

บทความวิจัย

ผลของการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง
ต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย

กัญญา บุญธรรมโม* ศุภวดี บุญญวงศ์** สายฝน เอกวรังกูร***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 62 ราย ซึ่งมีคะแนนจากแบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศกตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 70 ขึ้นไป และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด แบ่งเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 31 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นรายบุคคล แบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และแบบบันทึกพัฒนาการให้การปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองมีภาวะสูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คำสำคัญ: การให้การปรึกษา; การดูแลแบบประคับประคอง; ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดสงขลา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความสำคัญและความเป็นมา

มะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก รวมทั้งประเทศไทย จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคมะเร็งมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเป็นอันดับสามรองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ และมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่ง และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 20-25 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั่วโลกประมาณ 13-16 ล้านคน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551)

มะเร็งปอด เป็นมะเร็งอีกชนิดหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อยจนไม่สามารถหายใจได้เอง ซึ่งเป็นภาวะคุกคามชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ซึ่งการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจคือ ทำให้เกิดภาวะสูญเสียและเศร้าโศก เมื่อบุคคลมีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก จะก่อให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการสูญเสียในรูปของอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การแสดงออกตามกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศก ปกติตามทฤษฎีของ กุเบลอร์-รอส (Kubler-Ross, 1996 อ้างตามศิริวรรณ, 2544) ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะคือ 1) ขั้นปฏิเสธ (denial) บุคคลจะแสดงออกโดยทำเหมือนไม่มีเหตุการณ์หรือการสูญเสียเกิดขึ้น 2) ขั้นความโกรธ (anger) บุคคลจะต่อต้านการสูญเสียด้วยการแสดงอารมณ์รุนแรงต่อทุกคนและสิ่งแวดล้อม 3) ขั้นการต่อรอง (bargaining) มีการต่อรองเงิบๆ ภายในตัวบุคคลกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งการต่อรองนี้เป็นความพยายามของผู้ใกล้ตายเพื่อขอเลื่อนความตายกับพฤติกรรมที่ดีในเวลานั้น 4) ขั้นซึมเศร้า (depression) เป็นการเตรียมโอกาสเพื่อดำเนินผ่านการสูญเสีย โดยเริ่มค้นหาปัญหาและหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว และ 5) ขั้นยอมรับ (acceptance) ผู้สูญเสียจะไม่ซึมเศร้า และสามารถแสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมา และพร้อมที่จะพิจารณา ไตร่ตรองถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่กำลังจะมาถึง กระบวนการของภาวะ

สูญเสียและเศร้าโศกปกติที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะสุดท้าย คือ การยอมรับ เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น การที่ผู้ป่วยจะข้ามผ่านกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศกปกติไปได้และใช้เวลาอย่างน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการใช้กลไกการปรับตัวของแต่ละบุคคล เช่น การให้ความสำคัญของสิ่งที่สูญเสีย ชนิดและความรุนแรงของการสูญเสีย ประสบการณ์การสูญเสีย อายุ บทบาทหน้าที่ทางสังคม เป็นต้น (ศิริวรรณ, 2544)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย มักใช้วิธีการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น ยังไม่มีตัวยาชนิดใดที่สามารถรักษาโรคมะเร็งปอดให้หายขาดได้ แม้กระทั่งการรักษาด้วยวิธีฉายแสงและการให้เคมีบำบัด ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง ดังการศึกษาของ ผ่องศรี (2536) เรื่อง ผลการให้การปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบประคับประคองมีการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในระบะสิ้นสุดรังสีรักษาดีกว่าระยะเริ่มต้นรังสีรักษา และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในระบะสิ้นสุดรังสีรักษาต่ำกว่าระยะเริ่มต้นรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 Get-Kong (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญภาวะการดูแลแบบประคับประคอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า อาการที่มีความชุกและความทุกข์ทรมานสูงสุด คือ อาการปวด ส่วนอาการที่เป็นบ่อยครั้ง คือ อาการกลืนลำบาก ขณะที่อาการที่ระดับความรุนแรงสูงสุด คือ มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม การ

ดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยได้รับมี หลายวิธี ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา สำหรับการดูแลจัดการแบบไม่ใช้ยา กลุ่มที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ กลุ่มด้านจิตสังคม โดยวิธีที่พบมากที่สุด คือ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเอง และการพูดคุยกับบุคคลที่ให้อำนาจและแรงสนับสนุน ซึ่งพบว่า พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลางถึงสูง ในการทำนายความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณด้วยการดูแลแบบประคับประคองสามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ถึงร้อยละ 48.9 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม เรื่องธรรมชาติและการพิจารณามนุษย์ โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้สร้างวิถีชีวิตและความเป็นไปในอนาคตด้วยตนเอง มีความตระหนักในเรื่องของการไม่คงอยู่ และมองความตายเป็นเพียงเงื่อนไขหนึ่งของชีวิตเท่านั้น และยังสอดคล้องกับทฤษฎีความเป็นจริงที่ว่ามนุษย์มีพลังแห่งความมั่งคั่งและความรับผิดชอบ กลาสเซอร์ (Glasser, 1965) มองว่า คนเราพัฒนาความคิดเพื่อสนองความจำเป็นภายในของตนเอง โดยภาพเหล่านี้อาจเป็นบุคคล สิ่งของ เหตุการณ์ที่ทำให้เราพึงพอใจและเก็บไว้ในโลกแห่งคุณภาพและความจำเป็นพื้นฐานทางด้านจิตใจ

ผู้วิจัยจึงตั้งแนวคิดทั้งสองทฤษฎีมาสร้างเป็นแนวทางการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อลดภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ด้วยการตั้งศักยภาพของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายออกมาเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีเป้าหมายและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ในขณะที่ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนมุมมองในเรื่องของความตาย ว่าเป็นเพียงเงื่อนไขหนึ่งของชีวิตเท่านั้น และสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวด ความรู้สึกสูญเสีย ท้อแท้ และเบื่อหน่าย โดยปรับเปลี่ยนความรู้สึกเหล่านี้ให้เป็นความรู้สึกทางบวก หรือยอมรับตามสถานการณ์

ที่เกิดขึ้นจริง และสร้างกำลังใจให้กับตนเองนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ พร้อมทั้งทำสิ่งที่มีคุณค่าและความหมายเพื่อใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่เหลืออยู่อย่างมีความสุขและเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีระดับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีระดับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาล

สงขลานครินทร์ (อาคารเย็นศิระ)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (อาคารเย็นศิระ) ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2554 ถึง มีนาคม 2555 มีคะแนนจากแบบวัดระดับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก เปรอร์เซ็นไทล์ที่ 70 ขึ้นไป ร่วมกับเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย 2) มีอายุระหว่าง 25-60 ปี 3) ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น 4) ยินดีให้ความร่วมมือ เลือกรวมกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 31 ราย และกลุ่มทดลอง 31 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย

1.2 แบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำแนกเป็นความคิดเห็นด้านบวกและด้านลบ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค โดยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น

ที่ระดับ 0.87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม การแสดงออกผสมผสานแนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์เรื่อง การรับรู้ ความคิดและพฤติกรรม การแสดงออกของทฤษฎีนิยามและทฤษฎีความเป็นจริง โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดทางลบให้เป็นแนวคิดทางบวก และลดภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้อง ระหว่างจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษากับเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (pilot study) กับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (อาคารเย็นศิระ) ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย โดยเครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วยคู่มือการให้การปรึกษาและแบบบันทึกพัฒนาการให้การปรึกษา

2.1 คู่มือการให้การปรึกษา มีสาระสำคัญ 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ ลักษณะสถานที่ในการให้การปรึกษาคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาลำดับขั้นตอนการให้การปรึกษา ส่วนที่ 2 เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ได้แก่ ความหมาย ชนิดของการสูญเสีย ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ปฏิบัติการตอบสนองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก และส่วนที่ 3 เป็นเนื้อหาที่กล่าวถึงพฤติกรรม การแสดงออกทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอกผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย

2.2 แบบบันทึกพัฒนาการให้การปรึกษา โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวันที่เข้ารับการปรึกษา ครั้งที่ให้การปรึกษา ชื่อ-สกุลผู้ป่วย หัวข้อ

การปรึกษา ปัญหาที่พบระหว่างการปรึกษา พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย และสิ่งที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขการให้การปรึกษาค้างต่อไป

กลุ่มทดลองได้รับการให้การปรึกษาตามแนวทางการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-40 นาที ทั้งนี้เรื่องของเวลาในการสนทนาขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและความต้องการของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองรายบุคคล โดยมีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากโรงพยาบาล และผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ก่อนดำเนินการวิจัย

1. ขอหนังสือรับรองการเป็นนิติ และขออนุญาตทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกกระดูกและข้อของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และหัวหน้าอาคารเย็นศิระ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูล

3. ค้นหาประชากรผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกต่างๆ ร่วมกับเกณฑ์การคัดเลือกที่ตั้งไว้ ได้จำนวนประชากร 127 ราย

4. แนะนำตัวกับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับคัดเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำการวิจัย

5. เมื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายตกลงให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงทำการประเมินภาวะสูญเสียและเศร้าโศก โดยใช้แบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศก และคัดเลือกประชากรที่มีคะแนนภาวะสูญเสียและเศร้าโศกตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 70 ขึ้นไป ร่วมกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 ราย

6. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ได้กลุ่มควบคุม จำนวน 31 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 31 ราย

7. ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายกับกลุ่มทดลองเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองตามแนวทางการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นรายบุคคล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การให้การปรึกษาให้ทราบและทำความเข้าใจในเบื้องต้นตามคู่มือการให้การปรึกษา และแนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และทำความเข้าใจให้ตรงกันในการเก็บข้อมูล

ขั้นที่ 2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผู้ป่วยตกลงให้ความร่วมมือผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมการทำวิจัยในมนุษย์หรือความยินยอมด้วยวาจา ทั้งนี้เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย มีความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ

2. ผู้ช่วยวิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ในการดำเนินการตามแนวทางการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคลจนจบกระบวนการ และผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายทำแบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศกและเก็บคะแนนที่ได้เป็นข้อมูลหลังการทดลอง และผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมทำแบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศก โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติของโรงพยาบาล และปล่อยเวลาผ่านไป 1 เดือน แล้ว

จึงทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุม โดยให้ผู้ป่วย มะเร็งปอดระยะสุดท้ายทำแบบวัดภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกฉบับเดิม และเก็บคะแนนที่ได้เป็น คะแนนหลังการทดลอง หนึ่งระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันศึกษาและวิเคราะห์ข้อ คำตอบจากแบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศก และ แบบบันทึกพัฒนาการการให้การปรึกษาของผู้ป่วย มะเร็งปอดระยะสุดท้าย ที่เป็นกลุ่มทดลองแต่ละราย เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่ชัดเจนแล้วให้การปรึกษา ที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะ สุดท้ายแต่ละราย

3. จริยธรรมในการดำเนินวิจัย เนื่องจาก เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ที่มีภาวะความรู้สึกวิตและไม่สามารถรักษาให้หาย ได้ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์และจิตสังคม ของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งกระบวนการวิจัยที่มีการ สนทนาเพื่อให้การปรึกษาในประเด็นต่างๆ เป็น ข้อมูลเชิงลึก พร้อมทั้งมีการบันทึกภาพและเสียงที่ อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ หรือกระตุ้นความรู้สึก สูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วย รวมถึงสภาพอาการ ทางกายของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิและยึด หลักการที่สำคัญของจริยธรรมในการวิจัยขั้นพื้นฐาน เพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย โดยไม่ ควรได้รับการบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจเพิ่ม จากเดิม และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่ละบุคคล โดยผู้วิจัยใช้ใบยินยอมในการทำวิจัยใน มนุษย์ในผู้ป่วยลงนามยินยอม โดยอ่านรายละเอียด ในใบยินยอมทั้งหมดให้กับผู้ป่วยฟังก่อนที่จะลงนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมา แจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแล แบบประคับประคอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบ ค่าที

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 87.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 32.9 อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 66.1 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.6 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 50.1 มีอาชีพรับจ้างเอกชน/ส่วนตัว ร้อยละ 67.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท และร้อยละ 90.3 มีระยะเวลา ที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้การ ปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีภาวะ สูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอด ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียและ เศร้าโศกของกลุ่มทดลองลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงผล ดังตาราง 1 และตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบระดับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง N=31	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	82.16	2.93	58.77	4.83	26.79*	0.001

ตาราง 2 เปรียบเทียบภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง กับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง N = 62	หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง (31)	58.77	4.83	-10.71	0.001
กลุ่มควบคุม (31)	76.90	6.06		

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงว่าหลังการทดลองกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีระดับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียว ประสิทธิภาพของการบำบัดดังกล่าวอาจเกิดจากเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ระยะขั้นของภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายด้วยแบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่สร้างขึ้น เพื่อคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่อยู่ในขั้นซึมเศร้าของกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศกเนื่องจากขั้นซึมเศร้านี้เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายเตรียมตัวเพื่อแยกจากตัวเองและคนที่รัก โดยผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายจะรู้สึกเหงาและหลีกหนี (Kubler-Ross, 1996 อ้างตาม ศิริวรรณ, 2544) ซึ่งขั้นซึมเศร้านี้เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ที่มีสาเหตุมา

จากการเสียสมดุลทางอารมณ์ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด หดหู่ หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดช้า เคลื่อนไหวช้า รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมาก ผิดปกติ หากบุคคลสามารถผ่านกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศกปกติได้ จะสามารถก้าวผ่านวิกฤติกลับสู่สภาวะปกติได้ ตรงกันข้ามหากไม่สามารถผ่านกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศกได้ จะทำให้บุคคลติดอยู่กับระยะซึมเศร้าและนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ในที่สุด (สายฝน, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริวรรณ (2544) ที่กล่าวว่า การให้การปรึกษาผู้ที่มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ควรทำภายหลังผ่านพ้นระยะช็อคไปแล้ว เพราะการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะช็อคและปฏิเสธนั้น ผู้สูญเสียอาจยังไม่สามารถสัมผัสแหล่งให้ความช่วยเหลือและไม่สามารถสร้างความแข็งแกร่งได้ การช่วยเหลือระยะนี้จึงควรนำการให้การปรึกษาเข้ามาช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก โดยผู้ให้การปรึกษารับฟังอย่างเข้าใจและใส่ใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือในการปรับตัวเกี่ยวกับโรค ภาวลักษณะและบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความรู้ มีความเชี่ยวชาญกับทักษะและกระบวนการให้การปรึกษาเป็นอย่างดี

2. จำนวนครั้งของแนวทางการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง กระบวนการให้การปรึกษาแต่ละครั้งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับกลุ่มอาการรบกวนที่เกิดจากภาวะสูญเสีย

และเศร้าโศกทั้ง 4 ด้านไปพร้อมๆ กัน ซึ่งตรงกับทฤษฎีทางการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ที่มองผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งร่างกาย จิต และจิตสังคม จากการวิจัยในแต่ละครั้งของการให้การปรึกษา ทำให้ผู้วิจัยเห็นการพัฒนาต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นไปในทางบวกอย่างชัดเจน เห็นได้จากการศึกษานำร่องพบว่า กลุ่มอาการรบกวนทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายจะเริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น ภายหลังจากให้การปรึกษาครั้งที่ 2 และ 3 โดยผู้วิจัยสังเกตได้จากเทปบันทึกภาพและเสียงที่บันทึกไว้ และผู้ป่วยจะมีการพัฒนาทางด้านอารมณ์ การรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมไปในทางบวก สามารถยอมรับกับโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้นได้ พยายามปรับตัวและอารมณ์ เพื่อดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขและเต็มศักยภาพในขณะนั้น

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะไม่สามารถอยู่ร่วมการศึกษานำร่องจนจบกระบวนการให้การปรึกษาทั้ง 6 ครั้ง อันเนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวย หรือมีการจากไปอย่างรวดเร็วก่อนเวลาที่แพทย์กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญ์จิตตา (2547) ที่ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลที่มีต่ออัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 4 ราย ผู้วิจัยได้กำหนดโปรแกรมการให้คำปรึกษา 7 ครั้ง พบว่า การให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาทั้งหมด 7 ครั้ง ผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่า จำนวนการให้การปรึกษาทั้งหมด 8 ครั้ง ผู้ป่วยรายที่ 3 มีจำนวนการให้การปรึกษาทั้งหมด 7 ครั้ง และผู้ป่วยรายที่ 4 มีจำนวนการให้การปรึกษาทั้งหมด 7 ครั้ง และมีข้อสังเกตว่า เมื่อกระบวนการให้การปรึกษาดำเนินมาถึงครั้งที่ 3 จะเห็นพัฒนาการเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ดังนั้นจำนวนครั้งในการให้การปรึกษาจึงสามารถปรับเปลี่ยนจำนวนครั้งได้

3. การประยุกต์ทฤษฎีการให้การปรึกษา

ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีภวนิยมและแนวคิดทฤษฎีความเป็นจริงเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ ร่วมกับการใช้เทคนิคให้การปรึกษาช่วยสะท้อนความรู้สึกภายในและภายนอก รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออก เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายได้เข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น มีความเข้มแข็ง มีจิตใจที่มุ่งมั่น รู้จักพิจารณาความต้องการของตนเอง และสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตช่วงสุดท้ายได้อย่างชัดเจน มีการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า การที่จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายจะต้องกล้าที่จะเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นเสียก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคให้การปรึกษามาช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายเกิดการยอมรับและกล้าที่จะเผชิญความจริง และพัฒนาความรู้สึกภายในไปพร้อมๆ กับพฤติกรรมการแสดงออกภายนอก และสามารถผ่านกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศกปกติได้

4. มีกระบวนการศึกษานำร่อง โดยใช้แนวทางการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-40 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานำร่องเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 5 ราย และเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษา โดยเริ่มจากการตกลงให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยความยินยอม จึงให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศก และเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง หลังจากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษาโดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การปรึกษาจนจบกระบวนการ และให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำร่องทำแบบวัดภาวะสูญเสียและเศร้าโศกเก็บเป็นคะแนนหลังการทดลอง โดยกระบวนการทั้งหมดผู้วิจัยจะเป็นผู้ดูแลบันทึกภาพย้อนหลังเพื่อบันทึกสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การปรึกษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขพร้อมๆ กับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การปรึกษามีความสมบูรณ์

เหมาะสมกับสภาพและความต้องการของผู้ป่วย
มะเร็งปอดระยะสุดท้ายอย่างแท้จริง

5. มีการฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำหน้าที่
เป็นผู้ให้การปรึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกพยาบาล
วิชาชีพระดับปฏิบัติการ มีประสบการณ์การดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งไม่น้อยกว่า 2 ปี ยินดีให้ความร่วมมือ
และผ่านการอบรมตามคู่มือการให้การปรึกษา
ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ช่วย
วิจัยมีความสามารถเทียบเท่ากับผู้วิจัย และสามารถ
ดำเนินการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบ
ประคับประคองไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งประเด็นนี้
ผู้วิจัยคาดว่าสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนที่
เกิดจากทักษะของผู้ให้การปรึกษาซึ่งเป็นปัจจัย
หนึ่งที่ส่งผลต่อการวิจัยได้

6. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยบันทึก
ข้อมูลที่ได้รับระหว่างการวิจัยด้วยการใช้แบบบันทึก
พัฒนาการให้การปรึกษา แบบบันทึกการประชุม
ปรึกษาระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เทปบันทึกภาพ
และเสียง โดยแบบบันทึกทั้งหมดผู้วิจัยสร้างมาจากการ
ศึกษานำร่อง ซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ
ที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาร่วมกับผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์
ที่ปรึกษาและนำข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมมาปรับปรุง
แก้ไขในการสนทนาครั้งต่อไป ทำให้การให้การ
ปรึกษาตรงประเด็นปัญหาและความต้องการของ
ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายมากที่สุด และเป็น
การเพิ่มประสิทธิภาพให้กับกระบวนการให้การ
ปรึกษา ตัวอย่างจากการดูเทปบันทึกภาพ พบว่า
บางครั้งผู้ให้การปรึกษายังขาดการกระตุ้นความ
ต่อเนื่องในการพูดคุย และขาดทักษะในการใช้เทคนิค
การให้การปรึกษา เช่น การแสดงความใส่ใจ เทคนิค
ลักษณะขัดแย้ง เทคนิคอารมณ์ขัน สำหรับขั้นยุติ
การให้คำปรึกษายังขาดการสรุปประเด็นสำคัญต่างๆ
ที่ได้คุยมาทั้งหมด แต่มีการเปิดโอกาสให้ผู้รับการ
ปรึกษาได้ซักถามเป็นบางครั้งไม่ได้มีการ
นัดหมายครั้งต่อไป ผู้วิจัยจึงสามารถนำข้อมูลเชิง
คุณภาพที่ได้สะท้อนกลับไปให้ผู้ช่วยวิจัยได้รับฟัง
และเข้าใจรวมทั้งฝึกฝนทักษะการใช้เทคนิคดังกล่าว

ให้ดีขึ้น

แนวคิดตามทฤษฎีทวินามไม่ต้องการให้
มนุษย์มองความตายในแง่ลบ แต่ให้มองความตาย
โดยใช้ความตระหนักรู้เกี่ยวกับความตายว่าเป็น
เงื่อนไขหนึ่งของชีวิตเท่านั้น เพื่อแสวงหาความสำคัญ
หรือเป้าหมายในการมีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด
ทฤษฎีความเป็นจริงที่เชื่อว่า มนุษย์มีความสามารถ
ที่จะนำศักยภาพเพื่อพัฒนาตนให้เกิดความเจริญ
งอกงาม โดยบุคคลแต่ละคนจะมีความสามารถในการ
ตัดสินใจด้วยตนเอง โดยที่บุคคลจะทำอะไรก็
ตาม ถ้ามองเห็นความสำคัญในการตัดสินใจมากกว่า
ปล่อยไปตามสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เขาจะเป็นผู้
ดำรงชีวิตอย่างมีความรับผิดชอบประสบความสำเร็จ
และมีความพึงพอใจในชีวิตตนเองในขณะนั้น
(Glasser, 1965) แนวคิดทฤษฎีดังกล่าวเป็นวิธี
การดูแลที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษา
ให้หายได้ เป็นการดูแลรักษาปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มี
ภาวะคุกคามต่อชีวิตและช่วยควบคุมดูแลความปวด
และอาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้น (กิตติกร, 2555) รวมทั้ง
ใช้เทคนิคการให้การปรึกษาเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุน
ให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอารมณ์
ความรู้สึก การรับรู้ การคิดและพฤติกรรม
การแสดงออกให้เป็นไปทางบวก รวมทั้งการให้ข้อมูล
และความรู้เพิ่มเติมจากกระบวนการให้การปรึกษา
ตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เป็นการ
สร้างโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายได้
ประเมินอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม
การแสดงออกของตนเอง โดยมีผู้ให้การปรึกษาเป็น
ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดขึ้นจากกระบวนการประเมิน
ความคิด การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์ที่กำลัง
เผชิญอยู่ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอารมณ์และ
พฤติกรรมแสดงออกในทางลบ ช่วยให้ผู้ป่วย
มีโอกาสประเมินความคิดซ้ำอีกครั้ง โดยพยายาม
ให้ผู้ป่วยหาสาเหตุมาสนับสนุนความคิดที่ตนเอง
ยึดถืออยู่ โดยผู้ให้การปรึกษาอาศัยเทคนิคการให้
การปรึกษาเป็นตัวช่วยเพื่อสร้างความกระจ่างให้
กับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยปรับ

เปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับความตายว่าเป็นเพียงเงื่อนไขหนึ่งของชีวิตเท่านั้น กล่าวที่จะเผชิญความจริงที่เป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย และมีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และพฤติกรรมทางบวกตามมาและสามารถผ่านกระบวนการความเศร้าโศกปกติไปได้ สอดคล้องกับ อรุณี (2543) ที่ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ที่จะสูญเสียการมองเห็น พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ที่จะสูญเสียการมองเห็นมีความวิตกกังวลลดลงหลังการได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย เพื่อลด

บรรณานุกรม

- กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2547). ผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลที่มีต่ออัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. กรุงเทพมหานคร.
- กิตติกร นิลมานันต์. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: โรงพิมพ์ خانเมืองการพิมพ์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยระดับความรู้สึก มีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมการแสดงออก ทำให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักได้ว่า ตนเองมีอิสระในการคิดและกล้าเผชิญความจริง และยอมรับความเจ็บป่วย มีความเข้มแข็ง มีจิตใจที่มุ่งมั่น รู้จักพิจารณาความต้องการของตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตช่วงสุดท้ายได้อย่างชัดเจน มีการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง ตลอดจนค้นหารูปแบบพฤติกรรมใหม่ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

2. ด้านการวิจัย

ควรศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามแนวคิดทฤษฎีภวนิยมและทฤษฎีความเป็นจริง โดยให้การปรึกษาเป็นรายกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลกับรายบุคคล

- ศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2544). การพยาบาลผู้ที่มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2551). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- อรุณี สุวรรณธาร. (2543). ผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ที่จะสูญเสียการมองเห็น. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, กรุงเทพมหานคร.

-
- Get-Kong S. (2009). *Symptom experience, palliative care, and spiritual well-being in patients with advanced cancer*. The degree of doctor of philosophy (Nursing). Faculty of graduate studies. Mahidol University, Bangkok.
- Glasser, W. (1965). *Mental health or mental illness*. New York: Harper and Row.
- Joffrion, L. P., & Douglas, D. (1994). Grief resolution: Facilitating Self-Transcendence in the Bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(3), 13-19.

The effect of the counseling with palliative care conditions of loss and grief in terminal lung-cancer patients.

Kanya boontommo* Supawadee boonyawng** Saifon akwarangkoon***

Abstract

The objective of this research was to determine the effect of an individual counseling with palliative care on loss and grief in terminal lung-cancer patients. The sample consisted of 62 terminal lung-cancer patients being treated at Hatyai and Songklanakarind hospital, with a score of loss and grief at 70th percentile and above. The sample was randomly assigned to experimental group (n = 31) and control group (n = 31) using simple random method. The research instruments included an individual counseling with palliative care guideline, loss and grief test with its reliability of 0.87, and a counseling development record form. Quantitative data were analyzed using percentage, mean and standard deviation. The mean difference was tested using t-test and qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings were summarized as follows: the experiment group with counseling and palliative care showed a lower level of the conditions of loss and grief than before the treatment at 0.001 level of statistical significance, and the experimental group showed more reductions of the conditions of loss and grief than the control group with normal palliative care at 0.001 level of statistical significance.

Keywords: counseling; palliative care; grief and loss

* Professional nurse of Hat Yai Hospital Songkhla Province.

** Associate professor department of psychology and counseling faculty of educations Thaksin University, Songkhla Province.

*** Assistant professor faculty of nursing Walailak University, Nakorn Sri Thammarat Province.