

ความชอบของผู้สูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลาม เกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง* Nurse-Characteristic Preferences of Older Adult with Advanced Cancer in Palliative Care

ยุพิน ถนัตวานิชย์, Ph.D.^{1**} นนทกร ดำนงค์, พย.ม.²

Yupin Tanatwanit, Ph.D., Nontakorn Damnong, M.N.S.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชอบของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งโดยแพทย์เจ้าของไข้ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และได้รับการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ โรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม (คะแนนจากการประเมินด้วย Palliative Performance Scale version₂ ≤ 60) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 20 คน ได้รับการเชิญและเข้าร่วมการให้สัมภาษณ์ในเชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วถูกตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะของพยาบาลที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามมีความชอบและต้องการในการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นความสุขสบายเป็นสำคัญนั้น มี 4 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรม/บุคลิกของพยาบาลที่ต้องการ (การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ) การพยาบาลที่ชอบ (การบรรเทาอาการไม่สบาย การบริการช่วยเหลือผู้ป่วย การให้ความรู้) ลักษณะของวิชาชีพพยาบาล (เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะและจริยธรรม) และคุณค่าของพยาบาล (พยาบาลสามารถให้การพยาบาลในระดับที่ดีทุกคน) จากผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคมะเร็งในระยะลุกลามนั้นจำเป็นต้องมีพยาบาลที่มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การบรรเทาอาการไม่สบายโดยเฉพาะความเจ็บปวด และมีจริยธรรมในการพยาบาลความสุขสบาย ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

คำสำคัญ: ความชอบของผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลาม การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This qualitative research aimed to study nurse-characteristics preferences of older adult patients with advanced cancer. The patients who were diagnosed with cancer by their primary doctors, admitted to Chonburi Cancer Hospital (Length of stay ≥ 7 days), and met other inclusion criteria--score from the assessment by the Palliative Performance Scale version₂ ≤ 60 , as illness with advanced cancer--were recruited by the purposive sampling. There were 20 samples. They were invited and interviewed in depth following the Semi-Structured Interview Guide which was developed by reviewing literature and tested for the content validity. The content analysis was used to analyze the data. Three nursing experts on cancer care, palliative care, end-of-life care, and care for the elderly verified the prior categories. The result showed 4 categories

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และ ² อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ได้รับทุนงบประมาณเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปี 2555

** ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: ytanat@hotmail.com

emerged. These were (1) needed behaviors/ personalities of nurses (effective communication); (2) preferred nursing care (relieving discomfort, helping patient service, and providing knowledge); (3) characteristics of nursing professional (consisting of knowledge, skills, and ethics); (4) values of nurses (Every nurse could provide good nursing care); In summary, to improve quality of nursing care, palliative care focusing on comfort care for older adult patients with advanced cancer needs professional nurses who have sufficient knowledge and skills in effective communication, relieving discomfort (especially pain), and ethics for comfort care.

Key words: Nurse-Characteristics Preferences Older Adult Patients with Advanced Cancer Palliative Care

ความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลแบบประคับประคอง (palliative care [PC]) ในประเทศไทยนับว่าเป็นแนวทางการพยาบาลที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าแนวทางการพยาบาลอื่น ๆ และยิ่งจะถูกเล็งเห็นความสำคัญมากยิ่งขึ้นไปเรื่อยๆ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุไทย (คือผู้ที่มีอายุ ≥ 60 ปี) มีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี และปัจจุบันสังคมไทยได้เริ่มกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยมีจำนวนถึง 10 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด แล้วจะถือเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 และ 2584 จะมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20 หรือ 28 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2557) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ มีสภาพเสื่อมถอยที่ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ ดังเช่น National Council on Aging (n.d.) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยแล้วกลายเป็นโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคมากถึงร้อยละ 80 หรือ 2 โรคพบได้ร้อยละ 68 โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ในที่สุดสภาพการเจ็บป่วยจะเปลี่ยนแปลงทรุดโทรมจนไม่มีการตอบสนองต่อการรักษา เป็นผู้ป่วยใน

ระยะท้ายของชีวิต และเสียชีวิตในที่สุด

ประเด็นสำคัญและน่าห่วงใยที่สุดในปัจจุบัน ก็คือ โรคมะเร็งได้กลายเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี ค.ศ. 2012 มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่ 14 ล้านคน และเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมากถึง 8.2 ล้านคน มีการคาดการณ์ว่าอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้าหรือประมาณในปี ค.ศ. 2032 จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 22 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2014) สอดคล้องกับสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ถึง 1,658,370 คน และเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมากถึง 589,430 คน (American Cancer Society, 2015) สำหรับในประเทศไทยพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 มีการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันและได้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556) ที่สำคัญก่อนการเสียชีวิตผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และต้องเข้ารับการรักษานในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลมะเร็ง ดังเช่น สถิติของกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2556) พบว่า มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2556 พบถึงร้อยละ 11.09, 12.31, 13.60, 17.77 และ 18.07 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่และในที่สุดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการสุขภาพจำนวนมากถึงร้อยละ 38.24

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งโดยเฉพาะที่เข้ารับการรักษานในสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบาย (discomfort) จากการเจ็บป่วยอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ บวม และมีความไม่สุขสบายใจ เช่น รู้สึกวิตกกังวลและซึมเศร้า (Oechsle, Goerth, Bokemeyer & Mehnert, 2013; Tai, et al., 2016) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศไทยของ Nilmanat et al. (2010) เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาวไทยที่เป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม (หรือใน

ระยะสุดท้ายของชีวิต) จำนวน 15 คน พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ต้องทนทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย (เช่น อาการปวด เบื่ออาหาร ขาดพลังงาน) มีความรู้สึกแปลกใหม่จากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของตนเอง (เช่น มีร่างกายผอม อ่อนเพลีย และไม่มีผม) จนทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองหรือในความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ Tanatwanit (2011) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามยังมีความไม่สุขสบายจากสภาพแวดล้อมของสถานบริการ เช่น เสียงดังที่เกิดขึ้นภายในห้องพักของผู้ป่วยซึ่งเป็นเสียงที่มาจากล้อเข็นทำงานของพยาบาล เสียงการพูดคุยของพยาบาลและเสียงการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยหรือระหว่างผู้ป่วยกับญาติด้วยกันภายในห้องพักผู้ป่วย สภาพที่ต้องนอนร่วมกับผู้อื่น หรือความไม่สุขสบายและความไม่สะดวกในการใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่มีเป้าหมายอยู่ที่การดูแลส่งเสริมความสบาย (comfort) ให้แก่ตนเอง (Egan & Labyak, 2010; Thacker, 2008) การดูแลแบบประคับประคองที่มีการดูแลความสบายเป็นเป้าหมายสำคัญนั้นจะมีประสิทธิภาพได้ต้องให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary/interdisciplinary team) และพยาบาลเป็นผู้หนึ่งในทีมในฐานะผู้สนับสนุนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นอิสระและปราศจากอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ และสามารถคงไว้ซึ่งการมีชีวิตที่มีความสุขสบายให้มากที่สุด ดังนั้นพยาบาลในฐานะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ (เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง) และการพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์และคุณภาพทางการพยาบาล รวมทั้งการให้บริการสุขภาพจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีคุณลักษณะเฉพาะที่เอื้อต่อการดูแลแบบประคับประคองที่มีเป้าหมายการส่งเสริมความสบายให้กับผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Tanatwanit, 2011)

คุณลักษณะพยาบาล หมายถึง ลักษณะ (characteristics/attributes) หรือพฤติกรรม (behaviors) ที่ดีของพยาบาลที่มีผลต่อการดูแลแบบประคับประคองที่มีเป้าหมายการส่งเสริมความสบาย (Arnkoﬀ, Glass & Shapiro cited in Swift, Callahan, & Vollmer, 2011)

ซึ่ง Simmom, Ramsenthaler, Bausewein, Kriskche, and Geiss (2009) และ Steven, White, Marples, and Atkinson (2014) กล่าวว่า คุณลักษณะพยาบาลนั้นประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก (1) ทักษะเชิงวิชาชีพ (professional attitudes) วิธีในการตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม จนเกิดเป็นความคิดและการกระทำที่แสดงออกมาเป็นความเชื่อ (beliefs) ความรู้สึก (feeling) และพฤติกรรม (behaviors) (Hogg & Vaughan cited in Mcleod, 2009) (2) ความรู้ (knowledge) และ (3) ทักษะ/ความสามารถชำนาญ (skills) ที่เป็นไปตามระบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care system) (Reinke et al., 2010) นั่นก็คือ คุณลักษณะพยาบาล (ในฐานะผู้ให้การบำบัดรักษาพยาบาล) ที่เป็นไปตามความชอบของผู้ป่วย (patient preferences หรือ preferences of patients) (ในฐานะผู้รับการบำบัดรักษาพยาบาล) ที่ถูกสะท้อนออกมาเป็น การให้คุณค่า (value) ความต้องการ (needs/wants) การเลือก (choices) หรือ ความปรารถนา (desires) ของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาล (Swift, Callahan, & Vollmer, 2011) ในฐานะผู้ที่ให้การดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย (Jannings & Staggers, 1999)

แต่ในสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบันของระบบการบริการสุขภาพของประเทศไทย การดูแลแบบประคับประคองที่มีความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามยังเป็นเรื่องใหม่และอยู่ในช่วงแรกของการพัฒนา ทำให้เกิดการขาดแคลนข้อมูลเชิงลึกและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการให้การดูแลแบบประคับประคองที่มีเป้าหมายการส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย แม้ว่า Tanatwanit (2011) ได้ทำการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับความสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลาม และได้พบข้อมูลที่ตรงกันว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งยังต้องการการดูแลความสบาย หรือการดูแลบรรเทา/จัดการกับความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย (เช่น การนอนหลับ อาการเจ็บปวด) ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (เช่น ความกลัว ความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอาการทุกข์ทรมาน) ด้านสังคม-วัฒนธรรม (ขาดโอกาสในการรายงานความ

ไม่สุขสบาย) และด้านสิ่งแวดล้อม (สภาพแออัด เสียงดัง และความสกปรกของห้องผู้ป่วย) ผลวิจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลไทยยังต้องการการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งพยาบาลส่วนใหญ่ยังมุ่งให้การพยาบาลความสุขสบายไปเฉพาะทางด้านร่างกายมากกว่าด้านอื่น ๆ อย่างไรก็ตามก็ยังมี ความไม่สุขสบายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน นอกจากนี้ผลการวิจัยได้ชี้ว่า คุณลักษณะของพยาบาลผู้ให้การดูแลมีความสำคัญ และสามารถเป็นได้ทั้งปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยยับยั้งการดูแลความสุขสบายให้กับผู้ป่วย แต่เนื่องจากการศึกษาวิจัยมี 2 วิธี (triangulation method) และต้องดำเนินการภายในระยะเวลาที่จำกัด ร่วมกับอาการของผู้ป่วยบางรายที่ไม่เอื้อต่อการเก็บข้อมูลหรือให้ข้อมูลเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผลการศึกษามี ขาดข้อมูลสำคัญในเชิงลึกหลายประเด็นเกี่ยวกับ คุณลักษณะของพยาบาลที่ดีอันจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปหาแนวทางในการจัดหาและจัดเตรียมพยาบาลที่มี คุณลักษณะที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการหรือ ความชอบของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามและ นำมาซึ่งความสุขสบายของผู้ป่วยอย่างแท้จริงได้

ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับความชอบของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามเกี่ยวกับคุณลักษณะ ของพยาบาลที่ดี และเหมาะสมต่อการให้บริการแบบ ประคับประคองที่มีเป้าหมายอยู่ที่การส่งเสริมความสุข สบายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูล พื้นฐานในการจัดหาและจัดเตรียมพยาบาลที่มีคุณลักษณะ ตามความชอบของผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งเป็นผู้รับบริการโดยตรง พยาบาลเหล่านี้จะต้องมีความสามารถในการพยาบาล ความสุขสบายตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และนำพาการพยาบาลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้น การส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งใน ระยะลุกลามในประเทศไทยไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานสากลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชอบของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งใน ระยะลุกลามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแล

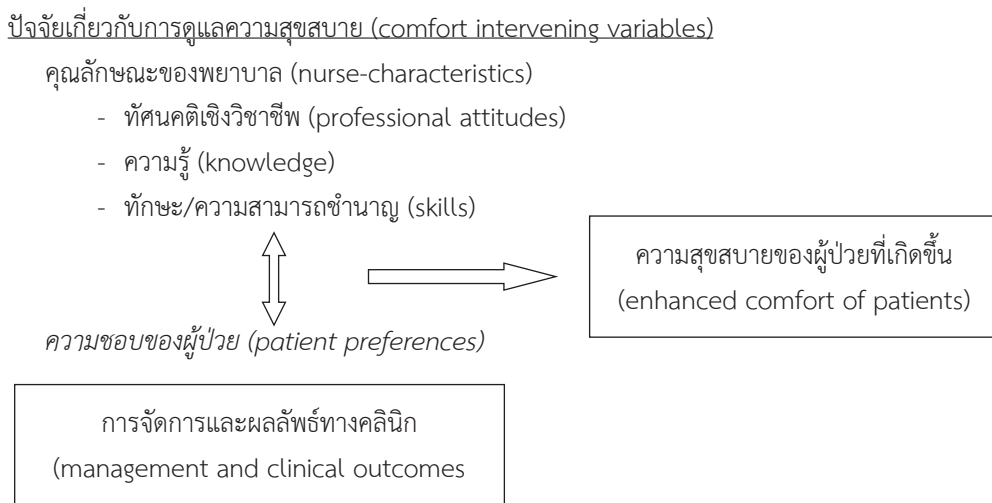
แบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาตามแนวคิดการจัดการและ ผลลัพธ์ทางคลินิก (management and clinical outcomes) ของ Jannings and Staggers (1999) สำหรับ แนวคิดการจัดการและผลลัพธ์ทางคลินิกได้กล่าวถึงข้อมูล ที่สำคัญที่สะท้อนจากผู้ป่วยแล้วนำมาพิจารณาเพื่อเป็น ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล (quality of care) อันประกอบด้วยข้อมูลความต้องการ (needs/wants) ข้อมูลความชอบ (preferences) และความคาดหวัง (expectation) ซึ่งใน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาในประเด็น ข้อมูลความชอบของผู้ป่วย (patient preferences) ถ้า ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองการดูแลตรงตามความชอบ ของตนเอง ก็จะเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี คือ ความ พึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งก็คือความหมายของความสุขสบาย ที่เกิดเพิ่มมากขึ้น (enhanced comfort) ตามแนวคิด ทฤษฎีของ Kalcaba (2003) ส่วนคุณลักษณะของพยาบาล นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการให้การดูแลความสุขสบาย (intervening variables) (Kolcaba, 2003) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Tanatwanit (2011) เกี่ยวกับความสุขสบาย ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ที่พบว่า พยาบาล และคุณลักษณะของพยาบาล (เช่น ระดับความรู้ของ พยาบาล การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม การพูดคุยสื่อสาร สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นต้น) มีอิทธิพล ต่อการรับรู้ความสุขสบายที่เกิดจากผลของการได้รับการ พยาบาล

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีกรอบแนวคิดมาจาก แนวคิดการจัดการและผลลัพธ์ทางคลินิก และปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับความสุขสบายตามแนวคิดทฤษฎีความสุขสบาย ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ความสุขสบายของผู้ป่วย โดยเชื่อว่า ถ้าสามารถผลิตหรือปรับปรุงคุณลักษณะของพยาบาล ให้สอดคล้องตรงตามความชอบของผู้ป่วยก็จะทำให้ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจหรือความสุขสบายนั่นเองโดย คุณลักษณะของพยาบาลจะประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ หลัก 1) ทักษะเชิงวิชาชีพ (professional attitudes) 2) ความรู้ (knowledge) และ 3) ทักษะ/ความสามารถ ขำนาญ (skills) (Simmom et al., 2009; Steven et al.,

2014) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และจดบันทึกสิ่งแวดลอมที่เกี่ยวข้อง (field notes) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความชอบของผู้สูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองที่มีเป้าหมายอยู่ที่การดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ (ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นโรคมะเร็ง และได้เข้าร่วมการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 7 วัน เพราะเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ รับรู้ ถึงผลของการให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ตนเอง (Tang & McCorkle, 2002) นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งได้รับการประเมินว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระยะลุกลามหรือในระยะสุดท้ายของชีวิตจากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย (จำนวน 2 คน ซึ่งได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด) โดยใช้แบบวัด Palliative Performance Scale version 2 [PPSV₂] ซึ่งค่าของคะแนนต้องอยู่ในระดับ 60 หรือต่ำกว่า (จาก

คะแนนเต็ม 100 คะแนน) แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้จะมีชีวิต (Survival) อยู่ไม่เกิน 6 เดือน (Lau, Downing, Lesperance, Show, & Kuziemky, 2006) จำนวนกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดไว้ 20 คน โดยถูกคัดเลือกแบบ purposive sampling และมีความสนใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความสามารถในการสื่อสาร พูดคุยด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดี มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ (ผู้ป่วยประเมินตนเอง) ในการเข้าร่วมให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือ Palliative Performance Scale version 2 [PPSV₂] ซึ่งถูกพัฒนาโดย Anderson, Downing, Hill, Casorso, and Lerch (1996) และ period of survival มีประสิทธิภาพในการทำนายการมีชีวิตรอดถึง 94-99% ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (Lau et al., 2006) และมี inter-rater reliability ($r = .96, p = .05$) (Ho, Lau, Downing, & Lesperance, 2008) เครื่องมือนี้ช่วยในการประเมินและระบุหาผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่กำลังอยู่ในระยะลุกลามหรือในช่วงสุดท้ายของชีวิต ใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 5 นาที

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ

ข้อมูลทางคลินิก มีทั้งหมด 18 ข้อ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ที่พักอาศัยขณะเจ็บป่วยของผู้ป่วย (จังหวัด) ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 5-10 นาที ส่วนข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็งจนถึงปัจจุบัน ระยะการดำเนินของโรค (รวมทั้งอวัยวะที่เริ่มเป็นมะเร็ง (primary region) และอวัยวะที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง (secondary region) โรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับการรักษามาจนถึงปัจจุบัน (วัน/เดือน) ประวัติการรักษา การรักษาหลักในปัจจุบัน (ได้แก่ ยา รังสีวิทยา เคมีบำบัด ผ่าตัด หรืออื่น ๆ) นอกจากนี้ยังบรรจุคำถามเพิ่มเติม ได้แก่ ปัจจุบันมีความไม่สบายอะไรบ้าง พยาบาลได้ช่วยบรรเทาความไม่สบาย หรือสร้างความสบายให้แก่ท่านอย่างไรบ้าง ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (semi-structured interview guide) ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมมีคำถามหลัก 4 ข้อ และคำถามย่อย (probs) เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้คิด วิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็น การสัมภาษณ์มีการใช้เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 2 เครื่อง และการจดบันทึกสิ่งแวดลอมที่เกี่ยวข้อง (field notes) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยถูกตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่ชำนาญทางการพยาบาลด้านโรคมะเร็ง ผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 3 ท่าน (content validity)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาและคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (รหัสโครงการ 11/2557 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2557) กลุ่มตัวอย่างได้รับการเชิญให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยเอกสารเชิญเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบ จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้เข้าพบตามวันเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก แล้วแนะนำตนเอง แจกเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมคำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของ

การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคำถามหรือข้อสงสัย ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมจนผู้ป่วยพอใจในคำตอบ ผู้ป่วยทุกรายที่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยต้องลงนามเซ็นต์ในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย แล้วจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยด้วย PPSv₂ ถ้าผลการประเมินได้คะแนนตั้งแต่ 60 คะแนนหรือต่ำกว่า (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) ผู้ป่วยจึงมีคุณสมบัติเข้าร่วมในขั้นตอนการสัมภาษณ์ต่อไป ตลอดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเมื่อรู้สึกไม่สบายและ/หรือต้องการยุติการสัมภาษณ์ทั้งชั่วคราวหรือถาวรได้ทันทีโดยไม่จำเป็นต้องลงเลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงจะได้รับ ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยมีการใส่รหัสแทนการระบุชื่อและถูกเก็บเป็นความลับแล้วจะถูกทำลายภายหลังการทำวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ในเวลา 5 ปี ส่วนผลการวิจัยได้ถูกนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาและคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแต่ละหอผู้ป่วย จำนวน 2 คน (หอผู้ป่วยละ 1 คน) มาอบรมตามโปรแกรมที่จัดให้เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความสุขสบาย และให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และเทคนิคการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ได้ดำเนินการสอบผ่าน The Certificate of Completion of the National Institutes of Health [NIH]

3. พยาบาลในหอผู้ป่วยได้เป็นผู้คัดสรรกลุ่มตัวอย่างตามประสงค์ (purposive sampling) ในเบื้องต้น พร้อมทั้งเรียนเชิญเข้าร่วมการวิจัยด้วยหนังสือเรียนเชิญ จากนั้น

ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ขอเข้าพบตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อให้คำอธิบายเพิ่มเติมทั้งในเรื่องวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย การรักษาสีทิมมนุษย์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และตอบคำถามที่ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยที่ตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยใช้ PPSv₂ ประเมินผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามข้อกำหนดทั้งหมด และดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งส่วนข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ส่วนการสัมภาษณ์ได้มีการสอบถามถึงความพร้อมของผู้ป่วยอีกครั้ง ซึ่งอาจเป็นการสัมภาษณ์ในขณะนั้นหรือมีการนัดหมายภายหลังขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การสัมภาษณ์ใช้เวลาทั้งสิ้น 30-45 นาที ตลอดเวลาการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิแจ้งผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเพื่อขอหยุดพักชั่วคราวหรือยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาของการสัมภาษณ์ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิของการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับ เอกสารทุกฉบับได้ถูกใส่หีและเก็บเป็นความลับ และถูกนำมาเปิดเผยเฉพาะในเชิงวิชาการและในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกจะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์จะใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยยึด trustworthiness (credibility, transferability, and dependability) (Zhang, 2006; Zhang & Wildemuth, n.d.)

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 20 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคือแต่งงาน/คู่ร้อยละ 70 มีสัญชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธทุกคน (ร้อยละ 100) ร้อยละ 65 จบชั้นประถมศึกษา มีการประกอบอาชีพร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา/ทำไร่หรือรับจ้าง มีรายได้ของตนเองร้อยละ 90 โดยเฉลี่ย

ระหว่าง 0-5,000 บาท/เดือน พบร้อยละ 30 และระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน พบถึงร้อยละ 25 สำหรับที่พักอาศัย ร้อยละ 50 มีบ้านของตนเอง และร้อยละ 100 มีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย

สำหรับ**ข้อมูลทางคลินิก** พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งเต้านม และเป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด มะเร็งคอ หรือมะเร็งต่อมทอนซิลและลำไส้ใหญ่ อย่างละร้อยละ 10 และอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 50 และระยะที่ 4 ร้อยละ 30 ทำให้คะแนนจากการประเมินด้วย PPSv₂ ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 อยู่ที่ 60 คะแนน และร้อยละ 30 อยู่ที่ 50 คะแนน ส่วนระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจนถึงปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 40 อยู่ระหว่าง 7-12 เดือน อวัยวะที่เริ่มเป็นมะเร็ง คือ เต้านม ร้อยละ 20 และปากมดลูกร้อยละ 15 ส่วนการแพร่กระจายพบว่ามีมะเร็งส่วนใหญ่กระจายไปที่ ปอด สมอ และกระดูก ร้อยละ 15, 10 และ 10 ตามลำดับ นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60 พบมากคือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและ/หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เป็นระยะเวลา ≤ 1 เดือน ร้อยละ 60 (โดยเฉพาะ 1 เดือนมีถึงร้อยละ 45) ประวัติการรักษาที่ได้รับ ร้อยละ 45 คือ ได้รับการฉายแสง และร้อยละ 25 ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนการรักษาในปัจจุบันที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มากถึงร้อยละ 55 รองลงมาคือการฉายแสง ร้อยละ 40

2. สำหรับ**เรื่องความสุขสบาย** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการปวดตามร่างกาย ร้อยละ 70 รองลงมาคือร้อยละ 30 ไม่มีความสะดวกในการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนการพยาบาลความสุขสบายที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุด คือ การดูแลบรรเทาอาการปวด เช่น การให้ยา และ/หรือการพดุนวดมากถึงร้อยละ 65 ต้องการให้ช่วยเหลือทำกิจกรรม เช่น ทำความสะอาดร่างกายร้อยละ 30 และต้องการให้ดูแลจิตสภาพแวดล้อมและสถานที่ให้สามารถพักผ่อนได้ ร้อยละ 30 เช่นกัน

3. ผลการศึกษาความชอบของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองนั้น วิเคราะห์เนื้อหาใน

ประเด็นคุณลักษณะของพยาบาลที่ผู้ป่วยชอบหรือต้องการที่จะช่วยตอบสนองความสุขสบายให้กับผู้ป่วยสูงอายุ โรคระยะเรื้อรังระยะลุกลามพบได้ 4 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรม/บุคลิกของพยาบาลที่ต้องการ การพยาบาลที่ชอบ ลักษณะของวิชาชีพพยาบาล และคุณค่าของพยาบาล

3.1 พฤติกรรม/บุคลิกของพยาบาลที่ต้องการ (needed behaviors/personalities of nurses)

พฤติกรรม/บุคลิกของพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติเชิงวิชาชีพของพยาบาลที่แสดงออกมาจากการกระทำในการให้บริการพยาบาล โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนพฤติกรรม/บุคลิกของพยาบาลที่ตนเองชอบและต้องการให้พยาบาลมีมากที่สุด คือ (1) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รองลงมาคือ (2) ความสนใจ เอาใจเอาใจ เอาใจใส่ และแสดงความห่วงใยต่อผู้ป่วย

(1) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่สามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การพูดจาดี ไพเราะ ไม่ดุด่า การพูดควรให้กำลังใจและต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ นอกจากนี้พยาบาลควรมีบุคลิกที่ยิ้มแย้มแจ่มใสในการพูด ดังเช่น

C₁₃ “พูดจาเพราะ เรียบร้อย เห็นหน้าก็ยิ้ม เขาหยอกเข้าเล่น พยาบาลหน้าตาหน้ารัก พูดจาดี พูดจาเพราะ...ก็ชื่นใจแล้ว”

C₁₄ “ดูแลดีทุกอย่าง พูดจาดี ไม่ดุด่า เล่นกันอย่างพี่น้อง การแสดงออกเขากับเราดีมาก พูดหยอกเข้าบ้าง พูดคุยกันเหมือนเพื่อนฝูงกัน พูดขำๆ กัน อาศัยคุยเล่นกันไป แค่นี้ก็มีความสุขแล้ว”

C₁₉ “ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นกันเอง หยอกล้อบ้าง เล็กน้อย พูดคุยสนทนาด้วยอารมณ์ยิ้มแย้มแจ่มใส ใบหน้าเบิกบาน”

C₂₀ “นั่นแหละสำคัญที่สุด คือจิต จิตใจสำคัญที่สุด ในการดูแลคนไข้ พูดให้กำลังใจเพราะคนไข้ต้องการกำลังใจ พูดให้กำลังใจ”

กลุ่มตัวอย่างได้ต้องการให้พยาบาลมีการพูด ทักทาย ชวนพูดคุย และสอบถามอาการ ดังเช่น

C₇ “.... ก็อย่าไปซีเรียสอะไรมากมาย คุยกันถามไถ่กัน เจ็บมัย ยากกินอะไรมัย”

C₁₂ “มาคุยแล้วมีความสุข คอยถามว่าเป็นยังไง ทานข้าวได้มัย.... มาดูมาถามมาไถ่มีปัญหอะไรก็ถาม

กันไป”

C₁₉ “มาถามว่าเป็นไงบ้างคุณป้า อะไรแบบนี้ ดูว่าสนิทสนมกันทำให้เราเบิกบานใจ ไม่กลัวหมอและพยาบาลเหมือนแต่ก่อน เหมือนคำโบราณว่า หมอพยาบาลดูแลแต่ยวนี้ไม่เลยคะ....”

(2) คำพูดของพยาบาลต้องแสดงถึงความสนใจ เอาใจเอาใจ เอาใจใส่ แสดงความห่วงใย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลควรตอบสนองต่อการเรียกของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการ/ต้องการความช่วยเหลือ

C₁₁ “ดูแลเอาใจใส่เป็นห่วง ถามอาการความเป็นอยู่ตลอด มาคอยถาม มาดูอาการเป็นห่วงคนไข้ มาคอยดูความเป็นอยู่ เป็นห่วงคอยมาถามอยู่เรื่อย มาติดตามดูอาการ เขามาคอยถามอาการอยู่เรื่อย ติดตามว่าเป็นยังไง ปวดหัว ตัวร้อนนอนหลับมัย”

C₁₉ “เอาใจใส่ดูแลคนไข้ เรียกเวลาไหนก็มาดูแลเวลานั้น พยาบาลไม่ถือตัว เอาใจใส่เรื่องหน้าที่ พยาบาลที่เอาใจใส่ดูแลคนไข้คะ ... ดูแลเอาใจใส่ หมั่นสังเกตคนไข้ว่ามีอาการเป็นยังไงบ้าง เน้นเรื่องการเอาใจใส่คนไข้มาก ๆ หมั่นดูแลเอาใจใส่ ถึงเวลาก็มาดูแลเอาใจใส่”

C₂₀ “ใจดี มีเมตตา เสียสละ สุภาพนุ่มนวล อ่อนโยน....”

3.2 การพยาบาลที่ชอบ (preferred nursing care)

สำหรับการพยาบาลหรือทักษะการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับแล้วสร้างความสุขสบายหรือมีความรู้สึกชอบจนเกิดเป็นความรู้สึกพึงพอใจ พบได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การบรรเทาอาการไม่สุขสบาย (2) การบริการช่วยเหลือผู้ป่วย และ (3) การให้ความรู้

(1) การบรรเทาอาการไม่สุขสบาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่สร้างความไม่สุขสบาย 4 อาการ ได้แก่ อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการนอนไม่หลับ และอาการคัน ซึ่งการพยาบาลที่พยาบาลให้ส่วนใหญ่ที่ช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบาย คือ การได้รับยาบรรเทาปวด (analgesics)

C₂ “.... ให้อา เวลาเราเจ็บปวดเขาก็จัดให้ มีอาการหรือปัญหาอะไรก็บอกให้เขาช่วย เขาดูแลเราตลอด ไม่ให้คลาดสายตา ใครเป็นยังไงอย่างไร มีอาการอะไร

ผิดปกติขึ้นมา ติดตามอาการทุกอย่าง”

C₁₀ “... ปวดขาปวดอะไรเขาก็เอายามาให้กิน เอายามาให้กิน ชักพักเขาก็มาถามว่าเป็นยังงัยบ้างดีขึ้นรึยัง ปากก็บอกว่าดีขึ้นแล้ว พอใจ บางทีเขาก็มาถามเรื่อย ๆ ว่าปวดตรงไหนเจ็บตรงไหนอะไรตรงไหน ดูแลเวลาปวดท้องเขาก็รักษา เขาดูแลดี ปวดท้องเขาก็เอายามาให้กิน มันก็หาย ...ปวดท้องเขาก็เอายามาให้กิน”

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การบำบัดทางการพยาบาลร่วม (complementary treatment) ที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้คือ การนวด หรือการประคบศีรษะด้วยความเย็น และการดูแลช่วยบรรเทาภาวะเครียด

C₁ “อยากให้...หายปวด หายปวดหายเจ็บ ให้เขามานวด”

C₃ “เอาน้ำมาปะคบที่หัวเพื่อลดอาการปวดศีรษะ เช็ดตัว ทุกอย่างประกอบด้วย ฉลาดเฉลียว รู้จักปิดปากหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อบำบัดคนไข้”

C₁₉ “...พาไปนั่งตรงโน้นตรงนี้บ้างเพื่อคลายเครียด ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ บางทีจะเครียด พยาบาลก็จะมาคลายเครียดให้”

(2) การบริการช่วยเหลือผู้ป่วย (helping patient service)

กลุ่มตัวอย่างระบุว่าการบริการช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาลและสร้างความสุขสบายได้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปในการบริการเรื่องกิจวัตรประจำวัน (activity daily living) เช่น การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย การดูแลให้อาหารทางสายยาง การดูแลช่วยเหลือเรื่องการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลทำความสะอาดถุงรองอุจจาระทางหน้าท้อง (colostomy care)

C₁ “อันนี้ก็เหมือนกัน พยาบาลเขาจะเช็ดตัวให้.... มีความสุขแน่แต่ผมไม่อยากพูด แนนอน ทำให้เรามีความสุขขึ้น เอาข้าวมาให้เอามาและอาหารใส่สายยางและเอาน้ำมาให้”

C₂ “เค้าก็ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น ช่วยเหลือคนไข้ ใครที่ช่วยได้ก็ช่วย ใครที่ช่วยไม่ได้ก็ให้พยาบาลช่วย ดูแลอาบน้ำอาบท่าเช็ดตัว ปัสสาวะอุจจาระสารพัดที่เขาทำช่วยกับผู้ป่วย อาบน้ำให้ผู้ป่วย”

