

ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF BUDDHIST CARE PROGRAM ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN
PATIENTS WITH ADVANCED CHOLANGIOCARCINOMA



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Common Course

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม
โดย	น.ส.ปวีณา พงษ์พินนา
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

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

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

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ปวีณา พงษ์พันทนา : ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย
มะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม. (THE EFFECT OF BUDDHIST CARE PROGRAM ON
HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ADVANCED
CHOLANGIOCARCINOMA) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สุริพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อ.
ดร.นพมาศ พัดทอง

วิจัยนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วย
มะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ก่อนได้รับโปรแกรมและภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2
และสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
จำนวน 24 คน ได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ
และ แบบประเมิน Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care (FACIT-
Pal) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมิน FACIT-Pal ได้ 0.89 และค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.94 วิเคราะห์ผลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบ
วัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA)

ผลวิจัยสรุปได้ดังนี้ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลัง
ได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
.05 เมื่อจำแนกรายมิติพบว่ามิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์หลังได้รับโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2
และ สัปดาห์ที่ 6 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 สรุปได้ว่า โปรแกรมการ
ดูแลวิถีพุทธสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามได้ แม้ว่าใน
สัปดาห์ที่ 6 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลง แต่ผลลัพธ์ของโปรแกรมยังสามารถส่งเสริมความ
ผาสุกด้านจิตอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามได้ต่อเนื่อง

สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2564	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6270006736 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: HEALTH RELATED-QUALITY OF LIFE/ADVANCED
CHOLANGIOCARCINOMA/BUDDHIST CARE PROGRAM

Paweena Pongpunna : THE EFFECT OF BUDDHIST CARE PROGRAM ON
HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ADVANCED
CHOLANGIOCARCINOMA . Advisor: Assoc. Prof. SUREEPORN THANASILP,
D.N.S., Co-advisor: NOPPAMAT PUDTONG, Ph.D.

This research was a quasi - experimental research. The purpose was to compare the effect of Buddhist care program on Health-related quality of life (HRQOL) in patients with advanced cholangiocarcinoma before and after receiving the program in Week 1, Week 2 and Week 6. The samples were 24 advanced cholangiocarcinoma patients who were Buddhist received the Buddhist care program for 2 weeks. The instruments were Buddhist care program and the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) in Thai version. The content validity index of FACIT- Pal was 0.89 and the Cronbach alpha coefficient was 0.94. One-way repeated ANOVA was applied for data analysis. Result: HRQOL in advanced cholangiocarcinoma patients after receiving the program in week 1 and week 2 were significantly better than before receiving the program at .05 level. The Emotional well-being dimension after receiving the program in week 1, week 2 and week 6 were significantly better than before receiving the program at .05 level. The Buddhist care program can improve HRQOL in advanced cholangiocarcinoma patients after receiving the program in week 1 and week 2. Although HRQOL declined in week 6 but can continue to enhance the emotional well-being.

Field of Study: Adult and Gerontological Student's Signature

Nursing

Academic Year: 2021 Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านทั้งสองได้ให้ความช่วยเหลือชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ตลอดจนคอยแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มาตลอด ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. อีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ และเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ให้คำแนะนำอันทรงคุณค่าในการนำมาปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์ และกราบขอบพระคุณ อโรคยาศาล วัดคำประมงที่อนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยได้ไปเพิ่มพูนทักษะการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็ง ด้วยการบูรณาการหลักศาสนาพุทธ ขอกราบขอบพระคุณคุณอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และให้ความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ข้าพเจ้า ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าและบุคลากรของหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขอขอบพระคุณ ศูนย์วิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก (Asian Wisdom Care Research Unit) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการผลิตสื่อที่ใช้ในงานวิจัย และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่เป็นมิตรที่ดี ให้กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือกันเสมอมา

ท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ที่คอยให้กำลังใจ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูแด่ บิดาและมารดาของข้าพเจ้า พร้อมกับผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จในวันนี้

ปวีณา พงษ์พันทนา

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
3. คำถามการวิจัย.....	6
4. แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
5. สมมติฐานการวิจัย.....	8
6. ขอบเขตการวิจัย.....	8
7. คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย.....	9
8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม.....	12
2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม.....	21
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life).....	25

4. หลักพุทธธรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	32
5. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ	34
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย	39
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	40
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
2. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	41
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
4. การดำเนินการวิจัย	48
5. การประเมินผลการวิจัย	51
6. การรวบรวมข้อมูล	51
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	52
8. สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	53
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	56
2. การศึกษาค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	59
3. การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นราย มิติในแต่ละช่วงเวลา	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	69
1. สรุปผลการวิจัย	71
2. อภิปรายผลการวิจัย	73
3. ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดงานวิจัย	76
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	88

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	89
ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ...	91
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม	97
ภาคผนวก ง เครื่องมือดำเนินการวิจัย.....	108
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	127
ประวัติผู้เขียน.....	138



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว และสิทธิการรักษา	56
ตารางที่ 2 แสดงประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะของโรค ระยะเวลา การเจ็บป่วย การรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับ.....	58
ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกรายมิติ ในแต่ละช่วงเวลา.....	59
ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และรายมิติในแต่ละช่วงเวลา	65
ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกรายมิติกับแต่ละช่วงเวลาโดยวิธี Bonferroni.....	66
ตารางที่ 6 แสดงระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรม (Palliative performance scale)	128
ตารางที่ 7 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1.....	128
ตารางที่ 8 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2.....	129
ตารางที่ 9 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3.....	130
ตารางที่ 10 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 4	131
ตารางที่ 11 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 5	132
ตารางที่ 12 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 6	133
ตารางที่ 13 แสดงระดับค่าการยอมรับความตายวิถีพุทธของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ	134

ตารางที่ 14 แสดงระดับการปฏิบัติกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน	134
ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและ ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ Shapiro- Wilk	135
ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการ วัดแต่ละครั้ง โดย Greenhouse-Geisser Adjust	135
ตารางที่ 17 แสดงการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนก เป็นรายมิติกับแต่ละช่วงเวลาโดยวิธี LSD	136
ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบรายคู่ของค่าความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติกับแต่ละช่วงเวลาโดยวิธี Sidak	137



สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติความผาสุกด้านร่างกายในแต่ละช่วงเวลา.....	61
แผนภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติความผาสุกด้านสังคมในแต่ละช่วงเวลา	61
แผนภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ในแต่ละช่วงเวลา.....	62
แผนภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ในแต่ละช่วงเวลา.....	62
แผนภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติการรับรู้การดูแลประคับประคอง ในแต่ละช่วงเวลา	63
แผนภาพที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา	63



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) จัดอยู่ในกลุ่มมะเร็งระดับปฐมภูมิ พบผู้ป่วยเป็นอันดับ 2 รองจากผู้ป่วยมะเร็งตับ (Banales et al., 2020; อรรถพล ตีตะปัญ, 2015) สถิติผู้ป่วยทั่วโลกมีอัตราการความชุกเฉลี่ย 2 ต่อแสนประชากร (Izquierdo-Sanchez et al., 2022) ขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราการความชุก 85 ต่อแสนประชากร (Banales et al., 2020; Kamsa-ard et al., 2018) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรกมักไม่แสดงอาการ ทำให้ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ที่ตรวจพบเป็นผู้ป่วยในระยะลุกลาม (Blechacz, 2017) ที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาด เมื่อจำแนกตามเกณฑ์ของ American Joint Committee on Cancer (8th Edition) (cite in Forner et al. (2019) จึงเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ด้วยลักษณะของเซลล์มะเร็งท่อน้ำดีที่ลุกลามได้อย่างรวดเร็ว (กิตติ อินทุยศ และคณะ, 2012) ทำให้การรักษาปัจจุบันจึงเพื่อประคับประคองอาการ สามารถยืดชีวิตของผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่ง แต่โดยส่วนใหญ่อัตราการรอดชีวิตไม่เกิน 1 ปี (Marino, Leone, Cavalloni, Cagnazzo, & Aglietta, 2013; Sumiyoshi et al., 2018) ด้วยอาการที่รุนแรงขึ้นตามระยะการลุกลามของโรค (Sun et al., 2008) ซึ่งคุกคามต่อชีวิต สร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม ตลอดจนจิตวิญญาณ พร้อมทั้งผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามยังต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนตลอดเวลา ก่อนที่จะเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยการต้องรอกับความตายที่ใกล้จะมาถึง (ชุนกร แก้วมณี, พิภูล นันทชัย พันธุ์ และ สุตราตัน สิทธิสมบัติ, 2015) ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับต่ำ และจะลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะและการลุกลามของโรค (Mihalache, Tantau, Diaconu, & Acalovschi, 2010)

Guyatt, Feeny, and Patrick (1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) เป็นการคำนึงเฉพาะบริบทด้านสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจหรือความผาสุกในชีวิตของแต่ละบุคคล ส่วนคุณภาพชีวิต (Quality of life) นั้นครอบคลุมทุกบริบทของการดำเนินชีวิตชีวิต ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจหรือความผาสุก โดยในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการนำแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และแนวคิดคุณภาพชีวิตมาศึกษาอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะบริบททางการแพทย์ โดยใช้ทั้งสองคำนี้ทดแทนกันในหลายงานวิจัย (Moons, 2004) โดยที่งานวิจัยนี้ใช้คำว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ Cella (1994) ได้นิยามว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกที่ครอบคลุมบริบทในการดำเนินชีวิต โดยเป็นผลจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา

ระดับความผาสุกขึ้นอยู่กับการรับรู้ ความคาดหวัง และความสามารถในการปรับตัว ซึ่งมีผลต่อความผาสุกของบุคคลใน 4 มิติ (Multidimensionality) อันได้แก่ มิติความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ (Emotional well-being) และมิติความผาสุกด้านสังคม (Social well-being)

การศึกษาของ Woradet et al. (2016) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีระยะลุกลาม มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในรายมิติย่อยแตกต่างกัน โดยมิติความผาสุกด้านร่างกายมีระดับต่ำที่สุด ตามด้วยมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ และสูงสุดคือมิติความผาสุกด้านสังคม การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำสุดในมิติความผาสุกด้านร่างกายนั้น และการศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการปวดแน่นท้อง มีไข้ คัดตามตัว ตัวตาเหลือง (Rees et al., 2020) นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษายังก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องเสีย ระบายการนอนหลับ (Zabernigg et al., 2012) อาการเหล่านี้ทวีความรุนแรงมากขึ้น ตามการลุกลามของโรค จึงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Bibeau, Bachini, Lindley, Barkey, & Lindsey, 2021) สัมพันธ์กับมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับต่ำ เมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ย่อมมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมากขึ้น หากไม่ได้รับการตอบสนอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ลำพังหรือต้องแยกจากครอบครัว ย่อมทำให้มิติความผาสุกด้านสังคมลดลง อีกทั้งการที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไม่ว่าเกิดขึ้นกับผู้ใด ย่อมคาดหวังว่าการรักษาจะทำให้หายขาด และมีชีวิตที่ยืนยาว ในขณะที่ความเป็นจริงแล้ว เมื่อรับรู้ถึงการดำเนินโรคที่เข้าสู่ระยะลุกลาม และไม่มีโอกาสรักษาหาย สภาวะทางด้านจิตอารมณ์ของผู้ป่วยย่อมเปลี่ยนแปลง ดังการศึกษาของสมปอง พะมุสิลา และคณะ (2020) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามรับรู้ว่าเป็นอยู่ร้ายแรง รักษาไม่หาย รอความตายที่กำลังจะมาถึง ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานทางด้านจิต อารมณ์ เกิดความวิตกกังวล กลัวความตายที่ไม่อาจรู้แน่ ทำให้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยต้องอยู่กับความไม่แน่นอนของชีวิต (วารสาร วรรณ อ่อนอนงค์ และ เขาวรัตน์ มัชฌิม, 2019) ย่อมส่งผลต่อมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ นอกจากนี้ยังกระทบด้านจิตวิญญาณ เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยมีความต้องการการตอบสนองด้านจิตวิญญาณในระดับสูง ต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงกับศาสนา (ชุนกร แก้วมณี, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ สุภารัตน์ สิทธิสมบัติ, 2015) เมื่อใดที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งจากไปอย่างไม่สงบ ถึงแม้ความตายจะมีอาจหลีกเลี่ยงได้ แต่ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นสามารถบรรเทา และผู้ป่วยพร้อมที่จะจากไปอย่างสงบได้ หากว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ครอบคลุมเป็นองค์รวม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี คือ ปัจจัยด้านอาการของโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีอิทธิพลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง ขณะที่ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากสังคม มีอิทธิพลสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ (Somjaivong, Thanasilp, Preechawong, & Sloan, 2011)

องค์การอนามัยโลก(World Health Organization, 2014) ได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคระเร็งซึ่งรวมถึงโรคมะเร็งว่า ควรนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ร่วมกับการดูแลรักษาตามปกติ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมอย่างมีคุณภาพ เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง โดยมีองค์ประกอบของการดูแลประคับประคอง ประกอบด้วย การดูแลบรรเทาอาการปวด และอาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การดูแลที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ การดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ระบบสาธารณสุขในประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง เห็นได้จากเริ่มกำหนดแนวนโยบาย เกี่ยวกับการดูแลประคับประคองขึ้นในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตใน พ.ศ. 2557-2559 ทำให้โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความพยายามในการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะระยะลุกลามแบบประคับประคองมากขึ้น เห็นได้จากการศึกษาของพนัดดา สุวรรณ และคณะ (2017)ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางให้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะระยะลุกลามแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ต่อผลลัพธ์การดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมจิตร ประภากร และ ศิริพร สวยพริ้ง (2015)ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดลดลง มีระดับการยอมรับการดำเนินโรคสูงขึ้น และค่าเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตวิญญาณสูงขึ้น

ประชากรในสังคมไทยส่วนใหญ่ร้อยละ 94 นับถือศาสนาพุทธ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563)และศาสนามีอิทธิต่อวัฒนธรรมและความเชื่อของคนไทยมาอย่างยาวนาน สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต) (2561)ได้อธิบายหลักพุทธธรรมว่า เป็นคำสอนซึ่งแสดงสภาวะความเป็นจริงและความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของสิ่งทั้งปวง หรือที่เรียกว่ากฎธรรมชาติ การเรียนรู้พุทธธรรมจึงเพื่อเข้าใจกฎธรรมชาติ โดยพุทธธรรมที่แสดงลักษณะธรรมชาติ 3 ลักษณะของสิ่งทั้งหลาย ที่ล้วน

แล้วแต่ไม่มีตัวตน ไม่เที่ยง ไม่คงที่ นั่นคือ ไตรลักษณ์ อันประกอบด้วย อนิจจตา คือความไม่เที่ยง ภาวะที่เกิดขึ้นและเสื่อมสลายไป ทุกขตา คือความเป็นทุกข์ เป็นภาวะที่ถูกบีบคั้นจากภาวะที่เกิดขึ้น แล้วย่อมมีเสื่อมสลายไป อนัตตา คือความไม่ใช่ตัวตน ไม่มีต้นที่มั่น ไม่มียึดมั่นถือมั่น โดยอาศัยการรู้เท่าทันความจริงของธรรมชาติ ศาสนาพุทธยังเชื่ออีกว่า ทุกคนสามารถเรียนรู้และจัดการปัญหาต่างๆ เพื่อให้มีวิถีชีวิตที่ดีด้วยการเรียนรู้ 3 ด้าน นั่นคือ ไตรสิกขา อันได้แก่ ศีล เป็นการเรียนรู้ด้านที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก ด้วยการสำรวมกาย วาจา สมาธิ คือการเรียนรู้ด้านจิตใจ ยกกระตือรือร้นและสมาธิ และปัญญา คือการเรียนรู้ให้เกิดความเข้าใจตามเหตุและปัจจัย รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงตามภาวะความเป็นจริงของธรรมชาติ โดยสามารถนำหลักไตรสิกขามาพัฒนาบุคคลให้เกิดคุณภาพและเป็นองค์รวม โดยจุดมุ่งหมายสูงสุดเพื่อให้เกิดความรู้แจ้ง เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลง นั่นคือเห็นความเป็นไตรลักษณ์ของชีวิตนั่นเอง ดังการศึกษาของ Chimluang et al. (2017) พบว่าโปรแกรมไตรสิกขาบำบัดทำให้ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Jeranukul, Pothiban, Chintanawat, and Saengthong (2015) พบว่าการเรียนรู้พุทธธรรม และฝึกสมาธิ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และส่งเสริมการปรับตัวให้สอดคล้องกับภาวะของโรคตามความเป็นจริงด้วยจิตใจที่สงบ พระไพศาล วิสาโล และคณะ (2553) ได้กล่าวว่า ผู้ที่มีการเตรียมตัวเตรียมใจพร้อมรับความตายอยู่เสมอ จะเป็นผู้ที่ยอมรับความตายได้ เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ผู้นั้นย่อมสามารถตายดีได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมตัวเตรียมใจที่ดี ย่อมเกิดการยอมรับกับความตายที่กำลังจะมาถึง ไม่ได้ตื่นตระหนก และพร้อมละจากโลกนี้ โดยถือเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยจะเลือกตายดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Krapo, Thanasilp, and Chimluang (2018); Tang et al. (2016) ที่พบว่าความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย เป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยอมรับความตายได้ และการศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งสามารถยอมรับการเจ็บป่วย และยอมรับความตายได้ จะทำให้ช่วงชีวิตที่เหลือมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และเกิดการตายดี (Leung et al., 2010; Philipp et al., 2019; Ray et al., 2006; Tang et al., 2016) นั่นคือหลักไตรลักษณ์และไตรสิกขาสามารถบูรณาการร่วมกับการดูแลประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์จากโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม สามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วย ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างองค์รวม นำพาผู้ป่วยให้มีความพร้อมเข้าสู่วาระสุดท้ายและจากไปได้อย่างสงบ

แม้ว่าแนวทางการดูแลประคับประคอง จะสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความเชื่อในการแสดงความกตัญญูต่อบุพพาริเมื่อเจ็บป่วย ด้วยการรักษาผู้ป่วยและยืดชีวิตอย่างเต็มที่จนวาระสุดท้าย ซึ่งมีผู้ป่วย

จำนวนไม่น้อยที่ต้องการทำตามความต้องการของครอบครัว มากกว่าความต้องการของตนเอง (Lin et al. (2019) นอกจากนี้ครอบครัวส่วนใหญ่ มักต้องการปกปิดการพยากรณ์โรคที่แท้จริง เพราะเชื่อว่าการรับรู้เกี่ยวกับพยากรณ์โรค จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจ กลัวผู้ป่วยอาการทรุด หดกำลังใจ และทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น(สมปอง พะมุลิลา, 2020) ผู้ป่วยจึงขาดโอกาสในการเลือกแนวทางการรักษา และไม่มีเตรียมพร้อมก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต (วราภรณ์ อ่อนอนงค์ และ เยาวรัตน์ มัชฌิม, 2019) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจเกิดความรู้สึกอึดอัดในความเจ็บปวดหรือหวาดกลัวกับความไม่แน่นอนของชีวิต อีกทั้งไม่สามารถระบายความรู้สึกที่กำลังเผชิญ จึงมักวิตกกังวลกับความตาย และไม่ยอมรับกับความตายที่กำลังจะเผชิญ(Krapo et al., 2018) ส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างทุกข์ทรมาน (Zimmermann, 2012)อีกทั้งการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาได้ (Lin et al., 2019) ข้อจำกัดต่อมาคือ ด้านบุคลากรที่ดูแลประจำหอผู้ป่วย ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ (Phunggrassami, Thongkhamcharoen, and Atthakul (2013) ขาดความมั่นใจในทักษะการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบุคลากรยังมองว่าการรักษาและยื้อชีวิตอย่างเต็มที่ จะสามารถป้องกันข้อขัดแย้งและการฟ้องร้องทางกฎหมาย (Lin et al. (2019) และข้อจำกัดในบริบทของสภาพแวดล้อมโรงพยาบาลมีความเป็นส่วนตัวน้อย และการจำกัดเวลาเยี่ยม ทำให้การมีส่วนร่วมของครอบครัวขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลลดลง (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเมื่อเข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคมามากที่สุด (ร้อยละ 97.93) ตามมาด้วยด้านการจัดการอาการที่ผู้ป่วยทุกข์ทรมานในทันที (ร้อยละ 96.67) ด้านการดูแลด้านจิตใจ(ร้อยละ 91.36) และด้านการดูแลด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน(ร้อยละ 80.15)

จากการทบทวนวรรณกรรม รูปแบบการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกับแนวทางทางพุทธศาสนา อย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม เหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ จากกรอบแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (2014) ร่วมกับบูรณาการหลักพุทธธรรม อันได้แก่ ไตรสิกขา (พุทธทาสภิกขุ, 2564; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) และกฎไตรลักษณ์ (พระธรรมโกศาจารย์(พุทธทาสภิกขุ), 2549; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) ซึ่งหลักไตรสิกขาและไตรลักษณ์ เป็นหลักธรรมที่สามารถนำมาพัฒนาเป็นกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีและครอบคลุมทุกมิติ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามก่อนได้รับโปรแกรม และภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

3. คำถามการวิจัย

โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและในรายมิติของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามอย่างไร ภายหลังจากได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และในสัปดาห์ที่ 6 และแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

4. แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ด้วยลักษณะของเซลล์มะเร็งท่อน้ำดีที่ลุกลามได้อย่างรวดเร็ว (กิตติ อินทุยศ และคณะ, 2012) ทำให้การรักษาปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามมีการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากปัจจัยด้านอาการที่รุนแรงของโรค และปัจจัยด้านจิตใจที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (Somjaiwong et al., 2011) ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกับศาสนา (ชนุกร แก้วมณี, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ, 2015) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (2014) ประกอบด้วย การดูแลเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว บุคลากรร่วมกับหลักพุทธธรรม อันประกอบด้วย ไตรสิกขา (พุทธทาสภิกขุ, 2564; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) และกฎไตรลักษณ์ (พระธรรมโกศาจารย์(พุทธทาสภิกขุ), 2549; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามได้ครอบคลุมองค์รวม ด้วยการลดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งปัจจัยด้านอาการของโรค ด้านจิตใจที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ และส่งเสริมปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากสังคม โดยมีองค์ประกอบของโปรแกรมหาดังต่อไปนี้

1) การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายด้วยหลักไตรสิกขา ประกอบด้วย ศีล สมาธิ และปัญญา โดยหลักของศีล คือการสำรวมร่างกาย วาจา ด้วยกิจกรรมการสวดมนต์ แผ่เมตตา หลักของสมาธิ คือการพัฒนาด้านจิตใจ ยกระดับการมีสติและสมาธิ ทำจิตใจสงบเมื่อมีสติและสมาธิ ย่อมรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามสภาวะความเป็นจริง ไม่ยึดติดกับ

ร่างกาย นั่นคือหลักของปัญญา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำสมาธิอย่างน้อยวันละ 20 นาที ติดต่อกันอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ สามารถกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุม และลดระดับตัวรับสัญญาณความเจ็บปวด (nociceptive neural target) ทำให้สามารถบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ (Zeidan, Baumgartner, & Coghill, 2019) พร้อมทั้งยังกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนที่ควบคุมความวิตกกังวล (Zeidan, Martucci, Kraft, McHaffie, & Coghill, 2014) ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Bower, 2014) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่สวดมนต์ด้วยบทสวดมนต์คาถาอิติปิโส บทสรรเสริญพระพุทธรูป 20 นาที และการภาวนาพุทธ โธ 10 นาที วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น พบว่าสามารถบรรเทาอาการปวดได้ (เบญมาศ ตรีภูลงามเดน และ สุวีพร ธนศิลป์, 2011) และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Raphael et al. (2010) พบว่าการที่ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ จะส่งผลไปถึงร่างกายผ่อนคลาย พร้อมทั้งเกิดสมดุลงของการทำงานระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ระบบการไหลเวียนตามร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ ลดการเผาผลาญพลังงาน จึงลดการใช้ออกซิเจน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและอัตราการหายใจช้าลง แสดงให้เห็นว่าหลักไตรลักษณ์ ที่ประกอบด้วยศีล สมาธิ ปัญญา สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ส่งเสริมมิติความผาสุกด้านร่างกาย และมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่อนาถาระยะลุกลามได้

2) การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยหลักไตรลักษณ์ ประกอบด้วยอนิจจตา ทุกขตา และ อนัตตา ซึ่งเป็นหลักพุทธธรรมที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงตามกฎธรรมชาติ ด้วยการเรียนรู้ และเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามสภาวะความเป็นจริงย่อมสามารถชักนำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ ด้วยกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกนึกคิดและเรียนรู้ไตรลักษณ์ของชีวิตจากบทความที่ถ่ายทอดผ่านหนังสือเสียง จากการทบทวนวรรณกรรมของ Jeranukul et al. (2015) พบว่าการเรียนรู้หลักพุทธธรรม สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และส่งเสริมการปรับตัวให้สอดคล้องกับภาวะของโรคตามความเป็นจริงด้วยจิตใจที่สงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Krapo et al. (2018); Tang et al. (2016) ที่พบว่าความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย เป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยอมรับความตายได้ และพบว่าผู้ป่วยที่มีความเข้าใจ สามารถยอมรับการเจ็บป่วย และยอมรับความตายได้ จะทำให้ช่วงชีวิตที่เหลือมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี นั่นคือการเข้าใจไตรลักษณ์ของชีวิต ย่อมสามารถส่งเสริมมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยได้

3) การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) เพื่อให้การดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ปล่อยวางจากสิ่งที่ผูกพัน มีการวางแผนใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท (Johnson et al., 2016; พระไพศาล

วิสาโล และคณะ, 2553) มุ่งหวังให้มีการเตรียมพร้อมก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะสุดท้าย เพื่อลดปัจจัยด้านจิตใจที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต สามารถส่งเสริมมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์

4) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เพื่อส่งเสริมมิติความผาสุกด้านสังคม โดยผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ โดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายด้วยหลักไตรสิกขา ด้วยกิจกรรมการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที ต่อเนื่องทุกวันในสัปดาห์ที่ 1 2) การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณโดยหลักไตรลักษณ์ ด้วยกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกนึกคิดใช้ระยะเวลารวม 60 นาที 3) กิจกรรมการเรียนรู้ไตรลักษณ์ของชีวิต ผ่านการฟังหนังสือเสียงใช้ระยะเวลารวม 60 นาที 4) กิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าใช้ระยะเวลารวม 60 นาที จากนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมทำกิจกรรมการสวดมนต์ 10 นาที แผ่เมตตา 5 นาที และทำสมาธิ 20 นาทีหลังตื่นนอนตอนเช้าต่อเนื่องที่บ้าน และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ติดต่อกันอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ แล้วร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

5. สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังการได้รับโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลด้วยวิถีพุทธ

6. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดี่ยว วัดผลซ้ำ 4 ครั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามก่อนได้รับโปรแกรม และระยะหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ซึ่งระยะการดำเนินโรคอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ตามเกณฑ์การของ American Joint Committee on Cancer (AJCC; 8th Edition)

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ซึ่งระยะการดำเนินโรคอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การของ American Joint Committee on Cancer (AJCC; 8th Edition) ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ

20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และจำแนกรายมิติ อันประกอบด้วย มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติผาสุกทางด้านจิตอารมณ์ มิติความผาสุกด้านสังคม และมิติการรับรู้การดูแลประคับประคอง

7. คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม โดยครอบคลุมบริบทในการดำเนินชีวิต ที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม โดยระดับความผาสุกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ความคาดหวัง และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย อันประกอบด้วย 5 มิติ โดยมีนิยามในแต่ละรายมิตีย่อยดังต่อไปนี้

มิติความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามต่ออาการแสดงของโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม และรับรู้ต่ออาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา โดยเป็นผลจากการทำหน้าที่ของอวัยวะหรือระบบต่างๆของร่างกาย จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ หมายถึง การรับรู้ต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามในความสามารถการทำงานที่ตามความต้องการของตนเอง รวมถึงระดับความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดำรงชีวิตตามบทบาททางสังคม

มิติผาสุกด้านจิตอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ในสภาวะอารมณ์และความรู้สึกในจิตใจ ที่มีทั้งสภาวะอารมณ์ด้านบวกที่เป็นการรับรู้ถึง ผาสุก ความสุข ความพึงพอใจ และสภาวะอารมณ์ด้านลบซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางอารมณ์และจิตใจ

มิติความผาสุกด้านสังคม หมายถึงการรับรู้ต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ในระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรส ครอบครัว และสังคม รวมทั้งการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม

มิติการรับรู้การดูแลประคับประคอง หมายถึง การรับรู้ต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ด้วยการดูแลเพื่อการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ คือ กิจกรรมทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะลุกลาม อย่างเป็นขั้นตอนตามกระบวนการทางการแพทย์ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมเป็นองค์รวม โดยใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (2014) ร่วมกับบูรณาการหลักพุทธธรรม อันได้แก่ ไตรสิกขา (พุทธทาสภิกขุ, 2564; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2561) และกฎไตรลักษณ์ (พระธรรมโกศาจารย์(พุทธทาสภิกขุ), 2549; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2561) เน้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามเป็นรายบุคคล ร่วมกับสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล มีองค์ประกอบดังนี้

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย โดยบูรณาการหลักไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ ปัญญา ด้วยกิจกรรมการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที ต่อเนื่องทุกวันในสัปดาห์ที่ 1

2. การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกนึกคิดใช้ระยะเวลา รวม 60 นาที และกิจกรรมการเรียนรู้ไตรลักษณ์ของชีวิต ผ่านการฟังหนังสือเสียงใช้ระยะเวลา 60 นาที พร้อมทั้งร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าใน 5 ประเด็นคือ การจัดการทรัพย์สิน จัดการเกี่ยวกับครอบครัว จัดการเกี่ยวกับเรื่องงาน การวางแผนรักษา และผู้ที่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 60 นาที เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วม ทำกิจกรรมการสวดมนต์ 10 นาที แผ่เมตตา 5 นาที และทำสมาธิ 20 นาที หลังตื่นนอนตอนเช้า ต่อเนื่องที่บ้าน และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ติดต่อกันอย่างน้อย 4 วัน ต่อ สัปดาห์

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาบทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

2. เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัย และเพิ่มองค์ความรู้ทางการแพทย์แบบประคับประคอง ด้วยการบูรณาการด้านจิตวิญญาณและความเชื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และจำแนกเป็นรายมิติย่อยของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ผู้วิจัยค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อให้ครอบคลุมในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม
2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม
 - 2.1 การพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย
 - 2.2 การพยาบาลเพื่อดูแลทางด้านจิตใจ
 - 2.3 การพยาบาลเพื่อดูแลด้านจิตวิญญาณ
 - 2.4 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมญาติในการดูแลผู้ป่วย
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.1 คำนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.2 แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม
 - 3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม
 - 3.5 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.6 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะ

ลุกลาม

4. พุทธธรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
5. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) จัดอยู่ในกลุ่มมะเร็งตับปฐมภูมิ พบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ (Banales et al., 2020; อรรถพล ติตะปัญ, 2015) ทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเฉลี่ย 2 ต่อแสนประชากร (Banales et al., 2020) ขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุก 85 ต่อแสนประชากร (Banales et al., 2020; Kamsa-ard et al., 2018) สถิติทะเบียนระดับโรงพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย (ร้อยละ 19.6) และอันดับ 7 ในเพศหญิง (ร้อยละ 3.8) ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม (Blechacz, 2017) ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงปีละ 20,000 คน (ณรงค์ ชันดีแก้ว และคณะ, 2020)

จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตามที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่ามะเร็งท่อน้ำดียังคงเป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ด้วยอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (Banales et al., 2020) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตรวจพบเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม จึงทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงควบคู่ไปกับอุบัติการณ์ (ณรงค์ ชันดีแก้ว และคณะ, 2020) ด้วยเหตุนี้การลดอุบัติการณ์ ร่วมกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม จึงยังเป็นประเด็นสำคัญของระบบสาธารณสุขที่ต้องให้ความสำคัญ

1.2 ชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดี คือกลุ่มของโรคมะเร็งที่เกิดในท่อน้ำดี (Forner et al., 2019; ณรงค์ ชันดีแก้ว และ เอก เข้มปัก, 2012) โดยเกิดในตำแหน่งใดก็ได้ในท่อน้ำดี ปัจจุบันแบ่งชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีออกเป็น 3 ชนิด ตามตำแหน่งรอยโรค (Banales et al., 2020) ดังต่อไปนี้

1.2.1 Intrahepatic cholangiocarcinoma เป็นมะเร็งที่เกิดในท่อน้ำดีภายในตับ ตั้งแต่ในส่วนของ Canal of heping จนถึงส่วนของท่อน้ำดีบริเวณ Secondary order bile duct

1.2.2 Perihilar Cholangiocarcinoma เป็นมะเร็งที่เกิดในตำแหน่งที่ต่อจาก Secondary order bile duct จนถึงบริเวณ Cystic duct ซึ่งเชื่อมต่อกับถุงน้ำดี (Gall Bladder)

1.2.3 Distal Cholangiocarcinoma เป็นมะเร็งที่เกิดบริเวณส่วนปลายของท่อน้ำดีบริเวณ Common bile duct มีบริเวณที่เชื่อมต่อดับอ่อน (Pancreas) ที่ Ampulla of Vater

1.3 พยาธิสภาพของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติของเซลล์ Cholangiocyte บริเวณเยื่ออุท่อน้ำดี, ต่อมPeribiliary หรือเซลล์ต้นกำเนิด Hepatocyte (Kendall et al., 2019) ร้อยละ 90-95 ของมะเร็งท่อน้ำดีเป็นชนิด Adenocarcinoma โดยกระบวนการอักเสบเรื้อรังของเยื่ออุท่อน้ำดี และการอุดตันของท่อน้ำดี เป็นปัจจัยชักนำสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ (Blechacz, 2017) โดยพบว่าเมื่อมีการอักเสบ เซลล์จะสังเคราะห์สารอนุมูลอิสระคือ Nitric oxide กระตุ้นให้เกิดกระบวนการ Cyclooxygenase (Cox2) pathway เป็นสาเหตุของการทำลายสารพันธุกรรมในเซลล์ เมื่อการอักเสบเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง จนกระทั่งยับยั้งกระบวนการ DNA mismatch repair ทำให้มีการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรม ส่งผลให้มีการแบ่งตัวของเซลล์ (Proliferation) ผิดปกติ พร้อมกันนี้ยังยับยั้งโปรแกรมการตายตามธรรมชาติของเซลล์ (Apoptosis) และกระตุ้นกระบวนการ angiogenesis ซึ่งเป็นการสร้างหลอดเลือดเพื่อมาเลี้ยงเซลล์มะเร็งให้มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติอีกด้วย (Marino et al., 2013)

1.4 ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี

จากการศึกษาของ Kamsa-ard et al. (2018); Steele et al. (2018)พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในประเทศไทย มีดังนี้

1.4.1 การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrine, Opisthorchis sinensis) จากการรับประทานปลาดิบ กลุ่มปลาน้ำจืดที่เป็นพาหะ พบว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีถึง 6 เท่า โดยเป็นสาเหตุให้เกิดการอักเสบแบบเรื้อรังของท่อน้ำดี พร้อมกับการทำลายเซลล์ตับและเซลล์เยื่ออุท่อน้ำดี จนทำให้มีการหนาตัวของเยื่อและเกิดเป็นผังผืดอุดตันภายในท่อน้ำดี (กิตติ อินทยศ และคณะ, 2012)

1.4.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี 3 เท่า โดยการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะตับแข็ง ซึ่งผู้ป่วยตับแข็งมีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ 5 -10 เท่า

1.4.3 การใช้ยาฆ่าพยาธิในกลุ่ม Praziquantel พบว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ เพิ่มการอักเสบของท่อน้ำดี เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้มากขึ้น 2 เท่า

1.4.4 ความผิดปกติทางพันธุกรรม พบว่าบุคคลที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี 3 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติ

1.4.5 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนิตีและซี (อรรถพล ติตะปัญญ, 2015) ผู้ป่วยโรคอ้วนและผู้ป่วยเบาหวาน (Petrick et al., 2018) ผู้ป่วยตับอักเสบจากไขมัน

เกาะดับ (Wongjarupong et al., 2017) และการได้รับแร่ใยหินเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้ (Brandi & Tavolari, 2020)

1.5 ระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสามารถแบ่งได้หลายรูปแบบ ในที่นี้ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบที่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.5.1. การแบ่งระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตามระบบของ American Joint Committee on Cancer (AJCC; 8th Edition) cite in Forner et al. (2019) โดยแบ่งตามลักษณะของก้อนของมะเร็งต้นกำเนิด (Primary tumor: T), การลุกลามของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph node infiltration: N) และการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป (Distant metastases: M) สามารถจำแนกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค เพื่อการพยากรณ์โรค และเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะ มีดังนี้

ระยะ 0 คือ มะเร็งท่อน้ำดีระยะต้น

ระยะ 1 คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่พบก้อนมะเร็งขนาดเล็ก ลุกลามลึกลงไปตามผนังท่อน้ำดีไม่เกิน 5 มิลลิเมตร หรือขอบเขตไม่เกินชั้นของ Fibroblast tissue

ระยะ 2 คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่พบขนาดก้อนโตขึ้น ก้อนมะเร็งลุกลามไปตามผนังท่อน้ำดี แต่ลึกไม่เกิน 12 มิลลิเมตร หรือพบการลุกลามของมะเร็งไปถึงชั้นเนื้อเยื่อไขมันที่อยู่ข้างเคียง หรือมีการลุกลามไปยังเนื้อตับที่อยู่ข้างเคียง หรือพบก้อนมะเร็งหลายก้อนในเนื้อตับในบริเวณที่ใกล้เคียงกัน

ระยะ 2a คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่พบก้อนมะเร็งที่โตขึ้น แต่ขนาดและการลุกลามของก้อนมะเร็งลึกไม่เกิน 12 มิลลิเมตร และพบการลุกลามของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อมน

ระยะ 2b คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่ก้อนมีขนาดโตขึ้น ลึกลงไปตามผนังเกิน 12 มิลลิเมตร หรือมีการลุกลามของมะเร็งไปยังเนื้อตับที่อยู่ข้างเคียง

ระยะ 3a คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่พบการลุกลามของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 4 ต่อมน หรือ ลุกลามไปยังหลอดเลือดแขนงใดแขนงหนึ่งของหลอดเลือด Portal vein หรือ Hepatic artery

ระยะ 3b คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่พบการลุกลามของมะเร็ง ไปยังหลอดเลือดบริเวณอุ้งเชิงกราน หลอดเลือด Main portal vein หรือ Hepatic artery ทั้ง 2 ข้าง หรือพบการลุกลามไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป

ระยะ 3c คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่พบการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อมน และมีการลุกลามของมะเร็งไปยังหลอดเลือดข้างเคียง

ระยะ 4 คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่พบการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป

ระยะ 4a คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่พบการแพร่กระจายของมะเร็งไปต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 4 ต่อมน

ระยะ 4b คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่พบการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไปและพบการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วย

1.5.2 การแบ่งระยะของโรคตามความสามารถในการรักษาให้หายขาดด้วยการผ่าตัด (Jarnagin et al., 2001; ณรงค์ ชันตีแก้ว และคณะ, 2020) สามารถจำแนกผู้ป่วยได้ 2 ระยะ ได้แก่

1.5.2.1 ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรก (Early stage) คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีโอกาสรักษาให้หายขาดด้วยการผ่าตัด (Curative Surgery) เมื่อเปรียบเทียบการแบ่งตามเกณฑ์ของ American Joint Committee on Cancer จะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ 0 ถึงระยะ 2

1.5.2.2 ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม (Advance stage) คือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่พบการลุกลามของมะเร็งออกจากจุดกำเนิดในท่อน้ำดี หรือลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะที่ไกลออกไป ไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดด้วยการผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบการแบ่งตามเกณฑ์ของ American Joint Committee on Cancer จะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ 3 หรือระยะ 4

การแบ่งระยะดังกล่าวนี้เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และประเมินความคุ้มค่าในแง่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะได้รับจากการผ่าตัด เมื่อแบ่งผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตามเกณฑ์นี้ พบว่าผู้ป่วยระยะแรก เป้าหมายหลักของการรักษา คือ การมุ่งหวังการหายขาดจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการผ่าตัด แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม เป้าหมายของการรักษาคือการประคับประคองตามอาการ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค พร้อมกับส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย

1.6 อาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรกมักไม่แสดงอาการ ส่วนใหญ่มักมีอาการคล้ายโรคกระเพาะ ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยล่าช้า (Ghidini et al., 2019) เมื่อก่อนมะเร็งโตขึ้นทำให้อุดตันท่อน้ำดี ซึ่งสัมพันธ์กับระยะของโรคที่มีการลุกลาม ทำให้เกิดภาวะ Hyperbilirubinemia ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของอาการของโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยส่งผลให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

1.6.1 อาการปวดแน่นท้อง เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามถึงร้อยละ 90 สาเหตุหลักจากการอุดตันของท่อน้ำดี อีกร้อยละ 10 จากการอักเสบท่อน้ำดี (Blechacz, 2017) นอกจากนี้เมื่อมีการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะในช่องท้อง ก่อให้เกิดการอุดตันระบบทางเดินอาหาร ทำให้อาการปวดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียนมากยิ่งขึ้น (Susan Acquisto et al., 2018) จากการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) พบว่าอาการปวดแน่นท้องจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มากที่สุด

1.6.2 อาการเหนื่อยล้า เป็นอีกอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

ด้วยสาเหตุจากภาวะ Hyperbilirubinemia ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด (Rees et al., 2020) และยังมีผลกระทบต่อการทำงานของไต ระบบภูมิคุ้มกัน และยังก่อให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดี หากไม่ได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาการอุดตันของท่อน้ำดี จะเป็นสาเหตุของภาวะตับวายในที่สุด และอาการเหนื่อยล้ายังเป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะพบอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ท้องเสีย ระบายการนอนหลับ (Zabernigg et al., 2012) ยิ่งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาครอบครัวและสังคมมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอีกด้วย (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2009)

1.6.3. อาการตัว ตาเหลือง เป็นอาการที่แสดงเด่นชัดว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่ระยะลุกลาม โดยมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของโรคที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี เกิดภาวะ Hyperbilirubinemia โดยปกติแล้วผู้ป่วยมักให้ประวัติว่า ปัสสาวะสีเข้มขึ้น และอุจจาระสีซีดร่วมด้วย (Thomaidis et al., 2020) ซึ่งมาจากการที่ร่างกายมีการคั่งของสาร Bilirubin ทำให้เกิดอาการคันตามตัว ซึ่งเป็นอาการที่รบกวนความสบายของผู้ป่วยอีกด้วย

1.6.4. ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (Somjaiwong et al., 2011) โดยความวิตกกังวล เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มักกระทบโดยแต่ละบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้าที่คุกคามต่อชีวิตมากน้อยเพียงใด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านสรีรวิทยาและภาวะทางอารมณ์ (Spielberger D, 1976) อ้างถึงใน สุวีพร ธนศิลป์ (2563) จากการศึกษาของชนุกร แก้วมณี, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ (2015) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ระบุว่าโรคที่เป็นอยู่ร้ายแรงและคุกคามชีวิต ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามมีความวิตกกังวลมากตามไปด้วย ผู้ป่วยย่อมรู้สึกกลัวความตาย ต้องอยู่กับความไม่แน่นอนของชีวิต ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการทางร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดอาการเหนื่อยล้าได้มากขึ้นตามไปด้วย (Bower, 2014)

1.7 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ด้วยลักษณะของโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีการพัฒนาการตัวของก้อนมะเร็งช้า แต่สามารถลุกลามออกจากต้นกำเนิดในท่อน้ำดีได้อย่างรวดเร็ว การรักษาที่ดีที่สุดเพื่อให้หายขาดคือ การผ่าตัด โดยที่ผู้ป่วยต้องตรวจวินิจฉัยพบในระยะแรกเท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบวิธีการตรวจวินิจฉัยหลายวิธีด้วยกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.7.1. การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา (วิรณา อ่างทอง, 2017)

1.7.1.1 อัลตราซาวด์ (Ultrasound) เป็นการตรวจทางรังสีวิทยาที่นิยมนำมาวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อประเมินการอุดตันของท่อน้ำดี โดยจะพบการถ่าง

ขยายของท่อน้ำดี แต่การวินิจฉัยด้วยวิธีนี้ยังมีความไวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรก

1.7.1.2 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) เป็นการตรวจวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานในการตรวจมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อประเมินตำแหน่ง รูปร่าง ขนาดของก้อนมะเร็ง การลุกลามของมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่หลอดเลือด ต่อม้ำเหลือง หรืออวัยวะที่ไกลออกไป สามารถจำแนกความแตกต่างของตำแหน่งพยาธิสภาพกับเนื้อเยื่อปกติได้อย่างชัดเจน แต่การตรวจด้วยวิธีนี้ยังมีข้อจำกัด ที่ผู้ป่วยต้องได้รับสารรังสี ซึ่งเสี่ยงต่อการแพ้ได้

1.7.1.3 คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography) เป็นการตรวจโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เพื่อตรวจหาความผิดปกติของท่อน้ำดี เพื่อจำแนกความแตกต่างของบริเวณที่มีพยาธิสภาพออกจากเนื้อเยื่อปกติ สามารถวินิจฉัยในมะเร็งท่อน้ำดีที่มีขนาดเล็กได้ดีกว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

1.7.2. การตรวจวินิจฉัยด้วยสารบ่งชี้ชีวภาพ (กิตติ อินทยศ และคณะ, 2012) ได้แก่

1.7.2.1 การตรวจด้วยคาร์ซิโน เอ็มโบรโยนิค แอนติเจน (Carcino embryonic antigen; CEA) และคาร์โบไฮเดรต แอนติเจน 19-9 (Carbohydrate antigen 19-9; CA 19-9) ซึ่งเป็นซีรัมในร่างกาย จะมีระดับสูงขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อเทียบกับคนปกติ แต่ซีรัมทั้ง 2 ชนิดสูงขึ้นได้ในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน มะเร็งรังไข่ และมะเร็งลำไส้เช่นกัน

1.7.2.2 อินเตอร์ลิวคิน 6 เป็นสารชีวภาพกลุ่ม Cytokine พบว่าระดับสูงขึ้นเมื่อพบการอักเสบในร่างกาย โดยไม่จำเพาะต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีเท่านั้น

1.7.2.3 แอลคาร์ไลน์ ฟอสฟาเทส (Alkaline Phosphatase; ALP) เป็นเอนไซม์ชนิดหนึ่งในร่างกายที่พบในเซลล์เยื่อบุต่างๆ โดยพบว่าเอนไซม์นี้จะสูงขึ้น ในผู้ป่วยมีการอุดตันของท่อน้ำดี ร่วมกับอาการตัวเหลือง ซึ่งมีสาเหตุอื่นๆก็ได้ โดยไม่จำเพาะต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

การตรวจวินิจฉัยด้วยสารบ่งชี้ทางชีวภาพ ยังไม่มีความจำเพาะต่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำเป็นต้องมีการตรวจวินิจฉัยร่วมกับวิธีอื่น เพื่อให้มีความแม่นยำเพิ่มมากขึ้น

1.7.3. การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (ัญญลักษณ์ เอียรธัญญกิจ, 2020) เป็นการตรวจด้วยวิธี Positron emission tomography (PET) พัฒนาเพื่อตรวจประเมินการทำงานของอวัยวะ โดยประเมินปริมาณของเลือดที่มาเลี้ยงอวัยวะนั้น รวมทั้งประเมินการเผาผลาญที่ผิดปกติระดับเซลล์ด้วยการตรวจวัดอนุภาคโพซิตรอน ที่ปล่อยออกมาจากผู้ป่วยหลังรับสารรังสีเข้าไปในร่างกาย ซึ่งการตรวจวิธีนี้มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งในระยะแรกได้ แต่มีข้อจำกัดของค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

1.7.4 การส่องกล้อง เป็นการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องเข้าไปในร่างกาย เพื่อฉีดสารทึบแสงเข้าท่อน้ำดีโดยตรง สามารถทำได้ 2 วิธีคือ (วิรณา อ่างทอง, 2017)

1.7.4.1 การส่องกล้องทางปาก (Endoscopic Retrograde Cholangio carcinoma; ERCP) เป็นการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องเข้าทางปากและผ่านระบบทางเดินอาหาร เพื่อฉีดสารทึบแสงเข้าท่อน้ำดีโดยตรง

1.7.4.2 การฉีดสารทึบแสงผ่านทางหน้าท้อง (Percutaneous cholangio carcinoma; PTC) โดยการแทงเข็มทางหน้าท้อง ผ่านเนื้อตับ แล้วฉีดสารทึบแสงเข้าไปในท่อน้ำดี

ซึ่งการส่องกล้องทั้ง 2 วิธี มีประโยชน์ทั้งในการวินิจฉัย ระบุตำแหน่งของการอุดตันและสามารถเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา โดยถือว่าการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นการวินิจฉัยที่มีความแม่นยำที่สุดในกลุ่มโรคมะเร็ง ซึ่งสามารถประเมินลักษณะเนื้อเยื่อและระยะการดำเนินโรค เพื่อวางแผนในการดูแลรักษาต่อไป (Thomaidis et al., 2020)

1.8 การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาเพื่อให้หายขาด เป้าหมายหลักในการรักษาผู้ป่วยในระยะนี้คือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งมีแนวทางการรักษา ดังต่อไปนี้

1.8.1 การรักษาด้วยการใส่ท่อระบายน้ำดี วัตถุประสงค์เพื่อถ่วงชยาและระบายน้ำดีที่คั่งค้าง ลดภาวะ Hyperbilirubinemia จากการอุดตันท่อน้ำดี และลดความเสี่ยงต่อภาวะตับวาย การรักษาด้วยการใส่ Stent สามารถทำได้ 2 วิธี (Rees et al., 2020)

1.8.1.1 การใส่ท่อระบายน้ำดี ผ่านทางหน้าท้อง (Percutaneous trans hepatic biliary drainage) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของวิธีการส่องกล้องด้วยวิธีนี้คือ การติดเชื้อและการเลื่อนหลุดของสายระบาย

1.8.1.2 การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านการส่องกล้องภายใน (Endoscopic stent) คือการส่องกล้องทางปาก ผ่านระบบทางเดินอาหาร แล้วสอดใส่ท่อระบายน้ำดี เพื่อถ่วงชยาท่อน้ำดีบริเวณที่อุดตัน โดยพบว่าชนิดของท่อระบายน้ำดี ที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ Metallic stent จะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ Plastic stent เนื่องจากพบการกลับมาอุดตันท่อระบายแบบ Metallic stent ได้น้อยกว่า และระยะเวลาการใช้งานนานกว่า แต่มีราคาแพงกว่าเช่นกัน (Mihalache et al., 2010) แต่ถึงอย่างไรภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการใส่ท่อระบายน้ำดีทั้ง 2 แบบคือ การอักเสบของท่อน้ำดี (Rees et al., 2020)

1.8.2 การผ่าตัดเพื่อทำ Bypass ท่อน้ำดีที่มีการอุดตัน จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งท่อน้ำดี วิธีการรักษานี้มักไม่เป็นที่นิยมทำในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลาม เนื่องจากผลลัพธ์การรักษาไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายน้ำดี แต่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่ำกว่า เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่มากกว่า ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด และต้องนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาที่นานกว่า (Shariff, Khan, & Westaby, 2013)

1.8.3 การรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด เป็นการรักษามาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันสูตรการให้ยาเคมีบำบัดที่เป็นมาตรฐานคือ ยา Gemcitabine ร่วมกับ Cisplatin ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมี Gemcitabine ร่วมกับ Cisplatin มีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น เป็น 11.7 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอัตราการรอดชีวิตที่ 8.1 เดือน (เอี่ยมแซ สุขประเสริฐ, 2012)

แม้ว่าปัจจุบันจะมีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์เป็นอย่างมาก แต่ไม่มีรูปแบบหรือวิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะลุกลามให้หายขาด การรักษาตามที่ได้กล่าวมา ทำได้เพียงยืดชีวิตของผู้ป่วยในช่วงหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่อัตราการรอดชีวิตไม่เกิน 1 ปี (Marino et al., 2013; Sumiyoshi et al., 2018) แม้ยืดเวลาออกไปแต่ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยยังคงอยู่ หากว่าผู้ป่วยในระยะนี้ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างทุกข์ทรมานจากโรคและอาการของโรค จะทวีความรุนแรงมากขึ้น จวบจนวาระสุดท้าย

1.9 ผลกระทบของโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ต้องเผชิญกับอาการของโรคที่รุนแรง คุกคามต่อชีวิต พร้อมทั้งการมีเวลาของชีวิตอยู่จำกัด จึงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย การทำหน้าที่ จิตอารมณ์ และสังคม ตลอดจนถึงด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบในแต่ละด้าน ดังนี้

1.9.1. ผลกระทบด้านร่างกายและการทำหน้าที่

ด้วยพยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรง ก้อนมะเร็งที่อุดตันท่อน้ำดี และการลุกลามของมะเร็งท่อน้ำดีไปยังอวัยวะอื่นได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม จะมีความผิดปกติทั้งระบบการทำงานของไต ระบบภูมิคุ้มกันทำงานบกพร่อง โดยเฉพาะการทำงานของตับ จนส่งผลให้เกิดภาวะตับวายในที่สุด นอกจากอาการและความรุนแรงของโรคแล้ว ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทั้ง การใส่ท่อระบายน้ำดี หรือการให้เคมีบำบัด ยังทำให้เกิดอาการปวดท้อง มีไข้ เหนื่อยล้า สร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย อีกทั้งยังกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วยให้ลดลงอีกด้วย (Bibeau et al., 2021) มีผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งในมิติความผาสุกด้านร่างกาย และมิติความผาสุกการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง

1.9.2. ผลกระทบด้านจิตอารมณ์

การที่ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด มีชีวิตอยู่กับอาการของโรคที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะของโรค ย่อมมีผลกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์เป็นอย่างยิ่ง โดยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะเกิดความวิตกกังวล (Somjaivong et al., 2011) ซึ่งสามารถเกิดได้โดยตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ลำพัง หรือต้องแยกจากครอบครัว (สมปอง พะมุลิลา, 2020) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามรับรู้ว่าเป็นอยู่รักษาไม่หาย รอคอยความตายที่ใกล้จะมาถึง ย่อมต้องเกิดความกลัวความตายที่ไม่อาจรู้แน่ กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน กลัวการพลัดพรากจากคนที่รัก และผู้ป่วยยังต้องอยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (Somjaivong et al., 2011) จวบจนวาระสุดท้าย มีผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งในมิติความ ผาสุกด้านจิตอารมณ์ลดลง

1.9.3 ผลกระทบด้านสังคม

จากอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในช่วงอายุ ของวัยทำงาน (Sripa, Tangkawattana, & Brindley, 2018) การที่ต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ย่อมกระทบต่อบทบาททางสังคมและความสามารถในการทำหน้าที่ โดยเฉพาะกับ ผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้นำของครอบครัวที่เกิดได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง หรือกับผู้ที่หารายได้หลัก (ชนุกร แก้วมณี, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ, 2015) ด้วยอาการของโรคที่รุนแรงยัง ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา ย่อมต้องการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ทั้ง ด้านกำลังใจ และการดูแลด้านร่างกายมากขึ้น เมื่อไม่ได้รับการตอบสนอง ย่อมส่งผลต่อมิติความ ผาสุกด้านสังคมลดลง นอกจากนี้ยังกระทบต่อครอบครัวที่จะต้องเผชิญกับความทุกข์จากการสูญเสียบุคคล อันเป็นที่รักอีกด้วย

1.9.4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามสร้างความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วย เป็นอันมาก เห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2015) จิตวิญญาณ คือ มิติที่เกิดขึ้นในจิตใจคน ที่ไม่อาจยึดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งได้ แต่เป็นสิ่งที่มีความหมายร่วมกัน ที่ทุกคนสามารถรับรู้ได้ โดยพื้นฐานมาจากความเชื่อ และศาสนา ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต จิตวิญญาณจะเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของคน จากการศึกษาของ ชนุกร แก้วมณี (2019) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

1.9.4.1 ความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกับศาสนา ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเชื่อและความศรัทธา ผู้ป่วยเชื่อว่าศาสนาจะช่วยนำทางสู่การพ้นทุกข์ และเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ผ่านพ้นปัญหาต่างๆได้

1.9.4.2 ความต้องการที่จะมีทัศนคติเชิงบวก และมีความหวัง นั้นแสดงถึงผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ยังมีความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ มีความหวังในการที่จะหายขาดจากโรค

1.9.4.3 ความต้องการที่จะให้และรับความรักจากผู้อื่น การที่ผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากครอบครัว สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้อีกทางหนึ่งด้วย

1.9.4.4 ความต้องการที่จะทบทวนความเชื่อ ทบทวนความทรงจำหรือการกระทำในอดีต เพื่อประเมินสิ่งที่มีคุณค่าในชีวิตอีกครั้ง

1.9.4.5 ความต้องการที่จะอยู่อย่างมีความหมาย และมีเป้าหมายในชีวิต ซึ่งจะสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณ การใช้ศาสนามาเป็นแนวทางการดำรงชีวิตด้วยความดีงาม สามารถยกระดับจิตวิญญาณได้มากขึ้น

1.9.4.6 ความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา สามารถส่งเสริมความสงบ และบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านจิตอารมณ์

1.9.4.7 ความต้องการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ความตาย แต่การกล่าวถึงความตาย เป็นประเด็นที่ยังละเอียดอ่อน ต้องใช้เวลาและการประเมินความพร้อมก่อนการกล่าวถึงความตายในผู้ป่วยมะเร็งก่อนเสมอ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ความตายในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็ง ในมุมมองทางศาสนาพุทธนั้น คือการเผชิญความตายอย่างมีสติ ซึ่งก่อนที่จะเกิดขึ้นได้นั้น ผู้ป่วยต้องยอมรับต่อสภาวะการณณ์และยอมรับกับความตายที่จะมาถึง

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเผชิญการคุกคามชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง การพยาบาล เป็นการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลขณะเจ็บป่วย รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อประเมินระบุปัญหา วางแผน ให้ดูแลผู้ป่วย และประเมินผลเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลามมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (จอนณะจง เพ็งจาด, 2010)

2.1 การพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม ที่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการของโรค พยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีความรู้ในการควบคุมและบรรเทาอาการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอาการที่สร้างความทุกข์ทรมาน

ทางด้านร่างกายมากที่สุดคือ อาการปวดแน่นท้อง และอาการเหนื่อยล้า ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะแสดงรายละเอียดจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดแน่นท้อง และอาการเหนื่อยล้า ดังต่อไปนี้

2.1.1.อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.1.1.1 สาเหตุของอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สาเหตุจากการดำเนินของโรคมะเร็ง การที่มะเร็งมีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น เช่น ลุกลามไปกระดูก ก้อนมะเร็งมีการกดเบียดเส้นประสาท การอุดตันอวัยวะ หรือแทรกเข้าสู่หลอดเลือดหรือต่อมน้ำเหลือง การตายของเนื้อเยื่อมะเร็ง การอักเสบ ติดเชื้อ อีกสาเหตุคือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ การได้รับยาเคมีบำบัด และอาการปวดจากการได้รับรังสีรักษา อีกสาเหตุหนึ่งคือทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดลดลง เป็นปัญหาทางสภาวะจิตใจของผู้ป่วยที่ส่งผลให้ความสามารถในการทนต่อความปวดลดลง ซึ่งเกิดมาจากจิตใจที่มีสภาวะเศร้าหมอง วิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต กลัวความตายอย่างทรมาณ โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อผู้ป่วยได้แตกต่างกันไป ซึ่งบางรายอาจส่งผลถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการปวดที่มากขึ้น

2.1.1.2. ชนิดของอาการปวด

ในที่นี้ผู้วิจัยได้แบ่งตามพยาธิสภาพการเกิด ได้แก่

1. Nociceptive pain เป็นการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ อักเสบ หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ โดยมีสาเหตุจากการลุกลามของมะเร็ง

2. Neuropathic pain เป็นอาการปวดที่เกิดจากการทำงานของระบบประสาทผิดปกติ เนื่องมาจากการที่มะเร็งกดทับหรือลุกลามไปยังเส้นประสาท กลุ่มประสาทไขสันหลัง

2.1.1.3. หลักการใช้ยาเพื่อระงับอาการปวด

1. อธิบายสาเหตุของอาการปวดทราบตามความเป็นจริง
 2. การใช้ยาเพื่อระงับอาการปวด ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก
- ในการเลือกยาตามระดับความรุนแรงของอาการปวด ด้วยหลักบันได 3 ชั้น (Analgesic Ladder) ดังนี้
- ขั้นที่ 1 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดไม่รุนแรง ใช้ยาในกลุ่ม Non-opioids ได้แก่ พาราเซตามอล หรือยาในกลุ่ม NSIDs
- ขั้นที่ 2 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงขึ้น ใช้ยาในกลุ่ม Weak opioids ได้แก่ ทรามอล
- ขั้นที่ 3 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงมากที่สุด ใช้ยาในกลุ่ม strong opioids ได้แก่ มอร์ฟีน เฟนทานิล เมทาโดน

2.1.1.4 แนวทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีดังต่อไปนี้

1. ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

2. ต้องเข้าใจสภาพจิตอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่มีอาการปวด ด้วยใช้หลักในการสื่อสารที่ดี แสดงถึงความห่วงใย และพร้อมช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีอาการปวดลดลง

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญอาการปวด โดยการผสมผสานการใช้เทคนิคต่างๆ ที่นอกเหนือจากการใช้ยา ได้แก่ การนวดกดจุด, การใช้สุคนธบำบัด, การนวด, การใช้ดนตรีบำบัด, การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย, การเบี่ยงเบนความสนใจ (Raphael et al., 2010)

4. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานความรุนแรงของอาการปวด และอาการข้างเคียงตามความเป็นจริง เพื่อให้แพทย์ได้ปรับยา

5. ประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยากลุ่ม Opioids ซึ่งเกิดจากผลของยาไปกระตุ้นการทำงานของตัวรับสัญญาณประสาทในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ อาการง่วงซึม อาการท้องผูก อาการคลื่นไส้ อาเจียน บางครั้งผู้ป่วยอาจเกิดภาวะสับสนได้ การดูแลบรรเทาอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยประเมินหาสาเหตุของอาการข้างเคียงทางร่างกาย และจิตใจอย่างอื่นร่วมด้วย แนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อย 2-2.5 ลิตร ต่อวัน แต่ต้องมีการเฝ้าระวังภาวะการทำงานของไตและหัวใจร่วมด้วย แนะนำการรับประทานอาหารที่เพิ่มกากใย ส่งเสริมกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายตามความสามารถของผู้ป่วย จัดสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้ปราศจากอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม

2.1.2. อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

อาการเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของบุคคล ว่ามีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียมาก หรือรู้สึกว่าร่างกายหมดพลัง เป็นอาการที่สามารถสังเกตได้ ซึ่งการนอนพักผ่อนไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง (Piper et al., 1987) อังใน ประรณนา ฉั่วตระกูล (2013) ซึ่งอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นย่อมกระทบต่อความสามารถในการทำงานที่ของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Lundberg and Rattanasuwan (2007) พบว่าปัจจัยและสาเหตุการเกิดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อาการปวด ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทั้งจากการได้รับยาเคมีบำบัด รังสีรักษา โรคร่วม ภาวะทางจิต อารมณ์ อันได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การติดเชื้อ ภาวะขาดน้ำ จากการศึกษาทฤษฎีจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่นับถือศาสนาพุทธในประเทศไทย พบว่าการได้แรงสนับสนุน และการให้กำลังใจจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ทฤษฎีอื่น ได้แก่ การสวดมนต์ ทำสมาธิ การปฏิบัติธรรม การนอนพัก การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการยอมรับกับอาการเหนื่อยล้าจากโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Fabi et al. (2020) มีแนวปฏิบัติเพื่อจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งดังต่อไปนี้

1. พยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่มีผลกระทบต่อระดับความสามารถในการทำหน้าที่ และความสามารถในการทำกิจวัตร

2. ประเมินการเกิดอาการเหนื่อยล้าด้วยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ และประเมินถึงผลกระทบต่อระดับความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ความต้องการในการช่วยเหลือการทำกิจวัตร ประเมินปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น ได้แก่ อาการปวด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร โรคร่วมต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น เพื่อจัดการและดูแลเพื่อลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ทั้งปัจจัยด้านร่างกาย และจิตใจ

3. ให้ความรู้ ข้อมูลตามความเป็นจริง ถึงสาเหตุ และลักษณะของอาการเหนื่อยล้า

4. ส่งเสริมการจัดการอาการเหนื่อยล้าตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การให้คำปรึกษา(Counseling) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การสวดมนต์ การทำสมาธิ เป็นต้น

2.2 การพยาบาลเพื่อดูแลทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยมะเร็งที่น้ำดีระยะลุกลามต้องเผชิญกับอาการของโรคที่รุนแรง มีความไม่แน่นอนในชีวิต และความตายที่กำลังจะมาถึง มีผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ด้านลบซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้น ทั้งวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และสามารถเผชิญกับความความตายที่กำลังจะมาถึงได้อย่างสงบ โดยการเปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัย ให้ได้แสดงความรู้สึก ความกลัว และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยในระบายนีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะการสื่อสารที่ดีเป็นสิ่งที่สำคัญ อีกทั้งการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวด และอาการอื่นที่รบกวนทางร่างกาย จะมีช่วยลดความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตได้อีกทางเช่นกัน

2.3 การพยาบาลเพื่อดูแลด้านจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยในด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญในระบายนการดูแลแบบประคับประคองต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างยิ่ง เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมเป็นองค์รวม พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความคิด ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ต้องมีการประเมินทั้งจากการสังเกต ความรู้สึก การแสดงออกทางพฤติกรรม และการสนับสนุนในการให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การศึกษาก่อนหน้าพบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามด้วยการตอบสนองความเชื่อทางศาสนาสามารถส่งเสริมความสามารถเผชิญปัญหาด้วยจิตใจที่สงบได้ (Jeranukul et al., 2015)

2.4 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมญาติในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลระดับประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยที่ครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลระดับประคับประคอง เนื่องจากแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถลดทอนความกลัว ความวิตกกังวล และส่งเสริมความมั่นคงในจิตใจให้กับผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมครอบครัว ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยจากการศึกษาของ สุปรีดา มั่นคง (2017) พบว่าบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลระดับประคับประคองมีดังต่อไปนี้

2.4.1. เป็นผู้ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรของผู้ป่วย และการจัดการอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายในเบื้องต้น การดูแลโดยการพูดปลอบโยนจิตใจ ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกและคอยอยู่เคียงข้าง เนื่องจากผู้ป่วยเครียด วิตกกังวล หมดหวัง กลัวต้องทุกข์ทรมานจากความตายที่ใกล้จะมาถึง การดูแลด้านสังคมจากภาวะของโรค ที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกสู่สังคมภายนอกได้ ญาติผู้ดูแลจึงต้องมึบทบาทในการนำสังคมกลับเข้าสู่ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งกับสมาชิกในครอบครัว คนใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกับบุคคลที่มีความสำคัญ ญาติผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

2.4.2 ญาติผู้ดูแลมีบทบาทในการประสานงาน จัดการภายในครอบครัว จัดการให้ญาติคนอื่นๆเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พูดคุยกัน ซึ่งในบางครั้งอาจเกิดความคิดเห็นไม่ตรงกัน ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลต้องคอยประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด

2.4.3 ญาติผู้ดูแลต้องเป็นผู้ตัดสินใจในการเตรียมพร้อมสำหรับความตาย มีส่วนร่วมในการวางแผนเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับสภาวะในระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

องค์ความรู้ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life)

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) และแนวคิดคุณภาพชีวิต (Quality of life) มีการศึกษาอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะบริบททางการแพทย์พยาบาล (Moons, 2004) โดยหลายงานวิจัยใช้ในความหมายที่ทดแทนกัน โดยค่านึงเฉพาะภาวะสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจหรือความผาสุกในชีวิตของแต่ละบุคคล (Guyatt et al., 1993) แรกเริ่มองค์การอนามัยโลก (1947) ได้นิยาม สุขภาพ ไว้ว่าเป็นภาวะที่ความสมบูรณ์แข็งแรง และมีความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ปราศจากการเจ็บป่วย จากนิยามดังกล่าวได้มีการพัฒนาแนวคิดเรื่อยมา จนในปี

ค.ศ.1960 เริ่มมีแนวคิดคุณภาพชีวิตซึ่งได้รับความสนใจอย่างมาก ส่วนใหญ่นำมาศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดูแล (World Health Organization, 2014; Post, 2014) ซึ่งมีผู้นิยามคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลายตามบริบทที่สนใจศึกษา ในปี 1995 องค์การอนามัยโลกได้นิยามความหมาย คุณภาพชีวิต คือการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะในการดำเนินชีวิต โดยขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม เป้าหมายในชีวิต ความคาดหวังของแต่ละบุคคล รวมทั้งมาตรฐานทางสังคมและองค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ทั้งด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อน ในขณะที่แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพถูกกล่าวถึงครั้งแรกในช่วงปี ค.ศ. 1980 โดยบุคคลแรกๆ คือ Torrance (1987) ได้กล่าวว่า แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นหน่วยย่อยของคุณภาพชีวิตที่ศึกษาเฉพาะด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล ต่อมาผู้ให้คำนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้อย่างหลากหลาย ดังต่อไปนี้

3.1 คำนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

Cella (1994) นิยามว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล (Subjective) ต่อความผาสุกในชีวิต ที่เกิดการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ระดับความผาสุกจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ความคาดหวัง และความสามารถในการปรับตัว มีองค์ประกอบ 4 มิติ (Multidimensionality) อันได้แก่ มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ และมิติความผาสุกด้านสังคม

Hays and Reeve (2008) นิยามว่า เป็นการรับรู้ต่อความผาสุกในชีวิต โดยขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคล มีองค์ประกอบ 3 มิติ คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ และความผาสุกด้านสังคม

Ebrahim (1995) นิยามว่า การรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกในชีวิต ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

GOLD (1996) นิยามว่า เป็นการประเมินค่าทางด้านภาวะสุขภาพ มุ่งเน้นถึงการประเมินความคุ้มค่าทางการดูแลรักษาและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

Ferrans, Zerwic, Wilbur, and Larson (2005) นิยามว่า เป็นผลกระทบจากภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสรุปคำนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกในชีวิต โดยระดับการรับรู้ความผาสุกของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความคาดหวังและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล โดยเป็นผลจากภาวะการเจ็บป่วยและ

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการรับรู้การดูแลระดับประคอง เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม โดยสรุปการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จำแนกคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพออกเป็น 5 มิติย่อย อันประกอบด้วย คือ มิติความพึงสุกด้านร่างกาย มิติความพึงสุกด้านการทำหน้าที่ มิติความพึงสุกด้านจิตอารมณ์ มิติความพึงสุกด้านสังคม และมิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง

3.2 แนวคิดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Cella (1994) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้น เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ โดยคำนึงถึงช่วงมีชีวิตรอดของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่สามารถประเมินเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ก่อให้เกิดองค์ประกอบหลายมิติ (Multidimensionality) ในแต่ละมิติครอบคลุมบริบทในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล อันได้แก่ มิติความพึงสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) หมายถึง การรับรู้ต่อความพึงสุกต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะหรือระบบต่างๆของร่างกาย การรับรู้อาการของโรค ที่และภาวะแทรกซ้อนของการรักษา มิติความพึงสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ และการทำหน้าที่ตามความต้องการของแต่ละบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาททางสังคม มิติความพึงสุกด้านจิต อารมณ์ (Emotional well-being) หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์ของแต่ละบุคคล ที่มีทั้งสภาวะอารมณ์ด้านบวกที่รับรู้ถึงพึงสุก ความสุข ความพึงพอใจ และสภาวะอารมณ์ด้านลบซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางอารมณ์และจิตใจ และมิติความพึงสุกด้านสังคม (Social well-being) หมายถึง การรับรู้ต่อความสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัว โดยรวมไปถึงการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย ตามแนวคิดนี้ความพึงสุกจะเป็นการรับรู้และเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล (Subjectivity) ที่มีต่อภาวะเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ขึ้นอยู่กับความคาดหวังและการประเมินสภาวะการเจ็บป่วยและการรักษานั้นคุณภาพชีวิต ตามการรับรู้ของแต่ละคนมากน้อยเพียงใด รวมไปถึงความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล โดยบุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวได้ดี สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีตามไปด้วย

ผู้วิจัยนำแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Cella (1994) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทที่สนใจศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ต้องเผชิญกับอาการของโรคที่รุนแรง และคุณภาพชีวิต จึงนำแนวคิดนี้มาศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยประเมินจากการรับรู้ต่อความพึงสุกครอบคลุม 5 มิติ

3.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามต่ำ และลดลงตามอาการและการลุกลามของโรคที่เพิ่มขึ้น (Mihalache et al., 2010; Patel et al., 2021; Sun et al., 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ทำให้ช่วงระยะเวลาที่มีชีวิตของผู้ป่วยสั้นลงได้รับการวินิจฉัย (Woradet et al., 2016) จากการสืบค้นพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมี 3 งาน โดยที่ 2 งานวิจัย ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม และอีก 1 งานวิจัยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรวมทุกระยะ โดยวรยา มั่นประเสริฐ และคณะ (2009) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 16 คน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 1 เดือนมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะมิติความผาสุกด้านร่างกาย ซึ่งพบอาการเหนื่อยล้าหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่สุด Somjaivong et al. (2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรวมทุกระยะ ที่ได้รับการรักษาทั้งการผ่าตัด ฉายแสง และเคมีบำบัด จำนวน 260 คน ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละรายมิติย่อยพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละรายมิติความแตกต่างกันมาก จากการเปรียบเทียบในแต่ละมิติพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีความผาสุกด้านจิต อารมณ์สูงสุด ตามมาด้วยความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกด้านร่างกาย และต่ำที่สุดคือ ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (คะแนนเฉลี่ย 2.94, 2.91, 2.73 และ 2.38 ตามลำดับ) และพบว่าอาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ อาการปวดแน่นท้อง Woradet et al. (2016) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะลุกลาม พบว่ามีความผาสุกด้านร่างกายต่ำที่สุด ตามด้วยความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ความผาสุกด้านจิต อารมณ์ และสูงที่สุดคือ ความผาสุกด้านสังคม (คะแนนเฉลี่ย 2.61, 2.72, 2.82 และ 3.66 ตามลำดับ)

3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

Somjaivong et al. (2011) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยเครื่องมือ FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General: FACT-G) พบว่าปัจจัยด้านอาการของโรค ($\beta = -0.688$, $p < 0.01$) มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด โดยอาการปวดแน่นท้อง เป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย ส่วนการศึกษาของวรยา มั่นประเสริฐ (2009) พบว่าอาการเหนื่อยล้า เป็นอีกอาการที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับ ปัจจัยด้านจิตใจ ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ($\beta = -0.184$, $p < 0.01$)

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีอิทธิพลทางบวก ($\beta=0.115$, $p<0.01$) ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Patel et al. (2021) ที่พบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการทั้งจากตัวโรค และจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร อึดอัด แน่นท้อง ท้องผูก นอนไม่หลับ อาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม การทำหน้าที่ และการรับรู้ต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำปัจจัยอิทธิพล ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการของโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิต และแรงสนับสนุนจากสังคม มาจัดกระทำด้วยการพัฒนาเป็นโปรแกรม การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

3.5 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีการพัฒนาเครื่องมืออย่างหลากหลาย สามารถแบ่ง ประเภทของเครื่องมือได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบ ทั่วไป (Generic HRQOL Questionnaire) และเครื่องมือที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบ เฉพาะเจาะจง (Specific HRQOL Questionnaire) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.5.1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป เพื่อประเมินผลกระทบจาก โรคและการเจ็บป่วยในกลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเครื่องมือที่นิยมได้แก่

3.5.1.1 แบบประเมิน Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) พัฒนาขึ้นในปี 1987 โดย Cella มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ต่อคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง ช่วง 7 วันที่ผ่านมา ล่าสุดเป็นฉบับที่ 4 ปรับปรุงในปี 1997 โดยมีข้อ คำถาม 27 ข้อ จำแนกเป็น 4 มิติ ประกอบด้วย การประเมินความผาสุกด้านร่างกายมี 7 ข้อคำถาม ความผาสุกด้านการทำหน้าที่มี 7 ข้อคำถาม ความผาสุกด้านสังคมมี 7 ข้อคำถาม และความผาสุก ด้านจิต อารมณ์มี 6 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดระดับ Likert scale มี 5 อันดับ ตั้งแต่ 0-4 โดยมีการ แปลไปใช้ในหลายประเทศ มีแบบประเมินที่แปลเป็นภาษาไทยในเว็บไซต์ www.facit.org โดย เครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยมะเร็ง 364 คน สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.75 - 0.90 (Ratanatharathorn et al. (2001)

3.5.1.2 แบบประเมิน The Quality-of-Life Questionnaire Core 30 (QLQ-C30) พัฒนาขึ้นใน ปีค.ศ.1986 วัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วย มะเร็ง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ล่าสุดเป็นฉบับที่ 3 มีข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นแบบประเมิน ความสามารถในการทำหน้าที่ในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ ด้านการรับรู้ ด้าน อารมณ์ ด้านสังคม ระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม พร้อมทั้งการติดตามอาการที่เกิดขึ้นใน ผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีการนำไปตรวจสอบคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งปอด 305 คน ได้สัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาคเป็น 0.7 (Sprangers, Cull, Bjordal, Grønvold, & Aaronson, 1993) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Sirisinha et al. (2002) ทดสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยมะเร็งได้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.64 -0.89

3.5.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะเจาะจง พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความเจาะจงตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง มีคุณลักษณะเฉพาะต่ออาการของโรค จึงมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผลกระทบที่เกิดจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ในที่นี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ 2 เครื่องมือที่นำมาประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลประคับประคองโดยมีรายละเอียดดังนี้

3.5.2.1 แบบประเมิน Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care (FACIT-Pal) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาเพิ่มเติมจากแบบประเมิน FACT-G โดย Greisinger et al. (1995) พัฒนาเครื่องมือและศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลประคับประคองจำนวน 74 คน นำมาซึ่งข้อคำถามเพิ่ม 19 ข้อ รวมแบบประเมิน FACT-G ซึ่งเดิมมีข้อคำถาม 27 ข้อ ทำให้ FACIT-Pal มีข้อคำถาม 46 ข้อ จำแนกเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบประเมิน FACT-G ใน 4 มิติประกอบด้วย การประเมินความผาสุกด้านร่างกายมี 7 ข้อคำถาม ความผาสุกด้านการทำหน้าที่มี 7 ข้อคำถาม ความผาสุกด้านสังคมมี 7 ข้อคำถาม และความผาสุกด้านจิต อารมณ์มี 6 ข้อคำถาม และส่วนเพิ่มเติมเพื่อประเมินการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลประคับประคอง 19 ข้อ ทั้งนี้ Lyons et al. (2009) ได้นำแบบประเมินดังกล่าวไปศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลประคับประคอง 256 คน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วย สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0.74-0.93 และทดสอบความตรงด้วย Construct Validity การวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่งข้อคำถามเพิ่มเติม 19 ข้อ มีความตรงตามโครงสร้างของ FACT-G และวิเคราะห์ Convergent validity ด้วยค่าความสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณกับแบบประเมิน ESAS และ CES-D พบว่า FACIT-PAL มีความสัมพันธ์ระดับสูงทั้งแบบประเมิน ESAS ($r=-.73$) และ CES-D ($r=-.75$)

3.5.2.2 แบบประเมิน European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C15-PAL ถูกพัฒนามาจากแบบประเมิน The Quality-of-Life Questionnaire Core 30 (QLQ-C30) โดยลดข้อคำถามเหลือ 15 ข้อโดย Groenvold et al. (2006) พร้อมทั้งศึกษาความตรงของเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 41 คนและจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 66 คน เพื่อประเมินความตรงตามเกณฑ์เมื่อเทียบกับเครื่องมือ QLQ-C30 ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเครื่องมือมีความตรงและสามารถประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ (Bjorner et al., 2004)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน FACIT-Pal เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามได้อย่างครอบคลุมทั้งมิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ และมิติการรับรู้การดูแลประคับประคอง โดยครอบคลุมนิยามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ศึกษาครั้งนี้ อีกทั้งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพยอมรับได้

3.6 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

แนวโน้มอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่มักเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จึงเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั่นคือ รูปแบบการดูแลประคับประคอง พยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีความเข้าใจในแนวคิดการดูแล ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก(2014) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.6.1 แนวคิดการดูแลประคับประคอง

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก (2014) พบว่าในแต่ละปีจะมีประชากรทั่วโลกประมาณ 20 ล้านคน มีความต้องการการดูแลประคับประคอง และด้วยอุบัติการณ์ของมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ทำให้ร้อยละ 34 ของประชากรทั่วโลกที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง

3.6.2 ความหมายของการดูแลประคับประคอง

การดูแลประคับประคอง (Palliative care) คือ รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับปัญหา ที่เกิดการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ด้วยการดูแลเพื่อการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนั้น ตั้งแต่แรกวินิจฉัยต่อเนื่องจนวาระสุดท้าย

3.6.3 องค์ประกอบการดูแลประคับประคอง

จากแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (2014) มีองค์ประกอบดังนี้

1 การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค โดยที่อาการปวดเป็นอาการที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกๆ ทั้งระดับความรุนแรงและความถี่ โดยพบว่า การดูแลที่สามารถบรรเทาอาการปวดจะสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการที่รบกวนอาการทางร่างกายอื่นๆ ด้วยการประเมินอาการที่ถูกต้องแม่นยำจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2 การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยและครอบครัว การเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ตลอดจนตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3 การดูแลด้วยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจการดำเนินโรค และแนวทางการรักษาต่างๆ มุ่งเน้นให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการดูแลรักษา และร่วมการวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่ภาวะสุดท้าย

4 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทั้งการช่วยครอบครัวในด้านการให้ความรู้ และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้เกิดความพร้อมต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

4. หลักพุทธธรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

พุทธธรรมเป็นคำสอนของพระพุทธเจ้า ที่ทรงค้นพบความจริงของสภาวะและความเป็นไป ความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของสิ่งทั้งปวง ความจริงตามกฎของธรรมชาติ สิ่งทั้งหลายอยู่ในรูปของกระแส เกิดขึ้นแล้วเสื่อมสลายไป ไม่เที่ยง ไม่คงที่ ส่วนประกอบต่างเกี่ยวเนื่องกัน เป็นเหตุและปัจจัย ความเป็นไปทั้งหมดนี้เป็นไปตามธรรมชาติ โดยพระพุทธเจ้าทรงแสดงความจริงของกฎธรรมชาตินี้ด้วย ไตรลักษณ์ ส่วนของการปฏิบัติเพื่อนำพุทธธรรมมาใช้ พระพุทธเจ้าทรงแสดงแนวทางที่ถูกต้องตั้งงามด้วยหลักไตรสิกขา เป็นระบบการศึกษาเรียนรู้ โดยเริ่มจากการกระทำ หรือการแสดงออกภายนอกทั้งทางกาย และทางวาจา ด้วยศีล และเพิ่มความละเอียดประณีตขึ้นสู่การฝึกอบรมทางจิต คือ การฝึกสมาธิ จนถึงระดับขั้นสุดท้าย คือการทำความเข้าใจและหยั่งเห็นความจริงของธรรมชาติ คือ ปัญญา โดยหลักไตรลักษณ์ และไตรสิกขา มีความสอดคล้องกับแนวทางการดูแลประคับประคอง สามารถบูรณาการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ดังต่อไปนี้

4.1 ไตรลักษณ์ เป็นหลักธรรมที่แสดงลักษณะโดยธรรมชาติ 3 อย่างของสิ่งทั้งปวง หรือแสดงกฎของธรรมชาติ โดยสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ได้อธิบายความหมายของไตรลักษณ์ไว้ดังนี้

4.1.1 อนิจจตา คือ ความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความไม่ยั่งยืน มีเกิดขึ้นแล้วก็ดับไป ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วมีเสื่อมสลายไป การเข้าใจในความอนิจจัง คือการเข้าใจความเปลี่ยนแปลง อย่าหลงผิด ยึดมั่นถือมั่น นำตัวและใจไปผูกไว้กับภาพความคิดที่ไม่ตรงกับกฎของธรรมชาติ หรือความจริงตามธรรมชาติ ให้ดำรงตนอย่างผู้รู้เท่าทันภาวะความเปลี่ยนแปลง มีชีวิตอยู่ด้วยปัญญาเข้าใจเหตุและปัจจัยของความเสื่อม และสามารถดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท

4.1.2 ทุกขตา คือ ภาวะที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดและการสลายไป ภาวะที่กดดันหรือขัดแย้งอยู่ในตัว ด้วยเหตุจากปัจจัยที่ปรุงแต่งขึ้นมาที่มีการเปลี่ยนแปลงไป คงอยู่ในสภาพหรือภาวะที่

เราปรารถนาไม่ได้ ไม่ได้รับสนองตามความอยาก ความพึงพอใจ ซึ่งก็คือ ตัณหา ตามหลักพุทธธรรมแล้ว ทุกข์เกิดขึ้นเป็นธรรมดาของสังขาร ต้องรู้ทันไม่ยึดมั่น แต่เรียนรู้ความทุกข์ รู้จักปรับตัวและแก้ไขเพื่อรู้เท่าทันความทุกข์ และจัดการความทุกข์ด้วยปัญญารู้เท่าทันเหตุและปัจจัยแห่งทุกข์ หน้าที่ของเราในการปฏิบัติต่อทุกข์คือ การกำหนดรู้ ทำความเข้าใจเท่านั้น โดยการดำเนินชีวิตที่ดี ย่อมนำชีวิตไปสู่ความเจริญ สมบูรณ์ได้ ทำให้เราค้นพบความสุข สงบที่แท้จริง

4.1.3 อนัตตา คือ ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน ความไม่มีตัวตนที่แท้จริง สิ่งทั้งปวงรวมถึงร่างกายไม่อยู่ในอำนาจของใครที่จะบังคับสั่งการให้เป็นไปอย่างใจปรารถนาได้ สิ่งทั้งหลายย่อมเป็นไปตามกระแส ที่เกิดจากเหตุและปัจจัยซึ่งสัมพันธ์กัน เมื่อสิ่งทั้งปวงไม่เที่ยง เกิด ดับ และเสื่อมสลายไปตลอดเวลา ย่อมเป็นเหตุและปัจจัยจะไปยึดมั่นของตัวของตนเองเอาไว้ไม่ได้ การเข้าใจอนัตตาขั้นต้นนั้นเพื่อการช่วยลดทอนตัณหา ต่อมาเพื่อเกิดการเรียนรู้สิ่งทั้งหลายตามที่เป็นอย่างแท้จริงของธรรมชาติ สลัดความยึดมั่นถือมั่น มีจิตใจอันเป็นอิสระต่อตัณหาทั้งปวง

กล่าวโดยสรุปไตรลักษณ์ เป็นหลักพุทธธรรมที่แสดงให้เห็นกฎธรรมชาติ ย่อมเกิดการแปรเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา รวมไปถึงสังขาร เมื่อเวลาผ่านไปย่อมเสื่อมและสลายไป การยึดมั่นถือมั่นว่าร่างกายจะคงทนไม่เปลี่ยนแปลงย่อมทำให้เกิดทุกข์ การเข้าใจไตรลักษณ์คือการเรียนรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลง เข้าใจและเรียนรู้ความทุกข์ตามเหตุและปัจจัยแห่งทุกข์ด้วยปัญญา ย่อมสามารถหลุดพ้นจากความทุกข์ มีจิตใจที่เป็นอิสระ สุขและสงบได้อย่างแท้จริง

4.2 หลักไตรสิกขา โดยสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ให้ความหมายของ สิกขา หมายถึง การศึกษาดังนั้นไตรสิกขา จึงหมายถึง การศึกษา 3 ด้าน ซึ่งจัดลำดับเป็น ศีล สมาธิ ปัญญา เมื่อฝึกตนตามไตรสิกขา ทำให้ชีวิตเจริญงอกงาม และก้าวไปในทางที่ถูกต้อง การเรียนรู้ไตรสิกขา คือการศึกษาหลักของการดำเนินชีวิต บุรณาการในการดำรงตนไปในแนวทางที่ถูกต้อง โดยพิจารณา 3 ด้านดังนี้

4.2.1 ศีล เป็นการฝึกในด้านความประพฤติทางกาย ทางวาจา และประกอบอาชีพโดยสุจริต เป็นการฝึกในระดับของการกระทำที่สัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก โดยค่านึงว่ากิจกรรมหรือการกระทำของเราต้องไม่เบียดเบียนผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น

4.2.2 สมาธิ เป็นการฝึกด้านสมาธิ หรือการพัฒนาจิตใจให้เจริญขึ้น คุณภาพจิตใจของเรา มีเจตนาอย่างไร มีจิตใจแจ่มใสหรือขุ่นมัว หรือความสุข ความทุกข์ในจิตใจเป็นอย่างไร

4.2.3 ปัญญา การฝึกหรือศึกษาในระดับปัญญา ให้รู้และเข้าใจความจริงของกฎธรรมชาติ ในการบูรณาเพื่อนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน คือการดำเนินชีวิตด้วยปัญญา การรู้และเข้าใจการกระทำชัดเจนดีหรือไม่ เป็นการกระทำที่ตรงตามเหตุและปัจจัย และก่อให้เกิดผลดี ผลเสียอย่างไร

โดยสรุปไตรสิกขา เป็นกระบวนการศึกษาเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้อง ดีงาม ด้วยการฝึกฝนทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ฝึกให้เกิดสติ และเกิดปัญญาในการที่จะพิจารณา

ไตร่ตรองปัจจัยที่เหตุและผล ทำให้สามารถที่จะปรับตัวอยู่กับความเป็นจริงของชีวิต การนำพุทธธรรมนำมาปฏิบัติเพื่อประโยชน์ในการดำเนินชีวิต การเรียนรู้และการจัดการความทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บปวด สูญเสีย การพลัดพราก ด้วยการพัฒนาให้เกิดปัญญา ให้เป็นผู้รู้เท่าทันความจริงของชีวิต

4.3 การทำสมาธิด้วยอานาปานสติ

การทำสมาธิ หมายถึง วิธีการที่จะทำให้จิตสงบ การจับจิต หรือควบคุมจิตของตนให้อยู่กับที่ ให้อยู่ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งที่เรากำหนด โดยสามารถเรียกได้หลายอย่าง เช่น ทำสมาธิ กรรมฐาน การเจริญภาวนา การเจริญสติ เป็นต้น ในที่นี้ใช้คำว่า ทำสมาธิ หลักทางพุทธศาสนามีวิธีการทำสมาธิ 2 วิธีคือ 1. สมถสมาธิ คือการทำสมาธิที่มุ่งให้จิตเกิดความสงบ ด้วยการข่มจิตให้สงบ ผันจิตทวนกระแสสิ่งที่จิตอยากคิด โดยการเอาจิตไปผูกไว้กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น กำหนดอยู่ที่ลมหายใจ (อานาปานสติ) 2. วิปัสสนาสมาธิ คือ การทำสมาธิที่มุ่งให้จิตเกิดปัญญา ทำให้จิตสงบด้วยการตามดูจิต และรู้เท่าทันจิต

4.3.1 สมาธิแบบอานาปานสติ

พระธรรมโกศาจารย์ (2564) ให้ความหมายไว้ว่า อานาปานสติ คือ การกำหนดธรรมะอัน ลึกซึ้ง หรือสัจธรรมของธรรมชาติอยู่ทุกครั้งที่หายใจเข้าออก หรือการมีสติทุกลมหายใจเข้า ออก อานาปานสติ ประกอบด้วย 4 หมวด อันได้แก่ หมวดที่ 1 กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน คือ การกำหนดรู้ทางกาย หมวดที่ 2 เวทนานุปัสสนา คือ การกำหนดรู้ทางเวทนา หรือ กำหนดรู้ความรู้สึกของจิต หมวดที่ 3 จิตธานุปัสสนา คือ การตรวจตราจิต หมวดที่ 4 ธัมมานุปัสสนา คือ การเห็นไตรลักษณ์ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำหลักอานาปานสติ ในหมวดที่ 1 คือการกำหนดรู้ทางกาย ด้วยลมหายใจเข้า ออก โดยนำไปฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ศูนย์มะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ดังนี้ ชั้นที่ 1 ชั้นแรกคือ กำหนดลมหายใจยาว อยู่ทุกครั้งที่มีการหายใจเข้าออก ชั้นที่ 2 กำหนดลมหายใจสั้น อยู่ทุกครั้งที่มีการหายใจเข้าออก ชั้นที่ 3 กำหนดรู้ข้อเท็จจริงที่ว่า ลมหายใจนี้เป็นเครื่องปรุงแต่งร่างกาย อยู่ทุกครั้งที่มีการหายใจเข้าออก ชั้นที่ 4 กำหนดการทำลมหายใจให้ระงับลงๆ ไปเรื่อย ๆ จนถึงที่สุดอยู่ทุกลมหายใจเข้าออก รวมเรียกว่า กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน คือ การกำหนดสติในการตามเห็นกาย คือลมหายใจ กับร่างกายที่สัมพันธ์กันอยู่ และควบคุมและระลึกละเอียดตลอด

5. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ทำให้พบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีระดับต่ำ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยคือ ปัจจัยด้านอาการของโรค ปัจจัยด้านความรู้สึกล้มเหลวในชีวิต และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ยังมีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกับศาสนาอยู่ในระดับสูง แต่ด้วยข้อจำกัดในการดูแลแบบประคับประคองใน

ประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลยังไม่ได้รับการดูแลระดับประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการดูแลระดับประคับประคองขององค์การอนามัยโลก(2014) มาเป็นกรอบการพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีระยะลุกลามครอบคลุมองค์รวม ทั้งนี้เพื่อให้ตอบสนองกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับบริบทความเชื่อทางศาสนา ผู้วิจัยได้บูรณาการหลักพุทธธรรม อันประกอบด้วย ไตรสิกขา (พุทธทาสภิกขุ, 2564; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2561) และกฎไตรลักษณ์ (พระธรรมโกศาจารย์(พุทธทาสภิกขุ), 2549; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2561) โดยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ กำหนดขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และความด้านจิตวิญญาณ พร้อมกับระบุปัญหาและลำดับความสำคัญ

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลด้วยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

2.1 การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยได้บูรณาการหลักไตรสิกขา ประกอบด้วย ศีล สมาธิ ปัญญา ด้วยกิจกรรมการสวดมนต์ การทำสมาธิ และแผ่เมตตา

