ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*

*พิมพ์พนิต ภาศรี พยม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)***
*แสงอรุณ อิสระมาลัย PhD (Nursing)****
*อุไร หัถกิต PhD (Nursing)****

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาทรรศนะของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิต ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะทางอารมณ์และความไม่สุขสบายทางร่างกาย รวมทั้งความต้องการการช่วยเหลือ

การออกแบบวิจัย: วิจัยเชิงบรรยาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 100 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินทรรศนะของครอบครัว และ 3) แบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย

ผลการวิจัย: 1) ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประสงค์ใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน ($\overline{X}$ = 3.38 , *SD* = 1.15) 2) ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้ความสำคัญกับบุคคลที่รักและผูกพัน ($\overline{X}$ = 4.88, *SD* = 0.43) และ 3) สภาวะทางอารมณ์ พบว่า ความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.70, *SD* = 2.65) และความไม่สุขสบายทางร่างกายที่มีความรุนแรงมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ($\overline{X}$ = 7.44, *SD* = 1.99) 2) ปวด ($\overline{X}$ = 6.53, *SD* = 3.16) และ 3) ง่วงซึม/สะลึมสะลือ ($\overline{X}$ = 6.23, *SD* = 3.16) ส่วนความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.92, *SD* = 0.78) โดยความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย สูงกว่าความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างเหมาะสมต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2558; 30(4) 57-71

คำสำคัญ: ทรรศนะของครอบครัว ความต้องการการช่วยเหลือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

**รายงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*

***ผู้เขียนหลัก ครูคลินิกภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*
Email: pim.panit@hotmail.com
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนับเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อน เนื่องจากความรุนแรงของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค รวมถึงเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ทั้งนี้การที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จำเป็นจะต้องประเมินการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเบื้องต้น เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้มากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้และดูแล นอกจากนั้นการประเมินทรรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัวก็ยังช่วยให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจต่อครอบครัวของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถที่จะวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การประเมินทรรศนะของครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้จะนำเอากรอบ “LIFESS” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[1] อันประกอบไปด้วยการประเมินใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) L = living will: ความปรารถนาของผู้ป่วยในบั้นปลายของชีวิต 2) I = individual belief: ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) F = function: ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย 4) E = emotion and coping: สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย 5) S = symptoms: ความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย และ 6) S = social and support: ปัญหาทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว มาปรับใช้ในการประเมินทรรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยได้ใช้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (F = function) มาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย แล้วจึงทำการประเมินทรรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัวต่อผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย 2) ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ 3) สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย และ 4) ความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และทีมสุขภาพเกิดความเข้าใจผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ มากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจการรับรู้ของครอบครัวและสามารถวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามนอกจากการประเมินทรรศนะของครอบครัวแล้ว การประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจัดอยู่ในประเด็นการประเมินด้านที่ 6 คือ สภาพปัญหาทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว (social and support) ก็มีความสำคัญเช่นกัน เพราะจะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถให้การช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถดูแลตนเองได้[2] เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนิน

โรคที่ทรุดลง และมีแนวโน้มเสียชีวิต ทีมสุขภาพจะให้ข้อมูลการเจ็บป่วยกับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 1.9 – 3.5 ได้ให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาระยะสุดท้าย[3] ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ และสถานที่ในการเสียชีวิต[4] รวมไปถึงการจัดการอาการต่าง ๆ ที่มีความรุนแรงมากขึ้น ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะมีเป้าหมายการดูแลที่สำคัญ คือ ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ และเสียชีวิตอย่างสงบ[5] อย่างไรก็ตาม ครอบครัวยังคงมีข้อจำกัดด้วยเงื่อนไขของความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแล จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายยังได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุม ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวควรได้รับการประเมินการรับรู้เพื่อที่จะช่วยให้ครอบครัวสามารถแสดงบทบาทในการดูแลได้อย่างสมบูรณ์ และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากข้อมูลในส่วนดังกล่าวจะช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิด

การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาถึงทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามแนวคิด “LIFESS” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[1] ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง และสรุปเป็นตัวย่อของประเด็นทางสุขภาพที่ควรประเมินในผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ตัวย่อว่า “LIFESS” ประกอบด้วย 1) L = “Living Will” หมายถึง การแสดงเจตนาเกี่ยวกับเป้าหมายในการดูแลรักษาในช่วงบั้นปลายของชีวิต 2) I = “individual belief” หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความตาย 3) F = function หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 4) E = “emotion and coping” หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย 5) S = “symptoms” หมายถึง ความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และ6) S = “social and support” หมายถึง ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคม และแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว

จากกรอบ “LIFESS” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[1] ที่ใช้ในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การศึกษานี้ได้นำกรอบดังกล่าวมาปรับใช้ในการประเมินทรรศนะของครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแล โดยประเมินใน 4 ด้าน คือ 1) ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย 2) ความคิดความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ 3) สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย และ 4) ความไม่สุขสบายทางร่างกายผู้ป่วย โดยได้ใช้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (F = function) มาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย ซึ่งจะเลือกผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีระดับคะแนนจากการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Palliative Performance Scale for Adult Suandok, PPS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน ส่วนการประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของครอบครัว

จะตรงกับประเด็นการประเมินของ “LIFESS” ในข้อที่ 6 คือ สภาพปัญหาทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาทรรศนะของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตของผู้ป่วย

2) เพื่อศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาในผู้ดูแลหลักจำนวน 100 ราย ที่เป็นตัวแทนของครอบครัวซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ หรือมีประสบการณ์ดังกล่าวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไม่เกิน 3 เดือน ทั้งนี้ต้องเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีระดับคะแนนจากการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Palliative Performance Scale for Adult Suandok, PPS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินสำหรับใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok, PPS) ฉบับแปลภาษาไทย[6]

2. แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

2) แบบสอบถามทรรศนะของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

2.1 ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย ได้แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบประเมินความปรารถนาในบั้นปลายชีวิต (living wills and advance directive survey) ของดันนิ่ง[7] ดัดแปลงให้เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้มีความครอบคลุม

2.2 แบบสอบถามด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แปลเป็นภาษาไทยจากแบบประเมินจิตวิญญาณ หรือ FICA tool (Faith, Importance & influence, Community & Address or Application)[8] และได้ดัดแปลงระดับที่ใช้ในการวัดให้เป็นแบบประมาณค่า

2.3 แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์และความไม่สุขสบายทางร่างกาย เป็นแบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ สภาวะทางร่างกายและความไม่สุขสบายทั่วไป ๆของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Sytem หรือ ESAS ฉบับภาษาไทย[9]

3) แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามความต้องการในการขอรับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย แปลมาจากแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล (The Carer Support Need Assessment Tool, CSNAT)[10]

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงแบบประเมินทรรศนะของครอบครัวและแบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว และได้นำไปทดลองใช้กับตัวแทนครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย แล้ว

นำคะแนนที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าอยู่ระหว่าง .77- .87

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ ศธ 0521.1.05/065 เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2557 ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงหลักการรักษาความลับและการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และมีการลงนามในใบยินยอมก่อนทุกราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผ่านคณะกรรมการด้านจริยธรรมของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลสถาบันโรคมะเร็ง ในภาคใต้ทั้ง 3 แห่ง เข้าเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2557

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย แล้วนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของตารางและการบรรยาย

2. ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย: ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 38) รองลงมาคือ โรคมะเร็งในอวัยวะสืบพันธ์ (ร้อยละ 29) ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 54) ทั้งนี้โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) เข้ารับการรักษาโดยไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้าจากแพทย์เฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้ง มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ที่ระดับ 30 คะแนนมากที่สุด (ร้อยละ 43) อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) เหนื่อยล้า (ร้อยละ 53) 2) หายใจลำบาก (ร้อยละ 42) และ 3) ขาดอาหาร (ร้อยละ 40)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล: ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78) มีอายุเฉลี่ย 42.83 ปี (*SD* = 13.62) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 72) และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 85) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 40) มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 28) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 36) และเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 29) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน (ร้อยละ 78)

ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วย: มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คนมากที่สุด (ร้อยละ 64) มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ

34) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาแล้วประมาณ 1-3 เดือน (ร้อยละ 75) โดยสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 63) และมีสมาชิกที่มาผลัดเปลี่ยนในการดูแลกันประมาณ 1-3 คน (ร้อยละ 57) ส่วนใหญ่ไม่ได้จ้างผู้ดูแล (ร้อยละ 93)

