

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ผลของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความผาสุก
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
Effects of the Social Support Program on the Well-Being of Relatives
Caring for Caregivers of End-Stage Cancer Patients

ปภาวรินทร์ มีชนะ, พย.ม.*
สุภารัตน์ ลัทธิธรรม, พย.บ.*
ปิ่นณทัต บณขุนทด, ประ.ด.**
สุกัญญา บุรวงศ์, พย.ม.***
ถาวรีย์ แสงงาม, ประ.ด.***
รังสันต์ ไชยคำ, พย.ม.****

Paphawarin Meechana, M.N.S.*
Suparat Latthum, M.D.*
Punnathut Bonkhunthod, Ph.D.**
Sukunya Burawong, M.N.S.***
Thawaree Saengngam, Ph.D.***
Rangsan Chaikham, M.N.S.****

*โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 12110

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

****โรงพยาบาลมะเร็ง ชลบุรี จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20000

*Mahavajiralongkorn Thunyaburi Hospital, Pathum Thani Province, Thailand, 12110

**Faculty of nursing, Western university, Buriram campus, Buri Ram Province, Thailand, 31000

***Faculty of nursing, Buriram rajabhat university, Buri Ram Province, Thailand, 31000

****Chonburi Cancer Hospital, Chonburi Province, Thailand, 20000

Corresponding author, E-mail address: iampun1976@gmail.com

Received: 19 Jul 2023. Revised: 20 Sep 2023. Accepted: 13 Nov 2023

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากมีปัญหาซับซ้อนต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นการตระหนักถึงความสำคัญของความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลและเป้าหมายของชีวิตของผู้ดูแล เพื่อความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตผู้ดูแลมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- วิธีการวิจัย** : การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน
- ผลการศึกษา** : ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะหลังการทดลองและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

- สรุป** : พยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ไปใช้เป็นแนวทางในสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ให้เกิดความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้อย่างปลอดภัยและก่อให้เกิดความผาสุก
- คำสำคัญ** : ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ABSTRACT

- Background** : Cancer is a major public health problem. End stage cancer patients commonly suffer from their terrible illnesses which lead to the worst control of mind, body and social relationship due to the complicated problems of the diseases. Therefore, the focus and concern on a spiritual happiness of patients at the final stage is one of important factors in order to face the worsen illness with control mind, calm and consciousness towards peacefully death.
- Objective** : The objective of this study was to study the results of the program of the social support program on the well-being of relatives caring for Caregivers of End-Stage Cancer Patients.
- Methods** : This study was a quasi-experimental research study type. The 2-group measurement before and after the experimental population and the samples were relatives caring for terminally ill cancer patients, Mahavajiralongkorn Thunyaburi Hospital, Pathum Thani Province, 30 people.
- Results** : Findings revealed that the mean score of well-being before the experiment of the control group was significantly different from after the experiment in addition, after receiving Swanson's caring, the mean score of well-being of the experimental group was significantly higher than of the control group.
- Conclusion** : Nurses should implement this Swanson's caring for taking care of End-stage cancer patients. To be used as a program relatives of caregivers of late stage cancer Gain confidence Feelings of worth in oneself.
- Keywords** : Caregiver, End stage cancer patients.

หลักการและเหตุผล

มะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ.2561 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านคน ผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรค มีมากถึง 32.6 ล้านคน⁽¹⁾

ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 1,688,780 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 600,920 ราย สำหรับในประเทศไทยจากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ.2553 ถึง พ.ศ.2555 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและเพศหญิงเป็น 143.3 และ 131.9 ตามลำดับต่อประชากรแสนคน และ

ในปี พ.ศ.2556 ถึง พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและเพศหญิงเป็น 143.8 และ 134.2 ตามลำดับต่อประชากรแสนคน โดยมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 112,392 ราย เป็น 126,555 ราย⁽²⁾

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนับเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องและซับซ้อนเนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรครวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเบื้องต้น⁽³⁾ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของสมาชิกในครอบครัวเป็นภาระการดูแลที่หนักขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความเครียด ความวิตกกังวล กระทั่งต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสิทธิภาพการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยลดลง การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างปลอดภัย และก่อให้เกิดความผาสุก

ผู้ดูแลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะที่ 4 เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาการลุกลามของโรคให้หายขาดได้ เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค อาการที่พบได้บ่อยในระยะท้ายทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ด้านจิตใจและสังคม รู้สึกสิ้นหวัง คุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ไม่ดี วิตกกังวล อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า และมีการ

ปรับตัวที่ผิดปกติ เครียด⁽¹⁾ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าว ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ผู้ดูแลบางรายมีความเครียดมากคิดอยากฆ่าตัวตาย เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลนาน มีคนดูแลคนเดียว เสียเวลาในการดูแล เกิดความตระหนก กลัว เศร้า วิตกกังวล และเกิดความเครียด⁽⁴⁾ การขาดความรู้ความสามารถหรือทักษะที่ดีพอเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อตัวผู้ป่วย เกิดความเครียดและขาดความสุข นอนไม่หลับ มีอาการรบกวนทางร่างกาย การเจ็บป่วยทางกาย เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตร และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ขาดความสุขและขาดความรู้สึกลึกซึ้งในตัวเองในการดูแลผู้ป่วย ทางด้านจิตใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ด้านเศรษฐกิจและสังคมมีค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน ไม่มีเวลาไปทำงาน ไม่มีเงินใช้จ่ายภายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ผู้ดูแลบางรายต้องสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและรายได้ เนื่องจากต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง เนื่องจากเวลาในแต่ละวันจะหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย ต้องเปลี่ยนแผนการทำงานไม่มีเวลาทำอย่างอื่น ต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยสำคัญในการมีชีวิตของบุคคล ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณอาจจะนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงในผู้ดูแล สูญเสียคุณค่าและพลังอำนาจในตนเอง หมดความสุข สิ้นหวัง และไม่อยากจะมีชีวิตต่อไป แต่สิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดพลังในการเยียวยาตนเอง เกิดการยอมรับกับภาวะสุขภาพ และปรับเปลี่ยนความคาดหวังต่อตนเองได้ คือ การพัฒนาทักษะด้านจิตวิญญาณที่ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ⁽⁴⁾ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจที่นำไปสู่การมีความหมาย เป้าหมายและความหวังในการดำเนินชีวิต มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson⁽⁵⁾ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรมคือ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ และการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วย โดยเลือกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี เป็นสถานที่ดำเนินการเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็ง รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7-14 วัน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องอยู่กับความไม่แน่นอน ความหวาดระแวง ความไม่มั่นใจในอาการ และอาการแสดงที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องเผชิญการประสบกับปัญหาเกี่ยวกับโรคระยะเรื้อรังและคุณภาพชีวิตทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ โดยใช้โปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมาบูรณาการแล้วนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และเป้าหมายของชีวิตของผู้ดูแล เพื่อความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตผู้ดูแลมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design)

ประชากร (Population) ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่แผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคระยะระยะสุดท้ายที่มีการกระจายไปที่อวัยวะอื่นมากกว่าหนึ่งอวัยวะไม่สามารถรักษาให้หายขาด และการรักษาที่ได้รับไม่สามารถหยุดยั้งการเจริญของมะเร็งได้ที่มาติดตามรักษา และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ในปีงบประมาณ 2564

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี PPS มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนโดยหยิบสลับกันใบที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม ใบที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง ใบที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ใบที่ 4 เป็นกลุ่มทดลองสลับกันจนครบ 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลมีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้องหรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น สามเณร ลูกสะใภ้ หลานสะใภ้ โดยให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง
4. มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำกว่า 93.5 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. อาสาสมัครมีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
2. อาสาสมัครได้สิ้นสุดบทบาทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อันเนื่องจากผู้ป่วยที่ดูแลเสียชีวิตระหว่างการวิจัย
3. อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของ Dupuy⁽⁶⁾