2.2 การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ บูรณาการหลักไตรลักษณ์ด้วย กิจกรรมการสำรวจความรู้สึกนึกคิดจากการวาดภาพ การเรียนรู้พุทธธรรมจากบทความแสดงไตรลักษณ์ของชีวิต ถ่ายทอดผ่านหนังสือเสียง

2.3 การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยจะประเมินความพร้อมและความสนใจของผู้ป่วยก่อนร่วมกิจกรรมในทุกกิจกรรมและร่วมกันการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยแท้จริง

2.4 ผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

2.5 ผู้วิจัยมอบคู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต คู่มือความรู้เรื่องและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ, และแนะนำการรับชมผ่านทาง You tube เรื่อง พุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักพุทธธรรม การทำสมาธิ และบทความที่ถ่ายทอดเป็นหนังสือเสียง โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกบทความที่มีความสอดคล้องกับหลักของไตรลักษณ์ ให้ผู้ป่วยได้ไปทบทวนเมื่ออยู่ที่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำการบันทึกกิจกรรม การสวดมนต์ แผ่เมตตา และการทำสมาธิ เมื่อปฏิบัติด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน

2.6 ผู้ป่วยและครอบครัวทำกิจกรรมการสวดมนต์ 10 นาที แผ่เมตตา 5 นาที ทำสมาธิ 20 นาที อย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน และทุกครั้งที่มีอาการ ติดต่อกันอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ และบันทึกการทำกิจกรรมลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ โดยผู้วิจัย โทรศัพท์ติดตามความต่อเนื่องการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรม ร่วมกันแก้ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตาให้ต่อเนื่อง พร้อมกันนี้ผู้วิจัยจะประเมินผลของกระบวนการด้วยเครื่องมือกำกับการทดลอง

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

Mihalache et al. (2010) เป็นงานวิจัยที่ติดตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในระยะเวลา 4 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.038$) แต่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุกมิติของผู้ป่วยลดลงใน 9 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัย

Somjaiwong et al. (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่จำนวน 260 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวก ($\beta=0.115$, $p<0.01$) และอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกผ่านทางความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ($\beta=0.132$, $p<0.01$) ส่วนปัจจัยด้านจิตใจที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ($\beta=-0.184$, $p<0.01$) และปัจจัยด้านอาการของโรค ($\beta=-0.688$, $p<0.01$) มีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบผ่านทางความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ($\beta=-0.097$, $p<0.01$)

Woradet et al. (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม พบว่าผู้ป่วยมีความผาสุกด้านสังคม สูงสุด ตามด้วย ความผาสุกด้านจิต อารมณ์ ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ และต่ำที่สุดคือความผาสุกด้านร่างกาย ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการรอดชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในช่วงระยะเดือนแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามได้

สมปอง พะมุลิลา และคณะ(2020) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาลักษณะและวิถีชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 38 คน พบว่าในการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะโรค ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีการลุกลามของโรค ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย รอคอยความตายเท่านั้น ผู้ป่วยที่ต้องอยู่ลำพังที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องการการสนับสนุนจากสังคม เพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และโดยส่วนใหญ่ครอบครัวจะปิดบังเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคกับผู้ป่วย ด้วยมีความเชื่อว่าการรับรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ อาการทรุดลง และจะเสียชีวิตเร็วขึ้น

ชุนกร แก้วมณี, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ สุदारัตน์ สิทธิสมบัติ (2015) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับการรักษาประคับประคองในโรงพยาบาลจำนวน 267 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง (ร้อยละ 57.30) และมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าร้อยละ 72.30 ของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านจิตวิญญาณระดับสูง จะมีความต้องการการตอบสนองด้านจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกับศาสนา มีความต้องการมีความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต (ร้อยละ 71.50) มีความต้องการด้านการได้รับความรักและให้ความรัก (ร้อยละ 61.80) มีความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา (ร้อยละ 61.80)

Jeranukul et al. (2015) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมปัญญาตามหลักพุทธศาสนาต่อความหวังและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยดำเนินการให้โปรแกรมกับกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 33 วัน แบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 การฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมใช้เวลา 5 วัน กิจกรรมประกอบด้วย การเรียนรู้หลักธรรมทางศาสนาพุทธ เรื่องกฎแห่งกรรม ไตรสิกขา และอริยสัจ 4 และการฝึกภาวนาสมาธิ ช่วงที่ 2 เป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน โดยผู้วิจัยมีการติดตาม ให้คำแนะนำ ติดตามปัญหาและอุปสรรค มีการเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตาม ผลการศึกษาพบว่าค่า โปรแกรมสามารถส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหามีกลุ่มทดลองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

ช่อผกา ปุยขาว และคณะ (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าหลังผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

Chimluang et al. (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมไตรสิกขาบำบัดต่อความผาสุกด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยโปรแกรมไตรสิกขาบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมสี่ ได้แก่ การแสดงตัวตนผ่านงานศิลปะและการวาดภาพ เล่าเรื่องราวที่ทำให้ภูมิใจในอดีต กิจกรรมสมาธิ ได้แก่ การได้ระบายความรู้สึกผ่านทางกิจกรรมกลุ่มและได้ร่วมกันแสดงออกถึงความต้องการในอนาคต กิจกรรมปัญญา ได้แก่ การแชร์ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค และกิจกรรมเขียนพินัยกรรมชีวิตระยะเวลาการให้โปรแกรมทั้งสิ้น 3 วันต่อเนื่องกันผลการศึกษาพบว่าระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ($p < 0.05$)

Zeidan et al. (2019) ศึกษาการทำงานของสมองในขณะที่มีการทำสมาธิ พบว่า การทำสมาธิต่อเนื่อง 4 วันต่อสัปดาห์ วันละ 20 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ที่ฝึกสมาธิมีการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนorbitofrontal cortex และ rostral anterior cingulate cortex ซึ่งทำหน้าที่ควบคุม และลดระดับตัวรับสัญญาณความเจ็บปวด (nociceptive neural target) ในสมองส่วน thalamus และ primary somatosensory ส่งผลให้อาการปวดเรื้อรังลดลง

Zeidan et al. (2014) ศึกษาการทำงานของสมองด้วยการสแกนคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนทั่วไปจำนวน 15 คน โดยฝึกสมาธิเป็นเวลา 4 วัน ใช้เวลาอย่างน้อยวันละ 20 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนการฝึกการสมาธิไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความวิตกกังวล แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ทำการฝึกการเจริญสติเป็นระยะเวลา 4 วัน แล้วทำ MRI พบว่ามีการกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วน anterior cingulate cortex, ventromedial prefrontal cortex, และ anterior insular ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลลดลง

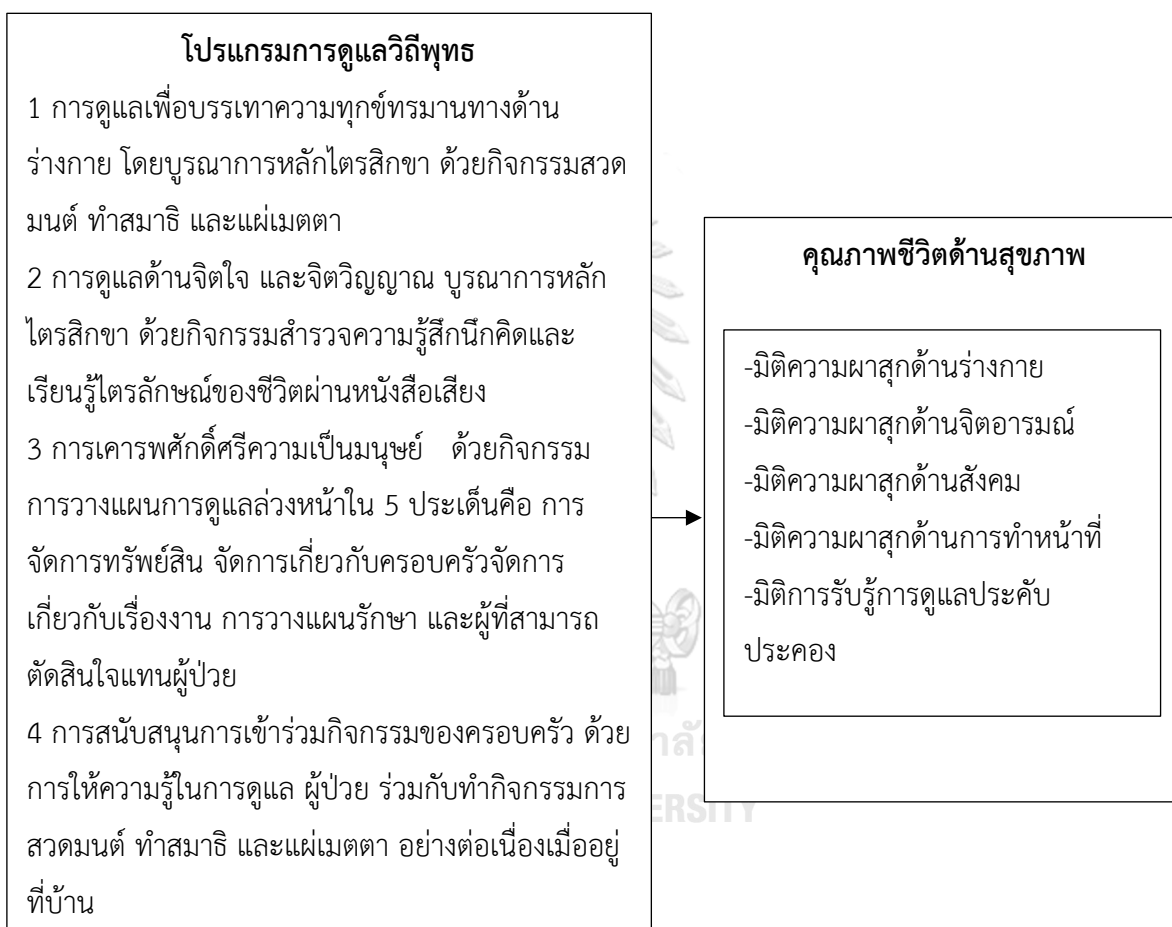
Johnson et al. (2016) ได้ทำการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม Advance Care Planning (ACP Intervention) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ระยะลุกลาม พบว่าการรับรู้ของครอบครัวต่อความคาดหวังของผู้ป่วยในระยะท้ายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจมากกว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการบันทึกการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 74) แต่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของแผนการรักษา และอัตราการได้รับการฟื้นคืนชีพ

Bakitas et al. (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 322 คน ภายหลังจากได้รับโปรแกรม พบว่าระดับคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันทีไม่พบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง แต่เมื่อติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุกมิติของผู้ป่วยให้ลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะโรคและความรุนแรงของอาการ ปัจจัยอิทธิพลที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงคือ ปัจจัยด้านอาการของโรค และความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลประคับประคองมากมาย และหลากหลายเพื่อบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบทที่สนใจศึกษา ทั้งสภาพสังคม วัฒนธรรม และแหล่งทรัพยากรที่มี แต่โดยหลักคือเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และท้ายที่สุดแล้วผู้ป่วยมีความพร้อมเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

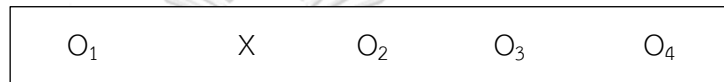
ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ จากการทบทวนวรรณกรรม โดยนำกรอบแนวคิด การดูแลระดับประคองขององค์การอนามัยโลก(2014) ร่วมกับบูรณาการหลักพุทธธรรม ประกอบด้วย ไตรสิกขา(พุทธทาสภิกขุ, 2564; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) และ กฎไตรลักษณ์ (พุทธทาสภิกขุ, 2549; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) ผู้วิจัยได้สรุป กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) ด้วยจำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่มีจำนวนจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคไม่ดี และช่วงระยะเวลาที่มีชีวิตของผู้ป่วยสั้นหลังได้รับการวินิจฉัย ผู้วิจัยจึงศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวคือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม วัตถุประสงค์ 4 ครั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระยะก่อนได้รับโปรแกรมระยะหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 โดยมีแบบแผนการวิจัย ดังนี้



X หมายถึง การให้โปรแกรมการดูแลชีพุท

O₁ หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลชีพุท

O₂ หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม หลังได้รับโปรแกรมการดูแลชีพุทในสัปดาห์ที่ 1

O₃ หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม สิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2

O₄ หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งระยะการดำเนินโรครอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ตามเกณฑ์การของ American Joint Committee on Cancer (AJCC; 8th Edition)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามทั้งเพศชายและหญิง ที่นับถือศาสนาพุทธ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป การดำเนินโรครอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การของ American Joint Committee on Cancer (AJCC; 8th Edition) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ป่วยรับทราบการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะที่ 3 และระยะที่ 4
2. ผู้ป่วยอยู่ระหว่างรับการรักษาประคับประคองอาการ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาอาการของโรค โดยมีใช้เพื่อให้หายขาด
3. ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Palliative performance scale) มากกว่าร้อยละ 30
4. ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับรู้ และสามารถสื่อสารได้ตามปกติ
5. ผู้ป่วยมีญาติดูแลอย่างน้อย 1 คนในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมในช่วงกลับไปอยู่ที่บ้าน
6. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และไม่สามารถอยู่จนสิ้นสุดการวิจัย
2. ผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่จนสิ้นสุดการวิจัย
3. ผู้ป่วยเสียชีวิต

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดผลซ้ำ 4 ครั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดให้มีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในอำนาจการทดสอบ (Gray, Grove, & Sutherland, 2016) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.25 (Cohen, 1988; Faul et al., 2013 อ้างใน (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2563) คำนวณด้วยโปรแกรม G*power (Version 3.1) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 24 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดรวมทั้งสิ้น 26 คน แต่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัยจำนวน 2 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 24 คน ซึ่งครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 5/2022 แล้วจึงดำเนินการขออนุญาตเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาการดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยในเพื่อนำตัวและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจง

รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยโดยละเอียด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัยโดยอิสระ โดยรายละเอียดของการวิจัยที่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อมูลที่ เป็นความจริง ปราศจากการบิดเบือนข้อมูลใดๆ และการตัดสินใจนี้จะไม่มีการดูแลรักษาตามมาตรฐานของการดูแลของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย หรือ โปรแกรมการดูแลวิฤต ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียด ให้กับกลุ่มตัวอย่างจนกว่าจะมีความเข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความเคารพความเป็นส่วนตัวและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดเป็นความลับอยู่เสมอ ทั้งในกรณีที่ผลงานการวิจัยได้รับการตีพิมพ์หรือการเผยแพร่สู่สาธารณะชน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆต่อกระบวนการดูแลและรักษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย และ 3. เครื่องมือกำกับกรวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ต่อเดือน สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว สิทธิการรักษา และแบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ระยะของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและศึกษาเวชระเบียน

3.1.2 แบบประเมิน Functional Assessment of Chronic Illness Therapy– Palliative Care (FACIT-Pal) ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือจาก [www. facit.org](http://www.facit.org) มีข้อคำถาม 46 ข้อ ประกอบด้วย

3.1.2.1 แบบประเมิน FACT – G จำนวน 27 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำแนกเป็น 4 มิติ ประกอบด้วย มิติความผาสุกด้านร่างกายมีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่มีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด มิติความผาสุกด้านสังคมมีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด และมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มีข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบในข้อที่ 1,3,4,5 และ 6

3.1.2.2 แบบประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative care) จำนวน 19 ข้อ มีคำถามเชิงลบในข้อที่ 4,5,6,7,8,9,10,11 และ 13

แบบประเมิน FACIT-Pal มีระดับมาตรวัด Likert scale มี 5 อันดับ ตั้งแต่ 0 - 4 เป็นการประเมินความรู้สึกในช่วง 7 วันที่ผ่านมา การแปลผลข้อคำถามด้านบวก คือ 4 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด 3 คะแนน คือ มีความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาก 2 คะแนน คือ มีความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพปานกลาง 1 คะแนน คือ มีความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อย 0 คะแนน คือ ไม่มีความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การแปลผลข้อคำถามด้านลบด้วยการกลับค่าคะแนน โดยระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละรายมิติ ได้จากการหาค่าเฉลี่ยในแต่ละมิติ โดยค่าเฉลี่ยมากเป็นข้อบ่งชี้ถึงระดับความเหมาะสมมาก ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า คือ มีระดับความเหมาะสมในรายมิติต่ำกว่า และการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการรวมค่าเฉลี่ยในแต่ละมิติ ค่าเฉลี่ยรวมมากเป็นข้อบ่งชี้ถึงระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า คือ มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่า แบบประเมิน FACIT-Pal ได้ถูกนำมาทดสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลประคับประคองจำนวน 256 คน จากการศึกษาของ Lyons et al. (2009) ได้ 0.93

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมิน FACIT- PAL ฉบับภาษาไทย ตรวจสอบความสอดคล้องภายในเนื้อหา เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือ ความตรง และความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา ผู้วิจัยปรึกษาคณะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบ ความตรงและความสอดคล้องกับเนื้อหา แบบประเมิน FACIT- PAL ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน อันประกอบด้วย จิตแพทย์ประจำศูนย์การดูแลประคับประคอง 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าศูนย์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี 2 คน แบบประเมิน FACIT- PAL ฉบับภาษาไทยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 เกณฑ์การตัดสินค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมากกว่า 0.7 (Gray et al., 2016) แสดงว่าค่าที่ได้อยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแก้ไขตามข้อเสนอแนะในข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 3 ใน 5 คน แล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (Reliability)

แบบประเมิน FACIT- PAL เป็นเครื่องมือที่นำไปทดสอบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 256 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93 (Lyons et al., 2009) ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมิน FACIT- PAL มาวิเคราะห์หาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จำนวน 24 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94 และวิเคราะห์ในรายมิติย่อย ประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกายได้ 0.71 มิติความผาสุกด้านสังคมได้ 0.90 มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ได้ 0.87 มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ได้ 0.88 และมิติการรับรู้การดูแลระดับประคองได้ 0.88 โดยใช้เกณฑ์การตัดสินเครื่องมือที่มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับมากกว่า 0.7 (กัลยา วานิชย์บัญชา และ ฐิตา วานิชย์บัญชา, 2563) แสดงว่าค่าที่ได้อยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ

3.2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

3.2.1. โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ผู้วิจัยพัฒนาโดยอาศัยกรอบแนวคิดการดูแลระดับประคองขององค์การอนามัยโลก (2014) ร่วมกับบูรณาการหลักธรรมทางศาสนาพุทธ อันประกอบด้วย หลักไตรสิกขา และกฎไตรลักษณ์ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ดังนี้

3.2.1.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เอกสาร บทความ งานวิจัย ตำราที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การดูแลแบบประคองตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (2014) หลักพุทธธรรมที่ได้จากการศึกษาตำรา พระธรรมเทศนา ปาฐกถาและคำบรรยายพิเศษ จากคู่มือศึกษาระยะ (ฉบับสมบูรณ์) และอานาปานสติสมบูรณ์แบบของท่านพุทธทาสภิกขุ ร่วมกับตำราพุทธธรรม ฉบับเดิม และหนังสือคู่มือชีวิตของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต)

3.2.1.2 สรุปเนื้อหา ประเด็นสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด และกำหนดโครงสร้างของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธตามกระบวนการพยาบาลดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความต้องการด้านจิตวิญญาณ พร้อมทั้งระบุและลำดับความสำคัญของปัญหา ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและสัมภาษณ์ สังเกตลักษณะท่าทาง สีหน้าการแสดงอารมณ์ความรู้สึก

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลด้วยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ประกอบด้วย

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ด้วยหลักไตรสิกขา ประกอบด้วย ศีล สมาธิ ปัญญา ด้วยกิจกรรมการสวดมนต์ การทำสมาธิ และแผ่เมตตา

2. การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยหลักไตรลักษณ์ด้วย ประกอบด้วย กิจกรรมการสำรวจความรู้สึกนึกคิดจากการวาดภาพ การเรียนรู้พุทธธรรมจากบทความแสดงไตรลักษณ์ของชีวิต ถ่ายทอดผ่านหนังสือเสียง

3. การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัย จะประเมินความพร้อมและความสมัครใจของผู้ป่วยก่อนร่วมกิจกรรมในทุกกิจกรรมและร่วมกันการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยแท้จริง

4. ผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำกิจกรรมการสวดมนต์ 10 นาที แผ่เมตตา 5 นาที ทำสมาธิ 20 นาที อย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน และทุกครั้งที่มีอาการ ติดต่อกันอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความต่อเนื่องการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรม ร่วมกันแก้ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เมื่ออยู่บ้าน ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตาให้ต่อเนื่อง พร้อมกันนี้ ผู้วิจัยจะประเมินผลของกระบวนการด้วยเครื่องมือกำกับการทดลอง

3.2.2. สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ได้แก่ คู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต คู่มือและแผนการสอนเรื่องความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธและวิถีทัศน์เรื่อง พุทธธรรมกับการดำเนินชีวิตที่ผู้วิจัยได้นำเผยแพร่ผ่านทาง You tube ซึ่งเป็นเนื้อหาเดียวกับคู่มือ โดยรายละเอียดแต่ละสื่อที่ใช้ประกอบดังนี้

3.2.2.1 คู่มือและวิถีทัศน์ เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต และ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม พระธรรมเทศนา ปาฐกถา คำบรรยายของท่านพุทธทาสภิกขุ อันได้แก่ คู่มือศึกษาระยะ(ฉบับสมบูรณ์) อานาปานสติสมบูรณ์แบบพุทธทาสภิกขุ ร่วมกับตำราพุทธธรรม ฉบับเดิม หนังสือคู่มือชีวิตของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต) และหนังสือสมาธิเบื้องต้นสำหรับประชาชน ของพระครูปลัดสุวัฒนธีรคุณ (2552) แล้วสรุปเนื้อหาให้ง่ายต่อความเข้าใจ กระชับ และบทความที่ถ่ายทอดเป็นหนังสือเสียง พิจารณาให้สอดคล้องกับหลักไตรลักษณ์และเหมาะสมกับผู้ป่วย เนื้อหาประกอบ หลักคำสอนทางศาสนาพุทธ การทำสมาธิด้วยหลักอานาปานสติ บทความเรื่อง ดับไม่เหลือ: ความดับไม่เหลือที่สมบูรณ์ด้วยสติปัญญา จากตำราคำสอนของท่านพุทธทาสภิกขุ (2553) และบทความ การทำใจยอมรับความเจ็บป่วย จากหนังสือคู่มือชีวิต ซึ่งเป็นหนังสือที่รวบรวมพระธรรมเทศนา ของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต) (2562) พร้อมบทสวดมนต์ บทแผ่เมตตา ส่วนท้ายเล่ม ประกอบด้วยแบบบันทึกกิจกรรมการแสดงความรู้สึกนึกคิด และกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

3.2.2.2 คู่มือและแผนการสอนความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ระยะลุกลาม อาการของโรค การจัดการอาการทั้งการจัดการด้วยยาและการผสมผสานแบบวิถีพุทธ ซึ่งเป็นวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ วิเคราะห์และสรุปเนื้อหา ให้ง่าย และกระชับ เหมาะสมกับ ผู้ป่วย เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี และการจัดการอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมานทางด้านร่างกาย ร่วมกับผสมผสานการจัดการอาการแนวทางวิถีพุทธ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ พร้อมทั้งคู่มือ แผนการสอน และวีดิทัศน์ ไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน อันประกอบด้วย จิตแพทย์ประจำศูนย์การดูแล ประคับประคอง 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคอง 1 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าศูนย์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 คน อาจารย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี 2 คน เพื่อประเมินความครอบคลุมเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดและทฤษฎี รูปแบบ ความเหมาะสมของกิจกรรมและสื่อที่ใช้ จากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มประเด็นของการจัดการอาการความทุกข์ทรมานทางด้าน ร่างกายให้ครอบคลุมอาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม และการระบุเหตุผลของการเลือก บทบาทให้สอดคล้องกับหลักไตรลักษณ์ในการดำเนินกิจกรรมการฟังหนังสือเสียง จากนั้นนำเสนอ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3.3. เครื่องมือกำกับการวิจัย

3.3.1. แบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ (Buddhist Death Acceptance Scale) (Thanasilp et al., 2020) เพื่อประเมินผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ แบบ ประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินที่แสดงถึงการยอมรับ การตายที่เป็นกระบวนการตามธรรมชาติ (9 ข้อ) ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินที่แสดงถึงการ เตรียมพร้อมสำหรับความตาย (4 ข้อ) การแปลผลระดับมาตรวัด rating scale ตั้งแต่ 1-4 โดย การแปลผลดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นความจริงอย่างที่สุด 2 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นความจริง 3 คะแนน หมายถึง เป็นความจริง 4 คะแนน หมายถึง เป็นความจริงอย่างที่สุด การแปลผลคะแนน โดยการหาคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง การยอมรับความตายสูง คะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง การยอมรับความตายต่ำ โดยสามารถแบ่งระดับของการยอมรับความตายเป็นได้ดังนี้ ระดับต่ำเท่ากับ 1.00-2.00คะแนน ระดับปานกลางเท่ากับ 2.01-3.00 คะแนน ระดับสูงเท่ากับ 3.01-4.00 คะแนน

แบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ นี้ถูกนำมาทดสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาคในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน 230 คน ได้ 0.82 เกณฑ์การผ่านการกำกับ การทดลองของกลุ่มตัวอย่างคือ ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมและนำไปปฏิบัติแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับความตายวิถีพุทธ ตั้งแต่ 2.01 คะแนน ขึ้นไป

3.3.2. แบบบันทึกกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อติดตาม การสวดมนต์ ทำสมาธิ การแผ่เมตตา เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติด้วยตัวเองขณะอยู่ที่บ้าน โดยลักษณะเป็นแบบ Check list ตามที่ได้ปฏิบัติจริงโดยเกณฑ์การประเมิน มีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทุกวันใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรม 4-5 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรม 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การประเมินกลุ่มตัวอย่างต้องมีการปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมร้อยละ 80 จึงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกำกับการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

แบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ (Thanasilp et al., 2020) และแบบบันทึกกิจกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เพื่อประเมินความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของเครื่องมือ ความตรงและความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา แบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ ได้เท่ากับ 0.84 โดยเกณฑ์การตัดสินค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมากกว่า 0.70 (Gray et al., 2016) แสดงว่าค่าที่ได้อยู่ในเกณฑ์เป็นที่ยอมรับ จากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธนี้ถูกนำมาทดสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาคในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน 230 คน ได้ 0.82 ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จำนวน 24 คน ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาคได้เท่ากับ 0.73 โดยใช้เกณฑ์การตัดสินเครื่องมือที่มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับควรมากกว่า 0.70 (กัลยา วานิชย์บัญชา และ จุฑา วานิชย์บัญชา, 2563) แสดงว่าค่าที่วิเคราะห์ได้อยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ

4. การดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

4.1. ขั้นเตรียมการวิจัย

4.1.1 ขั้นเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมพร้อมของตัวผู้วิจัยในด้านความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีระยะลุกลาม การดูแลเพื่อบรรเทาอาการของโรค ด้วยการศึกษาจาก การทบทวนวรรณกรรม พร้อมทั้งผู้วิจัยเข้ารับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบ ประคับประคอง แบบบูรณาการหลักสูตรทางศาสนา ที่วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นแหล่ง ศึกษาดูงาน ในการดูแลแบบประคับประคองให้กับสถาบันและหน่วยงานต่างๆทั้งในและต่างประเทศ

4.1.2 ขั้นการเตรียมเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ โดยการผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งศึกษาดำเนินการ และเอกสารเกี่ยวกับหลักพุทธธรรม เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลวิถี พุทธ คู่มือและวีดิทัศน์ เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต คู่มือและแผนการสอน เรื่องความรู้เรื่องโรค และการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ

4.1.3 ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และศึกษาเวชระเบียน พร้อมทั้งเข้าไปแนะนำตัวกับหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย ศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยเคมีบำบัด เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บ ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะศึกษาประวัติของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อ ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4.2. ขั้นตอนโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ มีรายละเอียดดังนี้

การดำเนินโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

4.2.1 ระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็น รายบุคคล ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และระยะเวลาในการ ดำเนินการวิจัย พูดคุยและสัมภาษณ์ สังเกตลักษณะท่าทาง สีหน้าการแสดงอารมณ์ความรู้สึก เพื่อ ประเมินปัญหาและความต้องการให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ ครอบครัวยุติธรรม และ ความ ต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน พร้อมกับกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างเล่าเรื่องราวการเจ็บป่วย

4.2.2 ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นรายบุคคล ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System

(ESAS) (Chinda, 2011) เพื่อประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ถือว่าเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ ทำสมาธิ แผ่เมตตา ผู้วิจัยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมกับเปิดวิถีทัศน์เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต เพื่อแสดงหลักฐานและขั้นตอนฝึกสมาธิ จากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันฝึกทำสมาธิ โดยใช้เวลารวมไม่เกิน 90 นาที

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เริ่มกิจกรรมด้วยการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นทำกิจกรรมสำรวจความรู้สึกนึกคิดด้วยการวาดภาพหรือเล่าเรื่องราวความรู้สึก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ เพื่อตอบคำถาม 3 ข้อ ดังนี้ (ใช้เวลาข้อละประมาณ 10 นาที) คำถามที่ 1 ความฝันของชีวิตที่อยากให้เกิดขึ้น คืออะไร คำถามที่ 2 คือ สิ่งทีกลัวที่สุดในชีวิตคืออะไร คำถามที่ 3 คือ ในชีวิตนี้สิ่งที่อยากทำมากที่สุดคืออะไร เมื่อผู้ป่วยวาดภาพเพื่อตอบคำถามครบทั้ง 3 ข้อ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องเกี่ยวกับภาพวาดและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เริ่มกิจกรรมด้วยการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันเรียนรู้เกี่ยวกับกฎไตรลักษณ์ของชีวิต ผ่านการฟังหนังสือเสียง แล้วผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เริ่มกิจกรรมด้วยการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และ

แผ่นเมตตา 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยอธิบายประโยชน์และขั้นตอนของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามเกี่ยวกับเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลรักษา การดำเนินของโรค ตามคู่มือและแผนการสอนเรื่องความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ และข้อสงสัยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากนั้นผู้วิจัยประเมินความพร้อมและสอบถามความสมัครใจในเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เริ่มกิจกรรมด้วยการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่นเมตตา 5 นาที ดำเนินกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยผู้วิจัยอธิบายถึงรายละเอียดในแต่ละประเด็น จากนั้นผู้ป่วยบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้าใน 5 ประเด็น ดังนี้ เราจะจัดการทรัพย์สิน ข้าวของ เงินทองอย่างไร เราจะจัดการเกี่ยวกับครอบครัวอย่างไร เราจะจัดการเกี่ยวกับเรื่องงานอย่างไร การรักษาแบบใดที่เราไม่ต้องการ ถ้าเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันขึ้นกับเรา คนที่จะให้ตัดสินใจแทนคือใคร โดยให้พยาบาลผู้ดูแลและญาติมีส่วนร่วม ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 7 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่นเมตตา 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวนำการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่นเมตตา กลับไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากตื่นนอนตอนเช้า ติดต่อกันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย พร้อมทั้งแนะนำการบันทึกการทำกิจกรรมการดูแลวิถีพุทธลงในแบบบันทึก พร้อมทั้งมอบเล่มคู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต คู่มือความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ และอธิบายการรับชมเรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิตผ่านทาง YouTube ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเมื่ออยู่บ้าน โดยผู้วิจัยนัดหมายเพื่อโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 2

4.2.3 ระยะดำเนินโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2

กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่นเมตตา 5 นาที อย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้า ติดต่อกันอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย และบันทึกการทำกิจกรรมการดูแลวิถีพุทธลงในแบบบันทึก

ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พร้อมทั้งร่วมกันแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตเมื่ออยู่บ้าน ให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และทบทวนและให้ความรู้ครอบครัวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งผู้วิจัยได้ประเมินผลของกระบวนการด้วยการประเมินการทำกิจกรรมการดูแลวิถีพุทธ ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อติดตามการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา โดยลักษณะเป็นแบบ Check list ตามที่ได้ปฏิบัติจริง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติเป็นอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร ทั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการทำกิจกรรมตามโปรแกรม และประเมินการยอมรับการตายวิถีพุทธ

5. การประเมินผลการวิจัย

ประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ(FACIT PaU)ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อเพื่อประเมินแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพชุดเดิม

6. การรวบรวมข้อมูล

6.1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้ และการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (FACIT PaU) ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

6.2. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นผู้ป่วยทำกิจกรรมการสวดมนต์ การทำสมาธิ และการแผ่เมตตา อย่างด้วยตนเองต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้านจนสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2

6.3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบสอบถามชุดเดิมหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

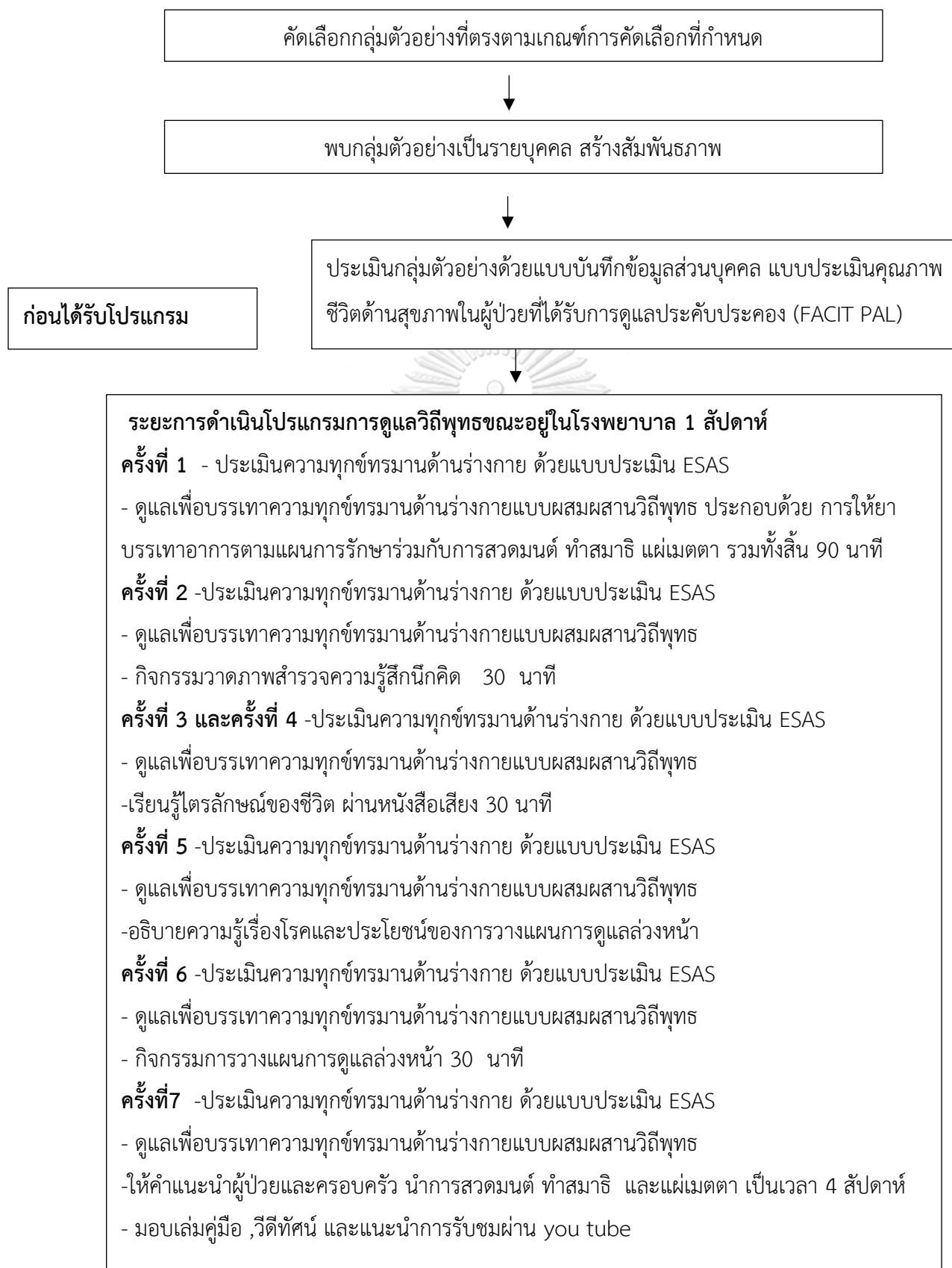
7.1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

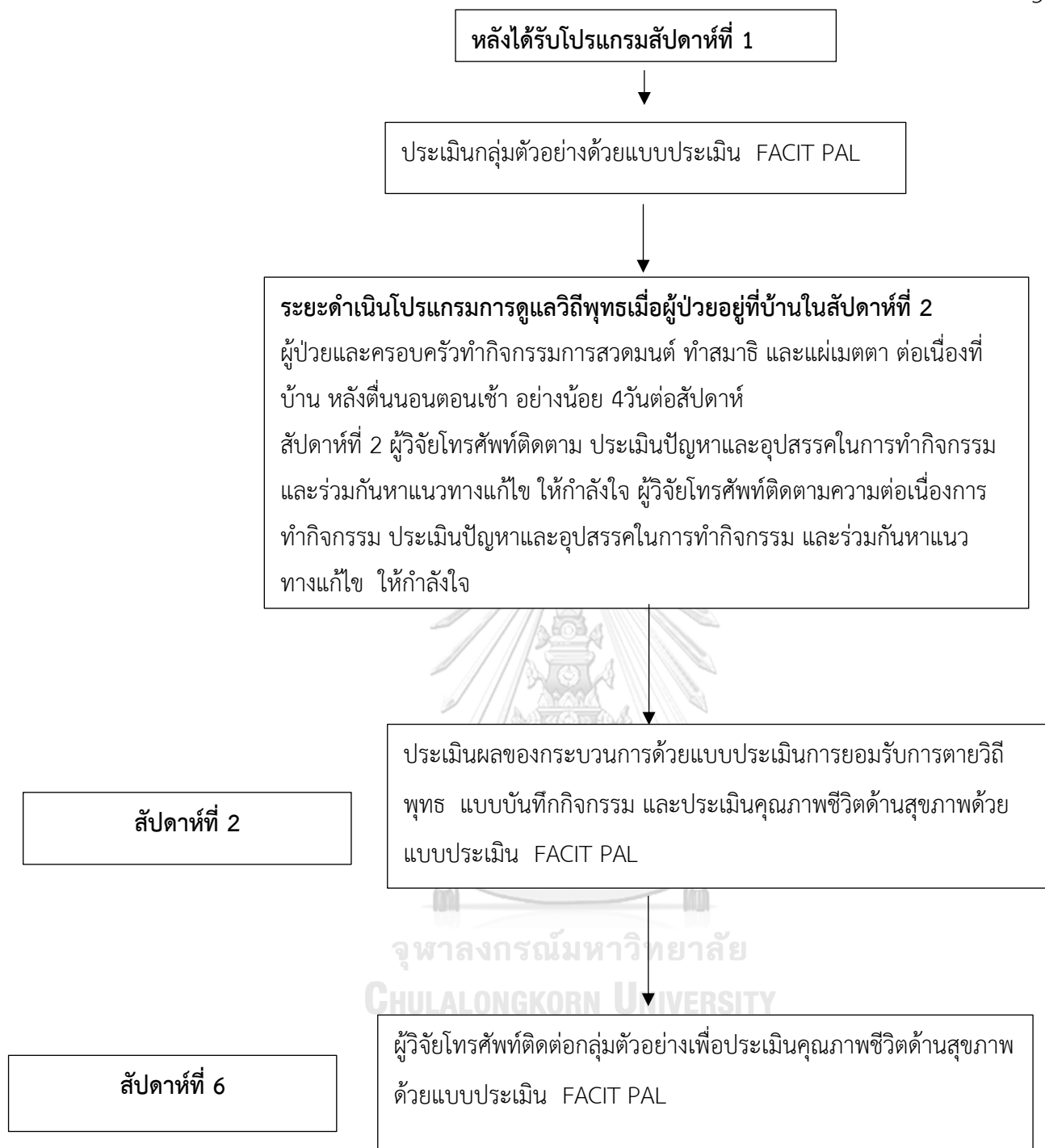
7.2. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การยอมรับความตายวิถีพุทธ และแบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

7.3. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลา คือ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ(One-way repeated ANOVA)กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



8. สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย





บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวคือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม วัดผลซ้ำ 4 ครั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน คือ ระยะเวลาก่อนได้รับโปรแกรม ระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 การศึกษาค่าสถิติพื้นฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยวิเคราะห์ด้วยคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และจำแนกเป็นรายมิติได้แก่ มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ และมิติการรับรู้การดูแลแบบประคับประคอง ในแต่ละช่วงเวลา แสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติ ได้แก่ มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติการรับรู้การดูแลประคับประคอง ในแต่ละช่วงเวลา แสดงในตารางที่ 4 และ 5

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่อาน้ำดีระยะลุกลามจำนวน 24 คน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว และสิทธิการรักษา

	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	17	70.8
	หญิง	7	29.2
อายุ (ปี)	50-54	8	33.3
	55-59	7	29.2
	60-64	2	8.3
	65-69	1	4.2
	มากกว่า 70	6	25
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	60.58; SD=8.69		
สถานะภาพ	คู่	15	62.5
	หม้าย	3	12.5
	หย่าหรือแยกกันอยู่	6	25
การศึกษา	ระดับประถมศึกษา	20	83.3
	ปริญญาตรี	4	16.7
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	12.5
	เกษตรกร	5	20.8
	รับจ้าง	12	50
	รับราชการ	4	16.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
		จำนวน	ร้อยละ
ระดับรายได้	น้อยกว่า 5,000 บาท	4	16.7
	5,001-10,000 บาท	14	58.3
	10,001- 15,000 บาท	2	8.3
	15,001-30,000 บาท	4	16.7
สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว	รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	12	50
	รายได้เพียงพอต่อรายจ่าย แต่ไม่พอเหลือเก็บ	11	45.8
	รายได้เพียงพอต่อรายจ่าย และพอเหลือเก็บ	1	4.2
สิทธิการรักษาพยาบาล	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16	66.7
	ประกันสังคม	4	16.7
	เบิกต้นสังกัด	4	16.7

จากตารางที่ 1 พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 17 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วง 50-54 ปีมากที่สุด เป็นร้อยละ 33.33 (อายุเฉลี่ย 60.58 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.69) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด เป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 58.3 และมีสภาพความเป็นอยู่ในครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดร้อยละ 66.7

1.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
		จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรค	ระยะ3	15	62.5
	ระยะ4	9	37.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)	0-6	24	100
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)	4.46; SD = 1.35		
การรักษาแบบประคับประคอง	การทำทางระบายน้ำดี	10	41.7
	เคมีบำบัด	14	58.3

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะที่3 คิดเป็นร้อยละ 62.5 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีน้อยกว่า 6 เดือน (ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วย 4.46 เดือน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.35) และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดคิดเป็นร้อยละ 58.3 ตามมาด้วยการรักษาด้วยการทำทางระบายน้ำดี เป็นร้อยละ 41.7

2. การศึกษาค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยรวมและจำแนกเป็นมิติ ในแต่ละช่วงเวลา แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกรายมิติ ในแต่ละช่วงเวลา

คุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ	ช่วงเวลา							
	ก่อน		1 สัปดาห์		2 สัปดาห์		6 สัปดาห์	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
ความผาสุกด้าน ร่างกาย	10.08	3.62	11.76	2.45	10.42	2.28	7.29	1.36
ความผาสุกด้านสังคม	23.08	5.97	23.71	5.85	24.04	4.75	24.29	3.88
ความผาสุกด้านจิต อารมณ์	11.00	5.12	15.21	4.32	13.79	4.86	13.96	3.78
ความผาสุกการทำ หน้าที่	17.04	4.72	19.46	4.08	19.63	3.52	15.88	4.93
การรับรู้การดูแลประ คับ ประคอง	47.71	9.90	49.46	10.97	47.38	9.24	46.21	8.91
คุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ	108.96	23.53	119.58	22.58	115.25	18.97	107.38	17.46

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นมิติ ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงเวลา พบว่า

มิติความผาสุกด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยในระยะหลังรับโปรแกรม 1 สัปดาห์มากกว่าที่สุด ตามมาด้วยหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 ระยะก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยน้อยสุดหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 (ค่าเฉลี่ย = 11.75, 10.42, 10.08, 7.29; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.45, 2.28, 3.62, 1.36 ตามลำดับ)

มิติความผาสุกด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากขึ้นหลังได้รับโปรแกรม โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุดหลังรับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 ตามมาด้วยหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 หลังรับ

โปรแกรม 1 สัปดาห์ และน้อยที่สุดในระยะก่อนได้รับโปรแกรม ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย=24.29, 24.04, 23.71, 23.08 ; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.88, 4.75, 5.85, 5.97 ตามลำดับ)

มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ ตามด้วยหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และน้อยที่สุดในระยะก่อนได้รับโปรแกรม (ค่าเฉลี่ย=15.21, 13.96, 13.79, 11.00, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =4.32, 3.78, 4.86, 5.12 ตามลำดับ)

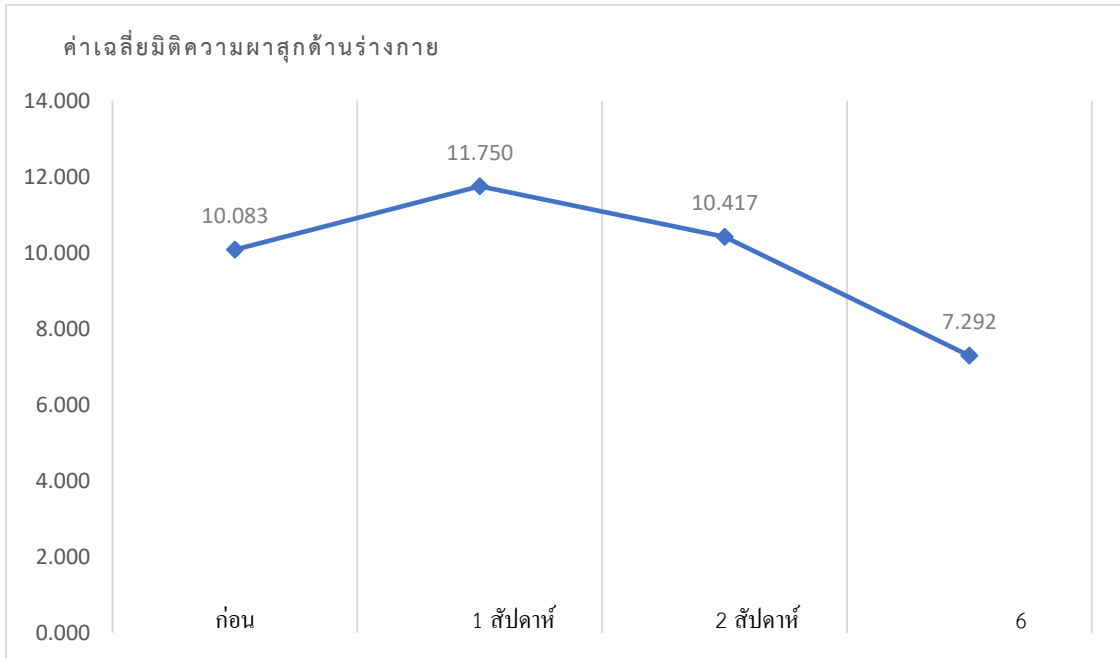
มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 โดยใกล้เคียงกับระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ ตามด้วยระยะก่อนได้รับโปรแกรม และน้อยที่สุดหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 (ค่าเฉลี่ย= 19.63, 19.46, 17.04 และ 15.88 ตามลำดับ; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.52, 4.08, 4.72, 4.93 ตามลำดับ)

มิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ ตามมาด้วยระยะก่อนได้รับโปรแกรมใกล้เคียงกับหลังรับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 และน้อยที่สุดหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 (ค่าเฉลี่ย= 49.46, 47.71, 47.38 และ 46.21 ตามลำดับ; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.97, 9.90, 9.24, 8.91ตามลำดับ)

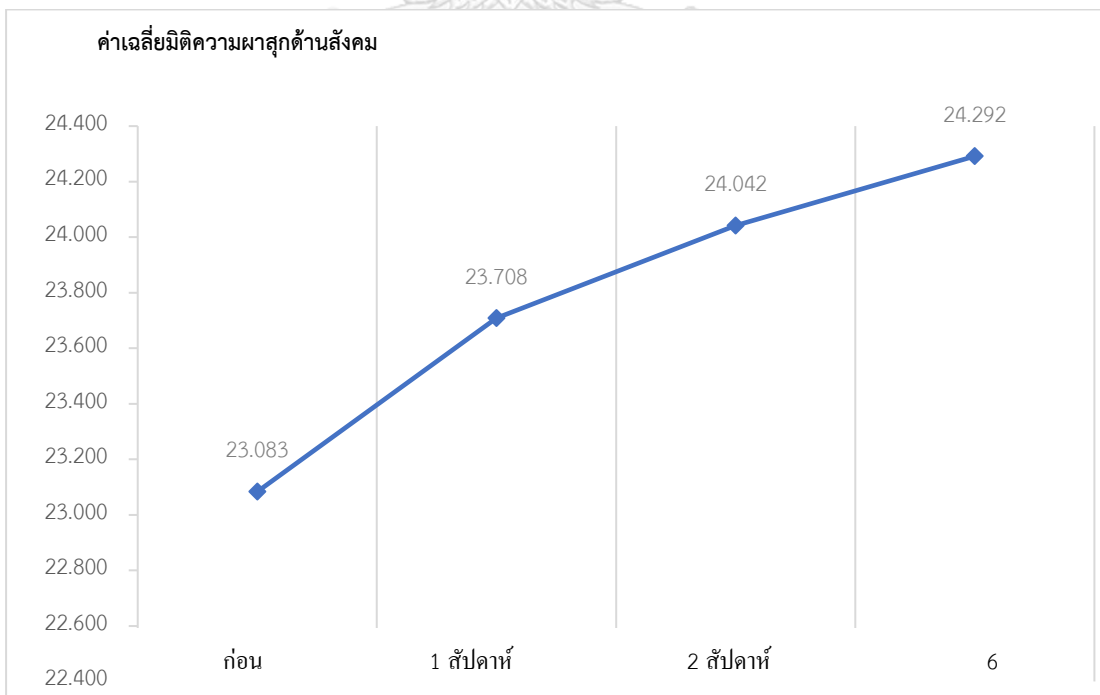
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุดในระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ ตามมาด้วย หลังรับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 ตามด้วยระยะก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 (ค่าเฉลี่ย= 119.58, 115.25, 108.92 และ 107.38 ตามลำดับ; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 22.58, 18.97, 23.53, 17.46 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในมิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 2 มากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรม ยกเว้นค่าเฉลี่ยมิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง ในขณะที่หลังรับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยในความผาสุกด้านสังคม และมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์มากกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรม ในขณะที่มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 - 6

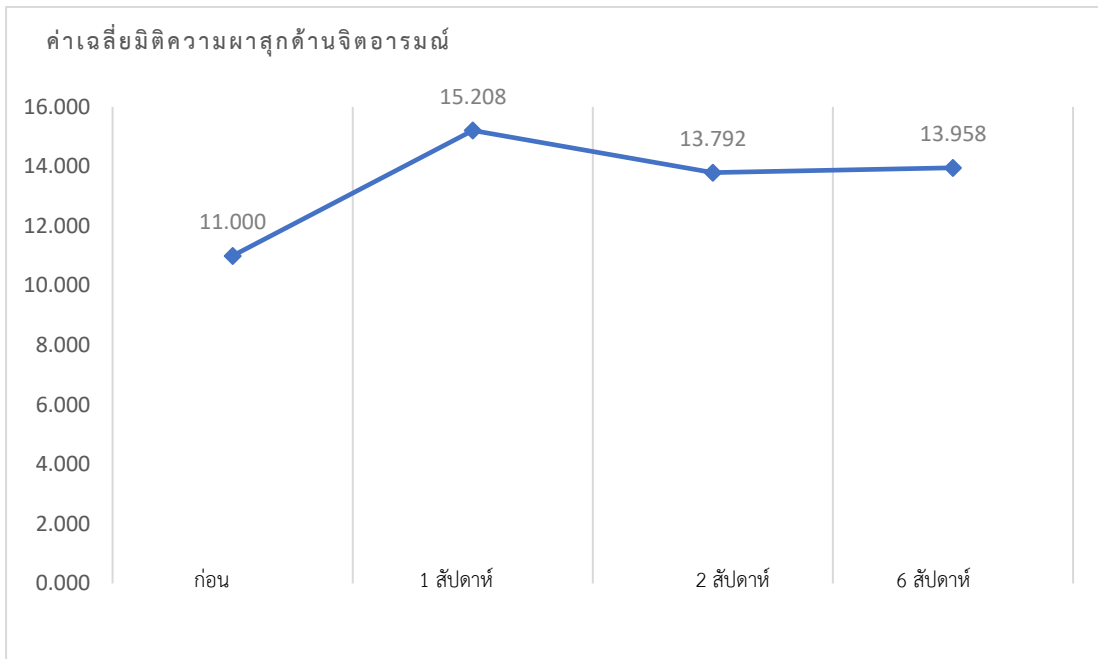
แผนภาพที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติความพึงพอใจด้านร่างกายในแต่ละช่วงเวลา



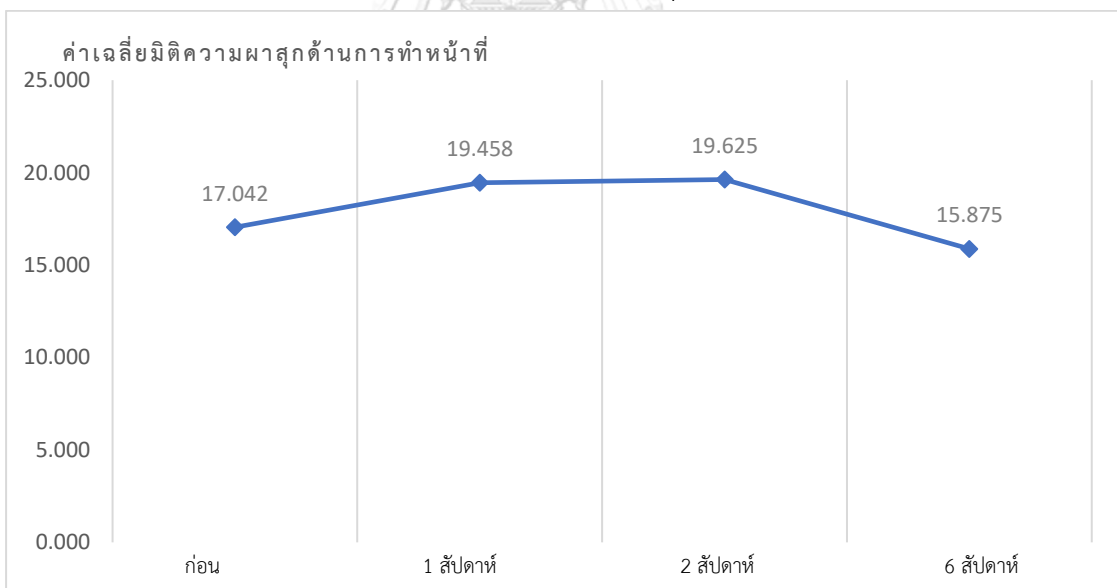
แผนภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติความพึงพอใจด้านสังคมในแต่ละช่วงเวลา



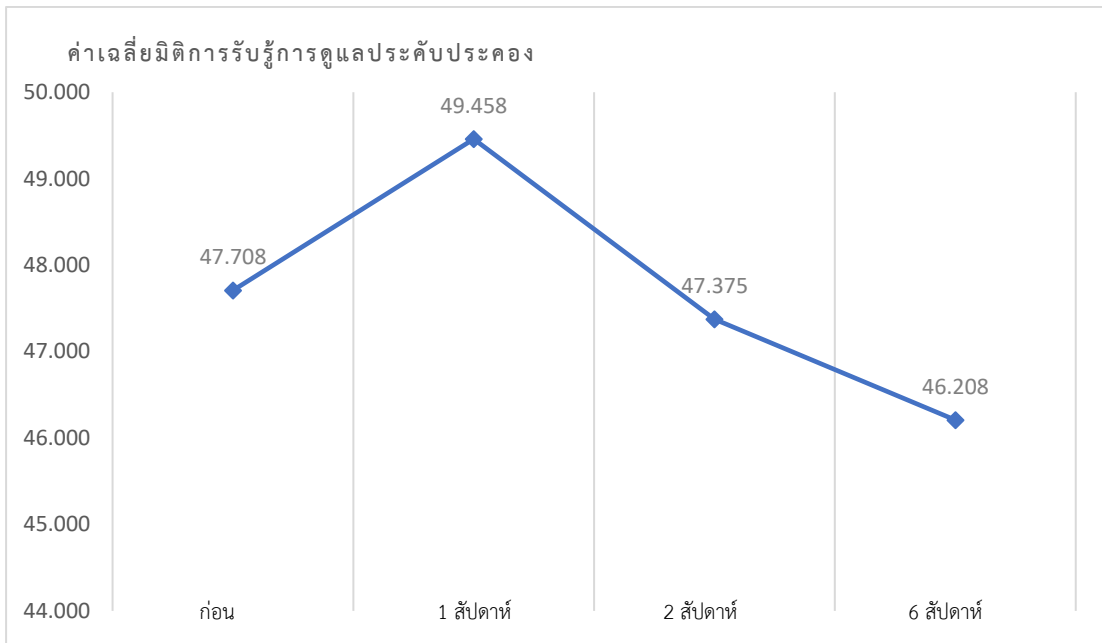
แผนภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติความพึงพอใจด้านจิตอาารมณ์ในแต่ละช่วงเวลา



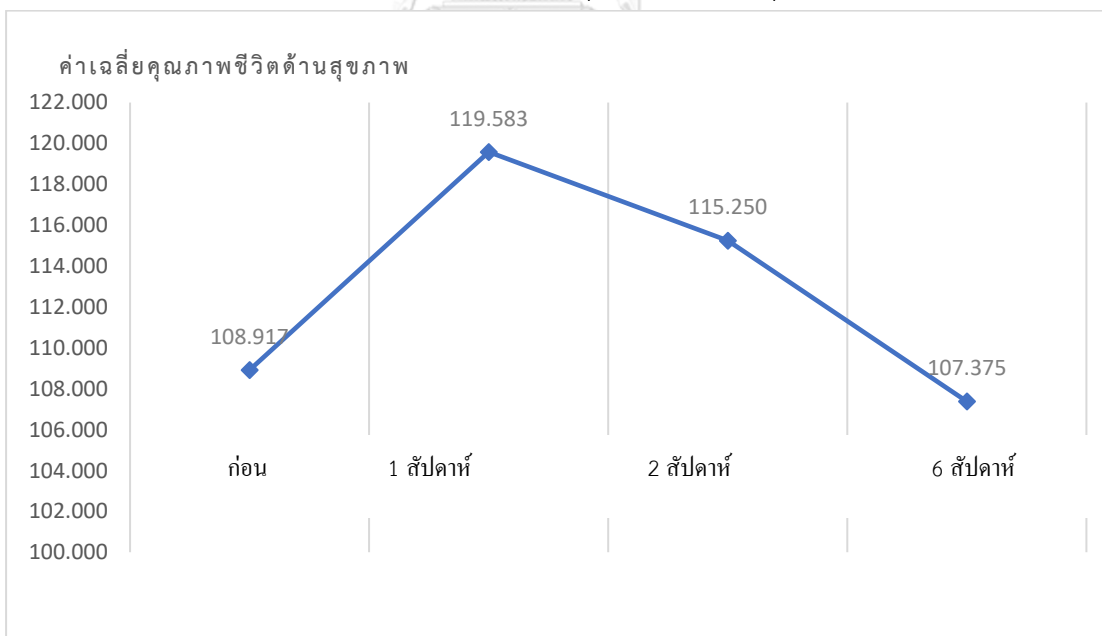
แผนภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติความพึงพอใจด้านการทำหน้าที่ในแต่ละช่วงเวลา



แผนภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง ในแต่ละช่วงเวลา



แผนภาพที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา



3. การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติในแต่ละช่วงเวลา

การศึกษานี้มีสมมติฐานการวิจัย คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติ ในการวัดในแต่ละช่วงเวลา โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังต่อไปนี้

3.1 การตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ Shapiro- Wilk ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = 0.099, 0.079, 0.430$) ยกเว้นในระยะเวลาหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = 0.002$) (ดังแสดงในตารางที่ 15 ในภาคผนวก) สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีการแจกแจงแบบปกติ ยกเว้นในระยะเวลาหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1

3.2 วิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดแต่ละครั้ง โดยใช้สถิติ Mauchly' s Test of Sphericity การวิเคราะห์ความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนระหว่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการวัดแต่ละครั้ง เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้สถิติ Mauchly' s Test of Sphericity พบว่าการแปรปรวนในการวัดแต่ละครั้งของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = 0.038, <0.001, <0.001, <0.001, <0.001, 0.002$ ตามลำดับ) ผู้วิจัยจึงปรับค่าโดยใช้ Greenhouse-Geisser Adjust เพื่อให้ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติ ในการวัดแต่ละครั้งมีค่าความแปรปรวนเท่าเทียมกัน ($p = 0.765, 0.445, 0.661, 0.582, 0.706, 0.657$ ตามลำดับ) (ดังแสดงในตารางที่ 16 ในภาคผนวก) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

3.3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและรายมิติ
วิเคราะห์ค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และจำแนกแต่ละมิติใน
การวัดแต่ละครั้ง โดยการใช้ Greenhouse-Geisser Adjust ดังแสดงในตารางที่ 4
ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพ และรายมิติในแต่ละช่วงเวลา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
มิติความผาสุกด้านร่างกาย	252.61	2.29	110.08	26.27	0.000
มิติความผาสุกด้านสังคม	19.69	1.33	14.75	2.49	0.116
มิติความผาสุกด้านอารมณ์	227.11	1.98	114.47	10.92	0.000
มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่	244.83	1.74	140.12	14.35	0.000
การรับรู้การดูแลประคับประคอง	130.12	2.11	61.43	8.87	0.000
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	2316.61	1.97	1174.59	22.66	0.000

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและ
จำแนกเป็นรายมิติ วิเคราะห์ตามช่วงเวลา พบว่าช่วงเวลาที่แตกต่างกันมีผลต่อค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพทั้งใน มิติความผาสุกด้านร่างกาย($F=26.274$, $p=0.000$) มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์
($F=10.925$, $p=0.000$) มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ($F=14.359$, $p=0.000$) มิติการรับรู้การดูแล
ประคับประคอง ($F=8.871$, $p=0.000$) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($F=22.667$, $p=0.000$) เว้นแต่มิติ
ความผาสุกด้านสังคมมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($F=2.495$,
 $p=0.116$)

สรุปได้ว่ามีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติความผาสุกด้าน
ร่างกาย มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติการรับรู้การดูแล
ประคับประคอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาในระดับนัยสำคัญที่ .05 ผู้วิจัยจึง
เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและรายมิติ กับแต่ละช่วงเวลาโดย
เปรียบเทียบ 3 วิธีได้แก่ Least significant Difference (LSD), Bonferroni, Sidak แสดงการ
เปรียบเทียบโดยวิธี Bonferroni ในตารางที่ 5 และแสดงการเปรียบเทียบด้วยวิธี LSD และ Sidak ดัง
ตารางที่ 17 และ 18 ในภาคผนวก

