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคและมีภาวะสุขภาพดังเดิม แต่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีศักดิ์ศรี ใช้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีคุณค่าที่สุด ได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก อบอุ่น หลุดพ้นจากความเครียด ความวิตกกังวลและความเจ็บป่วย

สันต์ หัตถิรัตน์ (2546) กล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย หมายถึง ผู้ที่เจ็บหนักมีอาการรุนแรง ร้ายแรงอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หหมดหวังในการรักษาหรือมีอาการแสดงต่างๆที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่อวัยวะจำเป็นแก่การดำรงชีวิตถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดหรือไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2547) ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใดๆต่อไปอีก นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงวาระสุดท้าย

Kwon et al.(2006) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ ด้วยวิธีการรักษา เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด หรือ ยาฮอร์โมน

โดยสรุปความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่มีอาการหรืออาการแสดงว่า เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆของร่างกาย หรือได้รับการวินิจฉัยว่า เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่มีเป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

1.2 การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พัฒนามาจากแนวคิดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายอย่างสมศักดิ์ศรีมนุษย์ ประเทศที่มีวัฒนธรรม ตะวันตก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศต่างๆในยุโรป แคนาดาและออสเตรเลีย ได้พัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้มาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ ค.ศ.1960 ที่รู้จักกันในรูปแบบของ Hospice care เนื่องจากประชากรกลุ่มสูงอายุนับวันมีมากขึ้น ประชากรกลุ่มนี้มีปัญหา การเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพหลายประการ ประกอบกับการเจ็บป่วยในปัจจุบันของ ประชากรส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคหัวใจ มะเร็ง เส้นเลือดในสมองแตก โรคถุงลมโป่งพองและโรค สมองเสื่อม ดังที่กล่าวมาล้วนเป็นโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาว ซึ่งทาง รัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาจำเป็นต้องปรับปรุงระบบการบริการด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อประหยัด งบประมาณที่ไม่จำเป็นในการรักษาที่ไร้ประโยชน์ในระยะสุดท้ายของชีวิต แนวคิดเรื่องการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในประเทศต่างๆทั่วโลก

คำว่า Palliative Care มีผู้ให้คำจำกัดความไว้ตั้งแต่ศตวรรษที่ 16 “to clock, conceal, alleviate, disguise the enormity or offensiveness of” ต่อมาก็มีผู้ให้คำจำกัดความที่จำเพาะ เจาะจงเพื่อบรรเทาอาการมากกว่าจะเน้นการรักษาให้หาย ในปี ค.ศ.1975 Dr. Balfour Mount เป็นบุคคลแรกที่ประกาศอย่างเป็นทางการในการใช้รูปแบบบริการอย่างประคับประคอง ณ The Royal Victoria Hospital at McGill University in Montreal ประเทศแคนาดา เพื่อให้พหุสาขา วิชาชีพได้ใช้ความรู้และความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติ และเริ่มมี การส่งเสริมการศึกษาและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดและอาการอื่นๆ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อ บรรเทาอาการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงตนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ มุ่งหวังเรื่องการรักษาให้หายจากโรค อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้สามารถประยุกต์ใช้กับการรักษา โรคอื่นๆที่รักษาให้หายขาดได้ ปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ประกาศโดย องค์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก (The Last Acts Palliative Care Task Force, the National Hospice and Palliative Care Organization, and the World Health Organization) มีสาระสำคัญที่พอสรุปได้ดังนี้

1. ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆที่เป็นปัญหา
2. ระลึกว่าความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นธรรมชาติ

3. ตระหนักว่าภาวะใกล้ตาย (dying process) เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทของครอบครัว

4. ส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Quality of life) และให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic approach) ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

5. ใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพ (Interdisciplinary team) เพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ และให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติ และควรให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติ ภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

6. ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ไม่ทำให้การตายเกิดขึ้นเร็ว (hasten death) หรือชะลอเวลาออกไป (postpones death)

7. เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตพร้อมกับศึกษา/วิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค

8. ช่วยให้การดูแลแบบประคับประคอง และส่งเสริม / สนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (วิรัช วุฒิภูมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และสิรินทร์ ศาสตราภรณ์, 2542; จอนพะจง เพ็งจาด, 2547 อ้างถึงใน จิตติมา โพธิ์ศรี, 2550)

การดูแลแบบประคับประคองสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสถานที่ ไม่จำกัดอยู่เฉพาะในสถานพยาบาลโดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยระยะประคับประคองได้รับการดูแลที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ โดยได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลในสถานพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงขึ้นหรือมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อควบคุมอาการ การให้การดูแลอย่างต่อเนื่องควรมีการติดตามให้ดูแลผู้ป่วยในทุกที่ไม่ว่าจะเป็นบ้านและสถานพยาบาลดังนี้

บ้าน การดูแลที่ที่บ้านเป็นที่ดูแลเน้นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้านของบุคลากรทางการแพทย์ อาจเป็นพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์หรืออาสาสมัคร เพื่อเป็นการประเมินอาการให้การพยาบาลที่จำเป็นรวมทั้งให้การสนับสนุนครอบครัวที่มีความพร้อมหรือครอบครัวที่ได้รับการเตรียมความพร้อม และได้รับการสนับสนุนจากทีมการดูแลจะทำให้การดูแลได้สนองความต้องการของผู้ป่วยแท้จริง

สถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Long-term Care Setting) สถานพยาบาลที่ให้ลักษณะนี้เพิ่งเริ่มเกิดขึ้นในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นบริการที่เกิดขึ้นในสถานบริการของเอกชนในรูปแบบ Nursing home ส่วนในสถานบริการสุขภาพของรัฐยังไม่เกิดสถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เต็มรูปแบบ

ซึ่งที่มีอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้ หรือขาดผู้ดูแลก็จะรับไว้ในตึกรักษาพยาบาลรวมกับผู้ป่วยอื่นๆ

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Residences) เป็นบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี สำหรับในประเทศแถบตะวันตกนั้น Hospice care จัดเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม บรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจโดยทีมงานที่มีความรู้และประสบการณ์ อำนวยความสะดวกด้านสิ่งแวดล้อม และการตอบสนองที่ดีทางด้านจิตวิญญาณ ตามที่ผู้ป่วยต้องการและให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบเป็นไปตามธรรมชาติมีเกียรติและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยอย่างดีในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนถึงแก่กรรม เพื่อบรรเทาความโศกเศร้าจากการสูญเสียผู้ป่วย (รวี เดือนดาว, 2547) สำหรับในประเทศไทยสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีที่ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี และ วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีแนวคิดในการไม่เก็บค่ารักษาใดๆกับผู้ป่วย และมีการรักษา ร่วมกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นต้น โดยที่ไม่ได้ปิดกั้นการรักษาแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีพระภิกษุเป็นผู้นำทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งถือเป็นสถานที่ที่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552)

โรงพยาบาล (Hospital Setting) เป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การรับผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าไว้ในโรงพยาบาล นอกจากจะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์แล้วต้องได้รับความเห็นชอบของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย สำหรับในประเทศไทยก็มีหน่วยงานที่จัดให้บริการตามรูปแบบ Hospice care ในโรงพยาบาล โดยกรมการแพทย์กำหนดให้ศูนย์มะเร็งทุกศูนย์มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกำหนดจำนวนเตียงที่แตกต่างกันตามความจำเป็นและตามจำนวนสถิติผู้ป่วย โดยที่ศูนย์มะเร็งจะต้องเป็นศูนย์ที่คอยรับส่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ แต่ในบางระยะจะมีข้อบ่งชี้ในการให้การฉายรังสี หรือเคมีบำบัดตามอาการ หรือการให้สารกัมมันตรังสี เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยศูนย์มะเร็งเหล่านี้จะรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล และเมื่อให้บริการแล้วเสร็จก็จะส่งผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาตามอาการยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือให้กลับบ้านของตนเอง เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวของตนเอง (ธนเดช สินธุเสก, 2549 อ้างถึงใน สุมาลี ศรีกำเนิด, 2552)

2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ลักษณะงานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นงานที่มีความละเอียดอ่อนและมีปัญหาซับซ้อน พยาบาลจึงต้องมีทัศนคติทางบวกต่อความตาย ต้องเข้าใจว่าความตาย คือ กระบวนการตามธรรมชาติของชีวิตรวมทั้งต้องเข้าใจในพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เข้าใจในหลักจริยธรรมพื้นฐานร่วมกับหลักคุณธรรมที่จะช่วยให้พยาบาลมีกรอบแนวคิด วิจารณ์ญาณและมีเหตุผลเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548)

2.1 บทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547)

2.1.1 พยาบาลต้องตระหนักว่าชีวิตมนุษย์มีคุณค่าและมีความหมายมาก การปฏิบัติการพยาบาลจึงควรกระทำด้วยความเคารพในชีวิตและศักดิ์ศรีมนุษย์เสมอ

2.1.2 พยาบาลต้องระลึกอยู่เสมอว่าเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยให้มากที่สุด ทุกกิจกรรมของพยาบาลต้องเกิดประโยชน์สูงสุดและเกิดโทษ (เจ็บปวดน้อยที่สุดแก่ผู้ป่วย)

2.1.3 พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยคุณภาพการดูแลแบบเดียวกันกับที่พยาบาลตั้งใจจะปฏิบัติต่อบุคคลที่ตนรักหรือญาติของตนเอง

2.1.4 เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด และญาติควรได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น เช่น อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การดำเนินของโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นระยะๆ

2.1.5 ให้ความร่วมมือกับญาติผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยต้องการพบพระสงฆ์ บาทหลวง ผู้นำศาสนาหรือต้องการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมและเป็นส่วนตัว

2.1.6 การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ พยาบาลต้องมีความหมายของวิชาชีพอย่างชัดเจน คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับคุณภาพการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย การให้เกียรติและการยอมรับระหว่างวิชาชีพและช่วยลดความขัดแย้งในการทำงานลงได้มาก

2.1.7 จัดระบบความสำคัญของปัญหาร่วมกัน วางแผนงานว่าปัญหาใดควรกระทำก่อน-หลัง

2.1.8 มีการประชุมเพื่อให้คำแนะนำปรึกษาและให้กำลังใจกัน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน ให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสระบายความรู้สึกเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

2.1.9 ตั้งเป้าหมายการทำงานของตนเองให้มีความชัดเจน อย่าคาดหวังในสิ่งที่ไม่สามารถจะทำได้ เรียนรู้และทำในสิ่งที่ทำได้ และมีความสามารถอุทิศตนให้กับงาน แต่ต้องประเมินข้อจำกัดของตนเอง อย่าลืมนัดที่จะส่งต่อผู้ปวยให้อยู่ในความดูแลของผู้ร่วมวิชาชีพอื่นหรือหยุดพักไปสักระยะหนึ่ง

2.1.10 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับผู้อื่นไม่เป็นทางการ และหาโอกาสเข้าร่วมวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์อภิปรายปัญหาในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ผู้ปวยตายอย่างกะทันหัน การเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบากเพื่อการช่วยเหลือผู้ปวยบางรายอาจทำให้พยาบาลอ่อนแอทั้งร่างกายและจิตใจจะก่อให้เกิดอาการท้อแท้ และหมดกำลังใจได้ง่าย การได้รับคำปรึกษาจากจิตแพทย์ก็จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจกลไกทางจิตของตนเองและเกิดการพัฒนาด้านความคิด

2.1.11 ตั้งเป้าหมายในชีวิตส่วนตัวและเป้าหมายในชีวิตการทำงาน คิดอย่างสร้างสรรค์และก้าวไปตามเป้าหมายนั้นจะช่วยให้อยู่ในวิชาชีพได้ดี

2.1.12 ดูแลสุขภาพตนเอง หมั่นออกกำลังกาย หาวีธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆสร้างความแข็งแกร่งให้จิตวิญญาณด้วยวิธีที่หลากหลาย พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดและมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ปวยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องตอบสนองความต้องการของผู้ปวยให้ครบองค์รวมจึงจะช่วยให้ผู้ปวยมะเร็งระยะสุดท้ายพบกับความสุขและช่วยให้ผู้ปวยตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี พยาบาลจำเป็นที่จะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทุ่มเทกำลังใจและความตั้งใจในการดูแลผู้ปวยและญาติ งานบริการของพยาบาลจึงมีความแตกต่างจากการบริการอื่นๆ พยาบาลจำนวนไม่น้อยที่คิดว่าพยาบาลเป็นงานที่ได้เรียนรู้สัจธรรมของชีวิตจากเพื่อนมนุษย์สักวันหนึ่งพยาบาลก็ต้องเผชิญกับความเจ็บปวย การสูญเสีย การตาย เช่นเดียวกับผู้ปวยและพยาบาลก็ปรารถนาที่จะได้รับการดูแลเพื่อให้การตายของตนเองนั้นเป็นการตายที่สงบและปราศจากความเจ็บปวดเช่นเดียวกับผู้ปวยและญาติ

2.2 บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (กิตติกร นิลมานัต, 2548)

2.2.1 พยาบาลในฐานะผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแหล่งประโยชน์ (Nurse as an information provider) การรับทราบเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แผนการรักษาในอนาคต สิ่งที่สามารถคาดหวังได้รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกควบคุมต่อเหตุการณ์ สามารถวางแผนอนาคตได้และช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้แม้ว่าพยาบาลอาจไม่ใช่บุคคลแรกที่จะแจ้ง “ข่าวร้าย” แก่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่โดยทั่วไปพยาบาลจะเป็นผู้ที่อยู่เคียงข้างและใช้เวลาการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าบุคลากรอื่นๆ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งประโยชน์อื่นๆ อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลไม่ได้หมายความถึง “การบอก” สิ่งซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องทราบเท่านั้น การถ่ายทอดสารหรือข้อมูลเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง ซึ่งสิ่งซึ่งต้องพิจารณา ได้แก่ เนื้อหาของข้อมูลที่จะให้วิธีการที่จะใช้ถ่ายทอดข้อมูล บุคคลผู้ให้และบุคคลผู้รับข้อมูล นอกจากนี้พยาบาลจะต้องคำนึงถึงบริบทด้านเวลาและสถานที่เมื่อต้องการให้ข้อมูล โดยทั่วไปพยาบาลควรประเมินการรับรู้สถานการณ์และความต้องการข้อมูลของครอบครัวก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง และมีความไวถึงสิ่งซึ่งครอบครัวพยายามสื่อสารออกมาทั้งทางคำพูดและหรือท่าทางรวมทั้งทำความเข้าใจใน “สาร(Message)” ที่ครอบครัวสื่อให้พยาบาลรับทราบ โดยพยาบาลต้องตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ถ่ายทอดให้หรือได้รับจากครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากในบางสถานการณ์ครอบครัวอาจจะตกอยู่ในภาวะช็อก ตกใจ ทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลน้อยลง พยาบาลควรให้ข้อมูลและ/หรืออธิบายสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ และควรสอบถามข้อสงสัยที่อาจเกิดขึ้นจากครอบครัวทุกครั้งเมื่อสิ้นสุดการให้ข้อมูล

2.2.2 พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (Nurse as a cater) ในที่นี้หมายถึง การให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จากบททวนความต้องการของครอบครัวข้างต้นจะเห็นได้ว่าครอบครัวให้ความสำคัญกับการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการอื่นๆอย่างดีที่สุด พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุดและช่วยจัดการควบคุมกับอาการต่างๆให้ลดลงมากที่สุด รวมทั้งให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวคลายความกังวล ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตของครอบครัว ผลจากการมีภาวะความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจากการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและยาวนานอาจมีผลทำให้ผู้ให้การดูแลหลัก หรือ สมาชิกครอบครัวอื่นๆมีปัญหา

สุขภาพพยาบาลต้องให้ความเอาใจใส่ดูแลภาวะสุขภาพของครอบครัว ทั้งในลักษณะรายบุคคล และทั้งระบบ สำหรับการดูแลครอบครัวพยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล เช่นเดียวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วย

2.2.3 พยาบาลในฐานะผู้ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพอื่นและ/หรือหน่วยงานอื่น (Nurse as a care co-ordinator) ขณะที่ครอบครัวเห็นว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ความยากลำบากในการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพและระหว่างบุคลากรสุขภาพด้วยกัน ทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการพยากรณ์ของโรคและความเจ็บป่วยรวมทั้งข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยซึ่งครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการเหล่านี้สูง ดังนั้น พยาบาลควรเป็นสื่อกลางระหว่างครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพและ/หรือหน่วยงานอื่นๆ นอกจากนี้ในกรณีที่มีการขัดแย้งด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาดูแลผู้ป่วยภายในครอบครัว หรือ กรณีที่ช่องว่างในการสื่อสารภายในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวรู้สึกลำบากใจที่จะพูดความจริงที่เจ็บปวดต่อกัน พยาบาลอาจประสานงานให้มีการประชุมระหว่างครอบครัวและผู้รักษา หรือหาโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสได้พูดคุยกัน (Family meeting) เพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและเพื่อคลายเครียดอดัดใจหรือความขัดแย้งภายในครอบครัว

2.2.4 พยาบาลในฐานะผู้ฟัง (Nurse as an active listener) ในภาวะที่ครอบครัวต้องเผชิญกับความตึงเครียดจากการดูแล การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความทุกข์และความตึงเครียด พยาบาลอาจใช้ทักษะการสื่อสารทั้งที่เป็นคำพูด โดยการใช้เทคนิคสะท้อนคิดหรือการสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น การพยักหน้ารับฟัง สบตา หรือการสัมผัส เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ว่ายพยาบาลให้ความสนใจรับฟังเรื่องราวความทุกข์ของครอบครัวและไม่ใช้ทัศนคติ หรือความเชื่อของพยาบาลไปประเมินตัดสินในเรื่องที่ครอบครัวเล่าให้ฟังจะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกคลายความทุกข์ใจลงได้ระดับหนึ่ง การเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของครอบครัว เชื่อว่าจะช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสได้พิจารณาความเป็นไปของชีวิตและค้นหาความหมายของชีวิต ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การฟังเป็นส่วนหนึ่งของการเยียวยาทางจิตวิญญาณแก่ครอบครัว

2.2.5 พยาบาลในฐานะผู้สนับสนุน (Nurse as a supporter) พยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและให้ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหรือสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ครอบครัวอาจไม่มีความมั่นใจในการ

ดูแลหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการสาธิตวิธีการทำหัตถการต่างๆแก่ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตการให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยหรือช่วยในการอาบน้ำศพ เชื่อว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวยอมรับในความสูญเสียและความตายที่เกิดขึ้น

2.2.6 พยาบาลในฐานะผู้จัดการสิ่งแวดล้อม (Nurse as environment facilitator) พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเยียวยาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการสร้างบรรยากาศของการดูแลบนพื้นฐานของความไว้วางใจและอบอุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสุขใจ การอยู่เป็นเพื่อนในยามที่ครอบครัวรู้สึกทุกข์ใจ เพื่อไม่ให้ครอบครัวรู้สึกโดดเดี่ยวและเมื่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วยใกล้มาถึง พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบและเป็นส่วนตัว อาจปฏิบัติโดยการกั้นม่านและให้ครอบครัวได้มีโอกาสในการกล่าวลาซึ่งกันและกัน รวมทั้งการอนุญาตให้ครอบครัวได้ทำพิธีตามความเชื่อทางศาสนา

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัว ดังที่ได้กล่าวมานั้น ในการวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลที่สนับสนุนบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัวได้ โดยสรุปดังนี้

1. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการวิจัยนี้สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวในฐานะผู้ให้การดูแล (Nurse as a carer) โดยการมุ่งให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้านการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและอาการอื่นๆอย่างดีที่สุด การดูแลที่ให้ความสำคัญและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุด การช่วยจัดการควบคุมกับอาการต่างๆให้ลดลงมากที่สุดรวมทั้งเป็นการให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวคลายความกังวลใจและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในครอบครัว

2. การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การทำบุญ ไส้บาตร ให้ทาน รักษาศีลของผู้ป่วย

มะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้จัดการสิ่งแวดล้อม (Nurse as environment facilitator) ที่ส่งเสริมการเยียวยาด้านจิตใจและจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศที่เอื้ออำนวยแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เช่น การนิมนต์พระมารับบิณฑบาต การจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยสามารถถวายสังฆทาน หรือรับฟังพระสวดหรือเทศน์นั้น การดูแลที่พยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ถือเป็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณซึ่งเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต

3. การศึกษาแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับและศึกษาพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว การวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับด้านการช่วยเหลือ ด้วยวัตถุประสงค์ของหรือเงินทอง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะด้านการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงศึกษาพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวตามที่คุณดูแลได้ปฏิบัติขณะให้การดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยเองเพื่อเป็นการประเมินว่าสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลแก่ผู้ป่วยนั้น ตามการรับรู้การดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ซึ่งในการศึกษานี้สอดคล้องกับบทบาทพยาบาลในฐานะผู้สนับสนุน (Nurse as a supporter) คือ สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นรวมถึงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหรือสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งผลที่เกิดจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคนที่มีคุณค่า มีความหมายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3. แบบจำลองการจัดการกับอาการ

แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไปรับการรักษา ซึ่งอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุ เช่น แนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้น จึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วย ตามแนวคิดการจัดการกับอาการ อาการเป็น

ประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial function) (Harver and Mahler, 1990 cited in Dodd et al., 2001) แบบจำลองนี้เป็นการประเมินสถานะของโรคและพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการทั้งอาการและอาการแสดง เป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการรักษาโดยผู้ปวยควรจะได้รับ การสอนเรื่องความสำคัญของอาการและทำให้ค่อยๆเข้าใจในอาการของตน สามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001) ดังรายละเอียด

3.1 ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง (Severity) สาเหตุ(Cause) ภาวะคุกคาม(Treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพใน มโนทัศน์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทาง ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง บุคคลนั้นก็ จะรับรู้ความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้น

3.1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดี แปลความผ่านกระบวนการคิดริ้วของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือปฏิบัติ (Larson et al., 1996)

3.1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) การประเมินอาการจะมีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งรวมถึงความรุนแรง ตำแหน่ง เป็นครั้งคราวหรือเป็นเรื้อรัง ความบ่อยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพมากกว่าพวกที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001)

3.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางร่างกาย(Physiologic) จิตใจ(Psychologic) วัฒนธรรมสังคม (Socioculture) และพฤติกรรม(Behavioral component) โดยการตอบสนองต่ออาการทางร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ปรากฏออกมา เช่น ใจสั่น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางด้านร่างกายต่ออาการรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก โดยผู้ป่วยประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามอาจจะมีการตอบสนองโดยการเพิ่มการหายใจซึ่งจะเพิ่มการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางส่งผลให้มีการรับรู้อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ของภาวะคุกคามและการตอบสนองต่ออาการด้านร่างกาย อาจ จะกระตุ้นให้มีการตอบสนองด้านลบของร่างกายด้านอื่นๆ การตอบสนองทางด้านจิตใจสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบวนการคิดหรือทัศนวิสัย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความตั้งใจลดลง การตอบสนองทางด้านพฤติกรรมเป็นการแสดงความรู้สึกที่มีต่ออาการของโรค รวมทั้งการพูดและการสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น การร้องไห้ หรือการทำหน้าที่ของบุคคลลดลง เช่น รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนไปหรือความสามารถในการดำรงบทบาทเปลี่ยน โดยอาจจะมีการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่าหนึ่งอาการขึ้นไป

