

ผลของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสุขสบายของผู้สูงอายุ
โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PALLIATIVE CARE NURSING PROGRAM BY HUMANITUDE ON COMFORT
OF OLDER CANCER PERSONS WITH PALLIATIVE CARE



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมน นิจุดต่อความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการ รักษาแบบประคอง
โดย	น.ส.นันทิยา แก้ววงษา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาวัักษ์)

นันทิยา แก้ววงษา : ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสบาย
 ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคอง (THE EFFECT OF PALLIATIVE
 CARE NURSING PROGRAM BY HUMANITUDE ON COMFORT OF OLDER CANCER
 PERSONS WITH PALLIATIVE CARE) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบระดับความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาแบบประคอง ที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 44 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุม 22 คู่ โดยการ จับคู่อายุ การวินิจฉัยโรค ประเภทของหอผู้ป่วยที่พักรักษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย (Hospice Comfort Questionnaire) ของ Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd (2001) ฉบับภาษาไทยแปลโดยยุพิน ถนัดวณิช (Tanatwanit, 2011) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูดมีความสบายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบฮิวแมนนิจูดมีความสบายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077177936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: EFFECT OF PALLIATIVE CARE, NURSING PROGRAM, HUMANITUDE, COMFORT OF
CANCER, OLDER PERSON, WITH PALLIATIVE CARE.

Nanthiya Kaeowwongsa : THE EFFECT OF PALLIATIVE CARE NURSING PROGRAM BY
HUMANITUDE ON COMFORT OF OLDER CANCER PERSONS WITH PALLIATIVE CARE. Advisor:
Assoc. Prof. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D.

The purposes of this quasi-experimental research were to 1) compare the comfort of older persons with palliative care among an experimental group before and after undergoing Palliative Care Nursing Program by Humanitude and 2) compare the comfort of older persons with palliative care among an experimental group who underwent the program and a control group who received only conventional nursing care. The participants were 44 cancer older persons with palliative care who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into one experimental group with 22 subjects and a control group with 22 subjects, matched by age, diagnosis, environment. The Humanitude concept (Gineste & Marescotti, 2008) was applied to develop the intervention program. The control group received routine nursing care. The experimental group receiving Palliative Care Nursing Program by Humanitude was tested for content validity by the experts. The data collecting instrument was the Hospice Comfort Questionnaire translated into Thai by Yupin Tanatwanit (2011) with the reliability of 0.8 and the data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test.

Major findings were as follows:

1. Comfort among cancer older persons with palliative care after participating Palliative Care Nursing Program by Humanitude were significantly higher than before using Palliative Care Nursing Program by Humanitude, at p .05 level.
2. Comfort among older persons with palliative care who participated with Palliative Care Nursing Program by Humanitude were significantly higher than the control group, at p .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความรัก ความเมตตา และเอาใจใส่จนวิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ อีกทั้งยังมอบโอกาส และประสบการณ์อันล้ำค่ามาโดยตลอด ทั้งให้ความหวังใจและเป็นกำลังใจสำคัญ ยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ลินเดชาธิกรัษ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตาเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ พ.ต.ท.หญิง แพรวพรรณ แดงอุดม, พ.ต.ต.หญิง พรรณทิพา เวชรังสี, อาจารย์ญาดารัตน์ บาลจ่าย, อาจารย์ดวงกมล ดีทองคำ, และอาจารย์ธันยรัตน์ พุฒิวัฒนธราดล ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ให้สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี รองผู้อำนวยการพยาบาล ดร.ชลิยา วามะลุน ผู้ให้ทั้งโอกาสและความเมตตาเสมอมา และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีทุกท่าน ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้สูงอายุทุกท่านที่เปรียบเสมือนครูผู้ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดขอกราบขอบพระคุณกำลังใจและแรงสนับสนุนที่ดีจากคุณพ่อ คุณแม่ น้องชาย และครอบครัว เพื่อนๆ กัลยาณมิตรที่ดีทุกท่าน รวมจนถึงคุณณัฐกิตติ- ด.ญ. ปุณณดา ดวงบุตร ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา ประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบแต่คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว ครูอาจารย์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย และกัลยาณมิตรที่ดีทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

นันทิยา แก้ววงษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผล.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	12
2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง.....	16
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสุขสบาย.....	31
4. แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด.....	38
5. โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด.....	51

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
รูปแบบการวิจัย	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การดำเนินการทดลอง	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	91
อภิปรายผลการวิจัย.....	91
ข้อสังเกตจากการทดลอง	96
ข้อเสนอแนะ.....	97
บรรณานุกรม.....	99
ภาคผนวก.....	108
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	109
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหนังสือรับรองจริยธรรม	111
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	120
ภาคผนวก ง หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์	124
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	127

ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	141
ประวัติผู้เขียน	153



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนการเข้าหาและพูดคุยซักทหายเรื่องทั่วไป	44
ตารางที่ 2 แสดงวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ สอบถามอาการ	45
ตารางที่ 3 แสดงวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนการเริ่มปฏิบัติการพยาบาล	46
ตารางที่ 4 การประยุกต์องค์ประกอบการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด หลักการทางสรีระวิทยาของแนวคิด ทฤษฎีกับกิจกรรมการดูแลที่ส่งผลต่อความสบาย	47
ตารางที่ 5 การจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกันตามลักษณะของอายุ การ วินิจฉัยโรค และสิ่งแวดล้อม	62
ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา หอผู้ป่วย โรคประจำตัวอื่นๆ การ วินิจฉัยโรค อาการที่เกิดขึ้นในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้.....	77
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสบายโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด	80
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	81
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความสบายรายด้านก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับ การรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคอง แบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	82
ตารางที่ 10 การจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกันตามลักษณะของอายุ การ วินิจฉัยโรค และสิ่งแวดล้อม	142
ตารางที่ 11 คะแนนความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	144
ตารางที่ 12 คะแนนพฤติกรรมดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด	145

ตารางที่ 13 Reliability แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย)	146
ตารางที่ 14 แสดงการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	152



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 Palliative Care Principles. from National Cancer Control Program Policies and managerial guideline(p.84), by World Health Organization,2002 , Geneva	19
ภาพที่ 2 Comfort theory subtracted. from the theory of Human Press Note. From Comfort Theory and Practice(p. 81) by Kolcaba, 2003, New York: Tri-Graphic Printing Company. Copyright 2003 by Springer Publishing Company	34
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย	58
ภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	75



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยที่สำคัญในผู้สูงอายุ จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในผู้สูงอายุจะมีจำนวนสูงถึงประมาณ 27 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization, 2011) และจากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (Miller et al., 2016; The American Cancer Society, 2018) สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (National Cancer Institute, 2018) และเมื่อโรคดำเนินจนถึงระยะลุกลามจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้วผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (World Health Organization, 2018) และยังพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องการการดูแลแบบประคับประคองคิดเป็นจำนวนร้อยละ 69 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มากที่สุด โดยโรคมะเร็งยังเป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายคิดเป็นร้อยละ 34.01 นับเป็นลำดับที่สองของโรคทั้งหมด (The Worldwide Palliative Care Alliance, 2014)

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ในการเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการประเมินดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างครอบคลุม (WHO, 2018) และวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองนั้นได้แก่ ความสุขสบาย (Comfort) การดำรงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignity) การคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว (Relationship closure) ให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวมีทางเลือกในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม (Patients and family's choices of care) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของยูพิน ฌันตวนิชย์ และนนทกร ดำรงค์ (2560) ที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลด้านความสุขสบายที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามต้องการมากที่สุดคือ การดูแลบรรเทาอาการปวด เช่นการให้ยาและ/หรือการพูดคุยมากถึงร้อยละ 65 ต้องการให้ดูแลจัดสภาพแวดล้อมและสถานที่ให้สามารถพักผ่อนได้ร้อยละ 30 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความชอบของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามในการดูแลแบบประคับประคองคือต้องการที่จะช่วยตอบสนองความสุขสบาย (Duggleby et al., 2010;

Kim & Kim, 2017; Tanatwanit, 2011) และยังต้องการการดูแลทั้งทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณควบคู่ไปกับการดูแลความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย (จรรยาศรี มีหนองหว้า และคณะ, 2557)

ความสุขสบาย (Comfort) เป็นเป้าหมายของการพยาบาลในผู้สูงอายุที่ได้รับการแบบประคับประคอง ซึ่งความสุขสบายตามแนวคิดของ Kolcaba (2003) นั้นประกอบด้วย ความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort) ความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) ความสุขสบายทางสังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) และความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) โดยผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะประคับประคองมักมีอาการรบกวนในต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและ สิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ความสุขสบายลดลง (Balducci & Dolan, 2016; Duggleby et al., 2010; Tanatwanit, 2011) จากการศึกษาของ Tanatwanit (2011) ที่ได้ศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งยังต้องการการดูแลความสุขสบาย หรือต้องการการดูแลบรรเทาจัดการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม- วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม และระดับความสุขสบายในผู้สูงอายุชาวไทยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองนั้นพบว่ามีความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อแยกเป็นรายด้านแล้วพบว่าข้อคำถามที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุดคือระดับความสุขสบายด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาयอนที่ วัฒนธรรม, วารี กังใจ, และชมนาด สุ่มเงิน (2559) ที่ศึกษาระดับความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งพบว่ามีความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีระดับความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ และความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมยังอยู่ในระดับต่ำ (Kim & Kwon, 2007)

