ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

น.ส.อัจฉรา วงศ์คณิตย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF LIFE REVIEW ON SPIRITUAL WELL-BEING OF OLDER PERSONS WITH END STAGE CANCER

Miss Atchara Wongkanit

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science
Field of Study of Nursing Science
FACULTY OF NURSING
Chulalongkorn University
Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
โดย	น.ส.อัจฉรา วงศ์คณิตย์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อัจฉรา วงศ์คณิตย์ : ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย . (THE EFFECT OF LIFE REVIEW ON SPIRITUAL WELL-BEING OF OLDER PERSONS WITH END STAGE CANCER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน โดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) กำหนดให้แต่ละคู่มี ลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องช่วงอายุ เพศ สถานภาพการสมรส ความรุนแรงของโรค ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตที่พัฒนาโดย Ando (2010) ตามแนวคิดการทบทวนชีวิตของ Butler (1963) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Geriatric Spiritual Well Being Scale: GSWS-Thai) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .875 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .854 นำเสนอข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณภายหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา 2562 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6077170436 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORD: END STAGE CANCER, LIFE REVIEW, PALLIATIVE CARE, SPIRITUAL WELL BEING

Atchara Wongkanit : THE EFFECT OF LIFE REVIEW ON SPIRITUAL WELL-BEING OF OLDER PERSONS WITH END STAGE CANCER. Advisor: Assoc. Prof. Capt. Siriphan Sasat, Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. Capt. Wasinee Wisesrith, Ph.D.

This quasi-experimental study with pretest-posttest control group design aimed to examine the effects of life review program on spiritual well-being of older person with end stage cancer. The sample was purposive sampling on 40 older persons with end stage cancer. They were matched pair with age, gender, marital status, severity of disease, and spiritual well-being level. Twenty of them were assigned into control group and received conventional care, and 20 were in the experimental group and received the life review intervention developed by Ando (2010) based on the Butler's concept Life Review (1963). Data were collected using the personal data record form, the Mini-mental State Examination-Thai version (MMSE-Thai 2002), and the Spiritual Needs questionnaire. The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS-Thai). The GSWS-Thai had a content validity of .875 and a reliability of .854. Data were analyzed using descriptive and T-test statistics.

The major findings were as follows:

1. The Spiritual Well Being in the experimental group after receiving the life review program, had statistically significantly higher spiritual well-being than before receiving the intervention ($p < .001$).

2. The Spiritual Well Being in experimental group also had statistically significantly higher spiritual well-being than the control group. ($p < .001$).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Field of Study: Nursing Science
Academic Year: 2019

Student's Signature .....
Advisor's Signature .....
Co-advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจาก รศ. ร.อ. หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาให้ความรู้และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในกระบวนการทำวิทยานิพนธ์ผู้วิจัยซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอนี้ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ช่วยศาสตราจาร ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ผู้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่านที่มิอาจกล่าวนามได้หมด ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ นพ.ลัญฉน์ศักดิ์ อรรฆยากร ที่เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสพัฒนาตนเองด้านทักษะให้คำปรึกษา การดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย โดยเข้ารับการศึกษาดูงานการให้คำปรึกษา ณ ศูนย์ชีวาภิบาล อย่างใกล้ชิด

ขอกราบขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา เพื่อน พี่ น้อง พยาบาลวิชาชีพ ตึกว่องวานิชทุกท่าน พว.ศิริพร พันธ์พริ้ม หัวหน้าหอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 7 พว.เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านทรัพยากรบุคคล ที่ให้การสนับสนุนเป็นพื้นที่ของการศึกษา และอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนตลอดมา แนะนำผู้ป่วยให้เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่ได้เสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย จนทำให้ผู้วิจัยสำเร็จลุล่วงในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอบกราบขอบพระคุณมารดา บิดา ครอบครัววงศ์คณิตย์ ครอบครัวหุ่นทรง และพว.พรภินันท์ ศรีอารยารัตน์ ผู้ช่วยวิจัยที่เสมือนบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รัก ที่ได้อบรมสั่งสอนเลี้ยงดูผู้วิจัยให้เป็นคนดี สนับสนุน ให้กำลังใจ เข้าใจ และให้ความช่วยเหลือทั้งเรื่องทุน เครื่องมือ อุปกรณ์ในการศึกษา ตลอดจนเป็นแรงผักดันให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในทุกวันนี้ ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

อัจฉรา วงศ์คณิตย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

กิตติกรรมประกาศ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 6

วัตถุประสงค์การวิจัย 6

แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัยและกรอบแนวคิด 6

สมมติฐานการวิจัย 9

ขอบเขตของการวิจัย 9

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 11

บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 12

1. โรคมะเร็งระยะสุดท้าย 13

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ 23

3. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง 35

4. แนวคิดการทบทวนชีวิต 40

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 44

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6. โปรแกรมการทบทวนชีวิต 46
7. กรอบแนวคิด 51
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 54
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 55
ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 56
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 65
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง 74
การวิเคราะห์ข้อมูล 82
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 88
สรุปผลการวิจัย 88
อภิปรายผลการวิจัย 88
ข้อเสนอแนะ 94
บรรณานุกรม 96
ภาคผนวก 113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย 114
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยและจดหมายขอใช้เครื่องมือ 116
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและเอกสารแสดงความยินยอมเข้ารวมโครงการสำหรับอาสาสมัคร 126
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 146
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองการพัฒนาตนเองของผู้วิจัย 162

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ฉ การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย..... 164
ภาคผนวก ช ตารางแสดงคะแนนความเข้มแข็งภายในตนเองของเครื่องมือกำกับการทดลอง และคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต..... 166
ประวัติผู้เขียน..... 168

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในการพยาบาลตามปกติและการพยาบาลด้วยการทบทวนชีวิตในโปรแกรม 49

ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในเรื่องช่วงอายุ เพศ สถานภาพการสมรส 20 คู่ และแจกแจงคะแนน PPS MMSE-T Spiritual care need ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 58

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ค่ารักษาพยาบาล ผู้ดูแลหลัก การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ครั้งแรก โรคประจำตัว คะแนน MMSE-T คะแนน PPS การรักษาที่เคยได้รับ และการรักษาในปัจจุบัน.....59

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนก ข้อมูลด้านจิตวิญญาณ ด้านความต้องการ/ เป้าหมายในชีวิตในการดูแลสุขภาพ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และบุคคลสำคัญที่เป็นกำลังใจ.....64

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต.....84

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต จำนวน 20 คน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 คน.....85

ตารางที่ 7 ตารางแสดงคะแนนความเข้มแข็งภายในของเครื่องมือกำกับการทดลอง และคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต รายละเอียดดังนี้ 167

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงการเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในการทบทวนชีวิต.....49

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย 53

ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 83

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางระบบสุขภาพทั่วโลก จากรายงานของ International Agency for research on Cancer ปี ค.ศ. 2012 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็ง 32.6 ล้านคน Healthcare และ World Cancer Report (2014) คาดการณ์ว่าประชากรสูงวัยมีโอกาสป่วยเป็นมะเร็งมากขึ้น อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560; Cancer Research UK, 2016) โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป (Greenlee, et al., 2000) ในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ 130,000 คนต่อปี สัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนร้อยละ 39.36 ของผู้ป่วยรายใหม่ เป็นสาเหตุการตายสูงอันดับ 1 มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 98.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 104.8 ในปี 2556 และพบมากขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 107.9, 113.7 และ 119.3 ต่อประชากรแสนคนในปี 2557, 2558 และ 2559 ตามลำดับ

มะเร็งที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จะมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) เมื่อโรคดำเนินมาถึงระยะลุกลาม คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่หมดหวังรักษาให้หายขาด ไม่ว่าจะด้วยวิธีใด ๆ ส่งผลกระทบต่อชีวิตในทุกด้านของผู้สูงอายุ ด้วยความเสื่อมถอยของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ตามวัย สภาพร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์, 2551) ร่วมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (Cancer Research UK, 2016) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อตัวผู้ป่วย จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาซับซ้อนในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จนส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตวิญญาณตามมา ส่งผลคุกคามต่อคุณภาพชีวิต เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีปฏิกิริยาตอบสนองมากกว่าโรคเรื้อรังอื่น ๆ (ธันย์ โสภาคย์, 2545) เนื่องจาก รับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย รู้สึกเข้าใกล้ความตาย นึกถึงแต่ความตายและความสูญเสีย (Taylor, 2006) วิตกกังวลกับเป้าหมายในชีวิตที่ต้องเปลี่ยนไป (O'Brien, 2008) มีความไม่แน่นอนของการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทุกข์ นำมาสู่ผลกระทบต่อครอบครัว ด้วยข้อจำกัดในการทำหัตถการต่าง ๆ การใช้ระยะเวลารักษาที่ยาวนานขึ้น เข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เกิดภาวะทุพพลภาพ จนทำให้รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้นที่ไม่ใช่เพื่อการรักษาเพียงอย่างเดียว (สันห์ หัตถีรัตน์, 2552) จึงส่งผลต่อการสูญเสียโอกาสของผู้ที่มีโอกาสหายจากโรคมากกว่า ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมทุกมิติ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร, 2553)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า นอกจากผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จะถูกรบกวนจากอาการต่าง ๆ ด้านร่างกายแล้ว (Jocham, Dassen, Widdershoven, et al, 2006) ยังส่งผลต่อด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณตามมา ได้แก่ ความรู้สึกสับสน ซึมเศร้าวิตกกังวล (Higginson and Costantini, 2008) กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวการเจ็บปวด (Carroll-Johnson et al., 2006) กลัวสิ่งที่ตนเองไม่รู้ กลัวความตายที่จะมาถึง ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ที่ยิ่งใหญ่ (ณฤดี กิจทวี, 2552) ทั้งนี้การรับรู้ความตายที่จะมาถึง ความกลัวตายเป็นสิ่งที่จะมีอยู่ตลอดในวิถีความเจ็บป่วย ซึ่งความทุกข์ทรมานนี้นำมาสู่ภาวะบีบคั้น หรือหมองหม่นทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) การรับรู้ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเปราะบางด้านจิตใจ มีสภาวะจิตใจที่สิ้นหวัง ท้อแท้ เป็นสาเหตุทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตกต่ำ ทำให้จิตใจขาดความสงบสุข ขาดความเข้มแข็งภายใน (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) ดังนั้น เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being) จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสงบ มีความเข้มแข็งภายใน (ประเวศ วะสี, 2544) ช่วยลดความทุกข์ทรมาณจากการรักษา สามารถมีความสุขอย่างแท้จริงในสภาวะที่เจ็บป่วย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของสูงอายุ คือ การรับรู้ว่าชีวิตตนเองมีความหมาย พึงพอใจในชีวิต สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและวางแบบแผนชีวิตได้ เนื่องจากผ่านการดำเนินชีวิตมาสู่วัยบั้นปลาย (ชินัณ บุญเรืองรัตน์, 2551) เป็นความรู้สึกของบุคคล ว่าสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ มีเป้าหมายประสบความสำเร็จ เป็นสิ่งที่สื่อให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของบุคคล (Paloutzian & Ellison, 1982) เป็นความรู้สึกที่มีความเกี่ยวพันกันระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น กับธรรมชาติ และความเชื่อ อยู่ในทุกช่วงเวลาและทุกสถานที่ มีความเป็นพลวัต นำไปสู่เป้าหมายและความหมายของชีวิต (Hungelmann, Kenkel-rossi, Klassen and Stollenwerk, 1996) มีความเป็นองค์รวมของบุคคลอยู่ภายใน ประกอบด้วย ความศรัทธาในศาสนา ความเข้าใจในศักยภาพตนเอง มองตนเองด้วยความไว้วางใจ รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์และยอมรับกับบุคคลอื่น (O'Brien, 2008) หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะมองตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับและมีความเข้าใจในศักยภาพตนเองในขีดจำกัดที่ลดลงตามประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาได้ (O'Brien, 2008) สามารถกำหนดแนวทางดำเนินชีวิตที่เหลือ พิจารณา ยอมรับปัญหาในภาวะวิกฤติขณะเจ็บป่วยได้ตามจริง (จินต์จุฑา รอดพาล, 2550; ธิติพร สุวรรณอำภา, 2557) มองชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณค่ามีความหมาย นำไปสู่การวางแผนชีวิตในระยะท้ายอย่างมีสติ (Fang et al., 2012; Taylor, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ได้แก่ บุบผา ชอบใช้ (2536) ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ประกอบด้วย สิ่งที่ให้ความหมาย สิ่งที่ให้ความหวังและกำลังใจ โดยจุดมุ่งหมายของชีวิต คือ ความหวังในการหายจากโรคและมีสุขภาพดี ได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ กันทะมูล (2546) ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด พบว่า ผู้สูงอายุที่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนาพุทธที่ตนเองนับถือ การทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองได้รู้สึกผ่อนคลาย และการประกอบพิธีกรรมทางความเชื่อ ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในขณะที่เจ็บป่วย จากรายงานการศึกษาของ ปัณณธร รัตนิล (2554) พบว่า การดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเช่นเดียวกับ พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโรและคณะ (2560) พบว่า การสนับสนุนการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนา มีส่วนช่วยให้ ผู้สูงอายุได้ค้นหาความหมายของจิตวิญญาณ ทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นในทุกด้าน สอดคล้องกับ แสงเดือน พรมแก้วงาม (2560) รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง คือ ผู้สูงอายุที่มีความสุขสงบ มีความหวัง มีสิ่งยึดเหนี่ยว มีความเข้าใจตนเอง และเข้าใจธรรมชาติ สำหรับรายงานในต่างประเทศ พบว่า O'Brien (2006) ผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้เข้าสู่ระยะสุดท้าย มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในเรื่องความไว้วางใจ การให้อภัย การระลึกถึงความหลัง ความทรงจำ ทำให้เกิดความสุขทางใจ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระยะท้าย จากรายงานการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นของ Ando, et al. (2006) การทบทวนชีวิตโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาต่อเนื่องของ Ando, et al. (2008) การนำทบทวนชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจะช่วยพัฒนาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ando, et al. (2010) ที่ยืนยันว่าการทบทวนชีวิตจะช่วยพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนของ Xiao, Pang and Mok (2011) ใช้การทบทวนชีวิตในการดูแลด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นเช่นกัน จะเห็นได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณที่กล่าวมาส่วนมาก มีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อในศาสนา การแสวงหาสิ่งยึดเหี่ยวทางจิตใจ การส่งเสริมความเข้มแข็งภายในจะส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

จากที่กล่ามมาการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยการส่งเสริมผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีความผาสุกเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัว (O'Brien, 2017) ช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วยและคุกคามชีวิตได้อย่างเหมาะสม (แสงเดือน พรมแก้วงาม, 2560) คงไว้ซึ่งความหวัง กำลังใจ ก้าวผ่านความลำบากยุ่งยากของชีวิต มีความเข้มแข็ง สามารถดำเนินชีวิตที่

เหลือได้ การดูแลด้านจิตวิญาณ ช่วยเหลือในการส่งเสริมความผาสุกด้านจิตวิญาณตามความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นมิติที่มีความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล (อุบล จ๋วงพานิช, 2557)

ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำเป็นต้องได้รับดูแลแบบประคับประคองที่ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เนื่องจากการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งให้การพยาบาลแบบประคับประคองโดยปกติในปัจจุบัน มุ่งเน้นดูแลตามแผนการรักษา โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับความสุขสบาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน และผลข้างเคียงของการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การดูแลแบบประคับประคองยังคงมุ่งเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก เน้นจัดการอาการปวดและบรรเทา อาการรบกวนต่าง ๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ตลอดจนการศึกษาด้านจิตวิญญาณและสภาการณ์ที่ผ่านมา พบว่า การพยาบาลปกติในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณ เนื่องจาก มีลักษณะเป็นนามธรรม เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพบางส่วนมองข้ามความสำคัญและละเลยการดูแลในมิตินี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) รวมไปถึงความสับสนในการพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณที่เป็นรูปธรรม (Seller & Haag, 1998) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณค่อนข้างน้อยหรืออาจไม่ได้รับเลย นอกจากนี้การขาดการศึกษาด้านนี้ทำให้ไม่มีรูปแบบการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ชัดเจน (Balboni et al, 2007)

สำหรับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยนั้น พบว่า รูปแบบการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ชัดเจนส่วนมากจะเป็นการดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อความศรัทธาในพุทธศาสนาเป็นหลัก ยังไม่พบการดูแลที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งภายใน เช่น การทบทวนชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนมากจะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมเท่านั้น ดังที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความจำเป็น ในการพัฒนานวัตกรรมที่สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประคับประคองในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จึงต้องการค้นคว้านวัตกรรม ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลด้วยแนวคิดการทบทวนชีวิต (Life review) เป็นการทบทวนประสบการณ์ เรื่องราว ความทรงจำต่าง ๆ ในอดีตถึงปัจจุบัน สะท้อนความรู้สึกและมุมมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงภายใน รู้สึกมีคุณค่า เสริมสร้างความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (Haight and Burnside, 1993) ให้ได้เข้าใจ ยอมรับและเผชิญกับความตายได้อย่างสงบสุข นำไปสู่การตายดีในที่สุด (Ando, et al., 2010; Butler, 1963) เพื่อพัฒนาและส่งเสริมความผาสุกทางจิติวิญญาณให้ผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณแบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพการ

สมรส เพศ การศึกษา ศาสนา (ฉวีวรรณ ไพรวัลย์, 2540; ชินัณ บุญเรืองรัตน์, 2551; บุบผา ชอบใช้, 2536; วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552; ศรีรัตน์ กินาวงศ์และปุญญณิน เขื่อนเพ็ชร์, 2559; Kaczorowski, 1989) ปัจจัยหลักที่ 2 ด้านสถานการณ์แวดล้อม ประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ระยะของโรค ความเข้มแข็งภายใน แรงสนับสนุนทางสังคม (ชินัณ บุญเรือง, 2551; ธนิญา น้อยเปียง, 2545; วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552; สุชิรา เกตุคง, 2552; Pearce et al., 2012) กล่าวโดยสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อม สามารถจัดกระทำทางการพยาบาล และเป็นบทบาทอิสระในขอบเขตของวิชาชีพ เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การเพิ่มความเข็มแข็งภายในของบุคคล ในช่วงที่โรคดำเนินมาสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการ มีความต้องการการพยาบาลประคับประคองอย่างมาก ประเมินจาก Palliative Performance Scale (PPS) ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ส่วนมากจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ทั้งนี้การเพิ่มความเข็มแข็งภายในของบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่พยาบาลสามารถให้การดูแลส่งเสริมเพื่อเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ โดยนำปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส การศึกษา เพศ ปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อมด้านการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นปัจจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนในการศึกษาครั้งนี้

สำหรับในหอผู้ป่วยว่องวานิช หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นหอผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยโดยโรคมะเร็งทุกชนิดทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี เคมีบำบัดและการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ จากสถิติของโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่เข้ารับการรักษา ทั้งหมด 2,895 ราย เป็นผู้สูงอายุ 1,194 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.24 แบ่งเป็น เพศหญิง 594 ราย (ร้อยละ 49.75) เพศชาย 600 ราย (ร้อยละ 50.25) จากสถิติดังกล่าว พบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ที่เข้ามารับการรักษาตามอาการมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุที่รับไว้ในหอผู้ป่วย เป็นผู้ที่ไม่สามารถจัดการกับอาการได้เมื่ออยู่บ้าน คือ ผู้ที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินจากความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ Palliative Performance Scale (PPS) ที่ร้อยละ 40-60 มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ลดลง แต่ยังคงมีความรู้สึกตัวดี ส่วนมากนำมาด้วยกลุ่มอาการปวด และเป็นผู้ที่มีภาวะพึงพิง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแล้ว การได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ทางร่างกาย จะนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความกลัว วิตกกังวล ไม่กล้าเผชิญกับความตาย ทำให้การดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่อย่างไม่มีเป้าหมาย (Lugton & McIntyre, 2006; Weil, 2017) นำไปสู่การเกิดความหม่นหมองทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress)

สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางด้านจิตใจ มีสภาวะจิตใจที่สิ้นหวัง ท้อแท้ เป็นสาเหตุทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตกต่ำ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้านร่างกายอย่างดีแล้ว การดูแลด้านจิตวิญญาณก็มีความสำคัญเช่นกัน หากผู้ป่วยได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณที่ดีจะส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ (Spiritual well-being)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการทบทวนชีวิต มาจัดทำโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นการดูแลอย่างครอบคลุมองค์รวมทุกมิติ เพื่อเสริมสร้างความเข็มแข็งภายใน อันนำไปสู่การเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มุ่งเน้นทบทวนชีวิตในสิ่งที่เป็นความภาคภูมิใจ มีคุณค่า และมีประโยชน์ มาจัดกระทำทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

คำถามการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต

2. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัยและกรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำเป็นต้องการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างครอบองค์รวม คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ยึดหลักการบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานในทุกด้าน การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกคน ให้มีการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณล่วงหน้าก่อนสิ้นลมหายใจสุดท้าย ก่อนที่ระดับการรู้สึกตัวจะลดลง หรือจัดอยู่ในกลุ่ม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย (Palliative Performance Scale; PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิต มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกตัวดี (PPS มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ขึ้นไป) ไม่มีอาการสับสน จึงจะสามารถส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ในขณะรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล

การทบทวนชีวิต (Life review) เป็นวิธีการหนึ่ง ที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งภายในตนเองเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้สามารถช่วยพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งแนวคิดการทบทวนชีวิต ของ Ando (2010) ได้ประยุกต์การทบทวนชีวิตของ Butler (1963) มาจัดทำเป็นแนวทางสร้างโปรแกรมการทบทวนชีวิต เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง โดย Butler (1963) กล่าวว่า การทบทวนชีวิต เป็นกระบวนการคิดและไตร่ตรองถึงเรื่องราวชีวิตในอดีต นำเอาความรู้สึกและการสะท้อนคิด จนเกิดมุมมองใหม่เป็นการบำบัด (Therapeutic) ผู้ที่มีความรู้สึกขัดแย้งในตนเองให้เกิดการยอมรับ และเข้าใจความหมายชีวิต โดย Butler กล่าวว่า ธรรมชาติของบุคคลจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้โดยผ่านการย้อนกลับไปสู่ความรู้สึกในจิตสำนึกประสบการณ์ในอดีต ปรับเปลี่ยนวิธีการคิดมาเป็นแนวทางชีวิตในปัจจุบันตามลักษณะของแต่ละบุคคล (Butler, 1973) โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะชอบคิดและพูดถึงอดีตอยู่เสมอ ๆ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุด้วยการทบทวนชีวิตคิดถึงความทรงจำในอดีต จึงเป็นการย้อนคิดระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Ando, 2010) โดยการไตร่ตรองทบทวนสิ่งที่เป็นความภาคภูมิใจ มีคุณค่าผ่านการรับรู้และสะท้อนความรู้สึก เสริมสร้างความแข็งแรงภายใน ก่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับ มีความพึงพอใจ สุขสงบ สามารถเผชิญความตายที่จะมาถึงโดยปราศจากความกลัววิตกกังวล เกิดแรงจูงใจในการเตรียมพร้อมเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Butler, 2007) โดยมีสื่อกลาง ได้แก่ การทำอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต จากวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การนำการทบทวนชีวิตมาใช้ในการบำบัดจะก่อให้เกิดผลเชิงบวกเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยไม่ก่อให้เกิดอันตราย David (2006) กล่าวได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความเข้าใจในกระบวนการตายอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ เข้าใจและยอมรับ วิถีของการเจ็บป่วยจนถึงการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ในระยะท้ายของโรคได้อย่างเหมาะสมโดยไม่มีการเร่งหรือยื้อความตามที่จะมาถึง มีการวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพที่ดีตราบจนวาระสุดท้าย ตอบสนองความต้องการของตนเองและครอบครัว โดยผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับ แสดงให้เห็นถึงการเป็นผู้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงบูรณาการนำโปรแกรมที่พัฒนาโดย Ando (2010) ตามแนวคิดการทบทวนชีวิต (Life review) Butler (1963) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มาเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อคงไว้ซึ่งความหวังช่วยให้ผ่านพ้นวิกฤตชีวิตใน

ช่วงเวลาที่เหลืออยู่ได้อย่างสงบสุข สามารถเผชิญปัญหาและมีพลังในการต่อสู้กับโรคได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552: อุบล จ๋วงพานิช, 2557) โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน ทั้งหมด 4 ครั้ง ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Relationships) ประเมินและรวบรวมปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม วางแผนการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัวและทีมการดูแล

กิจกรรมที่ 2 ทบทวนชีวิตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ(Life review 8 Question) (วันที่ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วยไม่เกิน 7 วันหลังจากที่พบครั้งแรก) ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทบทวนเรื่องราวในอดีตผ่านการสัมภาษณ์ ระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข เพื่อค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ จากการศึกษาประสิทธิผลของการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในประเทศญี่ปุ่นของ Ando et al. (2010) พบว่า การทบทวนชีวิตผ่านการสัมภาษณ์ร่วมกับการทำอัลบั้มภาพ ทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมการทบทวนชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายในประเทศจีนของ Xiao, Pang and Mok (2011) พบว่ามีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนชีวิตด้วยสิ่งกระตุ้นโดยใช้อัลบั้มภาพ (Life story album) (พบครั้งที่ 3 ภายหลังพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 7 วัน) สร้างอัลบั้มจากการทบทวนชีวิต ด้วยการวิเคราะห์จากคำตอบการทบทวนชีวิตผ่านแนวคำถาม 8 ข้อ โดยทำอัลบั้มภาพร่วมกับผู้ป่วย จากกิจกรรมที่ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความคิดเห็นที่ต้องการ เพื่อเชื่อมโยงการย้อนคิดระลึก (recall) ความทรงจำในอดีต (memories) ผ่านการมองย้อนคิดกลับไปในอดีตไตร่ตรองและทบทวนสะท้อนความรู้สึกของตนเอง (self-reflection) พิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นทำ ให้เกิดมุมมองใหม่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับชีวิต และเห็นมุมมองที่เคยมองข้ามจากสิ่งที่ผู้สูงอายุได้ทบทวนชีวิตร่วมทั้งสนับสนุนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสานงานการดำเนินงานของทีมการดูแลประคับประคองของหอผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 4 สรุปการทบทวนชีวิต (Conclusion) (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 7 วัน) นำเสนออัลบั้มภาพเรื่องราวที่ผู้สูงอายุได้เล่าให้ฟังในการพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ที่ผ่านมา สรุปผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมสิ่งที่ได้จากการทบทวนชีวิตส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการดูแลแบบประคับประคองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบข้อสงสัย พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยในการได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับ ส่งเสริมการดำเนินชีวิตในช่วงที่เจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

กล่าวโดยสรุปโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วยกิจกรรมที่ผสมผสานแนวคิดการทบทวนชีวิตในการพยาบาลแบบประคับประคองที่ส่งเสริมการดูด้านจิตวิญญาณ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เพิ่มปัจจัยความแข็งแรงภายในของบุคคล ให้รู้สึกมีคุณค่า มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ การยอมรับและเผชิญกับความตายได้อย่างสงบสุข จนนำไปสู่การตายดีในสุด

จากแนวคิดทฤษฎีและหลักฐานการศึกษาดังกล่าวของการทบทวนชีวิต ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตสูงกว่าก่อนทดลอง

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง รู้สึกตัวดีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ในระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้ายของโรค ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีระดับคะแนน PPS (Palliative Performance Scale) ร้อยละ 40–60 ได้รับการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ 16-69 คะแนนอยู่ในระดับต่ำจนถึงระดับปานกลาง ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) กำหนดให้แต่ละคู่มี ลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องช่วงอายุมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน สถานภาพการสมรสและความรุนแรงของโรคระดับเดียวกัน มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับเดียวกัน เปรียบเทียบกันทีละคู่ กลุ่มตัวอย่างละ 20 คน (Burns & Grove, 2009) กลุ่มตัวอย่างนี้ได้จากการแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต

ตัวแปรตาม คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง รู้สึกตัวดีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ในระยะที่ 4 หรือหรือระยะสุดท้ายของโรค เป็นระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และ/หรือระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยมีหลักฐานทางการแพทย์ เช่น ผลทางพยาธิวิทยาหรือผลทางรังสีวินิจฉัยมี และมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ PPS (Palliative Performance Scale) ที่ร้อยละ 40-60

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ความรู้สึกรับรู้ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แสดงออกถึงสภาวะของจิตใจที่สุข สงบ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความเข้มแข็ง มีเป้าหมายในชีวิต ยอมรับความจริงและมีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติแม้ว่าอยู่ในสภาพที่เจ็บป่วย ตามสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อและความศรัทธาในชีวิตของตนเอง

โปรแกรมการทบทวนชีวิต หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการตามโปรแกรมที่พัฒนาโดย Ando (2010) ตามแนวคิดการทบทวนชีวิตของ Butler (1963) มาใช้ในดูแลด้านจิตวิญญาณในการพยาบาลแบบประคับประคอง ในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ โดยมีกิจกรรม 4 กิจกรรม 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ทบทวนชีวิตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ 3) ทบทวนชีวิตด้วยสิ่งกระตุ้นโดยใช้อัลบั้มภาพ 4) สรุปการทบทวนชีวิต

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Relationships) ประเมินและรวบรวมปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ แจ้งวัตถุประสงค์และอธิบายกิจกรรมการทบทวนชีวิต พร้อมกับรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความต้องการด้านวิญญาณ วางแผนการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุครอบครัวและทีมการดูแล

กิจกรรมที่ 2 ทบทวนชีวิตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ (Life review 8 Question) (วันที่ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วยไม่เกิน 7 วันหลังจากที่พบครั้งแรก) ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทบทวนเรื่องราวในอดีตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ร่วมกับการบันทึกคำตอบและทวนสอบความเข้าใจที่ตรงกัน ระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข เพื่อค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนชีวิตด้วยสิ่งกระตุ้นโดยใช้อัลบั้มภาพ (Life story Album) (พบครั้งที่ 3ภายหลังพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 7 วัน) สร้างอัลบั้มจากการทบทวนชีวิต ด้วยการวิเคราะห์จากคำตอบการทบทวนชีวิตผ่านแนวคำถาม 8 ข้อ โดยทำอัลบั้มภาพร่วมกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความคิดเห็นที่ต้องการ เพื่อเชื่อมโยงการย้อนคิดระลึก (recall) ความทรงจำในอดีต (memories) ผ่านการมองย้อนคิดกลับไปในอดีตไตร่ตรองและทบทวนสะท้อนความรู้สึกของตนเอง (self-reflection) พิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นทำ ให้เกิดมุมมองใหม่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับชีวิต และเห็นมุมมองที่เคยมองข้ามจากสิ่งที่ผู้สูงอายุได้ทบทวนชีวิต

กิจกรรมที่ 4 สรุปการทบทวนชีวิต (Conclusion) (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 7 วัน) นำเสนออัลบั้มภาพ เรื่องราวที่ผู้สูงอายุได้เล่าให้ฟังในการพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ที่ผ่านมาสรุปผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมสิ่งที่ได้จากการทบทวนชีวิต หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการดูแลแบบประคับประคองที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการประเมินผลการศึกษาของ Ando et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นจากการทบทวนชีวิตจะสามารถวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีสติในขณะที่เจ็บป่วย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล ให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ประจำหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยการสร้างสัมพันธภาพ ซักประวัติ วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลตามแผนการรักษา โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับความสุขสบาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน และผลข้างเคียงของการรักษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการดูแลส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
2. นำผลการวิจัยไปพัฒนาบทบาทพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณผ่านการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ
3. นำผลการวิจัยไปพัฒนาคุณภาพการบริการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

บทที่ 2
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

1. โรคมะเร็งระยะสุดท้าย
   1.1 พยาธิสรีระวิทยาของมะเร็ง
   1.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
   1.3 ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย
   1.4 แนวทางการรักษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
   2.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
   2.2 องค์ประกอบของความผาสุกด้านจิตวิญญาณ
   2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
   2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
   2.4 การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณและเครื่องมือประเมิน
3. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง
   3.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง
   3.2 องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง
   3.3 หลักการดูแลแบบประคับประคอง
   3.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง
4. แนวคิดการทบทวนชีวิต
   4.1 ความหมายของการทบทวนชีวิต
   4.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการทบทวนชีวิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. โปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต
7. กรอบแนวคิด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 พยาธิสรีระวิทยาของมะเร็ง โรคมะเร็ง คือ กลุ่มของโรคที่เกิดจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่สารพันธุกรรม มีกลไกการเกิดและสาเหตุที่สลับซับซ้อน ส่งผลให้เซลล์ปกติมีการเจริญเติบโตแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์ที่รวดเร็ว และมากกว่าปกติ จนอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ กลายเป็นเซลล์มะเร็ง มีการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อ เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง หากกระบวนการเหล่านี้เกิดในอวัยวะใดก็จะเรียกชื่อ มะเร็งตามอวัยวะนั้นเช่น มะเร็งปอดมะเร็งสมอง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงการเจริญเติบโตจากเซลล์มะเร็งเพียงเซลล์เดียว กลายเป็นก้อนมะเร็งขึ้นมาและจะมีการลุกลามเฉพาะที่ สามารถบุกรุกทำลายเนื้อเยื่อใกล้เคียง ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้อวัยวะนั้น ๆ และเกิดการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นทั่วร่างกายได้ เช่น แพร่กระจายไปปอด ตับ กระดูกและสมอง เป็นต้น (กรรญดา อิสระกุลฤทธา, 2561; สุจินดา ริมศรีทองและคณะ, 2550)

โรคมะเร็งสามารถแบ่งเป็น 4 ระยะ หรือเรียกว่าเป็นระยะของโรค (stage of cancer) ได้แก่ ระยะที่ 0-IV โดยระยะที่ 0 คือ มะเร็งระยะต้น (carcinoma in situ) ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ ระยะ I ระยะ II ระยะ III คือ การบ่งบอกขนาดต่าง ๆ กันของก้อนจากเล็กไปใหญ่ จำนวนต่อมน้ำเหลืองและตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองที่แพร่ไป และสุดท้ายระยะ IV แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น การทราบระยะของโรคมะเร็งจะเป็นตัวบ่งบอกการลุกลาม ความรุนแรงของโรคมะเร็งและสามารถวางแผนการรักษาและพยากรณ์โรคได้ นอกจากนี้ ในทางการแพทย์ยังสามารถนำไปเทียบเคียงกับผลการวิจัยที่ทำกับคนไข้ในระยะเดียวกัน เพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ดียิ่งขึ้น (WHO, 2008) เซลล์มะเร็งที่แบ่งตัวเจริญเติบโตนอกเหนือการควบคุมจากร่างกาย สามารถเติบโตลุกลามเข้าไปในอวัยวะใกล้เคียง โดยเข้ากระแสเลือด ต่อมน้ำเหลืองได้ เรียกว่า การลุกลามแพร่กระจาย (Metastasis) ไปอวัยวะอื่น การแบ่งระยะของโรคอาศัยการตรวจร่างกาย การเอกซเรย์ต่าง ๆ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ผลชิ้นเนื้อ ลักษณะของก้อน เป็นตัวกำหนด

