



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

จิตใจ ศิริโส* สุรพร ธนศิลป์** และนพมาศ พัดทอง***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 พระราม 1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

แบบแผนการวิจัย: แบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เคยเข้าพักรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 2 แห่ง และเสียชีวิตแล้วมานาน 2-6 เดือน จำนวน 110 คน คัดเลือกตามสะดวก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินคุณภาพการตาย 3) แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน 4) แบบประเมินสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว 5) แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ โดยชุดที่ 2, 4, 5 และ 6 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86, .86, .82 และ .98 ตามลำดับ ชุดที่ 3 มีค่าความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ เท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : 1) คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=6.95$, $SD = 0.40$) 2) ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.56$; $p < .05$) 3) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .38, .42$, และ $.43$ ตามลำดับ $p < .05$)

สรุป: การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ของโรค การส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว การเพิ่มคุณภาพการสื่อสารของทีมสุขภาพ และการส่งเสริมความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความเชื่อมโยงกับคุณภาพการตายที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ ผู้ดูแล/ คุณภาพการตาย



Selected Factors Related to the Quality of Death of Persons with Terminal Cancer as Perceived by Family Caregivers

Jitjai Siriso*, Sureeporn Thanasilp** and Noppamat Pudtong***

Abstract

Purpose: To explore quality of death and examine the relationships between distress, family relations, communication of health care team, spiritual well-being and the quality of death of terminal cancer patients as perceived by family caregivers.

Design: Descriptive correlational research.

Method: The subjects were 110 family caregivers who had been caring for terminal cancer patients as inpatients at two tertiary care hospitals in Bangkok and vicinity where the cancer patients died 2-6 months ago. Research instruments composed of: 1) Demographic Data Recording Form, 2) Quality of Death Questionnaire, 3) Distress Thermometer, 4) Family Relationship Questionnaire, 5) Quality of Communication Questionnaire, and 6) Spiritual Well Being Scale. Cronbach's alpha coefficients of the 2nd, 4th, 5th, and 6th scales were .86, .86, .82, and .98, respectively. Test-retest reliability of the 3rd instrument was .99. Frequency, mean, standard deviation and Pearson's Product moment coefficient were used to analyze data.

Results: 1) The overall quality of death of terminal cancer patients as perceived by family caregivers was at a good level ($\bar{X}$ =6.95, SD=0.40).

2) Distress was significantly and negatively related to the quality of death of terminal cancer patients as perceived by family caregivers ($r=-.56$, $p<.05$).

3) Family relationships, communication of health care team, and spiritual well-being were significantly and positively related to the quality of death of terminal cancer patients as perceived by family caregivers ($r=.38$, $.42$, and $.43$, respectively, $p<.05$)

Conclusion: Symptoms distress relief, promotion of the family relationship, enhancement of the quality of health care team communication and improving spiritual well-being were related to good quality of death of persons with terminal cancer as perceived by family caregivers.

Keywords: Person with terminal cancer / Caregiver / Quality of death

* Student in master of nursing science program faculty of nursing Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Faculty of nursing Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Rama1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand. Email: s_thanasilp@hotmail.com

*** Faculty of nursing Chulalongkorn University



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย และพบมากขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 112.8 ต่อประชากร 100,000 คน (Bureau of Policy and Strategy: Ministry of Public Health, 2015) ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตพบปัญหาสำคัญซึ่งพบบ่อยที่สุด คือ ความปวด คิดเป็นร้อยละ 77.77 (Makmai, Sirichayanugul, & Sirichayanugul, 2013) รวมทั้งเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะสับสน คิดเป็นร้อยละ 55.55 (Laurujisawat, 2007) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต้องตายในโรงพยาบาลภายใต้อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ซึ่งไม่ใช่การรักษา แต่เป็นเพียงการยืดชีวิตและเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต (Hathirat, 2009) ซึ่งส่งผลให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Sansom & Thanasilp, 2010) นอกจากนี้ ยังกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้เกิดความทุกข์ทางใจ มีความเศร้าเสียใจจากภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมถึงต้องเผชิญกับความสูญเสียเมื่อบุคคลอันเป็นที่รักต้องจากไป ซึ่งความรุนแรงของโรค ความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการในการดูแลจากความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ ในระดับมาก (Makmai et al., 2013) และการบรรเทาความทุกข์ทรมาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และมีคุณภาพการตายที่ดี (Kunsongkeit, 2013)

Patrick, Engelberg & Curtis (2001) เสนอแนวคิดของคุณภาพการตาย โดยให้นิยามว่า หมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงระยะใกล้ตายและขณะตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการตายที่เกิดขึ้นจริงที่สังเกตได้ของบุคคลนั้นๆ โดยแนวคิดคุณภาพการตายมีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) อาการและการดูแลส่วน

บุคคล เป็นการสะท้อนถึงอาการที่ทำให้เกิดความไม่สบาย และการได้รับการบรรเทาความไม่สบายต่างๆ 2) การเตรียมตัวก่อนตาย เป็นการวางแผนและจัดการเหตุการณ์ต่างๆ ที่ค้างคาให้เสร็จสิ้นก่อนตาย โดยเกี่ยวข้องกับด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา รวมไปถึงการยอมรับความตาย 3) สภาพเหตุการณ์ขณะตาย เป็นการเลือกลักษณะการตายตามความต้องการของผู้ป่วยก่อนจะเข้าสู่เวลาการตายจริง 4) ครอบครัวยังเป็นการสะท้อนถึงสัมพันธภาพในครอบครัว ความรัก ความห่วงใยต่อกัน การดูแลกัน และการใช้เวลาที่เหลือในช่วงสุดท้ายของชีวิตอยู่กับครอบครัว 5) การรักษาที่ต้องการ เป็นการสะท้อนถึงลักษณะการสื่อสารที่ดีของทีมสุขภาพ แสดงออกถึงการเอาใจใส่ดูแล รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การร่วมปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ วางแผนการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว และ 6) การตระหนักถึงตัวตนของบุคคล เป็นการสะท้อนถึงการเคารพและให้เกียรติ เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การเข้าใจถึงความเป็นตัวตนและธรรมชาติของผู้ป่วย

จากแนวคิดข้างต้น จะเห็นว่าคุณภาพการตายเป็นความรู้สึกของบุคคล จึงอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ โดยผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ได้แก่ อาการที่มีผลกระทบต่อความสบายทางร่างกายและจิตใจ หรือความทุกข์ทรมาน (Patrick et al., 2001; Curtis et al., 2002; Patrick et al., 2003; Downey et al., 2010; Choi et al., 2013) ความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพซึ่งรวมไปถึงการสื่อสารและการให้ข้อมูล (Curtis et al., 2002; Downey et al., 2010; Choi et al., 2013) ความผูกพันทางจิตวิญญาณ (Curtis et al., 2002; Choi et al., 2013) ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานที่ในการดูแล การดูแลประคับประคองของเจ้าหน้าที่ และระยะเวลาในการรับและส่งต่อการดูแล (Choi et al., 2013) ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยบางปัจจัยที่ไม่ได้เลือก



ศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากอาจมีความซ้ำซ้อนกับองค์ประกอบของคุณภาพการตาย คือ สถานที่ในการดูแล และการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยไม่ได้มีการส่งต่อไปที่อื่น จึงไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการรับและส่งต่อการดูแล ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาในงานวิจัยนี้ คือ ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความทุกข์ทรมาน คือ อาการไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจ พบว่า ความปวดเป็นอาการด้านร่างกายที่พบบ่อย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Niruthisat, 2007; Kurat et al., 2013) และความทุกข์ที่เกิดจากด้านจิตใจ คือ ภาวะ ซึมเศร้า วิตกกังวล และสับสน (Laurujisawat, 2007) รวมทั้งพบว่า การได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี (Patrick et al., 2001; Curtis et al., 2002; Patrick et al., 2003; Downey et al., 2010; Choi et al., 2013) ซึ่งการตายดี คือ การตายอย่างสงบไม่มีความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ (Jompaeng & Sangchart, 2013; Kunsongkeit, 2013) ดังนั้น การบรรเทาความทุกข์ทรมาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีการแสดงออกซึ่งความรักและความห่วงใยต่อกัน ดังนั้น การมีสัมพันธภาพที่ดี แสดงความรักความห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยว รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ สามารถจากไปอย่างสงบ เกิดคุณภาพการตายที่ดี (Choi et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการที่ได้อยู่กับครอบครัวในช่วงเวลา ก่อนตาย เป็นการตายที่ดี (Jompaeng & Sangchart, 2013; Kunsongkeit, 2013)

การสื่อสารของทีมสุขภาพ เป็นการสื่อสารของทีมสุขภาพ ร่วมปรึกษาเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายให้ตรงตามความต้องการ เกิดความเข้าใจ และพึงพอใจระหว่างผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ ดังนั้น การสื่อสารที่ดีมีความชัดเจนและเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ และเกิดความพึงพอใจ ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ และมีคุณภาพการตายที่ดี (Curtis et al., 2002; Downey et al., 2010)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจที่แสดงถึงภาวะสงบสุข ยอมรับความจริงและพึงพอใจในสิ่งที่กำลังเผชิญ รู้สึกมั่นใจในสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยว ทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับและเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ (Curtis et al., 2002) ดังนั้น การน้อมนำจิตให้มีสมาธิ คิดถึงสิ่งที่ติดตาม ยอมรับในสิ่งที่เผชิญจะช่วยให้ผู้ป่วยพบการตายอย่างสงบ เกิดคุณภาพการตายที่ดี

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตายที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยมีเพียงการศึกษาความหมายของการตายดี ตามการรับรู้ของกลุ่มบุคคลต่างๆ ทั้งนี้ บริบทของคนไทยกับคนต่างประเทศมีความแตกต่างกันทั้งด้านวิถีชีวิต ความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย ยังต้องเผชิญกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน จนกระทั่งเสียชีวิต จากไปด้วยความไม่สงบ กระทบต่อความรู้สึกและสภาพจิตใจของคนในครอบครัว เกิดความเศร้าโศกเสียใจอย่างที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทของสังคมไทย เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาล ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น นำไปสู่คุณภาพการตายที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในอนาคต



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยใหญ่ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เคยได้รับการรักษาเพื่อการประคับประคองดูแลตามอาการ โดยผู้ป่วยเคยมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด จำนวน 2 แห่งรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกจังหวัดทั่วประเทศ มีแนวทางการรักษาที่เหมือนกัน คือ ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยวิธีทางรังสีรักษา เคมีบำบัด เวชศาสตร์นิวเคลียร์ และให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว อย่างน้อย 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 110 คน รวมเป็น 110 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Thorndike (1978) คือ $n = 10k + 50$ (n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k หมายถึง ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 5 ตัว) ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ $(10 \times 5) + 50 =$ และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความคลาดเคลื่อนและการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 (Srisatidharakul, 2007) รวมเป็น 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย

ด้วย อายุ เพศ สัญชาติ ศาสนา สถานภาพสมรสในปัจจุบัน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สัญชาติ ศาสนา สถานภาพสมรสก่อนเสียชีวิต ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะโรคมะเร็งเสียชีวิต ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงเสียชีวิต การรักษาที่เคยได้รับ และระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน

2) แบบประเมินคุณภาพการตาย (The Quality of Dying and Death Questionnaire: QODD) ของ Patrick et al. (2001) ได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือให้แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย โดยการใช้การแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและมีความรู้ด้านการพยาบาล จำนวน 2 คน และผ่านการพิจารณาความเทียบเท่ากันด้านเนื้อหาและความหมายเพื่อความชัดเจนของภาษาและความเหมาะสมด้านวัฒนธรรมของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน แล้วนำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86 เครื่องมือชุดนี้เป็นการประเมินความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่และขณะเสียชีวิต โดยประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถาม จำแนกเป็น 3 ส่วน จำนวน 33 ข้อ

ส่วนที่ 1 ประเมินความถี่ของเหตุการณ์ ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในช่วงเวลา 10-14 วัน ก่อนเสียชีวิต ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นคำถามนำเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามนึกย้อนถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ (ข้อ 1-16) เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 6 ระดับ แบ่งเป็น 0-5 คะแนน (0 คะแนน คือ ไม่เคยเลย และ 5 คะแนน คือ ทุกครั้ง) และในแต่ละข้อคำถามจะมีการประเมินระดับความรู้สึกต่อความถี่ของเหตุการณ์นั้นๆ โดยระบุคะแนนในช่วง 0-10 คะแนน (0 คือ แย่มากที่สุด และ 10 คือ ดีมากที่สุด)



ส่วนที่ 2 ประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ ว่าเคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิตหรือไม่ ตามการรับรู้ของผู้ดูแล เป็นคำถามนำเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามนึกย้อนถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ชัดเจนยิ่งขึ้นเช่นกัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ (ข้อ 17-31) คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า “ใช่ คือ เคยเกิดขึ้น” หรือ “ไม่ใช่ คือ ไม่เคยเกิดขึ้น” และในแต่ละข้อคำถามจะมีการประเมินระดับความรู้สึกต่อประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยระบุคะแนนในช่วง 0-10 คะแนน (0 คือ แย่มากที่สุด และ 10 คือ ดีมากที่สุด)

ส่วนที่ 3 การประเมินระดับความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ทั้งหมด ที่เกิดขึ้นในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต จำนวน 1 ข้อ และเสียชีวิต จำนวน 1 ข้อ มีคะแนน 0-10 คะแนน (0 คือ แย่มากที่สุด และ 10 คือ ดีมากที่สุด) ซึ่งเป็นการสอบถามในภาพรวมเท่านั้น แต่จะไม่นำมาคิดคะแนนโดยรวม

คะแนนคุณภาพการตาย ได้จากการรวมคะแนนระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ในส่วนที่ 1 และ 2 (ข้อ 1-31) โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพการตาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 8.04-10.00 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับสูงมากหรือดีมาก

ค่าเฉลี่ย 6.03-8.03 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับสูงหรือดี

ค่าเฉลี่ย 4.02-6.02 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.01-4.01 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 0.00-2.00 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำมากหรือแย่มาก

3) แบบประเมินระดับความทุกข์ทรมาน ใช้แบบวัด Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย ของ Laurujisawat & Jetianuwat (2013) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของปรอทวัดทุกข์ และส่วนที่ระบุถึงปัจจัยที่สร้างภาวะความทุกข์ใจ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เฉพาะส่วน

ของปรอทวัดทุกข์ เพื่อประเมินระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่านั้น โดยประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล ข้อคำถามมีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะเป็น Visual analogue scale มีคะแนน 0-10 คะแนน 0 คือ ไม่ทุกข์เลย จนถึง 10 คือ มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่า Concurrent validity เท่ากับ 1.0 และหาค่าความเที่ยงโดยนำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test re-test) มีค่าเท่ากับ 0.99

4) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Kaewsakulthong (2009) โดยนำมาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งยังคงความหมายเดิมในแต่ละคำถาม ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1 คือ ไม่เคยเลย และ 5 คือ สม่าเสมอ) โดยประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล คะแนนเฉลี่ยโดยรวมมาก หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86

5) แบบประเมินการสื่อสารของทีมสุขภาพ The Quality of Communication: QOC ของ Curtis et al. (2004) ได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือให้แปลเป็นภาษาไทยแบบย้อนกลับ (Back translation) และดัดแปลงภาษาแต่ยังคงความหมายเดิมเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและมีความรู้ด้านการพยาบาล 2 คน และผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82 เป็นการประเมินระดับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการสื่อสารของทีมสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในช่วงระยะใกล้ตาย และช่วงเวลาการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้



ส่วนที่ 1 (ข้อ 1-17) เป็นการสอบถามระดับคะแนนเกี่ยวกับการสื่อสารของทีมสุขภาพที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิต ตามความรู้สึกของผู้ดูแล โดย 0 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้แย่มาก จนถึง 10 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้ดีเยี่ยมที่สุด

ส่วนที่ 2 มีข้อคำถาม 2 ข้อ คือ ข้อ 18 เป็นการสอบถามระดับความรู้สึกโดยรวมต่อการสื่อสารของทีมสุขภาพในช่วง 10-14 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต โดย 0 คะแนน หมายถึง รู้สึกไม่ดีหรือแย่มากที่สุด จนถึง 10 คะแนน หมายถึง รู้สึกดีเป็นอย่างมาก และ ข้อ 19 เป็นการสอบถามระดับคะแนนการสื่อสารของทีมสุขภาพโดยรวมว่ามีการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีมีคุณภาพในระดับใด ในช่วง 10-14 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ตามความรู้สึกของผู้ดูแล โดย 0 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้แย่มาก จนถึง 10 คะแนน หมายถึง สื่อสารได้ดีเยี่ยมที่สุด ซึ่งการแปลผล โดยนำคะแนนการสื่อสารของทีมสุขภาพในส่วนที่ 1 มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมาก หมายถึง มีการสื่อสารของทีมสุขภาพที่ดี

6) แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของ Thuntitrakul (2009) มีข้อคำถาม 20 ข้อ โดยนำมาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งยังคงความหมายเดิมในแต่ละคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 6 ระดับ (1 คือ ไม่เห็นด้วยมาก และ 6 คือ เห็นด้วยมาก) โดยประเมินผ่านการรับรู้ของผู้ดูแล ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมาก หมายถึง มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณที่ดี ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่า CVI เท่ากับ 0.85 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิ.ย.-พ.ย. 2559 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดการทํารายงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

เพื่อขออนุญาตสืบค้นเวชระเบียนผู้เสียชีวิต รวมทั้งการติดต่อกับญาติของผู้เสียชีวิต โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้สืบค้นเวชระเบียนย้อนหลัง

2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยโทรศัพท์ติดต่อกับญาติผู้เสียชีวิต สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการสอบถามการเป็นผู้ดูแลหลัก ชี้แจงรายละเอียดและลักษณะของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัยและขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยเบื้องต้นทางโทรศัพท์

3. หากญาติผู้เสียชีวิตยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์พร้อมสอจดของติดสอจดตอบกลับ โดยทำการโทรศัพท์ไปอีกครั้งหลังส่งเอกสารไปแล้ว 1 สัปดาห์ เพื่ออธิบายขั้นตอนการทํารายงานแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชม. และลงชื่อในใบยินยอมจึงจะถือว่าเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยโดยสมบูรณ์ ซึ่งหากพบว่าไม่สามารถติดต่อได้เลยภายใน 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงสืบค้นกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม

4. ผู้วิจัยโทรติดตามความคืบหน้าทุก 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างสามารถโทรมาสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชม. โดยพบปัญหาและอุปสรรคคือ สัปดาห์แรกที่ส่งเอกสารไปแล้วพบว่าไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้ และไม่มีการตอบกลับหรือโทรศัพท์กลับมาภายใน 3 สัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 70 คน จึงจำเป็นต้องทำการสืบค้นข้อมูลผู้เสียชีวิตเพิ่มเติม ดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบจำนวน 110 ชุด แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง (IRB No. 018/2559 และ MTH 2016-13 วันที่อนุมัติจริยธรรม 10 มิ.ย.59 และ 27 ก.ค.59 ตามลำดับ) ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย โดยมีสิทธิที่จะปฏิเสธและสามารถถอนตัวได้ ไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้ถือ



เป็นความลับ และผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และถ้ากรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความเคร่งครัดเสียใจระหว่างทำแบบสอบถาม สามารถหยุดพัก ผ่อนคลายความรู้สึกจนดีขึ้น แล้วจึงทำแบบสอบถามต่อ หรือสามารถโทรศัพท์ปรึกษา ระบายความทุกข์ใจกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากไม่สามารถปรับอารมณ์ได้ ผู้วิจัยแนะนำแหล่งสนับสนุนที่ใกล้เคียงเพื่อรับการดูแลต่อไป ซึ่งจากการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเคร่งครัดเสียใจมาก และให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product moment coefficient)

ตารางที่ 1 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพการตายโดยรวม และรายด้าน ตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

คุณภาพการตาย	Item	Min	Max	$\bar{x}$	SD	ระดับคุณภาพการตาย
การรักษาที่ต้องการ	3	3.33	8.67	7.57	0.94	ดี
สภาพเหตุการณ์ขณะตาย	3	5.00	9.00	7.33	0.77	ดี
การเตรียมตัวก่อนตาย	10	5.40	8.60	7.30	0.46	ดี
การตระหนักถึงตัวตนของบุคคล	4	4.00	7.75	6.98	0.48	ดี
ครอบครัว	5	2.60	8.40	6.93	0.82	ดี
อาการและการดูแลส่วนบุคคล	6	3.67	6.83	5.85	0.51	ปานกลาง
คุณภาพการตายโดยรวม	31	4.29	7.94	6.95	0.40	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพการตายโดยรวมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.95 ซึ่งอยู่ในระดับสูง หมายถึงมีคุณภาพการตายที่ดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรักษาที่ต้องการเป็นด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 7.57 ซึ่งหมายถึงมีคุณภาพการตายที่ดีในด้านการรักษาที่ต้องการ รองลงมา คือ ด้าน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.6) อายุเฉลี่ย 41.02 ปี (SD=10.52) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.5) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 30) อาชีพข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 21.8) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 19,077.27 บาท สถานภาพทางการเงินเพียงพอ (ร้อยละ 54.5) ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต คือสามี/ภรรยา (ร้อยละ 46.4) และระยะเวลาในการดูแลผู้เสียชีวิตตั้งแต่เริ่มป่วยจนเสียชีวิต อยู่ในช่วง 1-2 ปี (ร้อยละ 32.7) สำหรับผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.8) อายุเฉลี่ย 45.31 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) เสียชีวิตด้วยโรคเมะเร็งระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 33.6) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนเสียชีวิต เฉลี่ยประมาณ 1 ปี 6 เดือน และระยะเวลาตั้งแต่เสียชีวิตจนถึงปัจจุบัน เฉลี่ยประมาณ 3-4 เดือน

สภาพเหตุการณ์ขณะตาย ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย ด้านการตระหนักถึงตัวตนบุคคล และด้านครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.33, 7.30, 6.98 และ 6.93 ตามลำดับ ส่วนด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 5.85 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง มีคุณภาพการตายระดับปานกลางในด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล



ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=110)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความทุกข์ทรมาน	1				
2. สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว	-.22*	1			
3. การสื่อสารของทีมสุขภาพ	-.31**	.19*	1		
4. ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	-.13	.25**	.25**	1	
5. คุณภาพการตาย	-.56**	.38**	.42**	.43**	1

** p<.01, * p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.56, p<.05$) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p<.05$) การสื่อสารของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, p<.05$) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p<.05$)

อภิปรายผล

1. คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า มีคุณภาพการตายโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 6.95$) สามารถอภิปรายได้ว่า จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแล ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณภาพการตายที่ดี คือ ได้รับการบรรเทาอาการเจ็บปวด และความไม่

สุขสบายต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มีโอกาสทำบุญอุทิศส่วนกุศล ได้อยู่กับครอบครัว ได้กล่าวคำอำลาหรือสิ่งที่ค้างคาใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ยอมรับและเผชิญกับความตายได้ สามารถจากไปอย่างสงบ พบกับการตายที่ดี (Rodpal, 2006; Kunsongkeit, 2013) ดังนั้น การตายดี ส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพการตายของ Patrick et al. (2001)

เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของแนวคิดคุณภาพการตายของ Patrick et al. (2001) พบว่า คุณภาพการตายด้านการรักษาที่ต้องการ ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย ด้านการตระหนักถึงตัวตนบุคคล และด้านครอบครัว อยู่ในระดับดี ซึ่งอภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณภาพการดูแลตรงตามความต้องการ ให้เกียรติและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ทำให้เสียชีวิตอย่างสงบและมีคุณภาพการตายที่ดี ส่วนคุณภาพการตายด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณภาพการตายโดยส่วนใหญ่ได้รับการควบคุมความเจ็บปวดและอาการเหนื่อยอยู่ในระดับที่ดี ($\bar{X} = 7.32$ และ 6.95)



ตามลำดับ) ซึ่งจะได้รับการบรรเทาอาการจากยามอร์ฟิน แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่า อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง กล้ามเนื้ออ่อนล้า ทำให้ความสามารถในการควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระลดลง การควบคุม สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวลดลง และการมีผล ก่อให้เกิดในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของ ตนเองลดลง ($\bar{X} = 5.87, 4.67$ และ 4.15 ตามลำดับ) ซึ่งอาการเหล่านี้ยังคงรบกวนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง และเกิดความทุกข์ทรมาน ได้เช่นกัน ดังนั้น หากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการ บรรเทาความทุกข์ทรมานเหล่านี้ลงได้ ก็จะทำให้ ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ดียิ่งขึ้น และมีคุณภาพการตายที่ดี มากยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า

ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบกับ คุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการ รับรู้ของผู้ดูแล นั่นคือ ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายที่ได้รับการบรรเทาอาการเจ็บปวดหรือความ ทุกข์ทรมานต่างๆ จะทำให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพการตายของ Patrick et al. (2001) ที่กล่าวไว้ว่า หากผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการ บรรเทาความทุกข์ต่างๆ ลงได้ จะทำให้มีคุณภาพชีวิต ที่ดีในช่วงระยะก่อนเสียชีวิต ส่งผลให้จากไปอย่างสงบ และมีคุณภาพการตายที่ดี

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล นั่นคือ ผู้ดูแล รับรู้ความสัมพันธ์อันดี ความรักใคร่ สายใยรักใน ครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหมด ห่วง สามารถจากไปอย่างสงบและมีคุณภาพการตายที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Jompaeng & Sangchart (2013) พบว่า การตายดี คือ การตายท่ามกลางบุคคล ที่รัก เช่นเดียวกับ Kunsongkeit (2013) พบว่า การตายดี

คือ การได้อยู่กับครอบครัว แม้เพียงแค่นั่งจับมือกันก็ ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ และสามารถจากไปได้อย่างสงบ มีคุณภาพการตายที่ดี

การสื่อสารของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล นั่นคือ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการสื่อสาร ที่เข้าใจตรงกัน การรับฟังปัญหาต่างๆ การดูแลเอาใจใส่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา จะเกิดการดูแล ที่ตรงความต้องการและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี สอดคล้องกับการศึกษา ของ Curtis et al. (2002) พบว่า การรับฟังอย่างตั้งใจ ของทีมสุขภาพและความพึงพอใจในการสื่อสารส่งผล ให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล นั่นคือ ผู้ดูแลรับรู้ ว่าการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่สำคัญ จะเห็นได้ว่าการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ได้ทำบุญอุทิศส่วน กุศลให้เจ้ากรรมนายเวร เชื่อว่าสามารถปลดปล่อย สิ่งที่ไม่ดี และส่งต่อกรรมดีในภพหน้าได้ ทำให้มีกำลังใจ และจากไปอย่างเข้มแข็ง มีคุณภาพการตายที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Curtis et al. (2002) พบว่า ประสบการณ์ความเชื่อทางจิตวิญญาณและศาสนา ส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี

สรุปได้ว่า ความทุกข์ทรมาน สัมพันธภาพของ บุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และ ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ การตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของ ผู้ดูแล ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการ บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ มี สัมพันธภาพที่ดีของบุคคลในครอบครัว มีการสื่อสาร ของทีมสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีความผาสุกทางจิต วิญญาณที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และมี คุณภาพการตายที่ดี



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความทุกข์ทรมานสัมพันธ์ภาพของบุคคลในครอบครัว การสื่อสารของทีมสุขภาพ และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพอันดีในครอบครัว เพิ่มคุณภาพการสื่อสารของทีมสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างเข้มแข็ง และจากไปอย่างสงบ เกิดคุณภาพการตายที่ดี

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้เป็นการประเมินคุณภาพการตายโดยกลุ่มผู้ดูแลเท่านั้น ดังนั้นการศึกษารังต่อไปควรมีการศึกษาแบบ Multi-traits, multi-method ที่วัดจากทั้งผู้ดูแลและพยาบาล ซึ่งการวัดจากผู้ป่วยควรเป็นในเชิงความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพการตาย และต้องระมัดระวังเหตุการณ์ที่กระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีสภาพจิตใจที่เปราะบางอยู่แล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ให้ทุนอุดหนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

References

- Bureau of Policy and Strategy, (2015). *Statistical Thailand 2015 (on line)*. Retrieved October 1, 2016, from <http://bps.moph.go.th> (In Thai)
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*, (6th ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Choi, J.Y., Chang, Y.J., Song, H.Y., Jho, H.J., & Lee, M.K. (2013). Factors that affect quality of dying and death in terminal cancer patients on inpatient palliative care units - perspectives of bereaved family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(4), 735-745.
- Curtis, J.R., Patrick, D.L., Engelberg, R.A., Norris, K., Asp, C., & Byock, I. (2002). A measure of the quality of dying and death: Initial validation using after-death interviews with family members. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(1), 17-31.
- Department of Medical Service, (2014). *End-of-life care guidelines 2014 (on line)*. Retrieved December 1, 2016, from <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner> (In Thai)
- Downey, L., Curtis, J.R., Lafferty, W.E., Herting, J.R., & Engelberg, R.A. (2010). The Quality of dying and death questionnaire (QODD): Empirical domains and theoretical Perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(1), 9-22.
- Fongkerd, S., & Poogritsana, S. (2013). Effect of Illness Beliefs Model Program on the families suffering from taking care end state cancer patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(3), 122-131. (In Thai)
- Hales, S., Chiu, A., Husain, A., Braun, M., Rydall, A., Gagliese, L.,.....& Rodin, G. (2014). The quality of dying and death in cancer and its relationship to palliative care and place of death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(5), 1-13.



- Hathirat, S. (2009). *Care for good death*, (1st ed.). Bangkok: Moh-chao-Ban Publishing House. (In Thai)
- Jompaeng, W., & Sangchart, B. (2013). Nurse's perception of a good death: a phenomenology study. *Journal of Nursing Science & Health*, 36(3), 49-59. (In Thai)
- Kaewsakulthong, J. (2009). *Relationships between personal factors, family factors, smoking behaviors, and depression of adolescent psychiatric patients*. Master's Thesis, Department of Psychiatric Nursing, Graduate School, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Kunsongkeit, W. (2013). Good death as perceived by the cancer patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 21(4), 25-36. (In Thai)
- Kurat, S., Parakho, P., & Suwannakoat, S. (2013). *End of life care: New dimension challenging the role of nurses (on line)*. Retrieved April 6, 2015, from <http://www.smnc.ac.th/group/research/> (In Thai)
- Laurujisawat, P., & Jetiyanuwat, S. (2013). Validity of the Thai Version of the Distress Thermometer. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 58(3), 257-270. (In Thai)
- Laurujisawat, P. (2007). *Psychiatrics assessment and management in palliative care (End of life care improving care of the dying)*, (2nd ed.) Bangkok: Arksorn Sampan Printing House Co., Ltd. (In Thai)
- Makmai, S., Sirichayanugul, C., & Sirichayanukul, T. (2013). Common symptoms and needs pre-discharge advanced-stage cancer patients: A case-study at Phrae Hospital, Thailand. *Thai Cancer Journal*, 33(4), 132-145. (In Thai)
- Nilsson, M.E., Maciejewski, P.K., Zhang, B., Wright, A.A., Trice, E.D., Muriel, A.C.,.....& Prigerson, H.G. (2009). Mental health, treatment preferences, advance care planning, location, and quality of death in advanced cancer patients with dependent children. *Cancer: EOL for Cancer Patients with Children*, 115(2), 399-409.
- Niruthisat, S. (2007). *Holistic assessment and communication: physical aspect (End of life care improving care of the dying)*, (2nd ed.). Bangkok: Arksorn Sampan Printing House Co., Ltd. (In Thai)
- Patrick, D.L., Curtis, J.R., Engelberg, R.A., Nielsen, E., & McCown, E. (2003). Measuring and improving the quality of dying and death. *Annals of Internal Medicine*, 139(5), 410-416.
- Patrick, D.L., Engelberg, R.A., & Curtis, J.R. (2001). Evaluating the quality of dying and death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 717-726.
- Rodpal, J. (2006). *Good death: Perception of Thai Buddhist elderly*. Master's Thesis, Department of Nursing Science, Graduate School, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Sansom, N., & Thanasilp, S. (2010). Selected factors related to quality of life of terminal cancer Patients. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 22(1), 42-53. (In Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in nursing research*. Bangkok: U&I inter media Co., Ltd. (In Thai)
- Thuntitrakul, W. (2009). *Factors related to spiritual well being of terminal cancer Patients*. Master's Thesis, Department of Nursing Science, Graduate School, Chulalongkorn University. (In Thai)