C₁₀ “เวลาเดินไปอาบน้ำไม่ได้ เขาก็เอารถเข็นมาให้พาไปอาบน้ำ เวลาเราไปไม่ได้ ปวดปัสสาวะ อุจจาระเขาก็เอากะโถมาให้ เอาอาหารมาให้กิน เช้า กลางวันและตอนเย็น ค่ะ เพราะว่าปวดขาเดินไม่ค่อยได้”

C₁₄ “...ถ้าช่วยเหลือ ตอนที่ให้ทำ ถ้าแป้นทะเล จะให้เขามาทำให้ค่ะ อุจจาระหน้าท้อง เราก็ก๊วเขาแน่นั้น นอกนั้นเราทำเองได้ การดูแลแผล อุทเทสุเรียกเขาเขาก็ทำให้”

(3) การให้ความรู้ (providing knowledge)

การให้ความรู้เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การให้ความรู้ที่พยาบาลให้กับกลุ่มตัวอย่างและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมี 2 ลักษณะคือ การอธิบายเรื่องโรค อาการ และการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัด และการสอนให้ผ่อนคลาย

C₆ “มาอธิบายเรื่องโรคของป้า มาอธิบายเรื่องโรคของป้า อยากให้เขามีความรู้ความชำนาญในโรคของป้า”

C₁₅ “...แนะนำอะไรที่ดี แนะนำแบบนั้นแบบนี้ดี ให้อะไรดีขึ้น ให้คำแนะนำเราเวลาป่วยไข้ จะทำแบบไหนอย่างไรก็ดี ถ้าช่วยแนะนำเราก็นะ แนะนำอยู่ เขาก็ดีนะพยาบาลเวรบายแนะนำดี”

C₁₈ “เขาสอนกิจกรรมบนเตียงคนไข้ สอนให้ผ่อนคลาย หายใจเข้าหายใจออก ออกกำลังกายไม่ให้เส้นเลือดยึด ปีนวด กายภาพบำบัดให้มีการผ่อนคลาย”

C₁₉ “ปัจจุบันก็สุขสบายมากที่สุดอยู่แล้ว ฉันท่านมณะะก็มาทำกายภาพให้ บอกเป็นท่า ๆ ของการออกกำลังกาย ออกกำลังกายแบบไหน ๆ พยาบาลพาไปออกกำลังกายค่ะ”

3.3 ลักษณะของวิชาชีพพยาบาล (characteristics of nursing professional)

กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะ/ความชำนาญ และต้องมีจริยธรรมในการให้การพยาบาล จึงจะสามารถให้การพยาบาลที่นำมาซึ่งความสุขสบายของผู้ป่วยได้

C₂ “ความรู้เขาก็โอเค เขาเรียนมาหลายปี ก่อนจะมาทำงานคิดว่าความรู้พอแล้วเขาทำได้ทุกคน สักปีกว่าจะจบก็น่าจะมีความชำนาญระดับหนึ่ง”

C₁₀ “เขาก็มีความรู้เยอะเหมือนกัน ความรู้เขา
เยอะ บางทีเขาก็เรียนเก่ง....”

C₁₁ “มันใจ (ในความรู้พยาบาล) รู้สึกว่าเขา
มีความรู้ดี การทำงานคล่องตัวดี”

ข้อมูลเกี่ยวกับทักษะการพยาบาล กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปในเรื่องความสามารถในการเพิ่ม
เพิ่มให้หน้าเกลือหรือให้ยาทางหลอดเลือดดำของพยาบาล
ซึ่งถ้าไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวดก็จะสร้างความสุขสบาย
ให้แก่ผู้ป่วยได้มาก

C₅ “ที่นี้ชำนาญ เรื่องเข็มฉีดยาจริงๆ ที่อื่นแทงเข็ม
แทงยากเพราะเส้นเล็ก เส้นขาด ผมไปที่ไหนก็ร้องทั้งนั้น”

C₆ “แทงดีไม่เจ็บ ชำนาญละมั้ง ... ที่เดียวได้เลย
...เขาชำนาญ พอใจ แทงทีเดียวได้”

C₂₀ “ความชำนาญของพยาบาลต้องมี ไม่มีไม่ได้
หรอก บางครั้งประสบปัญหาอะไรต้องแก้ได้ พยาบาลต้อง
แก้เป็น เพราะฉะนั้นต้องใช้ประสบการณ์ในการดูแลคนไข้”

ส่วนด้านจริยธรรม เป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่าง
ต้องการให้มีในวิชาชีพพยาบาล โดยพยาบาลควรแสดง
ความรัก ห่วงใย และดูแลผู้ป่วยเหมือนญาติผู้ใหญ่ซึ่งแสดง
ถึงความเคารพในความเป็นตัวตนของมนุษย์ (autonomy)

C₃ “พยาบาลต้องรักคนไข้ รักใคร่ ห่วงใย
ปรารถนา หวังดี ทำให้ใจป้าเป็นสุข ไม่ให้ปรารถนาความทุกข์
จนต่างคนต่างเบื่อหน่าย อย่าให้เป็นทุกข์ใจ”

C₆ “...ใจดี ๆ ช่วยเหลือดี คอยดูแลดี ๆ ให้ถือว่า
คนไข้เป็นแม่ (เพื่อ) ความสุขของคนไข้”

C₁₉ “แน่นอนจะต้องมีจริยธรรม ดูแลผู้ป่วยด้วย
ความเต็มอกเต็มใจ ยิ้มแย้มแจ่มใสเบิกบาน จะช่วยให้ผู้ป่วย
มีกำลังใจขึ้น ผู้สูงอายุก็เหมือนปู่ย่าตายายของพยาบาล
ปฏิบัติตัวกับปู่ย่าตายายแบบไหนก็ให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยผู้สูง
อายุแบบนั้นค่ะ”

3.4 คุณค่าของพยาบาล (values of nurses)

กลุ่มตัวอย่างได้มองเห็นคุณค่าของ
พยาบาลในการให้การพยาบาลและมีความสามารถดูแล
ความสุขสบายให้กับผู้ป่วย ดังนี้

C₂ “ช่วยให้เราหายจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งคุณหมอ
พยาบาล และผู้ช่วย ค่ะ ถ้าไม่มีพยาบาล ไม่มีหมอเรา
ก็แย่ ทั้งทีมทั้งหมดแหละ...”

C₈ “ก็เหมือนลักษณะแบบนี้ละค่ะ ทัว ๆ ไป

อย่างนี้เพราะว่าเขาที่ดีหมดทุกคน คุณหมอก็ดี พยาบาล
ก็ดี เอาอกเอาใจใส่ เขาก็ไม่ได้ทิ้งขว้างหรือหมางเมินอะไร
...สรุปว่าดีหมด ...เพราะว่าเขาที่ดีกันหมดทุกคน สรุปว่า
ดีหมด”

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีวัตถุประสงค์
เพื่อศึกษาความชอบของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะ
ลุกลามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลแบบ
ประคับประคอง จากผลการวิจัยพบว่า มีลักษณะของ
พยาบาลและวิชาชีพพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างแสดงความ
ชอบความต้องการ และเกิดความพึงพอใจ 4 ประเด็น
ได้แก่ พฤติกรรม/บุคลิกของพยาบาลที่ต้องการ การพยาบาล
ที่ชอบ ลักษณะวิชาชีพพยาบาล และคุณค่าของพยาบาล
สำหรับพฤติกรรม/บุคลิกของพยาบาลที่ผู้ป่วยสูงอายุ
โรคมะเร็งในระยะลุกลามชอบและต้องการมากที่สุดคือ
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพูดคุยต้องมีความสุภาพ
ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่ดุด่า และการสื่อสารต้องให้กำลังใจผู้ป่วย
ไม่ใช่เป็นการพูดที่สร้างความทุกข์ให้กับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ Efsthathiou and
Clifford (2011) ที่พบว่า บทบาทที่สำคัญอันดับที่ 1 ของ
พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะต้องมีทักษะ
ในการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การดูแลมี
คุณภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจ และ
Hawthorn (2015) กล่าวว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
เปรียบเสมือนการสื่อสารเพื่อการบำบัด (therapeutic
communication) ซึ่งสำคัญในผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของ
ชีวิต เพราะจะช่วยผู้ป่วยในการปรับตัวและจัดการความกลัว
นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณได้รับการสนับสนุน
ช่วยเหลือ เกิดความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัย ช่วยลดความวิตก
กังวล และกลับสร้างความกล้าเพิ่มขึ้น โดย Goldsmith,
Ferrell, Wittenberg-Lyles, and Ragan (2013) เรียก
comfort communication นั่นคือการสื่อสารที่ดีนำมาซึ่ง
ความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้

ส่วนการพยาบาลที่ชอบ กลุ่มตัวอย่างเน้นการบรรเทา
อาการไม่สุขสบาย (discomfort) ทั้งนี้เนื่องจาก
ผลศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบาย
หลายอย่างโดยเฉพาะด้านร่างกายที่พบมากที่สุดคือ อาการ

ปวดตามร่างกาย (ร้อยละ 70) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tai, et al., (2016) ที่พบว่า อาการปวดเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม หรือ Oechsle, Goerth, Bokemeyer, and Mehnert (2013) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีอาการปวดมากถึงร้อยละ 95 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงต้องการการพยาบาลความสบายเพื่อบรรเทาอาการปวดเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะการขอยาบรรเทาปวด สะท้อนให้เห็นว่าการเพิ่มความสบายให้กับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการใช้ยาแก้ปวดและการสื่อสารเพื่อการบำบัด ดังที่กลุ่มตัวอย่างได้ระบุว่าตนเองมีความต้องการยา การบำบัดทางการพยาบาลร่วม (complementary treatment) และการพูดคุยเพื่อการบรรเทาอาการปวดต่าง ๆ รวมทั้งการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย บริการอาหาร-น้ำ และการขับถ่าย เป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการและนำมาซึ่งความพึงพอใจของตนเองได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3 (ร้อยละ 50) และระยะที่ 4 (ร้อยละ 30) และส่วนใหญ่มีคะแนน PPSV₂ อยู่ที่ ≤ 60 ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย (ambulation) ลดลง ความสามารถในการทำงานบ้าน (house work) ลดลง แต่ต้องการการช่วยเหลือในเรื่องการดูแลตนเอง (self-care) เพิ่มขึ้น ส่วนการที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความรู้ คำอธิบายเกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ รวมทั้งข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวก็เพื่อให้ตนเองลดความเครียดและเกิดการผ่อนคลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tanatwanit (2011) ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีโรคมะเร็งในระยะลุกลามมีความกลัวและวิตกกังวล (ร้อยละ 50) และความวิตกกังวลที่พบมากที่สุดได้เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยและอาการของตนเอง (ร้อยละ 40) และกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากมักขาดความรู้ ดังนั้นการให้ความรู้ทั้งในลักษณะของการอธิบายเกี่ยวกับโรคและอาการต่าง ๆ รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจึงได้เป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ เพราะการให้ความรู้จะช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลลงได้ ขณะเดียวกันเมื่อไม่มีความกลัวหรือวิตกกังวลกลุ่มตัวอย่างก็จะมี ความสุขสบายใจได้

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้มองวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีคุณค่า ถือว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความรู้ มีทักษะ และต้องทำงานอย่างมีจริยธรรม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากในประเทศไทยหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้รับการยอมรับจากสังคมและถูกบรรจุอยู่ในระบบการศึกษาไทย ภายใต้การกำกับควบคุมของสภาการพยาบาล และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) และทักษะความชำนาญที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจมากเกี่ยวกับการแทงเข็มให้สารน้ำหรือการให้ยาทางหลอดเลือดดำ อาจด้วยเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งการให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นวิธีที่นิยมให้อย่างแพร่หลายมากที่สุดเพราะยาสามารถแพร่กระจายไปทั่วร่างกายได้อย่างรวดเร็ว (Chulacancer, ม.ป.ป.) แต่ก็ยังมีผลข้างเคียงคือ มีการรั่วซึมของยาได้ทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ (phlebitis หรือ thrombophlebitis of superficial veins) ถึงร้อยละ 70 ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดอย่างมาก (Nekuzad, et al., 2012) แล้วทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย การดูแลความสบายและการบรรเทาอาการปวดจึงเป็นเรื่องสำคัญ และต้องคำนึงถึงจริยธรรม ต้องทำดีโดยไม่มีอันตรายกับผู้ป่วย (do good, no harm) ให้การพยาบาลผู้ป่วยเสมือนกับการดูแลญาติของพยาบาลเอง เมื่อพยาบาลสามารถสร้างความสบายให้กับผู้ป่วยได้สามารถบรรเทาความไม่สบายอันเกิดจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนให้ได้มากที่สุด จึงทำให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นคุณค่าของการพยาบาลที่ตนเองได้รับ และเกิดความชื่นชมพยาบาลว่าให้การพยาบาลอยู่ในระดับที่มีคุณภาพดีและมองเห็นความสำคัญของวิชาชีพพยาบาลในระบบสาธารณสุขไทยที่ให้บริการการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการดูแลความสบายให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาได้พบว่า อาการปวด/ความเจ็บปวด ยังเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลาม จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาหรือปรับปรุงการจัดการกับความเจ็บปวด ทั้งในด้านความรู้และทักษะการพยาบาล นอกจากนี้การพยาบาลความสบาย

ที่กลุ่มตัวอย่างสะท้อนออกมาได้ชัดเจน ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยา และการพยาบาลที่ตอบสนองด้านกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นการพยาบาลความสุขสบายทางด้านร่างกายเป็นหลัก ดังนั้นการพยาบาลความสุขสบายอย่างองค์รวม (holistic comfort care) เป็นสิ่งที่ต้องการพัฒนาให้เกิดขึ้นด้วยเช่นกัน

2. สำหรับด้านการศึกษา นอกจากจะต้องมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามที่มีความสุขสบายเป็นวัตถุประสงค์หลักแล้ว สถาบันการศึกษาควรที่จะมีหลักสูตรเฉพาะทางด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (effective communication) และการจัดการกับอาการไม่สุขสบาย (discomfort management) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม

3. เมื่อผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามมีความชอบและต้องการลักษณะของพยาบาลที่มีความสามารถในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความรู้เรื่องโรคและอาการจากการเจ็บป่วย และมีความรู้ทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลความสุขสบายเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ผู้บริหารสถานพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีนโยบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองให้การสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาดตนเองเพื่อให้มีความรู้และทักษะเฉพาะทางอย่างเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีความสุขสบายในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต

4. จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุไทยโรคมะเร็งในระยะลุกลามครั้งนี้ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพยาบาลและการทำงานของพยาบาลมากนัก ซึ่งอาจเกิดจากความวิตกกังวลเรื่องผลกระทบจากความเห็นเชิงลบขณะที่ผู้ป่วยกำลังเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนหรือที่บ้านเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลที่ให้การพยาบาลความสุขสบายขณะที่เคยเข้ารับการรักษานในสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (retrospective study) จึงเป็นการศึกษาวิจัยที่น่าสนใจต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2556). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2556 สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน พ.ศ. 2559 เข้าถึงได้จาก [http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202013%20All%20\(Online\)%20\(1\).pdf](http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202013%20All%20(Online)%20(1).pdf)
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 (Situation of the elderly 2014). สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน พ.ศ. 2559 เข้าถึงได้จาก <http://thaitgri.org/?p=36>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2556). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน พ.ศ. 2559 เข้าถึงได้จาก http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/NCCP_2556-2560.pdf
- American Cancer Society. (2015). Cancer Facts & Figures 2015 Retrieved September 10, 2016, from <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2015/>
- Anderson, F., Downing, G. M., Hill, J., Casorso, L., & Lerch, N. (1996). Palliative Performance Scale (PPS): A new tool. *Journal of Palliative Care*, 19, 5-11.
- Chulacancer. (ม.ป.ป.). ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน พ.ศ. 2559 เข้าถึงได้จาก <http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=323>
- Efstathiou, N., & Clifford, C. (2011). The critical care nurse's role in End-of-Life care: issues and challenges. *Nursing In Critical Care*, 16(3), 116-123.
- Egan, K. A., & Labyak, M. J. (2010). Hospice palliative care: A model for quality end-of-life care. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.). *Textbook of palliative care*. (3rd ed., pp. 13-46). New York: Oxford University Press.

- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. L. (2013). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 17(2), 163-167.
- Hawthorn, M. (2015). The importance of communication in sustaining hope at the end of life. *British Journal Of Nursing*, 24(13), 702-705.
- Ho, F., Lau, F., Downing, M. G., & Lesperance, M. (2008, August 4). A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. *BioMed Central Palliative Care*, 7(10), 1-10.
- Jennings, B. M., Staggers, N. (1999). A provocative look at performance Measurement (Management and clinical outcomes). *Nursing Administration Quarterly*, 24(1), 1-14.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Lau, F., Downing, G. M., Lesperance, M., Show, J., & Kuziemy, C. (2006). Use of The Palliative Performance Scale in end-of-life prognostication. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1066-1075.
- McLeod, S. A. (2009). Attitudes and behaviors. Retrieved, July 24, 2014, from <http://www.simplypsychology.org/attitudes.html>.
- National Council on Aging (n.d.). *Chronic Disease Management*. Retrieved July 17, 2016, from <https://www.ncoa.org/healthy-aging/chronic-disease/>
- Nekuzad, N., Torab, T. A., Mojab, F., Alavi-Majd, H., Azadeh, P., & Ehtejab, G. (2012). Effect of External Use of Sesame Oil in the Prevention of Chemotherapy-Induced Phlebitis. *Iranian Journal Of Pharmaceutical Research*, 11(4), 1065-1071.
- Nilmanat, K., Chailungka, P., Phunggrassami, T., Promnoi, C., Tulathamkit, C., Noo-urai, et al. (2010). Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(8), 393-399.
- Oechsle, K., Goerth, K., Bokemeyer, C., & Mehnert, A. (2013). Symptom burden in palliative care patients: perspectives of patients, their family caregivers, and their attending physicians. *Supportive Care In Cancer*, 21(7), 1955-1962.
- Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R., Dotolo, D., Silvestri, G. A., & Curtis, J. R. (2010). Nurses' identification of important yet under-utilized end-of-life care skills for patients with life-limiting or terminal illness. *Journal of Palliative Medicine*, 13(6), 753-759.
- Tai, S. Y., Lee, C. Y., Wu, C. Y., Hsieh, H. Y., Huang, J. J., Huang, C. T., Chien, C. Y. (2016). Symptom severity of patients with advanced cancer in palliative care unit: longitudinal assessments of symptoms improvement. *BMC Palliative Care*, 151-157. doi:10.1186/s12904-016-0105-8.
- Simon, S. T., Ramsenthaler, C., Bausewein, C., Krischke, N., & Geiss, G. (2009). Core attitudes of professionals in palliative care: A qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(8), 405-410.
- Steven, A., White, G., Marples, G., & Atkinson, J. (2014). End of life care: An educational pathway for community nurses. *Primary Health Care*, 24(1), 18-25.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. *Journal of Clinical Psychology in Session*, 67(2), 155-165.

- Tanatwanit, Y. (2011). *Comfort as experienced by Thai older patients with advanced cancer*. (Doctoral Dissertation, The Catholic University of America, 2001). Dissertation Abstracts International (17), (UMI No. 3439981)
- Tang, S. T., & McCorkle, R. (2002). Appropriate time frames for data collection in quality of life research among cancer patients at the end of life. *Quality of Life Research*, 11, 145-155. Retrieved March 10, 2007, from <http://web.ebscohost.com.proxycu.wrlc.org/ehost/pdf?vid=6&hid=118&sid=c5fcc652-5fca-43ee81bc-27e0ae164ca8%40sessionmgr103>
- Thacker, K., S. (2008). Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nursing Ethics*, 15(2), 174-185.
- World Health Organization (WHO). (2014). Cancer. Retrieved September 10, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Zhang, Y. (2006). Content analysis (qualitative, thematic). Retrieved November 21, 2007, from <http://www.ils.uns.edu/~>
- Zhang, Y. & Wildemut, B., M. (n.d.). Qualitative Analysis of Content. Retrieved September 20, 2016, from https://www.ischool.utexas.edu/~yanz/Content_analysis