บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

ปวีณา พงษ์พันนา[1*] นพมาศ พัดทอง[**] และ สุรีพร ธนศิลป์[2*3**]

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ, ระยะได้รับโปรแกรมฯ ขณะอยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ ขณะอยู่ที่บ้าน และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 6*

รูปแบบการวิจัย: *การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบ Quasi experimental with single-group time-series design ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียว ติดตามวัดผล 4 ครั้ง ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน*

วิธีการดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ที่นับถือศาสนาพุทธ อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ แบบประเมิน Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care (FACIT-Pal) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ (Buddhist Death Acceptance Scale) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94 และ .73 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธในโรงพยาบาล และนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA)*

ผลการวิจัย: *คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ระยะได้รับโปรแกรมฯขณะอยู่ในโรงพยาบาล และระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯขณะอยู่ที่บ้าน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 กับระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 มากกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05*

สรุป: *โปรแกรมฯสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ทั้งในระยะได้รับโปรแกรมฯขณะอยู่ในโรงพยาบาล และระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯขณะอยู่ที่บ้าน และโปรแกรมฯยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกด้านจิตอารมณ์ในระยะติดตามผลได้*

คำสำคัญ: *การดูแลวิถีพุทธ/ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ/ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม*

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2566, 35(1) : 25-38

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสมาชิกหน่วยปฏิบัติการวิจัย “การดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก” อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม E-mail: noppamat.p@chula.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัย “การดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก” อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

THE EFFECT OF BUDDHIST CARE PROGRAM ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ADVANCED CHOLANGIOCARCINOMA

Paweena Pongpunna* Noppamat Pudtong ** and Sureeporn Thanasilp ***

Abstract

Purpose: *to compare the effect of Buddhist care program on Health-related Quality of life (HRQOL) in patients with advanced cholangiocarcinoma (CCA) before and after finished receiving the program at the hospital, and at home and 6th week in the follow up period.*

Design: *This study was a Quasi experimental with single-group time-series design;4 times measurement at different time points*

Methods: *The samples were 24 advanced cholangiocarcinoma patients who were Buddhist, age 20 years old and over. The instruments were Demographic data record form, the Buddhist care program, the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) in Thai version, and the Buddhist Death Acceptance scale, the Cronbach alpha coefficient of the last two instrument were 0.94 and 0.73, respectively. The participants received usual nursing care and Buddhist care program in hospital and take it to practice at home. Data were analyzed using repeated measure one-way analysis of variance (One-way repeated ANOVA)*

Result: *The mean scores of overall HRQOL in advanced cholangiocarcinoma patients after receiving the program at the hospital and at home were significantly higher than before receiving the program (p< .05). But there was no difference mean scores of overall HRQOL between the 6th week follow-up period and before receiving the program. However, mean scores of the emotional well-being dimension after receiving the program in the follow up period at 6th week was significantly higher than that of before receiving the program (p< .05).*

Conclusion: *The Buddhist care program can improve HRQOL in advanced cholangiocarcinoma patients after finished receiving the program at the hospital and at home. Moreover, the program's outcome can continue to enhance the emotional well-being of patients in the follow up period.*

Keywords: *Buddhist care program / Health-related quality of life/ advanced cholangiocarcinoma*

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2023, 35(1) : 25-38

Article info: Received May 30, 2022 ; Revised March 20, 2023. ; Accepted March 29, 2023

* Student in Master of Nursing Science Program. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Corresponding author, Assistant Professor, Ph.D., and member of Asian Wisdom Care Research Unit, Thesis Co-advisor. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnanisisattaphat Building ,. Pathum Wan, Bangkok Thailand10330 E-mail: noppamat.p@chula.ac.th

*** Associate Professor, D.N.S., and Director of Asian Wisdom Care Research Unit, Thesis Advisor.

บทนำ

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) อยู่ในกลุ่มมะเร็งตับปฐมภูมิ[1] สถิติผู้ป่วยทั่วโลกมีอัตราความชุกเฉลี่ย 2 ต่อแสนประชากร ขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยมากเป็นอันดับหนึ่งของโลก โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกมากถึง 85 ต่อแสนประชากร[2] จากสถิติที่ผ่านมาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพบได้ตั้งแต่อายุ20 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 จะเป็นผู้ป่วยระยะลุกลาม[3] และการรักษาทำได้เพียงประคับประคองอาการ นั่นคือผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคที่รุนแรง และคุกคามชีวิต

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุก ที่ครอบคลุมบริบทในการดำเนินชีวิต โดยเป็นผลจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ระดับความผาสุกขึ้นอยู่กับการรับรู้ ความคาดหวัง และการปรับตัว ซึ่งมีผลต่อผู้ป่วยใน 4 มิติ (Multidimensionality) อันได้แก่ มิติความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ (Emotional well being) และมิติความผาสุกด้านสังคม (Social well-being)[4] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและจะลดลงเรื่อย ๆ[5] ก่อนที่จะเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต และมีความแตกต่างกันในแต่ละมิติ โดยผู้ป่วยมีมิติความผาสุกด้านร่างกายต่ำที่สุด ตามด้วยมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ และสูงสุดคือมิติความผาสุกด้านสังคม[6] ด้วยผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการที่รุนแรง ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย[7] และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง[8] จึงทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ย่อมต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมากขึ้น นอกจากนั้นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามรับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่ร้ายแรง รักษาไม่หาย รอความตายที่กำลังจะมาถึง ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานทางด้านจิต อารมณ์ เกิดความวิตกกังวล กลัวความตายที่ไม่อาจรู้แน่[9] เมื่อทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี คือ ปัจจัยด้านอาการของโรค อาการดังกล่าวได้แก่ อาการปวดแน่นท้อง และอาการเหนื่อยล้า ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง ขณะที่ปัจจัยแรงสนับสนุนจากสังคม สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้[10]

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลแบบประคับ ประคองที่องค์การอนามัยโลก[11] ได้ระบุไว้ นอกจากนี้ เป้าหมายการดูแลแบบประคับประคองยังประกอบด้วย การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ตลอดจนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของแนวคิดขององค์การอนามัยโลก สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในขณะที่หลักธรรมทางศาสนาพุทธมุ่งเน้นการเท่าทันตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เมื่อต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นล้วนเป็นไปตามกฎของธรรมชาติ นั่นคือหลักของไตรลักษณ์ ศาสนาพุทธยังเชื่ออีกว่ามนุษย์ทุกคนสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ที่ต้องเผชิญในชีวิตด้วยการเรียนรู้ 3 ด้าน อันได้แก่ศีล สมาธิ และปัญญา นั่นคือ หลักของไตรสิกขา นำไปสู่ความเข้าใจในชีวิตที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบของธรรมชาติ ยอมรับความไม่แน่นอนของชีวิต[12] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลักธรรมทางศาสนาพุทธ ที่มุ่งให้เกิดความเข้าใจและยอมรับกฎของธรรมชาติ ที่ทุกคนมิอาจหลีกเลี่ยงนี้[13] ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีและเกิดการตายดี[10-11] ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลกร่วมกับหลักไตรสิกขา และกฎไตรลักษณ์ มาบูรณาการเป็นโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บ

ป่วย มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และนำไปสู่ความพร้อมที่จะเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวส่วนใหญ่มักต้องการยื้อชีวิตของผู้ป่วยอย่างเต็มที่[16] นอกจากนี้ครอบครัวมักไม่ต้องการเปิดเผยการพยากรณ์โรคที่แท้จริงแก่ผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าการรับรู้เกี่ยวกับพยากรณ์โรค จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจ กลัว ผู้ป่วยอาการทรุด หมดกำลังใจ ที่ทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น[13] ทั้งการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาได้[17] และด้วยบริบทของโรงพยาบาลที่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง อีกทั้งบุคลากรที่ประจำหอผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ[18] ซึ่งมักเน้นการรักษาให้หายและยื้อชีวิตผู้ป่วยอย่างเต็มที่[16] นอกจากนี้สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลมีความเป็นส่วนตัวน้อย และมีการจำกัดเวลาเยี่ยม ทำให้การมีส่วนร่วมของครอบครัวขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลลดลง

แสดงได้ว่าการดูแลประคับประคองในปัจจุบันยังคงเป็นความท้าทายในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มุ่งผลลัพธ์ด้านร่างกาย ยังไม่ครอบคลุมเป็นองค์รวม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการบูรณาการหลักพุทธธรรมอันได้แก่ ไตรสิกขาและกฎไตรลักษณ์ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม และเป็นการเตรียมผู้ป่วยมะเร็งให้พร้อมรับเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง ส่งผลต่อการจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังได้รับโปรแกรมฯในขณะอยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯขณะอยู่ที่บ้าน และระยะติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯในสัปดาห์ที่ 6 แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ, หลังได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่โรงพยาบาล, สิ้นสุดโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่ที่บ้าน และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธในสัปดาห์ที่ 6

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่ที่บ้าน และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธในสัปดาห์ที่ 6 มากกว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยแบบ Quasi experimental with single-group time-series design ศึกษากลุ่มตัวอย่างเดียว ติดตามวัดผล 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ, ระยะได้รับโปรแกรมฯขณะอยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯขณะอยู่ที่บ้าน และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯในสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหรือระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ตามเกณฑ์การของ American Joint Committee on Cancer[17] คัดเลือก

แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยรับทราบการวินิจฉัยโรค และได้เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2) ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Palliative performance scale) มากกว่าร้อยละ 30 3) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารได้ตามปกติ 4) ผู้ป่วยและญาติสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและมีญาติดูแลอย่างน้อย 1 คน ขณะดำเนินโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และไม่สามารถอยู่จนสิ้นสุดโปรแกรม หรือเสียชีวิต

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ขนาดปานกลางตามแนวคิดของCohen[18] เท่ากับ 0.25 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power (Version 3.1) ได้กลุ่มตัวอย่าง 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วย

1.2 แบบประเมิน Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Palliative Care (FACIT-Pal) ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือจาก www. facit.org เพื่อประเมินความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกเป็นรายมิติ อันประกอบด้วย มิติความผาสุกด้านร่างกาย มี 7 ข้อ มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ มี 6 ข้อ มิติความผาสุกด้านสังคม มี7 ข้อ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มี 7 ข้อ ส่วนข้อคำถามประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมี19 ข้อ ระดับมาตรวัด Likert scale 5 อันดับ ตั้งแต่ 0 – 4 โดยประเมินความรู้สึกในช่วง 7 วันที่ผ่าน โดยผลรวมคะแนนมากหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาก ในขณะที่ผลรวมคะแนนน้อยจะหมายถึงการคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .94

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

2.1. โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ผู้วิจัยพัฒนาโดยอาศัยกรอบแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับบูรณาการหลักพุทธธรรม คือ ไตรสิกขา และกฎไตรลักษณ์ มีกิจกรรมดังนี้

2.1.1 การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ด้วยกิจกรรมการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา

2.1.2 การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกนึกคิด และเรียนรู้พุทธธรรมด้วยบทความแสดงไตรลักษณ์ของชีวิต ถ่ายทอดผ่านหนังสือเสียง

2.1.3 การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.1.4 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล และเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

2.2 คู่มือและวีดีทัศน์เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต คู่มือและแผนการสอนเรื่องความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิถีพุทธ

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย ได้แก่

3.1 แบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ (Buddhist Death Acceptance Scale)[19] เพื่อติดตาม

ผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ เป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับภาวะของโรคและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ จำนวน13 ข้อ แบ่งออกเป็น 1) แบบประเมินที่แสดงถึงการยอมรับการตายที่เป็นกระบวนการตามธรรมชาติ จำนวน 9 ข้อ 2) แบบประเมินที่แสดงถึงการเตรียมพร้อมสำหรับความตาย จำนวน 4 ข้อ ระดับมาตรวัด Rating scale 4 อันดับ ตั้งแต่ 1-4 โดยสามารถแบ่งระดับของการยอมรับความตายเป็นได้ดังนี้ ระดับต่ำเท่ากับ 1.00-2.00คะแนน ระดับปานกลางเท่ากับ 2.01-3.00 คะแนน ระดับสูงเท่ากับ 3.01-4.00 คะแนน มีค่าCVIเท่ากับ .84 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73

3.2 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อติดตามการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน มีลักษณะเป็น Check list ตามความจำนวนครั้งที่ปฏิบัติจริง มีค่า CVI เท่ากับ.75

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 5/2022 แล้วจึงดำเนินการขออนุญาตเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยโดยละเอียด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัยโดยอิสระ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการวิจัย ได้แก่

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ด้านความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ด้วยการทบทวนวรรณกรรม พร้อมทั้งผู้วิจัยเข้ารับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง ประกอบด้วยทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็ง การสวดมนต์ และทำสมาธิ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาพุทธกับผู้ป่วยและญาติที่วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

1.2 การเตรียมเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ และศึกษาประวัติกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน

2. ขั้นดำเนินการ ด้วยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ มีระยะดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ประเมินปัญหาและความต้องการให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ ครอบครัว และความต้องการด้านจิตวิญญาณ

2.2 ระยะได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่โรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 ประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System(ESAS) ฉบับภาษาไทย[20] เป็นแบบประเมินที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งพบว่าแบบประเมิน ESAS มีความตรงและความเที่ยง สามารถใช้ในจำแนกอาการต่างๆ โดยเฉพาะอาการด้านร่างกายของผู้ป่วยได้ดี และเชื่อถือได้[21] ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการของโรคอย่างเหมาะสม โดยเมื่อผู้ป่วยรายงานอาการใดมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ จากนั้นเปิดวีดีทัศน์เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต เพื่อแสดงหลักธรรมและขั้นตอนฝึกสมาธิ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันฝึก สวดมนต์ และทำสมาธิ เพื่อส่งเสริมความผาสุกทั้งในด้านร่างกาย ด้านการทำ

หน้าที่ ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ โดยใช้เวลารวมไม่เกิน 90 นาที

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นการดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที แล้วทำกิจกรรมสำรวจความรู้สึกนึกคิด ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นการดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้เกี่ยวกับกฎไตรลักษณ์ของชีวิต ผ่านการฟังหนังสือเสียง ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยอธิบายประโยชน์และขั้นตอนของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลรักษา การดำเนินของโรค ตามคู่มือและแผนการสอนเรื่องความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 6 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นดำเนินกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 7 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นการดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวนำการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา กลับไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากตื่นนอนตอนเช้า และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ติดต่อกันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์

2.3 ระยะได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันด้วยการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที อย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้า และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกายติดต่อกันอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ จนสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ นับตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินปัญหาในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และทบทวนและให้ความรู้ครอบครัวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พร้อมกันนี้ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างโดยประเมินตามแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมและประเมินการยอมรับการตายวิถีพุทธ

3. ขั้นตอนการประเมินผล

ประเมินผลกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ, ระยะได้รับโปรแกรมฯครบ 7 ครั้งขณะอยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 6 โดยนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มได้รับโปรแกรมขณะอยู่โรงพยาบาล ด้วยแบบประเมินชุดเดิม

การรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมฯ

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธจากผู้วิจัย ดังรายละเอียดในขั้นดำเนินการวิจัย

4. ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังได้รับโปรแกรมฯในทุกระยะด้วยแบบสอบ ถามชุดเดิมเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง และความคงทนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลา วิเคราะห์ด้วยสถิติการความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.8 เกือบครึ่งมีอายุในช่วง 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 (อายุเฉลี่ย 60.58, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.69) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.5 และเกินครึ่งเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 62.5 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน (ค่าเฉลี่ย 4.46 เดือน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.35) และเกินครึ่งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดคิดเป็นร้อยละ 58.3 ตามมาด้วยการทำทางระบายน้ำดีร้อยละ 41.7

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกเป็นรายมิติ ในแต่ละระยะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงใน

ตารางที่ 1 **ตารางที่ 1** *ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละระยะ*

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ระยะ							
	ก่อนรับโปรแกรมฯ		รับโปรแกรมฯ ขณะอยู่ร.พ		สิ้นสุดโปรแกรมฯ		ติดตามผล	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
มิติด้านร่างกาย	10.08	3.62	11.75	2.45	10.42	2.28	7.29	1.36
มิติด้านสังคม	23.08	5.97	23.71	5.85	24.04	4.75	24.29	3.88
มิติด้านจิต อารมณ์	11.00	5.12	15.21	4.32	13.79	4.86	13.96	3.78
มิติด้านการทำหน้าที่	17.04	4.72	19.46	4.08	19.63	3.52	15.88	4.93
การรับรู้การดูแลประคับประคอง	47.71	9.90	49.46	10.97	47.38	9.24	46.21	8.91
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	108.92	23.53	119.58	22.58	115.25	18.97	107.38	17.46

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในมิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ระยะหลังได้รับโปรแกรมฯขณะอยู่โรงพยาบาลและระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯขณะอยู่ที่บ้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเข้าสู่ระยะติดตามผล เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ยกเว้นด้านการรับรู้การดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังรับโปรแกรมฯขณะอยู่โรงพยาบาล แต่มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ระยะสิ้นสุดโปรแกรมเมื่ออยู่ที่บ้านไปจนถึงระยะติดตามผล

3. เปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกเป็นรายมิติในแต่ละระยะ ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกเป็นรายมิติ ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติShapiro-wilk ทดสอบพบว่าข้อมูลของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกระจายตัวเป็นโค้งปกติ จากนั้นจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยสถิติการความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และรายมิติ ในแต่ละระยะ*

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	Mean Square	F	P-value
มิติด้านร่างกาย	252.62	110.08	26.27*	.00
มิติด้านสังคม	19.7	14.75	2.5	.12
มิติด้านจิต อารมณ์	227.12	114.48	10.93*	.00
มิติด้านการทำหน้าที่	244.83	140.12	14.36*	.00
การรับรู้การดูแลประคับประคอง	130.13	61.43	8.87*	.00
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	2316.62	1174.6	22.67*	.00

* นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม (F= 22.67, P = .00) มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในระยะที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่า มิติความผาสุกด้านร่างกาย (F= 26.27, P = .00) มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ (F= 10.93, P = .00) มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (F= 14.36, P = .00) และมิติด้านการรับรู้การดูแลประคับประคอง (F= 8.87, P = .00) มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในระยะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เช่นเดียวกัน แต่ผลการวิเคราะห์มิติด้านสังคมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันในแต่ละระยะ (F= 2.5, P = .12)

3.2 การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ระหว่างค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน คือ ค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และจำแนกเป็นรายด้านได้แก่ มิติด้านผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ ด้านการรับรู้การดูแลประคับประคอง ด้วยวิธี Bonferroni (n=24) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *ผลการเปรียบเทียบรายคู่ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะที่แตกต่างกัน*

ระยะ	Mean	ระยะ		
		ก่อนรับโปรแกรม	รับโปรแกรมขณะอยู่ร.พ	สิ้นสุดโปรแกรม
มิติด้านร่างกาย				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	10.08	-		
รับโปรแกรมขณะอยู่ร.พ	11.75	-1.67*	-	
สิ้นสุดโปรแกรม	10.42	-0.33	1.33*	-
ติดตามผล	7.29	2.79*	3.12*	4.46*
มิติด้านจิต อารมณ์				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	11.00	-		
รับโปรแกรมฯขณะอยู่ร.พ	15.21	-4.21*	-	
สิ้นสุดโปรแกรม	13.79	-2.79*	1.42	-
ติดตามผล	13.96	-2.96*	1.25	-0.17
มิติด้านการทำหน้าที่				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	17.04	-		
รับโปรแกรมฯขณะอยู่ร.พ	19.46	-2.42*	-	
สิ้นสุดโปรแกรม	19.63	-2.58*	-0.17	-
ติดตามผล	15.88	1.17	3.58*	3.75*
การรับรู้การดูแลประคับประคอง				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	47.71	-		
รับโปรแกรมฯขณะอยู่ร.พ	49.46	-1.75	-	
สิ้นสุดโปรแกรม	47.38	0.33	2.08*	-
ติดตามผล	46.21	1.50	3.25*	1.17*
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	108.92	-		
รับโปรแกรมฯขณะอยู่ร.พ	119.58	-10.67*	-	
สิ้นสุดโปรแกรมฯ	115.25	-6.33*	4.33*	-
ติดตามผล	107.38	1.54	12.21*	7.88*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ระหว่างค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และจำแนกเป็นรายมิติในแต่ละระยะพบว่า

ในระยะหลังได้รับโปรแกรมฯขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่า มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ยกเว้นด้านการรับรู้การดูแลประคับประคองเท่านั้นที่ไม่แตกต่างกับระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ เมื่ออยู่ที่บ้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่ามิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ และมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่มิติความผาสุกด้านร่างกาย และด้านการรับรู้การดูแลประคับประคอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันระหว่างระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 พบว่ามิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์เท่านั้นที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ด้านการรับรู้การดูแลแบบประคับประคอง ไม่แตกต่างกับระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผล ดังนี้

ระยะหลังได้รับโปรแกรมฯขณะอยู่ในโรงพยาบาล และระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯเมื่ออยู่ที่บ้าน จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย นั่นคือโปรแกรมฯสามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทางด้านร่างกาย ส่งเสริมความผาสุกด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าเรียนรู้พุทธธรรม และทำสมาธิ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และส่งเสริมการปรับตัวให้สอดคล้องกับภาวะของโรคตามความเป็นจริงด้วยจิตใจที่สงบ และความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยอมรับความตายได้[13] ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งสามารถยอมรับสภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง ที่ย่อมมีเกิด แก่ เจ็บ ตายได้นั้น นำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ได้[14] เช่นเดียวการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ารูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาเพื่อดูแลผู้ป่วย ทั้งการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและสภาพแวดล้อม การถวายสังฆฐาน การสวดมนต์สืบชะตา การใช้หลักสมถะภาวนา และมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว ทำให้อาการปวดทุเลาลง และมีสภาวะทางจิต อารมณ์ดีขึ้น[22]

ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 พบว่ามีเพียงมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สรุปได้ว่าเมื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังได้รับโปรแกรมฯในแต่ระยะ พบว่าเมื่อเข้าสู่ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงตามระยะและการลุกลามของโรค ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาก่อนหน้า[6] แต่ถึงแม้อาการของโรคที่รุนแรง จะส่งผลต่อความผาสุกทั้งในด้านร่างกาย ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ซึ่งย่อมทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยลดลง แต่โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธยังคงสามารถส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่องแม้จะสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว เนื่องจากความรู้ตามหลัก

ธรรมทางพุทธศาสนา ส่งผลให้บุคคลมีความเข้าใจความเป็นจริงตามธรรมชาติ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้น ก็จะนำมาพิจารณาตามหลักของเหตุและผล อันนำไปสู่การปรับสภาพจิตใจให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงนั้นๆ ได้อย่างกลมกลืน เมื่อความทุกข์คลี่คลาย ความสุขทางปัญญาก็เกิดขึ้นในจิตใจ นั่นหมายถึงเกิดความผาสุกด้านจิต อารมณ์นั่นเอง[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ถูกพัฒนาเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ด้วยโปรแกรมนี้มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์เพื่อให้การดูแลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มอื่นๆ เพื่อส่งเสริมความคุณภาพชีวิตด้านสภาพขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

1.2 ผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ สามารถส่งเสริมความผาสุกด้านจิต อารมณ์ได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะได้รับโปรแกรมขณะอยู่โรงพยาบาล ระยะสิ้นสุดโปรแกรมต่อเนื่องไปถึงระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ในกลุ่มมะเร็งระยะลุกลามที่มุ่งเพื่อส่งเสริมความผาสุกในมิติด้านจิต อารมณ์ นอกจากนี้บุคคลากรผู้ให้การดูแลจำเป็นให้การดูแลเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามากขึ้น โดยการเพิ่มศักยภาพของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ด้วยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธสามารถส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมฯ ได้เชื่อมโยงด้านจิต อารมณ์ ตลอดจนจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนาพุทธ เพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะลุกลาม ในการวิจัยครั้งต่อไปสามารถนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านจิต อารณ์ได้

References

1. Banales JM, Marin JJ, Lamarca A, Rodrigues PM, Khan SA, Roberts LR, et al. Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2020;17(9):557–88.
2. Kamsa-ard S, Kamsa-ard S, Luvira V, Suwanrungruang K, Vatanasapt P, Wiangnon S. Risk factors for cholangiocarcinoma in Thailand: a systematic review and meta-analysis. Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2018;19(3):605.
3. Blechacz B. Cholangiocarcinoma: current knowledge and new developments. Gut Liver. 2017;11(1):13.
4. Cella DF. Quality of life: concepts and definition. J Pain Symptom Manage. 1994;9(3):186–92.
5. Mihalache F, Tantau M, Diaconu B, Acalovschi M. Survival and quality of life of cholangiocarcinoma patients: a prospective study over a 4 year period. J Gastrointestin Liver Dis. 2010;19(3).

6. Woradet S, Songserm N, Promthet S, Parkin DM. Health-related quality of life and survival of cholangiocarcinoma patients in northeastern region of Thailand. PLoS One. 2016;11(9):e0163448.

7. Zabernigg A, Giesinger JM, Pall G, Gamper EM, Gattringer K, Wintner LM, et al. Quality of life across chemotherapy lines in patients with cancers of the pancreas and biliary tract. BMC Cancer. 2012;12(1):1–8.

8. Bibeau K, Bachini M, Lindley A, Barkey NM, Lindsey S. Exploring the diagnostic journey and life impact of patients with cholangiocarcinoma (CCA): Results from a large patient survey in the United States. 2021;42-52

9. Siani E. Fields of Life and Death: Cholangiocarcinoma, Food Consumption, and Masculinity in Buddhist Rural Thailand. 2022;

10. Somjaivong B, Thanasilp S, Preechawong S, Sloan R. The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. Cancer Nurs. 2011;34(6):434–42.

11. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2014;28(2):130–4.

12. Thammarongpreechachai. P. Wisdom of Happiness through Self-Compassion. J Lib Arts Maejo Univ. 2021;9(2):224–37. (in thai)

13. Krapo M, Thanasilp S, Chimluang J. Factors Associated With Death Acceptance Among Thai Patients With Advanced Cancer1. Asian J Public Opin Res. 2018;6(1):18–30.

14. Ray A, Block SD, Friedlander RJ, Zhang B, Maciejewski PK, Prigerson HG. Peaceful awareness in patients with advanced cancer. J Palliat Med. 2006;9(6):1359–68.

15. Philipp R, Mehnert A, Lo C, Müller V, Reck M, Vehling S. Characterizing death acceptance among patients with cancer. Psycho-Oncology. 2019;28(4):854–62.

16. Lin CP, Evans CJ, Koffman J, Sheu SJ, Hsu SH, Harding R. What influences patients' decisions regarding palliative care in advance care planning discussions? Perspectives from a qualitative study conducted with advanced cancer patients, families and healthcare professionals. Palliat Med. 2019;33(10):1299–309.

17. Forner A, Vidili G, Rengo M, Bujanda L, Ponz-Sarvisé M, Lamarca A. Clinical presentation, diagnosis and staging of cholangiocarcinoma. Liver Int. 2019; 39:98–107.

18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences, xxi. Hillsdale NJ Erlbaum Assoc. 1998;

19. Thanasilp S, Akkayagorn L, Suwannapong K, Long NH, Chimluang J, Upasen R, et al. The Development and Psychometric Testing of the Buddhist Death Acceptance Scale. Pac Rim Int J Nurs Res. 2020;24(4):527–37.

20. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a thai version of the edmonton symptom assessment system (ESAS–Thai). BMJ Support Palliat Care. 2012;2(Suppl 1):A8–9.

21. Soowit B, Panasakulkan S, Muksiritipanun B. The assessment of the suffering symptoms in palliative care patients. Songklanagarind J Nurs. 2015;35(1):153–64.

22. Samvaro. PS. The Model and Process of Caring for the End-of-Life Patients according to the Buddhist Principles of People in Phrae Province. Dhammathas Acad J. 2019;19(2):175–88.