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกราย
มิติกับแต่ละช่วงเวลาโดยวิธี Bonferroni

แหล่งความแปรปรวน	การเปรียบเทียบช่วงเวลา	ก่อน	1 สัปดาห์	2 สัปดาห์
ความผาสุกด้านร่างกาย	1 สัปดาห์	-1.667*		
	2 สัปดาห์	-0.33	1.33*	
	6 สัปดาห์	2.792*	3.12*	4.458*
ความผาสุกด้านสังคม	1 สัปดาห์	-0.63		
	2 สัปดาห์	-0.96	-0.33	
	6 สัปดาห์	-1.21	-0.58	-0.25
ความผาสุกด้านจิตอารมณ์	1 สัปดาห์	-4.208*		
	2 สัปดาห์	-2.792*	1.42	
	6 สัปดาห์	-2.958*	1.25	-0.17
มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่	1 สัปดาห์	-2.417*		
	2 สัปดาห์	-2.583*	-0.17	
	6 สัปดาห์	1.17	3.583*	3.750*
มิติการรับรู้การดูแล	1 สัปดาห์	-1.75		
ประทับใจประคอง	2 สัปดาห์	0.33	2.083*	
	6 สัปดาห์	1.50	3.250*	1.167*
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	1 สัปดาห์	-10.667*		
	2 สัปดาห์	-6.333*	4.333*	
	6 สัปดาห์	1.54	12.208*	7.875*

หมายเหตุ * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติในแต่ละช่วงเวลา โดยวิธี Bonferroni และวิเคราะห์เปรียบเทียบกับวิธี Least significant Difference และ Sidak ดังตารางที่แสดงในตารางที่ 17 และ 18 ในภาคผนวก ผลการเปรียบเทียบทั้ง 3 วิธีพบว่าได้ผลการวิเคราะห์แบบเดียวกันทั้ง 3 วิธี โดยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

มิติความผาสุกด้านร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์มากกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($p=0.048$) และค่าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2 มากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=1.000$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยระยะก่อนได้โปรแกรมมากกว่าหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($p=0.002$)

มิติความผาสุกด้านสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 มากกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=0.112, 0.145, 0.570$ ตามลำดับ)

มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยหลังรับโปรแกรม 1 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=0.001, 0.047, 0.009$ ตามลำดับ)

มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 2 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=0.001, 0.001$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมมากกว่าสัปดาห์ที่ 6 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=1.000$)

มิติการรับรู้การดูแลประคับประคอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=0.143$) และค่าเฉลี่ยระยะก่อนได้รับโปรแกรมมากกว่าหลังรับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=1.000, 0.299$)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ และ สัปดาห์ที่ 2 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=0.000, 0.041$ ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยระยะก่อนได้รับโปรแกรมมากกว่าหลังรับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=1.000$)

สรุปได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติ ในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในมิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เว้นแต่ในมิติ

ความผาสุกด้านสังคมและมิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง ที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่หลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 มีค่าเฉลี่ยในมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขณะที่ในมิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในมิติการรับรู้การดูแลระดับประคองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 หลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 พบว่ามิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมิติความผาสุกด้านสังคมที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวคือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม วัดผลซ้ำ 4 ครั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระยะเวลาก่อนได้รับโปรแกรม ระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และระยะติดตามผลหลังรับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามก่อนได้รับโปรแกรม และภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังการได้รับโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลด้วยวิถีพุทธ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งระยะการดำเนินโรครอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ตามเกณฑ์การของ American Joint Committee on Cancer (AJCC; 8th Edition)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่นับถือศาสนาพุทธ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป การดำเนินโรครอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การของ American Joint Committee on Cancer (AJCC; 8th Edition) และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care (FACIT-Pal) ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือ FACIT-Pal จาก www.facit.org โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ 0.89 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน

FACIT-Pal ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94 และในรายมิติย่อยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.7-0.9

ส่วนที่ 2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ คู่มือและวีดิทัศน์เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต คู่มือและแผนการสอนเรื่องความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนที่ 3. เครื่องมือกำกับการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ (Buddhist Death Acceptance Scale) (Thanasilp et al., 2020) ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ 0.84 ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.73 และแบบบันทึกกิจกรรมได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

การดำเนินการวิจัย

เมื่อได้รับอนุญาตเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่อายุ 20 ปีขึ้นไป นับถือศาสนาพุทธและรับทราบการวินิจฉัยโรค เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองอาการ แผนกผู้ป่วยใน มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Palliative performance scale) มากกว่าร้อยละ 30 สามารถรับรู้สื่อสารได้ตามปกติ พร้อมทั้งมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะศึกษาประวัติของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ โดยระยะเวลาในการทำการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (FACIT-Pal) 4 ครั้ง คือ ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 สิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Ver. 28 ดังรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การศึกษาค่าสถิติพื้นฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA)

1. สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วง 50-54 ปีมากที่สุด เป็นร้อยละ 33.33 (อายุเฉลี่ย 60.58, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.69) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่เป็นร้อยละ 62.5 และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 62.5 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีน้อยกว่า 6 เดือน (ค่าเฉลี่ยระยะการเจ็บป่วย 4.46, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.35) และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดร้อยละ 58.3 ตามมาด้วยการรักษาด้วยการทำทางระบายน้ำดีร้อยละ 41.7 จากการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Palliative performance scale; PPS) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.7 มีระดับ PPS อยู่ที่ร้อยละ 60 (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6 ในภาคผนวก) และผู้วิจัยประเมินระดับความทุกข์मानจากอาการของโรค ด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ในการพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้งระหว่างดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพบว่า อาการที่พบบ่อยและมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ 4 คะแนน ซึ่งถือว่าเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์मानต่อกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาการเหนื่อย/เพลีย เบื่ออาหาร และอาการปวด ตามลำดับ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7-12 ในภาคผนวก)

2. การศึกษาค่าสถิติพื้นฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 2 มากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรม เมื่อจำแนกเป็นรายมิติพบว่า ในมิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 2 มากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรม ยกเว้นมิติการรับรู้การดูแล ประคับประคอง ค่าเฉลี่ยระยะหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เมื่อจำแนกเป็นรายมิติพบว่าค่าเฉลี่ยในความผาสุกด้านสังคม และมิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์เท่านั้นที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรม เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 มีระดับการยอมรับการตายวิถีพุทธอยู่ในระดับปานกลางเป็นร้อยละ 58.3 ตามมาด้วย ระดับสูงเป็นร้อยละ 41.7 โดยที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนการยอมรับความตายอยู่ที่ระดับต่ำเลย (ดังแสดงในตารางที่ 13 ในภาคผนวก) และการวิเคราะห์การทำกิจกรรมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.67 ปฏิบัติเป็นประจำ (4 ครั้งต่อสัปดาห์) ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม ตามมาด้วยปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3 ครั้งต่อสัปดาห์) ร้อยละ 33.33 (ดังแสดงในตารางที่ 14 ใน

ภาคผนวก ซึ่งผู้วิจัยได้ร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรค พร้อมให้คำแนะนำและให้กำลังใจ และสามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์จนครบระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 6

3. การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยสมมติฐานของงานวิจัยครั้งนี้คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 มากกว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรม จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและจำแนกเป็นรายมิติทั้ง 3 ระยะพบว่า

3.1 ระยะหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษาเป็นรายมิติย่อยพบว่า ค่าเฉลี่ยในมิติความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตอารมณ์ ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เว้นแต่ในมิติความผาสุกด้านสังคมที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย

3.2 ระยะหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษาเป็นรายมิติย่อยพบว่า มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ และมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่มิติความผาสุกด้านร่างกาย และมิติความผาสุกด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 เว้นแต่มิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรม สรุปได้ว่า เป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย

3.3 ระยะหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ทั้งมิติความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตอารมณ์ ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เว้นแต่มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ในขณะที่มิติความผาสุกด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 สรุปได้ว่า มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์เป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามทั้งในระยะหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และในสัปดาห์ที่ 2 เว้นแต่ระยะหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 เมื่อวิเคราะห์ในรายมิติพบว่า โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธสามารถส่งเสริมมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ทั้งในระยะหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 ต่อเนื่องจนถึงระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6

2. อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการดูแลระดับประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (2014) บูรณาการร่วมกับหลักพุทธธรรม อันประกอบด้วย ไตรสิกขา(พุทธทาสภิกขุ, 2564; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) และกฎไตรลักษณ์ (พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ), 2549; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกับศาสนา องค์ประกอบของโปรแกรมมีดังต่อไปนี้

1 การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ด้วยการบูรณาการหลักไตรสิกขา โดยใช้หลักของ ศีล ด้วยกิจกรรมการสวดมนต์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจกาย วาจา หลักของสมาธิ ด้วยกิจกรรมทำสมาธิ แบบอานาปานสติ ยกระดับการมีสติ จิตใจสงบ ลดความวิตกกังวล เมื่อมีสติและสมาธิ ย่อมรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามสภาวะความเป็นจริง นั่นคือหลักของปัญญา มุ่งผลลัพธ์ให้เกิดการผ่อนคลายทางร่างกาย ส่งเสริมความผาสุกในมิติด้านร่างกายและความผาสุกมิติด้านการทำหน้าที่

2. การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วย ได้เรียนรู้หลักไตรสิกขา ได้อันได้แก่ หลักของศีล ด้วยกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกนึกคิด และเรียนรู้หลักของไตรลักษณ์ ผ่านกิจกรรมการฟังหนังสือเสียงจากบทความเรื่องดับไม่เหลือ: ความดับไม่เหลือที่สมบูรณ์ด้วยสติปัญญาของท่านพุทธทาสภิกขุ (2553) และหนังสือเสียงจากบทความเรื่อง การทำใจยอมรับความเจ็บป่วยของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตโต) (2562) พร้อมทั้งร่วมกันแลกเปลี่ยน สะท้อนความรู้สึกนึกคิด เพื่อสนองความต้องการด้านจิตอารมณ์ และจิตวิญญาณ และส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์

3. การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และความด้านจิตวิญญาณ พร้อมทั้งร่วมกันระบุปัญหาและลำดับความสำคัญ และทำกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า บรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เพื่อให้การดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้วยกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ร่วมทำกิจกรรมการสวดมนต์ แผ่เมตตา กับผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมความผาสุกด้านสังคม

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เริ่มด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และความต้องการด้านจิตวิญญาณ จากการพูดคุย สัมภาษณ์ การสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าเรื่องราว และประสบการณ์การเจ็บป่วย

ที่ผ่านมา จากนั้นประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care ; FACIT-Pal) ก่อนได้รับโปรแกรม ผู้วิจัยให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ทำสมาธิ แผ่เมตตา จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับชมวิดีโอที่สนทนาเรื่อง พุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต ร่วมทำสวดมนต์ สมาธิเป็นเวลา 20 นาที และแผ่เมตตาเป็นเวลา 5 นาที ต่อมาผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมสำรวจความรู้สึกนึกคิดของตนเองด้วยการวาดภาพ หรือเล่าเรื่องราวตามความรู้สึกเกี่ยวกับความฝันของชีวิตที่อยากให้เกิดขึ้น สิ่งทีกลัวที่สุดในชีวิต และในชีวิตนี้สิ่งที่อยากทำมากที่สุด ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิดของตนเองออกมา จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟังหนังสือเสียง เรื่องดับไม่เหลือ: ความดับไม่เหลือที่สมบูรณ์ด้วยสติปัญญา ของท่านพุทธทาสภิกขุ (2553) และเรื่อง การทำใจยอมรับความเจ็บป่วย ของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตโต) (2562) แล้วจึงกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความคิด ข้อคิดเห็นที่ได้ภายหลังจากการฟังหนังสือเสียง ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมทำกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กล่าวมาช่วงแรกนี้ ผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชินทรราชสิมาทั้งหมด 7 ครั้ง เมื่อครบตามกิจกรรมของโปรแกรมช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวนำการสวดมนต์อย่างน้อยวันละ 10 ทำสมาธิ ทำสมาธิอย่างน้อยวันละ 20 นาที และแผ่เมตตาอย่างน้อยวันละ 5 นาที กลับไปปฏิบัติด้วยตนเอง อย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ และผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care ; FACIT-Pal) หลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละมิติพบว่า ค่าเฉลี่ยในมิติความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิต อารมณ์ ความผาสุกด้าน การทำหน้าที่ มิติการรับรู้การดูแลประคับประคอง มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เว้นแต่ในมิติความผาสุกด้านสังคมที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า เรียนรู้พุทธธรรม และ ทำสมาธิ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการ

เผชิญปัญหา และส่งเสริมการปรับตัวให้สอดคล้องกับภาวะของโรคตามความเป็นจริงด้วยจิตใจที่สงบ (Jeranukul, 2015) และความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยอมรับความตายได้ (Krapo et al. 2016) ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งสามารถยอมรับการเจ็บป่วย และยอมรับความตายได้ จะทำให้มีคุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพที่ดี (Leung et al., 2010; Philipp et al., 2019; Ray et al., 2006; Tang et al., 2016)

ในระยะดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธช่วงผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างทำการสวดมนต์อย่างน้อยวันละ 10 ทำสมาธิ ทำสมาธิอย่างน้อยวันละ 20 นาที และแผ่เมตตาอย่างน้อยวันละ 5 นาที อย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ อย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้า และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้ประเมินผลของกระบวนการด้วยแบบประเมินการยอมรับการตายวิถีพุทธ และประเมินผลของโปรแกรมด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6

ผลการศึกษาระยะหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละมิติพบว่า มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ และมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่มิติความผาสุกด้านร่างกาย และมิติความผาสุกด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เว้นแต่มิติการรับรู้การดูแลประคับประคอง ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สรุปได้ว่า มีเพียงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยมิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ และมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่เท่านั้น เป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย เมื่อพิจารณาจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับยาเคมีบำบัดจะมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาของวรยา มั่นประเสริฐ และคณะ (2009) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม หลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะมิติความผาสุกด้านร่างกาย ซึ่งพบอาการเหนื่อยล้าหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่สุด ส่งผลกระทบต่อมิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ และมิติการรับรู้การดูแลประคับประคอง ให้มีแนวโน้มลดลงหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการยอมรับการตายวิถีพุทธอยู่ในระดับปานกลางเป็นร้อยละ 58.3 ตามมาด้วย ระดับสูงเป็นร้อยละ 41.7 เมื่อวิเคราะห์ในมิติการยอมรับกระบวนการตามธรรมชาติของความตาย กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 มีระดับการยอมรับกระบวนการตามธรรมชาติของความตายในระดับสูง ในขณะที่มิติการเตรียมตัวรับมือกับความตาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.8 อยู่ในระดับต่ำ ตามมาด้วยระดับปานกลางอยู่ที่ร้อยละ 41.7 เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยมของญาติระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้ส่งผลต่อการ

ดูแลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของญาติในการร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงทำให้มิติการเตรียมตัวรับมือกับความตายอยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษาหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ทั้งมิติความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตอารมณ์ ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เว้นแต่มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขณะที่มิติความผาสุกด้านด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 เนื่องด้วยพยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยตามระยะเวลา สาเหตุจากก้อนมะเร็งที่อุดตันท่อน้ำดี ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และอาการปวดมากขึ้น จากการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) พบว่าปัจจัยด้านอาการของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Peters and Sellick (2006) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน คือความสามารถในการจัดการต่อภาวะแทรกซ้อนของรักษาและอาการของโรคของผู้ป่วยและครอบครัว มีอิทธิพลสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดจากสถานการณ์การแพร่กระจายของโรคโคโรนาไวรัส 19 เพื่อป้องกันการติดเชื้อ จึงไม่อนุญาตให้มีญาติอยู่ดูแลและจำกัดการเข้าเยี่ยมขณะนอนโรงพยาบาล ทำให้ขาดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ความคงทนของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธสามารถส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์เท่านั้น ด้วยข้อจำกัดในการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวในระหว่างนอนโรงพยาบาลตามที่ได้กล่าวมา จึงเป็นอีกปัจจัยนอกเหนือจากปัจจัยด้านอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยในระยะเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ควรคำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถในการจัดการต่อภาวะแทรกซ้อนของรักษาและอาการโรคของผู้ป่วยและครอบครัว และเน้นการดูแลที่สามารถบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดงานวิจัย

3.1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธในการวิจัยครั้งนี้ ถูกพัฒนาเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ด้วยโปรแกรมนี้อาจมีผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเฉพาะระยะการดำเนินกิจกรรมการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และสามารถนำไปประยุกต์เพื่อให้การดูแลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มอื่นๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

3.1.2 พยาบาลควรมีการพัฒนา ทั้งในด้านความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการวิถีพุทธ ก่อนนำไปดูแลผู้ป่วย

3.1.3 โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ สามารถส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์ให้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามได้ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะการดำเนินกิจกรรมการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนกระทั่งการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จึงสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งหรือกลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์ได้

3.2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติ อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3.3 ข้อจำกัดงานวิจัย

3.3.1. การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดี่ยว วัดผลซ้ำ 4 ครั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน โดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้

3.3.2. ในระยะของการทำวิจัยครั้งนี้เป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 19 ซึ่งทางโรงพยาบาลมีระเบียบจำกัดการเฝ้าไข้ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล และการพัฒนาทักษะญาติ ทำได้เพียงในวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเท่านั้น จึงเป็นข้อจำกัดในการส่งเสริมความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา และ จิตตา วานิชย์บัญชา. (2563). การใช้ *SPSS for windows* ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Vol. 32). โรงพิมพ์สามลดา: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติ อินทยศ และคณะ. (2012). Molecular Carcinogenesis of Cholangiocarcinoma I: Host-liver Fluke Interaction. *Srinagarind Medical Journal*, 27, 356-363.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2010). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 3(1-3), 1-17.
- ชุนกร แก้วมณี. (2019). แนวคิด และ วิธี การ ประเมิน ความ ต้องการ ด้าน จิต วิญญาณ ของ ผู้ ป่วย มะเร็ง. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 29(1), 1-10.
- ชุนกร แก้วมณี, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2015). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี, Spiritual Needs of Persons with Cholangiocarcinoma. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 24(3), 15-18.
- ช่อผกา ปุ่ยขาว และคณะ. (2019). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย. *Kuakarun Journal of Nursing*, 26(2), 93-106.
- ณรงค์ ขันดีแก้ว และ เอก เข้มปัก. (2012). Current Treatment of Cholangiocarcinoma. *Srinagarind Medical Journal*, 27, 340-350.
- ณรงค์ ขันดีแก้ว และคณะ. (2020). A comparison of the proportion of early stage cholangiocarcinoma found in an ultrasound-screening program compared to walk-in patients. *HPB*, 22(6), 874-883.
- ธัญญลักษณ์ เจริญธัญญกิจ. (2020). The 18F-FDG PET scan in oncology. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(6), 549-559.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2563). ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่าง ที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม *G*Power* (Vol. 1). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญมาศ ตระกูลงามเดน และ สุรีพร ธนศิลป์. (2011). The Effect of Symptom Management Program Focusing on Praying on Pain of Terminal Cancer Patients. *Journal of Bureau of Alternative Medicine*, 5.
- ปนัดดา สุวรรณ และคณะ. (2017). ผลลัพธ์ การ ดูแล แบบ ประคับประคอง ใน การ รับ รู้ และ มุมมอง ของ พยาบาล และ ผู้ ป่วย มะเร็ง ที่ เข้า รับ การ รักษา ใน โรง พยาบาล มหาราช นคร

- เชียงใหม่. *Nursing Journal*, 44(2), 89-103.
- ปรารธนา ฉั่วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ ทศพร คำผลศิริ. (2013). อาการเหนื่อย ล้า ใน ผู้ป่วยสูงอายุ โรค มะเร็ง ลำไส้ใหญ่ และ ทวารหนัก ที่ ได้รับ เคมีบำบัด และ ปัจจัย ที่ เกี่ยวข้อง. *Nursing Journal*, 40(3), 62-74.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2017). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 26(3), 41-51.
- พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (2553). การเผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 1: แนวคิดและกระบวนการเรียนรู้ (Vol. 1). ห้างหุ้นส่วนสามลดา: เครือข่ายพุทธิกา.
- พระธรรมโกศาจารย์(พุทธทาสภิกขุ). (2549). คู่มือศึกษาระดม(ฉบับสมบูรณ์) (Vol. 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- พุทธทาสภิกขุ. (2564). อานาปานสติสมบูรณ์แบบพุทธทาสภิกขุ (Vol. 12). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง) (Vol. 4). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรายา มั่นประเสริฐ และคณะ. (2009). Quality of life of cholangiocarcinoma patients: preliminary study. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 5(3), 191-201.
- วารภรณ์ อ่อนอนงค์ และ เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2019). End-of-Life-Care Program for Enhancing Good Death Among Cancer Patients: A literature review. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(1), 158-169.
- วิธนา อ่างทอง. (2017). Department of Radiology, Faculty of Medicine, Thammasat University. *Thammasat Medical Journal*, 17(3), 376-389.
- สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต). (2561). ปฏิบัติธรรมให้ถูกทาง และ พุทธวิธีการสอน (Vol. 1): ชมรมศิษย์กรรมฐานพุทธสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต). (2561). พุทธธรรม ฉบับเต็ม (Vol. 36). โรงพิมพ์ พระพุทธศาสนาของธรรมสภา: มูลนิธิการศึกษาเพื่อสันติภาพ พระธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุตโต).
- สมจิตร ประภากร และ ศิริพร สวยพริ้ง. (2015). การ พัฒนา ระบบ บริการ พยาบาล แบบ ประคับประคอง ใน ผู้ป่วย มะเร็ง ที่ เข้า รับ การ รักษา ใน สถาบัน มะเร็ง แห่งชาติ. *Journal of Nursing Division-วารสาร กอง การ พยาบาล*, 42(3).
- สมปอง พะมูลิลา, วรชมน ปาพรม และ สลिया วามะลุน. (2020). Life Scenes of Patients with Cholangiocarcinoma: A Case Study of One Province in The Northeast of Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(3), 86-97. Retrieved from

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/240069>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561.

กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites /2014 /DocLib13/>

สุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร. (2018). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย,

สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภกร วงศ์ทัตญญ. (2017). บทบาท ของ ญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วย ที่ได้รับ การดูแล แบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ; Roles of Family Caregivers of Palliative Care Patients: Preliminary Qualitative Study. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(4), 104-121.

สุรียพร ธนศิลป์. (2563). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (Vol. 1). สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้อมแข สุขประเสริฐ. (2012). Role of Systemic Chemotherapy in Advanced Cholangiocarcinoma การรักษาด้วย ยา เคมีบำบัด สำหรับ มะเร็ง ท่อน้ำดี ที่ไม่สามารถ ผ่าตัดได้ และ ระยะแพร่กระจาย.

อรรถพล ดิตะปัญ. (2015). Management in Perihilar Cholangiocarcinoma. *Srinagarind Medical Journal*, 30(5), 30-35.

Bakitas, M., Lyons, K. D., Hegel, M. T., Balan, S., Brokaw, F. C., Seville, J., . . . Byock, I. R. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *Jama*, 302(7), 741-749.

Banales, J. M., Marin, J. J., Lamarca, A., Rodrigues, P. M., Khan, S. A., Roberts, L. R., . . . Braconi, C. (2020). Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 17(9), 557-588.

Bibeau, K., Bachini, M., Lindley, A., Barkey, N. M., & Lindsey, S. (2021). Exploring the diagnostic journey and life impact of patients with cholangiocarcinoma (CCA): Results from a large patient survey in the United States. *Journal of Clinical Oncology*, 39(3_suppl), 277-277. doi:10.1200/JCO.2021.39.3_suppl.277

- Bjorner, J. B., Petersen, M. A., Groenvold, M., Aaronson, N., Ahlner-Elmqvist, M., Arraras, J. I., . . . Sprangers, M. (2004). Use of item response theory to develop a shortened version of the EORTC QLQ-C30 emotional functioning scale. *Quality of Life Research, 13*(10), 1683-1697.
- Blechacz, B. (2017). Cholangiocarcinoma: Current Knowledge and New Developments. *Gut Liver, 11*(1), 13-26. doi:10.5009/gnl15568
- Bower, J. E. (2014). Cancer-related fatigue—mechanisms, risk factors, and treatments. *Nature reviews Clinical oncology, 11*(10), 597.
- Brandi, G., & Tavorari, S. (2020). Asbestos and intrahepatic cholangiocarcinoma. *Cells, 9*(2), 421.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain and symptom management, 9*(3), 186-192.
- Chimluang, J., Thanasilp, S., Akkayagorn, L., Upasen, R., Pudtong, N., & Tantitrakul, W. (2017). Effect of an intervention based on basic Buddhist principles on the spiritual well-being of patients with terminal cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 31*, 46-51.
- Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1383-1394.
- Fabi, A., Bhargava, R., Fatigoni, S., Guglielmo, M., Homeber, M., Roila, F., . . . Ripamonti, C. (2020). Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. *Annals of Oncology, 31*(6), 713-723.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship, 37*(4), 336-342.
- Forner, A., Vidili, G., Rengo, M., Bujanda, L., Ponz-Sarvisé, M., & Lamarca, A. (2019). Clinical presentation, diagnosis and staging of cholangiocarcinoma. *Liver International, 39*, 98-107.
- Ghidini, M., Pizzo, C., Botticelli, A., Hahne, J. C., Passalacqua, R., Tomasello, G., & Petrelli, F. (2019). Biliary tract cancer: current challenges and future prospects. *Cancer Manag Res, 11*, 379-388. doi:10.2147/cmar.S157156

- GOLD, M. (1996). Identifying and valuing outcomes. *Cost-effectiveness in Health and Medicine*.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and grove's the practice of nursing research-E-book: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.
- Greisinger, A., Weitzner, M., Lorimor, R., Aday, L., Cella, D., & Amato, R. (1995). *Development of a quality of life module for end-stage cancer patients*. Paper presented at the Proc ASCO.
- Groenvold, M., Petersen, M. A., Aaronson, N. K., Arraras, J. I., Blazeby, J. M., Bottomley, A., . . . Kaasa, S. (2006). The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *European Journal of Cancer*, 42(1), 55-64.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of internal medicine*, 118(8), 622-629.
- Hays, R., & Reeve, B. (2008). Measurement and modeling of health-related quality of life.
- Jansen, H., Pape, U.-F., & Utku, N. (2020). A review of systemic therapy in biliary tract carcinoma. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 11(4), 770.
- Jarnagin, W. R., Fong, Y., DeMatteo, R. P., Gonen, M., Burke, E. C., Bodniewicz, J., . . . Blumgart, L. H. (2001). Staging, resectability, and outcome in 225 patients with hilar cholangiocarcinoma. *Annals of surgery*, 234(4), 507.
- Jeranukul, A., Pothiban, L., Chintanawat, R., & Saengthong, S. (2015). Enhancing Wisdom: A Randomized Controlled Trial of a Buddhist Program for People Terminally Ill with Cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 19(3), 202-217.
- Johnson, S., Clayton, J., Butow, P. N., Silvester, W., Detering, K., Hall, J., . . . Tattersall, M. H. N. (2016). Advance care planning in patients with incurable cancer: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(12), e012387. doi:10.1136/bmjopen-2016-012387
- Kamsa-ard, S., Kamsa-ard, S., Luvira, V., Suwanrungruang, K., Vatanasapt, P., & Wiangnon, S. (2018). Risk Factors for Cholangiocarcinoma in Thailand: A Systematic Review

- and Meta-Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*, 19(3), 605-614.
doi:10.22034/apjcp.2018.19.3.605
- Kendall, T., Verheij, J., Gaudio, E., Evert, M., Guido, M., Goepfert, B., & Carpino, G. (2019). Anatomical, histomorphological and molecular classification of cholangiocarcinoma. *Liver International*, 39, 7-18.
- Krapo, M., Thanasilp, S., & Chimluang, J. (2018). Factors Associated with Death Acceptance among Thai Patients with Advanced Cancer. *Asian Journal for Public Opinion Research*, 6(1), 18-30.
- Leung, K.-K., Tsai, J.-S., Cheng, S.-Y., Liu, W.-J., Chiu, T.-Y., Wu, C.-H., & Chen, C.-Y. (2010). Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit? *Journal of palliative medicine*, 13(12), 1433-1438.
- Lin, C.-P., Evans, C. J., Koffman, J., Sheu, S.-J., Hsu, S.-H., & Harding, R. (2019). What influences patients' decisions regarding palliative care in advance care planning discussions? Perspectives from a qualitative study conducted with advanced cancer patients, families and healthcare professionals. *Palliative medicine*, 33(10), 1299-1309.
- Lundberg, P. C., & Rattanasuwan, O. (2007). Experiences of fatigue and self-management of Thai Buddhist cancer patients undergoing radiation therapy. *Cancer nursing*, 30(2), 146-155.
- Lyons, K. D., Bakitas, M., Hegel, M. T., Hanscom, B., Hull, J., & Ahles, T. A. (2009). Reliability and validity of the functional assessment of chronic illness therapy-palliative care (FACIT-pal) scale. *Journal of pain and symptom management*, 37(1), 23-32.
- Marino, D., Leone, F., Cavalloni, G., Cagnazzo, C., & Aglietta, M. (2013). Biliary tract carcinomas: from chemotherapy to targeted therapy. *Critical reviews in oncology/hematology*, 85(2), 136-148.
- Mihalache, F., Tantau, M., Diaconu, B., & Acalovschi, M. (2010). Survival and quality of life of cholangiocarcinoma patients: a prospective study over a 4 year period. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, 19(3).
- Moons, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived

- health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 275-277.
- Patel, N., Lie, X., Gwaltney, C., Rokutanda, N., Barzi, A., Melisi, D., . . . Meyers, O. (2021). Understanding Patient Experience in Biliary Tract Cancer: A Qualitative Patient Interview Study. *Oncology and therapy*, 1-17.
- Peters, L., & Sellick, K. (2006). Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *Journal of advanced nursing*, 53(5), 524-533.
- Petrick, J. L., Thistle, J. E., Zeleniuch-Jacquotte, A., Zhang, X., Wactawski-Wende, J., Van Dyke, A. L., . . . McGlynn, K. A. (2018). Body Mass Index, Diabetes and Intrahepatic Cholangiocarcinoma Risk: The Liver Cancer Pooling Project and Meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 113(10), 1494-1505. doi:10.1038/s41395-018-0207-4
- Philipp, R., Mehnert, A., Lo, C., Müller, V., Reck, M., & Vehling, S. (2019). Characterizing death acceptance among patients with cancer. *Psycho-oncology*, 28(4), 854-862.
- Phungrassami, T., Thongkhamcharoen, R., & Atthakul, N. (2013). Palliative Care Personnel and Services: A National Survey in Thailand 2012. *Journal of Palliative Care*, 29(3), 133-139. doi:10.1177/082585971302900301
- Raphael, J., Hester, J., Ahmedzai, S., Barrie, J., Farquhar-Smith, P., Williams, J., . . . Simpson, B. (2010). Cancer pain: part 2: physical, interventional and complimentary therapies; management in the community; acute, treatment-related and complex cancer pain: a perspective from the British Pain Society endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain medicine*, 11(6), 872-896.
- Ratanatharathorn, V., Sirilerttrakul, S., Jirajarus, M., Silpakit, C., Maneechavakajorn, J., Sailamai, P., & Sirisinha, T. (2001). Quality of life, Functional Assessment of Cancer Therapy-General. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet*, 84(10), 1430.
- Ray, A., Block, S. D., Friedlander, R. J., Zhang, B., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2006). Peaceful awareness in patients with advanced cancer. *Journal of palliative medicine*, 9(6), 1359-1368.
- Rees, J., Mytton, J., Evison, F., Mangat, K. S., Patel, P., & Trudgill, N. (2020). The

- outcomes of biliary drainage by percutaneous transhepatic cholangiography for the palliation of malignant biliary obstruction in England between 2001 and 2014: a retrospective cohort study. *BMJ Open*, 10(1).
- Shariff, M. I., Khan, S. A., & Westaby, D. (2013). The palliation of cholangiocarcinoma. *Current opinion in supportive and palliative care*, 7(2), 168-174.
- Sirisinha, T., Ratanatharathorn, V., Jirajarus, M., Sirilertrakul, S., Silpakit, C., Sirachainan, E., & Tanvetyanon, T. (2002). The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire: translation and reliability study of the Thai version. *J Med Assoc Thai*, 85(11), 1210-1219.
- Somjaivong, B., Thanasilp, S., Preechawong, S., & Sloan, R. (2011). The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer nursing*, 34(6), 434-442.
- Sprangers, M., Cull, A., Bjordal, K., Grønbold, M., & Aaronson, N. K. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. *Quality of Life Research*, 2(4), 287-295.
- Sripa, B., Tangkawattana, S., & Brindley, P. J. (2018). Update on pathogenesis of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma. In *Advances in parasitology* (Vol. 102, pp. 97-113): Elsevier.
- Steele, J. A., Richter, C. H., Echaubard, P., Saenna, P., Stout, V., Sithithaworn, P., & Wilcox, B. A. (2018). Thinking beyond *Opisthorchis viverrini* for risk of cholangiocarcinoma in the lower Mekong region: a systematic review and meta-analysis. *Infect Dis Poverty*, 7(1), 44. doi:10.1186/s40249-018-0434-3
- Sumiyoshi, T., Shima, Y., Okabayashi, T., Negoro, Y., Shimada, Y., Iwata, J., . . . Sui, K. (2018). Chemoradiotherapy for initially unresectable locally advanced cholangiocarcinoma. *World Journal of Surgery*, 42(9), 2910-2918.
- Sun, V., Ferrell, B., Jaurez, G., Wagman, L. D., Yen, Y., & Chung, V. (2008). *Symptom concerns and quality of life in hepatobiliary cancers*. Paper presented at the Oncology Nursing Forum.
- Susan Acquisto, D., Iyer, R., Rosati, L. M., Natasha Pinhern, M., AGPCNP-BC, A., Karen

- Driskill, B., . . . Lorraine Drapek, D. (2018). Cholangiocarcinoma. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(4), E97-E102.
- Tang, S. T., Chang, W. C., Chen, J. S., Chou, W. C., Hsieh, C. H., & Chen, C. H. (2016). Associations of prognostic awareness/acceptance with psychological distress, existential suffering, and quality of life in terminally ill cancer patients' last year of life. *Psycho-oncology*, 25(4), 455-462.
- Thanasilp, S., Akkayagorn, L., Suwannapong, K., Long, N. H., Chimluang, J., Upasen, R., . . . Liam, D. D. (2020). The Development and Psychometric Testing of the Buddhist Death Acceptance Scale. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(4), 527-537.
- Thomaidis, T., Kallimanis, G., May, G., Zhou, P., Sivanathan, V., Mosko, J., . . . Moehler, M. (2020). Advances in the endoscopic management of malignant biliary obstruction. *Annals of gastroenterology*, 33(4), 338.
- Wongjarupong, N., Assavapongpaiboon, B., Susantitaphong, P., Cheungpasitporn, W., Treeprasertsuk, S., Rerknimitr, R., & Chaiteerakij, R. (2017). Non-alcoholic fatty liver disease as a risk factor for cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *BMC gastroenterology*, 17(1), 1-8.
- Woradet et al. (2016). Health-related quality of life and survival of cholangiocarcinoma patients in northeastern region of Thailand. *Plos one*, 11(9), e0163448.
- World Health Organization. (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 28(2), 130-134.
- Zabernigg, A., Giesinger, J. M., Pall, G., Gamper, E.-M., Gattringer, K., Wintner, L. M., . . . Holzner, B. (2012). Quality of life across chemotherapy lines in patients with cancers of the pancreas and biliary tract. *BMC cancer*, 12(1), 390.
- Zeidan, F., Baumgartner, J. N., & Coghill, R. C. (2019). The neural mechanisms of mindfulness-based pain relief: a functional magnetic resonance imaging-based review and primer. *Pain reports*, 4(4).
- Zeidan, F., Martucci, K. T., Kraft, R. A., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2014). Neural correlates of mindfulness meditation-related anxiety relief. *Social cognitive and*

affective neuroscience, 9(6), 751-759.

Zimmermann, C. (2012). Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. *Social Science & Medicine*, 75(1), 217-224.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.047>





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อสกุล	ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ วัลย์ฉัตรศักดิ์ อรรถขยากร	จิตแพทย์ ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุชบา สมใจวงษ์	อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. ดร. สุรชัย มณีเนตร	อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
4. นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย และการผสม ผสานด้านมะเร็ง อโรคยาศาล วัดคำปะมง
5. นางสาวสุนันฎา คเชนทร์ชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าศูนย์ความ เป็นเลิศทางการพยาบาลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



ที่ อว ๒๔.๑๓/๐๐๖๗๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๓๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๐ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๓ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๓ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปวีณา พงษ์พันทนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ธรินนัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ สัณฐ์ศักดิ์ อรรถยากร จิตแพทย์ ประจำศูนย์ชีวภิบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ธรินนัย)
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

นายแพทย์สัณฐ์ศักดิ์ อรรถยากร

โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๗๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ธรินนัย โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๓๖๘

นางสาวปวีณา พงษ์พันทนา โทร. ๐๙-๓๓๑๙๐-๖๖๘๓

ที่ ฮว ๒๔.๑๑/๐๐๖๗๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๐ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปวีณา พงษ์พันนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สมใจวงษ์ อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมที่นิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สมใจวงษ์

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวปวีณา พงษ์พันนา โทร. ๐๔-๓๑๙๐-๖๖๘๑

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๗๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐
๒๐ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๓ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปิณฑา พงษ์พันนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ ดร. สุรชัย มณีเนตร อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

ดร. สุรชัย มณีเนตร

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาวปิณฑา พงษ์พันนา โทร. ๐๙-๓๑๕๐-๖๖๘๘

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๗๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๓
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๐ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร
อโรคยาศาล วัดคำปะมง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๓ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปวีณา พงษ์พันนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร อโรคยาศาล วัดคำปะมง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมชื่อนิสิต

นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล

โทร. ๐๒-๒๒๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๕๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๒๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๒๘-๑๓๖๘

นางสาวปวีณา พงษ์พันนา โทร. ๐๙-๓๑๕๐-๖๖๘๑

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๗๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๐ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมหาราชนครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปวีณา พงษ์พันนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุนันฎา คเชนทร์ชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์แบบประคับประคอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อ นิสิต

นางสาวสุนันฎา คเชนทร์ชัย

โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๘๓๓-๐๖๗๕๓ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๓๖๘

นางสาวปวีณา พงษ์พันนา โทร. ๐๙-๓๑๙๙๐-๖๖๘๑



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๙๔๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรรัช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๔ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๔ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปวีณา พงษ์พันทนา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม" โดยมี โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปวีณา พงษ์พันทนา เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
รองคณบดี
ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาหลักอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๑๑, ๐๘-๑๘๓๓-๘๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร อนุศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นางสาว ปวีณา พงษ์พันทนา โทร. ๐๙-๓๑๙๐-๖๖๘๑

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๑๓๓๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๔ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารอากาศนครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปวีณา พงษ์พันธุ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่นับถือศาสนาพุทธ มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๔ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care ; FACIT-Pal) โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ คู่มือความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ คู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต วิถีทัศน์เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต และแบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ (Buddhist Death Acceptance Scale) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปวีณา พงษ์พันธุ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมชื่อนิสิต

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๓๑, ๐๘-๑๔๓๓๓-๘๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๓๖๘

นางสาวปวีณา พงษ์พันธุ์ โทร. ๐๙-๓๑๙๐-๖๖๘๑



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม

สำนักงาน: ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลมหาสารคาม 49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)

Office: 7th floor, Chalermphrakiet Building, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd., Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000 THAILAND Tel. +66 44 235917 Email mnrhirb@hotmail.co.th

ใบรับรองเลขที่ 005/2022

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาสารคามดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

เลขที่โครงการวิจัย : -

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม)

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวปวีณา พงษ์พันนา

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงานความก้าวหน้า : อย่างน้อยปีละครั้ง/เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในกรณีที่มีระยะเวลาดำเนินการวิจัยไม่ถึง 1 ปี/ทุก 1 ปี

เอกสารที่ได้รับการทบทวน

1. แบบประเมินตนเองโดยผู้วิจัย
2. แบบยื่นขอรับรองจริยธรรม
3. โครงร่างวิจัยฉบับเต็ม
4. แบบสอบถาม
5. เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
6. เอกสารแสดงความยินยอมของอาสาสมัคร
7. ประวัติผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วม
8. เอกสารแสดงรายละเอียดค่าใช้จ่าย และแหล่งทุนสนับสนุน

ลงชื่อ 

(นายแพทย์นิพัทธ์ สิมาชจร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงชื่อ 

(นายแพทย์ประวิณ ตันตประภา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

วันที่รับรอง : 20 มกราคม 2565

วันหมดอายุ : 19 มกราคม 2566

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

ผู้วิจัยหลัก : นางสาว ปวีณา พงษ์พินนา นิสิตหลักสูตรการพยาบาลมหาบัณฑิต

สถานที่ปฏิบัติงาน : นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโทรศัพท์ 02-218-1131

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษวิจัย

โรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโรคที่พบได้บ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยเฉพาะในระยะที่มีการลุกลามของโรค ย่อมทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามากยิ่งขึ้นตามไปด้วย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย มีผลกระทบต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยให้ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้นำและเป็นผู้ที่หารายได้หลักของครอบครัว ทำให้กระทบถึงครอบครัวและสังคมตามไปด้วย และการศึกษาวิจัยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคที่ร้ายแรง ย่อมต้องเกิดความวิตกกังวล อยู่กับความไม่แน่นอนของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานทางด้านจิตอารมณ์มากยิ่งขึ้น

การดูแลที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย คือการดูแลแบบประคับประคอง อันประกอบด้วย การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย คงไว้ซึ่งความผาสุกด้านการทำกิจกรรม การดูแลเพื่อส่งเสริมความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกด้านสังคม พร้อมทั้งตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อ ความศรัทธา นั่นคือการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

ทั้งนี้ศาสนาพุทธเป็นศาสนาหลักของประเทศไทย เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของคนไทยมาอย่างยาวนาน หลักพุทธธรรมที่มุ่งให้เกิดเรียนรู้ความจริงของชีวิตนั่นคือ หลักไตรสิกขา อันประกอบด้วย ศีล สมาธิ และปัญญา ผลต่อผู้ปฏิบัติตามหลักไตรสิกขา คือสามารถเรียนรู้และปรับตัวอยู่กับการเปลี่ยนแปลง ไม่ยึดติด มุ่งให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของชีวิตความเป็นจริงด้วยจิตใจที่สงบ นั่นคือเห็นความเป็นไตรลักษณ์ อันประกอบด้วย อนิจจตา ทุกขัง และอนัตตา

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก(2014) บูรณาการร่วมกับหลักไตรสิกขา และหลักไตรลักษณ์ พัฒนาเป็นโปรแกรมดูแลวิถีพุทธเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามให้ครอบคลุม มุ่งผลลัพธ์คือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

โครงการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ดำเนินการวิจัยด้วยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา โดยมุ่งผลลัพธ์เพื่อ

ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยการเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านในครั้งนี้ จะเป็นไปได้ด้วยความสมัครใจ หากไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในด้านการดูแลรักษาและการให้การพยาบาล และท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 หลังสิ้นสุดโปรแกรมใน สัปดาห์ที่ 2 และติดตามในสัปดาห์ที่ 6

การศึกษาครั้งนี้ต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน เป็นผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม เทียบตามเกณฑ์ของ American Joint Committee on Cancer ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และอาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ หากไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัยจนครบ 6 สัปดาห์ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะการณของโรค

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวของอาสาสมัคร

ระยะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ 2 สัปดาห์ และระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 6 มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมวิถีพุทธ 2 สัปดาห์

2.2 ระยะการดำเนินโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ มีขั้นตอนการปฏิบัติตัวของอาสาสมัครดังนี้

ครั้งที่ 1 อาสาสมัครทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประมาณ 15 นาที อาสาสมัครจะได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที แผ่เมตตา 5 นาที ผู้ดำเนินโครงการวิจัยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมกับเปิดวิทัศน์เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต เพื่อแสดงหลักธรรมและขั้นตอนฝึกสมาธิ จากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันฝึกทำสมาธิ โดยใช้เวลารวมไม่เกิน 90 นาที

ครั้งที่ 2 อาสาสมัครจะได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ สวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที แผ่เมตตา 5 นาที

จากนั้นทำกิจกรรมสำรวจความรู้สึกนึกคิดด้วยการวาดภาพหรือจะเล่าเรื่องราว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจ เพื่อตอบคำถาม 3 ข้อ ดังนี้ (ใช้เวลาช้อละประมาณ 10 นาที) คำถามที่ 1 ความฝันของชีวิตที่อยากให้เกิดขึ้น คืออะไร คำถามที่ 2 คือ สิ่งทีกลัวที่สุดในชีวิตคืออะไร คำถามที่ 3 คือ ในชีวิตนี้สิ่งที่อยากทำมากที่สุดคืออะไร ระยะเวลาการทำกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 60 นาที

ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 อาสาสมัครจะได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ สวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที แผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นให้อาสาสมัครร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับกฎไตรลักษณ์ของชีวิต ผ่านการฟังหนังสือเสียง แล้วผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะเวลาการทำกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 60 นาที

ครั้งที่ 5 อาสาสมัครจะได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ สวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที แผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นผู้ดำเนินโครงการวิจัยอธิบายประโยชน์และขั้นตอนของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า และสอบถามความสนใจในเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ระยะเวลาการทำกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 60 นาที

ครั้งที่ 6 อาสาสมัครจะได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ สวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที แผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นดำเนินกิจกรรมการวางแผนการดูแล ระยะเวลาการทำกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 60 นาที

ครั้งที่ 7 อาสาสมัครจะได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ สวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที แผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวนำการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา กลับไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากตื่นนอนตอนเช้า ติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย พร้อมทั้งแนะนำการบันทึกการทำกิจกรรมการดูแลวิถีพุทธลงในแบบบันทึก พร้อมทั้งมอบเล่มคู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต คู่มือความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ และอธิบายการรับชมเรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิตผ่านทาง You tube ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเมื่ออยู่บ้าน โดยผู้วิจัยนัดหมายเพื่อโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 2 จากนั้นอาสาสมัครประเมินผลด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประมาณ 15 นาที รวมเวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 60 นาที

1.2 การดำเนินกิจกรรมเมื่ออาสาสมัครอยู่ที่บ้าน อาสาสมัครทำการสวดมนต์ 10 นาที การทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที และทุกครั้งที่มีอาการจากภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกาย

ในสัปดาห์ที่ 2 อาสาสมัครจะได้รับโทรศัพท์จากผู้ดำเนินโครงการวิจัย เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม พร้อมทั้งประเมินปัญหา อุปสรรค และร่วมกันแก้ไข เปิดโอกาสให้อาสาสมัครซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม พร้อมกับประเมินผลของกระบวนการด้วยแบบประเมินการตายวิถีพุทธ และประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที

2. ระยะเวลาติดตามผลการดำเนินการ

ในสัปดาห์ที่ 6 อาสาสมัครจะได้รับโทรศัพท์จากผู้วิจัย เพื่อติดตามประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระยะติดตาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัครและต่อผู้อื่น

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม โดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการดูแลที่พัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (2014) ร่วมกับการบูรณาการหลักธรรมทางศาสนาพุทธ เพื่อให้สอดคล้องกับความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนาซึ่งถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและจิตวิญญาณ โดยมุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัครและต่อผู้อื่น

การศึกษานี้เป็นการให้กิจกรรมการพยาบาลแบบประคับประคอง ร่วมกับการบูรณาการหลักธรรมทางศาสนาพุทธ อันได้แก่ การสวดมนต์ การทำสมาธิ การแผ่เมตตา การเรียนรู้หลักธรรมทกิจกรรมการวาดภาพหรือเล่าเรื่องราวเพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก ตลอดจนกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ด้วยเหตุนี้อาสาสมัครที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย จำต้องมีความสนใจและมีความศรัทธาต่อหลักของศาสนาพุทธ พร้อมทั้งสมัครใจในการทำแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ หากในระหว่างการทำกิจกรรมอาสาสมัครอาจมีความกระวนกระวายใจ รู้สึกอึดอัดใจ ไม่สะดวกใจ อาสาสมัครสามารถแจ้งผู้ดำเนินโครงการ เพื่อยุติการทำกิจกรรมได้ตลอดเวลา และอาสาสมัครที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะการเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา อันได้แก่ อาการปวดแน่นท้อง อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน หรืออาการอื่นๆที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่สุขสบายทางด้านร่างกายขณะทำกิจกรรม ผู้ดำเนินโครงการจะยุติการทำกิจกรรม เพื่อประเมินอาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพ พร้อมทั้งให้การพยาบาลและดูแลให้ยาตามแผนการรักษาโดยทันที

ค่าชดเชยการเดินทาง/ค่าเสียเวลา/ของที่ระลึก ที่อาสาสมัครจะได้รับ

ไม่มีค่าตอบแทนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

การรักษาความลับข้อมูลของอาสาสมัครที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยจะนำเสนอเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยเท่านั้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่มี การเปิดเผย ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล แบบบันทึกทุกอย่าง จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัยเท่านั้น และผู้วิจัยจะทำลายแบบบันทึกทั้งหมดทันทีหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย

นางสาว ปวีณา พงษ์พันทนา นิสิตหลักสูตรการพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขต ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์มือถือ 093-1906681

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัคร

สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม อธิการเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 7 โรงพยาบาลมหาสารคาม โทร. 044 – 235917

หมายเหตุ: ผู้วิจัยต้องมอบสำเนาแบบยินยอมอาสาสมัคร พร้อมแบบคำชี้แจงอาสาสมัคร อย่าง ละ 1 ชุด ให้อาสาสมัครด้วย

ใบบินยอมด้วยความสมัครใจ

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

EFFECT OF BUDDHIST CARE PROGRAM ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ADVANCED CHOLANGIOCARCINOMA

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....
อายุ.....ปี ผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนที่จะลงนามในใบบินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้ให้ข้อมูล ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ รวมทั้งผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้ดำเนินโครงการวิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณสถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้ดำเนินโครงการวิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาว ปวีณา พงษ์พันทนา ได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์มือถือ 093-1906681

โดยบุคคลที่รับผิดชอบโครงการวิจัยนี้ หากเกิดกรณีฉุกเฉินขึ้นกับข้าพเจ้า คือ นางสาว ปวีณา พงษ์พันทนา เบอร์โทรศัพท์ 093-1906681

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบบินยอมนี้ด้วยความเต็มใจและหลังจากลงนามแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาของเอกสารฉบับนี้เก็บไว้ 1 ชุด

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงนาม ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงนาม พยาน

ลงนาม

พยาน(.....)

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ: (1) พยานต้องไม่ใช่แพทย์ ผู้วิจัยหรือผู้ให้ข้อมูล

(2) ผู้ให้ข้อมูล/คำอธิบายชัดเจนต้องไม่เป็นแพทย์ผู้รักษาเพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วยความเกรงใจ

(3) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือ

แทนดังนี้

ข้าพเจ้าไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี
ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ประทับลาย
นิ้วหัวแม่มือขวา

ลายมือชื่อผู้อธิบาย

()

“ขอรับรองว่าเป็นลายนิ้วแม่มือของจริง”

ลงชื่อ พยาน

()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อพยาน



1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยแบบประเมินนี้จัดทำเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ
2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจำนวน 3 ข้อ
3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำนวน 46 ข้อ

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ

1. โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (2014) และบูรณาการหลักไตรสิกขา และกฎไตรลักษณ์ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ระบุปัญหาและความสำคัญ ขั้นตอนที่ 2 การดูแลตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการ

2. คู่มือการดูแลวิถีพุทธ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดและอาการเหนื่อยล้า การขั้นตอนดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจกอาการของโรค ด้วยการสวดมนต์และทำสมาธิ และแผ่เมตตา บทความแสดงความเป็นไตรลักษณ์ของชีวิต โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราที่เกี่ยวข้อง

3. การทำสมาธิและหนังสือเสียง ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามเนื้อหาของคู่มือการดูแลวิถีพุทธ พร้อมทั้งเผยแพร่ผ่านทาง You tube

3. เครื่องกำกับการทดลอง คือ

1. แบบประเมินการยอมรับการตายวิถีพุทธ
2. แบบบันทึกกิจกรรมการดูแลวิถีพุทธ

1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบประเมิน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง() หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงในปัจจุบัน

1. เพศ () ชาย () หญิง 2. อายุปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า หรือ แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ระดับประถมศึกษา () ระดับมัธยมศึกษา

() ประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

() อื่นๆ.....

5. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกร () รับจ้าง

() ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () รับราชการ () อื่นๆ.....

6.ระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

() ไม่มีรายได้ () น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,001-10,000 บาท

() 10,001 – 15,000 บาท () 15,001-30,000 บาท () มากกว่า 30,001 บาท

7.ระดับรายได้กับความเป็นอยู่ในครอบครัว

() รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน

() รายได้เพียงพอต่อรายจ่ายแต่ละเดือน แต่ไม่พอเหลือเก็บ

() รายได้เพียงพอต่อรายจ่ายแต่ละเดือน และพอเหลือเก็บ

8. สิทธิการรักษาพยาบาล

() ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) () ประกันสังคม

() เบิกต้นสังกัด () ชำระเงินเอง

2 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย (สำหรับผู้ป่วย)

1. ระยะของโรค () ระยะที่ 3 () ระยะที่ 4

2. ระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม.....เดือน (นับจากวันที่วินิจฉัย)

3. การรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับในครั้ง (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

() การทำทางระบายน้ำดี() รังสีรักษา

() เคมีบำบัด สูตรยาที่ได้รับ.....

() อื่นๆ.....

3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care ; FACIT-Pal)

คำชี้แจง ข้อความต่าง ๆ ด้านล่างนี้คือสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีสำคัญ ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร จากนั้น วงกลมหรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลขเพียงตัวเดียวต่อหนึ่งบรรทัด เพื่อระบุคำตอบของท่าน

ความผาสุกด้านร่างกาย		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง	0	1	2	3	4
2.	ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้	0	1	2	3	4
3.	เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆในครอบครัว	0	1	2	3	4
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว						
1.	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ	0	1	2	3	4
2.	ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัว	0	1	2	3	4
ความผาสุกด้านการทำหน้าที่		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.	ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)	0	1	2	3	4
2.	ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน(รวมถึงงานบ้าน)	0	1	2	3	4

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

หลักการและปัญหา

มะเร็งท่อน้ำดี(Cholangiocarcinoma) ที่ทั่วโลกมีอัตราความชุกเฉลี่ย 2 ต่อแสนประชากร (Banales et al., 2020) ขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีอัตราความชุกมากถึง 85 ต่อแสนประชากร (Banales et al., 2020; Kamsa-ard et al., 2018) ทั้งนี้ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประเทศไทย โดยเฉพาะประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากถึงประมาณ 20,000 คนต่อปี (ณรงค์ ชันดีแก้ว และคณะ, 2020) ส่วนใหญ่ร้อยละ 60-85 ที่ตรวจพบเป็นผู้ป่วยในระยะลุกลาม(Jansen, Pape, & Utku, 2020) แม้ว่าปัจจุบันมีความก้าวหน้าในการรักษาทั้งให้ยาเคมีบำบัด การรักษาเฉพาะที่ หรือการรักษาแบบพุ่งเป้า อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะลุกลามยังไม่มีรูปแบบรักษาที่ทำให้หายขาด เพียงแต่ช่วยยืดอัตราการรอดชีวิตออกไปในช่วงเวลาสั้นๆ แม้ช่วยยืดเวลาออกไป แต่ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยยังคงอยู่ หากผู้ป่วยในระยะนี้ไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมแล้ว ย่อมทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลงทั้งมิติด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และการปฏิบัติหน้าที่ ตามอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่รุนแรงขึ้นด้วยตามระยะโรค (Patel et al., 2021)

ในปัจจุบันระบบสาธารณสุขในประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงโรคมะเร็ง โดยมีเป้าหมายหลัก เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการอาการของโรค ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคองทั้งในด้านความเข้าใจและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อจำกัดในด้านทักษะของบุคลากร รวมไปถึงสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ที่ทำให้การดูแลประคับประคองในปัจจุบัน ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การศึกษาของสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร (2018) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเมื่อเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคมามากที่สุด (ร้อยละ 97.93) รองลงมาคือ ด้านการจัดการอาการที่ผู้ป่วยทุกข์ทรมานในทันที (ร้อยละ 96.67) ด้านการดูแลด้านจิตใจ (ร้อยละ 91.36) และด้านการดูแลด้านร่างกายและการทำกิจวัตร และจากการศึกษาของชนุกร แก้วมณี และคณะ (2015) ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามมีความต้องการการตอบสนองด้านจิตวิญญาณในระดับสูง ต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงกับศาสนา

ด้วยเหตุนี้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ยังคงต้องมีการศึกษาและพัฒนา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

แนวคิดและปรัชญา

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ ปัจจัยอิทธิพลที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการของโรค (Patel et al., 2021; Somjaivong et al., 2011) รวมถึงปัจจัยด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ขณะที่ปัจจัยอิทธิพลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การสนับสนุนจากสังคม (Somjaivong et al., 2011) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ยังมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกับศาสนา(ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2015) แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ต้องเผชิญกับอาการรุนแรงและคุณภาพชีวิต โดยมุ่งที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นคือ รูปแบบการดูแลประคับประคอง ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (2014) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ให้มีชีวิตอย่างมีคุณภาพตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ โดยมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1 การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย โดยพบว่า การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดที่มีประสิทธิภาพจะสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการที่รบกวนอาการทางร่างกายอื่นๆ ให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2 การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยและครอบครัว การเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ตลอดจนตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3 การดูแลด้วยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจการดำเนินโรค และแนวทางการรักษาต่างๆ มุ่งเน้นให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการดูแลรักษา และร่วมการวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่วาระสุดท้าย

4 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทั้งการช่วยครอบครัวในด้านการให้ความรู้ และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้เกิดความพร้อมต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

ทั้งนี้ประชากรไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อีกทั้งศาสนาพุทธยังมีอิทธิต่อวัฒนธรรมและความเชื่อของคนไทยมาอย่างยาวนาน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเรียนรู้พุทธธรรม และทำสมาธิ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และส่งเสริมการปรับตัวให้สอดคล้องกับภาวะของโรคตามความเป็นจริงด้วยจิตใจที่สงบ (Jeranukul, 2015) และความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ยอมรับความตายได้ (Krapo et al. 2016) ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งสามารถยอมรับการเจ็บป่วย และยอมรับความตายได้ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (Leung et al., 2010; Philipp et al., 2019; Ray et al., 2006; Tang et al., 2016) จากการศึกษาพบว่าการทำสมาธิ สามารถกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุม และลดระดับตัวรับสัญญาณความเจ็บปวด (nociceptive neural target) ทำให้สามารถบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Zeidan et al., 2019) และยังกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนที่ควบคุมความวิตกกังวล (Zeidan et al., 2014) ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Bower, 2014) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของRaphael et al. (2010) ที่พบว่าการทำสมาธิที่ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบจะส่งผลไปถึงร่างกายให้ผ่อนคลาย พร้อมทั้งเกิดสมดุลของการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ระบบการไหลเวียนตามร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ ลดการเผาผลาญพลังงาน จึงลดการใช้ออกซิเจน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและอัตราการหายใจช้าลงอีกด้วย

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลระดับประคองขององค์การอนามัยโลก (2014) บูรณาการร่วมกับหลักพุทธธรรม อันประกอบด้วย ไตรสิกขา(พุทธทาสภิกขุ, 2564; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) และกฎไตรลักษณ์ (พระธรรมโกศาจารย์(พุทธทาสภิกขุ), 2549; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต), 2561) มาเป็นกรอบแนวคิด พัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม โดยมีองค์ประกอบของโปรแกรมดังต่อไปนี้

1 การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ด้วยการบูรณาการหลักไตรสิกขา อันได้แก่ ศีล สมาธิ ปัญญา โดยใช้หลักของ ศีล ด้วยกิจกรรมการสวดมนต์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจกาย วาจา หลักของสมาธิ ด้วยกิจกรรมทำสมาธิ แบบอานาปานสติ เพื่อพัฒนาด้านจิตใจ ยกระดับการมีสติ เกิดสมาธิ จิตใจสงบ ไม่คิดฟุ้งซ่านปรุงแต่งจนวิตกกังวล เมื่อมีสติและสมาธิ ย่อมรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามสภาวะความเป็นจริง ไม่ยึดติดกับร่างกาย นั่นคือหลักของปัญญา โดยมีมุ่งผลลัพธ์ให้เกิดการผ่อนคลายทางร่างกาย ส่งเสริมความผาสุกในมิติด้านร่างกายและความผาสุกมิติด้านการทำหน้าที่

2. การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้หลักไตรลักษณ์ อันประกอบด้วย อนิจจตา ทุกขัง และอนัตตา ผ่านกิจกรรมการฟังหนังสือเสียงจากบทความเรื่องดับไม่เหลือ: ความดับไม่เหลือที่สมบูรณ์ด้วยสติปัญญา ของท่านพุทธทาสภิกขุ (2553) และหนังสือเสียงจากบทความเรื่อง การทำใจยอมรับความเจ็บป่วยของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตโต) (2562) พร้อมทั้งร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนความคิด ภายหลังจากฟังหนังสือเสียงโดยมุ่งผลลัพธ์ที่จิตอารมณ์ให้เกิดสงบ พิจารณาลักษณะธรรมชาติของชีวิตทั้ง 3 ประการของไตรลักษณ์ ส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์ ตอบสนองบริบทความเชื่อทางศาสนาและความต้องการด้านจิตวิญญาณ

3. การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และความด้านจิตวิญญาณ พร้อมกับร่วมกันระบุปัญหาและลำดับความสำคัญ และทำกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต โดยมีครอบครัว ผู้วิจัย และพยาบาลผู้ดูแลมีส่วนร่วม โดยให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ เพื่อส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์

4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมความผาสุกด้านสังคม

การพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีระยะลุกลาม มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมทั้งมิติความผาสุกด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้วยการดูแลเพื่อบรรเทาอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์ ด้วยการดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยให้สงบ บรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และสามารถยอมรับสภาวะความเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกฎธรรมชาติ ส่งเสริมความผาสุกสังคม ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วยการนำหลักความเชื่อทางศาสนาเข้ามาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยด้วย

โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก(2014) ร่วมกับบูรณาการหลักพุทธธรรม อันประกอบด้วย ไตรสิกขา (พุทธทาสภิกขุ, 2564; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2561) และกฎไตรลักษณ์ (พระธรรมโกศาจารย์(พุทธทาสภิกขุ), 2549; สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2561) มาเป็นกรอบการพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีระยะลุกลามให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม และสอดคล้องกับบริบทความเชื่อทางศาสนา และความต้องการด้านจิตวิญญาณ มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในทุกมิติ โดยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธมี 4 องค์ประกอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1 การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ด้วยการบูรณาการหลักไตรสิกขาอันได้แก่ ศีล สมาธิและปัญญา โดยหลักของ ศีล นำมาเป็นกิจกรรมการสวดมนต์ และแผ่เมตตา เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวมกาย วาจา ทำสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อพัฒนาด้านจิตใจ ยกระดับการมีสติ เกิดสมาธิ จิตใจสงบ ไม่คิดฟุ้งซ่านปรุงแต่งจนวิตกกังวล เมื่อมีสติและสมาธิ ย่อมรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามสภาวะความเป็นจริง ไม่ยึดติดกับร่างกาย นั่นคือหลักของการมีปัญญา โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการให้ความรู้ในการจัดการอาการของโรคแบบผสมผสานวิถีพุทธ ร่วมกันส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ทำกิจกรรมการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที ทุกวัน ช่วงที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยติดตามกระตุ้นให้ทำกิจกรรม

ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านอีก 1 สัปดาห์ โดยมุ่งให้เกิดการผ่อนคลายของร่างกาย เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

2. การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกนึกคิดด้วยการวาดภาพ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วาดภาพแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความฝันของชีวิตที่อยากให้เกิดขึ้น สิ่งทีกลัวที่สุดในชีวิต และในชีวิตนี้สิ่งที่อยากทำมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้อธิบายเกี่ยวกับภาพวาด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก และเรียนรู้ไตรลักษณ์ของชีวิต ผ่านกิจกรรมการฟังหนังสือเสียงจากบทความเรื่องดับไม่เหลือ: ความดับไม่เหลือที่สมบูรณ์ด้วยสติปัญญา ของท่านพุทธทาสภิกขุ (2553) และบทความเรื่อง การทำใจยอมรับความเจ็บป่วยของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตโต) (2562) พร้อมทั้งแลกเปลี่ยน สะท้อนความคิด และร่วมกันเรียนรู้ลักษณะตามธรรมชาติที่แสดงถึงการแปรเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาตามหลักไตรลักษณ์ โดยทั้งกิจกรรมการวาดภาพและการฟังหนังสือเสียงผู้วิจัยใช้เวลาในการทำแต่ละกิจกรรมประมาณ 60 นาที ช่วงที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

3. การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และความด้านจิตวิญญาณ จากการสัมภาษณ์ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สันติจากการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ลักษณะท่าทาง สีหน้า การแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึก พร้อมกับร่วมกันระบุปัญหาและลำดับความสำคัญ ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเมินความพร้อมและความสมัครใจก่อนทำกิจกรรม ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจในกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งเป็นการวางแผนการดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาทและลดความรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิต จากนั้นร่วมทำกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยมีครอบครัว ผู้วิจัย และพยาบาลผู้ดูแลมีส่วนร่วม เพื่อสามารถให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้เวลาทำกิจกรรมทั้งสิ้น 60 นาที ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในทุกกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ทั้งกิจกรรมการสวดมนต์ แผ่เมตตา ทำสมาธิ กิจกรรมการวาดภาพสำรวจความรู้สึกนึกคิด กิจกรรมการฟังหนังสือเสียง และกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ทั้งช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนกระทั่งช่วงผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

การดำเนินการ

โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธตามที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการทำกิจกรรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ แบ่งการทำกิจกรรมเป็น 2 ช่วง คือ 1) การทำกิจกรรมช่วงผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา

1 สัปดาห์ และ 2) การทำกิจกรรมช่วงผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เป็นเวลาอีก 1 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดการทำกิจกรรมในการพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้งทั้ง 2 ช่วง ดังนี้

1. การทำกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมรายบุคคล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และแนะนำภาพรวมทั้งหมดของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

2. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการให้ครอบครัวรวมทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ ครอบครัว และความต้องการด้านจิตวิญญาณ จากการพูดคุย สัมภาษณ์ สังเกตจากการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ลักษณะท่าทาง สีหน้า การแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึก ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าเรื่องราว และประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา และประเมินความพร้อมของญาติในการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care ; FACIT-Pal) ก่อนได้รับโปรแกรม

3. ผู้วิจัยประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Chinda, 2011) จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ถือว่าเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย

4. ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแบบผสมผสานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ ทำสมาธิ แผ่เมตตา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับชมวิดีโอเรื่อง พุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต พร้อมกับมอบล่มคู่มือเรื่อง พุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต

5. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทำสมาธิเป็นเวลา 20 นาทีและแผ่เมตตา 5 นาที
สถานที่ ห้องสอนสุขศึกษา หรือข้างเตียงผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล
มหाराชนครราชสีมา

สื่อที่ใช้ คู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต, วิดิทัศน์เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต
ระยะเวลา 90 นาที

ครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมรายบุคคล

1. ประเมินการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ผู้วิจัย ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยสวดมนต์ร่วมกัน 10 นาที ทำสมาธิเป็นเวลา 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมสำรวจความรู้สึกนึกคิดของตนเองด้วยการวาดภาพ เพื่อตอบคำถาม 3 ข้อ ดังนี้ (ใช้เวลาข้อละประมาณ 10 นาที) คำถามที่ 1 ความฝันของชีวิตที่อยากให้เกิดขึ้น คืออะไร คำถามที่ 2 คือ สิ่งทีกลัวที่สุดในชีวิตคืออะไร คำถามที่ 3 คือ ในชีวิตนี้สิ่งที่อยากทำมากที่สุดคืออะไร

4. พยาบาลใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อธิบายเกี่ยวกับภาพวาดในแต่ละภาพ แสดงความรู้สึกและระบายความรู้สึกนึกคิดของตนเองออกมา โดยที่ครอบครัวและผู้วิจัยรับฟัง จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้อธิบายความรู้สึก ความนึกคิดเกี่ยวกับภาพวาดของตนเอง โดยผู้ป่วย และผู้วิจัยรับฟัง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. ผู้วิจัยสรุปความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

แนวคำถามในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกนึกคิด

อยากให้ท่านลองอธิบายภาพวาดของท่านทั้ง 3 ภาพ สื่อความหมายว่าอย่างไร

สถานที่ ห้องสอนสุขศึกษา หรือข้างเตียงผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา

สื่อที่ใช้ คู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต

ระยะเวลา 60 นาที

ครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรมรายบุคคล

1. ประเมินการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ผู้วิจัย ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยสวดมนต์ร่วมกัน 10 นาที ทำสมาธิเป็นเวลา 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟังหนังสือเสียง ผ่านทางวิทยุทัศน์เรื่อง ดับไม่เหลือ: ความดับไม่เหลือที่สมบูรณ์ด้วยสติปัญญา ของท่านพุทธทาสภิกขุ (2553)

4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความคิด ข้อคิดเห็นที่ได้ภายหลังจากการฟังหนังสือเสียง ด้วยการใช้คำถามปลายเปิด

วันที่ 4 เป็นกิจกรรมรายบุคคล

1. ประเมินการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ผู้วิจัย ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยสวดมนต์ร่วมกัน 10 นาที ทำสมาธิเป็นเวลา 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟังหนังสือเสียง ผ่านทางวิทยุทัศน์เรื่อง การทำใจยอมรับ ความเจ็บป่วย ของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต) (2562)

4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความคิด ข้อคิดเห็นที่ได้ภายหลังจากการฟัง หนังสือเสียง ด้วยการใช้คำถามปลายเปิด

แนวคำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความคิด

หลังฟังได้ฟังบทความแล้ว ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และได้ข้อคิดอะไรจากบทความนี้

สถานที่ ห้องสอนสุขศึกษา หรือข้างเตียงผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา

สื่อที่ใช้ วิทยุทัศน์เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต

ระยะเวลา 60 นาที

ครั้งที่ 5 เป็นกิจกรรมรายบุคคล

1. ประเมินการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะเข้าไปเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ผู้วิจัย ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยสวดมนต์ร่วมกัน 10 นาที ทำสมาธิเป็นเวลา 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที

3. ผู้วิจัยอธิบายประโยชน์และขั้นตอนของกิจกรรมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท โดยขึ้นอยู่กับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าสามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตามคู่มือและแผนการสอนเรื่องโรคและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ

4. ผู้วิจัยประเมินความพร้อมและสอบถามความสมัครใจในเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า

5. ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า ผู้วิจัยจะสอบถามสาเหตุ พร้อมทั้งอธิบายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจประโยชน์ของการวางแผนการดูแลสุขภาพเพิ่มเติม และการทำกิจกรรมยืดความต้องการและความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

แนวคำถามเพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนดูแลล่วงหน้า

1. ท่านเคยวางแผนชีวิตของตนเองไว้ล่วงหน้าหรือไม่ อย่างไร
2. ถ้าหากผู้วิจัยจะให้ท่านได้ลองวางแผนการดูแลชีวิตของตัวเอง ท่านจะสนใจทำกิจกรรมนี้หรือไม่ หากไม่สนใจ เพราะเหตุใด

สถานที่ ห้องสอนสุขศึกษา หรือข้างเตียงผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สื่อที่ใช้ คู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต คู่มือและแผนการสอนเรื่องโรคและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบผสมผสานวิถีพุทธ

ครั้งที่ 6 เป็นกิจกรรมรายบุคคล

1. ประเมินการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะเข้าไปบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ผู้วิจัย ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยสวดมนต์ร่วมกัน 10 นาที ทำสมาธิเป็นเวลา 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที

3. ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พร้อมทั้งรายละเอียดในการบันทึกแบบบันทึกอีกครั้ง จากนั้นผู้ป่วยบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้าใน 5 ประเด็น ดังนี้ ข้าพเจ้าจะจัดการทรัพย์สิน ข้าพเจ้าจะจัดการเงินทองอย่างไร ข้าพเจ้าจะจัดการเกี่ยวกับครอบครัวอย่างไร ข้าพเจ้าจะจัดการเกี่ยวกับเรื่องงานอย่างไร การรักษาแบบใดที่ข้าพเจ้าไม่ต้องการ ถ้าเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันขึ้นกับข้าพเจ้า คนที่จะให้ตัดสินใจแทนคือใคร ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

4. ผู้วิจัย ครอบครัว ผู้ป่วย และพยาบาลที่ดูแล ได้ร่วมกันพูดคุยและสรุปความเข้าใจ ทั้ง 5 ประเด็นอีกครั้ง เพื่อให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยโดยแท้จริง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

สถานที่ ห้องสอนสุขศึกษา หรือข้างเตียงผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สื่อที่ใช้ คู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต

ครั้งที่ 7 เป็นกิจกรรมรายบุคคล

1. ประเมินการประเมินความทุกข์ทรมานด้านร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS จากการประเมินหากอาการใดที่ผู้ป่วยรายงานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะเข้าไปบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ผู้วิจัย ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยสวดมนต์ร่วมกัน 10 นาที ทำสมาธิเป็นเวลา 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที

3. ผู้วิจัยให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวนำการสวดมนต์อย่างน้อยวันละ 10 ทำสมาธิ อย่างน้อยวันละ 20 นาที และแผ่เมตตาอย่างน้อยวันละ 5 นาที กลับไปปฏิบัติด้วยตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน อย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ พร้อมทั้งแนะนำการบันทึกการทำกิจกรรมในแบบบันทึกของคู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต

4. ผู้วิจัยอธิบายเล่มคู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิตและ อธิบายการรับชมผ่านทาง You tube ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเมื่ออยู่บ้าน

5. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อโทรศัพท์ติดตามอาการเมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับไปทำกิจกรรมการสวดมนต์ ทำสมาธิ และการแผ่เมตตาด้วยตนเองที่บ้านเมื่อครบ 1 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care ; FACIT-Pal) หลังได้รับโปรแกรมทันทีในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล

แนวคำถามเพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการโทรศัพท์ติดตามอาการเมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับไปทำกิจกรรมที่บ้าน

ผู้วิจัยขอนัดหมายโทรศัพท์เพื่อติดตามอาการ และประเมินปัญหาที่คุณพบเมื่อกลับไปทำกิจกรรมด้วยตนเองที่บ้าน ในวันที่..... กลุ่มตัวอย่างสะดวกในวันที่นัดหมายหรือไม่ หากต้องการเปลี่ยนแปลงกลุ่มตัวอย่างจะเปลี่ยนแปลงเป็นวันใด

บัตรนัดหมายเพื่อติดตามอาการทางโทรศัพท์

ผู้นัดหมาย นางสาวปวีณา พงษ์พันทนา นิสิตมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ของการนัดหมาย เพื่อโทรศัพท์ติดตามและประเมินปัญหาขณะเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ขณะอยู่ที่บ้าน

วันที่นัดหมาย..... เวลา.....

หากต้องการเปลี่ยนแปลงการนัดหมาย กรุณาโทรแจ้งที่ 093-190-6681

หรือ Line ID: 093-190-6681

สถานที่ ห้องสอนสุขศึกษา หรือข้างเตียงผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล
มหาราชนครราชสีมา

สื่อที่ใช้ คู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต

2. ระยะดำเนินการกิจกรรมการพยาบาลด้วยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธของผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

1. กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา อย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน วันละอย่างน้อย 35 นาที หลังตื่นนอนตอนเช้า ติดต่อกันอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย และบันทึกการทำกิจกรรมการดูแลวิถีพุทธลงในแบบบันทึก

2. ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พร้อมทั้งร่วมกันแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตเมื่ออยู่บ้าน ให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และทบทวนและให้ความรู้ครอบครัวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และขอความร่วมมือในการทำแบบบันทึกการทำกิจกรรมการดูแลวิถีพุทธ ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อติดตามการทำกิจกรรมการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา โดยลักษณะเป็นแบบ Check list ตามที่ได้ปฏิบัติจริง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติเป็นอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร ทั้งนี้ต้องอาศัยการ

มีส่วนร่วมของญาติ ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการทำกิจกรรมตามโปรแกรม พร้อมทั้งผู้วิจัยได้ประเมินผลของกระบวนการด้วยแบบประเมินการยอมรับการตายวิถีพุทธ หากในกรณีผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์ตรงกับสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจะนัดหมายเพื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อติดตามผลของการปฏิบัติตามโปรแกรม

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการยอมรับการตายวิถีพุทธ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการ และประเมินผลของโปรแกรมด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะสิ้นสุดการทดลองทันที ในกรณีผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์ตรงกับสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจะนัดหมายเพื่อพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อติดตามผลของการปฏิบัติตามโปรแกรม

สถานที่ บ้านของกลุ่มตัวอย่าง หรือแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

สื่อที่ใช้ คู่มือพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต

แนวคำถามในการติดตามประเมินการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างเมื่ออยู่ที่บ้าน

บทนำ สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาว ปวีณา พงษ์พันทนา (พยาบาลวิชาชีพ) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเรียนสายคุณ.....(กลุ่มตัวอย่าง).....ค่ะ ดิฉันขอรบกวนเวลาคุณสักครู่ค่ะ ไม่ทราบว่าความสะดวกรับสายไหมค่ะ

(กรณีสะดวก) ดิฉันโทรศัพท์มาตามที่ได้นัดหมายไว้ ที่พบกันครั้งก่อน

(กรณีไม่สะดวก) รบกวนติดต่อกลับอีกครั้งภายหลังค่ะ ในช่วงสัปดาห์นี้สะดวกให้ติดต่ออีกครั้งเมื่อไหร่ค่ะ

การสนทนาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามอาการและประเมินการทำกิจกรรม การสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมทั้งนี้เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง

1. อาการของคุณเป็นอย่างไรบ้างคะ
2. เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านคุณได้สวดมนต์ เจริญสติ และแผ่เมตตา อย่างน้อยอาทิตย์ละ 4 ครั้ง ครั้งละอยู่ไหมคะ (ถ้าไม่) เป็นเพราะเหตุใดคะ
2. คุณมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติระหว่างกิจกรรม สวดมนต์ เจริญสติ แผ่เมตตาไหมคะ
3. ความรู้สึกหลังได้ทำกิจกรรมเป็นอย่างไรบ้างคะ

สรุปการสนทนาทางโทรศัพท์ คุณทำได้ดีแล้วค่ะ ให้ลองสังเกตอาการทางร่างกาย สังเกตจิตใจของเรา ภายหลังจากทำกิจกรรมเป็นอย่างไร และในการสนทนาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งหวังให้คุณได้สามารถทำกิจกรรมตามคู่มืออย่างน้อยวันละ 35 นาที หรือทุกครั้งที่คุณมีอาการทั้งอาการปวดแน่นท้อง หรืออาการเหนื่อยล้าอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากคุณมีปัญหา หรือมีอุปสรรคที่ต้องการรับคำปรึกษา สามารถติดต่อดิฉันได้ ซึ่งดิฉันจะขออนุญาตโทรศัพท์เมื่อประเมินผลการวิจัยอีกครั้งในอีก 4 สัปดาห์ข้างหน้า วันที่..... ในระหว่างนี้คุณทำกิจกรรม สวดมนต์อย่างน้อยวันละ 10 นาที เจริญสติ ทำสมาธิ อย่างน้อยวันละ 20 นาที แผ่เมตตาอย่างน้อยวันละ 5 นาที อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่คุณมีอาการปวดแน่นท้องหรือมีอาการเหนื่อยล้า

แผนการสอน

เรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการจัดการอาการผสมผสานวิถีพุทธ

วิธีการสอน: บรรยายพร้อมคู่มือความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการจัดการอาการผสมผสานวิถีพุทธ

ระยะเวลา: 30 นาที

ผู้สอน: นางสาว ปวีณา พงษ์พันนา

ผู้เรียน: กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม และญาติผู้ดูแล

สถานที่: ห้องสุขศึกษา หรือข้างเตียงผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

วัตถุประสงค์	กิจกรรมและเนื้อหาการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจถึงการทำหน้าที่ของท่อน้ำดีต่อร่างกาย	<p>ขั้นเตรียมการ</p> <p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างด้วยท่าทีที่เป็นมิตร</p> <p>2. สอบถามความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างในโรคมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>ขั้นดำเนินการ</p> <p>1. ผู้วิจัยอธิบายตำแหน่งของท่อน้ำดีที่อยู่บริเวณชายโครงด้านขวา และอธิบายหน้าที่และความสำคัญของท่อน้ำดี ต่อระบบการย่อยอาหาร</p> <p>2. ผู้วิจัยอธิบายพร้อมแสดงภาพประกอบตามคู่มือความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการจัดการอาการผสมผสานวิถีพุทธ</p>	<p>ผู้วิจัยสอบถามย้อนกลับถึงความเข้าใจในตำแหน่งหน้าที่และความสำคัญของท่อน้ำดี</p> <p>กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกถึงตำแหน่งของท่อน้ำดีและสามารถบอกหน้าที่ของท่อน้ำดีได้</p>

คู่มือการดูแลวิถีพุทธ

เป็นคู่มือที่ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่อง

1. การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด ประกอบด้วย สาเหตุของอาการปวด หลักการใช้ยาแก้ปวด ข้อควรระวังในการใช้ยาแก้ปวด

2. การดูแลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้า หลักการใช้ยาเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า ข้อควรระวังในการใช้ยาเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า และคำแนะนำเพื่อลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

3. การทำสมาธิ ด้วยหลักอานาปานสติ ประกอบด้วย ความหมายของอานาปานะสติ หมวดของอานาปานะสติทั้ง 4 หมวด ประกอบด้วย เกี่ยวกับกาย เกี่ยวกับเวทนา เกี่ยวกับธรรมชาติของจิต และเกี่ยวกับธรรมสภาวะ โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำหลักอานาปานะสติในหมวด กายา นุปัสสนาสติปัฏฐาน เพื่อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ การเตรียมตัว และสถานที่ก่อนปฏิบัติ ขั้นตอนการการฝึกกายานุปัสสนาสติปัฏฐาน (พุทธทาสภิกขุ, 2553)

3. บทความเรื่อง ดับไม่เหลือ: ความดับไม่เหลือที่สมบูรณ์ด้วยสติปัญญา ของท่านพุทธทาสภิกขุที่แสดงแก่ผู้ที่เข้าอบรมค่ายดับทุกข์ เมื่อ ปีพ.ศ. 2533 ท่านพุทธทาสได้กล่าวไว้ วิธีการดับทุกข์ไม่ให้เหลือมีวิธีปฏิบัติ 2 วิธี

วิธีที่ 1 เป็นวิธีที่สามารถทำได้เป็นประจำ เป็นกิจวัตร คือการสำรวจจิตเป็นสมาธิ ด้วยการกำหนดลมหายใจ (หรืออะไรก็ตามที่ตนถนัด) เมื่อจิตเป็นสมาธิแล้ว จึงพิจารณาให้เห็นความที่สิ่งทั้งหลายทั้งปวงทุกสิ่ง ไม่ควรยึดมั่นถือมั่น ยึดถือการเวียนว่ายตายเกิดนั้นแล้ว ก็คือทุกข์

วิธีที่ 2 คือในช่วงที่จวนเจียนจะดับจิตนี้ ท่านพุทธทาสกล่าวว่า มันเป็นเรื่องง่ายเหมือนตกกะไดพลอยโจน มันยากตรงที่เมื่อกำลังพลอยกะโจนเมื่อพลัดตกบันได มันจึงเจ็บมาก เพราะตกลงมาไม่เป็นท่าเป็นทาง

4. บทสวดมนต์ ประกอบด้วย บทบูชาพระพุทธรูป บทคาถาอิติปิโส และบทแผ่เมตตา

ส่วนที่ 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสอบถามการยอมรับความตาย

คำชี้แจง ให้ท่านสงบจิตใจก่อนตอบแบบสอบถาม ภายหลัง จิตใจ สงบแล้ว ให้ย้อนคิดถึงความรู้สึก ของท่านในขณะนี้ ว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับข้อความต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของ ท่านในขณะนี้มากที่สุด ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

- ไม่จริงเลย (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับตัวท่านเลย
 ค่อนข้างไม่จริง (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านเป็นส่วนน้อย
 ค่อนข้างจริง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านเป็นส่วนใหญ่
 จริง (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านทั้งหมด

ข้อความ	จริง 4	ค่อนข้าง จริง 3	ค่อนข้าง ไม่จริง 2	ไม่ จริง เลย 1
มิตินยอมรับกระบวนการตามธรรมชาติของความตาย				
1. ฉันไม่กลัวความตายเพราะความตายเป็นเรื่องธรรมชาติของ คนทุกคน				
2. ฉันคิดว่าคนในครอบครัวสามารถทำใจได้เมื่อฉันตายไป				
มิตินเตรียมตัวรับมือกับความตาย				
10. ฉันพูดสิ่งเสียไม่ให้ใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิต				



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 6 แสดงระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรม (Palliative performance scale)

ระดับ PPS scale	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ
ร้อยละ 40	2	8.3
ร้อยละ 50	7	29.2
ร้อยละ 60	10	41.7
มากกว่าร้อยละ 70	5	20.8

ตารางที่ 7 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1

อาการ	ระดับอาการ	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
		จำนวน	ร้อยละ
อาการปวด	0-3	13	54.2
	≥ 4	11	45.8
อาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย	0-3	2	8.3
	≥ 4	22	91.7
อาการคลื่นไส้	0-3	24	100
อาการซึมเศร้า	0-3	24	100
วิตกกังวล	0-3	17	70.8
	≥ 4	7	29.2
อาการร่งวงซึม/ สะลึมสะลือ	0-3	24	100
เบื่ออาหาร	≥ 4	24	100
สบายดีทั้งกายและใจ	≥ 4	24	100
อาการเหนื่อยหอบ	0-3	20	83.3
	≥ 4	4	16.7

ตารางที่ 8 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2

อาการ	ระดับอาการ	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
		จำนวน	ร้อยละ
อาการปวด	0-3	21	87.5
	≥ 4	3	12.5
อาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย	≥ 4	24	100
อาการคลื่นไส้	0-3	24	100
อาการซึมเศร้า	0-3	24	100
วิตกกังวล	0-3	21	87.5
	≥ 4	3	12.5
อาการง่วงซึม/ สะลึมสะลือ	0-3	24	100
เบื่ออาหาร	≥ 4	24	100
สบายดีทั้งกายและใจ	≥ 4	24	100
อาการเหนื่อยหอบ	0-3	20	83.3
	≥ 4	4	16.7

ตารางที่ 9 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3

อาการ	ระดับอาการ	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
		จำนวน	ร้อยละ
อาการปวด	0-3	18	75
	≥ 4	6	25
อาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย	≥ 4	24	100
อาการคลื่นไส้	0-3	24	100
อาการซึมเศร้า	0-3	24	100
วิตกกังวล	0-3	24	100
อาการร่งวงซึม/ สะลึมสะลือ	0-3	24	100
เบื่ออาหาร	≥ 4	24	100
สบายดีทั้งกายและใจ	0-3	12	50
	≥ 4	12	50
อาการเหนื่อยหอบ	0-3	20	83.3
	≥ 4	4	16.7

ตารางที่ 10 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 4

อาการ	ระดับอาการ	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
		จำนวน	ร้อยละ
อาการปวด	0-3	20	83.3
	≥ 4	4	16.7
อาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย	≥ 4	24	100
อาการคลื่นไส้	0-3	24	100
อาการซึมเศร้า	0-3	24	100
วิตกกังวล	0-3	24	100
อาการร่งงซึม/ สะลิมสะลือ	0-3	24	100
เบื่ออาหาร	≥ 4	24	100
สบายดีทั้งกายและใจ	0-3	8	33.3
	≥ 4	16	66.7
อาการเหนื่อยหอบ	0-3	20	83.3
	≥ 4	4	16.7

ตารางที่ 11 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 5

อาการ	ระดับอาการ	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
		จำนวน	ร้อยละ
อาการปวด	0-3	20	83.3
	≥ 4	4	16.7
อาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย	0-3	2	8.3
	≥ 4	22	91.7
อาการคลื่นไส้	0-3	24	100
อาการซึมเศร้า	0-3	24	100
วิตกกังวล	0-3	24	100
อาการง่วงซึม/ สะลึมสะลือ	0-3	24	100
เบื่ออาหาร	≥ 4	24	100
	0-3	2	8.3
สบายดีทั้งกายและใจ	0-3	22	91.7
	≥ 4	2	8.3
อาการเหนื่อยหอบ	0-3	20	83.3
	≥ 4	4	16.7

ตารางที่ 12 แสดงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ด้วยแบบประเมิน ESAS ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 6

อาการ	ระดับอาการ	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
		จำนวน	ร้อยละ
อาการปวด	0-3	22	91.7
	≥ 4	2	8.3
อาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย	0-3	17	70.8
	≥ 4	7	29.2
อาการคลื่นไส้	0-3	19	79.2
	≥ 4	5	20.8
อาการซีมเศร้า	0-3	24	100
วิตกกังวล	0-3	24	100
อาการร่วงซึม/ สละสลือ	0-3	24	100
เบื่ออาหาร	≥ 4	24	100
สบายดีทั้งกายและใจ	0-3	2	8.3
	≥ 4	22	91.7
อาการเหนื่อยหอบ	0-3	20	83.3
	≥ 4	4	16.7

ตารางที่ 13 แสดงระดับค่าการยอมรับความตายวิถีพุทธของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ระดับค่าการยอมรับความตายวิถีพุทธ	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ
มิติการยอมรับกระบวนการตามธรรมชาติของความตาย		
2.01-3.00	8	33.3
3.01-4.00	16	66.7
มิติการเตรียมตัวรับมือกับความตาย		
1.00-2.00	11	45.8
2.01-3.00	10	41.7
3.01-4.00	3	12.5
ระดับค่าการยอมรับความตายวิถีพุทธ(โดยรวม)		
2.01-3.00	14	58.3
3.01-4.00	10	41.7

ตารางที่ 14 แสดงระดับการปฏิบัติกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

การปฏิบัติกิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ
ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติกิจกรรมทุกวันใน 1 สัปดาห์)	2	8.33
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติกิจกรรม 4-5 วันต่อสัปดาห์)	10	41.67
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติกิจกรรม 3 ครั้งต่อสัปดาห์)	8	33.33
ปฏิบัตินานๆครั้ง (ปฏิบัติกิจกรรม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์)	4	16.67

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ Shapiro- Wilk

ลักษณะข้อมูล	Mean	SD	Shapiro-Wilk		
			Statistic	df	Sig.
ก่อนได้รับโปรแกรม	108.92	23.528	0.930	24	0.099
หลังรับโปรแกรม 1 สัปดาห์	119.58	22.575	0.853	24	0.002
สิ้นสุดโปรแกรมทันที	115.25	18.967	0.926	24	0.079
ติดตามผล	107.38	17.458	0.960	24	0.430

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการวัดแต่ละครั้ง โดย Greenhouse-Geisser Adjust

แหล่งความแปรปรวน	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	Sig.
มิติความผาสุกด้านร่างกาย	0.581	11.80	0.765
มิติความผาสุกด้านสังคม	0.074	56.44	0.445
มิติความผาสุกด้านอารมณ์	0.318	24.90	0.661
มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่	0.119	46.26	0.582
มิติการรับรู้การดูแลระดับประคอง	0.221	32.79	0.706
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	0.406	19.60	0.657

ตารางที่ 17 แสดงการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติกับแต่ละช่วงเวลาโดยวิธี LSD

แหล่งความแปรปรวน	การเปรียบเทียบช่วงเวลา	ก่อน	1 สัปดาห์	2 สัปดาห์
ความผาสุกด้านร่างกาย	1 สัปดาห์	-1.667*		
	2 สัปดาห์	-0.33	1.333*	
	6 สัปดาห์	2.792*	3.125*	4.458*
ความผาสุกด้านสังคม	1 สัปดาห์	-0.625*		
	2 สัปดาห์	-0.958*	-0.333	
	6 สัปดาห์	-1.208	-0.583	-0.250
ความผาสุกด้านจิตอารมณ์	1 สัปดาห์	-4.208*		
	2 สัปดาห์	-2.792*	1.417*	
	6 สัปดาห์	-2.958*	1.250	-0.167
มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่	1 สัปดาห์	-2.417*		
	2 สัปดาห์	-2.583*	-0.167	
	6 สัปดาห์	1.167	3.583*	3.750*
มิติการรับรู้การดูแล	1 สัปดาห์	-1.750*		
ประคับประคอง	2 สัปดาห์	0.333	2.083*	
	6 สัปดาห์	1.500*	3.250*	1.167*
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	1 สัปดาห์	-10.667*		
	2 สัปดาห์	-6.333*	4.333*	
	6 สัปดาห์	1.542	12.208*	7.875*

ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบรายคู่ของค่าความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกเป็นรายมิติกับแต่ละช่วงเวลาโดยวิธี Sidak

แหล่งความแปรปรวน	การเปรียบเทียบช่วงเวลา	ก่อน	1 สัปดาห์	2 สัปดาห์
ความผาสุกด้านร่างกาย	1 สัปดาห์	-1.667*		
	2 สัปดาห์	-0.333	1.333*	
	6 สัปดาห์	2.792*	3.125*	4.458*
ความผาสุกด้านสังคม	1 สัปดาห์	-0.625		
	2 สัปดาห์	-0.958	-0.333	
	6 สัปดาห์	-1.208	-0.583	-0.250
ความผาสุกด้านจิตอารมณ์	1 สัปดาห์	-4.208*		
	2 สัปดาห์	-2.792*	1.417	
	6 สัปดาห์	-2.958*	1.250	-0.167
มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่	1 สัปดาห์	-2.417*		
	2 สัปดาห์	-2.583*	-0.167	
	6 สัปดาห์	1.167	3.583*	3.750*
มิติการรับรู้การดูแล	1 สัปดาห์	-1.750*		
ประคับประคอง	2 สัปดาห์	0.333	2.083*	
	6 สัปดาห์	1.500*	3.250*	1.167*
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	1 สัปดาห์	-10.667*		
	2 สัปดาห์	-6.333*	4.333*	
	6 สัปดาห์	1.542	12.208*	7.875*

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาว ปวีณา พงษ์พันทนา
วัน เดือน ปี เกิด	13 กุมภาพันธ์ 2526
สถานที่เกิด	นครราชสีมา
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง) จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ. 2546
ที่อยู่ปัจจุบัน	49 ถนน ช้างเผือก ต.ในเมือง อ. เมือง จ. นครราชสีมา 30000



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY