

## ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

### ระยะท้ายของชีวิตด้วยจิตอาสา

### เพื่อส่งเสริมความพาสักทางจิตวิญญาณ\*

### The palliative care outcome of among the elderly

### with chronic diseases at the end of life though volunteer

### to promote spiritual well-being

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2560

Volume 40 No.4 (October-December) 2017

บงเยาว์ มงคณิกธิเวช พย.ม.\*\* วรากรณ์ แยมปัสริ พย.ม.\*\*

Nongyao Mongkhonittivech MSN\*\* Waraporn Yeammisri MSN\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต ที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา และศึกษาระดับความพาสักทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากจิตอาสา ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาจากแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยจิตอาสามีส่วนร่วมในการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ คือ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความพาสักทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าทีคู่ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากจิตอาสา มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ส่วนระดับคะแนนความพาสักทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากจิตอาสาแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.5$ )

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคอง จิตอาสา ความพาสักทางจิตวิญญาณ

### Abstract

This quasi - experimental research design, one group pre-post test design aimed to study of palliative care outcome among the elderly with chronic illness at the end of life though volunteer and spiritual well-being. The sample was 22 subjects, received palliative care though volunteers based on community based care concept. The instrument used in this research were the palliative outcome scale: POS and spiritual well-being questionnaire. Data analysis used were descriptive statistics and paired t-test. Results

\*Research funding from Thai Health Promotion Foundation

\*\*Lectural, School of Nursing, Mae Fah Luang University, Thailand

showed that the average of palliative care outcome score after receiving though volunteers were significantly lower than before intervention ( $p < .001$ ) and the average of spiritual well-being scores were higher than that before intervention ( $p > 0.05$ ).

**keywords:** elderly chronic disease, end of life, palliative care, volunteers, spiritual well-being

## ความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาระดับโลกที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้อายุขัยของคนเพิ่มขึ้นและจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และโรคเรื้อรัง ก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โรคที่พบบ่อย คือ โรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และไตวายเรื้อรัง<sup>1</sup> โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน อาการของโรคจะทรุดลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้านร่างกายอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ความเจ็บปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความยากลำบากในการหายใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายตนเองใกล้จะตาย ส่งผลต่อจิตใจให้เกิดความกลัว วิดกกังวล สับสน และซึมเศร้า<sup>2,3</sup> และจากการดำเนินของโรคที่เป็นไปในทางเสื่อมลงทุกขณะ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่ไม่บรรเทาจนแม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะรับรู้และเข้าใจว่าโรคมีอาการรุนแรงขึ้นจนอาจเสียชีวิตได้ทุกขณะ ทำให้หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตของตนเอง ไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้จนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณขึ้น<sup>4-6</sup> ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในวัยสูงอายุที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ช่างบ่น โกรธง่าย และมักจะรู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ต้องการของผู้ที่อ่อนวัยกว่า รู้สึกทุกข์ใจที่ตนต้องเป็นภาระของบุตรหลาน<sup>7</sup> จึงทำให้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น หากบุตรหลานยอมรับได้ก็จะเป็นแหล่งสนับสนุนและให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุ แต่ถ้ารับไม่

ได้ก็จะทำให้มีสัมพันธภาพที่ห่างเหิน เกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวขึ้น ผู้สูงอายุบางรายถูกละเลยและทอดทิ้ง นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นเวลานานเป็นเรื่องที่หนักมากสำหรับผู้ดูแล ทำให้มีอาการเหนื่อยล้า เครียดรุนแรง มีปัญหาสุขภาพและมีปัญหาหนี้สินในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น<sup>8</sup>

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการอาการ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น เป็นการปฏิบัติการดูแล (active care) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ การรักษาความปวดและอาการอื่น ๆ ครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่การวินิจฉัยจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและดูแลหลังการตาย (bereavement) ให้มีความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่และการยอมรับความตายเป็นกระบวนการปกติของชีวิต ผสมผสานมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย มีระบบสนับสนุนครอบครัวเมื่อเผชิญกับกระบวนการตาย รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>9-10</sup> ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องเป็นองค์รวม ในประเทศไทยได้มีความพยายามในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายให้มีโครงการจัดตั้งหน่วยประคับประคองผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกแห่ง สถานบริการ องค์กรศาสนาและหน่วยงานอื่น ๆ ที่

เกี่ยวข้อง แต่จากการสำรวจการดำเนินการเกี่ยวกับกับดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังอยู่ในช่วงของการพัฒนาระบบ มีการจัดบริการเฉพาะบางพื้นที่ที่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐส่วนใหญ่เป็นเงินการบริจาค ไม่มีส่วนกลางรับผิดชอบ เป็นการทำงานแบบแยกส่วนไม่มีการประสานงานระหว่างสถานบริการสุขภาพ รูปแบบที่พบเป็นการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา การดูแลที่บ้านหรือการดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน และการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล<sup>11-12</sup> การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่หนักทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ลึกซึ้ง ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต ในบริบทของชุมชนลานนาไทย ภาคเหนือ ผ่านกระบวนการของการเป็นจิตอาสา ซึ่งเป็นกระบวนการบ่มเพาะสภาวะทางปัญญาในด้านการมีเมตตากรุณา โดยไม่มีเงื่อนไข คำนึงถึงผู้อื่นโดยไม่มีผลประโยชน์ส่วนตน การยอมสละตน การฝึกน้อมใจรับใช้ผู้อื่น การเปิดรับความคิดความเชื่อที่แตกต่าง และการใคร่ครวญเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดปัญญาในการมองเห็นความเป็นจริงของชีวิตและธรรมชาติ เกิดรากฐานที่มั่นคงทางจิตที่ส่งผลถึงชีวิตที่มีสภาวะครบทุกมิติ<sup>13</sup> ด้วยคุณลักษณะเด่นของจิตอาสาจึงมีความเหมาะสมในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายด้วยจิตอาสานี้ได้พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community based care) ซึ่งเป็นการดูแลที่ใกล้บ้านผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความ

ต้องการของคนในชุมชนสอดคล้องกับวิถีชุมชนแบบดั้งเดิม<sup>14</sup> ผ่านกระบวนการของการเป็นจิตอาสา โดยจิตอาสาได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายครบทุกมิติ โดยเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participation Learning) และกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบที่เรียกว่า “KM with spiritual reflection” หรือ “soft KM” ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้จิตอาสาเกิดการเรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง มีการค้นหาศักยภาพของจิตอาสา และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลระยะท้ายของชีวิต และค้นหาสิ่งที่ต้องพัฒนาให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต รวมทั้งมีการเสริมพลังทางบวก (positive reinforcement) จากคุณค่าของงานหรือประสบการณ์ทำงานที่ผ่านมาซึ่งเป็นมิติด้านจิตวิญญาณ และมีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้จิตอาสามีทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายจากการฝึกปฏิบัติจริง และมีการบูรณาการความรู้เดิมหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นกับความรู้ทางวิชาการในการดูแลผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ วัฒนธรรม ความเชื่อ และสภาวะของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิตในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยและใช้ช่วงชีวิตที่เหลือได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีการติดตามประเมินผลผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของจิตอาสา และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากจิตอาสา

### สมมุติฐานการวิจัย

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิตที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากจิตอาสา มีคะแนนต่ำกว่าก่อนการได้รับการดูแลจากจิตอาสา

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิตที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากจิตอาสา มีคะแนนสูงกว่า ก่อนการได้รับการดูแลจากจิตอาสา

### วิธดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง ((quasi - experimental research design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-post test design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ ปกติ และยินดีเข้าร่วมวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .80 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 ราย<sup>15</sup> กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลแบบประคับจากจิตอาสา โดยได้รับการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังการได้รับการดูแล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยจิตอาสาเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต และแนวทางการดูแลด้านจิตวิญญาณ 2) การฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต การทดลองใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง 3) การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงโดยมีพี่เลี้ยง (coaching)

เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง พัฒนาโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่<sup>16</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ เกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คะแนนโดยรวม 0-40 การแปลผลคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ถ้าคะแนนเข้าใกล้ 0 แสดงว่ามีผลลัพธ์การดูแลที่ดี และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พัฒนาโดยนางเยาว์ กันทะมูล<sup>17</sup> ซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความสุข ความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว มีพรหมวิหาร 4 (2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตและ (3) การมีสติ สมานธิ ปัญญามีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คะแนนโดยรวม 36-180 คะแนน แบ่งระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็น 5 ระดับ คือ ไม่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิตด้วยจิตอาสาเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิต

วิญญาณ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้กับจิตอาสา จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจเนื้อหา แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ได้ผ่านการทดลองความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .96 และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 ส่วนแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

### การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 3 คน ให้มีความเข้าใจขั้นตอน เนื้อหาการฝึกอบรมจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองให้เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวผ่านคณบดีสำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และหนังสือรับรองการผ่านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เข้าพบนายกเทศบาลตำบลแม่เงิน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบจิตอาสาทั้งสิ้น 5 ครั้ง รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณ (Soft KM)

เพื่อค้นหาศักยภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต และสิ่งที่จิตอาสาต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเอง

ครั้งที่ 2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต รอบที่ 1 จำนวน 2 วัน หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ฝึกปฏิบัติรอบที่ 2 และทดสอบความรู้และการปฏิบัติเป็นเวลา 2 วัน

ครั้งที่ 3 ฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายของชีวิตในชุมชนโดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นพี่เลี้ยง เป็นเวลา 2 วัน หลังจากนั้นจิตอาสาให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายในชุมชนของตนเอง เป็นระยะเวลา 1 เดือน

ครั้งที่ 4 จัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต การประเมินผลลัพธ์การดูแล และการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และให้จิตอาสาให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายในชุมชนของตนเอง เป็นระยะเวลา 2 เดือน จึงติดตามประเมินผลการดูแลด้วยแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ครั้งที่ 5 เป็นการคืนข้อมูลผลลัพธ์การดูแลแบบประคับของจิตอาสา ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้าย ให้กับจิตอาสา ผู้ป่วยและญาติและผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired t-test)

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.64 อายุเฉลี่ย 81.00 (SD=7.57) ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 57.70 โรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 25.80 และอัมพฤกษ์/พิการ ร้อยละ 25.54 ผู้ดูแลหลักคือบุตร ร้อยละ 96 ส่วนจิตอาสาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.69 อายุเฉลี่ย 55.65 (SD=11.57) ปี ด้านประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่ทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 0.84 ปี (SD=1.07) โดยผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยที่สุดเพียง 6 เดือน และมากที่สุด 4 ปี จิตอาสาให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ หากผู้ป่วยมีอาการหนักก็จะเข้าเยี่ยมทุกวัน ระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมครั้งละ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว จัดยาให้รับประทาน ให้อาหารทางสายยาง ทำแผล เป็นต้น ส่วนสำคัญคือการพูดคุยให้กำลังใจช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมตามความเชื่อและศาสนาให้คำปรึกษาประคับประคอง

จิตใจของผู้ป่วยและญาติ อยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลาในช่วงเวลาสำคัญ

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากจิตอาสาเป็นรายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 9 ข้อมีคะแนนลดลงตามลำดับ โดยเฉพาะเรื่องอาการเจ็บปวด ความหงุดหงิดกังวลใจ มีโอกาสได้ระบายความรู้สึก ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาดูแลตนเอง ไม่เสียเวลาในการนัดหมายจากการที่จิตอาสาช่วยพาไปพบแพทย์ และได้รับการช่วยแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ยกเว้นข้อ 2 อาการอื่นที่มีผลกระทบกับความรู้สึก และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่าภายหลังที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายได้รับการดูแลจากจิตอาสา ค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง ต่ำกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา

| ตัวแปร                        | ก่อน   |       | หลัง   |       | t    | p-value |
|-------------------------------|--------|-------|--------|-------|------|---------|
|                               | Mean   | SD    | Mean   | SD    |      |         |
| ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง | 15.18  | 5.7   | 11.59  | 4.6   | 4.97 | .000    |
| ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ       | 130.94 | 10.17 | 132.47 | 15.08 | 0.37 | 0.71    |
| องค์ประกอบที่ 1               | 34.37  | 4.3   | 34.47  | 3.8   |      |         |
| องค์ประกอบที่ 2               | 46.70  | 5.06  | 42.55  | 5.3   |      |         |
| องค์ประกอบที่ 3               | 49.87  | 7.08  | 55.45  | 7.5   |      |         |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองรายข้อของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากจิตอาสา

| ข้อ | รายการ                                                                 | ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง |       |      |       |
|-----|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|------|-------|
|     |                                                                        | ก่อน                                        |       | หลัง |       |
|     |                                                                        | Mean                                        | SD    | Mean | SD    |
| 1   | อาการปวด                                                               | 2.45                                        | .962  | 2.05 | .843  |
| 2   | อาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก                                     | 1.50                                        | 1.144 | 1.50 | .913  |
| 3   | หงุดหงิด หรือ กังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการรักษา                 | 1.63                                        | 1.136 | 1.13 | .834  |
| 4   | สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือ เพื่อน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย | 1.40                                        | 1.098 | 1.18 | 1.053 |
| 5   | ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา                                  | 0.91                                        | .921  | .59  | .666  |
| 6   | ระบายความรู้สึกให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน                        | 1.32                                        | 1.210 | .91  | .971  |
| 7   | รู้สึกเศร้าใจ                                                          | 1.95                                        | .722  | 1.73 | .984  |
| 8   | รู้สึกดีกับตัวเอง                                                      | 1.91                                        | .811  | 1.27 | 1.03  |
| 9   | เสียเวลาในการนัดหมาย                                                   | 1.45                                        | 1.534 | .68  | 1.04  |
| 10  | ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย                | 0.63                                        | 1.135 | .54  | .96   |

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต พบว่าทั้งก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายด้านพบว่า ด้านที่ 1 ความสุขสงบที่เกิดจากความดีไม่เห็นแก่ตัว มีพรหมวิหาร 4 อยู่ในระดับ สูง ส่วนด้านที่ 2 ความพึงพอใจในการใช้ชีวิตก่อนได้รับการดูแลอยู่ในระดับสูง แต่ภายหลังได้รับการดูแล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีความพึงพอใจในการใช้ชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 37 อยู่ในระดับต่ำ (mean= 42.55, SD= 5.32) และด้านที่ 3 การมีสติ สมาธิ ปัญญา ก่อนได้รับการดูแลอยู่ในระดับสูง ภายหลังได้รับการดูแลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78 อยู่ในระดับสูงมาก (mean= 55.47, SD= 7.52)

และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการได้รับการดูแลด้วยจิตอาสาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ระบบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ )

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายหลังได้รับการดูแลจากจิตอาสา มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนให้การดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหารชนคร เชียงใหม่ ประเทศไทย จำนวน 380 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>16</sup> และผลการ

ศึกษาของ ไอเซนคลาสและคณะ<sup>18</sup> ในผู้ป่วย ที่โรค มะเร็งระยะแพร่กระจายจำนวน 65 คน ณ โรงพยาบาล ชุมชน ประเทศอาร์เจนตินา พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคองลดลง อย่างมีระดับนัย สำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระยะท้ายได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาความ ต้องการ และวิถีชีวิตของตนเองครอบคลุมแบบองค์ รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณจาก จิตอาสา ดังจะเห็นได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายชื่อที่ ลดลงเกือบทุกข้อ ยกเว้นอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อ ความรู้สึก ปัญหาสำคัญในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือความ เจ็บปวดทุกข์ทรมาน การดูแลของจิตอาสาช่วยให้ผู้ป่วย ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานลงได้ ซึ่งจากผลการวิจัย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะได้รับการจัดการ ความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หากได้รับการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดี จะทำให้ผู้ ป่วยรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกปลอดภัย และรู้สึกว่าได้รับการ ดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง<sup>19</sup> ร่วมกับการได้รับการช่วยเหลือ ดูแลให้ได้รับประทานยาที่ถูกต้อง ได้รับสารอาหาร ได้ พักผ่อนนอนหลับ ร่างกายมีพลังมากขึ้นสามารถช่วย เหลือดูแลตนเองได้มากขึ้น จากผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับความ รัก การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ญาติ หรือชุมชน ไม่ ถูกทอดทิ้ง ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรู้สึกอบอุ่น มีความ หวัง กำลังใจ<sup>17,20-21</sup> ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความผาสุก ทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง<sup>20,22</sup> ส่วนอาการ อื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่เปลี่ยนแปลง สามารถ อธิบายได้ว่าในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาการของโรคจะมี ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาการรบกวนต่าง ๆ ก็จะพบ มากขึ้น อาการที่พบบ่อยได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องอืด เหงื่อออก เหนื่อย ล้า และ ซึมเศร้า เป็นต้น<sup>23-24</sup> โดยเฉพาะอาการหายใจ ลำบาก เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนกำลังตาย ส่งผล กระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แต่เป็น

สิ่งที่เกินกำลังของจิตอาสาที่จะช่วยบรรเทาได้

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูง อายุโรคเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับ ประคองจากจิตอาสา โดยรวมอยู่ในระดับสูง และเพิ่ม ขึ้นหลังได้รับการดูแล อธิบายว่า ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีโอกาสระบายอารมณ์และความรู้สึก มีจิตอาสาเป็น ผู้รับฟังอย่างเข้าใจ ฟังอย่างลึกซึ้ง และคอยสะท้อนให้ ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นคุณค่าของตนเอง เห็นคุณค่า ซึ่งกันและกัน และเห็นคุณค่าของการใช้เวลาที่เหลืออยู่ ด้วยกันอย่างมีคุณภาพ มีเวลาอยู่ร่วมกัน มีส่วนร่วมการ ดูแลซึ่งกันและกัน และได้รับข้อมูล ความรู้ในการดูแล ตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือในการ ให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ การประสานงาน การประกอบ พิธีกรรมตามวัฒนธรรม ความเชื่อในวิถีชุมชน จึงทำให้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ รู้สึกอบอุ่นใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีความหมาย สอดคล้องกับการ ศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า บุตรหลาน เป็นแหล่งของ ความหวัง กำลังใจของผู้ป่วยที่สำคัญที่สุด รองลงมาคือ ศาสนา<sup>17</sup> และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัย ทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรค เรื้อรัง<sup>20</sup> ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิต วิญญาณ<sup>18,22</sup> แต่จากผลการวิจัยที่พบว่าถึงแม้ระดับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะ ท้ายของชีวิตจะเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจ จะอธิบายได้ว่า เป็นผลจากองค์ประกอบด้านที่ 2 เกี่ยว กับการพึงพอใจในการใช้ชีวิต ที่มีระดับคะแนนเฉลี่ย ลดลง จากอาการรบกวนต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยระยะ สุดท้ายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และรับรู้ว่ามีพลังความรุนแรงมากที่สุดจนสามารถจะ จากไปได้ทุกขณะ ทำให้ระดับความผาสุกทางจิต วิญญาณลดลง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยทำนายความ ผาสุกทางจิตวิญญาณ ส่วนการรับรู้ระดับความรุนแรง ของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิต

วิญญาณ<sup>22</sup> ยิ่งความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นเท่าไร ก็จะส่งผลให้ระดับความผาสุกตกลงมากขึ้นเท่านั้น สิ่งสำคัญที่ช่วยให้ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยรวมยังอยู่ในระดับสูง คือ ความยึดมั่นศรัทธา ในความดีและศาสนา จะเห็นได้จากองค์ประกอบที่ 3 ที่มีระดับคะแนนสูงขึ้นจากระดับสูง เป็นสูงมากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งที่จิตอาสาได้ให้ความสำคัญและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมทางศาสนาได้

สิ่งที่จิตอาสาให้การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องครอบคลุมหลักพื้นฐานที่สำคัญ 9 ประการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ Cassem และ Brendel<sup>25</sup> คือ 1) มีความรู้ในการดูแลจัดการกับอาการเจ็บปวดอาการรบกวนทั้งทางกายและจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ข้อมูลในการตัดสินใจได้ 2) มีความห่วงใย ให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด จริงใจ 3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย 4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย เป็นผู้ฟังที่ดี ใส่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด 5) นำบุตรหลาน ญาติมิตร คนที่ผู้ป่วยรักมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ 6) เชื่อมสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุตรหลาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เข้มแข็ง และญาติสามารถปรับตัวได้ 7) ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ยิ้มแย้ม คลายความกังวล 8) มีความสม่ำเสมอในการดูแล โดยเฉพาะช่วงเวลาสำคัญหรือวิกฤต จิตอาสาจะอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา 9) จิตอาสาที่มีจิตใจที่พร้อมจะให้ เสียสละ มีเมตตา มีความมั่นคงทางจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความสงบ สามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผ่านการเป็นจิตอาสา และได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริงและที่สำคัญช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและเผชิญความตายได้อย่างสงบเกิด

ความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ ดังนั้นหน่วยงานของรัฐบาล องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริม พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโดยจิตอาสาให้มีความต่อเนื่อง ยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน การพัฒนาศักยภาพของจิตอาสา และการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะท้ายด้วยจิตอาสาในชุมชนอื่น ๆ

ติดตามผลการดำเนินงานของจิตอาสาในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องยั่งยืน

## References

1. Prasartkul P, Editor. Situation of Thai Elderly 2013. Nonthaburi: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI); 2014. (in Thai)
2. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage 2006; 31(1):58-69.
3. Ting TK, Fung CM. Symptom distress and coping strategies in patients With Non-small cell Lung Cancer. Cancer Nursing 2002; 25(4), 309-17.
4. All AC, Huycke LI. Pain, Cancer, and Older Adults. Geriatric Nursing 1999; 20(5), 242-53.
5. Ferrell BR, Ferrell BA. Pain in The Elderly. IASP Press, International Association for the Study of Pain. U.S.A; 1996.

6. O'Brien ME. Spirituality in nursing: Standing on holy ground. Boston: Jones and Bartlett; 1999.
7. Saesow P, Pangluang J. Spiritual distress and spiritual skills among the elderly with chronic illness in Saraburi Province. Retrived December 15, 2017 from [www.thapthanhospital.go.th](http://www.thapthanhospital.go.th). (in Thai)
8. Simahaphan S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture: Nonthaburi: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI); 2014. (in Thai)
9. McMorkle R, Lazenby JM. Chronic illness and end of life care. In Pellico, L. H. editors. Focus on adult health: Medical-surgical nursing. P.26-51. China: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
10. World Health Organization. Definition of Palliative Care. 2017[cited 2018 December 10]. Available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
11. Piyawan P. **Palliative care model in Thailand. Nursing Journal of The Ministry of Public health** 2016; 26(3): 40-51. (in Thai)
12. Finlay IG, Higginson IJ, Goodwin DM, Cook AM, Edwards AG, Hood K, Douglas HR, Normand CE. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review.[https://academic.oup.com/annonc/article-pdf/13/suppl\\_4/257/419400/mdf668.pdf](https://academic.oup.com/annonc/article-pdf/13/suppl_4/257/419400/mdf668.pdf)
13. Visalo P. Volunteerism: the human values. [cited 2018 December 15]. Available from <http://www.kanlayanatam.com/sara/sara142.htm>
14. Pothiban L. Intermediate care for the elderly with chronic illness, In Lasuka D, editor. Proceedings of knowledge management for the elderly in the 21st century ; 2013 February 22; Khum Phuome Hotel Chiang Mai. (in Thai)
15. Burns, N. and Grove, S. The practice of nursing research Appraisal, synthesis and generation of evidence. 8th Edition, Saunders Elsevier, St. Louis; 2016.
16. Nursing Service Division Maharaj nakonchi-angmai Hospital. The palliative care outcome of cancer patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. [cited 2018 December 19]. Available from [http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/km/cops/knowledge.php?Room=Palliative\\_Care](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/km/cops/knowledge.php?Room=Palliative_Care)
17. Kanthamun N. Spiritual well-being of the elderly with Lung Cancer [thesis]. ChiangMai, Thailand: ChiangMai Univ.; 2002. (in Thai)
18. Eisenclas J.H., Harding R., Daud M.L., Perez M., Simone G. G., Higginson I. J. Use of the palliative outcome scale in Argentina: A cose-Culture adaptation and validation study. Journal of pain and symptom management 2008; 35(2), 188-202.
19. Boström B, Sandh M, Lundberg D, Fridlund B. Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. Eur J Cancer Care (Engl) 2004; Jul;13(3):238-45.
20. Srison P. Factors affecting spiritual well-being among the elderly with chronic illness in Ubon Ratchathani. In Daenseekaew S, editor. Nursing

- Excellence: A key to Healthy in AEC Era; 2012 Aug 2-3; Suneegrand conventioncentre Ubon Ratchathani 2013; P. 122-131. (in Thai)
21. Leeprasert L. Social support received by the elderly in Nakae Community Huay-Or Subdistrict, Long Distric, Phare Provice [thesis]. ChiangMai, Thailand: ChiangMai Univ.; 2005. (in Thai)
22. Mongkhonittivech N, Yammesri W. Factors predicting spiritual well-being among the elderly with chronic illness. *Journal of Nursing Science & Health* 2016; 39(2): 1-11. (in Thai)
23. Borgsteede, S. D., Deliëns, L, Beentjes, B., Schellevis, F., Stalman, W., Van Eijk, J., and Van der Wal, G. (2007). Symptoms in patients receiving palliative care: a study on patient-physician encounters in general practice. *Palliative Medicine* 2007;21: 417-23
24. Potter, J., Hami, F., Bryan, T., and Quigley, C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine* 2003;17(4): 310-4
25. Cassem NH, Brendel RW. End of life issue: Principle of Care and Ethics. In Stem TA., Cassem NH, Jellinek M, Rosenbaum JF. *General Hospital Psychiatry*. (6<sup>th</sup>.ed), St. Louis,:Mosby Elsevier.; 2004.