การดูแลเพื่อความสุขสบาย เป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล โดยให้การประเมินความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการความสุขสบาย (Kolcaba, 2009) โดยจุดประสงค์ของการรักษาความเจ็บปวดไม่ใช่เพียงแค่บรรเทาปวดเท่านั้น แต่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ถึงมีอาการปวดแต่ก็ไม่ทุกข์ทรมานนั่นเอง (นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช, 2556) ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีความสุขสบาย (Theory of Comfort) ของ Kolcaba ที่ได้ให้ความหมายของความสุขสบายว่าเป็นการช่วยเหลือบรรเทา (Relief) การทำให้มีความสุขสบาย ลดความทรมาน (Ease) และการทำให้ก้าวผ่านความทุกข์ทรมาน (Transcendence) ร่วมกับบริบทที่เกิดขึ้นคือ ความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort) ความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) ความสุขสบายทางสังคม (Sociocultural Comfort) และความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) (Kolcaba, 2003) ความไม่สุขสบายจากโรคมะเร็งระยะประคับประคองนั้น มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิต-วิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อม (Wijk & Grimby, 2008) โดยทางด้านร่างกายอาการที่

พบมาก ได้แก่ ความอ่อนล้า อาการเกี่ยวกับระบบขับถ่าย อาการปวด อาการท้องผูก และความวิตกกังวล(Lancker, V, A.et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanatwanit (2011) ที่พบว่าอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย อาการที่ผู้ป่วยรายงานว่ามีความรุนแรงปานกลางถึงมาก ได้แก่ ความเจ็บปวดที่เกิดจากด้านจิตใจ,ความอ่อนล้าที่มาจากจิตใจ, รู้สึกขาดความหวังไม่มีพลังใจ, รู้สึกไม่มีพลังงาน ,ความอ่อนล้าที่เกิดจากด้านร่างกาย ,ความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ,ความวิตกกังวลตามลำดับ(Lancker, V, A.et al., 2016) ปัจจัยที่รบกวนความสุขสบายในส่วนด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ นั้น ได้แก่ ความวิตกกังวล Vanlancker (2016) และยังพบว่าอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีการรายงานอาการที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมากคือ ความเจ็บปวดที่เกิดจากด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ความสุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่า ประสบการณ์ความสุขสบายที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบองค์รวมที่แตกต่างกันไป (Coelho, Parola, Escobar-Bravo, & Apóstolo, 2016; Kim & Kim, 2017) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ครอบครัว ที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความเครียด และความสามารถในการปรับตัวลดลง ส่งผลต่อความอดทนต่อความสุขสบายที่จะลดลง (Campbell, Jordan, Smith, Scotland, & Dunn, 2018) หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม จะทำให้เกิดความไม่สุขสบายทำให้เกิดความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ คือการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามมา (Persons, 2002) การศึกษาถึงความสุขสบายจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ควรพัฒนาในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตตามบริบทที่เป็นอยู่ จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti ซึ่งกล่าวถึง หลักการดูแลผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานความผาสุก และเคารพในความเป็นมนุษย์หรือบุคคลของผู้สูงอายุ โดยใช้ความรัก ความเมตตา ความอ่อนโยนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การพูด การสบตา การสัมผัส และการจัดทำทาง

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองการได้แก่ อายุ (Nural & Alkan, 2018) อวัยวะที่เป็นโรคมะเร็ง(พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557) และการรักษาที่ได้รับ (Kim & Kwon, 2007), ได้รับการสื่อสารที่ดีจากพยาบาลและแพทย์, การได้รับการเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอจากญาติและเจ้าหน้าที่ (Nural & Alkan, 2018) สภาพทางด้านร่างกายและอาการต่างๆที่เกิดจากโรค (Nural & Alkan, 2018;Kim & Kwon, 2007) การสนับสนุนทางสังคม (Cheng & Wang, 2014;Kim & Kwon, 2007; สายนที วัฒนธรรม, 2559) สภาพอารมณ์ด้านจิตใจ (Kim & Kwon, 2007) สิ่งแวดล้อม (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006; Tanatwanit, 2011) และยังพบว่าความชอบและความต้องการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งในการดูแลแบบประคับประคองยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เหมาะสมและบุคลิกของพยาบาลในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการบริการช่วยเหลือในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายความสุขสบาย (Coelho, Parola, Escobar-

Bravo, & Apóstolo, 2016; ยูพิน ถนัดวณิชย์ และนนทกร ดำรงค์, 2560) และพบว่าผู้ป่วยยังต้องการเลือกการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณควบคู่ไปกับการดูแลความสุขสบายทางกายอีกด้วย (จรรยาศรี มีหนองหว้า และคณะ, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งมีหลายรูปแบบ อาทิเช่น การพูดคุยและวาดภาพ (Ångström & Norberg, 2014) เรกพิลลิ่งบำบัด (Ford, 2011) ดนตรีบำบัด (Barrera, Rykov, & Doyle, 2002) การนวดกดจุด (Hsiung, Chang, Yeh, & Chang, 2015) การนวดผ่อนคลาย (Kolcaba, Dowd, Steiner, & Mitzel, 2004) การออกกำลังกายเพื่อความผ่อนคลาย (Yilmaz & Arslan, 2015) การให้ข้อมูลความรู้ (Bryan, Estrada, Castiglioni, & Snyder, 2015; McCarthy et al., 2013) การสัมผัส (Barron, 2008) การสร้างจินตภาพ (Apóstolo & Kolcaba, 2009; Kolcaba & Fox, 1999; León et al., 2007) อย่างไรก็ตาม การจัดการกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น จึงยังมีความต้องการในการศึกษาการดูแลในการส่งเสริมความสุขสบายในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็ง เพื่อให้มีความเหมาะสมตามบริบทของช่วงวัยนั่นเอง

นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการรับรู้ของผู้ดูแลในการได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจากพยาบาลทางด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ด้านจิตใจและระดับการรับรู้โดยการสัมผัสอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้และศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (สิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์และอวยพร ภัทร ภัคติกุล, 2556) ในสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบันของระบบการบริการสุขภาพของประเทศไทยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่มีความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นยังเป็นเรื่องใหม่และอยู่ในช่วงแรกของการพัฒนา (ยูพิน ถนัดวณิชย์ และนนทกร ดำรงค์, 2560) ดังนั้นการศึกษาระยะสุดท้ายโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นเป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจและนำไปสู่การพัฒนาเพื่อคุณภาพการพยาบาลที่ดีต่อไป

การดูแลส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการความรักความเข้าใจ การดูแลจึงต้องใช้ความเคารพอ่อนน้อม ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นที่รัก (เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ, 2556) ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) โดยพัฒนามาจาก Gineste & Marescotti (2008) ที่กล่าวถึงปรัชญาการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานความผาสุกและความเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล โดยใช้ความรัก ความเมตตา ความอ่อนโยนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการปฏิบัติดูแลเอาใจใส่ที่ดี ประกอบด้วย การพูดคุย การมอง การสัมผัส และการจัดท่าทาง ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้สูงอายุ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล (Gomes, Carvalho, & Ribeiro, 2018) และพบว่าในประเทศแคนาดามีการใช้แนวคิด

ฮิวแมนนิจูดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายในสถานการดูแลระยะยาวเพื่อพัฒนาการดูแล สามารถเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้อีกด้วย (Brynaert Brennan and Associates, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยใช้แนวคิดการดูแลฮิวแมนนิจูดนั้นสามารถลดภาวะวุ่นวายและลดการเกิดการบาดเจ็บได้ (Melo, Pereira, Fernandes, Freitas, & Melo, 2017)

จากการศึกษาพบว่าในประเทศไทยมีการนำแนวคิดการดูแลฮิวแมนนิจูดมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเป็นการดูแลในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า (เสาวนีย์ เปรมทอง, 2560) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีภาวะพฤติกรรมกระวนกระวาย (ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราดล, 2560) และผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความวิตกกังวล (อัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกต, 2560) ซึ่งพบว่ายังไม่มีการศึกษาการนำแนวคิดการดูแลฮิวแมนนิจูดมาดูแลในผู้ป่วยอายุกลุ่มโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองคือ เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่ความสุขสบาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าว มาพัฒนาประยุกต์เป็นโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีต่อไป (Gomes, Carvalho, & Ribeiro, 2018)

คำถามการวิจัย

1. ความสุขสบายในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความสุขสบายในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผล

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมักจะมีอาการต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ส่งผลให้ความสุขสบายลดลง พยาบาล มีบทบาทในการค้นหา รูปแบบการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือตอบสนองความต้องการ เพื่อนำไปสู่ความสุขสบาย ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการพยาบาลที่ส่งเสริมความสุขสบายตามแนวคิด ทฤษฎีความสุขสบาย (Theory of Comfort) ของ Kolcaba (2003) โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และจะส่งผลให้มีความสุขสบาย (Enhance Comfort) โดยทันที ซึ่งการดูแลความสุขสบาย (Comfort care) ที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการดูแลในรูปแบบและเวลาที่เหมาะสม ใช้วิธีการที่สื่อให้เห็นถึงการเอาใจใส่และความเห็นอกเห็นใจเพื่อเป้าหมายคือให้เกิดความสุขสบาย โดยวิธีการที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) ซึ่งเป็นหลักปรัชญาในดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจในความเป็นมนุษย์โดยใช้ความรัก ความเมตตา ความอ่อนโยนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลเอาใจใส่ที่ดี มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดความสุขสบายให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งองค์ประกอบของแนวคิดฮิวแมนนิจูดประกอบด้วย