1.1.1 การแบ่งความรุนแรงของโรคตามลักษณะทางคลินิกหรือระยะของโรคมะเร็ง (Cancer stage) พิจารณาจากองค์ประกอบ 3 ส่วน เพื่อแบ่งความรุนแรงหรือแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายอย่าง ได้แก่ ขนาดก้อน ชนิดเซลล์มะเร็ง การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่น เรียกว่า Tumor Node Metastasis system (TNM) โดยแต่ละตัวอักษรมีความหมาย ดังนี้ T (Tumor) ขนาดก้อน N (Lymph nodes) ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไป M (Metastasis) เป็นกำหนดระยะของโรคแบบมาตรฐานสากลทั่วโลกกำหนดโดย The Union for International Cancer Control's (UICC) & The American Joint Committee on Cancer (AJCC) (WHO, 2008) ประกอบด้วย

1.1.1.1 ขนาดและขอบเขตก้อน (Primary Tumor) ใช้อักษร “T” เป็นสัญลักษณ์ ได้แก่ T_x คือ ไม่สามารถประเมินได้ T_0 คือ ตรวจไม่พบก้อน Tis คือ ตรวจไม่พบการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรก (carcinoma insitu) $T_{1, 2, 3, 4}$ คือ ขนาดที่ต่างกันของก้อนจากเล็กไปใหญ่

1.1.1.2 การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (Regional Lymph nodes) ใช้อักษร “N” เป็นสัญลักษณ์ แทนการสื่อความหมาย ได้แก่ N_x ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงหรือไม่ N_0 ตรวจไม่พบการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง $N_{1, 2, 3}$ การแพร่กระจายของมะเร็งเข้าไปในต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง (จำนวนต่อมและตำแหน่งต่อมที่แพร่ไป)

1.1.1.3 การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Distant Metastasis) โดยใช้สัญลักษณ์ “M” แทนการสื่อความหมาย ได้แก่ M_x ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น M_0 ตรวจไม่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น M_1 ตรวจพบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

1.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

กลไกการของการเกิดมะเร็งเป็นกระบวนการที่มีหลายขั้นตอนโดยมีตัวกระตุ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือทำลายยีนปกติจนทำให้เกิดการกลายพันธุ์ใช้เวลาหลายปี วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยความเสื่อมถอยของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น อายุจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งส่วนใหญ่ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Cancer Research UK, 2016) จากการที่ศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งต่อมลูกหมากจะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก ไม่สะอาด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Kudo, 2009) การรับประทานเนื้อแดงเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Chao, Connell, McCullough, Jacobs, et al, 2005) การรับประทานวิตามินเสริมจำพวกแคลเซียมมากกว่าวันละ 2000 มิลลิกรัม จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Rodriguez, McCullough, Mondul, et al, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มสุราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งในช่องปาก (วิชัย ฉัตรธนวารี, 2552: Thun, Peto, Lopez, et al, 1997) สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก มะเร็งไต มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งตับ มะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งตับอ่อน มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Calle, Rodrigues, Walker-Thurmond, et al, 2003) พฤติกรรมการสูบบุหรี่เสียงต่อการเกิดมะเร็งปอด (วิชัย ฉัตรธนวารี, 2552: Thun, Day-Lally, Calle, et al, 1995)

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบีหรือซีเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเซลล์ตับ (Kudo, 2009) การติดเชื้อ Human Papilloma (HPV) เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (Zur Hausen, 2009) การได้รับแสงแดดเป็นเวลานาน และรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งผิวหนัง (Whiteman and Green, 2001) ดังนั้น การลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในผู้สูงอายุได้ สำหรับโรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1.2.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Cancer)

เป็นโรคที่พบได้บ่อยในคนไทย อุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เกิดจากการรับประทานเนื้อสัตว์มากเกินไป มีติ่งเนื้องอกชนิดธรรมดาที่ผนังลำไส้จะกลายเป็นมะเร็งของลำไส้ได้ หรือมีประวัติของมะเร็งลำไส้ในครอบครัว มีแนวโน้มเป็นโรคนี้สูงกว่าคนปกติถึง 3 เท่า (วิรุณ บุญนุช, 2557) โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอุบัติการณ์การเกิดสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา (Deerassamee, Martin and Sontipong, et al 1999) พบในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ในเพศชายมากกว่าหญิง ประมาณ 1.4 เท่า มีการลุกลามไปยังผนังช่องท้องได้ ลำไส้ทะลุจนอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้องได้ มีโอกาสการลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงและไปสู่อวัยวะอื่นได้ ทั้งระบบน้ำเหลือง ระบบไหลเวียนเลือด ต่อมน้ำเหลือง ตับ ปอด เยื่อบุช่องท้อง กระดูกและสมอง เป็นต้น (วิชัย ฉัตรธนวารี, 2552)

1.2.2 มะเร็งตับ (Liver cancer) หรือโรคมะเร็งของเซลล์ตับ

เป็นโรคมะเร็งที่มีต้นกำเนิดมาจากเซลล์ตับ พบได้ไม่บ่อย แต่เป็นชนิดที่อันตรายถึงชีวิต มักพบในผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ปฐมภูมิ (Primary liver cancer) เกิดจากเนื้อเยื่อของตับเอง 2) ทุติยภูมิ (Secondary liver cancer) เกิดจากการแพร่กระจายมาจากมะเร็งชนิดอื่น ๆ เช่น มะเร็งจากปอดที่แพร่กระจายมาสู่ตับ เรียกว่า มะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย (Edge, 2010) พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งตับทั้งหมดเป็นชนิดทุติยภูมิ เนื่องจากตับมีหน้าที่คัดกรองสารพิษต่าง ๆ ที่เข้ามาในกระแสเลือด เซลล์มะเร็งก็จะเข้าไปสะสมอยู่ที่ตับเช่นกัน จึงเป็นสาเหตุก่อให้เกิดมะเร็งตับชนิดทุติยภูมิ (Deerassamee, Martin and Sontipong, et al 1999)

1.2.3 มะเร็งท่อน้ำดีตับ (Cholangiocarcinoma: CCA)

พบได้สูงในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในประเทศไทยพบร้อยละ 80-90 ของมะเร็งตับทั้งหมด เป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ณรงค์ ขันตีแก้ว, 2548). เชื่อว่าเกิดจากการรับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบๆ ทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (Deerassamee, Martin and Sontipong, et al., 1999) พบมากในผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไป ในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง (Blechacz and Gores. 2008; Kudo, 2009) เกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังของท่อ

ทางเดินน้ำดีทั้งภายในและนอกตับเกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัย มีการย่อยและการดูดซึมลดลง ตับทำงานลดลง ผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะลดลง ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลง ท้องผูกได้ง่าย การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อม การดูดซึมอาหารลดลง เกิดภาวะขาดสารอาหาร ในขณะที่ขนาดของตับเล็กลง ประสิทธิภาพการทำลายพิษจึงลดลง ปริมาณน้ำดีรวมลดลง แต่ระดับคลอเลสเตอรอลและความหนืดของน้ำดีมากขึ้นทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง ผลิตเอนไซม์ลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ทำให้ผู้สูงวัยมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อทางเดินน้ำดีได้มากกว่าในวัยอื่น ๆ (ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2560) เป็นโรคที่ไม่มีการแสดงอาการชัดเจน ส่วนใหญ่จะตรวจพบในระยะที่มีการพัฒนาของมะเร็งเต็มขั้นแล้ว

1.2.4 มะเร็งปอด (Lung cancer)

เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดทั่วโลก ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยมะเร็งปอด 1.7 ล้านคนทั่วโลก ในประเทศไทยมะเร็งปอดพบมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากมะเร็งอันดับหนึ่ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) สาเหตุที่สำคัญของการเกิดมะเร็งปอดอันดับหนึ่ง คือ การสูบบุหรี่ หรือการได้รับควันบุหรี่จากผู้ใกล้ชิด อาการของมะเร็งปอด ผู้ที่ตรวจพบมะเร็งปอดในระยะเริ่มแรกมักจะไม่มีอาการ ส่วนใหญ่ตรวจพบโดยบังเอิญเมื่อมาตรวจสุขภาพประจำปี เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง เป็นสาเหตุการเสียอันดับ 1 ของมะเร็ง ทั้งหมด พบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 1.8 ล้านคนต่อปี มีโอกาสเสียชีวิต 1.56 ล้านราย ในประเทศไทยช่วง พ.ศ.2553-2555 พบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 2 ถึง 3 เท่า (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) อัตราผู้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ปรากฏอาการทางปอดมาก่อน กว่าจะค้นพบว่าเป็นมะเร็งปอด ก็เมื่อมีอาการจากมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น หากไม่ได้รับการรักษาอาจเสียชีวิตภายใน 6 เดือน

1.2.5 มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer)

เป็นโรคที่เกิดจากเซลล์ต่อมลูกหมากเจริญเติบโตที่ผิดปกติจนไม่สามารถทำงานได้ สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงได้ เช่น ต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานและบริเวณโดยรอบ ท่อเลือดแดงในช่องท้อง เข้ากระแสเลือดไปสู่อวัยวะต่าง ๆ พบบ่อยในผู้สูงอายุเพศชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสหรัฐอเมริกาพบได้สูงถึงร้อยละ 70-80 เมื่ออายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป โดยปี ค.ศ.2014 มีรายงานพบได้ 120 รายต่อประชากรชายสหรัฐอเมริกาแสนคน ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2555 พบผู้ป่วย 7.1 รายต่อประชากรชายไทยแสนคน (วิชัย ฉัตรธนวารี, 2552: Deerassamee, Martin and Sontipong, et al., 1999) โดยทั่วไปจะไม่มีอาการเฉพาะ มีลักษณะคล้ายกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เมื่อมะเร็งโตขึ้นมากอาจทำให้มีอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัด ลำไม่พุ่ง ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ปัสสาวะ เป็นต้น

1.3 ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย

โรคมะเร็งในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็วจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย การดูแลรักษาจึงจำเป็นต้องมีความสอดคล้องและเปลี่ยนไปตามบริบทของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายที่เกี่ยวกับเภสัชจลนศาสตร์ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ด้านจิตใจและสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบถึงกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ มะเร็งจะพัฒนาจนไปสู่ระยะรุนแรงในเวลาอันสั้น และก่อให้ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณตามมา ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีการลุกลามของโรค ส่งผลต่อความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการพร้อมกันหลายอาการ อาการและจำนวนของอาการเหล่านี้จะมีมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น การบรรเทาอาการจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุด (O'Connor and Aranda, 2003) ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอธิบายโดยสังเขปดังนี้

1.3.1 อาการปวด (Pain)

เป็นการแสดงให้รู้ว่าโรคที่เจ็บป่วยนั้นยังอยู่ ทั้งจากตัวโรค การรักษาและสาเหตุอื่น ๆ โดยเฉพาะความปวดเนื่องจากกระบวนการดำเนินของโรค ผลแทรกซ้อนจากการรักษาและความปวดที่มีสาเหตุทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดลดลง จึงสร้างความกลัว ความวิตกกังวล ซึมเศร้าได้ ความปวดเหล่านี้หากให้ยาบรรเทาอาการปวดถูกชนิดกับความปวดที่เกิดขึ้น ด้วยขนาดยาที่พอเหมาะและช่วงเวลาการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาที่ใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, 2547) สามารถทำให้บรรเทาหรือควบคุมอาการให้หายปวดได้ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2559: Max, 1986: World Health Organization, 2008)

1.3.2 หายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก (Dyspnea)

เป็นอาการที่พบบ่อยสุดในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและพบในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตประมาณร้อยละ 70 เป็นอาการที่ก่อให้เกิดความกังวลและทุกข์ทรมานใจทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้รักษาเป็นอันมาก (บุษยามาส ชีวสกุลยง, 2556)

1.3.3 คลื่นไส้อาเจียน (Nausea & vomiting)

เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณภายในลำคอปั่นป่วนในช่องท้องเนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น รู้สึกอยากจะอาเจียน อาหารและน้ำย่อยในกระเพาะและลำไส้เล็กตอนบนถูกขับออกมาอย่างรุนแรง จากแรงบีบตัวทันทีของกล้ามเนื้อกระบังลม กระเพาะลำไส้ ทรวงอกและหน้าท้อง สาเหตุที่พบได้บ่อย คือ อาการท้องผูก ภาวะลำไส้อุดตัน การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีการระคายเคืองหรืออักเสบของกระเพาะ การติดเชื้อราในทางเดินอาหาร ผลข้างเคียงจากยาและการรักษาบางอย่าง เช่น โอปิออยด์ ยาต้านเศร้า กลุ่มยาปฏิชีวนะ ยา

เคมีบำบัด ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สาเหตุอื่น ๆ เช่น กลิ่น ความวิตกกังวล เป็นต้น (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2559)

1.3.4 อาการอ่อนเพลีย

พบได้มากในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อาจมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านต่าง ๆ เช่น นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือด การเผาผลาญพลังงาน และชีวเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลง ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและการได้รับยาบางชนิด

1.3.5 อาการของระบบทางเดินอาหาร

อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง ช่องปากอักเสบ เยื่อบุช่องปากอักเสบ เจ็บในปาก กลืนลำบาก คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เบื่ออาหาร หรือการอุดกั้นในระบบทางเดินอาหารทำให้มีอาการลำไส้ตีบตัน จนในที่สุดเกิดอาการผอมแห้ง ดังนั้น การประเมินอาการอย่างถูกต้องเหมาะสมและจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแก้ไขหรือส่งเสริมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, 2548)

1.3.6 ภาวะลำไส้อุดตัน (Intestinal obstruction)

คือ ภาวะที่สิ่งต่าง ๆ ในลำไส้ ได้แก่ น้ำ อาหาร น้ำย่อยของเหลวต่าง ๆ ไม่สามารถเคลื่อนผ่านลำไส้ได้ตามปกติ ก่อให้เกิดอาการปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูกและท้องอืด การอุดตันอาจเกิดจากช่องทางเดินตีบแคบหรืออุดตันทั้งหมด อาจค่อยๆ เกิดขึ้นทีละน้อย หรือเกิดขึ้นทันทีทันใดขึ้นอยู่กับสาเหตุ แต่อาการที่เฉพาะจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการอุดตัน (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2559)

1.3.7 อาการท้องผูก (Constipation)

เป็นภาวะผิดปกติของการถ่ายอุจจาระ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญ คือ ปริมาณอุจจาระน้อยลงกว่าปกติ มีลักษณะแข็ง ถ่ายลำบาก (ต้องเบ่งมาก หรือรู้สึกไม่สบายเวลาถ่าย) จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระน้อยลงกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือบางครั้งจะมีความรู้สึกถ่ายไม่สุด เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต พบได้บ่อยถึงร้อยละ 90 มีสาเหตุทั้งจากโรค ภาวะทางจิตใจและยาที่ผู้ป่วยได้รับ

1.3.8 เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (Anorexia-cachexia syndrome) ผอมแห้ง (cachexia)

พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย เป็นภาวะผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย ทำให้น้ำหนักตัวและมวลกล้ามเนื้อลดลงอย่างต่อเนื่องร่วมกับสูญเสียไขมันในร่างกาย ภาวะนี้ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ โดยการให้สารอาหารทั่วไป แต่เป็นปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างโรคและการย่อยสลายตัวเองของร่างกาย เป็นสัญญาณธรรมชาติที่เตือนให้รู้ว่าเวลาชีวิตเหลือน้อยลง บ่งบอกถึงความบกพร่องในการทำงานของร่างกาย

1.3.9 อาการเหนื่อยล้า (Fatigue)

เป็นประสบการณ์ของบุคคลเกิดจากหลายสาเหตุ เป็นอาการที่มีความซับซ้อนเกี่ยวพันทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและพฤติกรรม เกิดจากการรับรู้ความรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย อ่อนล้า ตึงเครียด สูญเสียพลังต่อเนื่องไปจนถึงหมดเรี่ยวแรง เป็นการตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พบบ่อยในมะเร็งระยะท้ายถึงร้อยละ 90

1.3.10 อาการติดเชื้อ

เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากแผลก้อนมะเร็ง หรือการกดเบียดของก้อนมะเร็งที่อวัยวะสำคัญต่าง ๆ หรือจากภาวะภูมิต้านทานต่ำลงจากการรักษา เช่น การได้รับรังสีรักษา ยาเคมีบำบัดรวมทั้งการติดเชื้อที่มีอยู่เดิม อาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อร่างกายทรุดโทรมลง

จากที่กล่าวมาแล้วนั้นสามารถสรุปโดยสังเขปได้ว่า ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของร่างกายอย่างรวดเร็วมากกว่าในวัยอื่น ๆ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยดังกล่าวมาข้างต้น จะก่อให้ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่มีการลุกลามของโรค และส่งผลต่อความทุกข์ทรมาน ดังนั้น การรักษาด้วยการบรรเทาอาการ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดในช่วงระยะสุดท้ายของโรคได้

1.4 แนวการรักษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันคำนึงถึงเป้าหมายของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายเป็นอย่างมากย่อมทำให้มีอาการทุกข์ทรมานมากขึ้นกว่าวัยอื่น (สุทธิชัย จิตะพันธ์, 2551) การรักษาโดยคำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ จำแนกเป็น 3 แนวทางหลัก ได้แก่ เป้าหมายเพื่อหายขาดจากโรค (cure) เพื่อยืดชีวิต (prolonging life) และสุดท้ายคือเพื่อรักษาตามอาการ (supportive care) ในปัจจุบันเมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามรักษาไม่หาย การรักษายังคงเป็นสิ่งที่จำเป็นในผู้ป่วยระยะนี้ เนื่องมาจากการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. 2550). โดยผู้ป่วยและญาติสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้ตามความต้องการตามความเหมาะสมในสถานการณ์ของตนเอง (สุมาลี นิมมานนิตย์, 2550) ซึ่งในการรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้นมีหลากหลายวิธีและหลายแนวทาง โดยพิจารณาจากก้อนมะเร็งปฐมภูมิและการแพร่กระจายของโรคเป็นหลัก สามารถจำแนกการรักษาได้ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1.4.1 การผ่าตัด

สำหรับมะเร็งระยะลุกลามจะพิจารณาใช้เพื่อวัตถุประสงค์หลัก คือ การบรรเทาอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งอาจช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้มีภาวะลำไส้อุดตันและอาการปวดเนื่องจากก้อนมะเร็ง การผ่าตัดเปิดถุงหน้าท้องในส่วนที่เหนือต่อบริเวณที่อุดตัน เพื่อระบายอุจจาระออก จะช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวได้ หรือในกรณีที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ การผ่าตัดใส่ท่อสายยางอาหารในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย เป็นต้น

1.4.2 รังสีรักษา

ในมะเร็งระยะลุกลามจะมีเป้าหมายรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดมากกว่า โดยนิยมฉายแสงเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งลง ซึ่งมีวิธีการฉายแสงหลัก 2 วิธีได้แก่ 1) การฉายแสงระยะไกล และ 1) การฉายแสงระยะใกล้

1.4.3 การรักษาโดยการใช้ยา (Drug therapy) ได้แก่

1.4.3.1 การใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

ในระยะที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปทั่วร่างกายแล้ว จะช่วยบรรเทาอาการที่เกิดจากตัวโรคได้โดยทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงและอาจช่วยยืดอายุของผู้ป่วยได้ แต่การรักษาด้วยวิธีนี้จะพบผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาเคมีบำบัดได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผมร่วง เจ็บปาก เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อ เลือดออกง่าย อ่อนเพลีย อ่อนแรง เป็นต้น

1.4.3.2 การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy)

โดยใช้ยาที่ออกฤทธิ์หยุดยั้งการทำงานหรือลดการสร้างฮอร์โมน เช่น การใช้ยา Tamoxifen ในโรคมะเร็งเต้านม เพื่อยับยั้งผลของ Estrogen ทำให้เซลล์หยุดการเจริญเติบโตทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง เป็นต้น

1.4.3.3 การรักษาเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้แก่กระดูก Bisphosphonates เช่น Pamidronate, Zoledronic acid

ใช้เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้แก่กระดูก เช่น ในกรณีที่มีการแพร่กระจายมายังกระดูก จะลดอาการปวดและลดการทำลายเนื้อกระดูกลง ซึ่งจะเหมาะกับลักษณะการแพร่กระจายชนิดที่ทำให้กระดูกบางลงมากกว่าชนิดที่ทำให้มีการสร้างกระดูกเพิ่มขึ้น

1.4.3.4 การรักษาโดยยามุ่งเป้า (Targeted Therapy)

เป็นการรักษาวิธีใหม่ โดยใช้ยาหรือสารที่มีความจำเพาะเจาะจงกับเซลล์มะเร็งเท่านั้น เพื่อลดผลที่จะเกิดกับเซลล์ปกติ

1.4.4 การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

คือ การดูแลที่มุ่งเน้นในการบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงการดูแลรักษาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากตัวโรคเอง และ/หรืออาการข้างเคียงอื่น ๆ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558) วิธีนี้สามารถกระทำได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงระยะสุดท้าย (วาสินี วิเศษฤทธิ์, สุปรีดา ดียิ่งและจินต์จุฑา รอดพาล, 2556). สำหรับในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีข้อจำกัดในการรักษาเพื่อที่จะหายขาด ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะนี้

กล่าวโดยสรุปการรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายผู้สูงอายุในปัจจุบันโดยคำนึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญในเวลาที่เหลืออยู่ เป้าหมายหลักของการรักษาในระยะนี้ ไม่ได้มุ่งเพื่อรักษาให้หายจากโรค (cure) หรือยืดชีวิต (prolonging life) แต่มีเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือการมุ่งจัดการอาการ ดังนั้น การรักษาที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษาได้ตามความต้องการความเหมาะสมในสถานการณ์ของตนเอง

1.5 บทบาทสำคัญชองพยาบาลผู้สูงอายุที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายดังนี้

1.5.1 บทบาทของผู้ให้ความรู้

พยาบาลและผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความเข้าใจในผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้เห็นปัญหาที่ชัดเจนนำไปสู่การให้การพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละรายบุคคล ทั้งในด้านอาการและอาการแสดงและการดำเนินของโรคมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความต้องการการพยาบาลแบบประคับประคองในระดับมาก ตลอดจนต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมากเช่นกัน ซึ่งเมื่อพยาบาลเกิดความเข้าใจในตัวบุคคลของผู้สูงอายุก็จะนำไปสู่การให้ความรู้และการพยาบาลที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจต่อกันให้การดูแลผู้ป่วยยอมรับกับบทบาทเข้าใจในพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยนำไปสู่การเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมต่อไป

1.5.2 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่คอยให้คำปรึกษารับฟังปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ในการพยาบาลการทบทวนชีวิต จะทำให้พยาบาลได้เข้าใจความรู้สึกและปัญหาของผู้ป่วย ช่วยในการจัดการ ดูแลด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย โดยพยาบาลรับรู้ได้จากคำบอกเล่าและการที่ผู้ป่วยได้บอกถึงความรู้สึกต่าง

ๆ รวมทั้ง การสังเกตของพยาบาล ผู้ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ประสบการณ์ในการดูแล และเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถให้คำแนะนำหรือกระตุ้นให้มองหาทางเลือก ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงในแนวทางเพื่อที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยแสดงให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียในแต่ละวิธีการ เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลร่วมกันพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

1.5.3 บทบาทของผู้ประสานงาน

หมายถึง การทำหน้าที่ในการประสานความร่วมมือ กับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะการสังเกต เห็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองและจากที่พยาบาลสังเกตได้ เช่น การที่ผู้ป่วยนิ่งเงียบ การไม่ให้ความร่วมมือในขณะทำการพยาบาลหรือการทำหัตถการต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่ผลกระทบในการดูแล ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำในการดูแลและแจ้งอาการเหล่านี้กับแพทย์ผู้รักษา หรือถ้าหากพยาบาลปฏิบัติหน้าที่โดยตรงก็สามารถแจ้งกับแพทย์ผู้รักษาโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพด้วยการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพ

1.5.4 บทบาทของผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ

พยาบาล เป็นบุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือ และมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย การดูแลที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพจิตใจและสภาวะอารมณ์รวมถึง ความต้องการได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้น พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือได้โดยการพูดคุยการแสดงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย (empathy) และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้กำลังใจในยามท้อแท้หมดหวัง

1.5.5 บทบาทของผู้ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

หมายถึง การดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีระดับความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในระยะที่ผู้ป่วยยังคงมีความรู้สึกตัวดี มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีสติสัมปชัญญะในการพิจารณาทางเลือกในการรักษา และวางแผนในการดูแลล่วงหน้า หรือมีส่วนรวมในการปรึกษาครอบครัว สามารถบอกหรือแสดงความต้องการของตนเองได้ บทบาทของพยาบาลในระยะนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณตามความแตกต่างของแต่ละรายบุคคล หากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับวิถีของการเจ็บป่วยจน ถึงการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ในระยะท้ายของโรคได้อย่างเหมาะสม จะช่วยเสริมสร้างหรือเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

ดังนั้น สิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลผู้สูงอายุที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คือ คอยรับฟัง (Listening) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก แสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย (empathy) ชวนผู้ป่วยสนทนาเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเชื่อและความหวังกำลังใจของผู้ป่วย ตลอดจนการค้นหาและให้การเยียวยาทั้งทางร่างกายและการปลอบใจ (Providing support) จนนำไปสู่ Making plans การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา วางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้อย่างเป็นปกติ โดยสามารถช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยกิจกรรมทางการพยาบาล ที่สามารถจัดกระทำส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม สิ่งเหล่านี้ถือเป็นอีกวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไปในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ อีกทั้งยังสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือ และหาวิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ในช่วงระยะสุดท้าย ตลอดจนนำไปสู่วางแผนการดูแลในช่วงวิกฤตของชีวิต (Advance Care Plan) ได้

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ภาวะจิตวิญญาณเป็นกระบวนการทำงานที่มีความเป็นพลวัตร (ณัฐวรรณ สุวรรณ, ศรีพรรณ กันธวัง และสุมาลี เลิศมัลลิกาพร, 2561) ที่ทำให้มนุษย์มีการเชื่อมประสานภายในตนเอง ระหว่างตนเองและสิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นธรรมชาติ บุคคลอื่นหรืออำนาจที่อยู่เหนือกว่า ไม่ว่าจะเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระผู้เป็นเจ้า เพื่อค้นหาความหมายและเป้าหมายชีวิต ที่นำมาซึ่งความผาสุก หรืออาจเรียกได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being)

2.1 ความหมาย วรรณกรรมที่ผ่านมาในบริบทของต่างประเทศและในประเทศไทย มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ได้แก่

2.1.1 Paloutzian & Ellison (1982) ได้ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติโดยมีเป้าหมายชีวิตและมีความสำเร็จตามความประสงค์เป็นสิ่งที่สื่อให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของบุคคล

2.1.2 Hungelmann, Kenkel-rossi, Klassen and Stollenwerk (1996) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ความรู้สึกในความเกี่ยวพันที่มีความสมบูรณ์ระหว่างตนเองกับคนอื่น ธรรมชาติและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่ในทุกช่วงเวลาและทุกสถานที่รวมทั้งสิ่งที่ประสบความสำเร็จจากกระบวนการที่เป็นพลวัตนำไปสู่การรับรู้เป็นจุดหมายและความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

2.1.3 O'Brien (2008) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเป็นองค์รวมของบุคคล ประกอบด้วย ความศรัทธาในศาสนา ความเข้าใจในศักยภาพของตนเอง มองตนเอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ด้วยความไว้วางใจ เป็นความรับรู้ที่อยู่ภายในทั้งหมด รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์และยอมรับ

2.1.4 Dunn (2008) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ภายในของบุคคลที่มีความหลากหลาย ตามแหล่งที่มาของจิตวิญญาณ ดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเข้าใจความหมาย มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ ตามความเชื่อและความศรัทธาของตนเอง

2.1.5 ประเวศ วะสี (2544) ได้ให้ความหมายของ สุขภาวะที่สมบูรณ์ (Spiritual well-being) หมายถึง สุขภาพวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันส่งส่งหรือสูงสุด เช่น การเสียสละ มีความเมตตากรุณาเข้าถึงพระรัตนตรัย ความสุขทางจิตวิญญาณ เป็นความสุขที่ไม่ปะปนอยู่กับความเห็นแก่ตัว เป็นสุขภาพวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self-transcending) จึงมีอิสระมีความผ่อนคลาย มีความปิติแผ่ซ่าน มีความสุขอันประณีตล้ำลึกสบายอย่างยิ่งสุขภาพดีมีผลดีต่อสุขภาพทางกายทางจิตและทางสังคม

2.1.6 แม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุต (2544 อ้างในนงเยาว์ กันทะมูล, 2546) ให้ความหมายเกี่ยวกับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะที่จิตใจมีความสุขสงบเยือกเย็น มีความแข็งแรงทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมีภูมิคุ้มกันทางจิต ที่มีกระแสการรับรู้ไวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ ดูตื่นเบิกบานกับการทำหน้าที่ และการใช้ชีวิตไม่ประมาท หรือขาดสติ เป็นพลังงานแห่งความเข้าใจในการใช้ชีวิต เป็นสิ่งที่สามารถทำอะไรที่มีประโยชน์ต่อตนเอง และผู้อื่นได้อีกมาก เป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดสุขภาพทางกายและจิตใจที่ดีอย่างถ่องแท้

2.1.6 ธนิญา น้อยเปียง (2545) ได้ให้ความหมาย ความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ว่า คือ ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงภาวะสงบเป็นสุขมีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความเป็นจริง มีเป้าหมายในชีวิตมีความหวังยอมรับและพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ของตนเอง รู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ยึดเหนี่ยวประกอบด้วย ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา

2.1.7 วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจที่แสดงถึงภาวะสงบเป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับและพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ของตนเอง รู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนียว

กล่าวโดยสรุปตามแนวคิดของ Dunn (2008) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกรับรู้ของบุคคลภายในจิตใจที่มีความหลากหลาย ตามแหล่งที่มาของจิตวิญญาณ แสดงถึงภาวะสุขสงบว่าตนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเข้าใจความหมาย ยอมรับความจริง พึงพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

แม้ว่าอยู่ในสภาพที่เจ็บป่วย มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ ตามความเชื่อและความศรัทธาของตนเอง

ดังนั้น สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ประชากรในกลุ่มที่ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นผู้ที่มีความหลากหลายของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ความหมาย ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายตามแนวคิดของ Dunn (2008) คือ ความรู้สึกรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่แสดงถึงสภาวะของจิตใจที่สุข สงบ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความเข้มแข็ง มีเป้าหมายในชีวิต ยอมรับความจริงและมีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติแม้ว่าอยู่ในสภาพที่เจ็บป่วย ตามสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อและความศรัทธาในชีวิตของตนเอง โดยแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีดังนี้

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2.2.1 แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison. (1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตวิญญาณไว้ 2 ด้าน ได้แก่

2.2.1.1 ความผาสุกในการดำรงอยู่ (Existential well-being)

กล่าวถึง ความรู้สึกมีเป้าหมายและความหมายของชีวิต รู้ว่าตนเองต้องการทำสิ่งใด เพื่ออะไร อะไรคือสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน เป็นความสามารถในการคิดและแสวงหาคุณค่าในชีวิตของแต่ละบุคคล ทำให้รู้สึกว่ามีความหวัง ช่วยค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ไม่รู้สึกแคว้งคว้าง ยอมรับความไม่แน่นอนของชีวิตว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ มีกำลังใจในการดำรงชีวิต มองเห็นถึงคุณค่าและความหมายของชีวิตเป็นสิ่งจำเป็นช่วยให้เกิดความสงบสุขในบั้นปลาย (Ross. 1995; Burkhardt, 1989; Ellison, 1983; Luker, 1987) รู้สึกมีความสุขกับสิ่งที่มีอยู่ พอใจกับประสบการณ์ในอดีต เห็นคุณค่าของชีวิต คุณค่าในตนเอง พึงพอใจในสัมพันธภาพที่ดี มองวันเวลาเป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมาย พึงพอใจชีวิตปัจจุบันของตน (Ellison. 1983)

2.2.1.2 ความผาสุกในความยึดมั่นศรัทธาทางศาสนา (Religious well-being)

กล่าวถึงความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือยึดเหนี่ยว ในสังคมไทย พระพุทธศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล พระธรรมปิฎก 2539 (พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, 2560) ได้อธิบายว่า ศาสนาเป็นส่วนประกอบ และเป็นบ่อเกิดอันสำคัญของวัฒนธรรมและจริยธรรมที่หล่อหลอมชีวิตบุคคลให้เติบโตมาในสังคม การแสดงออกของบุคคลหรือลักษณะทางสังคมที่เป็นอยู่ล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากศาสนาที่มีส่วนช่วยชักนำในความเป็นองค์รวมของบุคคล ความเข้าใจในตนเอง เข้าใจในคุณค่าและจุดมุ่งหมายของชีวิตที่แท้จริงอย่างสมเหตุสมผล

2.2.2 แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Hunglemann et al. (1996) แบ่งองค์ประกอบเป็น 3 มิติ คือ

2.2.2.1 มิติของความศรัทธาและความเชื่อ

เป็นความเชื่อด้านจิตวิญญาณ เป้าหมายในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างความเชื่อด้านจิตวิญญาณและแนวทางการดำเนินชีวิต

2.2.2.2 มิติของชีวิตและความรับผิดชอบของตนเอง

เป็นความเชื่อในอำนาจสูงสุด การให้อภัยผู้อื่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงหรือตัดสินใจในชีวิต

2.2.2.3 มิติของความพึงพอใจในชีวิต

เป็นการตั้งเป้าหมาย ยอมรับในสถานการณ์ของชีวิต รักใคร่กัน รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2.4 แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O'Brien (2008) แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่การค้นพบความหมายของจิตวิญญาณในผู้ที่มีความเจ็บป่วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

2.2.2.1 ความเชื่อส่วนบุคคล

ได้แก่ ความเชื่อในการดำรงอยู่ของศาสนา ความศรัทธาในความเชื่อ การได้รับการเสริมแรงตามหลักศาสนาที่ตนเองนับถือ และความสุขสงบจากการเชื่อมั่นและยึดถือในสิ่งที่ศรัทธา โดยบุคคลที่มีความศรัทธาทางศาสนาใจเย็นพระเจ้าเป็นที่พึ่งพาทางจิตใจจะมีแรงจูงใจในการเจริญทางจิตวิญญาณ

2.2.4.2 ความอิ่มเอิบใจทางจิตวิญญาณ

ได้แก่ ความพึงพอใจในสิ่งที่ตนนับถือความรู้สึกใกล้ชิดในพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ รู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่น ไม่เกรงกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากบุคคลมีความศรัทธาต่อพระเจ้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.2.4.3 การปฏิบัติตามหลักศาสนา

ได้แก่ การสนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ ตลอดจนการปฏิบัติตามแบบอย่าง กฎเกณฑ์ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความสุขสงบในการอยู่ร่วมกัน รวมถึงการมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น การสักการะบูชาพระศาสดาในศาสนา การสวดมนต์ การปฏิบัติสมาธิ

2.2.4.4 ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ได้แก่ การทำหน้าที่ของร่างกายที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเรื้อรังโรค และความเจ็บป่วยส่งต่อการดำเนินชีวิต การได้รับความทุกข์

ทรมานจากการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน และอาการของโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้นมากเรื่อย ๆ

2.2.4.5 ภาวะวิกฤติของชีวิต

ได้แก่ ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ด้านสังคมวัฒนธรรมและด้านเศรษฐกิจ การเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้ง ความชรา การเจ็บป่วย บุคคลต้องดิ้นรนเพื่อให้พ้นสภาพวิกฤติเหล่านั้น ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจะช่วยให้สร้างกลไกใหม่ขึ้นมา เพื่อเผชิญกับปัญหา เพิ่มความแข็งแรง และความสามารถในการแก้ไขจิตวิญญาณเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีความสำคัญทำให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตได้

2.2.4.6 การสนับสนุนทางสังคม

ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อน หรือผู้ดูแลร่วมกันค้นหาความหมายของจิตวิญญาณจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย

2.2.3 แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Dunn (2003) ได้กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลล้วนมีแหล่งที่มาของจิตวิญญาณ ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อพื้นฐานดังเดิมโดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ผู้ที่ความเชื่อทางด้านศาสนา หรือสิ่งที่ตนเองนับถือ และ 2) ผู้ที่ไม่มีความเชื่อในศาสนา ซึ่งบุคคลทั้ง 2 ประเภท ล้วนมีองค์ประกอบของความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณเหมือนกันทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่

2.2.3.1 ความหมายของชีวิต

ได้แก่ การค้นหาเป้าหมาย และความหมายในชีวิตของบุคคลมีกระบวนการปรับตัวอยู่เสมอ ๆ เพื่อให้เหมาะกับตนเอง เป็นความรู้สึกมีเป้าหมายและความหมายเป็นความสามารถในการคิดและแสวงหาคุณค่าในชีวิตของแต่ละบุคคล ทำให้รู้สึกว่ามีความหวัง ช่วยค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ยอมรับความไม่แน่นอนของชีวิตว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ มีกำลังใจ มองเห็นถึงคุณค่าและความหมายของชีวิตเป็นสิ่งจำเป็นช่วยให้เกิดความสงบสุข

2.2.3.2 ความเชื่อมโยงสัมพันธ์

ได้แก่ การมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และรู้สึกเชื่อมโยงกับตนเอง ผู้อื่น รวมถึงพระผู้เป็นเจ้า หรือศาสดาของศาสนาที่ตนเองนับถือ เป็นอีกลักษณะหนึ่งของความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Burkhardt, 1989; Dyson et al., 1997; Hungelmann et al., 1996) สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่กลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวกับตนเองและผู้อื่น พึงพอใจในสัมพันธภาพที่ดี

2.2.3.3 การทำประโยชน์

ได้แก่ ความรู้สึกของบุคคลภายหลังช่วยเหลือผู้อื่น หรือทำพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น รู้สึกมีความสุขกับสิ่งที่ได้ช่วยเหลือหรือทำประโยชน์ให้ผู้อื่น เห็นคุณค่า

ของชีวิต เห็นคุณค่าในตนเองที่ได้พึงกระทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น มองวันเวลาเป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมาย พึงพอใจชีวิตปัจจุบันของตน

2.2.3.4 ความเชื่อและความศรัทธา

ได้แก่ การที่บุคคลมีหรือไม่มีศาสนาเป็นแรงขับเคลื่อนอยู่ภายใน และ / หรือศรัทธาในพระเจ้า (Hungelmann et al., 1996; Moberg, 1984; Reed, 1987; Underwood, 1999) ใบบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในศาสนา จะมีการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ สำหรับบุคคลที่ไม่มีความเชื่อทางศาสนาอยู่ภายใน จะเป็นบุคคลที่อาจจะมีความเชื่อถือ ศรัทธาในกฎเกณฑ์ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม หรือวัฒนธรรมของสังคมหรือสิ่งที่ตนเองศรัทธา ที่ก่อให้เกิดความสุขสงบในการอยู่ร่วมกัน โดยไม่มีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจก็เป็นได้

2.2.4 แนวคิดตะวันออกด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของประเวศ วะสี และแม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุต กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ การรับรู้ของบุคคลที่มีความสุขสงบเกิดจากการทำความดี รู้สึกเบิกบานในการใช้ชีวิตและการทำหน้าที่ด้วยสติ สมาธิและปัญญา แบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสุขความสงบที่เกิดจากความดี ไม่เห็นแก่ตัวและมีพรหมวิหารสี่ 2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และใช้ชีวิต 3) การมีสติ สมาธิและปัญญา

จากการทบทวนวรรณกรรม กล่าวได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณล้วนมีหลายองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดการความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ โดยทุก ๆ องค์ประกอบล้วนมีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกันในหลายๆมิติ ซึ่งมิติหลักๆที่เห็นชัดเจน ส่วนมากจะเป็นมิติของศาสนา สำหรับในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Dunn (2003) มาใช้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความหลากหลายทางศาสนา เป็นผู้ที่มีและไม่มีความเชื่อและศรัทธาทางด้านศาสนา โดยผู้วิจัยได้จำแนกองค์ประกอบความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็น 4 ด้าน ตามแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย 1) การให้ความหมายของชีวิต 2) ความสัมพันธ์ 3) การทำประโยชน์ต่อผู้อื่น 4) ศรัทธาและความเชื่อในศาสนาหรือสิ่งที่นับถือ เมื่อผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดพลังที่จะขับเคลื่อนให้บุคคลมีการรับรู้ ยอมรับ ตลอดจนมีความสุขสงบ (Skevington, 2018) เผชิญกับความเจ็บป่วยได้ (จินต์จุฑา รอดพาล, จิราพร เกศพิชญวัฒนาและวาสินี วิเศษฤทธิ์, 2549) นำไปการวางแผนในระยะท้ายได้อย่างเหมาะสม (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) นำไปสู่การตายดีในที่สุด (พระไพศาลวิสาโล, 2552)

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณแบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่

2.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา การศึกษา สถานภาพการสมรส

2.3.1.1 อายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า บุคคลในแต่ละช่วงวัย จะมีพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา และตอบสนองในด้านจิตวิญญาณแตกต่างกัน ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน สำหรับในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า อายุจะมีการแปรผกผันกับระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้ที่มีอายุมากขึ้น จะเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง เพราะจะมีศรัทธา สนใจและเข้าใจเรื่องของจิตวิญญาณมากกว่าวัยอื่น ๆ (Kaczorowski, 1989) ประสบการณ์ในอดีตจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมาเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะพยายามปรับตัว และยอมรับได้มากกว่าในวัยอื่น ๆ (Lo et al., 2010)

2.3.1.2 เพศ พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกัน ในเรื่องของสภาพจิตใจ ที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต โดยเพศหญิง จะมีการปรับตัวตามหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ (ฉวีวรรณ ไพรวัลย์, 2540) เนื่องจากผู้สูงอายุ เพศชายจะเฉื่อยชา แต่ผู้หญิงมีบทบาทเด่นขึ้น ทำให้การมีความหมายในชีวิตเด่นกว่าเพศชาย (Shock, 1984 อ้างใน ธนิญา น้อยเปียง, 2545)

2.3.1.3 ด้านศาสนา พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนาจะเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณ จะช่วยให้จิตวิญญาณของบุคคลสมบูรณ์ขึ้น โดยศาสนาแต่ละศาสนาอาจมีหลักคำสอนที่แตกต่างกันไป เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของบุคคลที่นับถือ และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ (Paloutzian & Ellison, 1982) การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาสูงมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสูง (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552) โดย การปฏิบัติตามหลักธรรมความเชื่อทางพุทธศาสนาทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดี (ศรีรัตน์ กินาวงศ์ และปุญญณิน เขื่อนเพ็ชร์, 2559) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า หลักคำสอนของศาสนาจึงมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ฑิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ, 2551)

2.3.1.4 ระดับการศึกษา พบว่า การศึกษาจะทำให้บุคคลมีภูมิปัญญา สามารถจัดการและมองชีวิตหลากหลายด้านทั้งทางโลกและทางธรรมไปด้วยกัน ช่วยให้บุคคลได้ใช้กระบวนการคิดและมีทักษะในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ นำไปสู่การพัฒนาด้านจิตวิญญาณให้มีความผาสุกได้ (สมพร รัตนพันธ์, 2541) จากการศึกษาที่ผ่านมา ผู้ที่เรียนจบในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือจะมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ (ชินัณ บุญเรืองรัตน์, 2551)

2.3.1.5 สถานภาพการสมรส จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสมรสจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นหนึ่งเดียว เป็นปึกแผ่นมั่นคง โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะสมรสคู่ คู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (บุบผา ชอบใช้, 2537) เป็นผู้ที่คอยให้

กำลังใจให้ความรัก ช่วยให้รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลรู้สึกว่าต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่หย่า ม่าย หรือแยกกันอยู่จะมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ เนื่องจากไม่มีผู้ที่คอยช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ (ชินัณ บุญเรืองรัตน์, 2551)

2.3.2 ปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อม ประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ระยะของโรค การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความเข้มแข็งภายในของบุคคล

2.3.2.1 ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย กล่าวได้ว่า เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในทุกช่วงวัย เมื่อบุคคลมีเกิดการเจ็บป่วย และเมื่อการเจ็บป่วยนั้นมีระดับความรุนแรงมาก จะส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณมากเช่นกัน ก่อให้เกิดความหมองหม่นทางจิตวิญญาณ โดยระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย จะส่งผลทำให้บุคคลรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ธนิญา น้อยเปียง, 2545) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงของความเจ็บป่วยโรคมะเร็งในระดับสูง มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552) ผู้สูงอายุที่มีความถี่ของความรุนแรงของโรคมะเร็งบ่อยครั้งและความทุกข์ทรมานของอาการระดับสูง มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ (สุชิรา เกตุคง 2552)

2.3.2.2 ระยะของโรค เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณเช่นกัน โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งจะมีความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณสูงถึงร้อยละ 91 (Pearce et al., 2012) ซึ่งในผู้สูงอายุในระยะนี้จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง (สุชิรา เกตุคง, 2552)

2.3.2.3 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ธนิญา น้อยเปียง, 2545) โดยผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ การให้ความสำคัญกับครอบครัว สัมพันธภาพกับบุตร สามี บิดามารดา และหรือบุคคลที่มีความสำคัญของชีวิต จะเป็นสิ่งเกิดขึ้นพัฒนาหรือเกิดขึ้นมาจากการหล่อหลอมภายใต้วัฒนธรรม และกระบวนการสังคมของบุคคลที่ผ่านมา (Jenko, Gonzalez and Alley, 2010) เนื่องจากทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองได้รับความรักความเอาใจใส่ ความห่วงใย และปรารถนาดี ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ได้รับการช่วยเหลือในการค้นหาความหมายในชีวิต ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าชีวิตตนเองยังมีความหมาย มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตจะส่งผลต่อการพัฒนาความผาสุกทางจิติวญญาณเกิดขึ้น

2.3.2.4 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (สม

พร รัตนพันธ์, 2541) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่รวมกันหลายๆคนในครอบครัว และมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวทางบวก จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่อยู่เพียงลำพัง (ชินัณ บุญเรือง, 2551)

2.3.2.5 ความเข้มแข็งภายในของบุคคล เป็นปัจจัยภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตได้ ในงานวิจัยนี้ หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลคุกคามต่อภาวะสุขภาพ ความเข็มแข็งภายในของบุคคล จะช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา ต่อต้านความเครียดอันเนื่องมาจากการเผชิญภาวะเจ็บป่วย จะส่งผลต่อการจัดการให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี ภายใต้การเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่มากระทบ และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมที่มีอยู่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Poollock, 1989) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ไม่สามารถตัดสินใจใด ๆ ได้แม้ในขณะที่ยังมีสติ ไม่พอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ไม่สามารถจัดการได้แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งภายในของบุคคลระดับต่ำ (ชินัณ บุญเรือง, 2551; Boman, 2015; Nygren,2006; Viglund, 2013) จะเป็นผู้ที่มีมีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำเช่นกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีหลายปัจจัยร่วมกัน โดยปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อม สามารถนำมาจัดกระทำทางการพยาบาลได้อย่างอิสระในขอบเขตของวิชาชีพ เพื่อเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระหว่างที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อม ได้แก่ ความเข้มแข็งภายในของบุคคล มาพัฒนาโปรแกรมการทบทวนชีวิต เป็นปัจจัยภายในที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลคุกคามต่อภาวะสุขภาพ เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี ภายใต้การเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่มากระทบ ค้นพบสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ พอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ และสามารถรับมือหรือแก้ไข ได้ จนก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามมา นำความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ระยะของโรคมาเป็นเกณฑ์ในการคัดผู้เข้าร่วมโปรแกรม นำปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ ศาสนา การศึกษา สถานภาพการสมรส เป็นปัจจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน สำหรับปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อม ด้านการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลปกติอยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาจัดกระทำในการศึกษาครั้งนี้

2.4 การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณและเครื่องมือประเมิน

สามารถประเมินได้จากหลากหลายวิธี เช่น การสังเกต สัมภาษณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การประเมินในมิติจิตวิญญาณ โดยผู้ประเมินจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งที่มาทางวิญญาณของบุคคลก่อน ซึ่งวิธีการประเมินสามารถแบ่งได้ 2 วิธี ได้แก่ วิธีการเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์กลุ่ม และวิธีเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบวัดต่าง ๆ เป็นต้น (Koenig, 2008; Kunsongkeit & McCubbin, 2002; Puchalski, et al.,

2009; Mitshell, 2015; Stephenson & Berry, 2014) มีนักวิชาการได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดไว้อย่างหลากหลาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เครื่องมือในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณทั่วไป และ 2) เครื่องมือในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกเครื่องมือที่ใช้ในประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณนำมาอธิบายพอสังเขป ดังนี้

2.4.1. เครื่องมือในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณทั่วไป

2.4.1.1 Spiritual Well-being Scale (SWBS)

พัฒนาขึ้นโดย Paloutzian & Ellison. (1982) มี 2 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการดำรงอยู่ และ 2) ความสัมพันธ์ยึดมั่นศรัทธาในศาสนา ด้านละ 10 ข้อ รวม 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ มีค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 สำหรับภาษาไทยได้รับการแปลโดย ธนิญา น้อยเปียง (2545)

2.4.1.2 JAREL Spiritual Well-Being Scale (JSWBS) (Hunglemann et al., 1996)

พัฒนาขึ้นโดย Hunglemann et al. (1996) มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความเชื่อ ความศรัทธา 2) ชีวิตความรับผิดชอบต่อตนเองและ 3) ความพึงพอใจในชีวิต ความเป็นจริงของชีวิต ด้านละ 7 ข้อ รวม 21 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

2.4.1.3 Spirituality Index of Well Being (SIWB)

พัฒนาโดย Daaleman & Frey. (2004) มี 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความสามารถและการวางแบบแผนชีวิต ด้านละ 6 ข้อ รวม 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มี ค่าความเที่ยงด้านการรับรู้ความสามารถเท่ากับ 0.86 การวางแบบแผนชีวิตเท่ากับ 0.89 ค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ 0.91

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.4.1.4 Functional Assessment of Chronic illness Therapy-Spiritual Well Being Scale (FACIT-Sp)

เป็นการประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยกับความศรัทธา ความเชื่อทางจิตวิญญาณ พัฒนาโดย Peterman; et al. (2002) ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง มี 2 องค์ประกอบ คือ ด้านความหมาย ความสงบ จำนวน 8 ข้อ และด้านความศรัทธา จำนวน 4 ข้อ รวม 12 ข้อ มี มีค่าความเที่ยงด้านความหมาย/ความสงบ เท่ากับ 0.81 และด้านความศรัทธาเท่ากับ 0.86 และค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.86-0.87

2.4.1.5 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ใหญ่ชาวไทยพุทธที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

พัฒนาโดย แสงเดือน พรมแก้วงาม (2560) มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีความหวังและความรู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยว 2) การเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต 3) การมีความสุข รวมทั้งหมด 34 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ 0.97 ข้อ การตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

กล่าวโดยสรุป เครื่องมือในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณทั่วไป มีจำนวนทั้งสิ้น 5 รายการ เป็นเครื่องมือของต่างประเทศ 4 รายการ ประกอบด้วย 1) Spiritual Well-being Scale (SWBS) พัฒนาขึ้นโดย Paloutzian & Ellison. (1982) 2) JAREL Spiritual Well-Being Scale (JSWBS) (Hunglemann et al., 1996) พัฒนาขึ้นโดย Hunglemann et al. (1996) 3) Spirituality Index of Well Being (SIWB) พัฒนาโดย Daaleman & Frey. (2004) 4) Functional Assessment of Chronic illness Therapy-Spiritual Well Being Scale (FACIT-Sp) และเครื่องมือในประเทศไทยเพียง 1 รายการ คือ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ใหญ่ชาวไทยพุทธที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พัฒนาโดย แสงเดือน พรมแก้วงาม (2560)

2.4.2 เครื่องมือในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ

2.4.2.1 The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS)

เป็นแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ พัฒนาขึ้นโดย Dunn (2008) จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสนทนากลุ่มในผู้มีประสบการณ์ตรงใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม การพัฒนาเครื่องมือเริ่มต้นด้วยการทบทวนและการสังเคราะห์วรรณกรรมวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ภายใต้มิติที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับศาสนาในแบบทดสอบเดียวกัน มี 4 องค์ประกอบ คือ ด้านเป้าหมายและความหมายของชีวิต ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ การทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและวิถีแห่งความศรัทธา องค์ประกอบละ 4 ข้อ รวม 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ค่าความเที่ยงขององค์ประกอบย่อยอยู่ระหว่าง 0.36 ถึง 0.84 และค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.76

2.4.2.2 แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

พัฒนาโดย นงเยาว์ กันทะมูล (2546) มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสุขสงบที่เกิดจากความดี ไม่เห็นแก่ตัว มีพรหมวิหารสี่ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ 2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่การใช้ชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ 3) การมีสติสมาธิและปัญญา ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ รวมทั้งหมด 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

2.4.2.3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

พัฒนาโดย เพ็ญนภา อุ่นสนิท และคณะ (2554) มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสุขในชีวิต 2) การยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3) ความสมดุลของชีวิต 4) การเห็นในคุณค่าของชีวิต ความหลงใหลในการใช้ชีวิต 5) เป็นผู้ที่ไม่เห็นแก่ตนเอง การก้าวพ้นเหนือตัวตน 6) เป็นผู้ที่คิดบวก มองโลกในแง่ดี 7) เป้าหมายในชีวิต 8) การให้อภัย มีคำถามทั้งหมด 41 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับทั้งเชิงบวกและลบ ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ 0.82-0.95 ค่าความเที่ยง 0.97

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่าเครื่องมือในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณมีใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ โดยในประเทศไทยมีเครื่องมือที่แปลจากต่างประเทศ 1 ชิ้น คือ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian & Ellison โดย ธนิญา น้อยเปียง (2545) นอกนั้นเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นตามบริบทของสังคมไทย จำนวนทั้งสิ้น 3 ชิ้น ซึ่งมีเครื่องมือประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโดยตรง คือ แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ของ นงเยาว์ กันทะมูล (2546) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของ เพ็ญนภา อุ่นสนิทและคณะ (2554) มีคำถามทั้งหมด 41 ข้อ ในต่างประเทศมีเครื่องมือประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโดยตรง คือ The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS) พัฒนาขึ้นโดย Dunn (2008) มีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เลือกใช้เครื่องมือของแบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ของ นงเยาว์ กันทะมูล (2546) เนื่องจากมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับศาสนาพุทธโดยเฉพาะ ได้แก่ ในองค์ประกอบความสุขสงบที่เกิดจากความดี ไม่เห็นแก่ตัว มีพรหมวิหารสี่ ซึ่งไม่สอดคล้องในงานวิจัยฉบับนี้เพราะผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่จำเพาะในศาสนาพุทธเท่านั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยไม่ได้เลือกใช้ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ของ เพ็ญนภา อุ่นสนิท และคณะ (2554) เนื่องจากมีข้อคำถาม ด้านการยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้องรัง ที่เป็นคำถามเชิงลบ ตัวอย่างคำถาม เช่น “ท่านรู้สึกเกลียดตัวเองที่กลายเป็นโรคเรื้อรัง” “ท่านคิดว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่ควรเกิดขึ้นกับท่าน” หรือ“ท่านรู้สึกโกรธที่เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย” ซึ่งเป็นแนวคำถามเชิงลบ หากนำมาใช้ในกลุ่มประชากร ซึ่งเป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่มีความเปราะบาง ผู้วิจัยจึงหลีกเลี่ยงการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือ The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS) พัฒนาขึ้นโดย Dunn (2008) เนื่องจากเป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในผู้สูงวัยโดยตรง และพัฒนาเครื่องมือมาจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และศาสนา และมีแนวคำถามเชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในฉบับนี้ ที่คำนึงถึงผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นหลักที่มีความหลากหลายทางศาสนา ไม่ว่าจะศาสนาใด ๆ ก็สามารถเข้า

ร่วมโปรแกรมได้ทั้งหมด นอกจากนี้จากผลการตรวจสอบ พบว่า มีความเที่ยงรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.76 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (DeVellis, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2560)

3. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

3.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง จากการศึกษาพัฒนาการพบว่ามีผู้ให้คำนิยามการดูแลแบบประคับประคองไว้หลากหลายสามารถสรุปได้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคที่คุกคามชีวิต ผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้วยการประเมินและดูแลผู้ป่วยจัดการอาการและปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ

สถาพร ลีลานันทกิจ (2551) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คือ การดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลทุกชนิด ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม เป็นการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดช่วงเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังการเสียชีวิตด้วย มีเป้าหมายเพื่อการปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ มีการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ซึ่งสามารถให้บริการคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อยืดอายุหรือร่วมกับการรักษาหลักของโรคเดิมได้

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีภาวะคุกคามต่อชีวิตโดยเน้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการและจัดการอาการรบกวนที่ทำให้เกิดความที่ผ่านมาทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่องจนถึงการดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

3.2 องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง

มีประเด็นสำคัญในการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 6 ด้าน ดังนี้ (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

3.2.1 การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง หมายถึง การดูแลที่แพทย์หรือผู้ให้การรักษาทำความเข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มุ่งเน้นกับภาวะของโรคและการเจ็บป่วย

3.2.2 การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน หมายถึง การดูแลบุคคลเป็นหนึ่งเดียว มีความเป็นพลวัตรผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณตอบสนองความต้องการของบุคคล

3.2.3 ความต่อเนื่องในการดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างต่อเนื่องแม้จะอยู่ที่บ้าน โดยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มจากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ วิเคราะห์ปัญหาที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน ประเมินผู้ดูแล สภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ให้คำแนะนำ ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

3.2.4 การดูแลแบบเป็นทีม หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Teamwork) ประสานงานร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3.2.5 การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล หมายถึง ระบบการดูแลที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้ โดยทีมสุขภาพเป็นผู้ติดตามดูแลให้การช่วยเหลือและสนับสนุน ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3.2.6 เป้าหมายในการดูแล หมายถึง การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหากับสังคม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและบริบทของสังคมสามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

3.3 หลักการดูแลแบบประคับประคอง หลักการการดูแลแบบประคับประคองมีหลากหลายแนวทาง จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายพอสังเขป ดังนี้

WHO (2002) มุ่งเน้นการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิต ยึดหลักการป้องกันและบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานในทุกด้าน โดยเริ่มจากการประเมิน วินิจฉัย รักษาและมุ่งเน้นให้การดูแลจัดการกับอาการอย่างครอบคลุมทุกมิติทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการรับรู้กระบวนการตายเป็นไปตามปกติ โดยไม่มีการเร่งหรือยื้อความตามที่จะมาถึง ตลอดจนคำนึงถึงศักยภาพของผู้ดูแล และมีการเสนอระบบสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างคุณภาพชีวิตที่ดีตราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องเกี่ยวกับการรับมือกับความเจ็บป่วยของครอบครัวภายหลังการสูญเสียจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างครบถ้วน ซึ่งสามารถเริ่มให้การดูแลแบบประคับประคองได้ตั้งแต่ช่วงต้นของการเจ็บป่วยร่วมกับการรักษาอื่น ๆ เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ด้วยการอธิบายให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจและยอมรับวิถีของการเจ็บป่วยจนถึงการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ในระยะท้ายของโรค

กิตติกร นิลมานัต (2555) ได้สรุปหลักการดูแลแบบประคับประคอง ไว้ดังนี้ 1) การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นส่วนกลาง ให้บริการบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าตัวโรค

เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา 2) ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้าย 3) ดูแลบนพื้นฐานวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว 4) ดูแลอย่างครอบคลุมและเน้นความสุขสบายในทุกมิติ 5) ให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่อง 6) มีการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 7) มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้รับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและประสานงานอย่างภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง 8) มีการจัดการศึกษาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (2556) ได้สรุปหลักของการดูแลแบบประคับประคองไปเป็นแบบ 4C ดังนี้ 1) Centered at patient and family ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษาพื้นฐานการตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว 2) Comprehensive ให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าต่อความเชื่อส่วนบุคคล ความศรัทธาตามศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพและการช่วยเหลือครอบครัวภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 3) Coordinate คือ การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพและคนในครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชน อาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทและกัน 4) Continuous ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าขณะอยู่โรงพยาบาล กลับบ้าน หรือเสียชีวิตแล้ว

กล่าวโดยสรุป หลักการพยาบาลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญกับการดูแลตรงตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแล โดยอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีม เน้นการสื่อสารการประสานงานกันที่ดีของทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับผู้ป่วยครอบครัวเพื่อให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกันส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

3.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความซับซ้อนและยุ่งยาก บทบาทของพยาบาลในการดูแลประคับประคองแบบองค์รวมจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป 2552: O'Brien, 2006) พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดและหลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การพยาบาลประคับประคองและทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินความต้องการ ตลอดจนเงื่อนไขต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว นำข้อมูลที่ได้มาประกอบการตั้งปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (ทัศนีย์

ทองประทีป, 2544) ที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นจุดหมายสูงสุดในการดูแลแบบประคับประคอง

สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลประคับประคองหน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) ได้แก่ การประเมินและคัดกรองภาวการณ์เจ็บป่วย อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวภายในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ โดยใช้แบบประเมิน PPS ให้คำปรึกษาระดับต้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจ ยินยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินและจัดการอาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ในประเด็นเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย อาการรบกวนทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนประสานข้อมูลตลอดระยะเวลาของการดูแลให้กับพยาบาลประคับประคอง

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลให้การพยาบาลตรงตามปัญหาและความต้องการ เป้าหมายสำคัญของการดูแลในระยะสุดท้ายที่ร่างกายไม่สามารถรักษาให้หายได้ คือ การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังที่กล่าวมาข้างต้นการส่งเสริมความผาสุกด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเสื่อมตามวัยและกระบวนการดำเนินของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามปัญหาและความต้องการในด้านต่าง ๆ ตามความหวังและความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย ปัญหาที่ยังค้างคาควรได้รับการแก้ไข มีการฝึกและเตรียมความพร้อมในเวลาเดียวกัน เพื่อการจากไปอย่างหมดห่วง สุขสงบ สมศักดิ์ศรีและเป็นภาพที่น่าจะตามให้กับลูกหลานต่อไป

3.4.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล

3.4.1.1 การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับจากพยาบาลประจำการที่ให้การดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ประจำหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยการสร้างสัมพันธภาพ ซักประวัติ วางแผนการพยาบาลและดูแลตามแผนการรักษา โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับความสุขสบาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน และผลข้างเคียงของการรักษา

3.4.1.2 การส่งเสริม/ประคับประคองด้านจิตวิญญาณ (spiritual support) คือ การดูแลผู้ป่วยในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาในด้านจิตวิญญาณ (O'Brien, 2006) พยาบาลควรให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547) ชวนผู้ป่วยสนทนาเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเชื่อและความหวังกำลังใจของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้อย่างเป็นปกติ โดยสามารถช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป 2552)

โดยกิจกรรมทางการพยาบาลที่สามารถจัดกระทำส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่

1) การปฏิบัติตามความเชื่อ เช่น การสวดมนต์ (prayer) การทำสมาธิ (meditation) การทำละหมาด หรือการอ่านพระคัมภีร์ เป็นต้น (พรทิพย์ ปุกหุต และทิตยา พุฒิคามิน, 2555; รจนา วิริยะสมบัติ และคณะ, 2554; สมพร ปานผดุง, 2558; อารยา เจรนุกุล และคณะ, 2558).

2) การสนับสนุนแหล่งของความหวังและกำลังใจ เช่น เป็นสื่อกลางช่วยติดต่อบุคคลที่มีความหมาย เพื่อมาช่วยเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย ส่งเสริมความเข็มแข็งภายใน (เนตรลาวัณย์ เกิดหอม, 2548).

3) การอ่านหนังสือธรรมะ (reading spiritual books) การให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือธรรมะหรือสื่อที่สนใจตามความเชื่อของผู้ป่วยเป็นการดูแลที่สำคัญที่พยาบาลสามารถเพื่อผู้ป่วยได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้พยาบาลอาจเป็นผู้อ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟังแทนได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545)

4) การใช้ดนตรีหรือศิลปะบำบัด (music and art therapy) ซึ่งมีหลายวิธี ประกอบด้วย การฟัง การร้อง การเล่น การเคลื่อนไหวให้สอดคล้องกับดนตรี การวาดภาพระบายสี สำหรับวิธีการที่นิยมที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดหรือความทุกข์ทรมาน คือ การฟัง เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายผ่อนคลายง่ายที่สุด (จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, 2546). ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ดนตรีหรือศิลปะบำบัด คือ การปรับสภาพจิตใจให้อยู่ในสภาวะสมดุล มีมุมมองในเชิงบวก ผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดอาการเจ็บปวดจากสาเหตุต่าง ๆ (วัลลภา สังฆโสภณ,2536; Bailey, 1984) ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกของอารมณ์

5) การใช้สุคนธบำบัด (Aroma therapy) เป็นการบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการจากการนำน้ำมันหอมระเหยจากธรรมชาติมาใช้ คุณสมบัติที่มีกลิ่นหอมและระเหยได้ ที่ถูกสูดดมเข้าทางช่องจมูกและแปรเปลี่ยนเป็นสัญญาณไฟฟ้าเคมี ส่งผ่านไปยังสมองส่วนกลางแทรกซึมผ่านผิวหนังไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้การทำงานของร่างกาย สมอง จิตใจและอารมณ์สมดุล บำบัดอาการต่าง ๆ เช่น ลดความเครียด ช่วยให้หลับสบาย กระตุ้นให้สดชื่น รู้สึกมีพลัง เป็นต้น จึงนิยมนำมาใช้ในการอาบน้ำ นวด ประคบเย็น หรือสูดดม โดยกลิ่นที่นิยมใช้ ได้แก่ ลาเวนเดอร์ เปเปอร์มิ้น ยูคาลิปตัส เลม่อน วนิลา มะลิ โมก เป็นต้น (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545)

ดังจะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ที่ช่วยส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual support) มีหลายวิธีการ การทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัย Systematic review ของ Keall et al.,(2010) พบว่า แนวคิดการทบทวนชีวิต (Life review) กล่าวว่า เกี่ยวกับการทบทวนชีวิต เป็นหนึ่งในการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการพยาบาลแบบประคับประคองโยใช้เวลา ประมาณ 15 นาที ถึง 2 ชั่วโมงครึ่ง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถดำเนินกิจกรรมได้ ทำให้ส่งเสริมการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ดังจะกล่าวในแนวคิดทบทวนชีวิตดังต่อไปนี้

4. แนวคิดการทบทวนชีวิต

4.1 ความหมายของการทบทวนชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ให้คำนิยามความหมายของการทบทวนชีวิต ไว้หลายมุมมอง ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมไว้พอสังเขปดังนี้

Butler (1963) ได้อธิบายเกี่ยวกับการทบทวนชีวิต หมายถึง กระบวนการที่ระลึกถึงเรื่องราวในอดีตที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลอย่างเป็นธรรมชาติ โดยระลึกถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่พิเศษที่เคยเกิดขึ้น เป็นความทรงจำที่ดีทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป

Woolf (1998) ได้ให้ความหมายการทบทวนชีวิตไว้ว่า หมายถึง การรวบรวมเรื่องราวของตนเองในอดีต การระลึกถึงสิ่งที่ประทับใจ การแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา การตัดสินใจในการให้อภัยตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความขัดแย้งในชีวิตช่วยเหลือให้ตนเองสามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

Jenko, et al. (2010) ได้ให้ความหมายการทบทวนชีวิตไว้ว่า หมายถึง กระบวนการในการระลึกถึงเหตุการณ์และความทรงจำที่ผ่านมาในอดีตโดยพยายามหาความหมายและความสำเร็จในชีวิตของตน

Ando (2008) ได้ให้ความหมายการทบทวนชีวิต เป็นกระบวนการหรือกิจกรรมในการระลึกถึงเรื่องราวในอดีตของบุคคล ที่เป็นเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่พิเศษเป็นความทรงจำที่ดี ย้อนคิดถึงเรื่องราวในอดีต นำเอาบทเรียนในอดีตมาปรับเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้

Xiao, Pang and Mok **(2011)** ได้ให้ความหมายการทบทวนชีวิต เป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่ระลึกถึงความทรงจำในอดีต ตระหนักรู้ถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา และมองเห็นสิ่งที่ไม่ได้แก้ไขในอดีตมาเป็นบทเรียนในการใช้ชีวิตในปัจจุบัน

ทัศนีย์ ทองประทีป (2552) ได้ให้ความหมายการทบทวนชีวิตไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลได้ทบทวนเรื่องราวชีวิต โดยการสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อให้ทุกคนได้เห็นคุณค่าและความรู้สึกว่าตนเองมีความหมาย

กล่าวโดยสรุป การทบทวนชีวิต หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมในการระลึกเรื่องราวในอดีตของบุคคล ที่เป็นเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่พิเศษ เป็นความทรงจำที่ดี เพื่อให้ตนเองได้เห็นคุณค่าและมีความหมาย เข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของตนเองในแต่ละเหตุการณ์ในอดีต ทำให้บุคคลมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป

4.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการทบทวนชีวิต

แนวคิดเรื่องการทบทวนชีวิตของ Butler (1963) เป็นการย้อนคิดระลึกความทรงจำในอดีตผ่านการมองย้อนคิดกลับไปในอดีต ไตร่ตรองและทบทวนสะท้อนความรู้สึกของตนเอง พิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดมุมมองใหม่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับชีวิต เห็นมุมมองที่เคยมองข้าม มุ่งเน้นทบทวนในสิ่งที่เป็นความภาคภูมิใจมีคุณค่า หรือความสำเร็จในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ย้อนคิดถึงความทรงจำที่หายไป คิดและค้นหาคำตอบของการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ จากอดีตถึงปัจจุบัน ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ (Ando, et al., 2008) และเตรียมพร้อมรับมือกับการตายที่จะมาถึง เสริมสร้างความแข็งแรงในตนเอง ผ่านการรับรู้ความรู้สึก ประเมินชีวิต เข้าใจและยอมรับเกิดความพึงพอใจ สุขสงบ มีแรงจูงใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะท้าย (Butler, 2007) เผชิญความตายได้อย่างมีสติ ปราศจากความกลัวและวิตกกังวล โดยมีสื่อกลางช่วยในการทบทวน ได้แก่ อัลบั้มภาพ สมุดบันทึก ฟังเพลงระลึกถึงประสบการณ์ในอดีต เป็นต้น โดย Butler (1980) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การทบทวนชีวิตอาจเป็นสิ่งที่ยากสำหรับในผู้ป่วยบางราย เพราะการย้อนกลับไปคิดเรื่องในอดีตอาจทำให้รู้สึกเจ็บป่วย การทบทวนชีวิตอาจจะต้องพบข้อจำกัดบางอย่าง เช่น ร้องไห้ หรือได้คำตอบเกี่ยวกับเรื่องเศร้า ซึ่งสามารถแบ่งการทบทวนชีวิตในบุคคล 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ที่มีปัญหาและมีความคิดว่าสามารถหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตและชีวิตจะประสบความสำเร็จในที่สุด แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นก็เข้าใจว่าชีวิตไม่ได้ประสบความสำเร็จในทุกเรื่องเสมอไปและความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2) เป็นกลุ่มที่มีความรู้สึกผิด ซึมเศร้าวิตกกังวลจากความรุนแรงหรือบาดเจ็บในอดีต หรือการเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หายที่คุกคามต้อชีวิต (จิติมาวรรณ บำรุงไทย, 2551: พรพิมล ชัยสา, 2558) จนไม่สามารถจะนึกถึงเรื่องราวในอดีตได้เลย สะท้อนให้เห็นถึงความสิ้นหวังของบุคคลผู้ป่วยมีความรู้สึกเสียใจและต้องการเปลี่ยนแปลงชีวิต ไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เผชิญอยู่ได้

จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ในช่วงของการพัฒนาการระยะต่าง ๆ ของมนุษย์ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงสูงอายุ Erikson (1982) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการทบทวนชีวิตไว้ว่า เป็นการแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จ และความล้มเหลวในชีวิต ผ่านการมองย้อนกลับไปในอดีต โดยในวัยสูงอายุและผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อเข้าสู่บั้นปลายของชีวิตจะสามารถระลึกถึงชีวิตของตนเอง คู่สมรส ครอบครัว เพื่อนสนิท การงานและหน้าที่อย่างชัดเจนมากขึ้น การทบทวนชีวิต

ทำให้ระลึกถึงความทรงจำในอดีตและความรู้สึกที่ผ่านมา ส่งผลทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย พึงพอใจในชีวิต ทำให้เกิดการตัดสินใจในแก้ปัญหาดีขึ้นในช่วงชีวิตวิกฤตของชีวิต

4.2.1 แนวคิดเรื่องการทบทวนชีวิตของ Butler (1963)

ในปี ค.ศ. 1963 Butler ได้เริ่มต้นนำการทบทวนชีวิตมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยมีวิธีการดังนี้

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นจากการทบทวนถึงเรื่องราวในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ในขณะนั้น ได้แก่ ให้ผู้ป่วยจะเล่าถึงอาการเจ็บป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยฝัน เรื่องที่ผู้ป่วยวิตกกังวลรวมถึง เรื่องที่ผู้ป่วยกลัว เป็นต้น โดยถามคำถามให้เป็นเรื่องที่เหมาะกับสิ่งที่ผู้ป่วยแต่ละราย เช่นความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะเล่าเรื่องราวใน อดีตของตน เกี่ยวกับความพึงพอใจและความประทับใจในเรื่องราวในอดีต

ขั้นที่ 2 สรุปการทบทวนชีวิต เป็นขั้นตอนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เห็นเรื่องราวของตนเองอย่างต่อเนื่องจากสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง เชื่อมโยงภาพในอดีตมาสู่ปัจจุบัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงบันดาลใจในการเผชิญกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในปัจจุบันและอนาคต ขอกจากนี้มีผู้แนวคิดของ Butler มาพัฒนาในการจัดทำโปรแกรมการทบทวนชีวิต ดังจะกล่าวถึงจากนี้

4.2.2 แนวคิดเรื่องการทบทวนชีวิตของ Ando (2010)

ในปี ค.ศ. 2010 Ando et al. ได้นำแนวคิดของการทบทวนชีวิตของบ Butler (1963) มาใช้ในการพัฒนาและในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในประเทศญี่ปุ่น ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ เพื่อการทบทวนชีวิต โดยแบ่ง 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1. (first session) การทบทวนเรื่องราวในอดีตของผู้ป่วย โดยใช้คำถามนำในการสัมภาษณ์ 8 ข้อ โดยมุ่งเน้นไปในเหตุการณ์ที่สำคัญ ความทรงจำที่ประทับใจ ช่วงชีวิตที่น่าภาคภูมิใจ และบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึง และรวมเหตุการณ์ในชีวิต จากนั้นจัดทำอัลบั้มภาพร่วมกับผู้ป่วย โดยจัดอัลบั้มเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยขึ้น (make the album beautiful and memory provoking.) จากภาพที่ผู้ป่วยชอบ หรือสอดคล้องกับชีวิตของผู้ป่วย พร้อมกับเขียนข้อความสั้นๆ ประกอบ เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึง เรื่องราวความทรงจำที่ดีในอดีต และมอบให้กับผู้ป่วยได้ดูอัลบั้มที่ทำขึ้นมา

ขั้นที่ 2. (the second session) และให้ผู้ป่วยสรุป ถึงความพึงพอใจ ความภาคภูมิใจ ความประทับใจในประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ป่วยพบกับความหมายของชีวิต และนำมาเป็นแรงผลักดันในการดำเนินชีวิตต่อไป

4.2.3 แนวคิดเรื่องการทบทวนชีวิตของ Xiao, Pang and Mok (2011)

ในปี ค.ศ. 2011 Xiao et al. ได้นำแนวคิดของการทบทวนชีวิตของ Butlrr (1963) มาพัฒนาโปรแกรมการทบทวนชีวิตในประเทศจีนเช่นกัน โดยได้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีแพร่กระจาย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1. การสะท้อนถึงเหตุการณ์ในปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ รูปแบบการด าเนิน ชีวิตของผู้ป่วยกับโรคมะเร็ง ครอบครัว และความเชื่อ

ขั้นที่ 2. การทบทวนเรื่องราวชีวิตในอดีต เน้นชีวิตการท างาน ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน ความสัมพันธ์ที่ดีกับศาสนา

ขั้นที่ 3. การสรุปเรื่องราวชีวิต โดยลำดับเหตุการณ์ในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็น ความชื่นชมยินดี เชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีตนั้น เพื่อนำไปสู่สถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

4.2.4 แนวคิดเรื่องการทบทวนชีวิตของ Min (2011)

ในปี ค.ศ. 2011 Min ได้พัฒนาโปรแกรมการทบทวนชีวิตจากแนวคิดของการทบทวนชีวิตButler (1963) มาพัฒนาโปรแกรมการทบทวนชีวิตในประเทศจีนเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Xiao, Pang and Mok (2011) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ก่อนที่เริ่มการทบทวนชีวิต พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และให้ข้อมูลเรื่องการทบทวนชีวิตต่อผู้ป่วยอย่างเปิดเผย อธิบายถึงวิธีการ เกี่ยวกับการใช้การทบทวนชีวิตมาดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน และให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิต

ขั้นที่ 2. การทบทวนชีวิตเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในปัจจุบัน การทบทวนชีวิตเกี่ยวกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่เผชิญอยู่ ประสบการณ์การเจ็บป่วยโรคมะเร็ง ผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้น รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เผชิญ โดยใช้คำถาม สัมภาษณ์ผู้ป่วย สนับสนุนการแสดงความรู้สึกของผู้ป่วย และมุมมองในประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ซึ่งสิ่งที่สำคัญก็คือการค้นหาความหมายของการเจ็บป่วย และประสบการณ์ที่มีต่อโรคมะเร็ง

ขั้นที่ 3 การทบทวนชีวิตเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีต เป็นการทบทวนชีวิตในช่วงเวลาที่ผ่านมา ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การเรียน การทำงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อน ศาสนา การแต่งงาน รวมถึงครอบครัว เน้นให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ชีวิตในเชิงบวก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข และความสำเร็จ

ขั้นที่ 4 สรุปการทบทวนชีวิต และเชื่อมโยงเรื่องราวต่าง ๆ โดยนำเรื่องราวที่ได้นั้น นำมาทำหนังสือเล่มที่ประกอบด้วยเนื้อหา ข้อความที่สำคัญจากการทบทวนชีวิตของผู้ป่วยที่เสร็จสมบูรณ์แล้ว และภาพถ่ายที่ผู้ป่วยชื่นชอบ

กล่าวโดยสรุปแนวคิดการทบทวนเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทบทวนความทรงจำในอดีต โดยมี Butler (1963) เป็นคนแรกๆ ที่อธิบายเกี่ยวกับแนวคิดการทบทวนชีวิต เริ่มต้นในการนำการทบทวนชีวิตไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยจะเริ่มต้นจากการทบทวนถึงเรื่องราวในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเผชิญ หลังจากนั้นมีผู้นำแนวคิดการทบทวนชีวิตของ Butler ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการทบทวนชีวิตทั้งในประเทศญี่ปุ่น และประเทศจีน โดยทุกโปรแกรมที่นำแนวคิดการทบทวนชีวิตไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรมล้วนมีผลลัพธ์ที่ดีช่วงส่งเสริมความผาสุกให้ผู้ป่วยได้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนชีวิต เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าออกมา เป็นสิ่งที่มีล้วนมีความหมาย สะท้อนให้เห็นถึงสภาวะทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย จากการทบทวนประสบการณ์ในอดีต นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้ นอกจากนี้การหวนนึกถึงเรื่องราวในอดีตยังเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการให้อภัยตัวเองและผู้อื่น เป็นโอกาสที่ดีที่จะทบทวนถึงสิ่งที่รัก สิ่งที่พึงพอใจ สิ่งที่เป็นความจริง ภายใต้ความคิด ความรู้สึก อารมณ์และสภาวะทางจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความเข้าใจในจิตวิญญาณของตน ได้เรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เห็นถึงความเติบโต และการเปลี่ยนแปลงของตนเอง จนทำให้บุคคลมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น

ดังนั้นการทบทวนชีวิตจึงต้องใช้กลยุทธ์ในการบำบัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากประสบความสำเร็จจะทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง (Butler, 1980) นอกจากนี้ยังพบว่าการทบทวนชีวิตเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างดี ลดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองมากขึ้น สามารถปฏิบัติประจำ และช่วยเหลือตนเองได้มากยิ่งขึ้น มีการพัฒนาความเข้มแข็งภายในตน จนส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และนำมาซึ่งความผาสุกในชีวิต (Butler, 2007)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแล้วทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ การพยาบาลแบบประคับประคอง การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

บุบผา ชอบใช้ (2536) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในระยะที่ 3-4 จำนวน 75 คน พบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ประกอบด้วย สิ่งที่ให้ความหมาย ได้แก่ ศาสนา ลูกหลาน คู่สมรส การได้รับบทบาทหน้าที่ในการทำงาน โดยมีจุดมุ่งหมายของชีวิต คือ ความหวังในการหายจากโรคและมีสุขภาพดี ได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา มีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุดเพื่อดูความเจริญเติบโตและความสำเร็จของลูกหลาน สร้างสิ่งที่เป็นสาธารณประโยชน์ ตายอย่างสงบ และนอกจากนี้ สิ่งที่ให้ความหวังและกำลังใจ คือ ความสำเร็จในหน้าที่ตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยทำให้รู้สึกมีผลกระทบต่อ

ตนเอง รู้สึกหวาดหวั่นจากการรักษา วิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต นำมาสู่ความทุกข์ทรมานและความกลัวจากความเจ็บปวดและความตาย

นงเยาว์ กันทะมูล (2546) ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดอายุ 60 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งจะมีวิธีการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณคือ 1) ปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา ได้แก่ ความเชื่อในกฎแห่งกรรม กฎไตรลักษณ์ สวดมนต์ไหว้พระ ทำบุญศึกษาธรรมะ ทำสมาธิ 2) กิจกรรมผ่อนคลาย ได้แก่ ดูแลบุตรหลาน ทำงานอดิเรก สนทนาแลกเปลี่ยนความคิด 3) ประกอบพิธีกรรมทางความเชื่อ เช่น การสะเดาะเคราะห์

ปัณณธร รัตนิล (2554) ศึกษาการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ระดับตติยภูมิ จำนวน 30 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโรและคณะ (2560) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุชาวพุทธ 15 ราย พบว่า การสนับสนุนการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนามีส่วนช่วยให้ค้นหาความหมายของจิตวิญญาณทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นในทุกด้าน

แสงเดือน พรมแก้วงาม (2560) ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 320 คน พบว่าระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านความสุขสงบ การมีความหวังและความรู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยว ความเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.1, 88.1 และ 86.2 ตามลำดับ

O'Brien (2006) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ระยะสุดท้ายของชีวิตในสถานดูแลผู้สูงอายุประเทศอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในเรื่องความไว้วางใจ เพื่อช่วยลดความกลัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความหวังหรือสิ่งที่คาดหมายเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระยะท้าย การให้อภัยเพื่อทำให้เกิดความสงบ หมดกังวล การระลึกถึงความหลังความทรงจำทำให้เกิดความสุขทางใจ

Ando, et al. (2006) ศึกษาการทบทวนชีวิตโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 12 ราย ผ่านการสัมภาษณ์ 3 ประเด็นได้แก่ 1) เรื่องราวในวัยเด็ก 2) เหตุการณ์ที่ประทับใจในวัยเด็ก 3) เรื่องราวที่ประทับใจในอดีต พบว่า คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและมีความคิดในแง่บวกและมองว่าชีวิตมีความหมาย

Ando, et al. (2008) ได้นำแนวคิดการทบทวนชีวิตของ Butler (1963) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ยที่ 74 ปี) ผ่านการสัมภาษณ์เพิ่มขึ้นเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ 1) สิ่งที่สำคัญหรือความประทับใจที่สุดในชีวิต 2) เหตุการณ์หรือบุคคลที่มีความสำคัญที่สุด 3) บทบาทและความภาคภูมิใจในชีวิต 4) สิ่งที่อยากบอกคนในครอบครัว 5) แรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิต จากนั้นสรุปเรื่องราวความประทับใจลงในอัลบั้มภาพส่วนตัว พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

Ando, et al. (2010) ได้ศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิภาพของการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 68 ราย โดยทำการศึกษาแบบ Randomized Control trial (RCT) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ยที่ 74 ปี) สัมภาษณ์ผ่านคำถาม 8 ได้แก่ 1) สิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต 2) ความทรงจำที่น่าประทับใจที่สุด 3) เหตุการณ์ใดหรือบุคคลใดมีผลต่อชีวิตมากสุด 4) บทบาทที่สำคัญที่สุดในชีวิต 5) ช่วงเวลาใดที่น่าภาคภูมิใจที่สุดในชีวิต 6) มีเรื่องราวที่ในครอบครัวต้องทราบ 7) สิ่งที่ต้องการจะบอกกับคนในครอบครัว 8) ข้อคิดในการดำเนินชีวิตที่อยากบอกแก่ครอบครัวหรือคนรุ่นหลัง จากนั้นสรุปเรื่องราวประทับใจลงในอัลบั้ม สรุปเรื่องราวเหตุการณ์ที่ประทับใจลงในอัลบั้ม พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (.001) (Ando et al., 2010)

Xiao, Pang and Mok (2011) ศึกษาการทบทวนชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศจีน ได้ศึกษานำร่อง (pilot study) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical study) ต่อต้องการศึกษาประสิทธิผลของทบทวนชีวิตในผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยจำนวน 26 ราย ใช้การทบทวนชีวิตในการดูแลจิตวิญญาณ พบว่า ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นเช่นกันและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งเสริมความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์และความตายที่จะมาถึง โดยไม่รบกวนความเป็นอยู่ของผู้ป่วย แต่เป็นการเตรียมพร้อมเผชิญความตาย ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมและประเพณีของประเทศ

6. โปรแกรมการทบทวนชีวิต

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการด้วยการบูรณาตามโปรแกรมที่พัฒนาโดย Ando (2010) ตามแนวคิดการทบทวนชีวิตของ Butler (1963) มาเป็นกรอบในสร้างขั้นตอนในโปรแกรมการวิจัย ที่เน้นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ มาพัฒนาในการสร้างกิจกรรมการทบทวนชีวิตในโปรแกรม ซึ่งเป็นการจัดกระทำทางการพยาบาลในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผ่านการทบทวนชีวิต คิดถึงเรื่องราวในอดีตที่ประทับใจหรือประสบความสำเร็จสะท้อนความคิด จนเกิดมุมมองใหม่ (Butler, 1963) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของชีวิต เห็นคุณค่าและความภาคภูมิใจ มองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม

ทำให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต เสริมสร้างความเข็มแข็งภายใน เกิดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อ มีความเข้าใจ พึงพอใจในชีวิต เกิดความสุขสงบและเตรียมพร้อมเผชิญความตายที่จะมาถึงปราศจากความกลัวและความกังวล ผ่านการสัมภาษณ์ด้วยคำถามเชิงบวก 8 ข้อ (Ando, 2010) และมีสื่อกลางในการช่วยทบทวนชีวิต ได้แก่ อัลบั้มภาพ พร้อมคู่มือการทบทวนชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

โดยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 1 หรือ 2 ที่เข้ารับบริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที(David, 2006; Keall et al.,2015) ครั้งที่ 1 ตามนัดหมาย ครั้งที่ 2 และ 3 ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ตามแนวคิดของ Ando (2007,2008, 2010) และ Xiao, Pang and Mok (2011) ครั้งที่ 4 ตามนัดหมาย ดำเนินการเสร็จสิ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลานัดหมาย ให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมในการทบทวนตนเองเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เพิ่มเติมอยู่ในการพยาบาลประคับประคองด้านจิตวิญญาณแก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หากมีข้อสงสัยสามารถนำมาพูดคุยกับผู้วิจัยได้ สำหรับในรายที่เข้าเกณฑ์การคัดออกจากโปรแกรม ผู้วิจัยจะดำเนินการต่อหาผู้ป่วยรายใหม่จนครบกำหนดระยะเวลาในวัดระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Ando et al., 2007; Ando et al., 2008; Ando et al., 2010; Xiao, Pang and Mok, 2011) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการทบทวนชีวิต หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยดำเนินการด้วยการบูรณาการนำแนวคิดการทบทวนชีวิตตามแนวคิดของ Ando (2010) โดยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 1 หรือ 2 ที่เข้ารับบริการ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ครั้งที่ 1 ตามนัดหมาย ครั้งที่ 2 และ 3 ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ (Ando et al., 2010; David, 2006; Keall et al., 2015) ครั้งที่ 4 ตามนัดหมาย ดำเนินการเสร็จสิ้นในระยะเวลา 2-4 โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยตามเวลานัดหมาย ที่แผนกผู้ป่วยใน เป็นจำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Relationships) ประเมินและรวบรวมปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้แบบประเมิน PPS ที่มีระดับคะแนน PPS ร้อยละ 40-60 เข้าสู่การพยาบาลแบบประคับประคอง วางแผนการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัวและทีมการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและลำดับความสำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ แจ้งวัตถุประสงค์และอธิบายกิจกรรมการทบทวนชีวิตพร้อมกับรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ

กิจกรรมที่ 2 ทบทวนชีวิตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ (Life review 8 Question) (วันที่ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วยไม่เกิน 7 วันหลังจากที่พบครั้งแรก) ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ตลอดช่วงการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่ายและส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทบทวนเรื่องราวในอดีตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ได้แก่

1) อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของคุณและเพราะอะไร

2) ความทรงจำที่น่าประทับใจที่สุดของคุณคืออะไร

3) ในชีวิตคุณคิดว่าเหตุการณ์ใดหรือใครมีผลต่อชีวิตของคุณที่มากสุด

4) บทบาทที่สำคัญที่สุดที่คุณได้รับในชีวิตของคุณคืออะไร

5) ช่วงเวลาใดที่น่าภาคภูมิใจที่สุดในชีวิตของคุณ

6) มีเรื่องราวอะไรเกี่ยวกับคุณที่ครอบครัวต้องทราบบ้าง

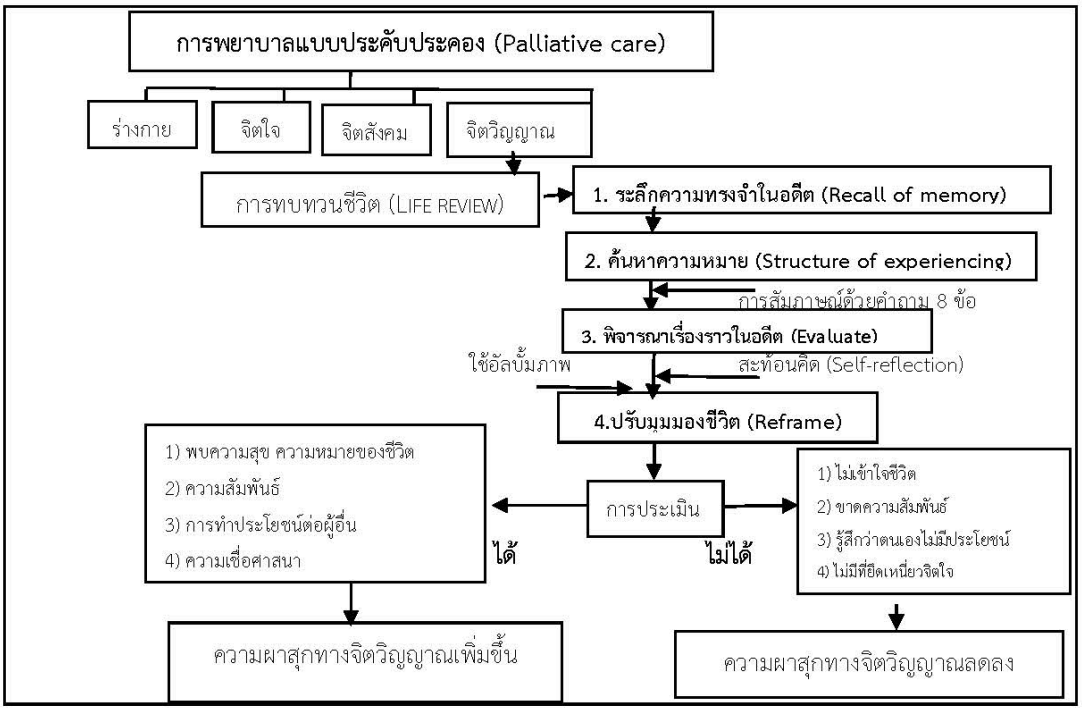
7) คุณต้องการจะบอกอะไรกับคนในครอบครัวและเป็นสิ่งที่ต้องการให้พวกเขาจดจำ

8) ข้อคิดในการดำเนินชีวิตที่จะบอกแก่ครอบครัวหรือคนรุ่นหลัง ร่วมกับการบันทึกคำตอบและทวนสอบความเข้าใจที่ตรงกัน ระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข เพื่อค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนชีวิตด้วยสิ่งกระตุ้นโดยใช้อัลบั้มภาพ (Life story Album) (พบครั้งที่ 3 ภายหลังพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์) สร้างอัลบั้มจากการทบทวนชีวิตด้วยการวิเคราะห์จากคำตอบการทบทวนชีวิตผ่านแนวคำถาม 8 ข้อ โดยทำอัลบั้มภาพร่วมกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความคิดเห็นที่ต้องการ เพื่อเชื่อมโยงการย้อนคิดระลึก (recall) ความทรงจำในอดีต (memories) ผ่านการมองย้อนคิดกลับไปในอดีตไตร่ตรองและทบทวนสะท้อนความรู้สึกของตนเอง (self-reflection) พิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นทำ ให้เกิดมุมมองใหม่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับชีวิต และเห็นมุมมองที่เคยมองข้ามจากสิ่งที่ผู้สูงอายุได้ทบทวนชีวิตร่วมทั้งสนับสนุนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสานงานการดำเนินงานของทีมการดูแลประคับประคองของหอผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 4 สรุปการทบทวนชีวิต (Conclusion) (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์) นำเสนออัลบั้มภาพเรื่องราวที่ผู้สูงอายุได้เล่าให้ฟังในการพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ที่ผ่านมา สรุปผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมสิ่งที่ได้จากการทบทวนชีวิต จากนั้นส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการดูแลแบบประคับประคองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้สรุปกลไกการเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในโปรแกรมการทบทวนชีวิต ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 1 แสดงการเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในการทบทวนชีวิต

สำหรับการทบทวนชีวิตในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในการพยาบาลตามปกติ และการพยาบาลด้านจิตวิญญาณด้วยทบทวนชีวิตในโปรแกรม ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในการพยาบาลตามปกติและการพยาบาลด้วยการทบทวนชีวิตในโปรแกรม

การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ในการพยาบาลตามปกติ	**การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ด้วยการทบทวนชีวิต**
ด้านจิตวิญญาณ 1.ประเมินสุขภาพมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Assessment) ด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์ 2. ค้นหาปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณทั่ว ๆไป (Spiritual Nursing diagnosis) ไม่จำเพาะเจาะจง 3. ให้การดูแลตามความเชื่อทั่ว ๆ ไป - ให้คการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ	**พบครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Relationships)** - ประเมินสุขภาพมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Assessment) ด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์ ใช้เครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ (วาสินี วิเศษฤทธิ์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ, 2560) - วิเคราะห์ ค้นหาปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Nursing diagnosis) ให้สอดคล้องกับ

การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ในการพยาบาลตามปกติ	การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ด้วยการทบทวนชีวิต
- ทางศาสนา - จัดหาสื่อที่ช่วยให้มีจิตใจที่สงบ เช่น เทปธรรมมะ นิทานชาดก ตามความต้องการของผู้ป่วย เอื้ออำนวยให้ได้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล	ปัญหาผู้ป่วย - วางแผนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ(Spiritual Nursing planning) **พบครั้งที่ 2 (Life review 8 Question)** - ปฏิบัติการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Nursing intervention) ให้การพยาบาลตามด้วยการทบทวนชีวิต (Life review) ผ่านการสัมภาษณ์ด้วยคำถามเชิงบวก 8 ข้อ **พบครั้งที่ 3 (Life story Album)** - กระตุ้นการทบทวนชีวิตโดยใช้อัลบั้มภาพ - ดำเนินการดูแลตามแผนการพยาบาล ที่ได้จากการทบทวน **พบครั้งที่ 4 (Conclusion)** - สรุปทบทวนชีวิต การประสานงานการดูแลต่อเนื่อง (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์) นำเสนออัลบั้มภาพเรื่องราวที่ผู้สูงอายุได้เล่าให้ฟังในการพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ที่ผ่านมา หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

จากตารางแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติในการพยาบาลแบบประคับประคองที่ดูแลด้านจิตวิญญาณของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยทั่วไปการพยาบาลตามปกติ จะให้การพยาบาลทั่ว ๆ ไป อาจมีประเมินสุขภาพมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Assessment) ด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์ ค้นหาปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณทั่วไป (Spiritual Nursing diagnosis) ไม่จำเพาะเจาะจง ให้การดูแลตามความเชื่อทั่ว ๆ ไป ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ความเชื่อทางศาสนา จัดหาสื่อที่ช่วยให้มีจิตใจที่สงบ เช่น เทปธรรมมะตามความต้องการของผู้ป่วย เอื้ออำนวยให้ได้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งไม่มีการใช้แบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณเหมือนในโปรแกรมการทบทวนชีวิต การพยาบาลปกติจะช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลประคับประคองในโปรแกรมที่เน้นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยการทบทวนชีวิต และให้ความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพ จากการพบกันตั้งแต่ครั้งที่ 1 คือ เน้นสร้างสัมพันธภาพ (Relationships) ประเมินสุขภาพมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Assessment) ด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์ ใช้ร่วมกับการเครื่องมือประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

(วาสินี วิเศษฤทธิ์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ, 2560) วิเคราะห์ ค้นหาปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Nursing diagnosis) ให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Nursing planning) นำมาสู่การพบครั้งที่ 2 (Life review 8 Question) ปฏิบัติการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Nursing intervention) ให้การพยาบาลตามด้วยการทบทวนชีวิต (Life review) ผ่านการสัมภาษณ์ด้วยคำถามเชิงบวก 8 ข้อ นำ Key word จากการสัมภาษณ์ มาเป็นแนวทางในการสร้างอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต ในการพบครั้งที่ 3 (Life story album) กระตุ้นการทบทวนชีวิตโดยใช้อัลบั้มภาพ และสุดท้ายพบครั้งที่ 4 (Conclusion) สรุปการทบทวนชีวิต ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์) นำเสนออัลบั้มภาพเรื่องราวที่ผู้สูงอายุได้เล่าให้ฟังในการพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ที่ผ่านมา หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าจากการพยาบาลปกติที่มุ่งเน้นให้การพยาบาล เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางกาย ซึ่งยังไม่มีวิธีการดูแลด้านจิตวิญญาณที่จำเพาะเจาะจง เป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณทั่วไป ต่างจากการพยาบาลในโปรแกรมการทบทวนชีวิตดังเช่นในงานวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยการทบทวนชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ

7. กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการทบทวนชีวิตมาศึกษา เนื่องจากผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่หมดหวังที่จะรักษาให้หาย จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต บรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคและอาการแทรกซ้อนจากการรักษา จึงต้องให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างครบองค์ทุกมิติเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลที่มีการเชื่อมโยงกัน ตระหนักถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ามิติอื่น ๆ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการตามโปรแกรมที่พัฒนาโดย Ando (2010) ตามแนวคิดการทบทวนชีวิตของ Butler (1963) สร้างโปรแกรมการการทบทวนชีวิต ดังนี้

โปรแกรมการทบทวนชีวิต หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยดำเนินการด้วยการบูรณาการตามโปรแกรมที่พัฒนาโดย Ando (2010) โดยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 1 หรือ 2 ที่เข้ารับบริการ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ครั้งที่ 1 ตามนัดหมาย ครั้งที่ 2 และ 3 ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ (Ando et al., 2010; David, 2006; Keall et al., 2015) ครั้งที่ 4 ตามนัดหมาย ดำเนินการ

เสร็จสิ้นในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยตามเวลานัดหมาย ที่แผนกผู้ป่วยใน เป็นจำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการทบทวนชีวิต หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการตามโปรแกรมที่พัฒนาโดย Ando (2010) ตามแนวคิดการทบทวนชีวิตของ Butler (1963) มาใช้ในดูแลด้านจิตวิญญาณในการพยาบาลแบบประคับประคอง ในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ โดยมีกิจกรรม 4 กิจกรรม 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ทบทวนชีวิตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ 3) ทบทวนชีวิตด้วยสิ่งกระตุ้นโดยใช้อัลบั้มภาพ 4) สรุปการทบทวนชีวิต

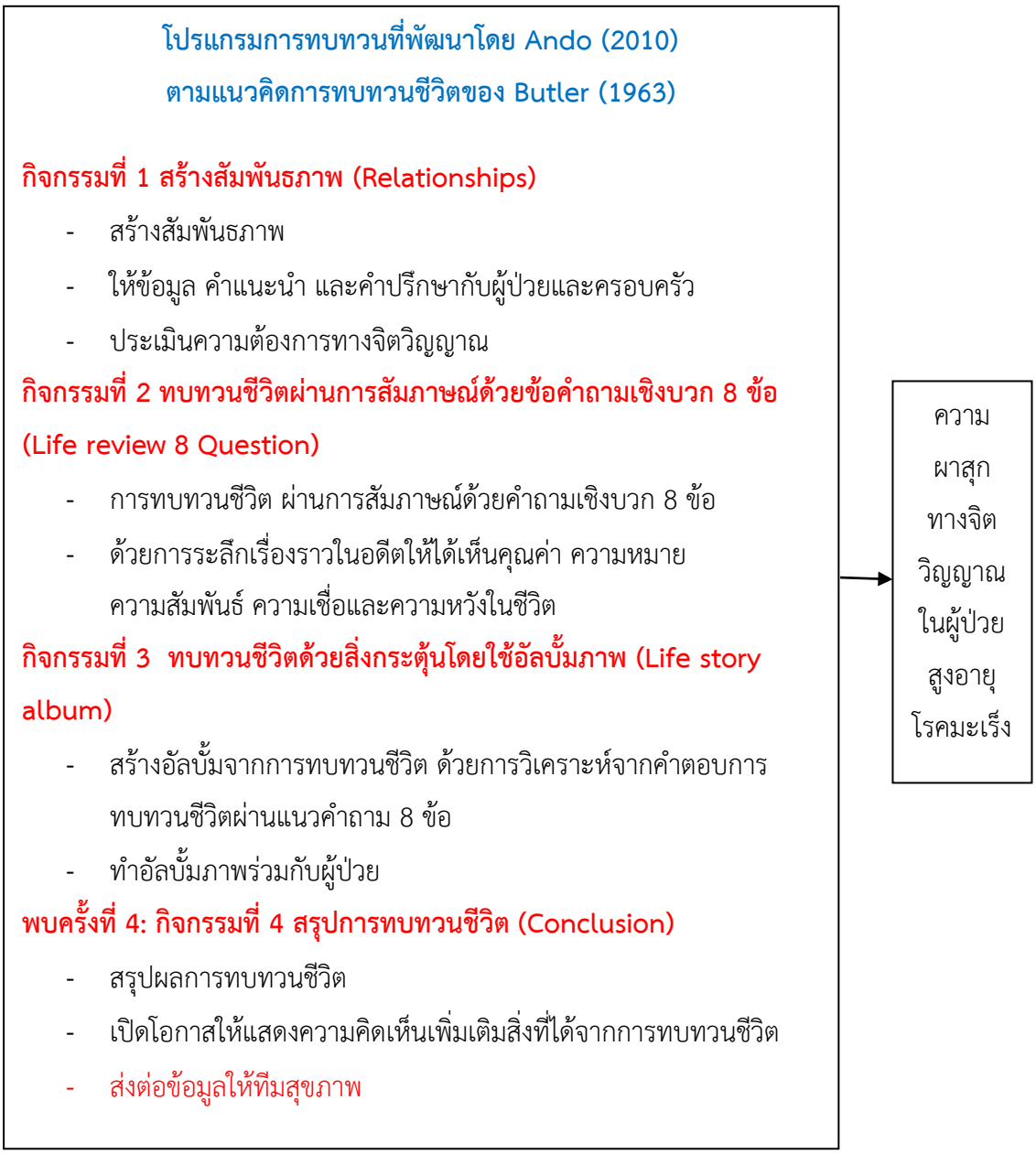
กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Relationships) ประเมินและรวบรวมปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ แจ้งวัตถุประสงค์และอธิบายกิจกรรมการทบทวนชีวิตพร้อมกับรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความต้องการด้านวิญญาณ วางแผนการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัวและทีมการดูแล

กิจกรรมที่ 2 ทบทวนชีวิตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ (Life review 8 Question) (วันที่ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วยไม่เกิน 7 วันหลังจากที่พบครั้งแรก) ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทบทวนเรื่องราวในอดีตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ร่วมกับการบันทึกคำตอบและทวนสอบความเข้าใจที่ตรงกัน ระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุข เพื่อค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนชีวิตด้วยสิ่งกระตุ้นโดยใช้อัลบั้มภาพ (Life story Album) (พบครั้งที่ 3ภายหลังพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 7 วัน) สร้างอัลบั้มจากการทบทวนชีวิต ด้วยการวิเคราะห์จากคำตอบการทบทวนชีวิตผ่านแนวคำถาม 8 ข้อ โดยทำอัลบั้มภาพร่วมกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความคิดเห็นที่ต้องการ เพื่อเชื่อมโยงการย้อนคิดระลึก (recall) ความทรงจำในอดีต (memories) ผ่านการมองย้อนคิดกลับไปในอดีตไตร่ตรองและทบทวนสะท้อนความรู้สึกของตนเอง (self-reflection) พิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นทำ ให้เกิดมุมมองใหม่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับชีวิต และเห็นมุมมองที่เคยมองข้ามจากสิ่งที่ผู้สูงอายุได้ทบทวนชีวิต

กิจกรรมที่ 4 สรุปการทบทวนชีวิต (Conclusion) (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 7 วัน) นำเสนออัลบั้มภาพ เรื่องราวที่ผู้สูงอายุได้เล่าให้ฟังในการพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ที่ผ่านมา สรุปผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมสิ่งที่ได้จากการทบทวนชีวิต หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการดูแลแบบประคับประคองที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการประเมินผลการศึกษาของ Ando et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นจากการทบทวนชีวิตจะสามารถวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีสติในขณะที่เจ็บป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง O 1 X O 2

กลุ่มควบคุม O 3 --------- O 4

X หมายถึง การพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต

O1 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

O3 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมที่รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง

O4 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุม ที่รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง รู้สึกตัวดีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ในระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้ายของโรค โดยมีหลักฐานทางการแพทย์ เช่น ผลทางพยาธิวิทยาหรือผลทางรังสีวินิจฉัย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ ระดับมหาวิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง รู้สึกตัวดีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ในระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้ายของโรค โดยมีหลักฐานทางการแพทย์ เช่น ผลทางพยาธิวิทยาหรือผลทางรังสีวินิจฉัย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusions criteria)

1. รู้สึกตัวดี มีระดับคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) = 15
2. มีการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารรู้เรื่อง เข้าใจได้ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ในระยะที่ 4 เป็นระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และ/หรืออวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ เช่น สมอง ปอดหรือตับ ไม่มีวิธีการรักษาให้หาย มีเป้าหมายในการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคและอาการแทรกซ้อน
4. มีความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ได้คะแนน ร้อยละ 40-60 ขึ้นไป
5. ความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำจนถึงระดับปานกลาง โดยใช้แบบประเมิน โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณปรับปรุงจาก The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS) ฉบับภาษาไทย
6. ได้รับความเห็นชอบจากญาติ ผู้ดูแล และแพทย์เจ้าของไข้ให้เข้าร่วมโครงการ
7. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusions criteria) คือ ผู้ที่มีอาการแทรกซ้อนจากโรค ทำให้ให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบ มีระดับความปวดมากกว่า 4 คะแนนและผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรับการรักษา

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*POWER (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561). ตามแบบแผนงานวิจัยเชิงทดลอง effect size 1.84 จากงานของ Ando et al. (2010) อำนาจทดสอบร้อยละ 80 (Burns and Grove, 2010) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่ต้องการกลุ่มละ 16 คน รวม 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึง

เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Burns and Grove, 2010) คิดเป็นกลุ่มละ 4 คน รวมกลุ่มละ 20 คน จำนวน 2 กลุ่ม ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด คือ 40 คน

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตทำวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขอทำวิจัยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และขอเข้าถึงข้อมูลและเวชระเบียนของผู้ป่วยใน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ระยะที่ 4 ทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดคุณสมบัติไว้ในเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusions criteria) เพื่อเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้ได้จากการแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ระยะที่ 4 ทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยแนะนำตนเอง ชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการพยาบาล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3.2 ประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

3.3 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)

3.4 ประเมินระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ปรับปรุงจาก The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS) ของ Dunn (2008) ฉบับภาษาไทย โดยแปลเครื่องมือจากภาษาต้นฉบับเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับ (Back-translation with monolingual test) โดยสถาบันภาษา แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.5 ประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care need assessment scale) โดยใช้แบบประเมินของ วาสินี วิเศษฤทธิ์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ (2560)

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยศึกษากับกลุ่มควบคุมก่อน จนครบ 20 รายแรก แล้วตามด้วยการศึกษาในกลุ่มทดลอง 20 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลจากกลุ่มทดลองไปสู่กลุ่มควบคุมที่อาจเกิดขึ้น ป้องกันอิทธิพลและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการการจัดกระทำทางการพยาบาลที่อยู่ในบริเวณเดียวกันกับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) กำหนดให้แต่ละคู่มี ลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องช่วงอายุ เพศ สถานภาพการสมรส และความรุนแรงของโรค ทีละคู่เปรียบเทียบกัน

5.1 กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบจำนวนที่ต้องการ ทั้งสิ้น 20 คน ซึ่งใช้เวลาในการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม เฉพาะวันทำการ ไม่นับรวมวันหยุดราชการและวันเสาร์-อาทิตย์ ใช้เวลา 26 วัน โดยกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2563

5.2 กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมโปรแกรมการการทบทวนชีวิตครบทั้ง 4 ครั้ง ตามระยะเวลาที่กำหนดในโปรแกรม ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เก็บข้อมูลทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยเข้าศึกษาประวัติของกลุ่มตัวอย่างก่อน เพื่อให้ได้ กลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะคล้ายคลึงกัน ในเรื่องช่วงอายุ เพศ สถานภาพการสมรส ตามกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่ ในระหว่างเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง มีผู้ป่วย 3 ราย ออกจากโปรแกรมก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น โดยขอออกจากการทำวิจัย 1 ราย เนื่องจากญาติไม่เห็นด้วยในการทำกิจกรรม กลัวจะเป็นการรบกวนผู้ป่วย กลับบ้านก่อน 1 ราย และมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างได้รับการรักษา 1 ราย ซึ่งเป็นไปตามในเกณฑ์การคัดออก (Exclusions criteria) ทำให้ผู้วิจัยต้องดำเนินการหากลุ่มตัวอย่างทดแทนอีก 3 ราย โดยกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เข้าพบผู้ป่วยทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ รวมทั้งสิ้นใช้เวลา 56 วัน ซึ่งมากกว่าในกลุ่มควบคุมเป็นเวลา 30 วัน ดังนั้น มีผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมโปรแกรมครบทั้ง 4 ครั้งในกลุ่มทดลอง ตามระยะเวลาที่กำหนดรวม 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในเรื่องช่วงอายุ เพศ สถานภาพการสมรส 20 คู่ และแจกแจงคะแนน PPS MMSE-T Spiritual care need ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม							กลุ่มทดลอง						
	คนที่	อายุ	เพศ	สถานภาพการสมรส	PPS	MMSE-T	spiritual care need	คนที่	อายุ	เพศ	สถานภาพการสมรส	PPS	MMSE-T	spiritual care need
1	1	80	ช	คู่	50	30	81	1	81	ช	คู่	60	27	97
2	2	72	ช	คู่	60	26	87	2	73	ช	คู่	60	30	91
3	3	64	ญ	ม่าย	50	30	83	3	65	ญ	ม่าย	50	27	89
4	4	84	ญ	ม่าย	50	25	85	4	81	ญ	ม่าย	60	26	91
5	5	66	ญ	ม่าย	60	26	89	5	66	ญ	ม่าย	50	27	90
6	6	66	ญ	คู่	60	27	86	6	68	ญ	คู่	50	27	93
7	7	83	ญ	ม่าย	50	27	88	7	80	ญ	ม่าย	60	27	93
8	8	87	ญ	ม่าย	60	26	86	8	80	ญ	ม่าย	60	26	90
9	9	75	ญ	โสด	60	26	86	9	72	ญ	โสด	60	30	75
10	10	78	ญ	ม่าย	50	25	88	10	73	ญ	ม่าย	60	30	92
11	11	70	ช	คู่	60	30	84	11	70	ช	คู่	60	30	87
12	12	76	ญ	ม่าย	50	25	92	12	78	ญ	ม่าย	50	25	88
13	13	77	ช	คู่	60	26	79	13	76	ช	คู่	50	26	92
14	14	74	ช	โสด	50	30	84	14	73	ช	โสด	50	27	93
15	15	61	ญ	คู่	60	27	87	15	66	ญ	คู่	60	30	86
16	16	69	ช	คู่	50	30	88	16	67	ช	คู่	60	27	84
17	17	60	ช	คู่	60	26	91	17	61	ช	คู่	60	30	89
18	18	62	ช	ม่าย	50	27	85	18	63	ช	ม่าย	50	29	85
19	19	72	ช	คู่	60	27	92	19	75	ช	คู่	50	29	89
20	20	71	ช	คู่	50	25	81	20	73	ช	คู่	50	30	83

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หมายเหตุ PPS หมายถึง คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ MMSE-T หมายถึง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Spiritual care need หมายถึง คะแนนต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ค่ารักษาพยาบาลผู้ดูแลหลัก การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ครั้งแรก โรคประจำตัว คะแนน MMSE-T คะแนน PPS การรักษาที่เคยได้รับ และการรักษาในปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปด้านสุขภาพ						
เพศ						
- ชาย	10	50.0	10	50.0	20	50.0
- หญิง	10	50.0	10	50.0	20	50.0
อายุ ($\bar{x}$= 70.68, S.D. 6.395; Min= 60, Max= 84)						
- 60-69 ปี	9	45.0	7	35.0	16	40.0
- 70-79 ปี	8	40.0	10	50.0	18	45.0
- 80 ปีขึ้นไป	3	15.0	3	15.0	6	15.0
ระดับการศึกษา						
- ไม่ได้รับการศึกษา	-	-	2	10.0	2	5.0
- ประถมศึกษา	1	5.0	3	15.0	4	10.0
- มัธยมปลาย ปวช.	10	50.0	3	15.0	13	32.5
- ปริญญาตรีขึ้นไป	9	45.0	12	60.0	21	52.5
ศาสนา						
- พุทธ	18	90.0	17	75.0	35	87.5
- คริสต์	1	5.0	2	10.0	3	7.5
- อิสลาม	1	5.0	1	5.0	2	5.0
สถานภาพสมรส						
- คู่	10	50.0	10	50.0	20	50.0
- ม่าย	7	35.0	7	35.0	14	35.0
- โสด	3	15.0	3	15.0	6	15.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
- ไม่ได้ทำงาน	14	70.0	7	35.0	21	52.5
- ข้าราชการ เกษียณ บำนาญ	4	20.0	7	35.0	11	27.5
- ทำงานบ้าน	-	-	4	20.0	4	10.0
- รับจ้าง	2	10.0	1	5.0	3	7.5
- ธุรกิจส่วนตัว	-	-	1	5.0	1	2.5
ค่ารักษาพยาบาล						
- ต้นสังกัด บำนาญ	9	45.0	12	60.0	21	52.5
- ประกันสุขภาพ 301, 302	9	45.0	4	20.0	13	32.5
- เงินสด	2	10.0	4	20.0	6	15.0
ผู้ดูแลหลัก						
- บุตร หลาน	12	60.0	9	45.0	21	52.5
- สามี ภรรยา	8	40.0	7	35.0	15	37.5
- เครือญาติอื่นๆ	-	-	3	15.0	3	7.5
- อื่นๆ	-	-	1	5.0	1	2.5
การวินิจฉัยโรค						
- CA lung and Brain metas	6	30.0	6	30.0	13	32.5
- CA Breast with lung and bone metas	4	20.0	8	40.0	12	30.0
- CA maxillary with skin metas	2	10.0	3	15.0	5	12.5
- CA Rectum with Brain metas	2	10.0	2	10.0	4	10.0
- CA thymus with lung metas	2	10.0	1	5.0	3	7.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- CA Chordoma with bone metas	2	10.0	-	-	1	2.5
- CA Esophagus with liver and lung metas	1	5.0	-	-	1	2.5
- CA Colon with liver met	1	5.0	-	-	1	2.5
ช่วงระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เป็นครั้งแรก ($\bar{X}$= 15.5, S.D.= 17.805; Min= 3, Max= 72)						
- น้อยกว่า 12 เดือน	14	70.0	15	75.0	29	72.5
- 12-36 เดือน	3	15.0	4	20.0	7	17.5
- มากกว่า 36 เดือนขึ้นไป	3	15.0	1	5.0	4	10.0
โรคประจำตัวที่พบ						
- HT DM	5	25	6	30	11	27.5
- HT DM DLP	2	10	3	15	5	12.5
- ความดันโลหิต	2	10	2	10	4	10.0
- ข้อเข้าเสื่อม	3	15	1	5	4	10.0
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	1	5	2	10	3	7.5
- เบาหวาน	1	5	1	5	2	5.0
- อื่นๆ	1	5	-	-	1	2.5
- ไม่มีโรคประจำตัว	5	25	5	25	10	25.0
จำนวนโรคประจำตัว						
- ไม่มีโรคประจำตัว	4	20.0	6	30.0	10	25
- 1 โรค	7	35.0	4	20.0	11	27.5
- 2 โรค	6	30.0	8	40.0	14	35.0
- 3 โรค	5	25.0	6	30.0	11	27.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน MMSE-T						
- 25	4	20.0	1	5.0	5	12.5
- 26	6	30.0	3	15.0	9	22.5
- 27	5	25.0	7	35.0	12	30.0
- 29	-	-	2	10.0	2	5.0
- 30	5	25.0	7	35.0	12	30.0
คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)						
- 50 (ผู้ป่วยนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น)	10	50.0	10	50.0	20	50.0
- 60 (ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ต้องการความช่วยเหลือบางครั้ง)	10	50.0	10	50.0	20	50.0
การรักษาที่เคยได้รับ						
- ฉายรังสี	6	30.0	10	50.0	16	40.0
- ผ่าตัด+เคมีบำบัด+ฉายรังสี	7	35.0	9	45.0	16	40.0
- เคมีบำบัด+ฉายรังสี	3	15.0	11	55.0	14	35.0
- การผ่าตัด	5	25.0	7	35.0	12	30.0
- เคมีบำบัด	8	40.0	4	20.0	12	30.0
- การผ่าตัด+ฉายรังสี	4	20.0	8	40.0	12	30.0
- การผ่าตัด+เคมีบำบัด	5	25.0	4	20.0	9	22.5
การรักษาในปัจจุบัน						
- ประคับประคอง	20	100.0	20	100.0	40	100.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นเพศชายและหญิง จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.68 ปี มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุดจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 45 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีลักษณะคล้ายกัน คือ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 87.5 มีสถานภาพสมรสคู่เป็น คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 52.5 มีสิทธิ์ค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 และมีผู้ดูแลหลัก คือ บุตร/หลาน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลามมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.5 ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่างที่ 15.5 เดือน มีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 ปี มากที่สุดจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 30 คน คิดเป็นร้อยละ 75 โรคประจำตัวที่พบส่วนมาก คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านทั้งหมด คือ มีคะแนนการช่วยเหลือตนเอง Palliative Performance Scale (PPS) อยู่ในช่วงร้อยละ 40-60 จำนวนทั้งสิ้น 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันในเรื่องของการรักษาที่เคยได้รับ โดยกลุ่มควบคุมส่วนมากเคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว จำนวน 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40 ในขณะที่กลุ่มทดลองส่วนมากเคยได้รับด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี เป็นจำนวน เท่ากัน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองทั้งหมด 40 คนอยู่ระหว่างการได้รับการรักษาในปัจจุบัน เป็นแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนก ข้อมูลด้านจิตวิญญาณ ด้านความต้องการ/ เป้าหมายในชีวิตในการดูแลสุขภาพ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และบุคคลสำคัญที่เป็นกำลังใจ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลด้านจิตวิญญาณ						
ด้านความต้องการ/เป้าหมายในชีวิตในการดูแลสุขภาพ						
- ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการ	15	75.0	13	65.0	28	70.0
- อยู่กับครอบครัวไปเรื่อย ๆ	5	25.0	3	15.0	8	20.0
- รักษาให้หาย	-	-	2	10.0	2	5.0
- จากไปอย่างสงบ	-	-	1	5.0	1	2.5
- อื่น ๆ	-	-	1	5.0	1	2.5
สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ						
- ครอบครัว	19	95.0	20	100.0	39	97.5
- ความดี	1	5.0	-	-	1	2.5
บุคคลสำคัญที่เป็นกำลังใจ						
- บุตร หลาน	11	55.0	13	65.0	24	60.0
- คู่สมรส	7	35.0	6	30.0	13	32.5
- ตนเอง	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ความต้องการด้านจิตวิญญาณ						
($\bar{X}$= 86.73, S.D.= 5.719; Min= 67, Max= 93)						
- ระดับมาก (คะแนน63-93)	20	100	20	100	40	100

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 4 ข้อมูลด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความต้องการ /เป้าหมายในชีวิตในการดูแล คือ ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 70 มีครอบครัวเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 โดยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจะมีบุตรหลาน บุคคลสำคัญที่เป็นกำลังใจ (Key person) จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณเฉลี่ย 86.73 คะแนน อยู่ในระดับมากทั้งหมด 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอเพื่อขอรับการพิจารณารับรองทางด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุมัติ เลขที่ IRB No.519/62 C0A No. 1047/2019 เมื่อวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2562 หมดอายุ 26 กันยายน พ.ศ.2563 (ดังเอกสารในภาคผนวก ข) และได้รับอนุมัติการเข้าถึงและเก็บบันทึกข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 (ดังเอกสารในภาคผนวก ข)

ภายหลังได้รับการอนุมัติเรียบร้อย ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับหลักจริยธรรมพื้นฐาน 3 ข้อของ The Belmont Report (Sims, 2010) ได้แก่ หลักการเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรม ดังนี้ 1) ในกระบวนขอความยินยอม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการทำวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจโดยอิสระที่เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธ และในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัย สามารถแจ้งได้โดยตรงกับผู้วิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการพยาบาลการบำบัดรักษาและการบริการที่ได้รับแต่อย่างใดข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ 3) ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ประเภท มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือในแต่ละส่วน ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ชนิดของโรคมะเร็งและข้อมูลด้านจิตวิญญาณ

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ใช้สำหรับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ (ดังแสดงในภาคผนวก ค) โดย

พิจารณาจากจุดตัด (Cut-off) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Congenital impaired) (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น, 2558) ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ได้คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14-คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อที่ 4, 9, 10) แสดงว่าสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ได้คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน แสดงว่าสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน แสดงว่าสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

ซึ่งผู้ที่มีสงสัยมีภาวะสมองเสื่อมควรส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยยืนยันผลการมีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

1.3 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual care need assessment scale) เป็นแบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย พัฒนาขึ้นโดย วาสินี วิเศษฤทธิ์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ (2560) เพื่อประเมินสุขภาพในมิติจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) ในการคัดกรองผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลสามารถพูดคุย และสอบถามความต้องการด้านจิตวิวิญญาณได้อย่างเป็นระบบและครบคลุมทุกมิติ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยยึดหลังผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบให้ค่าระดับความต้องการ จากไม่ต้องการเลย จนถึงระดับความต้องการมาก โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องเป็นผู้ที่มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก โดยแบบสอบถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ	**คะแนนรายข้อ**
มาก	ระดับ 3
ปานกลาง	ระดับ 2
น้อย	ระดับ 1
ไม่มีความต้องการ	ระดับ 0

มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ (วาสินี วิเศษฤทธิ์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ, 2560)

คะแนน 1-31 หมายถึง ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับน้อย

คะแนน 32-62 หมายถึง ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

คะแนน 63-93 หมายถึง ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก

จากการดำเนินโปรแกรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่จากการการคัดกรองเป็นรายบุคคล ก่อนการทดลองผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ เท่ากับ 87.73 ($\bar{x}$= 87.73, S.D. 6.459; Min= 67 , Max= 93) ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวและต้องการการดูแลตลอดช่วงของการได้รับการรักษา ดังนั้น บุคคลการทางสุขภาพ จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลและดูแลด้านจิตวิญญาณทุกระยะจนกระทั่งระยะสุดท้าย ได้อย่างเหมาะสม ตามความต้องการที่แตกต่างของแต่ละบุคคลเช่นกัน

1.4 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นเครื่องมือที่แปลและแปลย้อนกลับจาก The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS) ของ Dunn (2008) และปรับภาษาให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และใช้สำหรับการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโดยตรง แล้วผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตวิญญาณ

กระบวนการแปล ได้แก่ 1) ดำเนินการขออนุญาตผู้พัฒนาเครื่องมือ 2) แปลเครื่องมือจากภาษาต้นฉบับเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับ (Back-translation with monolingual test) โดยสถาบันภาษา แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 3) ตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องระหว่างภาษาต้นฉบับและภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตวิญญาณของประเทศไทย 5 คน ตามหลักการแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมในความเท่าเทียมกัน 4 ด้านของ Gullemin, Bomdardier & Beaton (1993) (อ้างอิงใน อารีวรรณ อ่วมตานี, 2560) ได้แก่ ความเท่าเทียมด้านความหมาย (semantic equivalence) ความเท่าเทียมด้านการใช้คำสำนวนหรือคำพังเพย (idiomatic equivalence) ความเท่าเทียมของประสบการณ์ (experiential equivalence) และความเท่าเทียมของแนวคิด (conceptual equivalence) 4) เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิจัย นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความ ยาก-ง่าย ต่อความเข้าใจข้อคำถามแต่ละข้อ ก่อนที่จะนำไปเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริงในการวิจัย 5) วิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 30 คนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76 โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ คือ ด้านเป้าหมายและความหมายของชีวิต 4 ข้อ (ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 4 – 24 คะแนน) ความ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เกี่ยวข้องสัมพันธ์ 4 ข้อ (ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 4 – 24 คะแนน) การทำประโยชน์ต่อผู้อื่น 4 ข้อ (ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 4 – 24 คะแนน) และวิถีแห่งความศรัทธา 4 ข้อ รวมทั้งหมด 16 ข้อ (ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 4 – 24 คะแนน) การรวมคะแนนทั้งหมดเข้าด้วยกันจะส่งผลให้คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในช่วง 16 - 96 สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความเลื่อมใสในศาสนาอยู่ภายใน และมีช่วงที่เป็นไปได้จาก 12 - 72 สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่มีความเลื่อมใสในศาสนาอยู่ภายใน

การให้ค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ดังนี้

ระดับการรับรู้ความรู้สึก	**คะแนนรายข้อ**
มากที่สุด	ระดับ 6
ค่อนข้างมาก	ระดับ 5
มาก	ระดับ 4
ค่อนข้างน้อย	ระดับ 3
น้อย	ระดับ 2
น้อยที่สุด	ระดับ 1

มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Dunn, 2008)

คะแนน 16-42 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับน้อย

คะแนน 43-69 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

คะแนน 70-96 หมายถึง ความผาสุกจิตวิญญาณในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบและแก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำ จากนั้นนำเครื่องมือที่ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง จำนวน 1 คน จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ 1 คน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลแบบประคับประคองจำนวน 1 คน พยาบาลประจำการที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เรื่องการพยาบาลแบบประคับประคอง 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ครอบคลุม ถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษารูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ตลอดจนการนำเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมตรงตามเนื้อหา ได้แก่ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ตามหลักการแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมในความเท่าเทียมกัน 4 ด้านของ Gullemin, Bomdardier & Beaton (1993) (อ้างในอารีวรรณ อ่วม

ตานี, 2560) ได้แก่ ความเท่าเทียมด้านความหมาย ความเท่าเทียมด้านการใช้คำสำนวนหรือคำพังเพย ความเท่าเทียมของประสบการณ์ และความเท่าเทียมของแนวคิด จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน โดยยึดถือความคิดเห็นต้องการของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ใน 5 คน ภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาสรุปได้ ดังนี้

1.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 1 มีข้อเสนอแนะในการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล ให้ปรับจากเงินเชื่อ เป็นประกันสุขภาพแทน ในส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพให้ระบุว่านำมาจากแฟ้มประวัติ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งให้ระบุชัดเจนว่าเป็นระยะเวลาตั้งแต่เป็นครั้งแรก ส่วนที่ 3 ให้ระบุชัดเจนว่าเป็นเป้าหมายในชีวิตในการดูแลสุขภาพ

1.12 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ผู้วิจัยไม่ได้ส่งตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานเป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันแพร่หลายทั่วโลก ได้รับการแปลและใช้ในประเทศไทยกันอยู่ปัจจุบัน รวมทั้งกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558) ใช้เครื่องมือนี้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (congenital impaired) ทั่วประเทศ

1.1.3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ปรับคำแทนตัวเองจาก “ข้าพเจ้า” เปลี่ยนเป็น “ฉัน” ในคำถามข้อ 11 แก้ไขจาก “ฉันคิดว่าการสละเวลาและความสามารถพิเศษของตัวเองเป็นสิ่งคุ้มค่า” เป็น “ฉันคิดว่าการสละเวลาและการใช้ความสามารถพิเศษของตัวเองช่วยเหลือสังคม/ผู้อื่น เป็นสิ่งคุ้มค่า”

นำแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ CVI ≥ .80 เป็นค่าที่ยอมรับได้ว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2008) โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นว่าสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .875

2. ตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบหาความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 18B1, 18B2, 19B1 และ 19B2 จำนวน 30 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษารูปแบบ ความเหมาะสมของระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมในการนำไปใช้ก่อนที่จะนำไปเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริงในการวิจัย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability analysis) ของเครื่องมือด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ค่าที่ยอมรับได้คือ .70-.90 (Devellis, 2016) จากการตรวจสอบค่าแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 ซึ่งค่าความเที่ยงของต้นฉบับ Dunn (2008) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต และสื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรมการทบทวนชีวิต โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 โปรแกรมการทบทวนชีวิต โดยผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดการทบทวนชีวิต ตามแนวคิดของ Ando (2010) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการทบทวนชีวิต (Life review) ของ Ando (2010) ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

2.1.2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการทบทวนชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (Relationships) 2) ทบทวนชีวิตด้วยการสัมภาษณ์ (Life review 8 Question) 3) ทบทวนชีวิตด้วยสิ่งกระตุ้นโดยการใช้อัลบั้มภาพ (Life story Album) และ 4) สรุปการทบทวนชีวิต (Conclusion)

2.1.3 กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมตามแนวคิดการทบทวนชีวิต (Life review) ของ Ando (2010) เตรียมการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยดำเนินกิจกรรมครอบคลุม 4 กิจกรรม (ตามข้อ 2.1.2)

2.1.4 แผนกิจกรรม

2.1.4.1 กิจกรรมที่ 1 (Relationships) ในวันแรกพบ สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ให้เกิดความมั่นใจและไว้วางใจ ให้ข้อมูล คำแนะนำ และคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ

2.1.4.2 กิจกรรมที่ 2 การทบทวนชีวิตด้วยการสัมภาษณ์ (Life review 8 Question) การทบทวนชีวิต ผ่านการสัมภาษณ์ด้วยคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ด้วยการระลึกเรื่องราวในอดีตให้ได้เห็นคุณค่า ความหมาย ความสัมพันธ์ ความเชื่อและความหวังในชีวิต

2.1.4.3 กิจกรรมที่ 3 ทบทวนชีวิตด้วยสิ่งกระตุ้นโดยการใช้อัลบั้มภาพ (Life story Album) สร้างอัลบั้มจากการทบทวนชีวิตร่วมกับผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์จากคำตอบการทบทวนชีวิตผ่านแนวคำถาม 8 ข้อ ผ่านสิ่งกระตุ้นเห็นภาพความทรงจำที่ประทับใจและช่วงเวลาที่มีความสุข

2.1.4.4 กิจกรรมที่ 4 สรุปการทบทวนชีวิต (Conclusion) สรุปผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมสิ่งที่ได้จากการทบทวนชีวิต จากนั้นส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการดูแลแบบประคับประคองที่เกี่ยวข้อง

2.2 สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรมการทบทวนชีวิต

2.2.1 สมุดอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต (Life story album) เป็นสมุดบันทึกเรื่องราวอัลบั้มภาพเรื่องราวในชีวิต เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความผาสุกผ่านสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นภาพความทรงจำที่ประทับใจและช่วงเวลาที่มีความสุขอย่างชัดเจน สรุปการทบทวนชีวิต กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงเข้าสู่เหตุการณ์ในปัจจุบัน โดยใช้รูปภาพที่ระลึกในอดีตที่เกี่ยวกับเรื่องราวความประทับใจ และให้ผู้ป่วยอธิบายถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องและอธิบายเรื่องราวทั้งหมด จากนั้นผู้วิจัยนำมาสรุปและเรียบเรียงให้เรียบร้อยอีกครั้ง เมื่อเสร็จสมบูรณ์แล้วก็นำสมุดดังกล่าวมอบให้แด่ผู้ป่วยได้อ่านและเก็บกลับไปเป็นที่ระลึก เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสมุดเล่มนี้เป็นเรื่องราวของผู้ป่วยเอง (ดังภาคผนวก ค)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการวิจัย

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย โปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบและแก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำ จากนั้นนำเครื่องมือที่ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง จำนวน 1 คน จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ 1 คน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลแบบประคับประคองจำนวน 1 คน พยาบาลประจำการที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เรื่องการพยาบาลแบบประคับประคอง 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ครอบคลุม ถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษารูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน (ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม) โดยยึดถือความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ใน 5 คน

ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับแก้ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยว่า พร้อมพูดคุย ไม่มีอาการทุกข์ทรมานในการพูดคุย คำถามแต่ละคำถามมีความเหมาะสมต่อการทบทวนชีวิต มีข้อเสนอแนะให้นำไปทดลองใช้จริงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะและคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มการทดลอง จำนวน 3 คน หลังจากนำโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต ไปทดลองใช้จริงกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมด้านการใช้ภาษา ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจภาษาที่ใช้ในโปรแกรมได้ นอกจากนี้ยังมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ในโปรแกรม

1.1.5 คู่มือโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล ไม่มีการปรับแก้ข้อความ มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมหากนำไปใช้ในอนาคต คือ ควรมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการประเมินความเชื่อมั่นของพยาบาลในการใช้คู่มือ ในเรื่องความพร้อม ความรู้และทักษะ เช่น การกำหนดให้มีการศึกษาคู่มืออย่างน้อยกี่รอบ และมีการประเมินถึงความเข้าใจในเนื้อหาแต่ละบท

2. ตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 3 คนประเมินความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของเนื้อหา สรุปได้ดังนี้

2.1 โปรแกรมการพยาบาลการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ขั้นตอนการดำเนินการทดลองทำให้สูงอายุได้มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

2.2 การทำอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุชอบใจ และอยากได้เก็บกับไปเป็นที่ระลึกให้ลูกหลานดูทุกราย

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นจัดกระทำกับปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อม คือ การเพิ่มความเข้มแข็งบุคคลภายใน โปรแกรมการทบทวนชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคอง เครื่องมือกำกับการวิจัย ได้แก่ แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง (Inner strength scale) ของ Lundman et al; (2011) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยดวงดาว อุบลแย้มและจินตนา วัชรสินธุ์ (2561) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 หัวข้อย่อย คือ ความเข้มแข็ง ความคิดสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์และความยืดหยุ่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 การให้ค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ดังนี้

ระดับการรับรู้ความรู้สึก	คะแนนรายข้อ
มากที่สุด	ระดับ 6
ค่อนข้างมาก	ระดับ 5
มาก	ระดับ 4
ค่อนข้างน้อย	ระดับ 3
น้อย	ระดับ 2
น้อยที่สุด	ระดับ 1

มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ (ดวงดาว อุบลแย้ม และจินตนา วัชรสินธุ์, 2561)

คะแนน 20-52 หมายถึง ความเข้มแข็งภายใน ระดับน้อย

คะแนน 53-86 หมายถึง ความเข้มแข็งภายใน ระดับปานกลาง

คะแนน 87-120 หมายถึง ความเข้มแข็งภายใน ระดับมาก

เกณฑ์การกำหนดในข้อตกลง

กำหนดให้ เกณฑ์การผ่าน คือ คะแนนในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยมีคะแนน มากกว่า 87-120 หมายถึง มีความเข้มแข็งภายใน อยู่ในระดับมาก จากการทดลอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากเดิมทั้งหมด 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 โดยมีอยู่ในระดับมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งภายในตนเอง เท่ากับ 99.15 ($\bar{X}$= 99.15, S.D. 11.282; Min= 88 , Max= 130)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบและแก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำ จากนั้นนำเครื่องมือที่ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง จำนวน 1 คน จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ 1 คน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลแบบประคับประคองจำนวน 1 คน พยาบาลประจำการที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เรื่องการพยาบาลแบบประคับประคอง 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ครอบคลุม ถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษารูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน (ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม) โดยยึดถือความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ใน 5 คน

ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับแก้ โดยไม่มีการปรับแก้ข้อความ มีข้อเสนอแนะ ให้เพิ่มการกล่าวเหตุผลเรื่องความเข้มแข็งภายใน ใช้แบบประเมินไว้ในกรอบการวิจัยที่ว่าผู้ที่จะทำได้ต้องมีความเข้มแข็งภายใน

2. ตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบหาความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 3 คน ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษารูปแบบ ความเหมาะสมของระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมในการนำไปใช้ก่อนที่จะนำไปเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริงในการวิจัย พบว่า มีความเหมาะสมจึงนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ภายหลังผ่านพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2562 (ดังเอกสารในภาคผนวก ข) และได้รับอนุมัติการเข้าถึงและเก็บบันทึกข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 (ดังเอกสารในภาคผนวก ข) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองที่แผนกผู้ป่วยใน หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลองและขั้นประเมินผล ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการทบทวนชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้

1.1.1 ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบประคับประคองชีวิตที่เน้นการทบทวนชีวิต การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1.2 ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยว่องวานิช หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ.2553 ถึงปัจจุบันซึ่งเป็นหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สังกัดสภากาชาดไทย มีบทบาทในการให้คำปรึกษาและการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายกับทีมบุคลากร ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติและผู้ดูแลภายในโรงพยาบาล

1.1.3 ในระหว่างปฏิบัติงานได้เข้าร่วมงานประชุมและอบรมเชิงปฏิบัติการต่าง ๆ ได้แก่ อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “พัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง” ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ วันที่ 18-20 ธันวาคม พ.ศ. 2562 อบรมแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็ง หลักสูตร 10 วัน ของสถาบันมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 1-10 มีนาคม พ.ศ. 2560 ประชุมเชิงปฏิบัติการ “ทักษะการให้คำปรึกษาสำหรับพยาบาล” ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พ.ศ.2557 ประชุมวิชาการ “การบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย” ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 4-6 มีนาคม พ.ศ.2558 เข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการหัวข้อ “Spiritual Care for Hospitalized Patients” โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ในวันศุกร์ที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2561

1.1.4 เพื่อเพิ่มศักยภาพและทักษะด้านการให้ดูแล และให้คำปรึกษาด้านจิตวิญญาณที่เน้นการทบทวนชีวิต ได้แก่ เทคนิคการฟังแบบเอาใจใส่ จับประเด็นเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ และฝึกทักษะการสร้างความไว้วางใจด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยเข้าศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติ เรื่อง การให้คำปรึกษา ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ แนวทางการทบทวนชีวิต และการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายกับ ของ นายแพทย์ลัญฉน์ศักดิ์ อรรฆยากร จิตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญ ของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนนำมาลงมือปฏิบัติจริงในโปรแกรมการวิจัย เมื่อวันที่ 1, 2, 7, 8, 9 และ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2562

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ถึงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุมัติ ตั้งแต่ วันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2562 หมดอายุ 26 กันยายน พ.ศ. 2563 (ดังเอกสารในภาคผนวก ข)

1.3 ขออนุมัติการเข้าถึงและเก็บบันทึกข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 (ดังเอกสารในภาคผนวก ข) ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน และเข้าพบผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยใน หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา เพื่อแนะนำตัว ชี้แจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

1.4 วางแผนดำเนินการวิจัย สำรวจรายชื่อผู้ป่วยใน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดคุณสมบัติไว้ในเกณฑ์การคัดเข้า (inclusions criteria) เป็นผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ในระยะที่ 4 ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ คัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมก่อนทดลอง โดยการกำหนดขั้นตอน ระยะเวลาของการทำกิจกรรมและการเข้าร่วมทำกิจกรรมการทบทวนชีวิต

2. ขั้นดำเนินการวิจัยและประเมินผล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยเริ่มขั้นตอนในการวิจัยโดยการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อสำรวจข้อมูลและคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อนเรียนเชิญเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง ที่แผนกผู้ป่วยใน หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีรายละเอียดดำเนินการ ดังนี้

2.3 การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยใน แนะนำตัว พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการทำวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อย โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.3.1 กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่ได้รับจากพยาบาลประจำการที่ให้การดูแลผู้ป่วยในการพยาบาลแบบประคับประคองของหน่วยงานหอผู้ป่วยใน หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้เวลา 26 วัน

1) ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลา 30-60 นาที โดยการแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขั้นตอนในการเก็บข้อมูลชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วม ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติดังนี้

1.1) ก่อนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

1.1.1) ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาล และทีมการดูแล ร่วมกันวางแผนแนวทางการดูแลผู้เข้าร่วมวิจัยที่เหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

1.1.2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

1.1.3) ภายหลังได้รับการยินยอม ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเปิดเผย

1.2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

1.2.1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยพูดคุยซักถามอาการทั่วไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ สัมผัสด้วยความอ่อนโยน จับมือหรือจับแขนเบาๆ ขณะที่สัมผัสตัวผู้ป่วย

1.2.2) ขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

2) ครั้งที่ 2 ประเมินสภาพทั่วไป (วันที่ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วยไม่เกิน 7 วัน หลังจากที่พบครั้งแรก) ระยะเวลา 30-60 นาที ดำเนินการดูแลแบบประคับประคองโดยพยาบาลปฏิบัติการของหอผู้ป่วยเป็นผู้จัดกระทำ

3) ครั้งที่ 3 ประเมินสภาพทั่วไป (ภายหลังพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 7 วัน) ระยะเวลา 30-60 นาที ดำเนินการดูแลแบบประคับประคองโดยพยาบาลปฏิบัติการของหอผู้ป่วยเป็นผู้จัดกระทำ

4) ครั้งที่ 4 ประเมินความผาสุกทางวิญญาณ (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 7 วัน) ระยะเวลา 30-60 นาที ขอความร่วมมือในประเมินความผาสุกทางวิญญาณหลังดำเนินกิจกรรมเสร็จ จากนั้นกล่าวขอบคุณและมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการดูแล พยาบาลปฏิบัติการเพื่อประเมินสภาพจิตใจ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงดูแลบรรเทาอาการต่างเพื่อลดความทุกข์มรมาน ความไม่สุขสบายอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับกิจกรรมการทบทวนชีวิตเพิ่มเติม จากการพยาบาลปกติ เพื่อพัฒนาหรือส่งเสริมความผาสุกด้านจิติวญญาณ ณ หอผู้ป่วยใน หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้เวลา 56 วัน

1) ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Relationships) ระยะเวลา 30-60 นาที สื่อที่ใช้ในการประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) ประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ 2) ตัวอย่างสมุดอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต (Life story album)

1.1) ก่อนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

1.1.1) ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาล และทีมการดูแล ร่วมกันวางแผนแนวทางการดูแลผู้เข้าร่วมวิจัยที่เหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

1.1.2) แนะนำตัวกับผู้ป่วยและครอบครัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

1.1.3) ภายหลังได้รับการยินยอม อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อผู้ป่วยอย่างเปิดเผย

1.2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

1.2.1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยพูดคุยซักถามอาการทั่วไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ สัมผัสด้วยความอ่อนโยน จับมือหรือจับแขนเบาๆ ขณะที่สัมผัสตัวผู้ป่วย

1.2.2) แจ้งกิจกรรมการทบทวนชีวิต กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ระยะเวลา

1.2.3) ขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

1.2.4) พยาบาลนัดหมายผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

2) ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ทบทวนชีวิตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ (Life review 8 Question) ระยะเวลาที่ใช้ 60-120 นาที (วันที่ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วยไม่เกิน 7 วันหลังจากที่พบครั้งแรก) สื่อที่ใช้ในการประกอบกิจกรรม กิจกรรม ประกอบด้วย

2.1) กล่าวทักทายประเมินสภาพทั่วไป ซักถามอาการสังเกตสีหน้าท่าทาง อารมณ์ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม

2.2) การสนทนาต้องใช้เทคนิคในกระบวนการสนทนา “ขั้นเปิด” (opening) กล่าวทักทาย แนะนำตัว การพูดคุยทั่วไป ประเมินความรู้ ประเมินความต้องการ และจุดประสงค์ในการคุยครั้งนี้ “ขั้นระหว่างกลาง” (middle part/ body) การสื่อสาร 2 ทาง โดยผู้วิจัยใช้ทักษะการสังเกต (observing) สีหน้า กิริยาท่าทางของผู้ป่วยเมื่อมีความพร้อมในการทำกิจกรรม โดยผู้ป่วยจะเชิญชวนให้มานั่งใกล้ ๆ และกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม

2.3) พยาบาลเริ่มนำเข้าสู่คำถามทำข้อที่ 1 โดยใช้ทักษะการคำถาม (question) เช่น ถ้าคุณต้องการจะบอกอะไรแก่คนที่สำคัญของคุณในตอนนี้ คุณคิดว่าคุณอยากจะบอกอะไรเขาบ้าง เมื่อผู้ตอบคำถามในแต่ละข้อผู้วิจัยต้องใช้ทักษะการขยายความ (clarifying) ในการตอบคำถามเพื่อนำไปสู่คำถาม และคำตอบในข้อถัดไปได้ จากนั้นผู้วิจัยและถามไปครบทั้ง 8 ข้อโดยไม่ต้องเรียงลำดับ

2.4) พยาบาลนำเข้าสู่การสัมภาษณ์เพื่อการทบทวนชีวิตเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมาเน้นให้ผู้สูงอายุเล่าเหตุการณ์สำคัญประสบการณ์ชีวิตด้านบวกเพื่อระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุขและค้นหาความสำเร็จของชีวิตโดยผ่านคำถาม 8 ข้อ ได้แก่

(1) อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต

(2) ความทรงจำที่น่าประทับใจที่สุดคืออะไร

(3) เหตุการณ์ใดหรือบุคคลใดมีผลต่อชีวิตของคุณที่มากสุด

(4) บทบาทที่สำคัญที่สุดในชีวิตของคุณคืออะไร

(5) ช่วงเวลาที่น่าภาคภูมิใจที่สุดในชีวิตของคุณ

(6) มีเรื่องราวอะไรเกี่ยวกับตัวคุณที่ครอบครัวต้องทราบบ้าง

(7) คุณต้องการจะบอกอะไรกับคนในครอบครัวและอยากให้จดจำ

(8) คำแนะนำหรือข้อคิดในการดำเนินชีวิตที่คุณอยากบอกแก่ครอบครัว/คนรุ่นหลัง

ก่อนจบกิจกรรมนำไปสู่“ขั้นปิด” (closing) ผู้วิจัยกล่าวสรุป จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามในข้อที่ตนเองสงสัย หรือต้องการความช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก แสดงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย (empathy) ชวนผู้ป่วยสนทนาเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเชื่อและความหวังกำลังใจของผู้ป่วย ตลอดจนการค้นหาและให้การเยียวยาทั้งทางร่างกายและการปลอบใจ (Providing support) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากที่ต้องการพูดคุยเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา จะไม่มีญาติหรือผู้ดูแลอยู่ด้วยขณะดำเนินโปรแกรม แต่สำหรับในที่มีญาติหรือผู้ดูแลอยู่ด้วยขณะดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุมักจะมีอาการแสดงอารมณ์ความรู้สึกเงียบ พูดคุยน้อยกว่าเวลาที่อยู่ตามลำพังกับผู้วิจัย ซึ่งคำถามทั้ง 8 ข้อดังกล่าวอาจไม่ต้องเรียงลำดับ และถามให้ครบ 8 ข้อ

2.5) พยาบาลอ่านสิ่งที่บันทึกจากคำตอบหรือคำบอกเล่าให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังเพื่อทวนสอบว่าเป็นจริงและมีเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเพิ่มเติมหรือแก้ไขสะท้อนเรื่องราวที่ประทับใจช่วงเวลาที่มีความสุขและความสำเร็จจากสิ่งที่ผู้สูงอายุได้ทบทวน

2.6) พยาบาลนัดหมายผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

2.7) พยาบาลประสานงานส่งต่อข้อมูลสรุปสาระสำคัญของคำตอบที่ได้จากแนวคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ให้กับทีมการดูแลพยาบาลปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามหลักการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย

3) ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ทบทวนชีวิตด้วยสิ่งกระตุ้นโดยใช้อัลบั้มภาพ (Life story album) (ภายหลังพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 7 วัน) ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที สื่อที่ใช้ในการประกอบกิจกรรม ตัวอย่างสมุดอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต (Life story album) กิจกรรม ประกอบด้วย

3.1) พยาบาลกล่าวทักทายประเมินสภาพทั่วไป ซักถามอาการ สังเกตสีหน้าท่าทางอารมณ์ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินถึงความพร้อมของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม

3.2) พยาบาลนำเข้าสู่การสัมภาษณ์เพื่อการทบทวนชีวิตเรื่องราวในอดีตโดยนำมาทำเป็นอัลบั้มภาพร่วมกับผู้สูงอายุ

3.3) พยาบาลนำภาพที่ได้จากการทบทวนชีวิตจากการพบครั้งที่ 2 มาให้ผู้สูงอายุได้ดูและร่วมกันสร้างอัลบั้มภาพ ดังนี้

(1) ใช้กระดาษ ร้อยปอนด์ หนา 200 แกรม ผิวเรียบพื้นขาว ไม่มีเส้น ขนาด A5 สำหรับเป็นพื้นในการจัดวางรูป ในการติดรูปภาพ

(2) รูปภาพที่นำมาติดเป็นรูปที่ได้จากผู้ป่วยหรือญาติ

(3) เย็บเล่มด้วยการเจาะรูขอบกระดาษและรอยด้วยเชือกตกแต่งสีตามที่ผู้ป่วยชอบ

(4) ตรวจสอบความถูกต้องของรูปภาพร่วมกับผู้ป่วย

จากการทำกิจกรรมดังกล่าว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนุกกับการทำอัลบั้มภาพของตนเอง และรู้สึกภูมิใจที่ได้คัดเลือกภาพที่ตนเองมีความประทับใจในอดีตมาเก็บรวมรวมไว้เป็นอัลบั้มๆ

3.4) พยาบาลให้ผู้สูงอายุเล่าหรือบรรยายอัลบั้มภาพของตน เพื่อเชื่อมโยงการย้อนคิดระลึก (recall) ความทรงจำในอดีต (memories) ผ่านการมองย้อนคิดกลับไปในอดีตไตร่ตรองและทบทวนสะท้อนความรู้สึกของตนเอง (self-reflection) พิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นทำ ให้เกิดมุมมองใหม่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับชีวิต และเห็นมุมมองที่เคยมองข้ามจากสิ่งที่ผู้สูงอายุได้ทบทวนชีวิต จากการทำกิจกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะยิ้มไปทำกิจกรรมไป และหัวเราะบางครั้งเมื่อพูดถึงเรื่องที่มีความสุขและน่าจดจำ ผู้สูงอายุบางรายบอกว่า มีความหวังที่จะมอบอัลบั้มนี้ให้กับครอบครัว หรือลูกหลานของตนเองเพื่อให้จดจำเรื่องราวของตนเอง เมื่อจากไป ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาเสริมความเข้มแข็งภายใน จากการมองย้อนคิดกลับไปในอดีตไตร่ตรองและทบทวนสะท้อนความรู้สึกของตนเอง (self-reflection) พิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นทำ ให้เกิดมุมมองใหม่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับชีวิต

3.5) พยาบาลนัดหมายผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

3.6) พยาบาลประสานงานส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการดูแล พยาบาลปฏิบัติการเพื่อดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนกระบวนการพยาบาลอย่างครบองค์รวมที่ต่อเนื่อง

4) ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 สรุปการทบทวนชีวิต (Conclusion) (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 7 วัน) ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที สื่อที่ใช้ในการประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย สมุดอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต (Life story album) กิจกรรม ประกอบด้วย

4.1) พยาบาลกล่าวทักทายประเมินสภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ โดยการซักถามอาการประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ ประเมินสัญญาณชีพเพื่อประเมินถึงความพร้อมของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.2) พยาบาลนำเสนออัลบั้มภาพเรื่องราวที่ผู้สูงอายุได้เล่าให้ฟังในการพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ที่ผ่านมา โดยให้ผู้สูงอายุได้ตรวจสอบความถูกต้องร่วมกันกับพยาบาลอีกครั้ง พร้อมกันนั้นเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึกที่ได้จากการทบทวนชีวิตและการได้รับสมุดอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต สอบถามถึงเรื่องราวที่ผู้สูงอายุอยากบอกเพิ่มเติม

4.3) พยาบาลและผู้สูงอายุร่วมกัน สรุปเรื่องราวที่ได้จากการทบทวนชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดภาพความคิดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยพยาบาลสะท้อนเรื่องราวชีวิตของผู้สูงอายุจากแบบบันทึกข้อมูลการทบทวนชีวิต

จากการทำกิจกรรมดังกล่าวผู้วิจัยสังเกตว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แสดงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ชีวิตมีความหมาย ได้รับความรักและความเอาใจใส่ จะมีความปรารถนาส่งต่อความรู้สึกดี ๆ ให้กับลูกหลาน อยากให้จดจำว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และบางรายกล่าวว่า “หากจะมีวันหนึ่งที่นอนอยู่แต่บนเตียง (อาการ) แย่ลงไป ในวันที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ก็อยากให้จบไปตามธรรมชาติ ไม่อยากให้คนอื่นต้องมาลำบากคอยเป็นห่วง ไม่ต้องมายื้อ” เมื่อผู้วิจัยสะท้อนเรื่องราวในอดีต ผู้สูงอายุกล่าวว่า “ยิ่งได้กลับมาคิดย้อนไป ก็คิดนะว่าชีวิตไม่ต้องการอะไรแล้ว ขอแค่ไม่เจ็บไม่ปวดก็พอ มันทรมาน”

จากนั้นนำผู้สูงอายุเข้าสู่ขั้นตอนการวางแผนการดูแล การให้แรงเสริมด้านต่าง ๆ ที่เป็นการช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม จนถึงสิ่งที่จะก่อให้กำลังใจที่เหมาะสมก็สามารถนำมาใช้ตลอดจนการให้คำปรึกษา มุมมองต่อการใช้ชีวิตในอดีตและปัจจุบัน สื่อสารกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ส่งต่อข้อมูลเพื่อความเข้าใจผู้ป่วยและญาติอย่างลึกซึ้ง และสามารถให้การดูแลต่อเนื่องไปในทางเดียวกัน จนก่อให้เกิดความผาสุกร่วมกัน มีความเข้าอกเข้าใจอย่างเป็นกลาง

4.4) พยาบาลซักถามผลดีของการได้รับการทบทวนชีวิต สอบถามความรู้สึกรวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

4.5) พยาบาลเสนอแนะผู้สูงอายุว่าสามารถนำอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต (Life story album) เล่มนี้ไปเผยแพร่ให้กับลูก หลาน เพื่อน หรือผู้อื่นให้ได้เรียนรู้กับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุได้ด้วยเช่นกัน

4.6) พยาบาลขอความร่วมมือผู้สูงอายุในการตอบแบบประเมินความเข้มแข็งภายในโดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

4.7) พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงความพร้อมในการร่วมกันวางแผนเรื่องการจัดการในวาระท้ายของชีวิต (Advance care plan) และให้การสนับสนุนเมื่อผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการจัดการในวาระท้ายของชีวิต

4.8) กล่าวขอบคุณผู้สูงอายุและยุติการเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.9) พยาบาลส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการดูแลพยาบาลปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินสภาพจิตใจ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงดูแลบรรเทาอาการต่างเพื่อลดความทุกข์ทรมานความไม่สุขสบายอย่างต่อเนื่อง

4.10) พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

4.11) พยาบาลกล่าวขอบคุณและมอบสมุดอัลบั้มภาพเรื่องราว ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเพื่อเป็นที่ระลึกในการเข้าร่วมกิจกรรม

4.12) ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง สร้างคู่มือการลงรหัสและลงรหัสข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

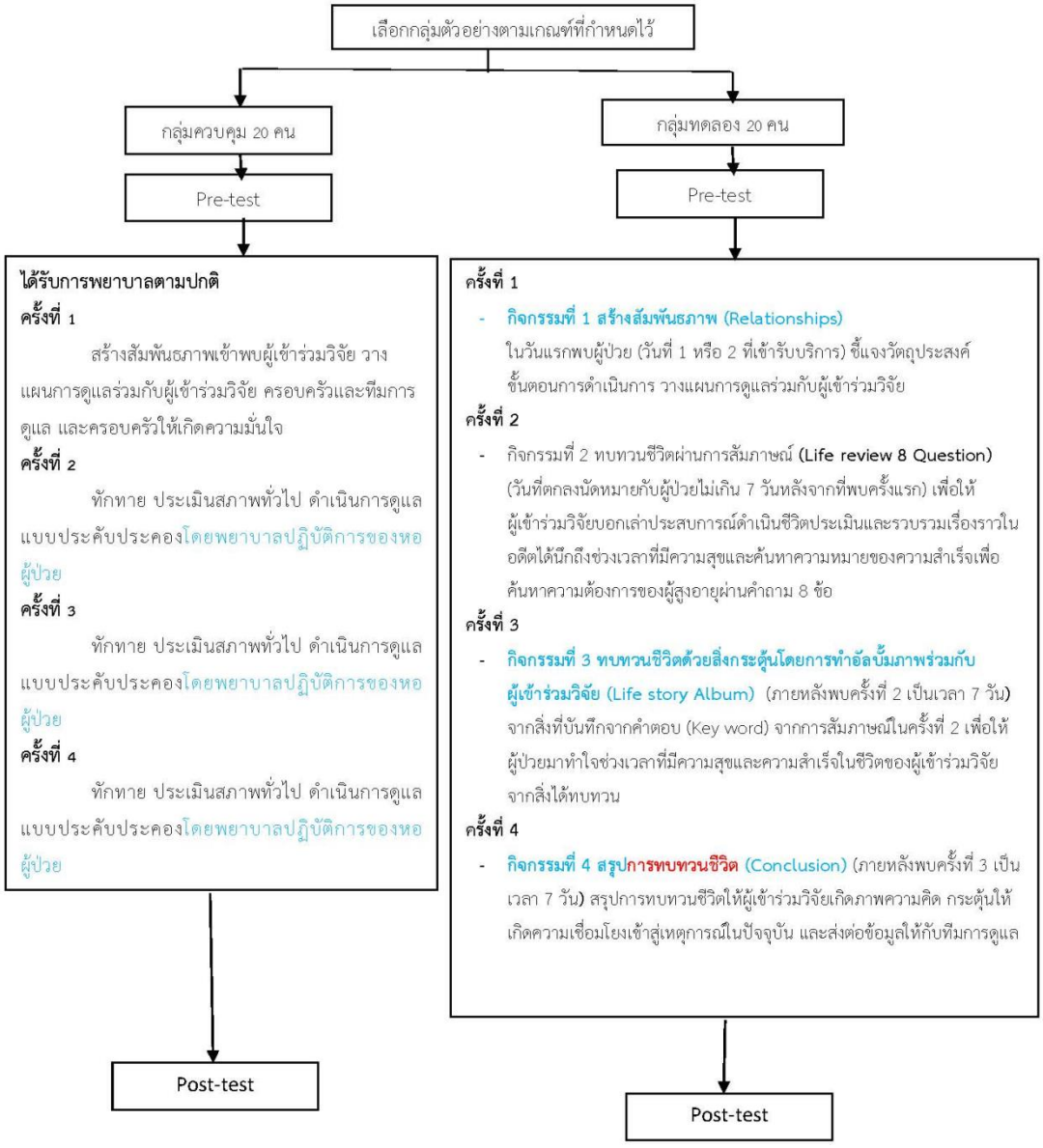
1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที Dependent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที Independent t-test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และเพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้วิจัยขอนำเสนอสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต

2. เปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1. การเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การทบทวนชีวิต	n	$\bar{x}$	SD	SE	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	20	63.25	4.494	.651	ปานกลาง	8.502	19	.000
หลังการทดลอง	20	74.05	4.032	.902	มาก			

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง เท่ากับ ($\bar{x}$= 63.25) แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับมาก ($\bar{x}$= 74.05) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายภายหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

2 การเปรียบเทียบความแตกต่างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต จำนวน 20 คน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 คน

กลุ่ม	n	$\bar{x}$	SD	SE	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง								
กลุ่มควบคุม	20	64.45	3.052	.682	ปานกลาง	.988	38	.329
กลุ่มทดลอง	20	63.25	4.494	1.005	ปานกลาง	.988	33.45	
หลังการทดลอง								
กลุ่มควบคุม	20	68.80	2.913	.651	ปานกลาง	8.502	38	.000
กลุ่มทดลอง	20	74.05	4.032	.902	มาก	4.720	34.584	

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 64.45 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 63.25 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$= 68.80) และกลุ่มทดลองมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับมาก ($\bar{x}$= 74.05) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อสังเกตจากการทดลอง

ข้อสังเกตสำหรับการนำโปรแกรมการทบทวนชีวิตไปใช้ในขณะดำเนินการทดลอง ได้แก่

1. การคัดกรองผู้ที่จะใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย

1.1 **การประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale; PPS)** เป็นจุดต้องที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้สูงอายุอยู่ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน เพราะจะเป็นช่วงที่สามารถพูดคุยและตัดสินใจในการเข้าร่วมโปรแกรมได้ ตลอดจนร่วมดำเนินการจนจบโปรแกรม ซึ่งจากการวิจัย พบว่า การที่จะให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยการทบทวนชีวิต ต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง PPS อยู่ในช่วงร้อยละ 40-60 เป็นไปตามที่กำหนด โดยสังเกตได้ว่าผู้ที่มีระดับ PPS ที่คะแนนต่ำกว่านี้ (PPS น้อยกว่าร้อยละ 30) จะใช้ระยะเวลาในการทบทวนชีวิตมากกว่า เนื่องมาจากระดับการรู้สึกตัวลดลง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนน PPS สูง (PPS มากกว่า ร้อยละ 40 ขึ้นไป) จะใช้เวลาในการทบทวนชีวิตน้อยกว่า

1.2 **การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (โดยใช้**แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย **MMSE-T)** เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกายในหลายด้านรวมถึงการได้ยิน หรือ การวิเคราะห์ในเชิงเหตุผล ดังนั้น ในการคัดกรองผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถามต่าง ๆ ตลอดจนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยควรพูดช้า ๆ และชัดเจน เมื่อผู้สูงอายุไม่เข้าใจคำถามหรือกติกาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

1.3 **การสอบถามความต้องการในการเข้ารวมกิจกรรมทุกครั้งที่พบกัน** การเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ต้องมีการสอบถามความต้องการในการเข้ารวมกิจกรรมทุกครั้งที่พบกัน เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางจึงต้องมีการสอบถามความสมัครใจทุกครั้งก่อนเริ่มกิจกรรม

2. การใช้โปรแกรม

2.1 มุ่งเน้นนำมาใช้ในผู้สูงอายุทุกราย เนื่องจาก

2.1.1 ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ จากการดำเนินโปรแกรมส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้มาจากการการคัดกรองเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยพบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องการการดูแลตลอดช่วงของการได้รับการรักษา ดังนั้น บุคคลการทางสุขภาพ จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลและดูแลด้านจิตวิญญาณ

ทุกระยะจนกระทั่งระยะสุดท้าย ได้อย่างเหมาะสม ตามความต้องการที่แตกต่างของแต่ละบุคคลเช่นกัน

2.1.2 จากการวิจัย การทบทวนชีวิตเป็นการระลึกและทบทวนถึงเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ทบทวนชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว มีจุดเด่น คือ การทำให้ผู้สูงอายุได้เห็นถึงข้อดีในตนเอง มีความรู้สึกเชิงบวกกับตนเอง ได้ระลึกถึงสิ่งที่ดีที่ผ่านมา ปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยจากเดิม เป็นมุมมองใหม่ ดังนั้น การทบทวนชีวิตจึงสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุทุกคน เพื่อการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ทุกคน ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจ ยอมรับและเห็นมุมมองใหม่ในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน นำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณในระยะบั้นปลายของชีวิตได้

2.2 การทบทวนชีวิตในระดับบุคคล จากการดำเนินโปรแกรมส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้มาจากการการคัดกรองเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีญาติรวมอยู่ด้วยขณะดำเนินโปรแกรม ผู้สูงอายุมักจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือขณะดำเนินกิจกรรม หรืออาจมีอาการแสดงอารมณ์ความรู้สึกเงียบ แต่หากญาติไม่อยู่ด้วยผู้สูงอายุเหล่านั้นมักจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีหรือพูดคุยมากกว่า จากการสอบถามผู้ป่วยที่มีญาติอยู่ด้วยในบางครั้งผู้ป่วยบอกว่า หากมีคนในครอบครัวอยู่ด้วยจะรู้สึกเกรงใจ และบางครั้งก็มีเรื่องบางเรื่องที่ไม่อยากให้ลูก หรือคนอื่น ๆ รู้ เวลาได้พูดคุยส่วนตัวกับพยาบาลเพียงลำพัง ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะรู้สบายใจ

2.3 ทักษะพยาบาลในการดำเนินการใช้โปรแกรม

2.3.1 ทักษะการขยายความ (clarifying) ในการตอบคำถามเรื่องแนวทางการดูแลอย่างไรจึงจะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุด ทักษะการสอบถาม การให้คำปรึกษาทางออกของปัญหา (examining alternative) อย่างรอบคอบ เพื่อให้เกิดความคิดทางบวกภายหลังการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยใช้คำถามเชิงบวก 8 ข้อ โดยคำนึงถึงเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ทบทวนชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การใช้กลไกป้องกันทางจิต โดยปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยจากเดิมเป็นมุมมองใหม่ในเรื่องความหวังในการเรียน โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นมุมมองการเรียนรู้ภายนอกการเรียนรู้ชีวิตไม่ใช่การเรียนในหนังสือ หรือตำราเรียนเพียงอย่างเดียว

2.3.2 การดูแลด้วยความรักและความเอาใจใส่ (empathy) โดยต้องทำความเข้าใจว่าในสิ่งที่เราไม่เข้าใจนั้นมันอาจจะเป็นความจริง (truth) สำหรับผู้สูงอายุก็ได้ เพื่อเป็นการเชื่อมต่อสายสัมพันธ์ผ่านความรู้สึกระหว่างบุคคล ผู้ดูแล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมกับผู้สูงอายุ จนนำไปสู่สภาวะหนึ่งเดียว (oneness) คือ การหลอมรวมหัวใจของผู้วิจัยและผู้สูงอายุให้เป็นหนึ่งเดียวกัน

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความเข็มแข็งภายใน อันนำไปสู่การเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มุ่งเน้นทบทวนชีวิต (Life review) ในสิ่งที่เป็นความภาคภูมิใจ มีคุณค่าและมีประโยชน์ ตามแนวคิดของ Ando (2010) มาจัดกระทำทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการทบทวนชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

สรุปผลการวิจัย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายภายหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตสูงกว่าก่อนทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลด้านจิตวิญญาณโดยการทบทวนชีวิตสามารถเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้

การให้การทบทวนชีวิตแก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนา/ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของสูงอายุ คือ การให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุอย่างครบองค์รวม ด้วยการประเมินและดูแลจัดการอาการ ผู้วิจัยทำการศึกษาเกี่ยวกับการการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ระยะสุดท้าย โดยนำการทบทวนชีวิต (Life review) ของ Ando (2010) ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มาใช้เป็นแนวทางในการให้ดูแลเพื่อเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยเป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในการทบทวนชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น โดยนำการทบทวนชีวิตเรื่องราวในอดีต ผ่านการไตร่ตรอง นำเอาความรู้สึก สะท้อนคิดจนเกิดมุมมองใหม่ เกิดความเข้มแข็งภายใน ภายใต้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างพึงพอใจและสงบสุขป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการทบทวนชีวิตสามารถเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยเมื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต มีความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนการทดลอง เท่ากับ 63.25 ภายหลังการทดลอง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็น 74.05 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายภายหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 แสดงว่าโปรแกรมการทบทวนชีวิตที่จัดทำขึ้น (Treatment) มีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น โดยจากการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยในผู้สูงอายุ ด้วยการประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) เป็นจุดต้องที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการการดูแลด้านการประคับประคองของผู้สูงอายุอยู่ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน เพราะจะเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุสามารถพูดคุยและตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย จากการวิจัย พบว่า การที่จะให้ผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนมากผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง PPS อยู่ในช่วงร้อยละ 40-60 เป็นผู้ป่วยที่มีการช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง เมื่อผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยโปรแกรมการทบทวนชีวิตในขณะอยู่โรงพยาบาล จะทำให้ช่วยพัฒนาความเข้มแข็งภายใน จนทำให้เกิดการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยสังเกตได้ว่าผู้ที่มีระดับ PPS ที่คะแนนต่ำร้อยละ 40 (PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30) จะระยะใช้เวลาในการทบทวนชีวิตมากกว่า เนื่องมาจากระดับการรู้สึกตัวลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนน PPS สูง (PPS มากกว่า ร้อยละ 40 ขึ้นไป) จะใช้เวลาในการทบทวนชีวิตน้อยกว่า และมีประสิทธิภาพมากกว่า ดังนั้น จากการดำเนินโปรแกรมส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้มาจากการการคัดกรองเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยพบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ยังคงมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัว สอดคล้องกับการศึกษาของบุบผา ชอบใช้ (2536) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มี

อายุ 60 ปีขึ้นไปในระยะที่ 3-4 ผลการวิจัย สนับสนุนว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งเป็นผู้ที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ สิ่งที่ให้ความหมาย มีจุดมุ่งหมายในชีวิต สิ่งที่ให้ความหวังและกำลังใจ รับรู้ว่าชีวิตมีความหมาย พอใจในชีวิต สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและวางแผนชีวิตได้ จะนำมาสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับ ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดอายุ 60 ปีขึ้นไป ของ นงเยาว์ กันทะมูล (2546) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง จะมีวิธีการปฏิบัติ เพื่อช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของตนเอ งตามความเชื่อและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต สอดคล้องกับ การศึกษาของ ปัณณธร รัตนิล (2554) ได้นำการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธ มาพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ เช่นเดียวกับ รายงานการศึกษาวิจัย ของพระปลัดวีระชนม์ เขมวีโรและคณะ (2560) พบว่า การสนับสนุนการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนา มีส่วนช่วยให้ค้นหาความหมายของจิตวิญญาณทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ แสงเดือน พรมแก้วงาม (2560) ผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต จะเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง

สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ O'Brien (2006) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ระยะสุดท้ายของชีวิตในสถานดูแลผู้สูงอายุประเทศอเมริกา พบว่ามีผู้สูงอายุจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ การได้ระลึกถึงความหลังความทรงจำ จะทำให้เกิดความสุขทางใจ การมองตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับและเข้าใจศักยภาพของตนในขีดจำกัดที่ลดลงตามประสบการณ์ที่ผ่านมา (O'Brien, 2008) จะสามารถกำหนดแนวทางดำเนินชีวิตที่เหลือ พิจารณายอมรับปัญหาในขณะเจ็บป่วยได้ตามจริง นำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Ando, et al. (2007) พบว่า ภายหลังการทบทวนชีวิตผู้สูงอายุจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและมีความคิดในแง่บวกและมองว่าชีวิตมีความหมาย เช่นเดียวกับรายงานของ Ando, et al. (2008) นำการทบทวนชีวิตของ Butler (1963) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีการสรุปเรื่องราวความประทับใจลงในอัลบั้มภาพส่วนตัว สามารถพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณของสูงอายุโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Ando, et al. (2010) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการทบทวนชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุที่ได้รับการทบทวนชีวิตโดยการสัมภาษณ์และสรุปเรื่องราวประทับใจลงในอัลบั้ม จะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xiao, Pang and Mok (2011) ศึกษาการทบทวนชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศจีน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การทบทวนชีวิตในการดูแลจิตวิญญาณ ส่งเสริมความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์และความตายที่จะมาถึง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากที่กล่าวมาในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถควบคุมอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ จึงมีบทบาทในการให้การดูแลแบบ

ประคับประคอง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้านอย่างเป็นองค์รวมทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณเป็นสำคัญ

ผลการวิจัยนี้จึงสามารถไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาบทบาทพยาบาล ในการดูแลส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องให้การพยาบาล และดูแลด้านจิตวิญญาณทุกช่วงเวลา จนกระทั่งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ตามความต้องการที่แตกต่างของแต่ละบุคคล และยังสามารถนำพัฒนาคุณภาพการบริการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้ผลการวิจัยยังสามารถนำไปพัฒนาบทบาทพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณผ่านการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าการทบทวนชีวิตสามารถพัฒนา หรือส่งเสริมระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้

เปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) กำหนดให้แต่ละคู่มี ลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องช่วงอายุมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน สถานภาพการสมรสและความรุนแรงของโรคระดับเดียวกัน มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบกันทีละคู่ พบว่า คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีคะแนนเฉลี่ย 74.05 ซึ่งเป็นความผาสุกจิตวิญญาณในระดับมาก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 68.80 ซึ่งเป็นความผาสุกจิตวิญญาณในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตที่จัดทำขึ้น (Treatment) มีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอาจไม่ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณตามความต้องการของแต่ละรายบุคคลที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ในอดีตที่ได้จากการทบทวนชีวิตที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากแนวคิดการทบทวนชีวิต (Life review) ของ Ando (2010) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยเสริมสร้างหรือเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ เป็นกระบวนทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้คิดและระลึกถึงเรื่องราวชีวิตในอดีต ไตร่ตรอง นำเอาความรู้สึกสะท้อนคิดจากอดีตสู่ปัจจุบัน จนเกิดมุมมองใหม่เป็นการบำบัด (Therapeutic) มองย้อนกลับไปสู่ความรู้สึกนึกคิดของประสบการณ์ในอดีตจนเกิดความเข้าใจในชีวิตมากขึ้น ปรับวิธีการคิดเดิมในอดีตได้มุมมองใหม่ตามช่วงวัย จนนำมาปรับแนวทางชีวิตในปัจจุบันของตน (Butler, 1973) ทำให้เกิดมุมมองใหม่ในวาระสุดท้าย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลากรที่มีบทบาทในการดูแลและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ช่วยให้ก้าวผ่านพ้นปัญหาในช่วงเวลาดังกล่าวได้ ถือได้ว่าเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาลเป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้าใจและยอมรับสภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสามารถนำมาใช้เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การการทบทวนชีวิต (Life review) ที่เป็นการทบทวนประสบการณ์ความทรงจำต่าง ๆ ในอดีตถึงปัจจุบัน เรื่องราวความภาคภูมิใจ มีคุณค่า มีประโยชน์ สะท้อนความรู้สึกและมุมมอง เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงภายใน โดยมีสื่อกลาง ได้แก่ การทำอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต มาใช้ในการบำบัดจะก่อให้เกิดผลเชิงบวกเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยไม่ก่อให้เกิดอันตราย (David, 2006) ตามหลักการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่มุ่งเน้นการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคที่คุกคามชีวิต ผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทำให้รู้สึกมีคุณค่า เสริมสร้างความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (Haight and Burnside, 1993) ตลอดจนเข้าใจยอมรับและเผชิญกับความตายได้อย่างสงบสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ นำไปสู่การตายดีในที่สุด (Ando, et al., 2010; Butler, 1963)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุ ได้แก่ Ando, et al. (2007) ศึกษาการทบทวนชีวิตโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 12 ราย ผ่านการสัมภาษณ์ 3 ประเด็นได้แก่ 1) เรื่องราวในวัยเด็ก 2) เหตุการณ์ที่ประทับใจในวัยเด็ก 3) เรื่องราวที่ประทับใจในอดีต พบว่า คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและมีความคิดในแง่บวกและมองว่าชีวิตมีความหมาย ($P < .05$) เช่นเดียวกับ Ando, et al. (2008) ได้นำแนวคิดการทบทวนชีวิตของ Butler (1963) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ยที่ 74 ปี) ผ่านการสัมภาษณ์เพิ่มขึ้นเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ 1) สิ่งที่สำคัญหรือความประทับใจที่สุดในชีวิต 2) เหตุการณ์หรือบุคคลที่มีความสำคัญที่สุด 3) บทบาทและความภาคภูมิใจในชีวิต 4) สิ่งที่อยากบอกคน

ในครอบครัว 5) แรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิต จากนั้นสรุปเรื่องราวความประทับใจลงในอัลบั้มภาพส่วนตัว พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (P<.05) สอดคล้องกับ Ando, et al. (2010) ได้ศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิภาพของการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 68 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ยที่ 74 ปี) สัมภาษณ์ผ่านคำถาม 8 ได้แก่ 1) สิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต 2) ความทรงจำที่น่าประทับใจที่สุด 3) เหตุการณ์ใดหรือบุคคลใดมีผลต่อชีวิตมากสุด 4) บทบาทที่สำคัญที่สุดในชีวิต 5) ช่วงเวลาใดที่น่าภาคภูมิใจที่สุดในชีวิต 6) มีเรื่องราวที่ในครอบครัวต้องทราบ 7) สิ่งที่ต้องการจะบอกกับคนในครอบครัว 8) ข้อคิดในการดำเนินชีวิตที่อยากบอกแก่ครอบครัวหรือคนรุ่นหลัง จากนั้นสรุปเรื่องราวประทับใจลงในอัลบั้ม สรุปเรื่องราวเหตุการณ์ที่ประทับใจลงในอัลบั้ม พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .001) (Ando et al., 2010) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xiao, Pang and Mok (2011) ศึกษาการทบทวนชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศจีน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยจำนวน 26 ราย ใช้การทบทวนชีวิตในการดูแลจิตวิญญาณ พบว่า ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นเช่นกันและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งเสริมความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์และความตายที่จะมาถึง โดยไม่รบกวนความเป็นอยู่ของผู้ป่วย (P < .05)

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ข้อมูลงานวิจัยและแนวคิดเหตุผลที่สนับสนุนในการอภิปรายผลการวิจัย จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการทบทวนชีวิต เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากการได้รับการทบทวนชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุ จะได้รับการประเมินและดูแลผู้ป่วยจัดการอาการและปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งภายในเพิ่มขึ้น จนสามารถพัฒนาการยอมรับและเผชิญความตายที่จะมาถึง โดยปราศจากความกลัวและความวิตกกังวล เข้าใจในธรรมชาติของชีวิต ตลอดจนเกิดแรงจูงใจในการเตรียมพร้อมเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผ่านการมองย้อนกลับไป สู่ความรู้สึกนึกคิดของประสบการณ์ในอดีต เกิดความเข้าใจในชีวิตมากขึ้น ปรับวิธีการคิดแบบเดิมในอดีตเปลี่ยนเป็นแนวทางชีวิตในปัจจุบัน ตามลักษณะของแต่ละบุคคล (Butler, 1973) เกิดมุมมองใหม่ในวาระสุดท้ายอันนำไปสู่การเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ทั้งนี้การดำเนินโปรแกรมการทบทวนชีวิต เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้สูงอายุที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มองตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับและมีความเข้าใจในศักยภาพตนเองในขีดจำกัด ที่ลดลงตามประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาได้ (O'Brien, 2008) สามารถกำหนดแนวทางดำเนินชีวิตที่เหลือ พิจารณา ยอมรับปัญหาในภาวะวิกฤติขณะเจ็บป่วยได้ตามจริง

(จินต์จุฑา รอดพาล, 2550; ธิติพร สุวรรณอำภา, 2557) มองชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณค่ามีความหมาย นำไปสู่การวางแผนชีวิตในระยะท้ายอย่างมีสติ (Fang et al., 2012; Taylor, 2006) และนำไปสู่การตายดีในที่สุด

จากหลักฐานและเหตุผลสนับสนุนที่กล่าวมา จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการทบทวนชีวิตเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่มีการแพร่กระจาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเป้าหมายการรักษา เพื่อการประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อน โดยมีระดับคะแนนจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่าง ๆ Palliative Performance Scale (PPS) ที่ร้อยละ 40-60 **มี**ระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำจนถึงระดับปานกลาง ด้วยบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก การดูแลส่งเสริมด้านจิตวิญญาณผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัว (O'Brien, 2017) ด้วยความเข้าใจในผู้ป่วยรายบุคคลตามความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นมิติที่มีความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง และเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล (อุบล จ๋วงพานิช, 2557) นำไปสู่กระบวนการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคองอย่างครบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาหายได้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถนำผลจากการจัดกิจกรรมให้การพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุนำไปประยุกต์ใช้ได้ในผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้ โดยนำโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตไปสอดแทรกในกระบวนการพยาบาลปกติได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่เปราะบาง มีความงอม เมื่อ

เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย มักต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในการได้รับการดูแลเช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุจะเป็นการระลึกและทบทวนถึงเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ทบทวนชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การใช้กลไกป้องกันทางจิต โดยปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยจากเดิม เป็นมุมมองใหม่ในเรื่องความหวังในการรักษาและการปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับและเห็นมุมมองใหม่ในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน นำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณในระยะบั้นปลายของชีวิต

2. ด้านการศึกษา

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการศึกษาการจัดรูปแบบดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายจากโรคได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะมะเร็งได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ อย่างครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยการสนับสนุนให้มีการศึกษาแนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างเข้าถึงจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล โดยสามารถนำโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตไปใช้สอดแทรกในการศึกษาเรียนรู้ในการพยาบาลปกติเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้

3. ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะแรก (หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ครั้งแรก) เป็นการทำวิจัยในกลุ่มที่เพิ่งจะเริ่มได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เป็นช่วงแรก ๆ ซึ่งเป็นก่อนการดำเนินโรคมาถึงระยะสุดท้าย ดังนั้น การศึกษาในผู้ป่วยระยะแรก (หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ครั้งแรก) อาจส่งผลดีต่อการวางแผนในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว

3.2 การศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด โรคไต โรคเกี่ยวกับระบบสมอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความทุกข์ทรมานน้อยลง พร้อมที่จะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต โดยพยาบาลควรมีบทบาทเชิงรุกมากขึ้นในการดูแลทางด้านจิตวิญญาณมากขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

กรรณูดา อิสระกุลฤทธ. (2561). *ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://soursopcancer.com/article. ข้อมูลเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2561

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพ: สำนักงานกิจกราโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก

จิติมาวรรณ บำรุงไทย. (2551). *ผลของการระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน.* ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จินต์จุฑา รอดพาล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และวาสินี วิเศษฤทธิ์. (2550). มุมมองของความตายผู้สูงอายุจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข. 16*(6), 924-933.

จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. (2546). *ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.* วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.กรุงเทพ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล

ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางพยาบาลกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลบำราศนราดูร*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัญฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชินัณ บุญเรืองรัตน์. (2551). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัญฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร

ณัฐวรรณ สุวรรณ, ศรีพรรณ กันธวัง และสุมาลี เลิศมัลลิกาพร. (2561). การวิเคราะห์มโนทัศน์จิตวิญญาณ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร. 24*(1), 1-11.

ณรงค์ ขันตีแก้ว. (2548). โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma). *ศรีนครินทร์เวชสาร.* 20(3). 143-149

ณฤดี กิจทวี. (2552). *ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดวงดาว อุบลแย้ม จินตนา วัชรสินธุ์ และ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2561). โมเดลเชิงโครงสร้างความเข้มแข็งภายในตนเองของภรรยาผู้ดูแลสามีที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารวิจัยสุขภาพ*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

และการพยาบาล. *34*(2), 86-100.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2556). Palliative Care ในประเทศไทยและเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์.ใน บุษยามาส ชีวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด

ฑิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร

ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2560). ผลของ Portal Hypertension และ ภาวะท้องมาน(Ascites). *เอกสารประกอบการสอนเรื่องพยาธิสรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหารและเภสัชบำบัด*, กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2544). ความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตนิยามของพยาบาลที่สังกัดในสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารสภาการพยาบาล*. 16(4), 12-27

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545). *พุทธธรรมเพื่อการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2547). เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์*. 11(2), 36-46

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์

ธนิญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ธิติพร สุวรรณอำภา และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2557). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้บุญกิริยาวัตถุสามต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัญฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร

ธันย์ โสภาคย์. (2545). *เมื่อหมอเป็นมะเร็งภาค 2: ยุทธศาสตร์สุดท้ายในการต่อสู้กับมะเร็ง.* กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับลิชชิ่ง

นงเยาว์ กันทะมูล. (2546). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด Spiritual well-being of the elderly with lung cancer* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนตรลาวัณย์ เกิดหอม. (2548). *ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา. [ออนไลน์], แหล่งที่มา: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/03335/title.pdf. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2561.

บุบผา ชอบใช้. (2537). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัญฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุษยามาส ชีวสกุลยง. (2556). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง = Palliative care*. เชียงใหม่ : โครงการตำราแพทย์เชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. (2547). *การจัดการกับความปวดในการพยาบาลแบบประคับประคอง. วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*. 29(1), 62-69.

ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. (2548*). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร*. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. 30(3), 353-363.

ประเวศ วะสี. (2544). *สุขภาวะทางจิตวิญญาณ*. กรุงเทพ: หมอชาวบ้าน.

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันชาย สิทธิ์พันธุ์. (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. End of life care: improving care of dying*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: อักษรสัมพันธ์

ปัณณธร รัตนิล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 28*(3), 31-43.

พิมพร ลีลาพรพิสิฐ. (2545). *สุคนธบำบัด Aromatherapy.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พรทิพย์ ปุกหุต และทิตยา พุฒิคามิน. (2555). ผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 30*(2), 122-113-120.

พรพิมล ชัยสา. (2558). ผลของการส่งเสริมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยเชียงใหม่.

พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ขันแก้ว, โฆษิต คุ้มทั่ว และสงวน หล้าโพนทัน. (2560). การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วารสารสภาการพยาบาล. 30(1), 16-28.

พระไพศาลวิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยวิธีแบบพุทธ ในไพศาล ลิ้มสถิตและอภิราช ขันธ์เสน (บรรณาธิการ). *ก่อนวันผัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย*.พิมพ์ครั้งที่ 2. 27-48. กรุงเทพ: เอมมี่เอ็นเตอร์ไพรส์

พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพ: ฮายาบุสะ กราฟฟิก

เพ็ญนภา อุ่นสนิท, รัชนี สรรเสริญ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, O'Brien, M.E. Patricia C. M. (2555). การพัฒนาและประเมินคุณภาพเครื่องมือประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.*วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 16(1) 13-28*

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561*). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง).* กรุงเทพ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รจนา วิริยะสมบัติ, ลินจง โปธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, กนกพร สุคำวัง และ ส่งเสริม แสงทอง. (2554). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการปฏิบัติตามหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ การเผชิญปัญหาและคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุไทย. วารสารวิจัยทางการพยาบาล.* 15(3) 203-219

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ. (2559). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. กรุงเทพ: บุญศิริการพิมพ์

วาสินี วิเศษฤทธิ์, สุปรีดา ดียิ่งและจินต์จุฑา รอดพาล. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย. กรุงเทพ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้น

วาสินี วิเศษฤทธิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ. (2562). การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินความ ต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 35*(5), 163-174.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ: แบบองค์รวม*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

วิชัย ฉัตรธนวารี. (2552). โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน ในประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. 361-381. กรุงเทพ: ยูเนี่นน ครีเอชั่น.

วิรุณ บุญนุช. (2557). *ตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http;//www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=322. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2561.

วีรวุฒิ อิ่มสำราญ, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, สมชาย ธนะสิทธิชัย และคณะ. (2557). โรคมะเร็ง (Cancer).

การแพทย์ไทย ๒๕๕๔-๒๕๕๗ First Edition. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: https://www.hiso.or.th/hiso/picture /report/report8_6.pdf. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2561

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก. 2*(3), 27-35.

วัลลภา สังฆโสภณ. (2536) *ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล

ศรีรัตน์ กินาวงศ์และปุญญณิน เขื่อนเพ็ชร์. (2559). ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย. *เชียงรายเวชสาร*. 8 (1), 131-137

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2558). *Management of Non-Pain Symptoms in Palliative Care.* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). Palliative Care : What, Why, When and How? Palliative care คืออะไร?.*วารสารกรมการแพทย์*. 41(1), 19-23

สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิราและอรุณศรี เตชีสหงศ์. (2550). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.

สุชิรา เกตุคง, สมจิต หนุเจริญกุล, Ruth McCorkle, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, ธิราภรณ์ จันดา และวิชัย อิทธิชัยกุลฑล (2553). ประสบการณ์การเผชิญอาการ การดูแลแบบประคับประคอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล.* 14(3) 219-234

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2559).พร้อมรับสังคมสูงวัย: วางระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาว กับทางเลือกระยะท้ายของชีวิต. [ออนไลน์], แหล่งที่มา: https://tdri.or.th/2016/09/health-at-home/สืบค้นเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2561.

สถาพร ลีลานันทกิจ. (2551). *ภาวะสุดท้ายของชีวิต-แนวคิด-ปรัชญา*. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

สุทธิชัย จิตะพันธ์. (2551). *ความเสื่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ชะลอได้*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมพร ปานผดุง. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยหลักพุทธธรรมต่อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล. 30*(1), 17-27.

สมพร รัตนพันธ์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สุมาลี นิมมานนิตย์. (2550). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. กรุงเทพ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์

สันต์ หัตถีรัตน์. (2552). *วาระสุดท้ายที่งดงาม*. กรุงเทพ: หมอชาวบ้าน.

สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง.*กรุงเทพ: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด

แสงเดือน พรมแก้วงาม และ อรัญญา นามวงศ์. (2560). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35*(3), 204-213.

หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2560*). สถิติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. กรุงเทพ: อาคารว่องวานิช

อารยา เจรนุกุล, ลินจง โปธิบาล, โรจนี จินตนาวัฒน์ และส่งเสริม แสงทอง. (2558). การส่งเสริมปัญญา: การวิจัยแบบทดลองทางคลินิกของโปรแกรมตามหลักพุทธศาสนาสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 19*(3), 202-217.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). *การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. (เอกสารอัดสำเนา)

อุบล จ๋วงพานิช. (2557). Spiriyual care:... We Do! ในดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ*). We care ? We Do!.* (23-29) กรุงเทพ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์

ภาษาอังกฤษ

Advanced Cancer and Palliative Care Treatment Guidelines for Patients (2003). NCCN Guidelines Version I / December; page 5-22

American Cancer Society. (2014). Signs and symptoms of cancer. Avaliable from https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html. Retrieved on August 13, 2018

Ando, M., Morita, T. Akechi, T. & Okamoto, T. (2010). Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-Being of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 39*(6), 993-1002. Avaliable from:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

https://doi.org/ 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320. Retrieved on July 23, 2018

Ando, M., Morita, T., Okamoto, T. & Ninosaka, Y. (2008). One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 17*(9), 885-890.

Ando, M., Tsuda, A., Morita, T. (2006). A preliminary study of life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer. 15*(1), 225-231.

Badger, T. A., Segrin, C. F., Aurelio J. H., Joanne, S. K., Passalacqua, S. B., et al. (2011). Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. *Quality of Life Research, 20*(6), 833-844.

Bailey, L.M. (1983). The Effects of Live Music Versus Tape-recorded Music on Hospitalized Cancer Patients. *Music Therapy.* 3(1), 17-28.

Bailey, L.M. (1984). The use of Songs in Music Therapy with Cancer Patients and Their Families. *Music Therapy,* 4(1), 5-17.

Bailey, L.M. (1986). Music Therapy in pain management. *Journal of Pain and Symptom Management,* 1(1), 25-28.

Balboni, T. A., et al. (2007). "Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life." *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560. Avaliable from : "http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2006.07.9046. Retrieved on Jan 21, 2019

Blechacz, B., & Gores, G. J. (2008). Cholangiocarcinoma: advances in pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Hepatology,* 48(1), 308-321.

Boman, E., Gustafson, Y., Häggblom, A., Santamäki Fischer, R., & Nygren, B. (2015). Inner strength–associated with reduced prevalence of depression among older women. *Aging & mental health, 19*(12), 1078-1083.

Burns, N. & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, & generation of evidence.* (6th ed.). *St.Louis, MO*: Saunder Elsevier.

Burns, N. & Grove, S. K. (2010). *Understanding nursing research-E-Book, Building an*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Evidence-Based Practice. St.Louis, MO: Saunder Elsevier.

Butler, R. N. (1963). The Life Review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry.* 26(1), 65-75

Butler, R. N. (1973). Aging & mental health. *Psychosocial approaches*. 26(1), 43-44

Butler, R. N. (1980). The Life Review: an unrecognized bonanza. *International journal og aging and human developmen.* 12(1), 35-38

Butler, R. N. (2007). Life Review. In J. E. Birren (Ed). *Encyclopedia of gerontology (2nd Edition)* (pp. 67-72). New York: Elsevier.

Burkhardt, M. A. (1989). Spirituality: An analysis of the concept. *Holistic nursing practice, 3*(3), 69-77

Calle, E. E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., & Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. *New England Journal of Medicine, 348*(17), 1625-1638.

Cancer Research UK. (2016). Cancer incidence. Available from: https://www.cancerresearchuk.org/ health-professional/cancer-statistics-for-the-uk. retrieved on Sep 12, 2019 .

Carroll-Johnson, R. M., Gorman, L. M. & Bush, N. J. (2006). *Psychosocail nursing care along the cancer continuum.*

Chang, S. Y. (2008). Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing. 38*(4), 493-502.

Chao, A., Thun, M. J., Connell, C. J., McCullough, M. L., Jacobs, E. J., Flanders, W. D., ... & Calle, E. E. (2005). Meat consumption and risk of colorectal cancer. *Jama*, *293*(2), 172-182.

Chow, R. K. (2005). *Life's quest for spiritual well-being: A holistic and gerontological nurse perspective*. *52*(4), 80-83.

Combs, S., Kluger, B. M., & Kutner, J. S. (2013). Research priorities in geriatric palliative care: Nonpain symptoms. *Journal of palliative medicine, 16*(9), 1001-1007.

Daaleman, T. P & Frey, B. B. (2004). The Spirituality Index of Well-Being: a new instrument for health-related quality-of-life research. *The Annals of Family Medicine. 2*(5), 499-503.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Deerassamee S, Martin N, Sontipong S, et al (1999). Cancer in Thailand vol. II 1992-1994 (IARC Technical Report No. 34), Lyon, International Agency for Research on Cancer

DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (Vol. 26): Sage publications.

Dyson, J. C., et al., (1997). The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advanced Nursing. 26*(6), 1183-1188.

Dunn, K. S. (2008). Development and psychometric testing of a new geriatric spiritual well-being scale. *International journal of older people nursing, 3*(3), 161-169. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx. direct=true&db=edsgao&AN=edsgcl. 182757030&site=eds-live. Retrieved on on Sep 25, 2018

Edge, S. B. (2010). *AJCC cancer staging handbook: from the AJCC cancer staging manual* (Vol. 2010): Springer New York.

Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of psychology and theology, 11*(4), 330-338.

Erikson, E. H. (1982) Life cycle completed. New York: Norton.

Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparén, P., Ye, W., Adami, H.-O., & Valdimarsdóttir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *New England Journal of Medicine,* 366(14), 1310-1318.

Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer: Part II Psychological and spiritual well-being. *Cancer nursing,* 21(1), 1-9.

Garland, C., & Garland, J. (2005). *Life review in health and social care: A practitioners guide*. Avaliable from https://books.google.co.th/books?id= P6yKJVRdAeIC&lpg= PP3&ots= Pctey3WDNH&dq=life. Retrieved on Sep 20, 2018

Greenlee, R. T., Murray, T. B., & Wingo, P. A. (2000). Cancer statistics. *Cancer Journal for Clinicians. 50*(1), 7-33.

Guthrie, A. E. and Mazance, P. E. (2004). Cancer. In M. L. Sherman & D. M. Matzo (Eds.).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Gerontologic palliative care nursing. (pp. 190-211). St.Louis: Mosby.

Haber, D. (2006). Life review: Implementation, theory, research, and therapy. *The International Journal of Aging and Human Development, 63*(2), 153-171.

Haight, B.K. and Burnside, I (1993). Reminiscence and life review: Explaning the differences*. Archives of psychiatric nursing*, 7(2), 91-98.

Huguelet, P., & Koenig, H. G. (2009). *Religion and spirituality in psychiatry*: Cambridge University Press

Higginson, I. J., & Costantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer, 44*(10), 1414-14

Hungelmann, J., Rossi, E. K., Klassen, L., & Stollenwerk, R. (1996). Focus on Spiritual Well-Being: Harmonious interconnectedness of mind-body-spirit—Use of the JAREL Spiritual Well-Being Scale: Assessment of spiritual well-being is essential to the health of individuals. *Geriatric Nursing. 17*(6), 262-266.

Jafari, N. Z., Ahmadreza, F.Z., Bahrami, F., Emami, H., and Loghmani A. (2013). The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Psychology, Health & Medicine, 18*(1), 56-69.

Jenko, M., Gonzalez, L., & Alley, P. (2010). Life review in critical care: Possibilities at the end of life. *Critical Care Nurse, 30*(1), 17-27.

Jocham, H.R., Dassen, T., Widdershoven, G., Halfens, R. J. ,et al. (2006). Quality of life assessment in a palliative care setting in Germany: an outcome evaluation. *International jounal of palliative care nursinh*, 15(7), 338-345

Kaczorowski, J. M. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *The Hospice Journal, 5*(3-4), 105-116.

Kang, K. I., Kim J. H., Kim, S., Song, M. and Sim, S. (2009). The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of adolescents with terminal cancer. *Journal of Current Directions in Psychological Science, 312*.

Kaczorowski, J. M. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *The Hospice Journal*, *5*(3-4), 105-116.

Keall, R. M., et al. (2015). "Review Article: Therapeutic Life Review in Palliative Care: A Systematic Review of Quantitative Evaluations." *Journal of Pain and Symptom*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Management. 49: 747-761. Avaliable from: https://doi.org/10.1200/ JCO.2006.07.9046" \t "_blank. Retrieved on June 20, 2018

Keck, V. E. & Walther, Louise S. (1977). Nurse encounters with dying and nondying patients. *Nursing Research, 26*(6), 465-469.

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2007). On grief and grieving : finding the meaning of grief through the five stages of loss. New York, NY : Scribner, 2007. Retrieved fromhttps://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=%20cat05085a &AN%20=chu.b1849053&site=eds-live. Retrieved on June 20, 2018

Kudo-Saito, C., Shirako, H., Takeuchi, T., & Kawakami, Y. (2009). Cancer metastasis is accelerated through immunosuppression during Snail-induced EMT of cancer cells. *Cancer cell*, *15*(3), 195-206.

Kunsongkeit, W., & McCubbin, M. (2002). Spirituality: A concept analysis. *Thai J Nurs Res, 6*(4), 231-240.

Lau, F., Maida, V., Downing, M., Lesperance, M. K., Nicholas, & Kuziemsky, C. (2009). Use of the palliative performance scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *Journal of Pain and Symptom Management, 37*(6), 965-972. Avaliable from; https://doi.org/10.1016/j. jpainsymman. 2008.08.003. Retrieved on June 19, 2018

Lin, H. & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 44*(1), 69-80.

Lo, C., Lin, J., Gagliese, L., Zimmermann, C., Mikulincer, M., and Rodin, G. (2010) Age and depression in patients with metastatic cancer: the protective effects of attachment security and spiritual wellbeing. Ageing and Society, 30(09), 325-336.

Lugton, J., & McIntyre, R. (2006). *Palliative care: The nursing role*. Elsevier Health Sciences.

Luker, K. (1987). Mary McClymont, Silvea Thomas and Michael J. Denham, Health Visiting and the Elderly, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1986, 368 pp., £12.95, ISBN 0 443 03167 3. *Ageing and Society, 7*(4), 500-502. doi:10.1017/S0144686X0001326X

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Lundman, B., Viglund, K., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Fischer, R. S., ... & Nygren, B. (2011). Development and psychometric properties of the Inner Strength Scale. *International journal of nursing studies*, *48*(10), 1266-1274.

MacKinlay, E. (2006). Spiritual Growth and Care in the Fourth Age of Life. London: Jessica Kingsley Publishers.

Mahon, S., & Casperson, D. (1994). Psychosocail concerns associated with recurrent cancer. *Cancer practice*, 3(6), 372-380

Max, M. (1986). World Health Organization cancer pain relief program: Network news. *Journal of Pain and Symptom Management, 1*(1), 53-57.

Mazzotti, E., Mazzuca, F., Sebastiani, C., Scoppola, A., & Marchetti,. P. (2011). Preditors of existential and religious well-being among cancer patient. *Support Care in Cancer*, 19(2), 1931-1937

McClain, C. S., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet, 361*(9369), 1603-1607. Avaliable from; https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7. retrieved on July 23, 2018

Min, H. X. (2011). Development and evaluation of a life review program for Chinese Adanced cancer patients. Hong Kong: the Hong Kong polytechnic university. Moberg,D. O. (1971). Spiritual well-being. [Electronic version]. Available from; http://files.eric.ed.gov/fulltext/ed057348.pdf. retrieved on July 07, 2018,

Mok, E., Wong, F., & Wong, D. (2010). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of advanced nursing*, *66*(2), 360-370.

Narayanasamy, A. (1999). ASSET: A model for actioning sprituallity and spiritual care education and training in nursing. *Nurse Eduaction Today*. 19: 274-285

Narayanasamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of advanced nursing*, *48*(1), 6-16.

National Cancer Institute. (2018). Symptoms of Cancer. Avaliable from https://www.cancer. gov/about-cancer/diagnosis-staging/symptoms. retrieved on

July 20, 2018

Nygren, B. (2006). Inner strength among the oldest old. *A good aging. Umeå University, Medical Dissertations (Dept. Nursing). New series*(1065).

Neubert, M. J., & Halbesleben, K. (2015). Called to commitment: An examination of relationships between spiritual calling, job satisfaction, and organizational commitment. *Journal of Business Ethics*, *132*(4), 859-872.

O'Brien, M. E. (2006). Parush nursing: Meeting spiritual need of elders near the end of life. *Journal of Christian Nursing.* 23(1): 28-33.

O'Brien, M. E. (2008). *Spiritual in nursing: standing on hloly ground*. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.

O'Brien, M. E. (2017). *Spirituality in nursing: Standing on holy ground.* 3rd edition. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.

O'Connor, M. M., & Aranda, S. (2003). *Palliative care nursing: A guide to practice*: Radcliffe Publishing.

Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1978). Loneliness and Spiritual Well-Being as Functions of Living Environment and Professional Status in Adult Women.

Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 224-237.

Pearce, M.J., Coan, A.D., Herndon, J.E., II, Koenig, H.G., & Abernethy, A.P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. Supportive Care in Cancer, 20, 2269-2276. Avaliable from doi:10.1007/s00520-011-1335-1 Retrieved on June 20, 2018

Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of behavioral medicine, 24*(1), 49-58

Pinto, S. F., Laís, M. A., Caldeira, S. & Martins, J.C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal, 2*(1), 6-12. Avaliable from; https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.11.003 Retrieved on June 20, 2018

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.

Poollock, S.E. (1989). The hardiness characteristic: A motivating factor in adaptation. *Advances in Nursing Science,* 11(2), 53-62.

Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., ... & Pugliese, K. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, *12*(10), 885-904.

Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing & Health, 10*(5), 335-344.

Rodriguez, C., McCullough, M. L., Mondul, A. M., Jacobs, E. J., Fakhrabadi-Shokoohi, D., Giovannucci, E. L., ... & Calle, E. E. (2003). Calcium, dairy products, and risk of prostate cancer in a prospective cohort of United States men. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, *12*(7), 597-603.

Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies, 32*(5), 457-468.

Sellers, S. C., & Haag, B. A. (1998). Spiritual Nursing Interventions. *Journal of Holistic Nursing,* 16(3), 338–354. Avaliable from :https://doi.org/10.1177/%200898010 19801600304. Retrieved on Jan 22, 2019

Selman, L., Siegert, R. J., Higginson, I. J., Agupio, G., Dinat, N., Downing, J. and Harding, R. (2012). The “spirit 8” successfully captured spiritual well-being in African palliative care: factor and Rasch analysis. *Journal of Clinical Epidemiology, 65*(4), 434-443. Avaliable from; https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.09.014. Retrieved on July 23, 2018

Sims, J. M. (2010). A brief review of the Belmont report. *Dimensions of critical care nursing*, *29*(4), 173-174.

Skevington, S. M. & Böhnke, J. R. (2018). How is subjective well-being related to quality of life? Do we need two concepts and both measures? *Social Science & Medicine, 206*, 22-30. Avaliable from: https://doi.org/10.1016/j.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

socscimed.2018.04.005. Retrieved on June 20, 2018

Stephenson, P. S., & Berry, D. M. (2014, January). Spirituality and uncertainty at the end of life. In *Oncology nursing forum* (Vol. 41, No. 1).

Taylor, E. J. (2006). Prevalence and Associated Factors of Spiritual Needs Among Patients With Cancer and Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum, 33*(4), 729-735. Avaliable from doi:10.1188/06.ONF.729-735 retrieved on Sep 24, 2018

Thun, M. J., Day-Lally, C. A., Calle, E. E., Flanders, W. D., & Heath Jr, C. W. (1995). Excess mortality among cigarette smokers: changes in a 20-year interval. *American Journal of Public Health, 85*(9), 1223-1230.

Thun, M. J., Peto, R., Lopez, A. D., Monaco, J. H., Henley, S. J., Heath Jr, C. W., & Doll, R. (1997). Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *New England Journal of Medicine, 337*(24), 1705-1714.

Torre, L. A., Bray, F. S., Rebecca L., Ferlay, J., et al. (2015). Global cancer statistics 2012. *Cancer Journal for Clinicians, 65*(2), 87-108.

Tsuang, M. T., & Simpson, J. C. (2008). Commentary on Koenig (2008):"Concerns about measuring 'spirituality'in research". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(8), 647-649

Unsanit, P., Sunsern, R., Kunsongkeit, W., O'Brien, M. E. & McMullen, P.C. (2012). Development and evaluation of the Thai spiritual well-being assessment tool for elders with a chronic illness. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 16*(1), 13-28.

Viglund, K., Jonsén, E., Lundman, B., Strandberg, G., & Nygren, B. (2013). Inner strength in relation to age, gender and culture among old people–a cross-sectional population study in two Nordic countries. *Aging & mental health*, *17*(8), 1016-1022.

WEIL, S. (2017). SUFFERING DIVINE THINGS: SIMONE WEIL AND JEWISH MYSTICISM RICO SNELLER. *Spirituality and Global Ethics*, 9.

Whiteman, D. C., Whiteman, C. A., & Green, A. C. (2001). Childhood sun exposure as a risk factor for melanoma: a systematic review of epidemiologic studies. *Cancer causes & control, 12*(1), 69-82.

Wlodarczyk, N. (2007). The effect of music therapy on the spirituality of persons in an

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

in-patient hospice unit as measured by self-report. *Journal of Music Therapy, 44*(2), 113-122.

Woolf, S. H. (1998). Do Clinical Practice Guidelines Define Good Medical Care?: The Need for Good Science and the Disclosure of Uncertainty When Defining 'Best Practices'. *Chest, 113*(3), 166S-171S

World Cancer Report. (2014). World cancer report 2014. In W.S. BERNARD & C.P.WILD (Eds.), *World Cancer Reports*. Avaliable from http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014 retrieved on June 14, 2018

World Health Organzation. (2002). Pain relief and Palliative Care. In: Nationnal Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed.WHO Geneva 2: 83-91. Avaliable from:https:22who.int/iris/bitstream/handle /10665/42494/9241545577.pdf;jsessionid=AACCB296D3AC8DB7BCBDACAB9205881C?sequence=1. Retrieved on Jan 20, 2019

World Health Organzation. (2008). *Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective prommes: Diagnosis and treatment.* Avaliable from: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis. Retrieved on Sep 25, 2018

World Health Organzation. (2008). *Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective prommes: Early detection.* Geneva: WHO Switzweland. Avaliable from; http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control. retrieved on Sep 25, 2018

World Health Organzation. (2010). World cancer day 2010. Avaliable from http://www.who.int/cancer/en/publications.iarc.fr/Non-Series-Publications /World - Cancer-Reports/World-Cancer-Report-201. Retrieved on June 14, 2018

World Health Organzation. (2011). *Palliative care for older people: better practices. WHO Regional Office for Europe 2011.* Available fromhttp://www. euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/ publications /2011/ palliative -care -for -older -people -better -practices. Retrieved on June 28, 2018

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

World Health Organzation. (2014). *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers.* Avaliable from: http://www .who.int/ncds/ management/palliativecare/palliative_care_services retrieved on June 28, 2018

Wynne, L. (2013). Spiritual care at the end of life. *Nursing Standard (through 2013), 28*(2), 41.

Xiao, H., Kwong, E., Pang, S., & Mok, E. (2011). Perception of a Life review programe among Chinese patients with advance cancer. *Journal of clinical nursing,* 21(3–4), 564–572. Avaliable from: https://doi.org/10.1111/j.13652702.2011. Retrieved on June 28, 2018.