3.2 กลวิธีในการจัดการอาการ (Symptom management strategies)

เป้าหมายในการจัดการอาการ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง (Self care) ซึ่งในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้นั้น กลวิธีในการดูแลตนเอง คือ การดูแลที่ผู้ป่วยนั้นได้รับจากบุคคลในครอบครัว โดยการใช้ยา (Biomedical) โดยการอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลวิธีจัดการกับอาการซึ่งกลวิธีในการจัดการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไหร่ (Intervention dose) ให้กับใคร(ผู้รับการปฏิบัติ) และใช้อย่างไร (Delivered) การปฏิบัติเป็นไปตามตามหลักการทางวิทยาศาสตร์

3.3 ผลลัพธ์อาการ (Outcomes)

ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลจากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์มุ่งที่ 8 ปัจจัย คือ 1. ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยรวมถึงรายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงานการที่มีรายได้ต่ำ 2. สภาวะอารมณ์ (Emotional status) 3. การดูแลตนเอง (Self care) 4. ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 5. คุณภาพชีวิต (Quality Of Life) 6. อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity and co morbidity) 7. อัตราการตาย (Mortality) 8. สภาวะอาการ (Symptom status) โดยผลลัพธ์ทั้งหมด อาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน ระยะเวลาของการประเมินอาการขึ้นอยู่กับความทนทานของผู้ป่วยต้องการการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการ ประสบผลสำเร็จและกลับคืนภาวะปกติ การปฏิบัติต่อเนื่องก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะควบคุมการเกิดอาการซึ่งจะเกิดขึ้นอีก ดังนั้น แบบจำลองการจัดการกับอาการจึงเหมาะสมที่จะใช้ในการจัดการ โดยตรงและต้องการการวัดผลลัพธ์ที่ต่อเนื่อง

นอกจากนี้แบบจำลองการจัดการอาการยังตระหนักในมิติศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย บุคคล(Person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย(Health and illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ดังนี้

1. บุคคล (Person domain) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และสรีระวิทยา (Physiological) เป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่ทำให้มีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์มีอาการ ซึ่งรวมทั้งระดับของพัฒนาการ (Developmental) ในแต่ละบุคคลและวุฒิภาวะ

2. สุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness domain) มโนทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการ

จากแนวคิดการจัดการกับอาการ สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผลลัพธ์ของแนวคิดการจัดการอาการนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการ โดยในการศึกษานี้ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น เป็นการประเมินอาการของผู้ป่วยด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รบกวนการดำเนินชีวิต การดูแลตนเองซึ่งในที่นี้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ฉะนั้นการดูแลตนเองโดยการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย

สามารถกระทำตัวเองเป็นการดูแลด้านจิตใจของตนเองในขณะที่เจ็บป่วย ส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นๆ เช่น กิจวัตรประจำวันนั้นจะเป็นการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลในครอบครัวแทนซึ่งในที่นี้คือ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนแรงสนับสนุนของครอบครัวในการศึกษานี้ ถือเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมตามกรอบแนวคิด ซึ่งปัจจัยต่างๆดังที่กล่าวมานั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ กับ ชีวิต คุณภาพ หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำคนหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึงความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิตให้ความหมายว่า หมายถึง ความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตาย แต่มีได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิต

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2535) คุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่าและชีวิตที่มีความหมาย

Ferrans and Power (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตแต่ละด้านที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ

Padilla and Grant (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Hanucharunkul (1988) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ความผาสุก (Well-being) ความสุข (Happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) แม้ในขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับผลกระทบจากการรักษา

Testa and Simonson (1996) ให้ความหมาย คำว่า คุณภาพชีวิตนั้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินในแต่ละด้านตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามภาวะที่แท้จริงของผู้ป่วยการประเมิน

การรับรู้และความพอใจในภาวะสุขภาพและความสามารถของตนตามขีดจำกัดที่มี โดยบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่เหมือนกันอาจมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

Ferrell (1998) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ว่าเป็นความรู้สึกถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ในชีวิต ที่ประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

Cella cite in Ferran, 2000 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์ (2546) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพว่าเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคม และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม

4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์ที่ซับซ้อน มิได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียวแต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งร่วมกัน มีผู้ให้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยซึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้นนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดไว้ดังนี้

Padilla and Grant (1985) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well being) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย ความแข็งแรง ความสามารถในการทำงาน และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้
2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตทั่วไป
3. ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image concerns) ได้แก่ การยอมรับสภาพร่างกายของตนเอง ความสามารถในการปรับตัวและความสามารถในการมีชีวิตร่วมอยู่กับอาการของโรค
4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ การรับรู้อาการต่างๆที่เกิดจากการรักษาและสามารถปรับตัวรับสภาพอาการที่จะเกิดขึ้นได้
5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่เพียงพอ
6. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ปฏิกริยาจากบุคคลในสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group,1996 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์, 2546) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1.ด้านร่างกาย (Physical domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย ความรู้สึกมีพลัง ความรู้สึกอ่อนล้า การนอนหลับและการพักผ่อน

2.ด้านจิตใจ (Psychological domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีในด้าน ความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายทั่วไปของตนเอง

3.ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (Level of independence domain) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์ และความสามารถในการทำงาน

4.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมและการมีเพศสัมพันธ์

5.ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านร่างกาย สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการทางสุขภาพและสังคม แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ เสียง การจราจร สภาพภูมิประเทศ

6. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อ

Ferrans (1997) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่เป็นองค์รวมขององค์ประกอบ 4 ด้าน

1.ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning domain) เกี่ยวข้องกับ ประโยชน์ที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจาก บุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว สุขภาพของตนเอง การที่ตนเอง ไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การจัดการ กับความเป็นอยู่ของตนเอง งานอดิเรก การมีชีวิตนานเท่าที่ตนเองต้องการ ชีวิตทางเพศและการ ดูแลสุขภาพของตน

2.ด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic domain) เกี่ยวกับกำลังใจที่ได้รับจาก บุคคลภายนอกครอบครัว เช่น เพื่อน เป็นการได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการผูกมิตรกับบุคคล

อื่น การได้รับการยอมรับ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงิน ที่พักอาศัย การศึกษา และการทำงาน

3.ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/spiritual domain) เป็นความเกี่ยวข้องกับความสุข ความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิตที่ตนตั้งไว้ ความสงบสุขในใจ การมีความเป็นตัวของตัวเอง ความศรัทธาในศาสนา การมีความหวังในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมั่นคงหรือวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต

4.ด้านครอบครัว (Family domain) เป็นความเกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว คู่รัก/ คู่ครอง บุตรหลาน สุขภาพของครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว

Ferrell (1998) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being and symptoms) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุม หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยของบุคคลให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้

3. ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม

4.ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ การมีความหวังและความเชื่อของบุคคลทางศาสนา หรือแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณของบุคคล

Cella (1997) ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตว่าเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้ได้ รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคม และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) ซึ่งกล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่าเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้ได้ รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกในสังคม และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Cella นี้ตรงกับบริบทผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็น

อีกมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่ต้องประเมินในผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย เพราะความผาสุกด้านจิตวิญญาณนั้นเป็นความรู้สึก การรับรู้ มีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจที่ก่อให้เกิดกำลังใจและทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจและพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตจากโรคที่เจ็บป่วยอยู่นั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้ผู้ป่วยนั้นสามารถคงไว้ซึ่งความหวัง มีกำลังใจที่สามารถก้าวผ่านอุปสรรค รวมทั้งสามารถค้นหาความหมายของชีวิตและเผชิญกับความตายอย่างสงบได้ (Paloutzian and Ellison, 1982; Narayanasamy, 1995; Ross, 1997 อ้างถึงใน วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552) ดังนั้นในการวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคม ความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

โดยได้สรุปความหมายของ คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านความพึงพอใจและความผาสุกที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้ง ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความรู้สึกหรือความพึงพอใจในความสามารถต่อการทำหน้าที่ของตนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ

4.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การที่จะบอกว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมีอยู่ในระดับใดนั้น ต้องเป็นการประเมินตามการรับรู้ของบุคคลตามสถานการณ์หรือบริบทของสังคมที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ เพราะบุคคลที่มีภาวะสุขภาพและขีดจำกัดความสามารถของตนที่เหมือนกัน อาจมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้ (Testa and Simonson, 1996) มีผู้ที่กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

Stromberg (1984) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิต แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยมีข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคคลอื่น 2) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเอง 3) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเอง ให้บรรยายถึงความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง

Meeberg (1993) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นสามารถจำแนกตัวบ่งชี้ได้เป็น 2 ประเภทคือ 1) ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่มองเห็นได้เป็นรูปธรรม

นับและวัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษาและหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งวัดได้ด้วยเจตคติและการสอบถามความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บทบาทหน้าที่ ความหมายของชีวิต เป็นต้น

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นมีหลากหลายแล้วแต่วัตถุประสงค์ของการประเมินว่าต้องการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านใด

4.3.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นจากผู้ป่วยมะเร็งของ Padilla and Grants (1985) นำมาแปลและปรับให้เข้ากับผู้ป่วยมะเร็งในวัฒนธรรมไทย โดยสมจิต หนูเจริญกุลมีจำนวน 19 ข้อ วัดการรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ ปฏิกริยาตอบสนองต่อการวินิจฉัยและรักษา ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร คะแนนยิ่งสูงหมายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

4.3.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ของแคนทริล (Cantril, 1965 อ้างถึงใน บุญศรี นุกฤต, 2541) เป็นการวัดความพึงพอใจกับความผาสุกในชีวิต มีลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนแบบขั้นบันได 10 ขั้น มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 10 เป็นขั้นบันไดสูงสุด แสดงถึงระดับความผาสุกสูงสุด แบบวัดนี้ผู้ถูกประเมินจะเป็นผู้ตอบระดับการรับรู้ความผาสุกด้วยตนเอง โดยตัดสินการรับรู้ระดับการรับรู้ของตนในลักษณะผลรวมทุกด้าน ได้แก่ ความชื่นชมยินดี ความพึงพอใจ ความสุข และการบรรลุถึงความสำเร็จตามที่ตนใฝ่ฝันไว้ คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

4.3.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Maslow (1970) ที่สร้างโดย อังคณา เรือนก้อน (2540) ประกอบด้วยข้อความที่กล่าวถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรัก และความเป็นเจ้าของ ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง และด้านการประจักษ์ในคุณค่าตนเองรวมแบบวัดคุณภาพชีวิตมี 67 ข้อ เป็นลักษณะมาตราวัด 5 ระดับ คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

4.3.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G Thai version (ได้รับการแปลโดย วรชัย รัตนธรรพร แม้นมมา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศระกุล จากฐานข้อมูลที่รวบรวมแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และได้รับอนุญาตให้เครื่องมือจากคณะผู้บริหารฐานข้อมูลของ www.facit.org) ซึ่งสร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือ การรับรู้หรือความรู้สึกพึงพอใจด้านร่างกาย สังคม/ครอบครัว อารมณ์/จิตใจ การปฏิบัติ

กิจกรรมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ เป็นข้อคำถามที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งหมด 27 ข้อ คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

ในการวิจัยครั้งนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G Thai version ซึ่งสร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) เนื่องจากแบบวัดนี้ตรงกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการและการเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับหรืออาการที่เกิดจากการดำเนินของโรคซึ่งอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G Thai version นี้ มาเป็นเครื่องมือในการสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเป็นคำถามที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านความผาสุกทางร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม โดยเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 466 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 (Cella, Tuskay, Gray et al., 1993 อ้างถึงในพนิตนาฎ ขำนาถเสื่อ, สมจิตต์ สินธุชัย และ สิรินาถ ธรรมวิญญา, 2549) ซึ่งการคิดคะแนนเป็นการคิดคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามทั้งฉบับ

แต่เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตดังกล่าว ไม่ได้ครอบคลุมการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งถือเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ของ Paloutzian and Ellison (1982) มาใช้ในการประเมินในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิตซึ่งเป็น เป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นั่นคือ การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมล, 2548) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian and Ellison (1982) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธัญญา น้อยเปียง (2545) และวิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ได้นำมาปรับใช้เป็นแบบสอบถามด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

โดยหลักการคิดคะแนน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการวิจัยนี้ คิดโดยการนำคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามทั้งฉบับของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G

นำมารวมกับคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แล้วหาค่าเฉลี่ยคะแนน โดยการหารด้วย 2 การคิดคะแนน คิดเป็นคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งสองฉบับที่หารด้วย 2 โดยคะแนนเฉลี่ยรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว แรงสนับสนุนของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.1.1 อาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม หรือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นมากแล้ว หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆและเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการรักษาแล้ว และไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้อีก (ไพรัช เทพมงคล, 2528 อ้างถึงใน ชูชื่น ชีพุนผล, 2541) ผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้มักมีปัญหาความไม่สุขสบาย หรือความทุกข์ทรมานจากการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากโรคและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ความผิดปกติทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ (ธีระ อำสวัสดิ์, 2519; ชนิต้ามณีวรรณ และคณะ, 2536 ; Pilsworth et al., 1995 อ้างถึงใน ชูชื่น ชีพุนผล, 2541)

5.1.1.1 อาการปวด เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก พบได้มากถึงสองในสามของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม แหล่งที่เกิดการเจ็บปวดในผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่ กระดูก อวัยวะภายใน เช่น ตับ กระเพาะอาหาร ลำไส้และมดลูก เป็นต้น ระบบประสาทที่ถูกกดทับหรือถูกทำลายและเนื้อเยื่ออื่นๆ เช่น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การบวมในที่ต่างๆ ซึ่งพบบ่อยเนื่องจากโปรตีนต่ำ การไหลเวียนในหลอดเลือดดำขัดข้อง หรือมีการอุดตันในระบบน้ำเหลือง เป็นต้น ความผิดปกติเหล่านี้ อาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและการรักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด เป็นต้น และอาจไม่ใช่ผลจากโรคมะเร็งโดยตรงก็ได้ เช่น ภาวะการติดเชื้อ การเสื่อมก่อนหรือหักของกระดูก เป็นต้น ความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ซึ่งจะมีอิทธิพลจากปัจจัยด้านจิตสังคมร่วมด้วย จากการศึกษาพบว่าความเจ็บปวดมีสาเหตุหลายประการดังกล่าว การประเมินและการควบคุมอาการให้ได้ผลดีจึงต้องทำด้วยความระมัดระวังและใช้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งค่อนข้างยากมากแม้แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีและการแพทย์ก็ตาม

5.1.1.2 อาการคลื่นไส้และอาเจียน พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้มากถึงหนึ่งในสามซึ่งอาจเกิดได้จากความผิดปกติในทางเดินอาหาร ในสมองและสารเคมีในเลือด เช่น แคลเซียมและยูริกในเลือดสูง โซเดียมในเลือดต่ำ เป็นต้น จากการรักษา เช่น รังสีรักษา ยาเคมีบำบัดและยาอื่นๆ รวมทั้งอาจเกิดจากความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เห็นภาพหรือได้รับกลิ่นรบกวน เป็นต้น

5.1.1.3 การขับถ่ายผิดปกติ อาจเป็นได้ทั้งอาการท้องผูกและท้องเสีย รวมทั้งการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง โดยเฉพาะอาการท้องผูก ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ประมาณร้อยละ 50 เกิดได้จากสาเหตุหลายประการทั้งจากความผิดปกติของโรคมะเร็งแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น การใช้ยาช่วยให้อ่อนหลับ ยาแก้อาเจียน และยาเคมีบำบัดบางชนิด เป็นต้น รวมทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การได้รับอาหารและน้ำน้อย ได้รับอาหารที่มีกากน้อย และการเคลื่อนไหวน้อย เป็นต้น

5.1.1.4 การหายใจลำบาก พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประมาณร้อยละ 50 และพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งปอดประมาณร้อยละ 70 เป็นความผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจและกลัวมาก ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุต่างๆหลายประการร่วมกันได้แก่ จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและภาวะแทรกซ้อน เช่น การคั่งของสารน้ำในช่องท้อง ช่องปอด และเยื่อหุ้มหัวใจ การอุดตันในหลอดเลือดดำใหญ่สู่ที่เรียหรือการอุดตันในทางเดินหายใจ ภาวะโลหิตจางจากการรักษา เช่น การผ่าตัดปอด การได้รับยา Bleomycin หรือ Adriamycin เป็นต้น รวมทั้งจากความผิดปกติอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น หลอดลมปอดอุดตันเรื้อรัง เป็นต้น

5.1.1.5 การติดเชื้อมีเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงร้อยละ 35.79 ผู้ป่วยเหล่านี้จะติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากแผลมะเร็งหรือการอุดกั้นของก้อน มะเร็งที่อวัยวะในระบบต่างๆของร่างกาย จากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากการรักษา เช่น รังสีรักษาและเคมีบำบัด เป็นต้น รวมทั้งการติดเชื้อที่มีอยู่เดิมแล้วมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อร่างกายทรุดโทรมลง

5.1.1.6 การผอมแห้ง (Cachexia) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งอาจเกิดจากการรับประทานอาหารและการดูดซึมอาหารได้น้อยลง และเซลล์มะเร็งมีการใช้กลูโคสเพิ่มมากขึ้นทำให้ตับต้องทำงานหนักขึ้น เพื่อเปลี่ยนกรดแลคติกเป็นกลูโคสและทำให้สมรรถภาพของตับเสียไป สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร และการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง โดยมีความทนต่อรสหวานได้มากขึ้นแต่ทนต่อรสขมได้น้อยลง จึงรู้สึกว่าการอาหารมีรสขมโดยเฉพาะอาหารพวกเนื้อทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง

5.1.1.7 ภาวะช็อค ซึ่งเกิดจากการเสียเลือดจากแผลมะเร็งเรื้อรัง เม็ดเลือดแดงแตกง่ายและมีอายุสั้น มีการสร้างน้อยลงหรือเป็นผลแทรกซ้อนจากการรักษา

5.1.1.8 ภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากการบกพร่องของปัจจัยต่างๆในการแข็งตัวของเลือด มีเกร็ดเลือดน้อยและอาจมีแผลร่วมด้วย การมีเลือดออกจะทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตกใจมากและพบว่าเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 6

5.1.1.9 อาการอ่อนเพลีย พบได้มาร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม ซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัญหาต่างๆ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงทางเม็ดเลือด เมตาบอลิซึมและชีวเคมีในร่างกาย การได้รับอาหารไม่เพียงพอ รวมทั้งการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาต้านความซึมเศร้า

5.1.1.10 อาการนอนไม่หลับ สับสนและแพ้ ซึ่งอาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังสมอง มีความผิดปกติของระดับสารเคมีในเลือด ความไม่สุขสบายต่างๆ ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ท้องผูก เป็นต้น ความกลัวหรือความวิตกกังวล หรืออาจเกิดจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาควบคุมอาการเจ็บปวดอาจทำให้ผู้ป่วยระส่ำระสาย เป็นต้น

5.1.2 แบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็ง

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

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

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

5.1.2.4 แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSASSF) สร้างโดย Chang et al. ในปี 2000 เป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยโดยประเมินอาการทั้งหมด 28 อาการ และประเมินระดับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิด โดยกำหนดค่าคะแนนระดับความทุกข์ทรมานจาก 0- 4 หมายถึง ไม่ทุกข์ทรมานจนถึงทุกข์ทรมานมากที่สุด

5.1.2.5 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) ที่สร้างโดย Portenoid et al. (1994) เป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการที่ประกอบด้วยมิติย่อยด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการนี้ได้มีการนำไปใช้ในหลายกรณีการศึกษาที่มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของเครื่องมือทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0.78 - 0.87 (Lobchuk, 2002; Trammer et al., 2003 cite in Suwisith, 2007) และได้แปลเป็นภาษาไทยโดยมีการย้อนกลับตามกระบวนการโดย นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเต้านมได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในมิติการมีอาการ ความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการเท่ากับ 0.89, 0.89, 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ ในการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ความผิดปกติ หรือความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยให้ประเมินว่ามีอาการที่ระบุหรือไม่ ถ้าตอบว่ามี ให้ผู้ป่วยประเมินความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ หากไม่มีอาการก็ไม่ต้องประเมินความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการ การประเมินความถี่อาการเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับ 1-4 คะแนน โดยคะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง มีความถี่อาการน้อยมาก คะแนนยิ่งมาก หมายถึงว่ามีความถี่อาการมาก การประเมินความรุนแรงของอาการเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับ 1-4 คะแนน โดยคะแนนน้อยที่สุด (1คะแนน) หมายถึง อาการนั้นมีระดับความรุนแรงน้อย คะแนนยิ่งมาก หมายถึงว่าอาการนั้นมีระดับความรุนแรงของอาการมาก การประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับ 0-4 คะแนน โดยคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ คะแนนยิ่งมาก หมายถึงว่า มีความทุกข์ทรมานจากอาการมาก

5.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Peters and Sellick (2006) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลและรับการรักษาในสถานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่าอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วย คือ อ่อนแรง เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ มีอาการปวดในระหว่างวัน อาการเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thienthong et al.(2006) ที่ศึกษาอาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล สหสถาบันในประเทศไทย คือ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยและสถาบันมะเร็งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 76 มีอาการปวดตามร่างกายอย่างน้อย 2 แห่ง โดยอาการปวดที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 3 คะแนนจะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก และอาการปวดที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดเพียงตำแหน่งเดียวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง

Kirkova. et al. (2006) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร วิตกกังวล ซึมเศร้า หายใจลำบาก เหนื่อยล้า ปวด ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการที่รบกวนการดำรงชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ Miller and Wash (1991) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่หลากหลายและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ได้ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เมื่อความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีมากขึ้นก็จะมีผลกระทบต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดหมายที่ตั้งใจไว้ได้ อาจแสดงออกถึงความกลัว เบื่อหน่ายชีวิต

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.2.1 ความหมายการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา

การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ ซึ่งทุกศาสนาต่างมีหลักคำสอนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ และเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคลรวมทั้งเป็นแบบอย่างกฎเกณฑ์และต้นกำเนิดของ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความสงบสุข ในการอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้การมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจจะทำให้บุคคลสามารถปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุขสามารถแก้ปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา คลายความเครียดและแก้ทางทุกข้อใจได้ (พรพรม รุจิไพโรจน์, 2550)

ศาสนาพุทธ จำแนกธรรมะโดยถือประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติธรรมเป็นเกณฑ์แบ่งที่สามารถแบ่งธรรมะได้ 2 ประเภท คือ 1) โลกียธรรม เป็นธรรมะสำหรับผู้ครองเรือน เพื่อทำจิตใจให้สงบ มั่นคง เข้มแข็ง อดทน กล่าวหาญเผชิญความทุกข์ต่างๆได้ เช่น เบญจศีล เบญจธรรม ฆราวาสธรรม 4 ทิศ 6 อิทธิบาท 4 เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติธรรมในขั้นนี้เป็นธรรมะที่เป็นแนวทางให้ทำความดีอันจะเป็นพื้นฐานไปสู่การปฏิบัติธรรมในขั้นสูงต่อไป 2) โลกุตระธรรม เป็นธรรมะในขั้นสูงสำหรับผู้ที่ต้องการหลุดพ้น ทุกข์ กิเลส ตัณหา ทั้งนี้แนวทางการปฏิบัติตนของประชาชนทั่วไปควรปฏิบัติ ทาน ศีล ภาวนา ซึ่งรวมเรียกว่า บุญศึกษา หรือ บุญกิริยาวัตถุ (พระธรรมปิฎก, 2538) หมายถึง สิ่งที่ตั้งใจในการทำบุญทางศาสนาพุทธ ประกอบด้วย 3 อย่างคือ ทานมัย สีลมัย ภาวนามัย ซึ่งความดีทั้ง 3 ข้อนี้เป็นเครื่องชำระความชั่วได้แก่ความโลภ ออยากได้ ความโกรธ คิดประทุษร้ายและความหลง ไม่รู้จักเป็นบุญกิริยาวัตถุและเป็นธรรมะที่บัญญัติไว้สำหรับให้บุคคลปฏิบัติ (พระธรรมปิฎก, 2538) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทาน หมายถึง การสละบริจาคสิ่งของ หรือการให้ชนิดอื่นๆ เช่น ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ กำลังใจ ความรู้ ความคิดโดยเป็นการให้เปล่าไม่ใช้การซื้อขายแลกเปลี่ยนหรือให้เช่า แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ อามิสทาน (การให้วัตถุสิ่งของ) ธรรมทาน (การให้ความรู้ ความคิด การบอกทางความดีความชั่ว) อภัยทาน (การให้อภัยกันและกัน เมตตากรุณาเห็นอกเห็นใจกัน)

2. ศีล เป็นการประพฤติงดเว้นจากการเบียดเบียนกันและกัน ทำตนเองให้เป็นปกติ ไม่ทำให้ใครเดือดร้อน ไม่ทำลายความสงบ ไม่ขัดผลประโยชน์ของผู้อื่น ผู้ปฏิบัติธรรมนั้นต้องมีศีลอย่างน้อย 5 ข้อ ที่เป็นการปฏิบัติสำหรับทั้งกายและวาจา (พระเทพเวที, 2535) ศีล 5 ข้อมีดังนี้ ข้อ 1 ละเว้นการฆ่า สंहार ไม่ประทุษร้ายต่อชีวิตและร่างกาย ข้อ 2 ละเว้นการลักขโมย แย่งชิงทรัพย์สินของผู้อื่น ไม่ประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน ข้อ 3 ละเว้นการประพฤติผิดในกาม ไม่ล่วงละเมิด

ของรักและบุคคลอันเป็นที่รักของผู้อื่น ไม่ล่วงเกินทางเพศผู้อื่น ข้อ 4 ละเว้นการพูดเท็จ พูดโกหก หลอกลวง ไม่ทำร้ายผู้อื่นด้วยวาจา คือการพูดส่อเสียด คำหยาบ เหลวไหล เพ้อเจ้อ ข้อ 5 ไม่เสพของดองมีนเมาหรือสิ่งเสพติดทุกชนิดอันเป็นสาเหตุก่อความเสียหาย เพราะผิดพลาด ขาดสติ

3. ภาวนา คือ การฝึกฝน อบรมจิตใจ ให้สะอาดไม่เศร้าหมอง สงบ ไม่วุ่นวายไม่หลงผิด ภาวนามี 2 แบบ คือ 1) สมถภาวนา คือการฝึกฝนจิตให้เป็นระเบียบ ให้จิตอยู่ในภาวะที่พร้อมทำงาน สามารถกำหนดจิตให้อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ นั่นคือ สมาธิ (พระธรรมปิฎก, 2538) 2) วิปัสสนาภาวนา คือ การฝึกฝนจิตให้เกิดความเข้าใจถูกต้องในสิ่งทั้งหลายตามสภาพที่เป็นจริง สามารถตัดกิเลสต่างๆไม่หลงไหลในรูป รส กลิ่น เสียง หรือหลุดพ้นจากวัฏสงสาร

สรุปการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา คือ กิจกรรมที่ผู้ปวยมะเร็งระยะสุดท้ายใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข ที่ประกอบด้วย การให้ทาน รักษาศีล และการปฏิบัติสมาธิหรือสวดมนต์เพื่อให้จิตสงบ

5.2.2 แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา

5.2.2.1 แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของ ฉวีวัลย์ ไพรวัดย์ (2540) ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดเรื่องทางแห่งความสุขตามหลักของพระพุทธศาสนา ในด้านของท่าน ศีล และภาวนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ มีเนื้อหาครอบคลุม 3 ด้านดังนี้ ทาน คือการปฏิบัติตนในเรื่องการทำบุญ ตักบาตรและการบริจาคทาน ศีล คือการปฏิบัติตนในเรื่องการรักษาศีล 5 ได้แก่ เว้นการทำลายชีวิต เว้นจากประพฤติดินในกาม เว้นจากการถือเอาของที่เขาไม่ได้ให้ เว้นจากการพูดเท็จและเว้นจากของมีนเมา ภาวนา คือ การปฏิบัติตนในเรื่องการสนทนาธรรม ฟังธรรม อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ เติมน้ำใจ นิ่งสมาธิ การระลึกถึงความคิดและการกระทำของตนเอง ลักษณะเป็นแบบสอบถามกำหนดรายการข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อให้เลือกตอบใน 3 ระดับ สำหรับข้อคำถามที่เป็นเรื่องของทานและศีล ได้แก่ ความคิดเห็นในระดับมาก ปานกลาง น้อย กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน เป็น มากเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 2 คะแนน น้อยเท่ากับ 1 คะแนนตามลำดับ สำหรับข้อคำถามที่เป็นบวก ส่วนข้อคำถามที่เป็นลบกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นน้อยเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 2 คะแนน มากเท่ากับ 1 คะแนนตามลำดับ สำหรับข้อคำถามที่เป็นเรื่องของภาวนา กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน เป็นมากเท่ากับ 6 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 4 คะแนน น้อยเท่ากับ 1 คะแนนตามลำดับ

5.2.2.2 แบบประเมินวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาที่ สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิ (2544) สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทาง

ศาสนาพุทธ ได้แก่ ทาน ศีล ภาวนา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมของแบบวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มาก หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมของแบบวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา น้อย หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำ

5.2.2.3 แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดเรื่อง ทาน ศีล ภาวนา ของพระธรรมโกศาจารย์ (2533) สร้างประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้านทานจำนวน 9 ข้อ ด้านศีล จำนวน 9 ข้อ ด้านภาวนา จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบบสอบถามนี้ได้นำไปใช้สอบถามกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตามสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราวน์เท่ากับ .79 การคิดคะแนนเป็นโดยรวม คะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในระดับสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) เนื่องจากแบบสอบถามนี้ได้ใช้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กับศาสนาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราวน์เท่ากับ .79 ซึ่งแบบสอบถามนี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยศึกษา

5.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษานี้ของ บุญผา ขอบไช้ (2536) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมองว่าศาสนาเป็นแหล่งที่ให้กำลังใจและความหวังที่ช่วยคุ้มครองและเป็นกำลังใจที่ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ ลดความวิตกกังวล ลดความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ยังมองว่า ศาสนายังช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีจิตใจสงบไม่ทรมานทุรายแล้วยังให้ความหวังในชีวิตหลังความตายอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะสุดท้าย โดยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในที่นี้ คือ การทำบุญ ทำทาน ตักบาตร สวดมนต์ ฟังธรรม ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย

5.3.1 ความหมายของแรงสนับสนุนจากครอบครัว

แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความหมายเดียวกันกับแรงสนับสนุนจากสังคม (Cobb, 1976 cited in Zeng, 2000 อ้างถึงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) โดยให้ความหมายของแรงสนับสนุนจากครอบครัวว่ามีความหมายคล้ายคลึงกันกับแรงสนับสนุนจากสังคมแตกต่างกันที่แหล่งที่มาหรือกลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุนเท่านั้น โดยแรงสนับสนุนจากสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้น เชื่อว่ามีคนให้ความรัก เอาใจใส่ รวมทั้งรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ดังนั้น แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวคิดนี้คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้น เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่ได้รับการยกย่อง ได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน และรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

Weiss (1974) กล่าวว่า แรงสนับสนุนจากสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือได้มีปฏิสัมพันธ์จากสมาชิกในสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 5 ด้าน คือ 1) ด้านความรักใคร่ผูกพัน 2) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม 3) ด้านการมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น 4) ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และ 5) ด้านการได้รับการช่วยเหลือและแนะนำจากผู้อื่น

House (1981) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนจากสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยทั่วไปที่รวมไปถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส เพื่อน สมาชิกในองค์กรของสังคม อาจอธิบายในรูปแบบของโครงสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล สังคมที่ประกอบด้วย ความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ การให้การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของหรือข้อมูลข่าวสาร

Schaefer et al. (1981) กล่าวว่าแรงสนับสนุนจากสังคมเป็นสิ่งที่ระดับประคองจิตใจของบุคคลในสังคมที่แบ่งออกเป็นการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) คือ การให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความจริงใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยันว่าบุคคลมีความสำคัญและได้รับความรักหรือการดูแลเอาใจใส่ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม การได้รับการช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ และการบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำข้อเสนอนะ และให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเอง

Hanucharumkul (1988) กล่าวว่า แรงสนับสนุนจากสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล โดยได้แบ่งชนิดแรงสนับสนุนจากสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ 1) การให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ 2) การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร 3) การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ

สรุป แรงสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อการได้รับแรงสนับสนุนด้านต่างๆจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ได้แก่ การรับรู้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความจริงใจ การยกย่อง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความผูกพันใกล้ชิด การยืนยันที่ทำให้มั่นใจว่าตนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและความรู้สึกที่ตนสามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่นได้ แรงสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ คือ การได้รับการช่วยเหลือโดยตรงที่จำเป็น เช่น ด้านการเงิน วัสดุสิ่งของ สภาพแวดล้อม การดูแลและบริการ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับคำแนะนำหรือเสนอนะเกี่ยวกับโรคและการรักษา การปฏิบัติตนเพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้แก้ปัญหาที่ตนเผชิญอยู่ได้ ซึ่งแรงสนับสนุนเหล่านี้ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีคุณค่า มีกำลังใจและรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

5.3.2 แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว

ได้มีนักวิชาการหลายๆ ท่านที่ได้กล่าวถึงแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

5.3.2.1 แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากสังคม PRQ (The Personal resources questionnaire) ของ Brandt and Weinert (1987 อ้างถึงใน พิษญาดา คงศักดิ์ตระกูล, 2545) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมทั้ง 5 ด้าน คือ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้

รับขวัญกำลังใจทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่าและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อโดยแบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยรวมซึ่งค่าอยู่ในช่วง 0.91-0.93

5.3.2.2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากสังคม NSSQ (The Norbeck Social support Questionnaire) ของ Norbeck (1981, อ้างถึงใน พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล, 2545) โดยการพัฒนาเครื่องมือจาก Kahn (1979) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ และการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมทั้ง 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อแบบประเมินชนิดนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบ test-retest ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง 0.85-0.92

5.3.2.3 แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวคิด Schaefer et al. (1981) ที่ อุไร ชลู่ยนาถ (2540) เป็นผู้แปลซึ่งสร้างขึ้นซึ่งครอบคลุมความช่วยเหลือทั้ง 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ความรักใคร่ และห่วงใยการได้รับความมั่นใจและความรู้สึกมีที่พึ่งซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนรักมีคนที่คอยดูแลเอาใจใส่

2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆในการแก้ไขปัญหาและการได้รับข้อมูลย้อนกลับต่างๆหรือย้อนกลับต่างที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว

3. ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ การอำนวยความสะดวกและการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นแรงสนับสนุนจากด้านอารมณ์จำนวน 10 ข้อ ความช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงตามค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94 ซึ่ง พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในการนำไปใช้เท่ากับ .93 การคิดคะแนนเป็นโดยรวมคะแนนรวมมาก หมายถึงกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง

การสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ที่พิชญาดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้ปรับปรุงแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวมาจาก คูไร ชลัญญา (2540) โดยแบบสอบถามนี้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ผู้วิจัยศึกษาเพราะมีปริมาณข้อคำถามเพียง 20 ข้อ ซึ่งจะไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากเกินไป

5.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สมาชิกในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลในครอบครัวถือเป็นแรงสนับสนุนจากสังคมอย่างหนึ่ง จากงานวิจัยของ Sammarco (2001 อ้างถึงใน มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) ศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก รวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลัดักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่ศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแรงสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมาจากสมาชิกในครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บต่อไป House (1981; Wortman; 1986 อ้างถึงใน มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) กล่าวว่า บุคคลผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้มี 9 กลุ่ม ได้แก่ คู่สมรส ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน นายจ้าง เพื่อนร่วมงาน ผู้ให้บริการในบ้าน เช่น ผู้ดูแล (caregivers) หรือแม่บ้าน, กลุ่มช่วยเหลือตนเองและทีมสุขภาพ จึงสรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวก็ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5.4.1 ความหมายของผู้ดูแล

เมื่อสมาชิกในครอบครัวบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย และอยู่ในภาวะที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น หรือ “ ผู้ดูแล ” ในการดูแลตนเอง บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นของผู้ดูแลในครอบครัว ในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเลือกที่จะใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายอยู่ที่บ้านหรืออยู่กับครอบครัวซึ่งผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ดูแลในครอบครัว (Conill et al., 1997) ที่ต้องอุทิศเวลาในการดูแลผู้ป่วย 12-24 ชั่วโมงต่อวัน (Andershed, 2006) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยผู้ดูแลในครอบครัวนั้นเป็นการดูแลที่เกิดจากความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (ศิริอร สิ้นธุ และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542)

ดังที่กล่าวมาเห็นได้ว่า บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบทบาทที่มีความสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและได้มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวดังต่อไปนี้

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการการพึ่งพา โดยการให้การดูแลบุคคลนั้นเป็นการที่บุคคลเป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการช่วยส่งเสริม ความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพและผู้ที่ถูกฝึกฝนมาเพื่อประกอบอาชีพให้การดูแลรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวด้วย (Orem D., 1991)

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลผู้ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตและผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรคความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะแผนการรักษา โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลและสถานการณ์ให้การช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือแหล่งชุมชนที่อาศัย (ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม, 2539)

5.4.2 ความหมาย พฤติกรรมการดูแล

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ความพร้อมที่บุคคลจะกระทำอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึกจะแสดงออกมาในรูปการประพฤติปฏิบัติโดยการยอมรับ หรือปฏิเสธลักษณะพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การคิด อารมณ์ และเจตคติบุคคล เมื่อได้รับการเรียนรู้ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องประกอบด้วย การกระทำของมนุษย์หลายอย่าง ได้แก่ ความต้องการ ความพร้อม การตอบสนองความต้องการ โอกาสในการกระทำกิจกรรมใดๆ ผลที่เกิดขึ้นไม่สมความคาดหวัง (เรียม ศรีทอง; 2542 อ้างถึงใน อัมราภรณ์ ภูระย้า, 2551)

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมารวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือไม่สังเกตได้ (เฉลิมพล ตันติสกุล, 2543)

พฤติกรรมการดูแล หมายถึง การกระทำระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล โดยมีศักยภาพและประโยชน์ร่วมกันในกระบวนการดูแล เป็นการกระทำที่แสดงออกถึงความจริงใจ เห็นคุณค่าระหว่างบุคคล มีความมุ่งมั่นและกระทำด้วยความเต็มใจในการดูแล

มีความสอดคล้องกันด้านความรู้และการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการภายในบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพ (Watson, 1985)

สรุป ความหมายของพฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง การกระทำหรือการดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น โดยเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา บุตรหรือเครือญาติที่ผู้ป่วยมีความผูกพันใกล้ชิด เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดจากความรัก ความเห็นอกเห็นใจ โดยไม่รับค่าตอบแทน

5.4.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบจากสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากงานวิจัยของ ศศิมา วัฒนา (2548) ที่เป็นผู้สร้างเครื่องมือเพื่อสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อสร้างตามตามทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (1985) โดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลนี้ ได้มีผู้ที่นำไปปรับปรุงและใช้ในการศึกษาต่อ คือ อัมราภรณ์ ภูระย้า (2551) โดยนำไปปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีความเหมาะสมใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของ ศศิมา วัฒนา (2548) มาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่ผู้วิจัยศึกษา คือ พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ และคิดคะแนนเป็นคะแนนรวมแต่ละด้านทั้ง 10 ด้าน และการคิดเป็นคะแนนรวม โดยคะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเหมาะสมในระดับมาก

5.4.4.ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวนั้นทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจจากการศึกษา Stewart .et al. (1999) ที่ทำการศึกษากualitasชีวิตของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต พบว่า ประเด็นสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นคือ การได้รับความรู้สึกที่ปลอดภัย การมีอิสระ ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ดูแลในครอบครัว ในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้ช่วงชีวิตในวาระสุดท้ายอยู่

กับบ้านและกับครอบครัวซึ่งผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษาของ Tse Man Wah (2007) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งเป็นผลที่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่า การศึกษาวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์มีอาการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว แรงสนับสนุนของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น ยังมีการศึกษากันไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและมะเร็งในระยะเวลาอื่น ๆ ที่มีความสอดคล้องมาเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

มาลี วรลัดนากุล (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับอายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เมื่อนำปัจจัยเงื่อนไขบางประการและคุณภาพชีวิตเข้าในการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถอธิบายความเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27 และความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 27 เช่นกัน

Thanasilp and Kongsaktrakul (2005) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและกลวิธีในการจัดการอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ต่ำ และต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = .51, r = .28, r = .15, p < .01$) แต่ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .01$) นอกจากนี้ภาวะการทำหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36 โดยการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 8 ซึ่งผลการศึกษานี้ สนับสนุนความสัมพันธ์แนวคิดที่กล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการอาการ

กล่าวคือ ภาวะการทำหน้าที่ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของอาการ ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นแนวคิดในประสบการณ์มีอาการและการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นแนวคิดในด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแนวคิดในผลลัพธ์ของอาการตามแบบจำลองการจัดการอาการ

อรรธยา อมรพรหมภักดี (2547) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล ในสถาบันให้บริการสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล 10 ด้านของวัตสัน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวม และรายด้าน 7 ด้านอยู่ในระดับสูง และรายด้านอีก 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยมากที่สุดมี 2 ด้าน คือด้านที่1 (สร้างค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น) และด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านที่10 (เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ) ซึ่งจากผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรได้รับการส่งเสริมและอบรมความรู้เชิงปฏิบัติการ โดยเฉพาะด้านการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณเพื่อให้พยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีความมั่นใจและเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับสูง จำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยที่มีอาการเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการเป็นกลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลยุทธ์ในการจัดการอาการปวด ได้แก่ การนอนพัก การนวด การรับประทานยา กลยุทธ์ในการจัดการอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ การเข้านอนเร็ว การทำกิจกรรมให้ยุ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลยุทธ์ในการจัดการอาการซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุนทาง

สังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40.00 ($R^2 = .40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Melin-Johansson, Axelsson and Danielson (2007) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆและไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ผู้ที่มีหน้าที่ในการเป็นตัวแทนผู้ป่วย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่จะเป็นผู้ที่บอกความต้องการและสื่อความหมายต่างๆแทนผู้ป่วยนั้นมีการรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิตอย่างไร การศึกษา พบว่า ผู้ดูแลได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตตามปกติ การได้ปลดภาระที่เหลือ การได้มีปฏิสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายแม้เจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย การมีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและการได้เข้าสังคม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตนั้นสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ การศึกษานี้ทำให้เข้าใจว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจในความหมายของการมีชีวิตของผู้ป่วย แต่สิ่งหนึ่งที่เป็นอุปสรรค คือ ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มองว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ป่วยนั้นมีข้อจำกัดในการได้รับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสังคมและดำเนินชีวิตอย่างปกติ การศึกษานี้เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ส่งเสริมผู้ดูแลให้มีความเข้าใจความหมายและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

Thienthong et al. (2006) ศึกษา อาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นการศึกษาแบบสหสถาบันในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 76 มีอาการปวดตามร่างกายอย่างน้อย 2 แห่ง และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการปวดตามบ้านได้ชั้นที่ 2 หรือที่ 3 ของแนวทางการระงับปวดของ WHO การประเมินที่เวลา 2 สัปดาห์ต่อมา พบว่า ระดับความปวดสูงสุดลดลงและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้พบว่า ค่าคะแนนความปวดที่เปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 3 คะแนนจะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกโดยอาการปวดที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

Kwon. et al. (2006) ศึกษาอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า อาการที่พบในผู้ป่วยโดยเฉลี่ยประมาณ 10-13 อาการ ในจำนวนนี้อาการที่พบบ่อยและมีความรุนแรงของอาการมาก คือ อาการปวด แต่อาการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากกว่าอาการปวด คือ อาการเหนื่อยล้าที่เป็นสิ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยอาการเหนื่อยล้า เป็นสาเหตุของอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนอาการที่มีความรุนแรงและ

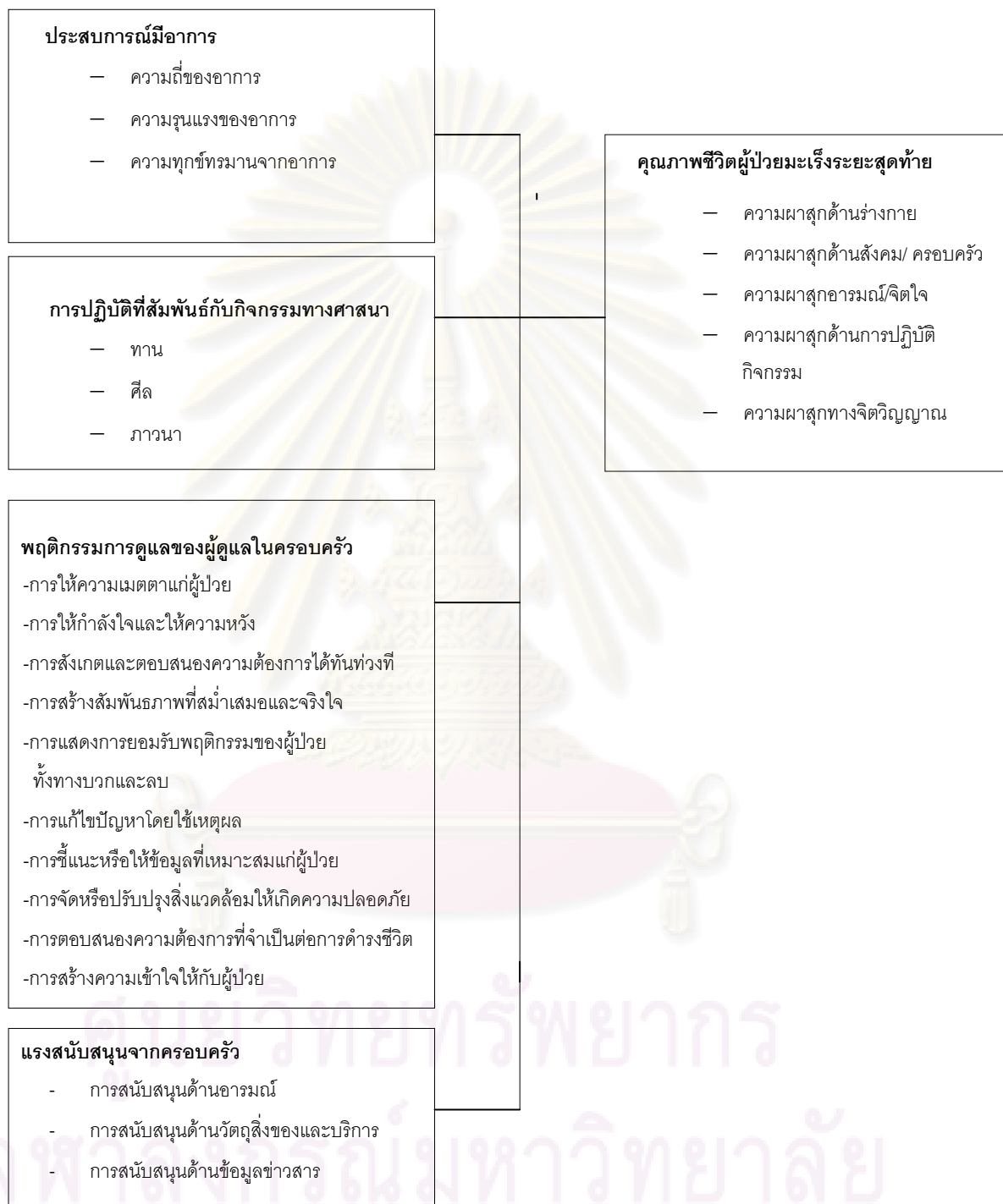
เฉียบพลันอย่าง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือ อาการปวด เพราะอาการเหนื่อยล้า เป็นสิ่ง ที่รบกวนการดำเนินชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์ทำการรักษาก่อนอาการอื่นๆ

Peters and Sellick (2006b) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลและรับการรักษาในสถานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า อาการที่ พบบ่อยของผู้ป่วยที่รับการรักษาในสถานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยในโรงพยาบาล คือ อ่อนแรง เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ อาการปวดในระหว่างวัน และพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในสถานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีระดับความรุนแรงของอาการและความทุกข์ทรมาน น้อยกว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านร่างกายมากกว่าผู้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ความสามารถในการควบคุมอาการทางกายที่ดีสามารถลด อาการซึมเศร้าผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจาก ครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ดังแสดงไว้ในกรอบแนวคิด

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการ หรืออาการแสดงว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆของร่างกาย หรือเป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและนับถือศาสนาพุทธ

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิดและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆของร่างกาย หรือได้รับการวินิจฉัยว่า เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ และเป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ศูนย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดปทุมธานี และศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เนื่องจากสถานที่รับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเหล่านี้ เป็นสถานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งทั่วประเทศ โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และใช้หลักการสุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) ซึ่งทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 3 คนเว้น 1 คน จนกลุ่มตัวอย่างครบ 240 คน(ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 120 คน และผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 120 คน)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การประมาณค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ของ Thorndike (1978)

$$\text{Sample size } n = 10k + 50$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา (การศึกษานี้มีทั้งหมด 5 ตัวแปร)

$$n = (10 \times 5) + 50 = 100 \text{ คน}$$

ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน ซึ่งการวิจัยนี้เพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัว ฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้รวมจำนวนทั้งสิ้น 240 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 120 คนและผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 120 คน

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดต่อปีของสถานที่ที่ศึกษา การศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จำนวน 30 คน และจากศูนย์มะเร็งมหาราชวิทยาลัย จังหวัดปทุมธานี จำนวน 90 คน

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง เป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดำเนินการโดยมูลนิธิที่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน คือ มีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษา ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวได้มีโอกาสปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และทางวัดก็ไม่ได้ปิดกั้นการรักษาแบบแพทย์แผนตะวันตก รวมถึงเปิดกว้างการรักษาทุกแขนงที่ไม่เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยของวัดคือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วย โดยอนุญาตให้ผู้ดูแลในครอบครัวและญาติๆ ฝ้าได้ 24 ชั่วโมง สิ่งแวดล้อมภายในวัดและบรรยากาศของสถานที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัยเปรียบเสมือนบ้านที่ผู้ป่วยอยู่ที่มีความอบอุ่นและเป็นกันเอง นอกจากนี้ทางวัดยังมีแพทย์ที่เป็นจิตอาสาช่วยในการตรวจเยี่ยมและให้การรักษาตามหลักการแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งเป็นการรักษาตามอาการของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับความสบาย โดยแพทย์จะมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง นอกจากนั้นยังมีพยาบาลที่เป็นจิตอาสาจากมหาวิทยาลัยต่างๆ เข้าร่วมดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งการรักษาที่ได้รับจากทางวัดเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ

ศูนย์มหาราชวิทยาลัย จังหวัดปทุมธานี เป็นโรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีวิทยาการทางการแพทย์มีระบบการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งทาง

โรงพยาบาลก็ได้มีการจัดกิจกรรมการดูแลที่อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยมีโครงการให้พระมารับบิณฑบาตทุกวันพุธ และมีกิจกรรมฟังพระเทศน์ตามวันและเวลาที่ทางโรงพยาบาลกำหนดและเชิญชวนผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่ง ตามสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในปี พ.ศ.2552

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยต่อปี (ราย)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
ศูนย์มะเร็งมหาสารคาม	1200	90
	ผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอก	72
	ผู้รับบริการแบบผู้ป่วยใน	18
อโรคยศาล วัดคำประมง	400	30
รวม	1800	120

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง อยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีอาการหรืออาการแสดงว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆของร่างกาย และเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

2.เป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ

3.เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้ดูแลในครอบครัว

1.เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส หรือ เครือญาติของผู้ป่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดกัน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก คือให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ
3. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน สถานภาพทางการเงิน สิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค (Cancer staging) โรคประจำตัว การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน เหตุผลที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยผู้ดูแลและแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือขณะให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3. แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) ที่สร้างโดย Portenoy et al. (1994) เป็นแบบประเมินประสพการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ที่ประกอบด้วย มิติย่อยด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยโดยมีการย้อนกลับตามกระบวนการโดย นางลักษณ สุวิสิษฐ (Suwisith, 2007) ในการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ความผิดปกติหรือความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยให้ประเมินว่ามีอาการที่ระบุหรือไม่ ถ้าตอบว่ามีให้ผู้ป่วยประเมินความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ หากไม่มีอาการก็ไม่ต้องประเมินความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็ง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่าดังนี้ โดยคะแนนด้านความถี่ 1 คะแนน (มีอาการนั้นเกิดน้อยมาก) ถึง 4 คะแนน (อาการนั้นเกิดตลอดเวลา) ด้านความรุนแรงของอาการ 1 คะแนน (มีอาการนั้นในระดับความรุนแรงน้อย) ถึง 4 คะแนน (มีอาการนั้นในระดับความรุนแรงมากที่สุด)

ด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ 0 คะแนน (อาการนั้นผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานเลย) ถึง 4 คะแนน (อาการนั้นผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมาก)

การรวมคะแนน ประสิทธิภาพการมีอาการ เป็นการรวมจากคะแนนการรับรู้ด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงอาการ และความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการ ซึ่งคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) ดังนั้น ก่อนนำคะแนนด้านความทุกข์ทรมาน มาคิดคะแนนรวม ผู้วิจัยจึงได้ปรับถ่วงน้ำหนักคะแนนของความทุกข์ทรมานให้เป็นมาตรวัด 4 ระดับก่อน โดยคะแนนรวมประสิทธิภาพการมีอาการมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานมาก

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามประสิทธิภาพการมีอาการ อยู่ในช่วงคะแนน 0-8 คะแนน ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	0.00 - 2.66	คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.67 - 5.33	คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	5.34 - 8.00	คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการอยู่ในระดับมาก

การแปลผลคะแนนประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการรายด้าน ด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการที่ผู้ป่วยได้รับนั้น มีคะแนนในช่วง 0-4 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น โดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดแล้วหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	0.00 - 1.33	คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการด้านความถี่ / ความรุนแรง / ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.34 - 2.67	คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการด้านความถี่/ความรุนแรง/ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้ายมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการด้านความถี่ / ความรุนแรง / ความทุกข์
ทรมานจากอาการอยู่ในระดับมาก

4.แบบประเมินคุณภาพชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป
FACT-G ที่สร้างโดย Cella (1997) ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต
จำนวน 27 ข้อ ที่ครอบคลุมด้านความผาสุกร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์/จิตใจ และ
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากความรู้สึกของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน
ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบ 5 ระดับ (Likert scale: 0-4) โดย
0 คะแนน (มีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นน้อยที่สุด) ถึง 4 คะแนน (มีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมีมาก) ซึ่ง
ประกอบด้วยการประเมินความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ความผาสุกด้าน
อารมณ์/จิตใจ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 1 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ ความผาสุก
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ในการคิดคะแนน ผู้วิจัยได้
แปลงค่าคะแนนกลับในข้อที่มีคำถามเป็นด้านลบก่อนนำมาคิดคะแนนรวมของด้านคุณภาพชีวิต

แต่เนื่องจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตดังกล่าว ไม่ได้กล่าวถึงมิติความผาสุกทาง
จิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณของ Paloutzian and Ellison
(1982) มาร่วมประเมินเพื่อให้ครอบคลุมการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งให้ครบทุกมิติ
โดยแบบประเมินทางจิตวิญญาณนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย ธัญญา น้อยเปียง (2545) และ
วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ได้นำมาปรับใช้เป็นแบบสอบถามด้านความผาสุกทาง
จิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถาม
เกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่าง 10 ข้อ และความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา 10 ข้อ
โดยข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับคือ 1
คะแนน (ไม่เห็นด้วยมาก) ถึง 6 คะแนน หมายถึง (เห็นด้วยมาก) ซึ่งในการคิดคะแนนคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในการศึกษานี้เป็นการคิดคะแนนรวมของคุณภาพชีวิต ด้านความ
ผาสุกร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์/จิตใจ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่คะแนนจากแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็น
มาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ (1-6 คะแนน) ดังนั้น ก่อนนำคะแนนด้านความผาสุกทาง
จิตวิญญาณมาคิดคะแนนรวม ผู้วิจัยจึงได้ปรับถ่วงน้ำหนักคะแนนของความผาสุกทาง
จิตวิญญาณให้เป็นมาตรวัด 4 ระดับ (0-4 คะแนน) ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม ซึ่งการคิดคะแนน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการวิจัยนี้ คิดโดยนำคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (FACT-G) รวมกับคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณแล้วหารด้วย 2 จะได้เป็นค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คะแนน 00.00-00.80 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำมาก

คะแนน 0.81-1.60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ

คะแนน 1.61-2.40 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 2.41-3.20 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตสูง

คะแนน 3.21-4.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตสูงมาก

5. แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้าน ทาน ศีล ภาวนา ของพระธรรมโกศาจารย์ (2533) ที่ประกอบกรปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ด้านทาน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-9 ด้านศีล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 10-18 และด้านภาวนา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 19-25 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 25 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) 1 คะแนน (ไม่ได้ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในข้อนั้นเลย) ถึง 5 คะแนน หมายถึง (ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในข้อนั้นทุกวัน)

มีเกณฑ์ให้คะแนนสำหรับข้อคำถาม โดยกำหนดให้ 1 มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน, 2 มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน, 3 มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน, 4 มีค่าเท่ากับ 4 คะแนนและ 5 มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนรวมของแบบวัดการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในช่วง 25 -125 คะแนน จากข้อคำถาม 25 ข้อ คะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 25.00-45.00 หรือ 1.00 -1.80 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรม ทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำมาก

คะแนน 45.01-65.00 หรือ 1.81 - 2.60 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรม ทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 65.01-85.00 หรือ 2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 85.01-105.00 หรือ 3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับอยู่ในระดับสูง

คะแนน 105.01-125.00 หรือ 4.21 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับอยู่ในระดับสูงมาก

6.แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินตามแนวคิดของเซฟเฟอร์และคณะ(1981) ที่ พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้ปรับปรุงมาจาก อูไร ชลฺุยนาค (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 20 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ข้อ1-10 ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ข้อ 11-15 ด้านวัตถุประสงค์ของและบริการข้อ 16-20 ลักษณะแบบสอบถามให้เลือกตอบที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (0-5 คะแนน) โดยข้อคำถามมีข้อความทางด้านบวกทั้งหมด โดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้ คือ 1 คะแนน (ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย) ถึง 5 คะแนน (ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด หรือทั้งหมด)

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากการถามการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20 ถึง 100 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากครอบครัว เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก โดยคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนโดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากครอบครัว โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ คือ

4.50-5.00 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด

3.50-4.49 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก

2.50-3.49 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง

1.50-2.49 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย

1.00-1.49 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อยที่สุด

7. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ ศศิมา

วัฒนา (2548) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล 10 ด้าน แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ในการนำเครื่องมือมาใช้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเป็นข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีข้อคำถาม 10 ด้าน จำนวน 40 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

- 7.1 ด้านการให้ความเมตตาผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-4
- 7.2 ด้านการให้กำลังใจและความหวัง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5-8
- 7.3 ด้านการสังเกตและตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9-14
- 7.4 ด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15-19
- 7.5 ด้านการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20-23
- 7.6 ด้านการแก้ไขปัญหาโดยการชี้เหตุผล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 24-28
- 7.7 ด้านการชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29 30
- 7.8 ด้านการจัดหา หรือ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 31-34
- 7.9 ด้านการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 35- 37
- 7.10 ด้านการช่วยให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 38-40

แบบสอบถามนี้เป็นแบบให้เลือกตอบที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) โดยข้อคำถามมีข้อความทางด้านบวกทั้งหมด มีความหมายและการให้คะแนนดังนี้ คือ 1 คะแนน (ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยในการดูแล) ถึง 4 คะแนน (ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอทุกครั้งที่ในการดูแล)

การคิดคะแนน คิดเป็นคะแนนรวม โดยหากคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมอยู่ในระดับมาก แปลผลคะแนนโดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ คือ

คะแนนเฉลี่ย 40.00-64.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 64.01-88.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้ายที่เหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 88.01-112.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 112.01-136.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เหมาะสมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 136.01-160 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้ายที่เหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) 4 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมจากนั้นนำแบบสอบถามไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ/หรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 1 คน
2. ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ/หรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 4 คน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับค่านิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Beck, 2004)

- | | | |
|---|---------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยามเลย |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้อง |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและ |

ปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง
 4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

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

จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยทำการปรับสำนวนภาษา ตัดข้อคำถามที่อาจเป็นข้อคำถามในประเด็นเดียวกันและเพิ่มข้อคำถามเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา ในการวิจัยนี้ได้มีการปรับข้อคำถามในแบบสอบถามตามการแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเพิ่มเติมด้านประวัติการรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับในอดีตและการรักษาในปัจจุบันที่ผู้ป่วยได้รับเนื่องจากปัจจัยนี้อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยให้ระบุว่าเป็นลูก หรือ หลานโดยแยกให้ชัดเจนในตัวเลือกแทนการเลือกว่าเป็นลูกหลาน เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลอาจแตกต่างกัน ด้านสถานภาพทางการเงินได้เพิ่มสถานภาพทางการเงิน ด้านรายได้แต่ละเดือนโดยเพิ่มคำว่ามีรายได้ไม่แน่นอนในแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว จำนวนหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.95

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวจำนวนหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.93

ส่วนเครื่องมือแบบสอบถามประสพการณ์มีอาการ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานั้น ผู้วิจัยไม่ได้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากแบบสอบถามประสพการณ์มีอาการ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป(FACT-G) นั้น เป็นแบบประเมินที่มีความมาตรฐานในการใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนแบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และแบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนานั้น เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผ่านการนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยตรง ที่เพิ่งได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และ 0.81 ตามลำดับ (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบสอบถามประสพการณ์มีอาการ แบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งนำมาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ณ ศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน (ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 30 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 30 คน) และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เมื่อทดลองใช้เท่ากับ 0.89, 0.90, 0.93 และ 0.87 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 คน พบว่า แบบสอบถามประสพการณ์มีอาการ แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงเท่ากับ 0.81 0.96 0.91 และ 0.90 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือแบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณและแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานั้น เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผ่านการนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยตรงที่เพิ่งคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 และ 0.79 ตามลำดับ (วิลไลซ์ 2552)

ตารางที่ 2 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง ทดลองใช้ (30 ราย)	ค่าความเที่ยง กลุ่มตัวอย่าง (120 ราย)
แบบสอบถามประสพการณ์มีอาการ	0.89	0.81
แบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว	0.90	0.96
แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	0.93	0.91
แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	0.87	0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นนิสิตสาขา วิชาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยในเรื่องของการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถามของแต่ละฉบับ ความเข้าใจของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ในการศึกษา โดยมีระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล คือ เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน .พ.ศ. 2553 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัย ส่งถึงถึงผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และเจ้าอาวาสวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย ศูนย์มะเร็งมหาวิชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และเจ้าอาวาสวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งมหาวิชิราลงกรณ์ และอโรคยศาล วัดคำประมง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมทั้งผู้ช่วยวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยที่ศูนย์มหาวิชิราลงกรณ์ สัปดาห์ละ 3 วัน รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในสองช่วงเวลาคือ 8.00-12.00 น. และ 13.00-16.00 น. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเป็นส่วนตัวและได้มีโอกาสพักผ่อน โดยผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการสุ่มไว้ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างนอกเวลาที่ต้องทำหัตถการหรือการรักษาเช่น รังสีรักษา หรือการใส่แร่ เป็นต้น ส่วนการเก็บข้อมูลที่ อโรคยศาล วัดคำประมง ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองเดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 3 วัน โดยแต่ละครั้งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในสองช่วงเวลาคือ 8.00-12.00 น. และ 13.00-16.00น. ในการศึกษาี้ผู้วิจัยได้เดินทางไปเก็บข้อมูลที่ อโรคยศาล วัดคำประมง รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง

5. ขั้นตอนการดำเนินการโดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ อโรคยศาล วัดคำประมง และผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ที่ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยใช้หลักการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ในแต่ละวันเป็นจำนวนร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่เลือกไว้โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 3 คนเว้น 1 คน

6. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการโดยอธิบายถึงการตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้เซ็นใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) แล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ แบบสอบถามการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณ และผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามเอง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่สามารถให้ข้อมูลโดยการกรอกข้อมูลในแบบสอบถามทั้งหมดเองจำนวน 5 รายและผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูล โดยการกรอกข้อมูลในแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง 10 ราย สำหรับแบบสอบถามประสพการณ์มีอาการของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการและมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นมาก ผู้วิจัยจะรายงานอาการของผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

8. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มไว้ไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างใหม่โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในผู้ที่ยินยอมในการตอบแบบสอบถามจนได้กลุ่ม ตัวอย่างครบในแต่ละแห่ง โดยในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถามจำนวน 2 คนเนื่องจากต้องการพักผ่อน 1 คน และไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ 1 คน

9. ยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หอบ หรืออ่อนเพลีย ปวด เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยตามอาการของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่

พยายามร่วมกับให้การพยาบาลเบื้องต้น และรายงานให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นนับผู้ป่วยในลำดับต่อไปในกรณีที่มีภาวะสัมพัทธ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้วพบว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลนั้นมีความไม่สบายใจในเรื่องใด ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกเหล่านั้นออกมา และนำข้อมูลที่ได้มาประเมินปัญหาและประสานงานให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป

โดยในการวิจัยครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปากมากและไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ ผู้วิจัยจึงได้ประสานงานให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบอาการของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาเพื่อจัดการอาการต่อไป ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ความห่วงใยเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว หากผู้ป่วยเสียชีวิต มีความกลัวเกี่ยวกับอาการที่จะแย่งหรือไม่ กลัวความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานก่อนตาย และจากการสอบถามเกี่ยวกับความกลัวตาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้กลัวความตายเนื่องจากทำใจไว้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย แต่ผู้ป่วยกลัวความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานก่อนตายมากกว่า ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว มีผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวร้องไห้ขณะสอบถามในประเด็นการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เมื่อได้สอบถามรายละเอียด ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าตนและผู้ป่วยรู้สึกเสียใจที่บุตรชายที่อาศัยอยู่กับตนไม่ได้ให้การดูแลในขณะที่เจ็บป่วย ในขณะที่บุตรสาวที่ทำงานต่างประเทศ คือ ผู้ที่ดูแลด้านค่าใช้จ่ายขณะรับการรักษาให้เท่านั้นไม่ได้มาดูแลใกล้ชิดเนื่องจากต้องทำงาน ผู้วิจัยได้พูดคุยและปลอบใจให้มองในแง่ดีที่บุตรแต่ละคนมีและให้หากำลังใจจากหลานชายที่ดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างดีแทน หลังจากที่ได้พูดคุยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสภาพจิตใจที่ดีขึ้นพร้อมกล่าวขอบคุณ

10. เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของคำตอบที่ได้ หากยังขาดคำตอบด้านใดผู้วิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมให้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์โดยในบางคำตอบจะได้มาจากการดูเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ข้อมูลครบ 120 ชุด

11. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อผ่านการพิจารณาจากกรรมการชุดดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยผู้วิจัยจะ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างแล้วก่อนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลงโดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่ออย่างไร้กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลตามปกติ และผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีเมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย หรือปวด เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยตามอาการของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลร่วมกับให้การพยาบาลเบื้องต้น และรายงานให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นนับผู้ป่วยในลำดับต่อไป นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและซักถามถึงข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรคมะเร็งโดยผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ในขอบเขตวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ในปัจจุบัน สถานภาพทางการเงินสิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค (Cancer staging) โรคประจำตัว การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา การรักษาที่ท่านได้รับในปัจจุบัน และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน เหตุผลที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยผู้ดูแลและแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือขณะให้การดูแลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns and Grove, 2003)

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

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 8 ฉบับ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 90 คน และศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้ตารางที่ประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 5 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 3 การศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 4 การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพทางการเงิน สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	68	56.7
ชาย	52	43.3
อายุ		
20-29 ปี	3	2.5
30-39 ปี	12	10
40-49 ปี	30	25
50-59 ปี	41	34.2
มากกว่า 60 ปี	34	28.3
\bar{X} =53.31 SD=11.68		
สถานภาพสมรส		
สมรส	91	75.8
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	17	14.2
โสด	12	10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	8	6.7
ประถมศึกษา	67	55.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	10.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	14	11.7
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส.)หรือ อนุปริญญา	2	1.7
ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า	15	12.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ในปัจจุบัน)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	35.8
เกษตรกรรวม	28	15
รับจ้าง	18	15
ค้าขาย	11	9.2
ธุรกิจส่วนตัว	10	8.3
รับราชการ	9	7.5
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	0.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ในปัจจุบัน)		
ไม่มีรายได้	17	14.2
1-5,000 บาท	61	40.9
5,001-10,000 บาท	32	26.7
10,001-20,000 บาท	16	13.3
20,001-30,000 บาท	8	6.7
มากกว่า 30,001บาท	3	2.5
$\bar{X} = 9,810$ $SD=19,817$		
สถานภาพทางการเงิน		
พอใช้	59	49.2
ไม่แน่นอน	32	26.7
ไม่พอใช้	25	20.8
สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	83	69.2
บัตรประกันสังคม	19	15.8
เบิกได้	17	14.2
ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง	1	0.8

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอายุในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.31 ปี มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35.8 มีรายได้เฉลี่ย 9,810 บาท มีสถานภาพทางการเงินส่วนใหญ่ คือ พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 49.2 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.2

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรง และโรคประจำตัว (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็งที่เป็น		
มะเร็งเต้านม	21	17.5
มะเร็งปอด	19	15.8
มะเร็งปากมดลูก	11	9.2
มะเร็งหลังโพรงจมูก	10	8.3
มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น	8	6.7
มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย	7	5.8
มะเร็งท่อน้ำดี	7	5.8
มะเร็งที่ลิ้น	6	5.0
มะเร็งตับ	5	4.2
มะเร็งหลอดอาหาร	4	3.3
มะเร็งในเยื่อปูก	4	3.3
มะเร็งต่อมทอนซิล	3	2.5
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์	3	2.5
มะเร็งรังไข่	2	1.7
มะเร็งกล่องเสียง	2	1.7
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	2	1.7
มะเร็งสมอง	1	0.8

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็งที่เป็น		
มะเร็งริมฝีปาก	1	0.8
มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	0.8
มะเร็งตับอ่อน	1	0.8
มะเร็งกระเพาะอาหาร	1	0.8
มะเร็งที่โคนลิ้น	1	0.8
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง		
0-6 เดือน	51	42.5
7-12 เดือน	27	22.5
1-5 ปี	31	25.8
มากกว่า 5 ปี	11	9.2
ระยะความรุนแรงของโรค		
ระยะที่ 3	30	25.0
ระยะที่ 4	40	33.3
ระยะแพร่กระจายสู่อวัยวะข้างเคียง	50	41.7
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	83	69.2
มีโรคประจำตัว	37	30.8
ความดันโลหิตสูง	20	16.7
เบาหวาน	6	5.0
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	6	5.0
โรคอื่นๆ (ระดับไขมันในเลือดสูง)	3	2.5
เบาหวานและโรคหัวใจ	2	1.7

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 17.5 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 0-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยป่วยเป็นมะเร็งในระยะแพร่กระจายสู่อวัยวะข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 41.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 69.2

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามการรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา		
รังสีรักษา	19	15.8
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	14	11.7
ผ่าตัด	13	10.8
สมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	13	10.8
เคมีบำบัด	12	10.0
รักษาตามอาการ	11	9.2
เคมีบำบัดและผ่าตัด	9	7.5
รังสีรักษาและการผ่าตัด	7	5.8
เคมีบำบัดและรังสีรักษาและการผ่าตัด	6	5.0
การผ่าตัดและฮอร์โมนบำบัด	5	4.2
เคมีบำบัดและรังสีรักษาและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	3	2.5
เคมีบำบัดและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	3	2.5
รังสีรักษาและฮอร์โมนบำบัด	2	1.7
เคมีบำบัดและการผ่าตัดและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	1	0.8
เคมีบำบัดและรังสีรักษาและการผ่าตัดและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	1	0.8
รังสีรักษาและและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	1	0.8

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน		
รังสีรักษา	43	35.8
เคมีบำบัด	30	25.5
สมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	26	21.7
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	8	6.7
รักษาตามอาการ	6	5.0
เคมีบำบัดและสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก	2	1.7
การผ่าตัดและฮอร์โมนบำบัด	2	1.7
ผ่าตัด	1	0.8
เคมีบำบัดและผ่าตัด	1	0.8
รังสีรักษาและฮอร์โมนบำบัด	1	0.8

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการรักษาที่ได้รับที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ คือ รังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมา คือ เคมีบำบัด และรังสีรักษาคิดเป็นร้อยละ 25.5 และพบว่าผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาโดยสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือกก่อนมารับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 21.7 ส่วนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ คือ รังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมา คือ เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 25.5 และพบว่า ผู้ป่วยเลือกรับการรักษาโดยสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือกเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 5.0

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ตอนที่ 2 **ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**
- ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพทางการเงิน ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	83	69.2
ชาย	37	30.8
อายุ		
ต่ำกว่า 19 ปี	4	3.3
20-29 ปี	24	20.0
30-39 ปี	28	23.3
40-49 ปี	22	18.3
50-59 ปี	28	23.3
มากกว่า 60 ปี	14	11.7
$\bar{X} = 41.53$ SD = 14.12		
สถานภาพสมรส		
สมรส	85	70.8
โสด	28	23.3
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7	5.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	7	5.8
ประถมศึกษา	44	36.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	12.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	24	20.0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส.)หรือ อนุปริญญา	4	3.3
ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า	22	18.3
มากกว่าปริญญาตรี	4	3.3

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	31	25.8
เกษตรกรรวม	24	20.0
ค้าขาย	18	15.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	14.2
ธุรกิจส่วนตัว	16	13.3
รับราชการ	5	4.2
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	4.2
นักเรียน/นักศึกษา	4	3.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
1-5,000 บาท	53	44.2
5,001-10,000 บาท	34	28.3
10,001-20,000 บาท	21	17.5
20,001-30,000 บาท	9	7.5
มากกว่า 30,001บาท	3	2.5
$\bar{X} = 9,628.75$ SD =10,662.98		
สถานภาพทางการเงิน		
พอใช้	50	41.7
ไม่พอใช้	33	27.5
ไม่แน่นอน	28	23.3
เหลือเก็บ	9	7.5
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย		
0-6 เดือน	57	47.5
7-12 เดือน	23	19.2
มากกว่า 1 ปี	40	33.3
0-6 เดือน	57	47.5

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วย		
1-6 ชั่วโมง/วัน	25	20.8
7-12 ชั่วโมง/วัน	33	27.5
13-18 ชั่วโมง/วัน	6	6
19-24 ชั่วโมง/วัน	56	46.7
$\bar{X} = 15.25$ $SD = 8.62$		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	44	36.7
สามี-ภรรยา	41	34.2
เครือญาติ (พี่ น้อง ป้า น้ำ อ่า ฯลฯ)	17	14.2
บิดา-มารดา	13	10.8
หลาน	5	4.2

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.2 มีอายุในช่วง 30-39 ปี และ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.53 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.7 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25.8 มีรายได้เฉลี่ย 9,628.75 บาท มีสถานภาพทางการเงิน ส่วนใหญ่ คือ พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 41.7 โดยผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาระหว่าง 0-6 เดือน เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 19-24 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 46.7 และคิดเป็นโดยเฉลี่ยในการให้การดูแลผู้ป่วย 15.25 ชั่วโมง/วัน โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น บุตรของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 36.7

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน เหตุผลที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยผู้ดูแล แหล่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแล (ขณะดูแลผู้ป่วย) (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน		
กิจวัตรประจำวัน	31	25.8
กิจวัตรประจำวัน+บริหารร่างกาย+การบรรเทาอาการ+การจัดสิ่งแวดล้อม+การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	29	24.2
กิจวัตรประจำวัน+การบรรเทาอาการ	21	17.5
กิจวัตรประจำวัน+บริหารร่างกาย+การบรรเทาอาการ	7	5.8
กิจวัตรประจำวัน+การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	6	5.0
กิจวัตรประจำวัน+การจัดสิ่งแวดล้อม	5	4.2
กิจวัตรประจำวัน+บริหารร่างกาย	4	3.3
บริหารร่างกาย+การบรรเทาอาการ+การจัดสิ่งแวดล้อม	4	3.3
การบรรเทาอาการ+การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	3	2.5
การบรรเทาอาการ+การจัดสิ่งแวดล้อม+การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	3	2.5
การบริหารร่างกาย	2	1.7
การจัดสิ่งแวดล้อม	2	1.7
การบรรเทาอาการ+การจัดสิ่งแวดล้อม	1	0.8
การจัดสิ่งแวดล้อม+การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	1	0.8
การบริหารร่างกาย+การจัดสิ่งแวดล้อม+การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	1	0.8
การบรรเทาอาการ+การจัดสิ่งแวดล้อม	1	0.8
การจัดสิ่งแวดล้อม+การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	1	0.8

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย		
เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล	32	26.7
หน้าที่+มีเวลา/มีความสะดวกในการดูแล	21	17.5
หน้าที่+ตอบแทนบุญคุณ+มีเวลา/มีความสะดวกในการดูแล	16	13.3
หน้าที่+ตอบแทนบุญคุณ	14	11.7
ต้องการตอบแทนบุญคุณ	13	10.8
มีเวลา/มีความสะดวกในการดูแล	9	7.5
ตอบแทนบุญคุณ+มีเวลา/มีความสะดวกในการดูแล	6	5.0
หน้าที่+ตอบแทนบุญคุณ+มีความสามารถ	3	2.5
หน้าที่+ตอบแทนบุญคุณ+มีความสามารถ+มีเวลา	3	2.5
หน้าที่+มีความสามารถ	2	1.7
มีความสามารถในการดูแล	1	0.80
ผู้ช่วยผู้ดูแล		
มี	69	57.5
ไม่มี	51	42.5
แหล่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแล (ขณะดูแลผู้ป่วย)		
ไม่มีแหล่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแล	22	18.3
มีแหล่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแล		
กำลังใจ	23	19.2
เงินทอง+กำลังใจ	22	18.3
สิ่งของ+เงินทอง+กำลังใจ	18	15.0
สิ่งของ+เงินทอง+กำลังใจ+ข้อมูล	14	11.7
สิ่งของ+กำลังใจ	8	6.7
กำลังใจ+ข้อมูล	7	5.8
เงินทอง+กำลังใจ+ข้อมูล	4	3.3
สิ่งของ+เงินทอง	2	1.7

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ให้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร รับประทานยา เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 25.8 รองลงมา คือให้การดูแลในทุกกิจกรรม ทั้งกิจวัตรประจำวัน การบริหารร่างกาย การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ การดูแลสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยคิดเป็นร้อยละ 24.2 ส่วนใหญ่มีเหตุผลที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องให้การดูแล คิดเป็นร้อยละ 26.7 โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 57.5 โดยผู้ดูแลได้รับแหล่งให้การช่วยเหลือขณะดูแลผู้ป่วยเป็น กำลังใจ โดยส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 19.2

ตอนที่ 3 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	3.54	0.38	สูงมาก
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	2.80	0.80	สูง
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	2.78	0.53	สูง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	2.71	0.88	สูง
ความผาสุกด้านร่างกาย	2.29	1.04	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.09	0.44	สูง

จากตารางที่ 8 แสดงคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.09 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก รองลงมา คือ ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 4 การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสบการณ์มีอาการ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการ (n=120)

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ความถี่ของอาการ	2.42	0.94	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการ	2.34	1.02	ปานกลาง
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	2.01	1.3	ปานกลาง
ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ	6.77	3.26	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.77 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาด้านความถี่ของอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 ด้านความรุนแรงของอาการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 และด้านความทุกข์ทรมานจากอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ตามลำดับ ซึ่งทั้งความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120)

การปฏิบัติสัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ด้านศีล	4.78	0.26	สูงมาก
ด้านภาวนา	3.68	0.73	สูง
ด้านทาน	3.43	0.39	สูง
โดยรวม	3.99	0.29	สูง

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาโดยรวมมีค่าเท่ากับ 3.99 ซึ่งอยู่ในระดับสูง หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านศีล มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 4.78 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูงมาก และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านทาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.43 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงสนับสนุนของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120)

การสนับสนุนจากครอบครัว	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านวัตถุประสงค์ของการได้รับการบริการ	4.63	0.53	มากที่สุด
ด้านอารมณ์	4.61	0.50	มากที่สุด
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.31	0.60	มาก
โดยรวม	4.51	0.50	มากที่สุด

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.51 ซึ่งจัดอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวด้านด้านวัตถุประสงค์ของการได้รับการบริการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 4.63 หมายถึงผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวด้านด้านวัตถุประสงค์ของการได้รับการบริการมากที่สุด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัวด้านข่าวสารซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.31 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวด้านข่าวสารในระดับมาก

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120)

พฤติกรรมการดูแล ของผู้ดูแลในครอบครัว *	คะแนน เต็ม	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ด้านการให้ความเมตตา	16	14.66	1.60	มากที่สุด
ด้านการให้กำลังใจและความหวัง	16	13.85	2.11	มากที่สุด
ด้านการสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	24	21.29	2.33	มากที่สุด
ด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ	20	18.83	1.59	มากที่สุด
ด้านการแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย	16	14.08	2.24	มากที่สุด
ด้านการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล	20	16.13	2.99	มาก
ด้านการชี้แนะหรือให้ข้อมูลเหมาะสมแก่ผู้ป่วย	8	6.82	1.25	มากที่สุด
ด้านการจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย	16	14.75	2.04	มากที่สุด
ด้านการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต	12	10.17	1.56	มาก
ด้านช่วยให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	12	10.69	1.51	มากที่สุด
โดยรวม	160	141.27	13.05	มากที่สุด

* ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมนั้นมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมมากที่สุด และเมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นส่วนใหญ่ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่จากผู้ดูแลในครอบครัว และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การดูแลเรื่องการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

นั้นได้รับการดูแลในด้านการดูแลเรื่องการออกกำลังกายจากผู้ดูแลในครอบครัวน้อยที่สุด (ดังตารางที่ 20 ภาคผนวกที่ จ.)

ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์ความความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์ความความสัมพันธ์ (r)	ระดับ
ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ	-0.64*	สูง
ความถี่ของอาการ	-0.62*	สูง
ความรุนแรงของอาการ	-0.62*	สูง
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	-0.59*	สูง
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.48*	ปานกลาง
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	0.38*	ต่ำ
พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	0.23*	ต่ำ

*p<.05

จากตารางที่ 13 พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .05$)

เมื่อพิจารณาความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.62, p < .05$) ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.62, p < .05$) ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.59, p < .05$)

การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .05$)

การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.38, p < .05$)

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$)



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆของร่างกาย หรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือ ระยะที่ 4 ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ และเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร และศูนย์มหาชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยใช้หลักการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ในแต่ละวันเป็นจำนวนร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่เลือกไว้ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 3 คนเว้น 1 คน จนกลุ่มตัวอย่างครบ 240 คน (ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 120 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 120 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 8 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบสอบถามประสบการณ์มีอาการ แบบสอบถามการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจ สอบความเที่ยงของแบบสอบถามประสบการณ์มีอาการ แบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89, 0.90, 0.93 และ 0.87 ตามลำดับ

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล คือ เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน.พ.ศ.2553 โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และเจ้าอาวาส วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลได้ข้อมูลครบสมบูรณ์จำนวน 240 ชุด (ผู้ป่วย 120 คน และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย 120 คน)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอายุในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.31 ปี มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35.8 มีรายได้เฉลี่ย 9,810 บาท มีสถานภาพทางการเงินส่วนใหญ่ คือ พอใช้คิดเป็นร้อยละ 49.2 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.2 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 17.5 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ในระหว่าง 0-6 เดือนคิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยป่วยเป็นมะเร็งในระยะแพร่กระจายสู่อวัยวะข้างเคียงคิดเป็นร้อยละ 41.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 69.2 โดยการรักษาที่ได้รับที่ผ่านมาส่วนใหญ่ คือ รังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 15.8 ส่วนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ คือ รังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 35.8

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.2 มีอายุในช่วง 30-39 ปี และ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.53 ปี มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25.8 มีรายได้เฉลี่ย 9,628.75 บาท มีสถานภาพทางการเงินส่วนใหญ่ คือ พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 41.7 โดยผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาระหว่าง 0-6 เดือนเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 47.5 ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 19-24 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 46.7 และคิดเป็นโดยเฉลี่ยในการให้การดูแลผู้ป่วย 15.25 ชั่วโมง/วัน โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 36.7 ที่มีเหตุผลที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 26.7 โดยผู้ดูแลมีผู้ช่วยผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 57.5 ซึ่งผู้ช่วยผู้ดูแลนั้นส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวด้วยกัน โดยผู้ดูแลได้รับแหล่งให้การช่วยเหลือขณะดูแลผู้ป่วยเป็น คือ กำลังใจ โดยส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 19.2

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 (SD=0.44) ซึ่งเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดมีค่าเท่ากับ 3.54 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เมื่อพิจารณาตามข้อย่อยพบว่าผู้ป่วยมีที่พึงพอใจเป็นศาสนาที่ทำให้มีความเชื่อว่าเป็นการทำดียอมได้ดี การปฏิบัติตามหลักคำสอนนั้นจะสามารถทำให้ตนมีความสุขสงบ และมีจิตใจที่เข้มแข็ง (ตารางที่ 15 ภาคผนวก จ.) รองลงมา คือ ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ซึ่งอยู่ในระดับสูงปานกลาง เท่านั้น และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ความผาสุกด้านร่างกายนั้น อาการปวดเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.93 (ตารางที่ 14 ภาคผนวก จ.) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารกันภายในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตสูงมากโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ พบว่า ความพอใจกับวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตสูง โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม พบว่า การยอมรับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตสูง โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 3.13

4. อุบัติการณ์การเกิดของอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนเพลีย / เผลี / ไม่มีแรง พบมากที่สุดร้อยละ 88 รองลงมา คือ น้ำหนักลด พบร้อยละ 84 ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุด คือ มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศ หรือ กิจกรรมทางเพศ พบร้อยละ 4 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการเฉลี่ย 10 อาการ (SD=5.21) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการน้อยที่สุด คือ 1 อาการ และพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการมากที่สุด คือ 28 อาการ

ส่วนประสมการณเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.77 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาด้านความถี่ของอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 ด้านความรุนแรงของอาการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 และด้านความทุกข์ทรมานจากอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ตาม ลำดับ ซึ่งทั้งความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

5. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาโดยรวมมีค่าเท่ากับ 3.99 ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านศีล มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 4.78 และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาด้านทาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.43 (ตารางที่ 18 ภาคผนวก จ.)

6. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.51 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวด้านด้านวัตถุประสงค์ของการได้รับการบริการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 4.63 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัวด้านข่าวสาร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.31 (ตารางที่ 19 ภาคผนวก จ.)

7. พฤติกรรมการดูแล ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นอยู่ในระดับสูง ทั้ง 10 ด้าน และเมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นส่วนใหญ่ได้รับการดูแลอย่างเต็มใจจากผู้ดูแลในครอบครัว และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การดูแลเรื่องการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นได้รับการดูแลในด้านการดูแลเรื่องการออกกำลังกายจากผู้ดูแลในครอบครัวน้อยที่สุด (ตารางที่ 20 ภาคผนวก จ.)

8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .48, p < .05$) การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ($r = .38, p < .05$) และ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ($r = .23, p < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ($r = -.64, p < .05$) เมื่อพิจารณารายละเอียดของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ พบว่า ความถี่ของอาการ ($r = -.62, p < .05$) ความรุนแรงของอาการ ($r = -.62, p < .05$) ความทุกข์ทรมานจากอาการ ($r = -.59, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอเรียงลำดับตามคำถามการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

คำถามการวิจัย ข้อที่ 1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 จากผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า แม้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะได้รับผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นทางร่างกาย สังคม อารมณ์ และจิตใจแล้วแต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ยังมี การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความห่วงใย ซึ่งการดูแลด้วยความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับนั้น จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณยังเป็นคนที่มีความหมาย ยังเป็นบุคคลที่สำคัญในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ น่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แม้ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่อยู่ในระยะที่คุกคามชีวิต จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, Axelsson and Danielson (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการมีชีวิตประจำวันที่มีความสุข ต้องการมีความรู้สึกว่าคุณนั้นเป็นคนที่มีความหมายและเป็นคนสำคัญของครอบครัว ซึ่งการที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะรับรู้ว่าคุณนั้นมีความหมาย และเป็นคนสำคัญนั้น การสื่อสารระหว่างกันของคู่สมรส บุตร หรือพี่น้องเกี่ยวกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณยังเป็นคนที่สำคัญและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการศึกษานี้มีความพึงพอใจต่อการสื่อสารกันภายในครอบครัวมากที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นรับรู้ว่าคุณมีคุณภาพชีวิตสูง โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการศึกษานี้มีสถานภาพสมรส คู่ เป็นส่วนใหญ่ จากการสอบถาม

เกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในการพามาพบแพทย์รวมทั้งเข้ารับการรักษาเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย หลังจากนั้นจะมีการพูดคุยกันในเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังการเข้าพบแพทย์เป็นประจำ ร่วมกับผลการศึกษาด้านพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและยอมรับในบางพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา แม้บางครั้งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิด หรือ โมโหง่าย แต่ผู้ดูแลก็สามารถเข้าใจในพฤติกรรมเหล่านั้นที่ผู้ป่วยแสดงออกมาได้ จากปัจจัยดังที่กล่าวมาน่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นด้านที่อยู่ในระดับสูงมาก ด้านความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ / จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ส่วนความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

โดยด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการศึกษานี้ อยู่ในระดับสูงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ซึ่งอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนาซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กับศาสนาในระดับสูง จากการที่ได้พูดคุยสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้านการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กับศาสนา กลุ่มตัวอย่างเล่าว่าเมื่อทราบว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็งก็พยายามปฏิบัติตนให้อยู่ในศีล ทำบุญใส่บาตร ให้ทานมากขึ้น โดยหวังว่าผลที่ได้จากการทำบุญจะช่วยให้ตนนั้นไม่ทุกข์ทรมาน

จากเหตุผลตามที่กล่าวมานั้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กับศาสนาในระดับสูง และผลที่ได้จากการทำบุญ ใส่บาตร หรือการปฏิบัติตนให้อยู่ในศีลของกลุ่มตัวอย่างนั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสบายใจ รู้สึกมีความสุข และทำใจยอมรับการเจ็บป่วยของตนได้มากขึ้น จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กับศาสนาในระดับสูง จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในเรื่องบุญ-กรรม ชีวิตหลังความตาย ชาตภาพ เชื่อในการทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว เชื่อว่าการเกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดา และยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ระวีวรรณ

ถวายเป็น (2545) ที่ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอดส์ คือ การมีความสุข มีความสงบ มีสติ มีความเมตตา กรุณาและมีจิตใจที่เข้มแข็ง ซึ่งการสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยประกอบด้วย การปฏิบัติ 4 วิธี คือ การใช้พุทธศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การยึดมั่นในหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา การปฏิบัติตามหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา และการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาพุทธ โดยผู้ป่วยนั้นมีความศรัทธาและยึดมั่นในศาสนา มีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักคำสอนของพุทธศาสนาที่สอนให้คนไม่ยึดมั่นถือมั่น รู้จักปล่อยวางในสิ่งที่ทำให้เกิดทุกข์และกระทำแต่ความดี ด้วยคำสอนดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยปลงตก ยอมรับการเจ็บป่วยได้มากขึ้นและรู้สึกทุกข์ใจน้อยลง มีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ในขณะที่เจ็บป่วยได้ แม้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆทางด้านร่างกาย (ธัญญา น้อยเปียง, 2545 อ้างถึงใน พรพพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) ทั้งนี้จากการที่ได้สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีที่พึ่งทางใจ พบว่า นอกจากที่พึ่งทางใจที่เป็นหลักธรรมคำสอนในพุทธศาสนา ที่สอนให้ตนทำความดีและมีความตั้งใจในการปฏิบัติตนให้อยู่ในศีลแล้ว ที่พึ่งทางใจของผู้ป่วยอีกทางคือ บุคคลในครอบครัว เช่น บิดา-มารดา หรือ บุตร ที่ทำให้ตนมีกำลังใจในการที่จะมีชีวิตต่อไป

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า อาการปวดเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตทางร่างกายต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วย โรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายสู่อวัยวะข้างเคียงมากที่สุด (ร้อยละ 41.7) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากกลุ่มตัวอย่างนี้มีอาการปวด ร้อยละ 61.7 ทั้งนี้เป็นผลที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปตามส่วนต่างๆของร่างกายทำให้ก้อนมะเร็งมีโอกาสไปกดทับ หรือแพร่กระจายเข้าไปในเส้นประสาท รวมทั้งขนาดของก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เนื้อเยื่อมีการถูกทำลายมากซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดจากการแพร่กระจายของโรค (สถาพร ลีลนนทิกิจ, 2537; Lesage and Portenoy, 1999 อ้างถึงใน อภิรดี ลดาธรรม, 2547) ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า อาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด คือ อาการปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Potter, Hami, Bryan and Quigley (2003) ที่ศึกษาอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าอาการที่พบบ่อยเป็นอันดับแรก คือ อาการปวดที่พบร้อยละ 64 และจากผลของอาการปวดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ในการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดที่เกิด

จากการแพร่กระจายของโรคไปสู่อวัยวะข้างเคียง เช่น กระดูก สมอง ซึ่งในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้ป่วยเหล่านี้เพิ่งเริ่มต้นได้รับการรักษาอาการปวดโดยการรังสีรักษา (Palliative Radiation) ร่วมกับการรับประทานยาลดอาการปวด จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมีอาการปวดที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำ

นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการรังสีรักษาใกล้เคียงตามที่แพทย์กำหนดไว้ เมื่อสอบถามอาการปวดจะพบว่าไม่มีอาการปวด แต่มีอาการอื่นแทน เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือรู้สึกกระหายเคืองบริเวณผิวหนังที่ได้รับการรังสีรักษา

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านสังคม / ครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารกันภายในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตสูงมาก โดยจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ มีผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร และ คู่สมรส เป็นส่วนใหญ่ที่คอยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ทั้งการพามาพบแพทย์ การเข้าตรวจเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการพูดคุยกันในเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังการเข้าพบแพทย์ ซึ่งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอย่างดีจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตนั้นได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความหมายเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัวทำปัจจัยเหล่านี้ที่ทำให้รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, Axelsson and Danielson (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการมีชีวิตประจำวันที่มีความสุข ต้องการมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตนั้นเป็นคนที่มีความหมายและเป็นคนที่สำคัญของครอบครัว ซึ่งการที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตนั้นมีความหมายและเป็นคนที่สำคัญนั้น การสื่อสารระหว่างกันของคู่สมรส บุตร หรือพี่น้องเกี่ยวกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วย เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตยังเป็นคนที่สำคัญและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมนั้น พบว่า ผู้ป่วยมีความพอใจกับวิธีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของตนเอง ที่ทำให้สามารถยอมรับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตสูง ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาพุทธที่มีหลักธรรมคำสอนเกี่ยวกับชีวิตและความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่คนเราเกิดมาย่อมต้องมีแก่ เจ็บ และตายสิ่งทั้งหลายเหล่านี้เกิดขึ้น ตั้งอยู่แล้วดับไปล้วนแต่มีการเปลี่ยนแปลงและไม่เที่ยง (พระธรรมปิฎก, 2538) และจากการที่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับกลไกการปรับตัวเมื่อทราบว่าตนป่วยเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าที่ตนสามารถปรับตัวและสามารถยอมรับการป่วยด้วยโรคมะเร็งนี้ได้ เพราะตนระลึกอยู่เสมอว่าทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย ไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือไม่ก็ตามสุดท้ายทุกคนก็ต้องตาย

เหมือนกัน ซึ่งการป่วยเป็นมะเร็งนี้ทำให้ตนเองนั้นตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นกว่าเดิมซึ่งอาจมากกว่าคนที่ไม่ได้ป่วยเป็นมะเร็ง ส่วนด้านการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่ต้องมารับการตรวจ และต้องนอนโรงพยาบาลบ่อยเพื่อรับการรักษานั้น ผู้ป่วยบางรายมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก็เหมือนกับการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ต้องมารับการตรวจรักษากับแพทย์เป็นประจำ โดยผู้ป่วยบอกว่าเมื่อเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อการป่วยเป็นโรคนี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับการเจ็บป่วยได้มากยิ่งขึ้น

2. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนของครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

2.1.1 ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.77 เมื่อพิจารณาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ ตามการรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยรับรู้และประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.42 2.34 และ 2.01 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการศึกษานี้มีการรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับอาการต่างๆอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งหลายชนิดและอยู่ในระยะแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะข้างเคียง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงในร่างกายที่หลากหลายและมากน้อยต่างกัน จึงให้ค่าเฉลี่ยประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในการศึกษานี้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการกับคุณภาพชีวิตแล้ว พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.64$) (ตารางที่ 13) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ

จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่า มโนทัศน์หลักของการจัดการอาการ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการนั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งจากผลของการศึกษานี้ พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ประกอบด้วย ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นอยู่ในส่วนของผลลัพธ์ของอาการ ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al.(2001) จากผลการศึกษาที่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมากจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kwon, Yun, Lee et al. (2006) ที่ศึกษาพบว่า อาการและความรุนแรงของอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเป็นอยู่ที่มีความสุข และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องพิจารณาให้การดูแลเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ สอดคล้องกับ Ardith , Charles , Given et al. (2006) ที่ศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในช่วงปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิต พบว่า ความถี่และจำนวนของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ เหนื่อยล้า ปวด หายใจไม่อิ่ม และไอ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนี้ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญในการทำ ความเข้าใจและให้การดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย เพราะหลายๆอาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (McCarthy E.et al.,2000 cite in Ardith , Charles , Given et al.,2006) ซึ่งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายปราศจากอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนตาย

จากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการอ่อนเพลียที่พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 88 แต่อาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด คือ อาการปวด ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำ ซึ่งผลที่เกิดจากมีอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างนอนหลับได้ยาก ตื่นง่าย รู้สึกหงุดหงิดง่าย รับประทานอาหารได้น้อยเพราะรู้สึกคลื่นไส้จากผลข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาบรรเทาปวดและการรักษามะเร็งที่ได้รับ เช่น เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อาการปวดที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างกลัวต่อความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดมากขึ้นในระยะใกล้ตาย โดยจากการสอบถาม

เกี่ยวกับความกังวลเกี่ยวกับความตายของกลุ่มตัวอย่าง บอกว่าไม่ได้วิตกกังวลต่อความตาย แต่วิตกกังวลต่อความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆที่เกิดขึ้นก่อนตายนั่นเอง

2.1.2 การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการศึกษานี้มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เช่น การรักษาศีล ให้ทาน การสวดมนต์เจริญภาวนาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้จากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยเหล่านี้จึงหันมาหาที่พึ่งทางใจ โดยการปฏิบัติตนตามหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนา ใช้ชีวิตประจำวันให้อยู่ในศีล หมั่นทำบุญใส่บาตร และให้ทานมากขึ้นด้วยเหตุผลว่าเมื่อได้ทำแล้วจะรู้สึกสบายใจ มีความสุขมากขึ้นและหวังว่าการที่ตนหมั่นทำบุญและปฏิบัติตนอยู่ในศีล ผลบุญเหล่านี้จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วยของตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุนผา ซอบใช้ (2536) ที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นมะเร็งที่ได้ปฏิบัติศาสนกิจจะทำให้ผู้ป่วยนั้นรู้สึกมีความสุข สงบ และสบายใจ และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ พบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.38$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001)

จากกรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการอาการ ที่ประกอบด้วย มโนทัศน์หลักของการจัดการอาการ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการโดยที่ทั้ง 3 มโนทัศน์หลักนั้นมีความสัมพันธ์กันและกัน ซึ่งการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในการศึกษานี้ถือว่าอยู่ในมโนทัศน์ด้านวิธีจัดการอาการเพื่อบรรเทาหรือควบคุมไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ ซึ่งการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในการศึกษานี้เป็นวิธีจัดการอาการโดยตัวผู้ป่วยเองที่มีเป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อป้องกันหรือบรรเทาผลลัพธ์ด้านจิตใจของตัวผู้ป่วย จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรม รุจีไพโรจน์ (2550) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เพิ่งรับรู้ว่าเป็นตนเองป่วยจะให้ความสนใจด้านศาสนาและมีกิจกรรมทางด้านศาสนาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนที่เจ็บป่วย โดยนำความเชื่อทางด้าน

ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจและคาดหวังว่า การทำบุญ ทำทาน ทำสมาธิ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาจะช่วยผ่อนหนักเป็นเบาได้และช่วยให้หายจากภาวะเจ็บป่วยได้ ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็ง สิ่ง que ผู้ป่วยมีความตระหนักมากขึ้น คือ การดูแลตนเองที่นอกจากการดูแลด้านร่างกาย แล้วการดูแลตนเองด้านจิตใจก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักเช่นกัน โดยผู้ป่วยจะดำรงชีวิตประจำวันให้อยู่ในศีล หมั่นทำบุญใส่บาตรและให้ทานมากขึ้นด้วยเหตุผลว่าเมื่อได้ทำแล้วจะรู้สึกสบายใจ มีความสุขมากขึ้นและหวังว่าการที่ตนหมั่นทำบุญและปฏิบัติตนอยู่ในศีล ผลบุญเหล่านี้จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วยของตน ซึ่งถือว่าการปฏิบัติในสิ่งเหล่านี้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นถือเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีจุดมุ่งหวังคือบรรเทาทุกข์ทางใจวิธีหนึ่ง

2.1.3 แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการศึกษานี้มีการรับรู้แรงสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวในระดับมากที่สุด ซึ่งแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับนั้น ได้แก่ กำลังใจ ความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรในขณะให้การดูแล ความรัก ความเห็นอกเห็นใจที่ได้รับมาจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ รู้สึกว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีคุณค่า และมีความสุขในการดำรงชีวิตประจำวัน และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.48$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวมากจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001)

ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วย การเลือกหรือ ตัดสินใจในการดูแลรักษาที่มีผลต่อผลลัพธ์อาการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ การได้รับความรัก กำลังใจ ความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา บุตร หลานหรือเครือญาติ โดยจากการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 75.8 มีผู้ดูแลในครอบครัว

ส่วนใหญ่เป็นบุตร และ คู่สมรส เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับเป็นรายด้านพบว่า ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของการบริการมากที่สุด

จากการพูดคุยสอบถามแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างเล่าว่าตั้งแต่ตนเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ สมาชิกในครอบครัว เช่น สามี/ภรรยา หรือ บุตรให้การดูแลเอาใจใส่ตนเป็นอย่างดีเป็นทั้งผู้ที่พามาพบแพทย์ หมั่นหาอาหารเสริมมาให้รับประทานรวมทั้งให้กำลังใจในการต่อสู้กับภาวะการเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่ ในบางรายที่มีบุตร ผู้ป่วยสังเกตได้ว่าบุตรหลานเชื่อฟังตนมากขึ้นเพราะต้องการให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ เหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังเป็นที่รักของครอบครัว เป็นคนที่มีคุณค่าและมีความหมายของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขและมีกำลังใจในการดำรงชีวิตแม้เจ็บป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิญา น้อยเปียง (2545) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะคนในครอบครัวเป็นการสนับสนุนทั้งด้านของความรัก ความหวังใย การเอาใจใส่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่าคุณค่าและทำให้ผู้ป่วยอดทนในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมพื้นฐานที่สำคัญในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ พินทุสร โชตนาการ (2539 อ้างถึงใน พรพพรหม รุจีไพโรจน์, 2550) พบว่า ความสัมพันธ์และความเอื้ออาทรระหว่างสมาชิกในครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคและการรักษาได้ดีขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามมา โดยผู้ป่วยที่รับรู้ถึงการมีแรงสนับสนุนทางสังคมไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

2.1.4 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นโดยรวมมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 141.27 ซึ่งอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยบุคคลในครอบครัวนั้นมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มใจในการดูแล และเป็นการดูแลที่มาจากความรักและความเข้าใจในตัวผู้ป่วย แม้ในบางครั้งที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น โกรธ หรือ โมโหง่ายแต่ผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมนั้นๆได้ เมื่อพิจารณาด้านความสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.23$) ซึ่ง

เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al.(2001)

จากกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการ ที่ประกอบด้วย มโนทัศน์หลักของการจัดการอาการ คือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ โดยที่ทั้ง 3 มโนทัศน์หลักนั้นมีความสัมพันธ์กันและกันซึ่งพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ในการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์อาการด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเป็นการดูแลตนเองในภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย โดยการดูแลตนเองที่อยู่ในผลลัพธ์อาการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการมีผลต่อคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ และจากการพูดคุยสอบถามแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มใจ ให้ความสำคัญและรับฟังปัญหา รวมทั้งยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น หงุดหงิดง่าย รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว เพราะยังมีผู้ช่วยผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันอีกด้วย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับการช่วยเหลือในด้านกำลังใจหรือเงินทองในขณะให้การดูแลผู้ป่วย บางรายที่เป็นคู่สมรสดูแลกันเอง พบว่า ได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นเงินทองจากบุตรแทนการช่วยดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพราะบุตรต้องทำงานจะมาเยี่ยมหรือช่วยเฝ้าดูแลผู้ป่วยในวันที่บุตรหยุดงานเท่านั้น เหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าและมีความหมายจากการที่ได้รับการดูแลด้วยความรักจากคนในครอบครัว เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจ/ครอบครัวอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Tse Man Wah, 2007) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพฤติกรรมดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสนั้นเป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความเห็นอกเห็นใจและรู้ใจกันจากการที่ทั้งคู่ใช้ชีวิตร่วมกันมา เหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Eaton(1987; Thoist, 1982; Warkiet, 1979 cite in Hanucharumkul, 1988) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสส่วนใหญ่จะมีผู้คอยปลอบโยน ให้

กำลังใจ ให้คำปรึกษาทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจและลดความตึงเครียด มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคส่งเสริมให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยควรเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการดูแลเพื่อจัดการอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดกับผู้ป่วยลดลง อีกทั้งควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพราะการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลในครอบครัวนั้น เป็นการดูแลด้วยความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความเห็นอกเห็นใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ รวมถึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและสามารถทำใจยอมรับการเจ็บป่วย รวมถึงสามารถเผชิญความตายอย่างสงบ

2. จากผลการวิจัยนี้ที่ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีช่วงเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่อยู่ในระยะแพร่กระจาย หรือ อยู่ในระยะสุดท้ายแล้วนั้น เป็นช่วงเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยสั้นมาก คือ 0-6 เดือน จากข้อมูลที่ได้ี้ในการวิจัยครั้งต่อไปน่าจะทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการตรวจรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากผลการศึกษานี้ ในรายละเอียดของข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการนั้นยังขาดความตระหนักในด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงเมื่อพิจารณารายละเอียดกระบวนการตรวจรักษาที่มีขั้นตอนต่างๆ ตามระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยนั้นมักเข้ารับการบริการที่สถานพยาบาลที่ครอบครัวมีสิทธิการรักษาของตนก่อนที่จะได้รับการส่งต่อเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและรับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน เนื่องจากต้องรอระบบการส่งตัวเพื่อรักษาต่อที่ค่อนข้างนาน ปัจจัยเหล่านี้ก็น่าจะนำมาทำการศึกษา เพื่อนำมาพัฒนาเป็นนโยบายในการให้การบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เข้าถึงบริการที่รวดเร็วจากบุคลากรด้านสุขภาพ

3. จากผลการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนานั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งในบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษานั้นเป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และโรงพยาบาลที่มีหน่วยให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เอื้ออำนวยใน

สิ่งเหล่านี้ แต่ในบริบทโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่มีอุปกรณ์ที่ทันสมัยที่ให้การบริการแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ ก็ควรมีการส่งเสริมด้านการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทุกโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายสุดท้ายของโรค ทำให้การนำงานวิจัยนี้ไปใช้อาจมีความหลากหลายที่ยังไม่จำเพาะเจาะจงซึ่งอาจจะไม่ชัดเจนกับบริบทของโรคมะเร็งบางโรคเลยทีเดียว ฉะนั้นควรทำการศึกษาในโรคมะเร็งที่เป็นการศึกษาในโรคนั้นเฉพาะโรค โดยอาจทำการศึกษาในโรคมะเร็งที่มีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยมะเร็งชนิดนั้นมากที่สุด โดยศึกษาจากสถิติการเจ็บป่วยและการตายในระดับประเทศ

2. จากผลการศึกษานี้ที่พบว่า อาการต่างๆที่เกิดขึ้นทางกายนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรเป็นการสร้างรูปแบบการดูแลเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยนำอาการที่พบว่าผู้ป่วยนั้นรับรู้ว่าเกิดขึ้นมากที่สุดในแต่ละอาการที่พบในการศึกษานี้ เพื่อเป็นการให้การบำบัดทางการแพทย์ที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปราศจากความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลวรรณ จันตระกูล. 2547. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กิตติกร นิลมานันต์. 2548. ครอบครัว:หน่วยการดูแลระดับประคอง.ใน สกล สิงหะ และลักษมี ชาญเวช. คี้นสู่เหย้ากลับเข้าสู่สังคมการช่วยเหลือด้านจิตสังคมผู้ป่วยมะเร็ง. สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์.
- คณะกรรมการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. 2538. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งขั้นลุกลาม. กรุงเทพมหานคร: เชกส์เมเรียนรูชาเซล.
- คีนิงิจ พงศ์ถาวรภมล. 2548. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองแบบของคิรวม Advanced oncology care of Nurse. หน้า 5-12. ศูนย์ประชุม สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์: สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.
- จริยวัตร คมพัยค์ษ์. 2535. พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. สารสภากาพยาบาล 7(3): 32-37.
- จอนณะจ พึ่งจาด. 2546. การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาล 52(1): 11-15.
- จารุวรรณ เอกวัลลภ. 2544. อายุรศาสตร์ทันยุค7. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ฉลาด แสงอาทิตย์. 2546. ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลบาราคนราดูร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เฉลิมพล ตันติสกุล. 2543. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.

- ชูชื่น ชีวพูนผล. 2541. อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกร่วมเป็นภาระในการดูแลต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จูติมา โพธิศรี. 2550. การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต:จาก โรงพยาบาลสู่บ้าน. รายงานการศึกษาอิสระ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เต็มศักดิ์ พิงรัมย์. 2542. Palliative care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการวิธีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. 2547. เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสาร พยาบาลเกื้อการุณย์ 11(2): 36-46.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. 2548. จิตวิญญาณ:มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. 2552. พยาบาล:ผู้ร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรภัทร อึ้งตระกูล. 2550. มะเร็งสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในโลก[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.healthcorners.com/2007/news/Read.php?id=9209> [30 ตุลาคม 2552]
- นุจรินทร์ ลภันชกุล. 2543. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญศรี นุกेत. 2541. พฤติกรรม การดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาล ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- บุปผา ซอบใจ. 2536. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุษกร แสงแก้ว. 2549. การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการอาการ และผลลัพธ์ ของการจัดการอาการในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศ

ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน. 2525. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 1
กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.

พรพรม รุจีไพโรจน์. 2550. ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุน
ทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน
สุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระเทพเวที. 2535. ธรรมนุญชีวิต: พุทธจริยธรรมเพื่อชีวิตที่ดีงาม. พิมพ์ครั้งที่ 137 . กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระธรรมโกศาจารย์(ปัญญานันทภิกขุ). 2533. ชีวิตเป็นสุขได้ด้วยความพอใจแห่งตน. กรุงเทพฯ:
ธรรมสภา.

พระธรรมปิฎก. 2538. ปฏิบัติธรรมให้ถูกทาง. พิมพ์ครั้งที่ 30 . กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก.

พัชรี เจริญพร. 2548. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลระดับประคองให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
ต่อความพึงพอใจของพยาบาลประจำการและพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมี
อาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว
กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พนิตนาฏ ขำนาญเสื่อ, สมจิตต์ สินธุชัย และ สิรินาถ ธรรมวิญญา. (2549). รายงานการวิจัย
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง. รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.

มาลี วรลัคนากุล. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ ความสามารถ
ในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ
การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด.

- วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน:แนวคิดและปัญหาการวิจัย. งามาธิบดีพยาบาล สาร 2(1): 84-92.
- รวี ดวงดาว. 2547. ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. 2545. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี / เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตนศิริ ทาโต. 2551. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตสถาน. 2539. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- วรรณวรรณ เหนือคลอง. 2534. ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูก ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี โภคะกุล. 2543. คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย:เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสาร วิจัยการศึกษา 44(2): 88-92.
- วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล. 2552. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิมา วัฒนา. 2548. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลและการรับรู้ พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ศิริวรรณ วรรณศิริ. 2548. การศึกษาคำความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริอร สีนธู และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. 2542. การพยาบาลและการดูแล:ความเหมือนที่แตกต่าง. วารสารสภาการพยาบาล 14(3): 10-23.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2550. สถิติโรคมะเร็งจำแนกตามการแพร่กระจาย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. 2543. คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมพร รัตนพันธ์. 2540. ปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุพัตรา แสงรุจี. 2547. การแพทย์รักษาประคับประคอง (palliative medicine). เอกสารการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลแบบประคับประคองอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน ในโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาลี นิมนานนิตย์. 2547. End of life. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ โครงการดูแลประคับประคองอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาลี ศรีกำเหนิด. 2552. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุวีพร ธนศิลป์. 2550. เอกสารคำสอนรายวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิ. 2544. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551) ข้อมูลสถิติ 10 ลำดับการตาย ปี 2550 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> [18 กรกฎาคม 2552]
- สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. 2548. การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 28(2): 46-55.
- อภิรดี ลดาวรรษ. 2547. การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี. 2547. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อังคณา เรือนก้อน. 2540. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมราภรณ์ ภูระย้า. 2551. ผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:กรณีศึกษาชุมชน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุไร ชลูนาค. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2550. Humanize Nursing Care in End of Life. เอกสารประกอบการประชุม มติองค์กรรวมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2547. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน. วารสารเกื้อกานุณย์ 11(2): 47-52.

ภาษาอังกฤษ

- Andershed, b. 2006. Relative in end-of-life care-Part1:A systemic review of the literature the five last year,January 1999-February 2004. Cancer and palliative care 15: 1158-1169.
- Aoun, S. M.,Kristjanson, L. J.,Currow, D. C., and Hudson, P. L. 2005. Caregiving for the terminally ill: at what cost?. Palliative Medicine 19: 551-555.
- Aranda, S. K., and Hayman-White, K. 2001. Home Caregivers of the Person With Advanced Cancer. Cancer Nursing 24(4): 300-307.
- Ardith Z, D.,Charles W,G.,Given, B., and Verbitsky, N. 2006. Symptom Experience in the Last Year of Life Among Individuals with Cancer. Pain Symptom Management 32(5): 1-15.
- Bellizzi, K. M.,Latini, D.M.,Cowan, J. E.,DuChane, J., and Carroll, P. R. 2008. Fear of recurrence, symptom burden, and health-related quality of life in men with prostate cancer. Urology 72(6): 1269-1273.
- Berry, P.E., and Ward, S.E. 1995. Barriers to pain management in hospice: a study of family caregivers. Hospice Journal 10(4): 19-33.
- Bruera, E. 2005. Improving the Care of Terminally Ill Cancer Patients and Their Families. Journal of Clinical Oncology 23(30): 1-2.
- Cella, D. 1997. FACIT-Sp-Ex (Version 4) [online].Available from: <http://www.facit.org/> [2009,December 20]
- Cheng, K. K.,Wong, E. M.,Ling, W. M.,Chan, C. W., and Thompson, D. R. 2009. Measuring the symptom experience of Chinese cancer patients: a validation of the Chinese version of the memorial symptom assessment scale. Journal of Pain Symptom Management 37(1): 44-57.
- Cheung, W. Y.,Barmala, N.,Zarinehbafe, S.,Rodin, G.,Le, L. W., and Zimmermann, C. 2009. The association of physical and psychological symptom burden with time to death among palliative cancer outpatients. Journal of Pain Symptom Management 37(3): 297-304.

- Conill, C., et al. 1997. Symptom Prevalence in the Last Week of Life. Journal of Pain and Symptom Management 14(6).
- Dodd, M., et al. 2001. Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 33(5): 668-676.
- Dodd, M., et al. 2001. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 33(5): 668-676.
- Douglas, D. R., and Alexander, C. S. 2001. Management of Common Symptoms in Terminally Ill Patients: Part I. Fatigue, Anorexia, Cachexia, Nausea and Vomiting. American Family Physician 64(5): 807-815.
- Duncan, J. G., Bott, M. J., Thompson, S. A., and Gajewski, B. J. 2009. Symptom occurrence and associated clinical factors in nursing home residents with cancer. Res Nurs Health 32(4): 453-464.
- Duncan, J. G., Forbes-Thompson, S., and Bott, M. J. 2008. Unmet symptom management needs of nursing home residents with cancer. Cancer Nursing 31(4): 265-273.
- E. Morris, M., Grant, M., and C. Lynch, J. 2007. Patient reported family distress among Long-term cancer survivors. Cancer Nursing 30(1): 1-8.
- Esbensen, B. A., Osterlind, K., and Hallberg, I. R. 2006. Quality of life of Elderly Persons With Cancer A 3-Month Follow-up. Cancer Nursing 29: 3214-3223.
- Esbensen, B. A., Osterlind, K., Roer, O., and Hallberg, I. R. 2006. Quality of life of Elderly Persons With Cancer. Cancer Nursing 29(3): 214-224.
- Fabbro, E. D., Dala, S., and Bruera, E. 2006. Symptom Control in Palliative Care -Part III: Dyspnea and Delirium. Journal of palliative medicine 9(2): 422-436.
- Ferrans, C. E., and Power, M. J. 1985. Quality of life index: Development and psychometric properties. Advanced in Nursing Science 8(1): 15-24.
- Ferrell, B., Dow, K. H., Leigh, S., Ly, J., and Gulasekaram, P. 1995b. Quality of life in longterm cancer survivors. Oncology Nursing Forum 22(6): 915-922.

- Ferrell, B. R. 1996. The Quality of life 1,525 voices of cancer. Oncology Nursing Forum 23(6): 909-916.
- Ferrell, B. R. 1998. Quality of life in breast cancer survivors: Implications for developing support services. Oncology Nursing Forum 25(5): 887-895.
- Given, B. A., Given, C. W., and Kozachik, S. 2001. Family Support in Advanced Cancer. Cancer Journal Clinic 51(4): 213-231.
- Hanucharunkul, S. 1988. Social support, self care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. Doctoral dissertation College of Nursing. Wayne State University, Detroit, MI.
- Hermansen-Kobulnicky, C. J. 2009. Symptom-monitoring behaviors of rural cancer patients and survivors. Support Care Cancer 17(6): 617-626.
- Hoekstra, J., Vos, R. d., Duijn, N. P. v., Schade, E., and Bindels, P. J. E. 2006. Using the Symptom Monitor in a Randomized Controlled Trial: The Effect on Symptom Prevalence and Severity. Journal of Pain and Symptom Management 31(1): 22-31.
- Jennings, P. J. 2008. End of Life Intensive Care: Pain and Symptom Management at Home. Home Health Care Management & Practice 20(5): 4045-4407.
- Johansson, C. M., Axelsson, B., and Danielson, E. 2006a. Living With Incurable Cancer at the End of Life Patients' Perceptions on Quality of Life Cancer Nursing 29(5): 391-398.
- Kirkova, L., et al. 2006. Cancer Symptom Assessment Instrument: A systematic Review. Journal of clinical oncology 24(9): 1459-1473.
- Kutner, J. S., Bryant, L. L., Beaty, B. L., and Fairclough, D. L. 2006. Symptom Distress and Quality-of-Life Assessment at the End of Life: The Role of Proxy Response. Journal of Pain and Symptom Management 32(4): 300-310.
- Kwon, Y. C., et al. 2006. Symptom in the life of terminal cancer Patients: Which is the most important? Oncology 71: 69-76.
- Leak, A., Hu, J., and King, C. R. 2008. Symptom distress, spirituality, and quality of life in African American breast cancer survivors. Cancer Nursing 31(1): 15-21.

- Lin, C.C., et al. 2000. Identifying attitudinal barriers to family management of cancer pain in palliative care in Taiwan. Palliative Medicine 14(6): 463-470.
- Lin, W.-c., and Tsao, C.j. 2004. Information needs of family caregivers of terminal cancer patients in Taiwan Wei-chun Lin[online].Available from: <http://ajh.sagepub.com/cgi/content/abstract/21/6/438> [2005,july 20]
- Mc Millan and Small. 2002. Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. Oncology Nursing Forum 29(10): 1421-1428.
- McCorkle, R., and Pasacret, J. V. 2001. Enhancing Caregiver Outcomes in Palliative Care. Cancer Control 8(1): 1-10.
- Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing 18(1): 32-38.
- Melin-Johansson, C.,Axelsson, B., and Danielson, E. 2007. Caregivers' perception about terminal ill family members' quality of life. European journal of cancer care 16: 338-345.
- Mercadante, S.,Casuccio, A., and Fulfaro, F. 2000. The Course of Symptom Frequency and Intensity in Advanced Cancer Patients Followed at Home. Journal of Pain and Symptom Management 20(2): 104-113.
- Miller, R., and Wash, D. 1991. Psychosocial aspects of palliative care in advance cancer. Journal of pain and symptom management 6(1): 24-29.
- Orem, D. 1991. Nursing : Concept of Practice. 5th ed. Mosby: St. Louis.
- Padilla, G. V., and Grant, M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advanced in nursing science 8(1): 45-60.
- Peters, L., and Sellick, K. 2006. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. Journal of advance nursing: 524-533.
- Polit, D. F., and Beck, C.T. 2004. Nursing research: principles and methods. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ross, D. D., and Alexander, C. S. 2001. Management of Common Symptoms in Terminally Ill Patients: Part I. Fatigue, Anorexia, Cachexia, Nausea and Vomiting. American family physician 64(5): 807-815.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. S. 1981. The health related function of social support. Journal of Behavior Medicine. 4: 381-406.
- Stewart, A.L., Teno, J., Patrick, D.L., and Lynn, J. 1999. The concept of Quality of life dying persons in the context of health care. Journal pain symptom manangement 17: 93-108.
- Stromberg, M. F. 1984. Selecting and Instrument to Measure Quality of life. Oncology Nursing Forum 11: 88-91.
- Suwisith, N. 2007. Symptom clusters and their influences on the functional status of woman with breast cancer. Degree of Doctor of Philosophy (Nursing). Graduate Study Mahidol University.
- Swore Fletcher, B. A., Dodd, M. J., Schumacher, K. L., and Miaskowski, C. 2008. Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. Oncology Nursing Forum 35(2): 23-44.
- Tang, S. T. 2009. Supporting Cancer Patients Dying at Home or at a Hospital for Taiwanese Family Caregiver. Cancer Nursing 32(2): 151-157.
- Testa, M. A., and Simonson, D. C. 1996. Assesment of Quality of life outcomes. The New England Journal of Medicine 334(13): 835-840.
- Teunissen, S. C. C. M., Wesker, W., Kruitwagen, C., Haes, H. C. J. M. d., Voest, E. E., and Graeff, A. d. 2007. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. Journal of Pain and Symptom Management 34(1): 94-104.
- Thanasilp, S. and Kongsaktrakul, P. 2005. Factor Predicting Quality of Life of Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy. Thai Journal of Research 9(4): 306-315.
- Thienthong, S., Pratheepawanit, N., Limwattananon, C., Maoleekoolpairaj, S., Lertsanguansinchai, P., and Chavej, L. 2006. Pain and Quality of Life of Cancer Patients : A multi-Center Study in Thailand. Jounal Medicine Association Thai 89(8): 1120-1126.

- Thorndike, R. M. 1978. Correlational procedures for research. New York: Gardner.
- Tsa, J.-S., Wu, C.H., Chiu, T.Y., Hu, W.Y., and Chen, C.Y. 2006. Symptom patterns of advanced cancer patients in a palliative care unit. Palliative Medicine 20: 617-622.
- Tse Man Wah, D. 2007. Care for the Family in Palliative Care. Palliative Medicine Doctors' Meeting(1&2): 26-30.
- Weiss, R. S. 1974. The provision of social relationship. In Rubin, Z. Doing unto others. New Jersey: Prentice Hall.
- Yeom, H. E., and Heidrich, S. M. 2009. Effect of perceived barriers to symptom management on quality of life in older breast cancer survivors. Cancer Nursing 32(4): 309-316.



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน
1. ผศ. ดร. นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์	อาจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
2. นางสาวอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช	พยาบาลชำนาญการ 8 (APN การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
3. นางสาวทิพย์พร แซ่เจิน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. นางพัชรินทร์ แก้วรัตน์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ รัชบุรี
5. นาวาโทหญิง วิจิตรา เคี่ยมทองคำ	ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย อายุรเวชกรรมชาย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งการทำวิทยานิพนธ์นี้ จะสำเร็จลุล่วงได้จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากท่านในการตอบแบบสอบถามการวิจัย คำตอบของท่านจะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติและการแปลผล ข้อมูลจะไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล ไม่ว่ากรณีใดๆ เพราะเป็นการศึกษาข้อมูลในภาพรวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยโปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และกรุณาตอบให้ **ครบทุกข้อตามความเป็นจริง** เพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ และนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เกิดประสิทธิภาพ

คำชี้แจง ลักษณะแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการของผู้ป่วย	จำนวน 32 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	จำนวน 27 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ	จำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วย	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	จำนวน 40 ข้อ

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม

รหัสผู้ป่วย.....

สถานที่.....

วันที่...../...../.....

ส่วนที่1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน

โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และ/หรือ ชี้ดเครื่องหมาย✓ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง โดยแต่ละข้อ ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

ก. ข้อมูลส่วนตัว

1. เพศ

 1.ชาย 2.หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

 1.โสด 2. สมรส 3.หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4.ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

 1.ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา 3.มัธยมศึกษาตอนต้น 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. 5.ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)หรืออนุปริญญา 6ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า. 7 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5.อาชีพ

 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. นักเรียน / นักศึกษา 3.รับราชการ 4.พนักงานรัฐวิสาหกิจ 5.ค้าขาย 6.เกษตรกรรวม 7. รับจ้าง 8 อื่นๆ (ระบุ).....

6.บุคคลที่ช่วยเหลือดูแลท่าน

 1. บิดา-มารดา 2.สามี-ภรรยา 3. บุตร 4. หลาน 5. เครือญาติ (อื่นๆ เช่น พี่ น้อง ป้า น้า อา ฯลฯ).....

7.รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท

8. สถานภาพทางการเงิน

 1. เหลือเก็บ 2.พอใช้ 3.ไม่พอใช้ 4. ไม่แน่นอน

9. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

1. เบิกได้ 2. สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3. บัตรประกันสังคม
 4. จ่ายเอง 5. ประกันชีวิต 6. อื่นๆ (ระบุ).....

ข. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (บันทึกโดยผู้วิจัย)

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมานานเท่าใด.....
3. ระยะเวลารุนแรงของโรค (Cancer staging).....
4. โรคประจำตัว.....
5. การรักษาที่ท่านเคยได้รับที่ผ่านมาตั้งแต่เจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. เคมีบำบัด
 2. รังสีรักษา
 3. การผ่าตัด
 4. ฮอโมนบำบัด
 5. สมุนไพร / การแพทย์ทางเลือก
6. การรักษาที่ท่านได้รับในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. เคมีบำบัด
 2. รังสีรักษา
 3. การผ่าตัด
 4. ฮอโมนบำบัด
 5. สมุนไพร / การแพทย์ทางเลือก

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ

แบบบันทึกอาการ คำชี้แจง ตอนที่ 1 : ข้อความข้างล่างนี้ เป็นรายการอาการจำนวน 24 อาการ กรุณาพิจารณาทีละอาการ หากท่านมีอาการใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ตรงตัวเลขในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกขั้วที่ทราบจากอาการ หรืออาการรบกวนท่านมากเพียงใดที่กำหนด **ให้ครบทุกช่อง** หากท่านไม่มีอาการใด กรุณาทำเพียงเครื่องหมาย (-) ในช่อง“ไม่มีอาการ” และไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกขั้วที่ทราบทางขวามือ

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังข้างล่างนี้หรือไม่	ไม่มี อาการ (-)	ถ้ามี ท่านเกิดอาการบ่อยเพียงใด				ถ้ามี อาการมักรุนแรงมากเพียงใด				ถ้ามี อาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกขั้วที่ทราบ/ทุกขั้วใจ หรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
		น้อย มาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิด ตลอด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
1.ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ (คิดช้า หลงลืมง่าย ใจไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำ)		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. ปวด		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. อ่อนเพลีย / เปลี่ยน / ไม่มีแรง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4.		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5.....		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6.....		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32.ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

รหัสผู้ปวย.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับท่านปฏิบัติมากที่สุด ตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคทุกวัน
ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคเดือนละ 1 ครั้ง
ปฏิบัติ ปีละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคปีละ 2-3 ครั้ง
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความในประโยคเลย

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	ปฏิบัติ เดือนละ 1 ครั้ง	ปฏิบัติ ปีละ 2-3 ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1	ท่านบริจาควัตถุ สิ่งของ หรือเงินแก่ผู้อื่น					
2					
3					
24	ท่านดำเนินชีวิตด้อยการปฏิบัติตาม หลักคำสอนของศาสนา					
25	ท่านพิจารณาว่า การเกิด แก่ เจ็บและตาย เป็นธรรมชาติชีวิตที่ทุกคนต้องเผชิญ					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ต้องการทราบความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลในครอบครัวในการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ในจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ โดยอ่านข้อความทางซ้ายแล้วกา เครื่องหมาย (√) ลงในช่องขวามือให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมาก
ปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลางหรือครึ่งหนึ่ง
เล็กน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย
ไม่เคยเลย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
ด้านอารมณ์					
1.ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว					
9.....					
10.ฉันมั่นใจว่าบุคคลในครอบครัวจะดูแลเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งฉันในขณะที่ฉันเจ็บป่วย					
ข้อมูลข่าวสาร					
11.ฉันได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว					
15.....					
ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล					
16.บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันในด้านการเงิน หรือสิ่งของ					
19.....					
20.บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆในระหว่างที่ฉันเจ็บป่วย					

รหัสผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบ ความรู้สึก หรือ การรับรู้ ของท่านเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่าน หลังจากที่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย ในจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ โดยอ่านข้อความทางซ้ายแล้วกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องขวามือให้ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นมีมาก
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นมี ค่อนข้างมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นมีปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นมีน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในด้านนั้นมีน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	มาก	ค่อนข้าง มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	ความผาสุกด้านร่างกาย					
1	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง					
7					
	ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว					
8	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ					
12					
	ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ					
14	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ					
19					
	ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม					
20	ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)					
25					
26	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้					

รหัสผู้ปวย.....

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ที่ตรงกับใจท่านมากที่สุด ตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวน้อย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมาก

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก
1)ฉันเชื่อในคำสอนที่ว่าทำดีย่อมได้รับผลดี						
2)ฉันรู้สึกว่าชีวิตเป็นประสบการณ์ที่งดงามอย่างหนึ่ง						
3)คำสอนในศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจที่ จะช่วยให้ฉันพบกับความผาสุกได้						
4).....						
5).....						
7).....						
18)ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีคุณค่า						
19) การปฏิบัติธรรมช่วยให้ฉันมีชีวิที่สงบและไม่ว่าวุ่น						
20)ฉันเชื่อว่าในชีวิตของฉันยังมี เป้าหมายบางอย่างที่สามารถเป็นจริงได้						

รหัสผู้ป่วย.....

สถานที่.....

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน และผู้ป่วย โดยทำเครื่องหมาย✓ลงใน () และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

 1.หญิง 2. ชาย

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

 1.โสด 2. สมรส 3.หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4.ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

 1.ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา
 3.มัธยมศึกษาตอนต้น 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.
 5.ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)หรืออนุปริญญา
 6.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า. 7.อื่นๆ(โปรดระบุ).....

5.อาชีพ

 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. นักเรียน / นักศึกษา
 3.รับราชการ 4.พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 5.ค้าขาย 6.เกษตรกรรม
 7. รับจ้าง 8. อื่นๆ (ระบุ).....

6.รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท

7. ความเพียงพอของรายได้

 1. เหลือเก็บ 2. พอใช้
 3. ไม่พอใช้ 4. ไม่แน่นอน

8. รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(ตั้งแต่เริ่มดูแลถึงปัจจุบัน).....

9. จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ย..... ชั่วโมงต่อวัน

10.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

 1. บิดา-มารดา 2.สามี-ภรรยา
 3. บุตร 4. หลาน
 5. เครือญาติ (อื่นๆ เช่น พี่ น้อง ป้า น้า อา ฯลฯ).....

11. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.ดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหารการรับประทานยา เป็นต้น
- 2.การบริหารร่างกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- 3.การดูแลช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดกับผู้ป่วย เช่น การบีบนวดเพื่อผ่อนคลายอาการปวด เหนื่อยล้า ฯลฯ
- 4.การจัดสิ่งแวดล้อม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- 5.การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ เจริญของใส่บาตร อ่านหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง
- 6.อื่นๆ.....

12. เหตุผลที่ต้องเป็นผู้ดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล 2.ต้องการตอบแทนบุญคุณ / กตัญญู
- 3.มีความสามารถในการดูแล 4.มีเวลา / มีความสะดวกในการดูแล
- 5.อื่นๆ (โปรดระบุ).....

14. ผู้ช่วยผู้ดูแล

- 1.ไม่มี
- 2.มี ระบุ.....คน ความสัมพันธ์ของผู้ช่วยผู้ดูแลกับผู้ป่วย.....

15. แหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือขณะให้การดูแลผู้ป่วย

1. ไม่มี
2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ระบุ 1.สิ่งของ
2. เงินทอง
3. กำลังใจ
4. ข้อมูลการดูแล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยในการดูแล
นานๆครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้าง 1-2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ่อยครั้ง กระทำเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ทุกครั้ง
เป็นประจำ	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่ในการดูแล

ข้อ	พฤติกรรมการดูแล	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1.	ท่านเรียกชื่อผู้ป่วย หรือ พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน				
2.	ท่านให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วย				
3.	ท่านให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล				
4.				
5.				
6.				
39.	ท่านช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือสิ่งที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย เช่น การทำบุญ ให้ทาน หรือ สักการะสิ่ง que ผู้ป่วยนับถือ				
40.	ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ ธรรมชาติและความเป็นจริงของชีวิต				

ศูนย์วิจัยทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



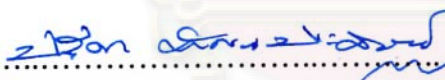
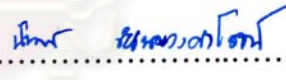
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 036/2553

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 008.1/53 : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตระดับมหาบัณฑิต
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  ลงนาม..... 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 19 มีนาคม 2553 วันหมดอายุ : 18 มีนาคม 2554

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 008.1/53
วันที่รับรอง 19 ส.ค. 2553
วันหมดอายุ 18 ส.ค. 2554

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้า



ศูนย์มหาวชิราลงกรณ รัชฎบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 139 ถ.รังสิต-นครนายก ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12110
 โทร 02-5461960-66 โทรสาร 02-5461968
Maha Vajiralongkorn Cancer Center
 139 Bungsanan, Thanyaburi, Pathumtani Thailand 12110
 Tel. (662) 5461960-66 Fax. (662) 5461968

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 ศูนย์มหาวชิราลงกรณ รัชฎบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อโครงการวิจัย "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย"
 รหัสโครงการ
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม
 ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 สถานที่ทำงาน

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
 การวิจัยในมนุษย์ ศูนย์มหาวชิราลงกรณ รัชฎบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลงนาม.....

(นายแพทย์เอกภพ หมั่นนุช)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง..... ๖๕ ๑๗. ๕๓

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

from FACIT.org

January 24, 2010

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to Nongluk Sansom the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that **Nongluk Sansom** and all its affiliates (as defined below) ("COMPANY") are granted license to use the **Thai** version of the **FACT-G** in one study.

"Affiliate" of (COMPANY) shall mean any corporation or other business entity controlled by, controlling or under common control with (COMPANY). For this purpose, "control" shall mean direct or indirect beneficial ownership of fifty percent (50%) or more of the voting or income interest in such corporation or other business entity.

This current license extends to (COMPANY) subject to the following terms:

(COMPANY) agrees to complete a FACIT collaborator's form on our website, www.FACIT.org. (COMPANY) is not required to provide any proprietary or confidential information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.

(COMPANY) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.

Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (COMPANY) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.

(COMPANY) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.

In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.

This license is not extended to electronic data capture vendors of (COMPANY). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org

This license is only extended for use on the internet on servers internal to (COMPANY). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.

Licensor reserves the right to withdraw this license if (COMPANY) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.

In exchange for this license, (COMPANY) agrees to pay a fee of \$1,500 per language, per subscale, per trial for Roman-font languages (e.g. Spanish, French, German) and \$2,000 per language, per subscale, per trial for non-Roman-font languages (e.g. Japanese, Russian, Arabic). #9 IS NOT APPLICABLE AS THE FEE HAS BEEN WAIVED FOR THIS STUDY ONLY.

FACIT.org

381 S. Cottage Hill Avenue

Elmhurst, IL 60126

USA

www.FACIT.org



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย.....นางสาวนงลักษณ์ สรรสม.....ตำแหน่ง นิสิตระดับปริญญาโท

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยวิบูลย์รักษ์-ธนาคารไทยพาณิชย์ ชั้น 3 เลขที่ 2

โรงพยาบาลศิริราช...แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 72 หมู่ 2 ตำบล ม่วงชุม อำเภอ ท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี 71110

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4197489-90 โทรศัพท์ที่บ้าน-.....

โทรศัพท์มือถือ 081-5152129 E-mail:platong2522@hotmail.com.....

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 หรือ ระยะที่ 4

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4

3.2 เพื่อศึกษาถึงอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็ง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 120 ราย และผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักจำนวน 120 ราย ที่เข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ศูนย์มะเร็งศิริราชลงกรณ์ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

4.2 การศึกษาครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.2.1 ผู้ป่วยมะเร็ง

4.2.1.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง อยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มีอาการหรืออาการแสดงว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆของร่างกาย

4.2.1.2 เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ

4.2.1.3 เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวันยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษาวิจัย กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือ อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารถึงความรู้สึกของตนเอง

5. ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา การดูแลที่ท่านได้รับจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของท่าน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ท่านฟังและตอบคำถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบสอบถามเอง และหากมีข้อคำถามใดที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจในข้อคำถามนั้นสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามโดยประมาณ 20-30 นาที

6. หากขณะตอบแบบสอบถามท่านมีอาการเหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย ปวด หรือมีอาการผิดปกติทางร่างกายผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามทันที โดยผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจากนั้นให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ตามขั้นตอนในขอบเขตของวิชาชีพ ในกรณีที่พบว่าท่านมีความวิตกกังวลและไม่สบายใจ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความวิตกกังวลเพื่อนำข้อมูลมาประเมินปัญหาและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาหรือส่งต่อไป

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ในกรณีที่มีปัญหา สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาว นงลักษณ์ สรรสม ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 08-1515-2129 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

8. ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และแรงสนับสนุนของครอบครัว โดยสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยผู้ดูแลในครอบครัว

9. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
10. การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หรือต่อ การรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลแต่อย่างใดต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัย.....นางสาวนงลักษณ์ สรรสม. ตำแหน่ง นิสิตรระดับปริญญาโท...

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยวิบูลล์ภักดิ์-ธนาคารไทยพาณิชย์ ชั้น 3 เลขที่ 2

โรงพยาบาลศิริราช...แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 72 หมู่ 2 ตำบล ม่วงชุม อำเภอ ท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี 71110

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4197489-90... โทรศัพท์ที่บ้าน-.....

โทรศัพท์มือถือ 081-5152129 E-mail: .platong2522@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2.โครงการนี้เป็นการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่3 หรือ ระยะที่ 4

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4

3.2.เพื่อศึกษาถึงอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็ง การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 120 ราย และผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักจำนวน 120 ราย ที่เข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ศูนย์มะเร็งราชภัฏวชิรเวชพยาบาล จังหวัดปทุมธานี วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

4.2 การศึกษาครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ผู้ดูแลในครอบครัว

4.2.1.เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นบุคคลที่มี

ความสัมพันธ์ทางสายเลือด เป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทาง

กฎหมาย เช่น คู่สมรส หรือ เครือญาติของผู้ป่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดกัน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก คือให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

4.2.2 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ

4.2.3 ให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

4.2.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

5. ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ท่านซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของท่านต่อผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ท่านฟังและตอบคำถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบสอบถามเอง และหากมีข้อคำถามใดที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจในข้อคำถามนั้นสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่านโดยการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามโดยประมาณ 10 นาที

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ในกรณีที่มีปัญหา สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว นงลักษณ์ สรรสม ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 08-1515-2129 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

7. ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผน การพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และแรงสนับสนุนของครอบครัว โดยสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยผู้ดูแลในครอบครัว

8. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

9. การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือต่อ การรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่ออย่างไร้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย บัณฑิตศึกษาค้นคว้าที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัยนางสาวนงลักษณ์ สรรสม

ที่อยู่ติดต่อ... บ้านเลขที่ 72 หมู่ 2 ต.ม่วงชุม อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี 71110.....

โทรศัพท์.....081-5152129.....

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามการวิจัยนี้เป็นจำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีในการตอบแบบสอบถาม

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น รวมทั้งข้าพเจ้าจะยังได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลตามปกติที่เคยได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

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

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ง
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของ นางสาวศศิมา วัฒนา สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน (2548) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี สรรเสริญ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวนงลักษณ์ สรรสม โทร 08-1515-2129

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม โทร. 08-1515-2129

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธน ศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช พยาบาลชำนาญการ 8 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ ออนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

นางสาวอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม โทร. 08-1515-2129

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ธัญบุรี ปทุมธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพัชรินทร์ แก้วรัตน์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

นาง พัชรินทร์ แก้วรัตน์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม โทร. 08-1515-2129

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาโทหญิง วิจิตรา เคี่ยมทองคำ ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรเวชกรรมชายผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

นาวาโทหญิง วิจิตรา เคี่ยมทองคำ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม โทร. 08-1515-2129

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวทิพย์พร แซ่เงิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

นางสาวทิพย์พร แซ่เงิน

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม โทร. 08-1515-2129

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 15 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกายหรืออยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัวแบบสอบถามประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนงลักษณ์ สรรสม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน เจ้าอาวาสวัดคำประมง (พระอาจารย์ ปพนพัทธ์ จิรธัมโม)

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกายหรืออยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายการรักษาเพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัว แบบสอบถามประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนงลักษณ์ สรรสม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่อนิสิต นางสาวนงลักษณ์ สรรสม โทร. 08-1515-2129

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ศูนย์มะเร็ง มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวนงลักษณ์ สรรสม โทร. 08-1515-2129

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ สรรสม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ (Memorial symptom assessment scale) ฉบับภาษาไทย จากคุณฐิณีนิพนธ์ เรื่อง กลุ่มอาการและอิทธิพลต่อการ ทำกิจกรรมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ของ นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ คณะพยาบาลศาสตร์ (2550) โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. สมจิตร หนูเจริญกุล เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวนงลักษณ์ สรรสม โทร 08-1515-2129



ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
(n=120)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ความผาสุกด้านร่างกาย	2.29	1.04
อาการคลื่นไส้	2.78	1.31
สภาพร่างกายทำให้มีปัญหา	2.73	1.43
ในการดูแลรับภาระต่างๆในครอบครัว		
การต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง	2.47	1.47
ความรู้สึกว่าตนไม่สบาย	2.07	1.46
ความรู้สึกว่าตนหมดเรี่ยวแรง	2.11	1.49
ความรู้สึกว่าคาบอผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา	1.97	1.53
อาการปวด	1.93	1.71
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	2.78	0.53
ความพึงพอใจต่อการสื่อสารกันภายในครอบครัว	3.76	0.57
ความใกล้ชิดกับคู่ครอง/คนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ	3.67	0.79
ความพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง	3.33	1.08
กำลังใจที่ได้รับจากเพื่อนๆ	3.07	0.95
ความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ	2.83	1.03
การดูแลช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อนๆ	2.83	0.90

ศูนย์วิทยุวิทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	2.80	0.80
ความพอใจกับวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของตนเอง	3.03	1.11
ความรู้สึกรวบรวมกระวายเป็นใจ	2.99	1.01
ความรู้สึกรวมดวงใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย	2.87	1.19
ความรู้สึกรู้สึกเศร้าใจ	2.74	1.25
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	2.74	1.13
ความวิตกกังวลว่าอาการจะแย่ลง	2.41	1.22
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	2.71	0.88
การยอมรับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	3.13	0.83
ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนในขณะที่เจ็บป่วย	2.79	1.01
การมีชีวิตที่สนุกสนาน	2.75	1.08
ความรู้สึกรู้สึกสนุกสนานกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำราญ	2.73	1.04
ความพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน	2.54	1.43
ความสามารถในการทำงานทั่วไป	2.53	1.46
คุณภาพการนอนหลับ	2.48	1.20

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่าง	3.58	0.38
มีที่พึ่งทางใจ	3.82	0.40
ทำดียอมได้รับผลดี	3.76	0.45
คำสอนในศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ	3.65	0.50
การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา	3.64	0.50
นำไปสู่ความสงบ		
การทำความดีทำให้มีความสุข	3.64	0.51
ความศรัทธาในศาสนาทำให้	3.61	0.57
ไม่รู้รู้สึกโดดเดี่ยว		
คำสอนของศาสนาช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง	3.60	0.53
การทำความดีช่วยให้ความทุกข์ลดลง	3.52	0.57
การปฏิบัติธรรมทำให้สงบ	3.41	0.58
การสวดมนต์หรือการทำสมาธิทำให้มีความอึดใจ	3.36	0.61
ความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา	3.50	0.41
การมีเป้าหมาย	3.72	0.54
ชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดีงาม	3.58	0.52
ชีวิตมีความสุข สงบ	3.53	0.61
ชีวิตมีคุณค่า	3.53	0.52
มีความหวังในชีวิต	3.48	0.59
ชีวิตมีความสุขสมบูรณ์	3.45	0.60
รู้สึกดีเกี่ยวกับอนาคต	3.43	0.59
มีหวังว่าชีวิตจะมีความสุข	3.40	0.60
ชีวิตมีความรื่นรมย์	3.34	0.62
ชีวิตมีเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้	3.33	0.58
ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม	3.54	0.38

ตารางที่ 16 แสดงจำนวน ร้อยละของประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120)

ประสบการณ์มีอาการ	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อ่อนเพลีย / เพลีย / ไม่มีแรง	88	73.3	32	26.7
น้ำหนักลด	84	70.0	36	30.0
มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม หรือ เปลี่ยนแปลงไป	81	67.5	39	32.5
ปวด	74	61.7	46	38.3
กังวล / กลุ้มใจ	71	59.2	49	40.8
หงุดหงิด/ โมโหง่าย	69	57.5	51	42.5
นอนไม่หลับ หรือ นอนหลับยาก	64	53.3	56	46.7
ไม่อยากอาหาร / เบื่ออาหาร	64	53.3	56	46.7
ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ (คิดช้า หลงลืมง่าย ใจไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำ)	48	40.0	72	60.0
ปากแห้ง	47	39.2	73	60.8
รู้สึกเศร้าใจ	39	32.5	81	67.5
ชา / เจ็บแปลบปลายมือ / ปลายเท้า	36	30.0	84	70.0
รู้สึกอึดอัด / อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	34	28.3	86	71.7
เวียนศีรษะ/ มึนศีรษะ	34	28.3	86	71.7
รู้สึกกระวนกระวาย	31	25.8	89	74.2
กลืนลำบาก	31	25.8	89	74.2
ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	30	25.0	90	75.0
ท้องผูก	29	24.2	91	75.8
รู้สึกง่วงนอน/ เื่องซึม	28	23.3	92	76.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ประสบการณ์มีอาการ	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หายใจไม่อิ่ม/ หายใจตื้น	28	23.3	92	76.7
ไอ	28	23.3	92	76.7
ผมร่วง	28	23.3	92	75.7
คลื่นไส้	27	22.5	93	77.5
เจ็บปาก / ในช่องปาก	21	17.5	99	82.5
บวมบริเวณแขน / ขา	20	16.7	100	83.3
มีปัญหาเวลาขับถ่ายปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	19	15.8	101	84.2
อาเจียน	16	13.3	104	86.7
ผิวหนัง หรือ เล็บเปลี่ยนแปลง	15	12.5	105	87.5
คันตามร่างกาย	12	10.0	108	90.0
ท้องเสีย	11	9.2	109	90.8
เหงื่อออกผิดปกติ	8	6.7	112	93.3
มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศ หรือ กิจกรรมทางเพศ	4	3.3	116	96.7

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละ ตามระดับความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120)

อาการ	ความถี่		ความรุนแรง		ความทุกข์ทรมาน	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ปวด	3.05	0.98	3.05	1.02	2.53	0.88
อ่อนเพลีย / เบลี้ย / ไม่มีแรง	3.00	1.02	2.78	1.08	2.15	1.10
ปากแห้ง	3.00	1.00	2.64	1.13	1.62	1.24
ชา / เจ็บแปลบปลายมือ / ปลายเท้า	2.92	1.18	2.22	0.99	1.49	1.21
เบื่ออาหาร	2.92	0.96	2.81	1.11	2.00	1.09
นอนไม่หลับ หรือ นอนหลับยาก	2.83	0.90	2.86	1.07	2.15	0.93
รู้สึกอึดอัด/อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	2.73	1.08	2.38	1.13	1.84	1.17
กังวล / กลุ้มใจ	2.61	0.95	2.58	0.99	1.93	1.01
หายใจไม่อิ่ม/ หายใจตื้น	2.60	0.92	2.32	1.06	1.77	1.07
รู้สึกง่วงนอน/ เื่องซึม	2.57	1.07	2.11	0.83	1.31	1.00
กลิ่นลำปาก	2.55	1.09	2.65	1.08	2.14	1.04
มีปัญหาเวลาขับถ่ายปัสสาวะ/ถ่าย	2.47	1.12	2.21	0.98	1.43	1.05
ปัสสาวะผิดปกติ						
ไอ	2.39	1.13	2.21	1.22	1.80	1.26
คลื่นไส้	2.33	1.04	2.22	1.05	1.60	1.08
หงุดหงิด/ โมโหง่าย	2.32	0.88	2.38	1.09	1.72	1.05
รู้สึกกระวนกระวาย	2.29	0.86	2.29	0.97	1.70	0.94
รู้สึกเศร้าใจ	2.21	0.77	2.41	1.04	1.89	1.06
เวียนศีรษะ/ มึนศีรษะ	2.21	0.69	1.97	0.87	1.36	0.95

ตารางที่ 17 (ต่อ)

อาการ	ความถี่		ความรุนแรง		ความทุกข์ ทรมาน	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการ รวบรวมสมาธิ (คิดช้า หลงลืมง่าย ใจไม่ จดจ่อกับ สิ่งที่ทำ)	2.19	0.67	2.13	0.87	1.23	0.96
คันตามร่างกาย	2.08	1.08	1.83	1.11	1.27	1.05
อาเจียน	2.06	0.68	1.94	0.77	1.55	1.07
เหงื่อออกผิดปกติ	1.75	0.87	1.88	0.83	0.90	1.08
ท้องเสีย	1.73	1.01	1.82	1.25	0.73	1.04
มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศ หรือ กิจกรรมทางเพศ	1.25	0.50	1.00	0.00	0.60	0.77
ได้รับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	-	-	2.77	1.04	1.97	0.93
บวมบริเวณแขน / ขา	-	-	2.75	1.29	1.88	1.28
มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือ เปลี่ยนแปลงไป	-	-	2.72	1.09	1.79	1.02
ผม่วาง	-	-	2.71	1.21	1.03	0.95
น้ำหนักลด	-	-	2.69	1.12	1.59	1.13
เจ็บในช่องปาก	-	-	2.29	1.06	1.64	0.96
ท้องผูก	-	-	2.10	1.01	1.49	0.97
ผิวหนัง หรือ เล็บเปลี่ยนแปลง	-	-	2.07	1.28	1.44	1.06

จากตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละ ตามระดับความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120) ซึ่งด้านความถี่ของอาการนั้นในการวิจัยนี้ประเมินเพียง 24 อาการ

ตารางที่ 18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาใน
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=120)

การปฏิบัติสัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ด้านทาน	3.43	0.39
ยินดีเมื่อผู้อื่นได้ดีหรือมีความสุข	4.88	0.59
ให้อภัยกับผู้อื่น	4.83	0.58
ให้ความรู้หรือคำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น	4.46	1.05
ทำบุญแล้วอุทิศส่วนกุศลให้ผู้มีพระคุณ	4.13	0.92
ทำบุญตักบาตรหรือถวายสังฆทาน	4.02	1.06
บริจาควัตถุ สิ่งของ หรือเงินแก่ผู้อื่น	2.18	1.21
ทำบุญวันเกิด/ทำบุญตามเทศกาล	2.15	0.77
ทำบุญด้วยการทอดผ้าป่า/ทอดกฐิน	2.13	0.65
บำเพ็ญสาธารณประโยชน์	2.05	1.32
ด้านศีล	4.78	0.26
พูดในสิ่งที่ดีกับผู้คนรอบข้าง	4.96	0.20
ไม่ทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บหรือเดือดร้อน	4.93	0.40
ไม่นำของผู้อื่นมาใช้ส่วนตัวโดยไม่ได้รับอนุญาต	4.92	0.53
ไม่ได้ทำให้ผู้อื่นสูญเสียของรัก	4.91	0.53
ไม่ดื่มสุรา หรือของมึนเมา	4.89	0.55
ปฏิบัติตามหลักศีลธรรมของศาสนา	4.89	0.45
พูดตรงกับความจริงและไม่พูดโกหก	4.88	0.51
ไม่ลงโทษสัตว์ด้วยการขว้างปา หรือทุบตี	4.77	0.62
พูดเพื่อให้ผู้ฟังสบายใจ	3.92	0.99

ตารางที่ 18 (ต่อ)

การปฏิบัติสัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ด้านภาวนา	3.68	0.73
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา	4.91	0.32
พิจารณาว่า เกิด แก่ เจ็บและตายเป็นธรรมชาติชีวิตที่ทุกคนต้องเผชิญ	4.81	0.44
มีสติระลึกรู้ตลอดเวลาถึงความคิดและการกระทำของตน	4.71	0.90
สวดมนต์ หรือเจริญภาวนา	4.12	1.43
แผ่เมตตาให้กับสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย	3.06	1.85
ฟังธรรม หรือ สนทนาธรรม	2.11	1.51
ปฏิบัติสมาธิ	2.03	1.57

ตารางที่ 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงสนับสนุนของครอบครัวที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้ายได้รับ (n=120)

แรงสนับสนุนของครอบครัว	Mean	SD
ด้านอารมณ์		
1. การได้รับความรักและความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว	4.63	0.66
2. การได้รับความเคารพ ยกย่องและนับถือจากบุคคลในครอบครัว	4.46	0.66
3. การได้รับการเอาใจใส่ ให้ข้อคิด และปลอบโยนจากบุคคลในครอบครัว	4.67	0.57
4. การได้รับกำลังใจในการดำเนินชีวิตจากบุคคลในครอบครัว	4.68	0.52
5. การได้รับความสนใจต่อคำแนะนำของผู้ป่วยจากบุคคลในครอบครัว	4.40	0.70
6. บุคคลในครอบครัวสามารถให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา	4.61	0.60
7. การได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มใจจากบุคคลในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเดือดร้อน หรือไม่สบายใจ	4.62	0.57
8. บุคคลในครอบครัวเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย	4.65	0.53
9. การได้รับความสนใจจากบุคคลในครอบครัวด้านการตรวจรักษาของแพทย์	4.64	0.59
10. การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวที่มั่นใจได้ว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งใน ขณะที่เจ็บป่วย	4.70	0.53

ตารางที่ 19 (ต่อ)

แรงสนับสนุนของครอบครัว	Mean	SD
ด้านข้อมูลข่าวสาร		
11. การได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว	4.51	0.68
12. การให้เวลาพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจากบุคคลในครอบครัว	4.41	0.72
13. การจัดหาหนังสือ หรือ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยบุคคลในครอบครัว	3.47	1.31
14. การได้รับข้อเสนอแนะหรือท้วงติงจากบุคคลในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่เหมาะสมด้านสุขภาพ	4.48	0.73
15. การได้รับการตักเตือนในเรื่องมารับการรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือ เจ็บป่วย	4.66	0.56
ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล		
16. การได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทอง หรือ สิ่งของจากบุคคลในครอบครัว	4.63	0.59
17. การได้รับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวันจากบุคคลในครอบครัว	4.68	0.52
18. การดูแลจัดหาอาหารพิเศษ หรือ อาหารบำรุงร่างกายแก่ผู้ป่วยจากบุคคลในครอบครัว	4.48	0.77
19. การได้รับการช่วยเหลือด้านการเดินทางมารับการรักษาจากบุคคลในครอบครัว	4.71	0.49
20. การได้รับการช่วยเหลือด้านการแบ่งเบาภาระหน้าที่ในขณะที่เจ็บป่วยจากบุคคลในครอบครัว	4.66	0.56

ตารางที่ 20 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับ (n=120)

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	Min	Max	Mean	SD
1. การพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยนกับผู้ป่วย	1	4	3.76	0.49
2. การให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วย	2	4	3.70	0.48
3. การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล	2	4	3.65	0.56
4. การยอมรับพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย	1	4	3.54	0.59
5. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามขีดจำกัดของร่างกายที่สามารถทำได้	1	4	3.56	0.65
6. การดูแลปลอบใจเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมบางอย่างไม่สำเร็จ หรือ การชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมบางอย่างได้	1	4	3.35	0.83
7. การตั้งเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้ในการดูแลผู้ป่วย	1	4	3.19	1.05
8. การปลอบโยนผู้ป่วยให้มีจิตใจที่เข้มแข็งไม่ย่อท้อกับปัญหาที่เกิดขึ้น	1	4	3.75	0.53
9. การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย	2	4	3.78	0.46
10. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย	1	4	3.74	0.59
11. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้	1	4	3.73	0.53
12. การดูแลและสังเกตการณ์แสดงออกทางสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย	1	4	3.38	0.80

ตารางที่ 20 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	Min	Max	Mean	SD
13.การดูแลและรับฟังการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย	1	4	3.56	0.62
14.การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว	1	4	3.13	0.96
15.การพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยฟังแล้วสบายใจ	1	4	3.45	0.90
16.การดูแลด้วยความเป็นกันเองและโอนอ่อนผ่อนตาม	2	4	3.79	0.44
17.การพูดคุยด้วยคำพูดที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายกับผู้ป่วย	2	4	3.81	0.42
18.การดูแลด้วยความนุ่มนวลและสม่ำเสมอ	2	4	3.84	0.89
19.การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ	2	4	3.94	0.27
20.การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางลบของผู้ป่วย	1	4	3.41	0.74
21.การยอมรับการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้แต่ช้า	1	4	3.60	0.62
22.การเข้าใจในการกระทำที่ผู้ป่วยแสดงออกมา	1	4	3.46	0.74
23.ความสามารถในการยอมรับการกระทำที่ผู้ป่วยแสดงออกได้	1	4	3.57	0.69
24.การช่วยค้นหาและแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายกาย/ใจ	1	4	3.39	0.82
25.การขอรับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	1	4	3.08	0.98
26.การรับฟังคำแนะนำในการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น	1	4	3.18	0.90
27.การใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยมาเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาระหว่างดูแล	1	4	3.21	0.86

ตารางที่ 20 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	Min	Max	Mean	SD
28.การถ่ายทอดข้อมูลด้านการรักษาและอาการของโรคที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยทราบ	1	4	3.28	0.93
29.การตอบคำถามหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัย	1	4	3.41	0.69
30.การสังเกตการณ์แสดงออกเพื่อแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วย	2	4	3.41	0.72
31.การดูแลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดอันตราย	1	4	3.66	0.64
32.การจัดสถานที่อยู่ให้มีอากาศที่ถ่ายเทสะดวก	2	4	3.73	0.56
33.การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย	2	4	3.66	0.62
34.การจัดอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก	2	4	3.71	0.53
35.การดูแลเรื่องอาหาร การพักผ่อนให้เหมาะกับโรคและอาการของผู้ป่วย	1	4	3.74	0.52
36.การดูแลเรื่องการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย	1	4	2.80	1.13
37.การเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นในครอบครัวหรือผู้เป็นที่รักของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย	1	4	3.62	0.69
38.การพูดคุยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง	1	4	3.63	0.62
39.การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือสิ่งที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจผู้ป่วย	1	4	3.64	0.65
40.การพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับธรรมชาติและความเป็นจริงของชีวิต	1	4	3.43	0.74

ศูนย์วิทยุโทรพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม เกิดเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2522 ที่จังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2544 เริ่มปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ณ.หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 9 ตะวันตก งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้รับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมียี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 พฤศจิกายน 2550 หลังจากนั้นได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่วันที่ 2 มิถุนายน 2551 ถึงปัจจุบัน ประวัติการทำงาน ตำแหน่ง ปัจจุบันพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย ณ.หอผู้ป่วยวิบูลย์รักษ์ -ธนาкарไทยพาณิชย์ ชั้น3 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย