

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว

กุลิสรา ขุนพินิจ* สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม** ปิยะวรรณ โมคพลากรณ์***

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในระยะท้ายของการเจ็บป่วย โดยช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งติดตามดูแลครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความสูญเสียได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงบรรยายนี้ ศึกษาครอบครัวผู้สูญเสียจำนวน 110 ราย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพการดูแล โดยใช้ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE 2) และแบบประเมินภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.189, p < .05$) และยังพบว่าด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.201, p < .05$ และ $r = -.198, p < .05$)

สรุปผล : ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงวางแผนการทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบายและการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียต่อไป

คำสำคัญ : ครอบครัวผู้สูญเสีย ภาวะเศร้าโศก คุณภาพการดูแล การดูแลแบบประคับประคอง

*นักศึกษาลัทธิสุตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

***โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Association between the quality of palliative care and grief of bereaved families

Kulisara Khunpinit* Suchira Chaiviboontham** Piyawan Pokpalagon***

Abstract

Background: Grief of bereaved family members has become an important aspect in the quality of palliative care; particularly, during terminal illness. The relief of suffering, both in the patients and their family members, until the patient dies, is of importance. This includes the continuity of care for the bereaved family which would result in enabling them to appropriately deal with their loss and cope with their grief.

Objective: This study aimed to find out the association between the quality of the palliative care and grief of bereaved families.

Methods: This descriptive study used 110 bereaved families who received palliative care before the death of the patient. The data was collected at a university and a tertiary hospital. The instruments consisted of a demographic characteristic questionnaire, FAMCARE-2 scale, and Inventory of Complicated Grief (ICG). The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson Product Moment Correlation.

Results: The results revealed that the overall quality of the palliative care had a statistically significant negative correlation with the grief. ($r = -0.189$, $p < 0.05$). The study also showed the domain of the management of the physical symptoms and comfort and the domain of family support had a statistically significant negative correlation with grief. ($r = -0.201$, $p < 0.05$ and $r = -0.198$, $p < 0.05$).

Conclusions: The results of this study provide basic information which can be used for management of grief for patients and their families. In addition, this can be utilized to help developing a multidisciplinary care plan, particularly in the management of physical symptoms, comfort, and family support, leading to an improvement in the quality of palliative care.

Keywords: bereaved family, grief, quality of care, palliative care

*Student in Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University;
E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

***Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University.

บทนำ

รูปแบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับระดับของสถานบริการ สภาพของชุมชน สังคมและวัฒนธรรม สถานบริการแต่ละรูปแบบล้วนมีบทบาท เอกลักษณ์ คุณค่า ข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป โดยให้มีการเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายที่มีครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมทั้งสหวิชาชีพคอยให้การดูแลและสนับสนุนให้กำลังใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว¹ กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่ดีจะส่งผลให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งที่มบุญกลางทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและประสานงานกับทีมสุขภาพและครอบครัวโดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมตลอดระยะการดำเนินของโรคและการดูแลครอบครัวที่มีภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต² การศึกษาที่ผ่านมาของมียาจิมาและคณะ ศึกษาในญาติผู้สูญเสียตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปถึง 10 ปี จำนวน 641 คน พบว่า การที่ครอบครัวพึงพอใจต่อการดูแลของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกลดลง ความไม่พึงพอใจในการอธิบายเกี่ยวกับการรักษา และการรับรู้ของครอบครัวว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ จะทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติได้³

ภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย (Grief and bereavement) เป็นภาวะปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยปกติจะมีระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน หลังการสูญเสีย ภาวะเศร้าโศกที่มีระยะเวลานานกว่า 12 เดือนหรือมีอาการเศร้าโศกที่รุนแรง จะ

ถือว่ามีความเศร้าโศกที่ผิดปกติ ซึ่งการมีการประเมินติดตามเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป⁴⁻⁵ การตอบสนองความต้องการของครอบครัวที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียเน้นกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่องจะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ โดยทีมดูแลแบบประคับประคองควรมีการประเมินภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในช่วง 2-3 เดือน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 3-12 เดือน⁶ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจซึ่งเป็นตัวชี้วัดของคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง

คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง คือ การที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ถึง การดูแลที่ตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ที่ทีมดูแลแบบประคับประคองได้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทักษะ และความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถรับรู้ได้โดยการวางแผนกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่ดี เช่น เทคนิคในการดูแลผู้ป่วย การให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล การได้รับข้อมูลการดูแลอย่างเพียงพอของผู้ป่วยและครอบครัว และการสื่อสารระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวมาใช้ในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Stewart et al.⁷ กรอบแนวคิดนี้เป็นการนำเสนอถึงกระบวนการที่นำไปสู่คุณภาพการดูแลที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย โดยความพึงพอใจของครอบครัวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้ภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียถือเป็นตัวแปรที่สะท้อนถึงกระบวนการดูแลแบบประคับประคองเช่นกัน ซึ่ง

ได้ระบุถึงคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และตัวชี้วัดของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวและสังคมที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย 2) โครงสร้างและกระบวนการของการดูแล 3) ผลลัพธ์ของการดูแล คือความพึงพอใจในการดูแล และคุณภาพชีวิต รวมถึงภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย เป็นตัวชี้วัดถึงการดูแลที่มีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้ายของชีวิตจนถึงเสียชีวิต หากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ จะช่วยลดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียของครอบครัวได้ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัวจึงมีความจำเป็น โดยคาดหวังว่าประโยชน์ของผลการศึกษานำไปสู่การดูแลแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพเพื่อให้ครอบครัวเกิดภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียลดลงและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Correlational descriptive study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีเบอร์โทรศัพท์และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ภายหลังการสูญเสียไปแล้ว 3-12 เดือน ซึ่งสามารถเกิดภาวะเศร้าโศกได้เป็นปกติ เพื่อนำข้อมูลไปติดตามผู้ดูแลหลักในเบื้องต้นที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติในระยะการสูญเสียที่มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป หากมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบหวมดหมู่ (The set test) พัฒนาโดย Isaacs and Akhtar⁸ โดยบอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้และจังหวัด ทั้งหมด 4 หมวด หมวดละ 10 ชื่อ ให้เวลาในการตอบทั้งหมด 2 นาที ผู้ที่มีคะแนนมากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์ เนื่องจากตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งอาจมีผลกระทบในเรื่องความจำและความรู้คิดต่อการตอบแบบสอบถามจึงต้องมีการคัดกรองเรื่องความจำและความรู้คิดเบื้องต้นทางโทรศัพท์ก่อนที่จะส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้ จากการศึกษางานวิจัยที่มีความใกล้เคียง⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมคำนวณได้ 97 คน โดยพบว่า อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ได้คืนกลับมาคิดเป็นร้อยละ 40³ ผู้วิจัยจึงใช้ตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 136 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2561 - พฤษภาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย

1. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2)¹¹ ได้รับอนุญาตในการแปลเป็นภาษาไทยและได้นำมาดัดแปลงให้เข้ากับบริบทและวัฒนธรรมของคนไทยโดยลดารัตน์ สาภินันท์ ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ แบบประเมินแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย 2) ด้านการให้ข้อมูล 3) ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว 4) ด้านการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคือ 5 ความพึงพอใจมาก 4 พึงพอใจ 3 เฉยๆ 2 ไม่พึงพอใจ 1 ไม่พึงพอใจมาก โดยนำคะแนนที่ได้แต่ละข้อมาหาค่าเฉลี่ยรายด้านและคะแนนรวมคะแนนมากหมายถึง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลน้อย ซึ่งความพึงพอใจจะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 17-85 คะแนน แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ได้หาความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .96 (content validity index)¹² และความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .94¹² และการศึกษาได้หาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .96

2. แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief: ICG)¹⁴ ได้รับอนุญาตในการแปลเป็น

ภาษาไทย และปรับให้เข้ากับบริบทของคนไทย โดยอรสา ไยยง และพิรพนธ์ ลีอนุวัธชัย ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปล คือ 0 ไม่เคยเลย 1 นานๆ ครั้ง 2 บางครั้ง 3 บ่อยๆ 4 เป็นประจำ ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 0-76 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียน้อย หากมีคะแนนรวมมากกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ แบบประเมินนี้ ได้หาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ดี เป็นที่ยอมรับและนิยมนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ¹³ และการศึกษาได้หาความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2019/496) ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2562 และโรงพยาบาลตติยภูมิที่เก็บข้อมูล (EC001/01/2019) ลงวันที่ 6 กันยายน 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อขอข้อมูลครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากหน่วยดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง คัดเลือกตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ โดยผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับการดูแลจากทีมดูแลแบบประคับประคองในการร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และ

ติดต่ออาสาสมัครผู้ร่วมวิจัยทางโทรศัพท์ สอบถามความสมัครใจเบื้องต้นของอาสาสมัคร ผู้ร่วมวิจัยในการให้ข้อมูล การตอบแบบสอบถาม และคัดกรองความจำและความรู้คิดสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และโทรศัพท์ ติดตามผลการได้รับเอกสารภายหลัง 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ส่งแบบสอบถามไปทั้งสิ้น 136 ฉบับ และได้จำนวนตัวอย่างกลับคืนมาทั้งหมด 110 ราย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งละ 55 ราย อัตราการตอบกลับแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 80.88 ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.10 มีอายุเฉลี่ย 44.18 ปี (SD = 12.16)

สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 39.10 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.10 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 26,990 บาท (SD = 25,376.67 บาท) บุคคลที่เสียชีวิตเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 60 โดยมีความผูกพันมาก ร้อยละ 71.80 อายุของผู้เสียชีวิตอยู่ระหว่าง 15-97 ปี เฉลี่ย 65.95 ปี (SD = 12.82) ได้รับการดูแลเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนถึง 5 ปี เฉลี่ย 1 ปี 6 เดือน (SD = 26.36) ครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมและเตรียมใจ ร้อยละ 73.60 และเป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นตามการดำเนินของโรค ร้อยละ 75.50 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง

2. ความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) คิดคะแนนเฉลี่ยรายข้อ รายด้าน และคะแนนโดยรวม พบค่าเฉลี่ย 68.64 คะแนน (SD = 11.78) มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 4.04 (SD = 0.69) คะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ครอบครัวรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดจำนวน 3 อันดับ ได้แก่ การให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และการดูแลผู้ป่วย 4.27 (SD = 0.73) วิธีการที่ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วย 4.20 (SD = 0.81) ความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่จะให้คำปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วย 4.15 (SD = 0.81) ตามลำดับสำหรับรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (n=110)

ความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	M	SD
ด้านการให้ข้อมูล	4.09	0.74
ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว	4.04	0.70
ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย	4.04	0.74
ด้านการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย	3.97	0.75
โดยรวม	4.04	0.69

3. ผลคะแนนภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย คิดคะแนนรายข้อและคะแนนโดยรวมพบว่า ค่าเฉลี่ย 20.82 คะแนน (SD = 14.99) มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.09 (SD = 0.79) คะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกว่ามีภาวะเศร้าโศกสูงที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ รู้สึกอยากให้บุคคลที่เสียชีวิตกลับมา 2.14 (SD = 1.42) ภาพความทรงจำเกี่ยวกับบุคคลที่เสียชีวิตไป ทำให้รู้สึกทุกข์ใจ (เสียใจ) 2.13 (SD = 1.15) คิดถึงบุคคลที่เสียชีวิตมากจนกระทั่งรบกวนกิจวัตรที่เคยทำ 1.88 (SD = 1.14) รู้สึกยึดติดอยู่กับสถานที่ และสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว 1.88 (SD = 1.39) ตามลำดับภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ ของ Prigerson¹⁴ จากการศึกษาพบทั้งหมด 32 ราย ได้นำผลคะแนนโดยรวมที่มีผลคะแนนมากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป ส่งต่อไปให้กับทีมดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาล

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า มีการแจกแจงปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยหาค่าความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปร กำหนดเกณฑ์ความสัมพันธ์¹⁵ ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่า .00 -.30 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก และพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของทีมดูแลแบบประคับประคองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.189$; $p < .05$) และพบว่า รายด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.201$; $p < .05$ และ $r = -.198$; $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว (n=110)

ตัวแปรที่วิเคราะห์	1	2	3	4	5	6
1. ภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย	1					
2. ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย	-.201*	1				
3. ด้านการให้ข้อมูล	-.163	.841**	1			
4. ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว	-.198*	.869**	.873**	1		
5. ด้านการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย	-.151	.859**	.856**	.889**	1	
6. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวม	-.189*	.947**	.940**	.953**	.949**	1

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

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ย 4.04 คะแนน (SD = 0.69) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลมากที่สุดคือ ด้านการให้ข้อมูล อาจเนื่องมาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การมีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจในกระบวนการดูแลเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งความพึงพอใจถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพการดูแล⁷ ความต้องการของครอบครัวที่ทีมดูแลต้องให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วยมากที่สุดคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Brighton et al.¹⁷ และ Seccareccia et al.¹⁸ ที่พบว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างทีมดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นทักษะที่สำคัญทำให้ได้รับข้อมูลเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล และควรมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารอยู่เสมอ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและทีมดูแลแบบประคับประคองรับฟังเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลจะทำให้เกิดความพึงพอใจ ส่วนการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพึงพอใจน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต้องเผชิญกับความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นอาจก่อให้เกิดอาการทั้งทางกายและทางจิตใจมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความต้องการในการดูแลด้านจิตใจมากขึ้น การดูแลของหน่วยดูแลแบบประคับประคองทั้ง 2 แห่งจะมีทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

รวมถึงการเตรียมความพร้อมของครอบครัวเมื่อต้องสูญเสียผู้ป่วย ทีมดูแลจึงต้องใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ให้เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการดูแลทางด้านจิตใจเป็นการดูแลที่เป็นนามธรรม¹⁹ ดังนั้น จึงต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และสามารถจัดการกับความรู้สึกเศร้า เสียใจ โดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายสิ่งที่ข้องใจ รวมทั้งการจัดการอาการที่ไม่สบายต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนมากคือโรคมะเร็ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทั้งจากตัวโรคและการรักษา ซึ่งจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังครอบครัว ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจอณณะจง เพ็งจาด²⁰ กล่าวว่าทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต้องรับฟังความรู้สึกและการรับรู้ถึงการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีเวลาให้ผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยในเวลาที่ต้องการไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเศร้าโศกหลังการสูญเสียโดยรวม 20.82 คะแนน (SD = 0.79) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะเศร้าโศกปกติ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกอยากให้คุณคนที่เสียชีวิตกลับมา เฉลี่ย 2.14 คะแนน (SD = 1.42) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ฉันเห็นบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วมายืนอยู่ตรงหน้า มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 0.27 คะแนน (SD = 0.81) อาจเนื่องมาจากอารมณ์เศร้าโศกเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นได้ตามปกติของผู้ที่

สูญเสีย ในช่วงระยะแรกของการสูญเสียจะยังคงมีอาการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายเดือนและจะค่อยๆลดลงไป โดยภาวะปกติจะใช้เวลาไม่นานเกิน 12 เดือน โดยจะแสดงความเศร้าโศกออกมาทั้งทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางกาย ซึ่งความรักและความผูกพันส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของครอบครัว ยิ่งมีความผูกพันมากย่อมส่งผลต่ออารมณ์เศร้าโศกที่มาก แต่จะสามารถปรับตัวให้เผชิญกับความสูญเสีย สามารถยอมรับและปรับตัวให้ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งปฏิกิริยาของอารมณ์เศร้าโศกจะเป็นไปตามทฤษฎีของ Kubler-Ross²¹ สอดคล้องกับศรีนรินทร์ วัฒนธรรณันท์⁵ และ Masterson et al.¹⁰ กล่าวว่า ระยะแรกส่วนใหญ่จะเป็นการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับการสูญเสีย อาจเกิดอาการตกใจ ไม่เชื่อ สับสน มึนงง รับไม่ได้และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น และจะค่อยๆ ยอมรับกับการสูญเสียและกลับเข้าสู่ภาวะปกติ จนสามารถปรับตัว ภาวะอาการจากอารมณ์ที่เศร้าโศกทั้งทางกายและทางจิตใจก็เริ่มลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีผลคะแนนโดยรวมมากกว่า 25 คะแนนขึ้นไปจำนวน 32 คน ซึ่งยังถือว่ามีความเศร้าโศกปกติเป็นไปตามทฤษฎีของ Kubler-Ross จึงได้นำข้อมูลส่งต่อหน่วยดูแลแบบประคับประคองให้เฝ้าระวังภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป และให้ทำการประเมินอีกครั้งในระยะสูญเสียผู้ป่วยแล้ว 12 เดือนขึ้นไป

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการศึกษารั้งนี้ พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัวอย่างมี

นัยสำคัญ ($r = -.189, p < .05$) เกณฑ์ความสัมพันธ์¹⁵ ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่า .00 -.30 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก อธิบายได้ว่าคุณภาพการดูแลที่ดีมีแนวโน้มที่ทำให้ลดอารมณ์เศร้าโศกได้ จากการรอบแนวคิดของ Stewart et al.⁷ พบว่า กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่ดี จะแสดงถึงคุณภาพการดูแลที่ดี ซึ่งตัวชี้วัดของการดูแลผู้ป่วยคือความพึงพอใจของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของครอบครัวหลังการสูญเสีย ที่ทำให้ครอบครัวเกิดอารมณ์เศร้าโศกลดลงหรือสามารถยอมรับและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็ว จะสามารถประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแลที่ดีทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Miyajima และคณะ³ พบว่าการที่ครอบครัวพึงพอใจต่อการดูแลของทีมนุ้ดูแลจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกลดลง ความไม่พึงพอใจในการอธิบายเกี่ยวกับการรักษา และการรับรู้ของครอบครัวว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ จะทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติได้ ดังนั้น การได้รับการอธิบายให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาและการได้พูดคุยสื่อสารกันระหว่างทีมนุ้ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยลดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้าได้²¹ ซึ่งเมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาจะทำให้เกิดความพึงพอใจซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลและลดภาวะเศร้าโศกได้²⁰

ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย อธิบายได้ว่าการจัดการอาการทางกายและความสุขสบายที่ดีจะทำให้อารมณ์เศร้าโศกลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรสิรา ลูวีระ²² กล่าวว่า ในระยะท้ายผู้ป่วยมักมีอาการรบกวนต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งส่งผลต่อผู้ดูแลหรือครอบครัว ทำให้เกิดความวิตกกังวลไม่

สบายใจ และก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศก ทีมดูแลที่มีทักษะในการควบคุมอาการ จัดการภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความสุขสบาย จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการ ส่งผลให้ครอบครัวลดความเศร้าโศก อีกทั้งทำให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลซึ่งเป็นตัวสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล²

ส่วนด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว อธิบายได้ว่า การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวที่ดีจะทำให้ลดอารมณ์เศร้าโศก ซึ่งสอดคล้องกับ Yamaguchi²³ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการพูดคุยเกี่ยวกับแผนการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 80.60 พบว่ามีเพียงร้อยละ 13.70 เท่านั้น ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ อาจเนื่องมาจากการดูแลครอบครัวผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการรักษาเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และความเข้าใจในกระบวนการรักษา อีกทั้งการตอบสนองความต้องการของครอบครัวทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย และด้านการสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจในการได้รับการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถช่วยลดภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย ดังนั้นการได้พูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาผู้ป่วย ระหว่างทีมดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาและสามารถ ลดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้²⁰

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก

กับภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว และยังพบว่ารายด้าน ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานำไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนและติดตามดูแลครอบครัวผู้ป่วยภายหลังการสูญเสียให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยมีการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินระดับความเศร้าโศกสูญเสีย เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบระดับความเศร้าโศกสูญเสียโดยรวมที่มีผลคะแนนมากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป ทั้งหมด 32 ราย ได้นำผลคะแนนส่งต่อให้กับทีมดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อติดตามดูแลครอบครัวเพื่อเฝ้าระวังภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เข้าใจกระบวนการดูแลและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีการติดตามการดูแลหลังการสูญเสียอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 12 และ 18 เดือน

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของทีมดูแลแบบประคับประคองและอารมณ์เศร้าโศกหลังการสูญเสียตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทที่ต่างกัน และศึกษาปัจจัย

อื่นๆ ที่อาจจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกหลังการสูญเสีย เพื่อนำมาพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวหลังการสูญเสียต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการสูญเสียไปแล้ว 3-12 เดือนที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิเท่านั้น และเป็นการส่งแบบสอบถามไปให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ซึ่งอาจไม่เข้าใจในข้อความบางข้อ ทำให้แบบสอบถามบางฉบับอาจตอบไม่สมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนวิจัยแบบมุ่งเป้า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีงบประมาณ 2561 โครงการวิจัยย่อยที่ 2.1 ที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างสูง

References

1. Callaway MV, Connor SR, Foley KM. World Health Organization public health model: A roadmap for palliative care development. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(28):6-13.
2. Wentlandt K, Seccareccia D, Kevork N, Workentin K, Blacker S, Grossman D, et al. Quality of care and satisfaction with care on palliative care units. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(2):184-92.
3. Miyajima K, Fujisawa D, Yoshimura K, Ito M, Nakajima S, Shirahase J, et al. Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *J Palliat Med*. 2014;17(9):1025-31.
4. Arizmendi BJ, Connor MF. What is normal in grief?. *Aust Crit Care*. 2015;28(1):58-62.
5. Wattanatomnan S. Grief and bereavement: The nursing role. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2560;10(1):13-21. (in Thai).
6. Guldin M, Vedsted P, Zachariae R, Olesen F, Jensen A. Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Support care cancer*. 2012;20:1679-85.
7. Stewart AL, Teno J, Patrick DL, Lynn J. The concept of quality of life of dying persons in the context of health care. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17(2):93-108.
8. Isaacs B, Akhtar JA. The set test: a rapid test of mental function in old people. *Age Ageing*. 1972;1:222-26.
9. Grant PC, Depner RM, Levy K, Lavever SM, Tenzek KE, Wright ST, et al. Family caregiver perspectives on end-of-life dreams and visions during bereavement. *J Palliat Med*. 2019;23(1):48-53.
10. Masterson M, Schuler TM, Kissane DW. Family focused grief therapy: A versatile intervention in palliative care and bereavement. *HHS Public Access*. 2013;32(3):117-23.
11. Aoun S, Bird S, Kristjanson JL, Currow D. Reliability testing of the FAMCARE-2 scale: measuring family caregiver satisfaction with palliative care. *J Palliat Med*. 2010;24(7):674-81.

12. Sapinun L. Reliability and validity testing of the FAMCARE-2 scale: Thai Translation. Asia Pac J Oncol Nurs. 2020. (article in press).
13. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi Province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2554;56(2): 117-28. (in Thai).
14. Prigerson GH, Maciejewski KP, Reynolds FC, Bierhals JA, Newsom TJ, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Res. 1995;59:65-79.
15. Hinkle DE, William W, Stephen GJ. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4thed. New York: Houghton Mifflin; 1998.
16. Kumkwan Y, Chaiyawut P. Preparation of care givers to promote death, dignity, in the end of life patients. Phranakhon Rajabhat Research Journal. 2559;11(2): 125-38. (in Thai).
17. Brighton JL, Koffman J, Hawkins A, Mcdonald C, Brien S, Robinson V, et al. A systematic review of end-of-life care communication skills training for generalist palliative care providers: research quality and reporting guidance. J Pain Symptom Manage. 2017;54(3):417-25.
18. Seccareccia D, Wentlandt K, Kevork N, Workentin K, Blacker S, Gagliese L, et al. Communication and quality of care on palliative care units: A qualitative study. J Pain Symptom Manage. 2015;18(9):758-64.
19. Wuthiphongpat P. Palliative Care according to the Religious beliefs and the Living Will. Veridian E- Journal, Science and Technology Silpakorn University. 2559;3(6): 149-61. (in Thai).
20. Phengjard J. Nurse's role in palliative care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2557;30(1):100-9. (in Thai).
21. Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York: Macmillan; 1969.
22. Luvira V. Health care for caregivers of patients with terminal illness. Srinagarind Medical Journal. 2556;28(2):266-70. (in Thai).
23. Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, Mori M, Shima Y, Tsuneto S, et al. Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care. J Pain Symptom Manage. 2017; 54(1):17-26.