Zur, H. H. (2009). Papillomaviruses in the causation of human cancers—a brief historical account. *Virology, 384*(2), 260-265.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รศ.นพ.ชวลิต เลิศบุษยานุกูล
ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์แพทย์
สถานที่ปฏิบัติงาน สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. นางอุบล จ๋วงพานิช
ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง
สถานที่ปฏิบัติงาน อดีตหัวหน้าหอผู้ป่วยระดับ 8 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

3. **นางจินต์จุฑา รอดพาล**
ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถานที่ปฏิบัติงาน หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

4. **รศ.ดร. จอนผะจง เพ็งจาด**
ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล
สถานที่ปฏิบัติงาน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

5. **นพ. ลัญฉน์ศักดิ์ อรรฆยากร**
ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์แพทย์
สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยและจดหมายขอใช้เครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
ที่ อว 64.11/ 0761 วันที่ 19 มิถุนายน 2562
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชวลิต เลิศบุษยานุกูล อาจารย์แพทย์ประจำสาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชวลิต เลิศบุษยานุกูล
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1362
ชื่อนิสิต นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ โทร. 08-1859-7446

ที่ อว 64.11/ 0732

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นางอุบล จ่วงพานิช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1362
ชื่อนิสิต นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ โทร. 08-1859-7446

ที่ อว 64.11/ 0731

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางจินต์จุฑา รอดพาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางจินต์จุฑา รอดพาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1362
ชื่อนิสิต นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ โทร. 08-1859-7446

ที่ อว 64.11/ 0730

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1362
ชื่อนิสิต	นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ โทร. 08-1859-7446

ที่ อว 64.11/ 0765

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ลัญฉน์ศักดิ์ อรรฆยากร นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์ชีวาภิบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ ลัญฉน์ศักดิ์ อรรฆยากร
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1362
ชื่อนิสิต นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ โทร. 08-1859-7446

ที่ อว 64.11/ 1032

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง รู้สึกตัวดีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้ายของโรค โดยมีหลักฐานทางการแพทย์ เช่น ผลทางพยาธิวิทยาหรือผลทางรังสีวินิจฉัย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusions criteria) จำนวน 70 คน โดยใช้ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ฉบับภาษาไทย The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS) แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง (Inner Strength Scale: ISS) แบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพและด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1362
ชื่อนิสิต นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ โทร. 08-1859-7446

ที่ อว 64.11/ 1453

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 ตุลาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง รู้สึกตัวดีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้ายของโรค โดยมีหลักฐานทางการแพทย์ เช่น ผลทางพยาธิวิทยาหรือผลทางรังสีวินิจฉัย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 18B1, 18B2, 19B1 และ 19B2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusions criteria) จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายฉบับภาษาไทย The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS) แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง (Inner Strength Scale: ISS) แบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพและด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 08-1841-1371
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1362
ชื่อนิสิต	นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ โทร. 08-1859-7446

GSWS

Karen Dunn <kdunn@oakland.edu>

พ 22/5/2019 2:48

ถึง: an_annina@hotmail.com <an_annina@hotmail.com>

สิ่งที่แนบมา 1 รายการ (64 กิโลไบต์)

Geriatric Spirituality Scale.doc;

Dear Atchara,

I just recently returned from overseas so am just now catching up with emails. Thank you for your interest in the GSWS. I have attached the information that you requested and give you permission to use the scale. If you use the scale, please send me any reliability analyses and publications that you had using it.

--

Karen S Dunn, PhD, RN, FGSA
Professor
Maggie Allesee Endowed Chair in Gerontology & Rehabilitation
School of Nursing, room 3041 Human Health Building (HHB)
433 Meadow Brook Rd
Rochester, MI 48309
248-364-8746

We are not human beings having a spiritual experience, we are spiritual beings having a human experience.

Virus-free. www.avg.com

ที่ อว 64.11/ 0733

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเองของภรรยาผู้ดูแลสามีที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ของ นางดวงดาว อุบลแย้ม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (2560) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสินี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1362
ชื่อนิสิต นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ โทร. 08-1859-7446

ภาคผนวก ค

เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและเอกสารแสดงความยินยอมเข้ารวมโครงการสำหรับอาสาสมัคร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

COA No. 1047/2019
IRB No. 519/62

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : THE EFFECT OF PALLIATIVE CARE NURSING PROGRAM EMPHASIZING LIFE REVIEW ON SPIRITUAL WELL-BEING OF OLDER PERSONS WITH END STAGE CANCER.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Atchara Wongkanit

Affiliation of PI : Faculty of Nurse, Chulalongkorn University.

Review Method : Full board

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 2 Date 11/09/2019
2. Protocol Synopsis Version 1 Date 06/08/2019
3. Information sheet for research participant (experimental group) Version 2 Date 11/09/2019
4. Information sheet for research participant (control group) Version 2 Date 11/09/2019
5. Informed consent for participating volunteers Version 2 Date 11/09/2019

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

6. General personal data questionnaire
   - Health and spiritual information
   - The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS), Thai version
   - Inner Strength Scale: ISS
   - MMSE-Thai 2002
   - Assessment form for spiritual care needs for terminally ill patients in the Thai cultural context
7. Budget
8. Curriculum Vitae and GCP Training
   - Miss Atchara Wongkanit
   - Assoc.Prof. Siriphan Sasat, Ph.D., RN., C.P.G.
   - Asst.Prof. Wasinee Wisesrith, Ph.D.

Signature ..... Signature .....

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) (Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)

Chairperson Member and Secretary

The Institutional Review Board The Institutional Review Board

Date of Approval : September 26, 2019

Approval Expire Date : September 25, 2020

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.
6. If the research project is completed, the researcher must be form the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

* A list of the Institutional Review Board members (names and positions) present at the meeting of Institutional Review Board on the date of approval of this study has been attached. All approved documents will be forwarded to the principal investigator.

COA No. 1047/2019
IRB No. 519/62

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 11/09/2562
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 06/08/2562
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง) Version 2 วันที่ 11/09/2562
4. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม) Version 2 วันที่ 11/09/2562
5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 11/09/2562

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

6. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
   - ข้อมูลด้านสุขภาพและด้านจิตวิญญาณ
   - แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ฉบับภาษาไทย The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS)
   - แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง (Inner Strength Scale: ISS)
   - แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
   - แบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย
7. งบประมาณ
8. Curriculum Vitae and GCP Training
   - Miss Atchara Wongkanit
   - Assoc.Prof. Siriphan Sasat, Ph.D., RN., C.P.G.
   - Asst.Prof. Wasinee Wisesrith, Ph.D.

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรรณ รัชตะปีติ)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 26 กันยายน 2562
วันหมดอายุ : 25 กันยายน 2563

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง/อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุด้วยว่าจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่.....)

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

Version 2 Date 11/09/2562

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียน ๆ ได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน งานจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารอานันทมหิดล ชั้น 3 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2616-9115-6 e-mail : medchulairb@chula.ac.th

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	AF 09-04/5.0 หน้า 1/6

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้สนับสนุนการวิจัย กำลังขอทุนบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ	นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย	1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตึก ตึก ว่องวานิช ชั้น 7 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน	02 -256 -4000 ต่อ 4367
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง	081-859-7446; E-mail: an_annina@hotmail.com

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)	รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 .
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน	02-218-1130
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง	081-841-1371
ชื่อ (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน	02-218-1130
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง	089-814-0021

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการรักษาแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

เหตุผลความเป็นมา

การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมีอาการรบกวนต่าง ๆ จำเป็นต้องได้รับดูแลแบบประคับประคองให้การดูแลแบบองค์รวมทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน การทำเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นบทบาทหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ ทำให้เกิดพลังในการผลักดันให้เกิดพฤติกรรม พลังที่มีอยู่ในตัวตนและแหล่งของความรอบรู้เป็นสิ่งที่ทำให้ค้นหาความหมายของชีวิตในด้านบวก การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Narayansamy, 2004) โดยจิตวิญญาณเป็นแรงขับภายในของบุคคล จากการที่บุคคลให้ความหมายต่อชีวิต การเกิด การดับ การดำเนินชีวิตและเป้าหมายของการดำเนินชีวิตแตกต่างกันตามพื้นฐานของประสบการณ์ ความเชื่อทางศาสนา ความศรัทธา ประเพณีวัฒนธรรม จนนำมาสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้สามารถกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและสร้างสรรค์ เป็นพลังของชีวิต ตามความเชื่อวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีและค่านิยม (อุบล จ่วงพานิช, 2557) สามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ มีเป้าหมายชีวิตและมีความสำเร็จตามความต้องการ (Paloutzian & Ellison, 1982)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของสูงอายุ คือ การรับรู้ว่าชีวิตตนเองมีความหมาย พึงพอใจในชีวิต สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและวางแบบแผนชีวิตได้ เนื่องจากผ่านการดำเนินชีวิตมาสู่วัยบั้นปลาย (ชินัณ บุญเรืองรัตน์, 2551) หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะมองตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับและมีความเข้าใจในศักยภาพตนเองในขีดจำกัดที่ลดลงตามประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาได้ (O'Brien, 2008) สามารถกำหนดแนวทางดำเนินชีวิตที่เหลือ พิจารณา ยอมรับปัญหาในภาวะวิกฤติขณะเจ็บป่วยได้ตามจริง (จินต์จุฑา รอดพาล, 2550; ธิติพร สุวรรณอำภา, 2557) มองชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณค่ามีความหมาย นำไปสู่การวางแผนชีวิตในระยะท้ายอย่างมีสติ (Fang et al., 2012; Taylor, 2006)

สำหรับบทบาทพยาบาลในการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลโดยการนำแนวคิดการทบทวนชีวิต หรือการทบทวนประสบการณ์ เรื่องราว ความทรงจำต่าง ๆ ในอดีตถึงปัจจุบัน สะท้อนความรู้สึกและมุมมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงภายใน รู้สึกมีคุณค่า เสริมสร้างความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (Haight and Burnside, 1993) ให้ได้เข้าใจ ยอมรับและเผชิญกับความตายได้อย่างสงบสุข นำไปสู่การตายดีในที่สุด (Ando, et al., 2010; Butler, 1963)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการพยาบาลประคับประคองร่วมกับแนวคิดการทบทวนชีวิตมาจัดทำโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยมุ่งเน้นการดูแลอย่างครอบคลุมองค์รวมทุกมิติ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งภายใน อันนำไปสู่การเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มุ่งเน้นทบทวนชีวิตในสิ่งที่เป็นความภาคภูมิใจ มีคุณค่าและมีประโยชน์ มาจัดกระทำทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ 1) เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต 2) เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมก่อนและอีก 20 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลอง โดยเข้าถึงผู้ป่วยและเชิญเข้าร่วมงานวิจัยโดยแพทย์เจ้าของไข้ พบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัย ทั้งสิ้น 4 ครั้ง ผู้วิจัยจะเข้าพบท่านเพื่อให้ตอบแบบสอบถามและแบบประเมินตามโปรแกรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 21 ข้อ
2. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ จำนวน 16 ข้อ
3. แบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ จำนวน 31 ข้อ
4. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ
5. แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง จำนวน 20 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2.1 พบครั้งที่ 1 (แผนกผู้ป่วยใน) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย เมื่อท่านได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการประเมินคัดกรองความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองก่อนทดลอง โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ครั้งที่ 1 ประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30 – 60 นาที

2.2 พบครั้งที่ 2 (วันที่ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วยไม่เกิน 7 วันหลังจากวันแรกพบ) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยให้การพยาบาลแบบประคับประคอง ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย ด้วยการทบทวนชีวิตผ่านการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ได้แก่ (1) อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต พร้อมเหตุผล (2) ความทรงจำที่น่าประทับใจที่สุดคืออะไร (3) เหตุการณ์ใดหรือบุคคลใดมีผลต่อชีวิตของคุณที่มากสุด (4) บทบาทที่สำคัญที่สุดในชีวิตของคุณคืออะไร (5) ช่วงเวลาที่น่าภาคภูมิใจที่สุดในชีวิตของคุณ (6) มีเรื่องราวอะไรเกี่ยวกับตัวคุณที่ครอบครัวต้องทราบบ้าง (7) คุณต้องการจะบอกอะไรกับคนในครอบครัวและอยากให้จดจำ (8) คำแนะนำหรือข้อคิดในการดำเนินชีวิตที่คุณอยากบอกแก่ครอบครัว/คนรุ่นหลัง ใช้เวลา 60 นาที หลังกิจกรรมพยาบาลนัดหมายผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

2.3 พบครั้งที่ 3 (ภายหลังพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 7 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยให้การพยาบาลแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมความความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย แนะนำอุปกรณ์การทำอัลบั้มภาพนำภาพที่ได้จากการทบทวนชีวิตจากการพบครั้งที่ 2 มาให้ผู้สูงอายุได้ดูและร่วมกันสร้างอัลบั้มภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของรูปภาพร่วมกับผู้ป่วยให้ผู้สูงอายุเล่าหรือบรรยายอัลบั้มภาพของตน พิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นและบอกเล่าความรู้สึก หลังกิจกรรมพยาบาลนัดหมายผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
26 มิ.ย. 2562

2.4 พบครั้งที่ 4 (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 7 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ครั้งที่ 2 และประเมินความเข้มแข็งภายในของบุคคล หลังดำเนินกิจกรรมเสร็จกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามและส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำการหอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงเล็กน้อยที่อาจเกิดขึ้น เช่น ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดหรือรู้สึกเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามและทำแบบประเมินเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด อาการใจสั่น หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในระหว่างทำการตอบคำถามและการทำแบบประเมิน ให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วอาการไม่ดีขึ้น ขอให้ท่านรายงานผู้วิจัยทราบโดยเร็ว เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และแพทย์ที่ดูแลรักษาท่าน เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

อาสาสมัครจะได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยในการส่งเสริมสุขภาวะ หรือความผาสุกทางจิตวิญญาณและผลการศึกษาที่ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามและนำไปพัฒนาการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคอื่นๆต่อไป

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ โทรศัพท์ 081-859-7446 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ไม่มี

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่ นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตึกว่องวานิช ชั้น 7 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการพยาบาล

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้สนับสนุนการวิจัย กำลังขอทุนบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ	นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย	1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตึก ว่องวานิช ชั้น 7 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน	02 -256 -4000 ต่อ 4367
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง	081-859-7446; E-mail: an_annina@hotmail.com

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)	รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน	02-218-1130
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง	081-841-1371
ชื่อ (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน	02-218-1130
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง	089-814-0021

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งลุกลามที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการรักษาแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

เหตุผลความเป็นมา

การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมีอาการรบกวนต่าง ๆ จำเป็นต้องได้รับดูแลแบบประคับประคองให้การดูแลแบบองค์รวมทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน การทำเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นบทบาทหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ ทำให้เกิดพลังในการผลักดันให้เกิดพฤติกรรม พลังที่มีอยู่ในตัวตนและแหล่งของความรอบรู้เป็นสิ่งที่ทำให้ค้นหาความหมายของชีวิตในด้านบวก การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Narayansamy, 2004) โดยจิตวิญญาณเป็นแรงขับภายในของบุคคล จากการที่บุคคลให้ความหมายต่อชีวิต การเกิด การดับ การดำเนินชีวิตและเป้าหมายของการดำเนินชีวิตแตกต่างกันตามพื้นฐานของประสบการณ์ ความเชื่อทางศาสนา ความศรัทธา ประเพณีวัฒนธรรม จนนำมาสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้สามารถกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและสร้างสรรค์ เป็นพลังของชีวิต ตามความเชื่อวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีและค่านิยม (อุบล จ่วงพานิช, 2557) สามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ มีเป้าหมายชีวิตและมีความสำเร็จตามความต้องการ (Paloutzian & Ellison, 1982)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของสูงอายุ คือ การรับรู้ว่าชีวิตตนเองมีความหมาย พึงพอใจในชีวิต สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและวางแบบแผนชีวิตได้ เนื่องจากผ่านการดำเนินชีวิตมาสู่วัยบั้นปลาย (ชินัณ บุญเรืองรัตน์, 2551) หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะมองตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับและมีความเข้าใจในศักยภาพตนเองในขีดจำกัดที่ลดลงตามประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาได้ (O'Brien, 2008) สามารถกำหนดแนวทางดำเนินชีวิตที่เหลือ พิจารณา ยอมรับปัญหาในภาวะวิกฤติขณะเจ็บป่วยได้ตามจริง (จินต์จุฑา รอดพาล, 2550; ธิติพร สุวรรณอำภา, 2557) มองชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณค่ามีความหมาย นำไปสู่การวางแผนชีวิตในระยะท้ายอย่างมีสติ (Fang et al., 2012; Taylor, 2006)

สำหรับบทบาทพยาบาลในการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลโดยการนำแนวคิดการทบทวนชีวิต หรือการทบทวนประสบการณ์ เรื่องราว ความทรงจำต่าง ๆ ในอดีตถึงปัจจุบัน สะท้อนความรู้สึกและมุมมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงภายใน รู้สึกมีคุณค่า เสริมสร้างความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (Haight and Burnside, 1993) ให้ได้เข้าใจ ยอมรับและเผชิญกับความตายได้อย่างสงบสุข นำไปสู่การตายดีในที่สุด (Ando, et al., 2010; Butler, 1963)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการพยาบาลประคับประคองร่วมกับแนวคิดการทบทวนชีวิตมาจัดทำโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยมุ่งเน้นการดูแลอย่างครอบคลุมองค์รวมทุกมิติ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งภายใน อันนำไปสู่การเพิ่มระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มุ่งเน้นทบทวนชีวิตในสิ่งที่เป็นความภาคภูมิใจ มีคุณค่าและมีประโยชน์ มาจัดกระทำทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ 1) เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต 2) เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมก่อนและอีก 20 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลจากกลุ่มทดลองไปสู่กลุ่มควบคุม โดยวิธีจับคู่กำหนดให้แต่ละคู่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุแตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี เพศเดียวกัน สถานภาพการสมรสและความรุนแรงของโรคระดับเดียวกัน การสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่เปรียบเทียบกัน โดยเข้าถึงผู้ป่วยและเชิญเข้าร่วมงานวิจัยโดยแพทย์เจ้าของไข้ พบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัย ทั้งสิ้น 4 ครั้ง ผู้วิจัยจะเข้าพบท่านเพื่อให้ตอบแบบสอบถามและแบบประเมินตามโปรแกรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 21 ข้อ
2. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ	จำนวน 16 ข้อ
3. แบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ	จำนวน 31 ข้อ
4. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย	จำนวน 11 ข้อ
5. แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง	จำนวน 20 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2.1 พบครั้งที่ 1 (แผนกผู้ป่วยใน) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการประเมินคัดกรองความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองก่อนทดลอง โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ครั้งที่ 1 ประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ใช้เวลาประมาณ 30 – 60 นาที

2.2 พบครั้งที่ 2 (วันที่ตกลงนัดหมายกับผู้ป่วยไม่เกิน 7 วันหลังจากวันแรกพบ) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยให้การพยาบาลแบบประคับประคอง ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.3 พบครั้งที่ 3 (ภายหลังพบครั้งที่ 2 เป็นเวลา 7 วัน) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยผู้ป่วยให้การพยาบาลแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมความความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.4 พบครั้งที่ 4 (ภายหลังพบครั้งที่ 3 เป็นเวลา 7 วัน) ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ หลังดำเนินกิจกรรมเสร็จ กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามและส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำการหอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ ไม่มี

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน ไม่มี

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

อาสาสมัครจะได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยในการส่งเสริมสุขภาวะ หรือความผาสุกทางจิตวิญญาณ และผลการศึกษาที่ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม และนำไปพัฒนาการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคอื่นๆต่อไป

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ เบอร์โทรศัพท์ 081-859-7446 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มี

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มี

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตึกว่องวานิช ชั้น 7 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการพยาบาล
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 519/62
วันที่รับรอง : 26 ก.ย. 2562

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ประเภท มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

1.3 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ ของ วาสินี วิเศษฤทธิ์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ

1.4 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณฉบับภาษาไทย The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS) ของ Dunn (2008)

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการทบทวนชีวิต

2.2 สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรมการทบทวนชีวิต: สมุดอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต (Life story book)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเองของ Lundman (2011) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดวงดาว อุบลแย้มและจินตนา วัชรสินธุ์ (2561)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
ข้อมูลด้านสุขภาพและด้านจิตวิญญาณ

คำชี้แจง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสอบถามข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ .....ปี .....เดือน
3. ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ประถมศึกษา
   ☐ มัธยมต้น ☐ มัธยมปลาย/ ปวช
   ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
   ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
4. เชื้อชาติ .....
5. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์
   ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
6. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า / แยก
7. ที่อยู่ .....
   หมายเลขโทรศัพท์ .....
8. อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน (งานที่ทำเพื่อรายได้)
   ☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ ทำงานบ้าน
   ☐ เกษตรกรรม ระบุ..... ☐ ธุรกิจส่วนตัว ระบุ.....
   ☐ ข้าราชการเกษียณ/บำนาญ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
9. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล
   ☐ ต้นสังกัด/บำนาญ ☐ ประกันสุขภาพ 301/302
   ☐ ชำระเอง ☐ ประกังสังคม
   ☐ ประกันชีวิต ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
10. บุคคลที่ช่วยเหลือดูแลท่าน
    ☐ สามี/ภรรยา ☐ บุตร/หลาน
    ☐ เครือญาติ อื่น ๆ ระบุ..... ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพ (จากแฟ้มประวัติ)

1. การวินิจฉัยโรคมะเร็ง .....
2. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตั้งแต่ครั้งแรก.....(วัน/สัปดาห์/เดือน)
3. ระยะความรุนแรงของโรค (Cancer staging) .....
4. โรคประจำตัว .....
5. ระดับคะแนน MMSE-Thai 2002 .....คะแนน
6. ระดับคะแนน PPS V.2 .....คะแนน
7. การรักษาที่เคยได้รับที่ผ่านมาตั้งแต่เจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

   ☐ การผ่าตัด ☐ เคมีบำบัด
   ☐ รังสีรักษา (ฉายรังสี) ☐ ฮอร์โมนบำบัด
   ☐ แบบประคับประคอง ☐ การแพทย์ทางเลือก /กินยาสมุนไพร
   ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
8. การรักษาในปัจจุบันที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

   ☐ การผ่าตัด ☐ เคมีบำบัด
   ☐ รังสีรักษา (ฉายรังสี) ☐ ฮอร์โมนบำบัด
   ☐ แบบประคับประคอง ☐ การแพทย์ทางเลือก /กินยาสมุนไพร
   ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านจิตวิญญาณ

1. ความต้องการ/เป้าหมายในชีวิต (ในการดูแลสุขภาพ)

   ☐ รักษาให้หาย ☐ ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการ
   ☐ จากไปอย่างสงบ ☐ อยู่กับครอบครัวไปเรื่อย ๆ
   ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
2. สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

   ☐ ศาสนา ☐ ความดี
   ☐ ครอบครัว ☐ เครื่องราง/วัตถุมงคล ระบุ.....
   ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
3. บุคคลสำคัญที่เป็นกำลังใจ

   ☐ ตนเอง ☐คู่สมรส ☐ บุตร/หลาน
   ☐ เครือญาติ/พี่น้อง ☐ เพื่อน ☐ อื่น ๆ ระบุ....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ฉบับภาษาไทย The Geriatric Spiritual Well Being Scale (GSWS) ของ Dunn (2008)

คำชี้แจง

แบบประเมินชุดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ คือ 6, 5, 4, 3, 2 และ 1 มีความหมายดังนี้

ระดับ 6 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ระดับ 5 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก

ระดับ 4 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านมาก

ระดับ 3 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านค่อนข้างน้อย

ระดับ 2 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย ☑ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แสดงถึงความรู้สึกส่วนบุคคลของท่านเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้

ข้อความ	1	2	3	4	5	6
1. เมื่ออายุมากขึ้น ฉันคิดว่าการให้อภัยตัวเองเป็นเรื่องง่ายมากกว่าแต่ก่อน						
2. ฉันไม่อยากจำเรื่องที่ผ่านมาของตัวเองและไม่อยากพูดเกี่ยวกับชีวิตตนเอง						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	1	2	3	4	5	6
15.						
16. ความเชื่อในศาสนามีผลต่อตัดสินใจในชีวิตของฉัน						

การแปลผลคะแนน

คะแนน 16-42 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับน้อย

คะแนน 43-69 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

คะแนน 70-96 หมายถึง ความผาสุกด้านจิตวิญญาณในระดับมาก

หมายเหตุ

การรวมมาตรวัดย่อยทั้งหมดเข้าด้วยกันจะส่งผลให้คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในช่วง 16 - 96 สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความเลื่อมใสในศาสนาอยู่ภายใน และมีช่วงที่เป็นไปได้จาก 12 - 72 สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่มีความเลื่อมใสในศาสนาอยู่ภายใน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบวัดความเข้มแข็งภายในตนเอง (Inner Strength Scale: ISS)

คำชี้แจง

แบบประเมินชุดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ คือ 6, 5, 4, 3, 2 และ 1 มีความหมายดังนี้

ระดับ 6 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ระดับ 5 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก

ระดับ 4 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านมาก

ระดับ 3 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านค่อนข้างน้อย

ระดับ 2 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย ☑ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แสดงถึงความรู้สึกส่วนบุคคลของท่านเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้

ข้อ	ข้อความ	1	2	3	4	5	6
	ปัจจัยที่ 1 ความเข้มแข็ง (Firmness)						
1	ฉันรู้ถึงความรับผิดชอบของฉัน						
2	ฉันให้คุณค่าต่อความเป็นอิสระของตัวเองเป็นอย่างมาก						
3	.....						
4	.....						
5	.....						
.	**ปัจจัยที่ 2 ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity)**						
6	ฉันคิดว่ามันเป็นเรื่องที่น่าตื่นเต้นที่จะได้ลอง สิ่งใหม่ๆ						
7	ฉันสนใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ						
8	.....						
9	.....						
10	.....						
	ปัจจัยที่ 3 ความสัมพันธ์ (Connectedness)						
11	ฉันแสวงหาการช่วยเหลือจากคนอื่น ๆ เมื่อ ฉันมีความยากลำบาก						
12	ฉันรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันกับคนอื่น ๆ						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	ข้อความ	1	2	3	4	5	6
13	.....						
14	.....						
15	.....						
	ปัจจัยที่ 4 ความยืดหยุ่น (Flexibility)						
16	ฉันเป็นคนที่มีความอดทน						
17	ปกติฉันมักจะวางเฉยกับสิ่งที่ไม่เป็นธรรมถึงแม้ว่าจะมีผลต่อฉัน						
18	.....						
19	.....						
20	ฉันสามารถมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในมุมที่แตกต่างกันได้อย่างง่ายดาย						
	รวม						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

คำชี้แจง

แบบทดสอบนี้ไม่ใช้ในผู้สูงอายุที่ตาบอด หูหนวก

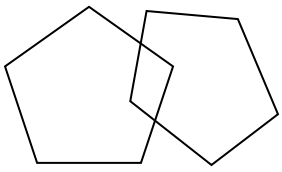
ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

คำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
1. Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2.Orientation for Place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1คะแนน) กรณีอยู่โรงพยาบาล		
2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และชื่อว่าอะไร		
2.2 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ – เขตอะไร		
2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี่ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของสาวมอย่าง คุณ (ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ตา,ยาย,...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้งสามชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1คะแนน)		
( ) ดอกไม้ ( ) แม่น้ำ ( ) รถไฟ		
( ) ต้นไม้ ( ) ทะเล ( ) รถยนต์		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
4. Attention /Calculation (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง		
ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม? * ถ้าตอบคิดเป็นให้ตอบข้อ 4.1 * ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ตอบข้อ 4.2		
4.1 “ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร บอกมา” *บันทึกตัวเลขไว้ทุกครั้ง(ทั้งคำตอบที่ถูกหรือผิด)ทำทั้งหมด 5 ครั้ง **ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้โดยไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2		
4.2 “ผม (ดิฉัน) สะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ (ตา,ยาย,...)ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังจาพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก” คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ	.... ว า น ะ ม	
5. Recall (3 คะแนน) **“เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่า จำได้ไหม มีอะไรบ้าง”** **(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)**		
( ) ดอกไม้ ( ) แม่น้ำ ( ) รถไฟ		
( ) ต้นไม้ ( ) ทะเล ( ) รถยนต์		
6. Naming (2 คะแนน)		
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้สูงอายุดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1คะแนน)		
“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) ให้คุณ (ตา, ยาย...) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว” “ใคร ใคร่ ขาย ไก่ ไข่”		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
8. Verbal command (3 คะแนน)		
“ฟังดีดีนะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ (ตา, ยาย) รับด้วยมือขวา พับครึ่งแล้ววางที่..... (พื้น,โต๊ะ,เตียง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่า ขนาดประมาณ เอ – 4 ไม่มีรอยพับให้ผู้สูงอายุ ( ) รับด้วยมือขวา ( ) พับครึ่ง ( ) แล้ววางที่.. (พื้น,โต๊ะ,เตียง)		
9. Written command (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย ,..) อ่านแล้วทำตาม คุณ(ตา,ยาย,..) จะอ่านออกเสียงหรือในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษให้ผู้สูงอายุดูหลับตา ( ) หลับตาได้		
10. Writing (1 คะแนน)		
ข้อความนี้เป็นคำสั่งให้คุณ (ตา,ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เอง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค		
11. Visuo-construction (1 คะแนน)		
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง”ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง  รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง การตัดกันต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมด้ายในทำตามได้ทั้งหมดจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน		
คะแนนรวม		
ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ..... วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การแปลผล

พิจารณาจากจุดตัด (Cut-off) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Congenital impaired)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	**เต็ม**
- ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ต้องไม่ทำข้อ 4, 9, 10)
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ผู้สูงอายุที่ไม้ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ได้คะแนน **น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน** จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อที่ 4, 9, 10) แสดงว่า สงสัยภาวะการคิดรู้บกพร่อง

ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ได้คะแนน **น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน** จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน แสดงว่า สงสัยภาวะการคิดรู้บกพร่อง

ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน **น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน** จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน แสดงว่า สงสัยภาวะการคิดรู้บกพร่อง

ซึ่งผู้ที่มีสงสัยภาวะการคิดรู้บกพร่อง จะต้องส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยยืนยันผลการมีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบประเมินความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย (วาสินี วิเศษฤทธิ์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิไลพร สุขเจริญ, 2560)

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย ☑ ลงในช่องที่ตรงกับความต้องการของท่านเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้ โดยความหมายของระดับความต้องการเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดเป็น 3 ระดับ คือ, 3, 2 และ 1 ซึ่งมีความหมายดังนี้

ระดับ 3 หมายถึง มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณตามข้อความนั้นในระดับมาก

ระดับ 2 หมายถึง มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณตามข้อความนั้นในระดับปานกลาง

ระดับ 1 หมายถึง มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณตามข้อความนั้นในระดับน้อย

ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีความต้องการ

ข้อ	ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย	ระดับความต้องการ			
		3	2	1	0
1.	ได้มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและคนใกล้ชิด				
2.	ต้องการให้ครอบครัวและคนที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับท่าน				
3.	ต้องการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขร่วมกับครอบครัวบุคคลและสิ่งที่รัก				
4.	ต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย				
5.	.....				
6.	.....				
.	.....				
.	.....				
.	.....				
.	.....				
.	.....				
.	.....				
30.	ท่านยอมรับในการกระทำที่ผ่านมาตลอดจนความเชื่อในคำสอนทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์				
31.	ต้องการเวลาในการพิจารณาใครครวญว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเผชิญ				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การแปลผลคะแนน

คะแนน 1-31 หมายถึง ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับน้อย

คะแนน 32-62 หมายถึง ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

คะแนน 63-93 หมายถึง ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการการทบทวนชีวิต

คู่มือโปรแกรม

"การพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิต ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย"

PALLIATIVE CARE NURSING PROGRAM EMPHASIZING LIFE REVIEW ON SPIRITUAL WELL-BEING OF OLDER PERSONS WITH END STAGE CANCER

โดย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาการพยาบาล แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ

สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรมการทบทวนชีวิต: สมุดอัลบั้มภาพเรื่องราวชีวิต (Life story book)

ภาคผนวก จ

เอกสารรับรองการพัฒนาตนเองของผู้วิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บันทึกข้อความ

ศูนย์ชีวาภิบาล วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2562

เรื่อง การรับรองการพัฒนาตนเองของผู้วิจัย นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์

เนื่องด้วยนางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยว่องวานิชชั้น 7 ได้อนุมัติลาศึกษาในระดับการศึกษา โดยทุนฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ปัจจุบันเป็นนิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ได้มีการพัฒนาตนเองในด้านทักษะให้คำปรึกษาและการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย โดยเข้ารับการศึกษาดูงานการให้คำปรึกษาของ กระผม นพ. ลัญฉน์ศักดิ์ อรรฆยากร จิตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างวันที่ 1, 2, 7, 8, 9 และ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2562 บัดนี้นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์ ได้ดำเนินการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เชื่อมั่นว่านิสิตสามารถให้คำปรึกษาและนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ ให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการทบทวนชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้

เรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(อ.นพ. ลัญฉน์ศักดิ์ อรรฆยากร)
จิตแพทย์ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาคผนวก ฉ
การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.830	.847	16

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ช

ตารางแสดงคะแนนความเข้มแข็งภายในตนเองของเครื่องมือกำกับการทดลอง และคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 7 ตารางแสดงคะแนนความเข้มแข็งภายในของเครื่องมือกำกับการทดลอง และคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต รายละเอียดดังนี้

คู่ที่		กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง				
	คนที่	ISS		GSWS		คนที่	ISS		GSWS	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	1	89	82	69	70	21	85	97	54	67
2	2	89	95	67	68	26	76	87	66	74
3	3	90	96	67	71	29	90	94	66	72
4	4	85	92	63	67	28	89	94	68	78
5	5	85	86	60	69	38	88	100	58	78
6	6	91	96	68	70	23	87	91	60	70
7	7	84	96	65	68	24	89	95	65	79
8	8	86	86	64	71	27	103	112	64	79
9	9	92	93	65	70	22	79	90	58	80
10	10	95	95	66	69	25	96	115	63	74
11	11	95	95	60	72	32	92	98	69	71
12	12	94	94	66	69	36	87	95	66	69
13	13	91	91	66	67	37	89	103	68	75
14	14	75	75	65	63	34	80	89	69	71
15	15	90	90	64	73	40	112	130	61	76
16	16	95	95	58	62	31	88	91	60	73
17	17	91	91	61	68	33	102	118	56	74
18	18	95	95	66	74	35	80	88	66	73
19	19	103	103	61	67	39	93	100	67	80
20	20	94	94	68	68	30	89	95	61	68

หมายเหตุ ISS (Inner strength scale) หมายถึง ความเข้มแข็งภายใน

GSWS (The Geriatric Spiritual Well Being Scale) หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวอัจฉรา วงศ์คณิตย์
วัน เดือน ปี เกิด	เกิดวันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2530
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาด ขณะศึกษาได้รับทุนการศึกษา จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 1873 อาคารหอพักพยาบารสถิต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพ 10330
ผลงานตีพิมพ์	ได้นำเสนอผลงานวิชาการในการประชุม 4th National palliative and Hospice care conference “Sustainable Cara: การดูแลประคับประคองคุณภาพ...สู่ความยั่งยืน” ในวันที่ 6-8 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ในหัวข้อเรื่อง “โครงการเรียนรู้จากคนอยู่ มุ่งสู่การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ตายดี”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University