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นชุดคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา สิทธิในการรักษา อวัยวะที่เป็นโรค และระยะของโรคมะเร็ง

1.2 แบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของ Dupuy⁽⁶⁾ เป็นชุดคำถามที่ประเมินความรู้สึกครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน โดยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตอบแบบประเมินของความผาสุกในลักษณะภาพรวม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ ดังนี้ คือ ด้านความวิตกกังวล จำนวน 4 ข้อ ด้านความซึมเศร้า จำนวน 3 ข้อ ด้านความสุขในชีวิต จำนวน 3 ข้อ ด้านการควบคุมตนเอง จำนวน 3 ข้อ ด้านความมีชีวิตชีวา จำนวน 3 ข้อ และด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 2 ข้อ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ คำตอบแบ่งเป็นค่าคะแนน 1-6 คะแนน ส่วนที่ 2 มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง จากคะแนน 0-10 คะแนน หลังจากได้คำตอบ นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมารวมกัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-110 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้คือ โปรแกรมการสนทนาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการสนทนาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร Swanson⁽⁵⁾ นำมาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรมได้แก่ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถและการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วย การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการดูแลบุคคลทั้งคนแบบองค์รวม เป็นการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งมีองค์ประกอบชัดเจนเป็นรูปธรรม มุ่งเน้นการดูแลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการการพยาบาลในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างมีแบบแผนประกอบไปด้วยความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร ความห่วงใย และความเอาใจใส่ร่วมทุกข์ร่วมสุข นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรม การช่วยเหลือ การสนับสนุน ส่งเสริมเพื่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะเตรียมตัวก่อนกลับบ้านระยะที่ 3 ระยะภายหลังสิ้นสุดการรักษาโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ดำเนินการกิจกรรม ขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม วัตถุประสงค์ กิจกรรมระยะเวลา และเหตุผลเชิงทฤษฎี โดยการเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จะมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 7 วัน

ผู้วิจัยนำแบบวัดความผาสุกโดยทั่วไปของ Dupuy⁽⁶⁾ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาชิรलगรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 20 ราย⁽⁷⁾ และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.8 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าโคสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 15) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 15) จำนวน(ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ				
ชาย	9 (60.0%)	9 (60.0%)		
หญิง	6 (40.0%)	6 (40.0%)		
อายุ				
20-59 ปี	10 (66.6%)	10 (66.6%)		
60-65 ปี	5 (33.3%)	5 (33.3%)		
สถานภาพสมรส			0.3	0.9
โสด	1 (6.6%)	2 (13.3%)		
คู่	9 (60.0%)	8 (53.3%)		
หม้าย	3 (20.0%)	3 (20.0%)		
หย่า	2 (13.3%)	2 (13.3%)		

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาชิรलगรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ MTH 2020-07 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 66.6 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.3 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 60.0 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาร้อยละ 60.6 ทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติโคสแควร์ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ระดับการศึกษา			6.0	0.1
ไม่ได้เรียน	4 (26.6%)	9 (60.0%)		
ประถมศึกษา	5 (33.3%)	1 (6.6%)		
มัธยมศึกษา	1 (6.6%)	2 (13.3%)		
อนุปริญญา	1 (6.6%)	-		
ปริญญาตรี	4 (26.6%)	3 (20.0%)		
ศาสนา				
พุทธ	15 (100.0%)	15 (100.0%)		
สิทธิในการรักษา			5.6	0.06
เบิกต้นสังกัด	5 (33.3%)	1 (6.6%)		
ประกันสังคม	6 (60.0%)	4 (26.6%)		
ประกันสุขภาพ	4 (26.6%)	10 (66.6%)		

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 48.2 (SD = 5.8) และระยะหลังการทดลองเท่ากับ 96.0 (SD = 3.4) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 47.7 (SD = 9.7) และระยะหลังการทดลองเท่ากับ 57.0 (SD = 6.3) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ระยะ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n = 15)	ก่อนการทดลอง	48.2	5.8	ต่ำ
	หลังการทดลอง	96.0	3.4	สูง
กลุ่มควบคุม (n = 15)	ก่อนการทดลอง	47.7	9.7	ต่ำ
	หลังการทดลอง	57.0	6.3	ปานกลาง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t 28 = -20.9, p < 0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

