

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับ ประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

The Effects of an End-of-life Care Program on The Palliative Care Outcomes and Perceived Peaceful End of Life Among End-stage Cancer Patients

พัชรรัตน์ อันสีแก้ว* เยาวรัตน์ มัชฌิม หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล
Patchareerat Anseekaew* Yaowarat Matchim Hataiwan Ratanabunjerdkul
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120
Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 32 ราย และผู้ดูแลจำนวน 32 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์และมอร์ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบทีคู่

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วย และตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.90, p < .001$; $t = -7.72, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย และตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.90, p < .001$; $t = 8.79, p < .001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้นและมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ บุคลากรทางสุขภาพอาจนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในบริบทอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, โปรแกรมการดูแลระยะท้าย, ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง, ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

Corresponding author: *E-mail: monthakarn@smnc.ac.th

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ได้รับทุนสนับสนุนประเภททุนวิจัยทั่วไปสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ TUGG 49/2562

วันที่รับ (received) 1 มิ.ย. 2562 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 ส.ค.2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ส.ค.2562

Abstract

This study aimed to examine the effects of an end-of-life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients. The participants were selected based on inclusion including 32 end-stage cancer patients and 32 family caregivers. The participants received the 1-week end-of-life care program that was developed by the researcher based on the theory of a peaceful end of life of Ruland and Moore. Data were analyzed using paired t-test. The results showed that, after the intervention completing, the mean score for the palliative care outcomes as perceived by the end-stage cancer patients and that as perceived by the family caregivers decreased with a statistically-significant difference when compared to those at baseline ($t = -5.90, p < .001$; $t = -7.72, p < .001$). The mean score for peaceful end of life as perceived by the end-stage cancer patients and that as perceived by the family caregivers increased with a statistically-significant difference when compared to those at baseline ($t = 7.90, p < .001$; $t = 8.79, p < .001$). The results of the study indicated that the 1-week end-of-life care program which was developed based on the theory of peaceful end of life by Ruland and Moore cooperating with family caregivers can enhance positive palliative care outcomes and promote the peaceful end of life of end-stage cancer patients. Healthcare providers can implement this program for end-stage cancer patients in other contexts.

Keywords: end-stage cancer patients, end-of-life care program, palliative care outcomes, perceived peaceful end of life

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านคน¹ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรค มีมากถึง 32.6 ล้านคน² ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 1,688,780 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 600,920 ราย³ สำหรับในประเทศไทยจากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2553 ถึง 2555 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและเพศหญิงเป็น 143.3 และ 131.9 ตามลำดับต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2556 ถึง 2558 มีผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและเพศหญิงเป็น 143.8 และ 134.2 ตามลำดับต่อประชากรแสนคน โดยมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 112,392 ราย เป็น 126,555 ราย⁴

ในผู้ป่วยมะเร็งนั้นเมื่อพยาธิสภาพของโรครุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถควบคุมการลุกลามของโรคจนจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก็จะดำเนินเข้าสู่ภาวะของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย⁵ ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต

วิญญาณจนกว่าจะเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการจัดการหรือการดูแลที่เหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวจะทุกข์ทรมานมากขึ้นเรื่อย ๆ จากอาการที่เกิดขึ้น ตามการดำเนินของโรคจนนำไปสู่การสูญเสีย⁵⁻⁶ และบางรายก็อาจจากไปอย่างทุกข์ทรมานนำมาซึ่งความบอบช้ำทางจิตใจและความเศร้าโศกของครอบครัวและบุคคลที่รัก บุคคลเหล่านี้ต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ ที่ผู้ให้การดูแลต้องเรียนรู้และเข้าใจในบริบทที่หล่อหลอมผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่เป็นองค์รวม⁷

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกของวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งระยะท้าย จนถึงระยะการเสียชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลังการจากไปของผู้ป่วยด้วย⁸ โดยใช้การดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ⁹ ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการดูแลแบบองค์รวมยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีการบูรณาการการบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ในการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนในช่วง

เวลาที่เหลืออยู่ เพื่อให้จากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์¹⁰ ในประเทศไทยนั้นมีการบรรจุการดูแลในระยะท้ายครอบคลุมทุกกลุ่มโรครวมทั้งโรคมะเร็งด้วย ซึ่งปัจจุบันกำลังอยู่ในช่วงการพัฒนาการจัดการดูแลในสถานพยาบาลต่างๆ เมื่อวินิจฉัยได้ว่าเป็นมะเร็งระยะท้าย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง¹¹ ร่วมด้วยเพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมตลอดระยะเวลาเจ็บป่วยจนถึงเสียชีวิต

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง มีศักยภาพในการรักษาได้ครบวงจรทุกสาขาวิชา รวมทั้งเป็นที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ มีศูนย์ความเป็นเลิศต่างๆ รวมทั้งเป็นสถาบันฝึกการเรียนการสอนของนักศึกษาจากสาขาสถิติศาสตร์สุขภาพของคณะต่างๆ นอกจากนี้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ยังมีการจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์เพื่อดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างครบวงจร ซึ่งมีการเปิดให้บริการแล้วแต่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น¹² ปัจจุบันโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์เจ้าของไข้ รวมทั้งมีการดำเนินการในแต่ละหน่วยงานย่อย เช่น หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญ² มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยจัดทำคู่มือและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หน่วยงานสังคมสงเคราะห์จัดทำแนวทางการดูแลทางสังคมในผู้ป่วยระยะท้าย ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่เจ็บป่วยในระยะท้ายโดยใช้กระบวนการทางสังคมสงเคราะห์¹³

คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ได้จัดประชุมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองขึ้นในปี 2559 และ 2561 รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะจัดประชุมทุกปี เพื่อให้บุคลากรมีความรู้จนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 2 และ 3 ของคณะแพทยศาสตร์ ได้มีการเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่วนหอผู้ป่วยต่างๆ ก็มีการส่งปรึกษาแพทย์เพื่อจัดการอาการและลดความทุกข์ทรมานประกอบกับการเตรียมการสำหรับผู้ป่วยและญาติหากต้องกลับไปดูแลที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามการดูแลยังไม่สามารถครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมด รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา ก็มีเพียงบางส่วนที่มีพื้นฐานความรู้และเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการพยาบาล ซึ่งทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบเป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางที่พัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งจุดเน้นของทฤษฎีคือ การทำให้เกิดความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ไม่ใช่เฉพาะช่วงใกล้ชีวิตเพียงอย่างเดียว รวมทั้งการดูแลนั้นต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยด้วย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

คำถามการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงมาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงมาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งทฤษฎีอธิบายไว้ว่าบุคคลระยะท้ายจะสงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่ในภาวะ 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย (experience of comfort) ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) ด้านการอยู่ในความสงบ (being at peace) และ ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant other)¹⁴⁻¹⁵ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ารูปแบบของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายจะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ความปวด ความทรมาน ลดลงและช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง¹⁶⁻¹⁸ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนพฤศจิกายน 2561 มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจและ มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมโดยมีระดับคะแนน PPS (The Palliative Performance Scale) อยู่ระหว่าง 40 – 70¹⁹ และญาติผู้ดูแล โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของโคเฮน²⁰ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่ .5021 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางของโพลิตและฮังกเลอร์²² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย เพื่อทดแทน การสูญหายและเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20²³⁻²⁴ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 32 รายและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

1. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale: PPS) ซึ่งสร้างขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2539 โดย นายแพทย์ไมเคิล ดาวนิง ปัจจุบันพัฒนามาเป็น version 2²⁵⁻²⁶ แปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปรับปรุงโดย บุษยามาส ชิวสกุลยงและคณะ²⁷ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) ได้เท่ากับ 0.911 และ 0.905 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุสถานภาพสมรส ศาสนาระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา บทบาทในครอบครัว การวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยและการรักษาที่เคยได้รับ

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามญาติผู้ดูแล เป็นแบบเลือกตอบประกอบด้วย เพศ อายุสถานภาพสมรส ศาสนาระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว

3. แบบประเมินแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS) แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดย ศาสตราจารย์จูลี เอิร์น และศาสตราจารย์ไอรีน เจ อิกกินสัน ในปี พ.ศ. 2542²⁸ ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มี 3 ฉบับ จำนวนคำถามที่นำมาใช้คิดคะแนนชุดละ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นคะแนนตั้งแต่ 0-4 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ เท่ากับ 0.90²⁹ ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะฉบับใช้ถามผู้ป่วยและฉบับใช้ถามผู้ดูแล ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ เท่ากับ 0.82 และ 0.88 ตามลำดับคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง

ผลลัพธ์การดูแลที่ดี มีอาการรบกวนต่าง ๆ น้อย

4. แบบประเมินการดูแลและระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Peaceful End of Life Care Scale: PEOLCS) ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ¹⁴⁻¹⁵ ประกอบด้วย แบบประเมินการดูแลและระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P) และแบบประเมินการดูแลและระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C) จำนวนคำถามชุดละ 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยามตัวแปรที่ต้องการวัด³⁰ ค่าความสอดคล้องตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.97 ทั้ง 2 ชุดทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับคะแนนรวมอยู่ในช่วง 32-160 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมการดูแลระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใน 5 ด้านประกอบด้วย ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี ด้านการอยู่ในความสงบ และ ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน¹⁴⁻¹⁵

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้องและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้านตามรายละเอียดในโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการ 140/2560 ลงวันที่ 2 ก.พ. 2561 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนิน

การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 45-60 นาที: 1) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2) สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว 3) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมิน POS และ PEOLCS 4) เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก 5) ทบทวนความเข้าใจในการเตรียมเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต 6) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระยะท้าย 7) ประเมินความพร้อมเพื่อที่จะเริ่มเข้าสู่โปรแกรมและนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2: ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนเกี่ยวกับเป้าหมาย 2) อธิบายให้ทราบถึงแนวทางการดูแลตามโปรแกรม 3) ให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดขึ้นโดยยึดแนวทางตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ 4) สรุป ผลการดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนถึงเป้าหมาย 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข 3) อภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแล 4) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนถึงเป้าหมาย 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 2 และ 3 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข 3) อภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแล 4) นัดหมายต่อ

ครั้งที่ 5: ใช้เวลา 45-60 นาที 1) สอบถามความต้องการและการช่วยเหลือเพิ่มเติม 2) ค้นหาสิ่งค้างคาใจและปรารถนาสุดท้าย 3) ช่วยหาแนวทางปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจและการทำตามปรารถนาสุดท้าย 4) พูดคุยร่วมกันเพื่อช่วยทำภารกิจให้ลุล่วง 5) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและกลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาอยู่ด้วยกัน 6) สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัววางแผนร่วมกันในการจัดการเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต 7) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนถึงเป้าหมายและติดตามผลจากครั้งที่ 5 2) ให้การดูแลตามแนวทาง

ในครั้งที่ 5 3) พุดคุยร่วมกันเพื่อช่วยทำภารกิจให้ลุล่วง 4) อภิปรายร่วมกันถึงผลที่เกิดขึ้น 5) นัดหมายครั้งต่อไป ครั้งที่ 7: ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 2) สอบถามถึงสภาวะของผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวพร้อมสรุปผลการปฏิบัติตามโปรแกรม 3) ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน POS และ PEOLCS โดยประเมินทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) ให้ระบายความรู้สึก 5) อธิบายถึงการยุติในโครงการวิจัย 6) กล่าวขอบคุณและบอกช่องทางติดต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแล

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย (n = 32)

การรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	26.81	6.30	18.88	5.60	-5.90	31	.000
ญาติผู้ดูแล	28.06	7.42	18.75	4.67	-7.72	31	.000

p < .001

จากตารางสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการจึงทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลง

ระยะท้าย โดยใช้สถิติทดสอบของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้ paired t-test

ผลการศึกษา

เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการศึกษาค้นนี้มีทั้งหมด 32 คน เป็นเพศชายร้อยละ 56.3 มีอายุตั้งแต่ 22-84 ปี อายุเฉลี่ย 59.53 (SD = 14.96) ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.8 มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.5 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.3 ไม่ได้ทำงาน มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.6 เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด ร้อยละ 56.3 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะท้ายในระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 37.5

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.90, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.72, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายภายหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.90, p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.79, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย (n = 32)

ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	121.75	25.99	165.47	13.13	7.90	31	.000
ญาติผู้ดูแล	119.59	25.48	167.28	13.30	8.79	31	.000

p < .001

จากตารางสามารถอธิบายได้หมายความว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่³¹ ที่พบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลและประเมินในช่วงวันที่ 1-7 ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .001

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย พบว่าลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .001 เช่นกัน ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน³² ที่พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ลดลงก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .001

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยระยะท้าย ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้อง ตรง

ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและความรู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เป็นต้น ได้รับการบรรเทา ส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั้นหมายความว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีความ สุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะได้รับการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติผู้ดูแล สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .001 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ดูแลได้ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งการออกแบบโปรแกรมการดูแลนั้น มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติผู้ดูแล เกิดการรับรู้ความสงบในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิต ก็จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีและเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ควรนำโปรแกรมการดูแลระยะท้ายไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่

คะแนน PPS มากกว่า 70 คะแนน หรือคะแนน PPS น้อยกว่า 40 คะแนน ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต จนถึงภายหลังการเสียชีวิตซึ่งควรประเมินทั้งในผู้ดูแลและพยาบาลเพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติและทุกระยะของชีวิต

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยระยะท้ายโรคอื่น ๆ และมีการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นเพื่อให้เกิดการดูแลได้ครอบคลุม เช่น โรคไต โรคทางสมอง เป็นต้น

2.3 หากเป็นการศึกษาเชิงทดลองในลักษณะเดียวกัน ควรมีก่อนควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อที่จะได้เปรียบเทียบให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

References

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Ca Cancer J Clin*, 2018; 68(6), 394-424.
2. Torre LA, Bray F, Rebecca L, et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*, 2015; 65(2), 87-108.
3. Rebecca LS, Kimberly DM, Ahmedin J. Global cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin*, 2017; 67(1), 7-30.
4. Imsamran W, Pattatang A, Supaatagorn P, Chiaviriyabunya I, Namthaisong K, Wongsena M, Puttawibul P, Chitapanarux I, Suwanrungruang K, Sangrajang S, Buasom R. *Cancer in Thailand Vol IX 2013-2015*. Bangkok: New Thammada Press; 2018.
5. Artsanthia J. Palliative Care in community with the Buddhism traditions. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 2013;14(2):9-16. (in Thai).

6. Maneejumnong S, Suntayakorn C, Wannapornsiri C. The Experiences on Holistic care of Caregiver Among End of Life Cancer Patients. *Journal of Nursing Science Naresuan University*, 2009;3(2).105-116. (in Thai).
7. Onsri P. Role of Nurses toward Taking Care of Patients with the end of life based on Religious Beliefs. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(2):39-43. (in Thai).
8. Makaraphirom A, Karawanhi A. The Effects of the End of Life Care Program on Nurse' Self Efficacy and Holistic Care for End of Life Patients. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*. 2015;32(4),348-363. (in Thai).
9. Dobrina R, Tenze M, Palese A. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *Int J Palliat Nurs*. 2014; 20(2): 75-81.
10. Al-Mahrezi A, Al-Mandhari Z. Palliative Care: Time for Action. *Oman Medical Journal*. 2016; 31(3), 161-163.
11. Milintangkul U. Focus: Palliative care. *New Forward Journal*. 2015; 8(39), 3-5. (in Thai).
12. Boonchalermvipas S. Before Thammasat Hospice and Palliative Care Center. *Phatum Thani: Thammasat University*; 2016. (in Thai).
13. Unla T. Guidelines for Social Care in Palliative Children Patient. *TUH Journal*. 2017; 2(2), 28-34. (in Thai).
14. Ruland CM, Moore SM. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*. 1998; 46(4), 169-175.
15. Konsuwan W. Nursing for Critically Ill Patients at the end Stage of Life with Technology. *Songkhla: Chanmeang publishing*; 2015. (in Thai).

16. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization (5th ed.). Missouri: Elsevier; 2005.
17. Polit DF, Beck CT. Nursing research : Principle and methods (7th ed.): Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
18. Polit DF, Beck CT. Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
19. Nilmanut K. The end of life care. Songkhla: Orange media; 2012. (in Thai).
20. Cohen J. Power primer. Psychological bulletin. 1992;112(1),155-159.
21. Polit DF, Sherman RE. Statistical Power Nursing Research: Lippincott-Raven Publisher; 1990.
22. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principle and method (6th ed.): Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
23. Lemeshow S, Hosmer Jr DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. n.p.: John Wiley & Sons; 1990.
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research : Principle and methods (7th ed.): Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
25. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. J Palliat care. 1996 spring; 12(1), 5-11.
26. Ho F, Lau F, Downing GM, Lesperance M. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. BMC Palliative Care. 2008;7(1).1-10.
27. Chewaskulyong B, Sapinan L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S. et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliative med. 2012;26(8),1038-1041.
28. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care outcome scale. Qual Health Care. 1999;8(4), 219-227.
29. Pukrittayakamee P, Sapinun L, Suwan P, Harding R. Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. J Pain Symptom Manage. 2018;56(3), 414-420.
30. Burns N, Grove, SK. The principle of nursing research: Conduct, critique, & utilization. 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 2001.
31. Suwan P, Sapinun L, Chipoh T, Wongpalee T, Sangwattanasat W, Pongsathaporn R, et al. The Palliative Care Outcome of Cancer patients At Maharaj NakornChiang Mai Hospital. Nursing Journal. 2017;44(2): 89-103. (in Thai).
32. Promarat C. The result of Home Palliative Care Model development, Ban Hong Health Network, Ban Hong district, Lamphun province. Lanna Public Health Journal. 2017;13(1), 25-36. (in Thai).