ส่วนที่ 2 ทรรศนะของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ดูแลประมาณครึ่งหนึ่งมีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตอย่างเปิดเผยชัดเจน (ร้อยละ 54) รองลงมา คือ พูดคุยบ้างแต่เป็นเพียงอ้อม ๆ (ร้อยละ 39) มีเพียงร้อยละ 7 ของการศึกษาเท่านั้นที่ไม่เคยพูดคุยเลย และผู้ดูแลซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวในครั้งนี้ได้รายงานถึงความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยดังนี้ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ประสงค์จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน ($\overline{X}$ = 3.38 , *SD* = 1.15) รองลงมา คือ รักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ($\overline{X}$ = 3.34, *SD* = 0.95) ความปรารถนาที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ต้องการให้นำพระ/บาทหลวง/โต๊ะอิหม่าม/หรือบุคคลในศาสนาที่นับถือมาเยี่ยม ($\overline{X}$ = 1.69 , *SD* = 1.17) และการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ($\overline{X}$ = 1.35, *SD* = 0.92) ส่วนความปรารถนาในข้ออื่น ๆอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การได้รับอาหารและน้ำทางสายยาง ($\overline{X}$= 1.25, *SD* = 1.01) การได้รับยาเพื่อที่จะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีเพื่อช่วยยื้อชีวิต ($\overline{X}$ = 0.87, *SD* = 1.27) การเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู ($\overline{X}$ = 0.59, *SD* = 0.94) การใส่ท่อทางเดินหายใจและช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ($\overline{X}$ = 0.44, *SD* = 0.89) การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น เช่น การปั๊มหัวใจหรือการให้ยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ ($\overline{X}$ = 0.37, *SD* = 0.86) และการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ($\overline{X}$ = 0.23, *SD* = 0.72) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย

ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย	Max-Min	$\overline{X}$	*SD*	ระดับ
1. มีความประสงค์ที่จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน	4-0	3.38	1.15	มาก
2. การรักษาโรคแทรกซ้อนเช่นการติดเชื้อด้วยการให้ยาทาหลอดเลือดดำ	4-0	3.34	0.96	มาก
3. การให้นำพระ/บาทหลวง/โต๊ะอิหม่าม/หรือบุคคลในศาสนาที่นับถือมาเยี่ยม	4-0	1.69	1.17	ปานกลาง
4. การได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ	4-0	1.35	0.92	ปานกลาง
5. การได้รับอาหารและน้ำทางสายยาง	4-0	1.25	1.01	น้อย
6. การได้รับยาเพื่อที่จะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีเพื่อช่วยยื้อชีวิต	4-0	0.87	1.27	น้อย
7. การเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู	4-0	0.59	0.94	น้อย
8. การใส่ท่อทางเดินหายใจและช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ	4-0	0.44	0.89	น้อย
9. การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น เช่น การปั๊มหัวใจหรือการให้ยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ	4-0	0.37	0.86	น้อย
10. การเจาะคอเพื่อจะใส่ท่อช่วยหายใจ	4-0	0.23	0.72	น้อย

ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนของครอบครัวส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (ร้อยละ 89) รองลงมาคือ รับรู้บ้างเล็กน้อย (ร้อยละ 11) ไม่มีแม้เพียงคนเดียวที่ไม่รับรู้ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้ผลการศึกษายังพบว่าให้ความสำคัญกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมากที่สุด ($\overline{X}$= 4.88, *SD* = 0.43) รองลงมา ได้แก่ ญาติธรรมหรือเพื่อนร่วมแนวคิดที่มีส่วนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย ($\overline{X}$= 3.87, *SD* = 0.70) และมีความเคร่งครัดในหลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตที่ยึดถือ ($\overline{X}$= 3.51, *SD* = 1.02) ข้ออื่น ๆ อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ให้ความสำคัญกับหลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตที่ยึดถือ ($\overline{X}$= 3.26, *SD* = 0.98) การให้คุณค่ากับชีวิตในปัจจุบัน ($\overline{X}$= 3.10, *SD* = 0.70) ให้คุณค่ากับความเชื่อ ความศรัทธา ที่ช่วยให้เผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายและความตายได้ ($\overline{X}$= 3.05, *SD* = 0.99) และใช้หลักศาสนา/ปรัชญาในชีวิตช่วยจัดการกับความเครียด/แก้ไขปัญหาในชีวิต ($\overline{X}$= 3.03, *SD* = 1.04) ส่วนความต้องการทางจิตวิญญาณส่วนที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การนำข้อมูลเกี่ยวกับหลักความเชื่อ/หลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนในการดูแลรักษา ($\overline{X}$= 2.63, *SD* = 1.11) และการนำหลักศาสนามาใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ($\overline{X}$ = 2.47, *SD* = 1.22) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

	ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ	Max-Min*	$\overline{X}$	*SD*	ระดับ
1.	บุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันมีความสำคัญ กับผู้ป่วย	5-2	4.88	0.43	มากที่สุด
2.	ญาติธรรม หรือเพื่อนร่วมอุดมการณ์มีความสำคัญกับผู้ป่วย	5-1	3.87	0.70	มาก
3.	การเคร่งครัดในหลักศาสนาหรือปรัชญาชีวิตที่เชื่อถือ	5-1	3.51	1.02	มาก
4.	การให้ความสำคัญหลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตที่ยึดถือ	5-1	3.26	0.98	มาก
5.	การให้คุณค่ากับชีวิตในปัจจุบัน	5-1	3.10	0.70	มาก
6.	ความเชื่อ ความศรัทธา ในการเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายและความตาย	5-1	3.05	0.99	มาก
7.	หลักศาสนา/ปรัชญาในชีวิตที่ช่วยจัดการกับความเครียด/แก้ไขปัญหาในชีวิต	5-1	3.03	1.04	มาก
8.	การให้นำหลักความเชื่อ/หลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตมามีส่วนในการดูแลรักษา	5-1	2.63	1.11	ปานกลาง
9.	การนำความศรัทธาในหลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตมาใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา	5-1	2.47	1.22	ปานกลาง

สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย

ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 4.70, *SD* = 2.65 และ ($\overline{X}$= 3.23, *SD* = 2.50 ตามลำดับ) ส่วนระดับความรุนแรงของความไม่สุขสบายทางร่างกายอยู่ในระดับมาก ได้แก่ 1) อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ($\overline{X}$= 7.44, *SD* = 1.99) 2) อาการปวด ($\overline{X}$= 6.53, *SD* = 3.16) 3) อาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ ($\overline{X}$= 6.23, *SD* = 3.16) 4) ความไม่สุขสบายทั่ว ๆไป ($\overline{X}$=5.73, *SD* = 1.56) และ 5) อาการเหนื่อยหอบ ($\overline{X}$= 5.57, *SD* = 3.18) ส่วนอาการคลื่นไส้อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$= 2.26, *SD* = 2.97) นอกจากนี้พบว่ามีปัญหาหรืออาการอื่น ๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ($\overline{X}$= 1.58, *SD* = 3.13) ได้แก่ อาเจียน (5 ราย),สับสน (4 ราย), ไอ (3 ราย), ไข้ (2 ราย) และอาการ บวม ชา แน่นท้อง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาการละ 1 ราย (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 3 ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ความต้องการการช่วยเหลือโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 1.92, *SD* = 0.78) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 2.21, *SD* = 0.73) และมีความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 1.63, *SD* = 0.84) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของอาการต่าง ๆของผู้ป่วย

อาการ	Max-Min*	$\overline{X}$	*SD*	*ระดับ*
สภาวะทางอารมณ์				
อาการวิตกกังวล	10-0	4.70	2.65	ปานกลาง
อาการซึมเศร้า	9-0	3.23	2.50	ปานกลาง
สภาวะทางร่างกาย				
อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย	10-0	7.44	1.99	มาก
อาการปวด	10-0	6.53	3.16	มาก
สภาวะทางร่างกาย				
อาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ	10-0	6.23	3.16	มาก
ความไม่สุขสบายทั่ว ๆไป	9-2	5.73	1.56	มาก
อาการเหนื่อยหอบ	10-0	5.57	3.18	มาก
อาการคลื่นไส้	10-0	2.26	2.97	น้อย
ปัญหาหรืออาการอื่น ๆ	10-0	1.58	3.13	น้อย

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	Max-Min*	$\overline{X}$	*SD*	ระดับ
ด้านความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย	3-0	2.21	0.73	สูง
1. ต้องการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	3-1	2.86	0.37	มาก
2. ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ท่านให้การดูแล	3-0	2.83	0.47	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	Max-Min*	$\bar{X}$	*SD*	ระดับ
3. ต้องการมีคนที่จะช่วยเหลือในยาม ฉุกเฉิน/ต้องการแก้ปัญหาเร่งด่วนขณะดูแลผู้ป่วย	3-0	2.49	0.75	มาก
4. ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย รวมไปถึงการให้ยา	3-1	2.48	0.61	มาก
5. ต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย	3-0	1.94	0.75	ปานกลาง
6. ต้องการให้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของเขา	3-0	1.71	1.17	ปานกลาง
7. ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย (เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การขับถ่าย)	3-0	1.15	0.99	ปานกลาง
ด้านความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง	3-0	1.63	0.84	ปานกลาง
1. ต้องการการช่วยเหลือในการฝึกฝนเทคนิค/วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากทีมสุขภาพ	3-0	2.64	0.75	มาก
2. มีเวลาดูแลสุขภาพของตัวเอง	3-0	1.81	0.79	ปานกลาง
3. ต้องการที่จะได้มีโอกาสพักผ่อนหลังจากที่ ดูแลผู้ป่วยมาตลอดทั้งวัน/คืน	3-0	1.59	0.73	ปานกลาง
4. ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา/ความเชื่อที่นับถือ	3-0	1.37	0.91	ปานกลาง
5. ต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ กฎหมาย หรือ การทำงาน	3-0	1.35	1.07	ปานกลาง
6. ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งความวิตกกังวล	3-0	1.32	0.83	ปานกลาง
7. ต้องการเวลาสำหรับตัวเองในแต่ละวัน	3-0	1.31	0.81	ปานกลาง
ความต้องการการช่วยเหลือโดยรวม	3-0	1.92	0.78	ปานกลาง

การอภิปรายผล

ความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความปรารถนาในบั้นปลายของชีวิตอย่างเปิดเผยชัดเจน รองลงมา คือ พูดคุยบ้างแต่เป็นเพียงอ้อม ๆ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยเป็นบุตร และคู่สมรสของผู้ป่วยจึงทำให้มีความสนิทสนมคุ้นเคยสามารถที่จะพูดคุยถึงความปรารถนารถในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยได้ มีผู้ดูแลเพียง 7 รายเท่านั้นที่ไม่เคยพูดคุยกับผู้ป่วยเลย เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การที่ผู้ดูแลได้รายงานถึงความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย โดยมีความประสงค์จะใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน ($\bar{X}$ = 3.38 , *SD* = 1.15) สามารถอธิบายได้ว่า การกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกถึงความอบอุ่นใจของการได้อยู่ท่ามกลางสมาชิก

ในครอบครัว และใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่บ้านของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสาข์[11] ที่ศึกษาเรื่องสิทธิที่จะเลือกและกำหนดการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วย 7 ใน 20 ราย ต้องการที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ และสอดคล้องกับการศึกษาของสิดารัตน์[12] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะกลับบ้านเมื่ออาการแย่ลง เพื่อไปอยู่ท่ามกลางลูกหลาน และจากไปอย่างสงบ รองลงมา คือ การรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ($\overline{X}$= 3.34, *SD* = 0.95) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้รับความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น การรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นถือเป็นการรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการอย่างหนึ่ง ผลการรักษาอาจช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงได้รับการประเมินจากครอบครัวว่ามีความปรารถนาในข้อดังกล่าวอยู่ในระดับมาก

ความปรารถนาที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ต้องการให้นำพระ/บาทหลวง/โต๊ะอิหม่าม/หรือบุคคลในศาสนาที่นับถือมาเยี่ยม ($\overline{X}$= 1.69 , *SD* = 1.17) และการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ($\overline{X}$= 1.35, *SD* = 0.92) อธิบายได้ว่า ศาสนามีความเกี่ยวข้องและผูกพันกับมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตาย จากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะปฏิบัติตามความเชื่อของตนเองสูงขึ้น เนื่องจากต้องการที่พึ่งทางจิตใจ แต่ด้วยสภาพร่างกายทำให้ไม่สามารถที่จะออกไปปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของตนเองได้ จึงมีความต้องการให้ตัวแทนของศาสนาของมาเยี่ยม เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการในด้านดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์[13] ที่พบว่า ผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายต้องการที่จะได้พบพระก่อนเสียชีวิต เพื่อให้จิตใจสงบสบาย ส่วนการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มักสูญเสียความอยากอาหาร และจะรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งมีสาเหตุโดยตรงมาจากตัวโรคมะเร็งเอง[14] และสาเหตุจากอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น

ความปรารถนาที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การได้รับอาหารและน้ำทางสายยาง ($\overline{X}$= 1.25, *SD* = 1.01) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยส่วนใหญ่ไม่ต้องการที่จะให้ตนเองต้องเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในส่วนของครอบครัวและผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าการใส่สายยางให้อาหารเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความเจ็บปวด และไม่สุขสบาย[15] นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการขาดอาหารในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่า เนื่องจากทำให้สารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้น และทุเลาจากอาการเจ็บปวดได้[16] ส่วนการได้รับยาเพื่อที่จะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีเพื่อช่วยยื้อชีวิต ($\overline{X}$= 0.87, *SD* = 1.27) การเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู ($\overline{X}$= 0.59, *SD* = 0.94) การใส่ท่อทางเดินหายใจและช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ($\overline{X}$= 0.44, *SD* = 0.89) การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น เช่น การปั๊มหัวใจหรือการให้ยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ ($\overline{X}$= 0.37, *SD* = 0.86) พบว่ามีความปรารถนาอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยส่วนใหญ่ไม่ต้องการการรักษาเพื่อยืดความตายออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ อรัญญา วันดี แสงอรุณ และจีเดน[17] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยไทยพุทธและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดความตาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะได้รับการรักษาที่จะเพิ่มความทุกข์ทรมานให้ตนเองเพิ่มขึ้น และข้อ

ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ($\overline{X}$= 0.23, *SD* = 0.72) สามารถอธิบายได้ว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยและจากวิธีการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะยุติการรักษา ประกอบกับการรับรู้ของผู้ป่วยว่าตนเองป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายเป็นปกติได้ การรักษาส่วนใหญ่เป็นเพียงการประคับประคองอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสาข์[11] ที่ศึกษาเรื่องสิทธิที่จะเลือกและกำหนดการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการรักษาแต่พอสมควร และต้องการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งครอบครัวและผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างเป็นธรรมชาติและสงบ จึงไม่ต้องการที่จะกระทำการเพื่อยื้อชีวิตและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น

ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้มีการรับรู้เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างชัดเจน รองลงมาคือ รับรู้บ้างเล็กน้อย ไม่มีแม้เพียงคนเดียวที่ไม่รับรู้ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยเป็นบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นความคิด ความเชื่อ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ความคิด ความเชื่อและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับบุคคลที่รักและผูกพันมากที่สุด ในที่นี้ คือ สมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนหลักในการให้ความช่วยเหลือ ดูแล สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติจากความเจ็บป่วย หรือความตายได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวในครั้งนี้อาจเป็นจุดเริ่มต้นของความเข้าใจกันของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจึงนับเป็นหน่วยการดูแลที่สำคัญที่สุด เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดทั้งในแง่ของการดูแลและแง่ของความผูกพันกับผู้ป่วย[18] สอดคล้องกับการศึกษาของนุช ทัศนีย์และพิสมัย[19] ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใช้บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณมากที่สุด 2) ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับญาติธรรม หรือเพื่อนร่วมอุดมการณ์อยู่ในระดับมาก เนื่องจาก ญาติธรรมหรือเพื่อนร่วมอุดมการณ์ถือเป็นอีกหนึ่งแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณที่สำคัญ เพราะบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อที่คล้ายกันนั้นย่อมจะมีความเข้าใจ และสามารถให้กำลังใจกันได้ดี และ 3) มีความเคร่งครัดในหลักศาสนา/ปรัชญาชีวิตที่ยึดถือ อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในมิติของจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ท้อแท้ สิ้นหวัง และการเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตาย ผู้ป่วยจึงต้องการที่พึ่งหรือที่ยึดเหนี่ยวทางใจ ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล หลักศาสนา หรือปรัชญาชีวิตเพื่อให้มีกำลังใจในการเผชิญกับโรคร้ายได้ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การนำหลักศาสนามาใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งตามหลักพระพุทธศาสนาไม่ได้มีข้อกำหนดหรือข้อห้ามเกี่ยวกับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย หลักศาสนาจึงมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับปานกลาง เพราะโดยทั่วไปคนไทยมักจะใช้หลักศาสนาในการเผชิญกับความเครียดและความเจ็บป่วยมากกว่า

สภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกาย

ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งในกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบตลอดเวลา อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ส่งผลให้รู้สึกวิตกกังวลและซึมเศร้า ส่วนความไม่สุขสบายทางร่างกายที่อยู่ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย (M = 7.44, SD = 1.99) 2) ปวด (M = 6.53, SD = 3.16) และ 3) ง่วงซึม/สะลึมสะลือ (M = 6.23, SD = 3.16) สามารถอธิบายได้ว่า อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย เป็นอาการที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย[15] ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือผลจากการรักษา[20] หรือเกิดจากอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ปวด หายใจลำบาก อาเจียน ติดเชื้อ นอนไม่หลับ ท้องเสีย ขาดอาหาร เป็นต้น[15] ซึ่งการศึกษานี้พบอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลียสูงเป็นอันดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตน์ ฉัตรชัย และธราณี[21] ที่พบอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลียสูงถึงร้อยละ 86.36 เป็นอันดับหนึ่งเช่นกัน

ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ความต้องการของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าความต้องการการช่วยเหลือสำหรับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเอง ซึ่งในด้านความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 4 ข้อ จะเกี่ยวกับความต้องการความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความต้องการเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นโรคที่จะมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ และสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องให้การดูแลเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นผู้สำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐานและมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้สามารถให้การดูแลได้อย่างดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตน์ ฉัตรชัย และธราณี[21] ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา[22] ที่พบว่า ญาติโดยส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะในการปฏิบัติการดูแลที่จำเป็น การแก้ไขปัญหาและจัดการอาการต่าง ๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ส่วนความต้องการข้ออื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การจัดการความรู้สึกต่าง ๆ การมีเวลาดูแลสุขภาพของตัวเอง การปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา และการพักผ่อนนั้น มีความต้องการในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมมีวุฒิภาวะ มีทักษะในการแก้ปัญหา อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังมีสมาชิกในครอบครัวมาเป็นผู้ช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนกันในการดูแล จึงส่งผลให้มีความต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การจัดการความรู้สึกต่าง ๆ การมีเวลาดูแลสุขภาพของตัวเอง การปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา และการพักผ่อนในระดับปานกลาง

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ดูแลหลักเป็นญาติสายตรง ได้แก่ บุตร ภรรยาหรือสามีที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งโดยทั่วไปผู้ดูแลกลุ่มนี้จะคอยดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอยู่แล้ว ส่งผลให้มีความต้องการการช่วยเหลือในด้านนี้น้อยกว่าด้านอื่น ๆ อีกทั้งการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การขับถ่าย ผู้ดูแลจะต้องมีการเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วบุคคลย่อมจะมีความรู้สึกเขินอายเมื่อต้องเปิดเผยร่างต่อบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จึงต้องการการดูแลในส่วนนี้จากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดมากกว่าจากบุคคลภายนอก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือระบบการดูแล โดยการประเมินทรรศนะของครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรนำผลการศึกษาไปพัฒนาเป็นโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ด้านการศึกษา ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพ เพื่อให้มีความเข้าใจถึงทรรศนะและความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

1. National Health Security Office. Palliative care in public health service handbook: law and practice guideline in caring for end stage patients. Proceeding of palliative care and national health act 2550 section 21;2010. p.32-47. (in Thai).
2. Tangworapongchai J. Culture care for pediatric patients with end-stage leukemia at a hospital. [Master of Public Health Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2005 (in Thai).
3. Nijinikaree N, Chaowalit A, Hatthakit U. The perspectives of end-of-life decisions in chronically ill Thai Muslim patients in the five border provinces of southern Thailand. Songklanagarin medical J 2008;5(26):431-39. (in Thai)
4. Piyawatanapong S. The palliative care model development for end of life patients in tertiary hospital. [Master of Nursing Sciences Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009 (in Thai).
5. Wisadrit W. Caring for Patients with terminal AIDS in East rural community. [Doctor of Philosophy Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009 (in Thai).
6. Chewaskulyong B, Sapinan L. Palliative Performance Scale for adult Suandok. In: Chewaskulyong B, Somwangprasert A, Jiraniramai S, Maneeton B, Leerapan T, Mahaprom C et al, editors. Palliative care. Chiang Mai: Klangwiang Printing; 2013.p.35-46. (in Thai).
7. Durning, M. Living will and advance directives survey. Retrieved from http://www.surveymonkey.com/ s.aspx ?sm=DSFvFW5100yC_2fvpnA6KrLA_3d_3d. 2008.
8. Borneman, T., Ferrell, B., & Puchalski, C. M. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. J Pain Symptom Manage 2010;40:163-73.
9. Nagaviroj K. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Department of Family Medicine Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Retrieved from http://www.ra.mahidol.ac.th/dpt/FM/doctor-palliative2th; 2013. (in Thai).

10. Ewing, G., Brundle, C., Payne, S., & Grande, G. The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for Use in Palliative and End-of-life Care at Home: A Validation Study. J Pain Symptom Manage 2013; 46: 395-05.
11. Sengprasert W. The right in advance directive for terminal stage cancer patient. [Master of Public Health Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2003. (in Thai).
12. Samuksaman S. Spiritual needs of the terminal ill patiens. [Master of Nursing Sciences Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. (in Thai).
13. Somanusorn S. End-of-Life Care Needs of the Elderly in Home for the Aged. Songklanagarind Journal of Nursing 2014; 34(1), 71-88. (in Thai).
14. Singhakumfu L. Anorexia and cachexia syndrome. In: Chewaskulyong B, Somwangprasert A, Jiraniramai S, Maneeton B, Leerapan T, Mahaprom C et al, editors. Palliative care. Chiang Mai: Klangwiang Printing; 2013.p.289-04. (in Thai).
15. Kittinouvarat S, Na Nakorn C, Phengjard J. Nursing care for common physical problems in advanced stage patients. In: Lertsanguansinchai P, Nuchprayoon I, Charkaeow P, Sittipunt C. editors. End of Life Care improving care of The Dying. 2nd ed. Bangkok: Aksorn Sampan Press; 2007.p. 176-88. (in Thai).
16. Nimmanit S. The understanding of End of Life. In: Lertsanguansinchai P, Nuchprayoon I, Charkaeow P, Sittipunt C. editors. End of Life Care improving care of The Dying. 2nded. Bangkok: Aksorn Sampan Press; 2007.p.24-32. (in Thai).
17. Manasurakarn J, Chaowalit A , Suttharangsee W , Isaramalai S , Geden E. Values underlying end of life decisions of Thai Buddhist patients and their families. Songklanagarin medical Journal 2008; 6(26):549-59. (in Thai).
18. Pirodkun S. Assessment and caring for end stage patients's family. In: Chanwed L. editors. Holistic care for promotion of quality of life. Songkla: Chanmuang Press; 2006.p. 135- 44. (in Thai).
19. Tipsaenkom N, Tongprateep T, Pitakwarakorn P. Spiritual needs in Caring at Home for end stage patients. Final report. Kuakarun College of Nursing. Bangkok: The Thailand Research Fund; 2005. (in Thai).
20. Sunsom N.Selected factors related to quality of life of terminal cancer patients. [Master of Nursing Sciences Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
21. Makmai S, Sirichayanugul C, Sirichayanugul T. Common Symptoms and Needs of Pre-Discharge Advanced-Stage Cancer Patients: A Case-Study at Phrae Hospital, Thailand.Thai Cancer Journal. 2014; 33(4):132-45. (in Thai).
22. Praiwon A. Need of Caregivers in Caring at Home for Patients with Cerebrovascular Disorders. [Master of Nursing Sciences Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2008. (in Thai).

Family Caregivers' Views and Needs for Assistance in Caring for Terminal Cancer Patients*

*Pimpanit Pasri.***

*Sangarun Isaramalai, PhD (Nursing)****

*Urai Hatthakit, PhD (Nursing)****

Abstract: Objective: To study the views of terminal cancer patients' family caregivers concerning the patients' wishes, thoughts, beliefs, spiritual needs, emotional condition, physical discomfort, and needs for assistance at the end-stage of their lives.

Design: Descriptive research.

Implementation: The subjects were 100 people who represented the families of terminal cancer patients. The data were collected through (1) a personal information questionnaire; (2) a family caregiver's view questionnaire; and (3) a questionnaire for family's needs for assistance, and were analysed using descriptive statistics.

Results: The subjects' (caregivers') views are as follows. First, spending the last stage of life and dying at home was the patients' most important wish ($\overline{X}$ = 3.38, SD = 1.15). Second, in terms of thoughts, beliefs, and spiritual needs, the subjects on average rated attention to loved ones and intimates as being the most significant ($\overline{X}$ = 4.88, SD = 0.43). Third, anxiety was identified as the most aggravating factor affecting the patients' emotional condition ($\overline{X}$ = 4.70, SD = 2.65). Fourth, the three most serious forms of physical discomfort identified by the subjects as affecting the patients were fatigue ($\overline{X}$ = 7.44, SD = 1.99), pain ($\overline{X}$ = 6.53, SD = 3.16), and drowsiness ($\overline{X}$= 6.23, SD = 3.16). In general, the subjects viewed that family caregivers' help was moderately necessary ($\overline{X}$ = 1.92, SD = 0.78), and that the patients were in greater need of healthcare than their family caregivers were.

Recommendations: The findings of this study may be developed into a case-specific care programme for terminal cancer patients and their family caregivers.

Thai Journal of Nursing Council 2015; 30(4) 57-71

Keywords: family caregivers' views; need for assistance; terminal cancer patients

---

**This study was partial fulfillment of the requirement for the degree of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Thesis Grant by Prince of Songkla University.*

***Corresponding Author, Preceptor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Email: pim.panit@hotmail.com*

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University*