คะแนนความพึงพอใจ	n	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value (1-Tailed)
กลุ่มทดลอง	15	96.0	3.4	-20.9	28	<0.001
กลุ่มควบคุม	15	57.0	6.3			

อภิปรายผล

จากการวิจัยมีประเด็นที่นำมาอภิปรายผล การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองพบว่า ในระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด และในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่าการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นการดำเนินกิจกรรมตามแบบแผน มีขั้นตอนปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกขั้นตอนในทุกๆ กิจกรรม ที่ผสมผสานการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างครบองค์รวม ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จะทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁽⁵⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรรัตน์ อันสีแก้ว และคณะ⁽²⁾ และงานวิจัยของ ช่อผกา ปุยขาว⁽¹⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยพัฒนาทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson⁽⁵⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการบูรณาการแล้วนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน คือ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีงานความสามารถ และการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สรรสนีย์ จันทร์มา⁽⁸⁾ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ความสุขสงบที่เกิดจากการ

ทำความดีซึ่งถือเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านหนึ่ง ที่ถูกระทบเนื่องจากผู้ดูแลมักไม่มีเวลา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เวลานาน ถือเป็นบทบาทภาระหน้าที่เกินซึ่งภาระในการดูแลส่งผลให้ญาติ เหนื่อยล้า ท้อแท้ต้องเผชิญกับอารมณ์รอนรับอารมณ์ของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลยังถูกคาดหวังจากบุคคลในครอบครัว กลัวการสูญเสียสิ่งที่มีค่าหรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งการให้ความรู้ (Enabling) เกี่ยวกับโรคมะเร็งวิธีการรักษาแบบประคับประคอง และการปฏิบัติเพื่อการดูแลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีการช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ครอบคลุมในสิ่งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง⁽⁹⁾

การส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสมอย่างมีจุดมุ่งหมายชัดเจน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่มีอยู่ให้เพิ่มพูนยิ่งขึ้น และให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริง มองภาพชัดเจน (Enabling) การประเมินการรับประทานอาหาร มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและให้การพยาบาลตามโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และวางแผนการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแต่ละรายตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความเร่งด่วน และให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ⁽¹⁰⁾ การวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เมื่อรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย ทุกข์ทรมานจากโรคร้าย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จะต้องไขว่คว้าค้นหาแหล่งพักพิงพึ่งพาทางจิตใจ ตามความคิด ความเชื่อ และความศรัทธาของแต่ละคนใน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พระศักดิ์ธัช สวโร (แสงธง)⁽¹¹⁾ พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความคิด ความเชื่อ และความศรัทธาในเรื่องศาสนา การนับถือพระวัดที่มีชื่อเสียงโด่งดัง เครื่องรางสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ที่คล้ายคลึงกัน โดยมีความเชื่อว่าเมื่อเจ็บป่วย สิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นความหวัง ความศรัทธาที่ไยยึดเหนี่ยวทางใจ เชื่อว่า

การทำบุญ การได้กราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะทำให้ตนเองรู้สึกมีพลัง มีความสุขเหมือนมีที่พึ่ง⁽¹²⁾

การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญความเครียด และการผ่อนคลายความเครียดการทบทวนตนเองและการเข้าใจผู้อื่น การค้นหาคุณค่าของตนเอง ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาว่าเคยประสบผลสำเร็จในชีวิตหรือไม่ การวางแผนชีวิต พบผู้นำชุมชน การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนให้เขียนถึงความดีหรือความประทับใจต่อเพื่อนสมาชิกที่ร่วมกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการมีเพื่อนและเครือข่ายในสังคมช่วยเหลือกันเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนสุขภาพจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ดูแลดีขึ้น สอดคล้องกับ เพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ⁽¹³⁾ ที่กล่าวว่า ความเชื่ออาทรมีความหมายลึกซึ้ง เพราะเกิดจากการตระหนักในคุณค่าของบุคคล ความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ ซึ่งในยามเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจมากกว่าสิ่งใด หากพยาบาลใช้เวลาแก่ผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย และประเมินว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ซึ่งผู้ป่วยต้องการที่จะพูดกับใครสักคน ผู้วิจัยแสดงความห่วงใย พุดคุย ให้กำลังใจ แสดงให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้เห็น ได้รับรู้ว่า ผู้วิจัยมีความห่วงใย ความจริงใจที่จะดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ ไม่ทอดทิ้ง ถึงแม้ผู้วิจัยจะไม่ได้อยู่ด้วยตลอดเวลา โดยผู้วิจัยมีการบอกกล่าวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้ทราบว่าจะมีพยาบาลอีกท่านมาสับเปลี่ยนเวร ซึ่งผู้วิจัยจะไม่ได้อยู่ด้วย แต่ผู้วิจัยได้ส่งต่อกับพยาบาลเวรต่อไปเพื่อให้การดูแล คอยช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้วิจัยไม่ได้อยู่ด้วย นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการข้างเคียงต่างๆ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ⁽¹⁴⁾ อยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างปกติได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุตรหลาน คอยดูแล และให้กำลังใจไม่คิดว่าตนเองเป็นภาระที่ต้องพึ่งพาครอบครัว มีการเข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มีการสวดมนต์ขอพร นั่งสมาธิก่อนนอนทุกวัน มีการเตรียมอาหารน้ำเพื่อใส่บาตรตอนเช้าอย่างสม่ำเสมอ

(Maintaining Belief) ผลการวิจัยพบว่า ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

โปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยยึดญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นศูนย์กลางของการดูแลสามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างแท้จริง ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจอย่างแท้จริง รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้อย่างปลอดภัย และก่อให้เกิดความพึงพอใจ

เอกสารอ้างอิง

1. ช่อผกา ปุยขาว, สุริพร ธนศิลป์, จรรยา นิยมหลวง. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์ 2562;26(2):93-106.
2. ชรีรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม, ทศยวรรณรัตน์บรรเจิดกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;21(2): 315-23.
3. เขมจิต มุกดาดี, วรรณภา ฉายอรุณ, สุจิรา พึ่งเพ็ญ. ผลของศิลปะบำบัดต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2564;16(2):150-60.

4. Engelberg RA, Downey L, Wenrich MD, Carline JD, Silvestri GA, Dotolo D, et al. Measuring the quality of end-of-life care. *J Pain Symptom Manage* 2010;39(6):951-71. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.313.
5. Swanson RA, Holton III EF. *Foundations of Human Resource Development*. San Francisco : Berrett-Koehler ; 2001.
6. Dupuy HJ. *A measuring health : A guide to rating scales and questionnaires*. New York : Oxford university press ; 1977.
7. Polit DF, Hungler PB. *Nursing Research: Principles and Methods*. 6th. ed. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins ; 1999.
8. สรรสนีย์ จันทร์มา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ; สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ; คณะพยาบาลศาสตร์ ; บัณฑิตวิทยาลัย, ชลบุรี : มหาวิทยาลัยนเรศวร ; 2564.
9. บรรเท็ง พลสวัสดิ์, สำราญ พูลทอง, กิตติยาพร จันทรม, จริญญาศรี มีหนองหว้า, ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา. การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2560;26(5):905-13.
10. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, สำลี สาสีกุล, นิภาพร อภิสทิวิชาสนา, มณีนรัตน์ เทียมหมอก. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ* 2560;33(3):138-45.
11. พระศักดิ์ธัช สั่วโร (แสงธง). รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์* 2562;19(2):175-88.
12. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018;5(1):4-8. doi:10.4103/apjon.apjon_43_17.
13. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโซ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2564;30(6):1101-11.
14. Yildirim Y, Kocabiyik S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *J Clin Nurs* 2010; 19(5-6):832-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03066.x.