1.การมอง คือ การส่งสายตา ด้วยความรัก ความอ่อนโยน ห่วงใย มองใกล้ๆ มองนานในเวลาที่ดูแล มองระดับขนานสายตากัน เป็นการสื่อสารผ่านทางสายตาที่แสดงถึงอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่งของการสื่อสารที่จะแสดงให้เห็นถึงการแสดงความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกดีๆ โดยกลไกการมองจะกระตุ้นการส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) และกระตุ้นสมองส่วนควบคุมอารมณ์ limbic system ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึก ทำให้เกิดการหลั่งสารออกซิโตซิน (Oxytocin) และสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ความเป็นมิตร การมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม บรรเทาอาการเจ็บปวด ทำให้ผู้ได้รับการดูแลรู้สึกถึงความผ่อนคลายสุขสบาย (Phaneuf, 2007)

2.การพูด เป็นการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่เป็นมิตร พูดด้วยน้ำเสียง อ่อนหวาน อ่อนโยน พูดในสิ่งที่ดีๆ ส่งเสริมกำลังใจ บอกสิ่งที่กำลังจะทำ เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ด้วยถ้อยคำที่จริงใจ ปลอดภัย ส่งเสริมกำลังใจ โดยกลไกการสื่อสารโดยวิธีการพูดนั้น เป็นการถ่ายพลังงานจากตัวผู้ส่งสาร (transmitter caregiver) ไปยังผู้รับสาร (person receiving) โดยเรื่องที่สื่อสารกันจะต้องเป็นเรื่องเดียวกันและมีความสอดคล้องกันทำให้ผู้รับสารแปลความได้เป็นสิ่งที่ดี ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลต่อความสุขสบายด้านจิตใจ

3. การสัมผัส (Touch) เป็นการรับรู้ต่อการสัมผัส เป็นการสื่อสารเพื่อการดูแลที่แบ่งปันความรู้สึกในขณะที่เทคโนโลยีทันสมัยเพียงใดก็ไม่สามารถให้กับมนุษย์ได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการสัมผัสจะส่งกระแสประสาทผ่านทางกระดูกไขสันหลัง ไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส กระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกหลั่งนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) และกระตุ้นให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกหลั่งอะซิติลโคลีน (acetylcholine) ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล อีกทั้งการสัมผัสจะกระตุ้นการทำงานของสมองและส่งกระแสไฟฟ้าผ่านเยื่อ myelin neurons ไปที่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) และส่งต่อไปที่ส่วนคอร์เทกซ์สมองส่วนหน้า เข้าสู่อะมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งอยู่ในสมองส่วนของลิมบิก (Limbic brain) ที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม หากผู้รับสัมผัสได้รับการ สัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เกิดความสุขสบายได้

4. การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) คือการจัดทำทางให้ผู้สูงอายุที่อยู่บนเตียงให้มีการขยับตัว ลุกนั่ง โดยทำที่อยู่ในแนวตรงจะเพิ่มประสิทธิภาพของระบบไหลเวียนและระบบหายใจ โดยกลไกการจัดทำในแนวตั้งตรง เป็นการกระตุ้นการ synapse คือ บริเวณที่ปลายของแอกซอน (axon) ของประสาทเซลล์หนึ่งซึ่งใกล้ชิดกับปลายของเดนไดรต์ (dendrite) ของใยประสาทอีกเซลล์หนึ่ง เป็นทางผ่านของกระแสประสาทจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปสู่อีกเซลล์ประสาทหนึ่งของกระแสประสาทไปสู่สมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น และยังเป็นส่งเสริมการมองเห็นและการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สร้างคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้ผู้รับสัมผัสผ่อนคลาย และรู้สึกสุขสบาย

ทั้งนี้การดูแลโดยองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ต้องใช้ปฏิบัติร่วมกัน จะใช้เพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งไม่ได้ ต้องมีอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไปในแต่ละกิจกรรมการดูแล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

ในบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองคือ การปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้วยความรัก ความเอาใจใส่ที่ดี คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignity) เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าว มาพัฒนาประยุกต์เป็นโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดมีความสุขสบายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบฮิวแมนนิจูดมีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เป็นการศึกษาระดับสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 22 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด จำนวน 22 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

ตัวแปรตาม คือ ความสุขสบาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง หมายถึง บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

ความสุขสบาย หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้รับการตอบสนองโดยได้รับการบรรเทา ให้มีความผ่อนคลาย ปราศจากความทุกข์ทรมาน และได้รับความสุข ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ – จิตวิญญาณ ด้านสังคม- วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) แพลโดย ยูพิน ถนัดวนิชย์ (Tanatwanit, 2011) ซึ่งพัฒนามาจาก Hospice Comfort Questionnaire (Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd, 2001)

โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด หมายถึง กิจกรรมเพื่อสร้างความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลกที่กล่าว การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ (Symptom control), การรักษาอาการที่เกิดขึ้น (Disease management), การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychosocial and spiritual care) รวมกับแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) ซึ่งเป็นหลักปรัชญาในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจในความเป็นมนุษย์โดยใช้ความรัก ความเมตตา ความอ่อนโยนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลเอาใจใส่ที่ดี โดยแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยได้บูรณาการกิจกรรมการดูแลโดยนำหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การสบตา คือ การสบตาด้วยสายตาสบายตาอ่อนโยน เพื่อแสดงถึงความรัก ความห่วงใย และความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ
- 2) การพูด คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูดด้วย น้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนโยนด้วยการพูด กระตุ้นให้ระบายความรู้สึก การพูดเพื่อปลอบโยน ให้กำลังใจ
- 3) การสัมผัส คือ การให้การสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน เช่น การจับมือ การลูบหลัง เพื่อแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ห่วงใย ทำให้เกิดความอบอุ่น ผ่อนคลาย
- 4) การจัดทำทางในแนวตั้งตรง คือ การจัดทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนจากการนอนบนเตียงเป็น ทำนั่ง ทำยืน หรือ การเดิน เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงการมีตัวตน และคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์

โดยแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยได้บูรณาการกิจกรรมการดูแลโดยนำหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ทั้ง 4 องค์ประกอบ เข้าด้วยกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบ ขึ้นไป เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการให้การดูแล ซึ่งโดยกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้แก่

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 2-5 (วันที่ 2-5) เป็นการให้การพยาบาลประคับประคองเพื่อส่งเสริมความสุขสบายซึ่งขั้นตอนนี้จะนำแนวคิดทั้ง 4 องค์ประกอบ มาผสมผสานในขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การพูด (Speech) , การมอง (Gaze) , การสัมผัส (Touch) , การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) โดยกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้แก่ การเข้าหาผู้ป่วยและการพูดคุยทักทาย , การประเมินสัญญาณชีพและอาการรบกวนต่างๆ , การจัดการอาการรบกวนต่างๆ , การดูแลเรื่อง spiritual and psychosocial support , การดูแลด้านโภชนาการ , การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล , การจัดทำและการจัดสิ่งแวดล้อม

ครั้งที่ 3 (วันที่ 5) กิจกรรมการดูแลเช่นเดียวกับวันที่ 2-5 จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และมอบสมุดดูแลอย่างไรให้สุขสบาย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการดูแลกิจกรรมการเข้าหาผู้ป่วยและการพูดคุยทักทาย การประเมินสัญญาณชีพและอาการรบกวนต่างๆ การดูแลเรื่อง spiritual and psychosocial support การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดทำและการจัดสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ ดูแลแบบองค์รวม ตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลแบบปกติที่บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยปฏิบัติเป็นปกติกับผู้ป่วยทุกคน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพในการให้บริการทางการพยาบาล
2. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
3. ด้านการศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ นิสิต นักศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความ
สุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้การดำเนินการมี
ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร วารสาร
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสรุปสาระสำคัญโดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

- 1.แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 2.ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
 - 2.1 ผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
 - 2.2 ความหมายและองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.3 การประเมินผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง
 - 2.4 การรักษาแบบประคับประคอง
 - 2.5 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคอง
- 3.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสุขสบาย
 - 3.1 ความหมายของความสุขสบาย
 - 3.2 มิติของความสุขสบาย
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบาย
 - 3.4 การประเมินความสุขสบาย
- 4.แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
 - 4.1 ความเป็นมาของแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
 - 4.2 ปรัชญาของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
 - 4.3 องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด
 - 4.4 เทคนิคของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
- 5.โปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด
- 6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 7.กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (2015) ให้คำนิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุหกสิบปีขึ้นไป ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตาม สภาพเศรษฐกิจ ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (WHO, 2015)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) ให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

การประชุมของสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (Vienna international plan on aging) ในปี ค.ศ. 1982 ได้ให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่หกสิบปีขึ้นไป โดยมีวิธีการเรียกแตกต่างกันดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

ผู้สูงอายุตามลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ คนแก่ คนชรา หรือ คนเฒ่า (The aged, Aging, Old man) ซึ่งเป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก หรือมีผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น

ผู้สูงอายุตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน คือ ผู้สูงอายุ (Elderly, Older Person) ซึ่งถือว่าเป็นสากล ซึ่งในวงการนานาชาติ คำที่ใช้ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ปัจจุบันตกลงใช้คำว่า Older Persons

โดยในปัจจุบัน ประเทศไทยสามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ได้แก่

วัยสูงอายุตอนต้น (Young-old) ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 60-69 ปี

วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) ที่มีช่วงอายุ 70-79 ปี

วัยสูงอายุตอนปลาย (Old-old) ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามสภาวะของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและการตอบสนองต่อการรักษาได้ยากกว่าวัยอื่น เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น แล้วยังมีกระบวนการเฉพาะในแต่ละบุคคล ดังนั้นการเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่

วัยสูงอายุสามารถอธิบายได้ตามระบบ (Saxon V. Sue., 2010; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังต่อไปนี้

1.2.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังเหี่ยว และมีรอยย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลงทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อเสียหายที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้จึงเกิดอาการลมแดดได้ง่ายในเวลาอากาศร้อนจัด ต่อมไขมันทำงานน้อยลง ผิวหนังแห้งและแตกง่าย สีของผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลง แต่มีรังควัตถุสะสมเป็นแห่งๆ ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาลทั่วไป ผมหงอกและขนทั่วไปสีจางลง หรือเป็นสีขาวและจำนวนลดลง การรับรู้สัมผัสต่ออุณหภูมิการสัมผัสเย็น และความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น

1.2.2 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ขนาดของสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลง จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลงประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น การมองเห็นไม่ดี รูม่านตาเล็กลง ปฏิกริยาการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง หนึ่งตาตก แก้วตาเริ่มขุ่นมัว เกิดต่อกระจก รอยๆ กระจกตาจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทา ลานสายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตายาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี ต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้น เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของ การดมกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไป ต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลง โดยทั่วไปการรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขมหรือรสเค็ม เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดภาวะเบื่ออาหาร

1.2.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวใน ลักษณะต่างๆ ไม่คล่องตัว กระดูกมีน้ำหนักลดลง เพราะแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ความยาวของกระดูกสั้นลงหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง หลังค่อมมากขึ้น ความสูงลดลงประมาณ 3-5 นิ้ว น้ำไขข้อลดลง กระดูกบริเวณข้อต่างๆ บางลงและเสื่อมมากขึ้น น้ำไขข้อลดลง เกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบ และติดข้อได้ง่าย ทำให้เกิดอาการปวดตามข้อ และขาดโพแทสเซียม (Potassium) ในกล้ามเนื้อทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงมีอาการเหนื่อยง่าย กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อมมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น

การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ไม่สะดวกเกิดการตึงแข็ง อักเสบและติดเชื้อง่าย ข้อที่พบเกิดความเสื่อมได้มาก คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

1.2.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจหนาและแข็งตัวขึ้น การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ลิ้นหัวใจมีไขมันและแคลเซียมสะสม ส่งผลต่อการส่งสัญญาณไฟฟ้าเพื่อควบคุมการเต้นของหัวใจและการบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพ หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นร่วมกับมีการเสื่อมของ Collagen นอกจากนี้การตอบสนองของ baroreceptor ต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และอาจเกิดโรคแพ้ภูมิตนเองมากขึ้น

1.2.5 ระบบทางเดินหายใจ ปริมาณความจุของปอดลดลงจากการขยายตัวของผนังทรวงอกได้น้อยลงจากกล้ามเนื้อในการหายใจมีแรงลดลง ถุงลมจะแบน บาง และมีการยืดหยุ่นน้อยลง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้งลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอด และทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้น และแข็งตัวมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมยืดหยุ่นน้อยลงเส้นผ่านศูนย์กลางแคบลง กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงมีประสิทธิภาพน้อยลง

1.2.6 ระบบทางเดินอาหาร เคลือบฟันจะมีสำคัญขึ้นและบางลง แดงง่าย เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยมีต่อมน้ำลายทำงานน้อยลง การผลิตน้ำลายและเอนไซม์ลดลง การกระหายน้ำลดลง ทำให้ลิ้นและปากแห้ง เกิดการติดเชื้อทางปากได้ การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง และหลอดอาหารกว้างขึ้นทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานลดลง ทำให้อาหารและน้ำย่อยไหลย้อนกลับจากกระเพาะเข้าสู่หลอดลมได้ จึงทำให้เกิดอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก และเกิดอาการสำลักได้ง่ายขึ้น การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลงเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อม ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ขนาดของตับเล็กลง ประสิทธิภาพในการทำลายพิษของตับลดลง ปริมาณน้ำดีรวมลดลง แต่ระดับคลอเลสเตอรอลและความหนืดของน้ำดีมากขึ้น จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง การผลิตเอนไซม์ลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่ยังมีเพียงพอแก่ความต้องการ

1.2.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ น้ำหนักและขนาดของไตลดลง การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง

กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ดังนั้นหลังถ่ายปัสสาวะจึงมีปริมาณปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ในผู้ชายต่อมลูกหมากมักโต เป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบากได้ ลูกอ้วนทะเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างกายของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ในผู้หญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ช่องคลอดแคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลงทำให้เกิดอาการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.2.8 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมอง ต่อมธัยรอยด์ (Thyroid gland) สร้าง Thyroxine ลดลง ต่อมหมวกไต (Adrenal gland) พบว่า Adrenal androgens และ Mineral corticoid function มีปริมาณลดลงทำให้ Dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง กล่าวโดยสรุป ต่อมไร้ท่อผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลงทำให้เกิดโรคของต่อมไร้ท่อมากขึ้น แต่การทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (Parathyroid hormone) จะเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ เพราะระดับเอสโตรเจนซึ่งออกฤทธิ์ต้านการทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์มีระดับลดลง

1.2.9 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและพฤติกรรม นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและพฤติกรรม โดยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งด้านร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม จนทำให้เกิดความเครียด ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ได้ ถ้าผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวดีก็จะสามารถปรับตัว และยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ หากไม่มีการเตรียมตัวที่ดีจะทำให้ปรับตัวยากหรือไม่ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมและอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น ความวิตกกังวล ความเหงา ว้าเหว่ หวาดระแวง ภาวะซึมเศร้า หรืออาการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นต้น

ดังนั้นในวัยสูงอายุจะเป็นวัยที่บุคคลมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามสภาวะของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้นการเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

2.1 ผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

มะเร็ง คือ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกเหนือการควบคุมของร่างกาย ทำให้เกิดกลุ่มเซลล์ (ก้อนเนื้อออก) ที่ร่างกายไม่ต้องการ การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับพันธุกรรมมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและคุณสมบัติของเซลล์ เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจาย (Metastasis) สามารถทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ (สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา และ อรุณศรี ชัสหงส์, 2554)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีอุบัติการณ์เกิดของโรคมะเร็งที่มากกว่าวัยอื่นเพราะจากการสูงอายุที่เป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐาน การสะสมของปัจจัยเสี่ยงที่มีมานาน ร่วมกับกระบวนการซ่อมแซมของเซลล์ที่มีประสิทธิภาพลดลง (WHO, 2018) สาเหตุที่พบโรคมะเร็งในผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากร่างกายได้รับสารก่อมะเร็งมากขึ้นตามอายุ สารนี้มากออกฤทธิ์อย่างช้าๆ และต้องใช้เวลา นานนอกจากนั้นเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในผู้สูงอายุระดับฮอร์โมนต่างๆลดลง ปฏิกริยาภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีการสร้าง growth factor และ growth factor receptor มากขึ้น มีการยับยั้งหรือเสียหายที่ของ tumor suppressor gene เช่น p53, RB (retinoblastoma gene) มีการกระตุ้นการสร้างหลอดเลือดสำหรับการเจริญของก้อนมะเร็ง ฯลฯ จึงมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้ง่ายขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) และเมื่อโรคดำเนินจนถึงระยะลุกลามจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะลุกลาม และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง หรือ Palliative care (Murray, Kendall, Boyd, & Sheikh, 2005; Seymour, Clark, Floor, & Philp, 2001)

จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้ชายไทยป่วยเป็นมะเร็งระดับและต่อน้ำดีมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนหญิงไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านม มากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและ ต่อน้ำดีในตับตามลำดับ และ Kapoor (2015) ได้กล่าวถึงมะเร็งที่มักพบว่าแพร่กระจายไปกระดูกที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม

การรักษา มะเร็งในผู้สูงอายุนั้น Balducci and Dolan (2016) ได้กล่าวว่ามีหลายองค์ประกอบที่ต้องพิจารณาบุคคลในแต่ละโดยอาจแบ่งได้สามด้าน ได้แก่

1. ในด้านตัวของผู้สูงอายุ จะพิจารณาจากอายุคาดเฉลี่ย, กำลังสำรองของผู้สูงอายุ, ค่านิยมส่วนบุคคล แหล่งประโยชน์ทางสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษา
2. ในด้านการรักษา ได้แก่ ความคุ้มค่าคุ้มทุน และอันตรายที่จะเกิดจากการรักษาที่ให้กับผู้ป่วย

3. ในด้านของตัวโรคมะเร็ง ว่ามีอยู่ในระยะใด ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่

ซึ่งการรักษาจะต้องพิจารณากับภาวะห้องที่ผลตกกำลังสำรองและมีผลต่อการรักษา และยังมีผลต่อภาวะเครียดที่จะเกิดขึ้น ทั้งยังส่งผลต่อภาวะทุพพลภาพและอัตราการตายที่จะเกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้กระบวนการสูงอายุที่มีการติดเชื้อมากกว่าวัยอื่น จะเป็นสิ่งที่พยากรณ์การดำเนินของโรค จึงมีผลต่อการพิจารณาการรักษาต่างๆ นอกจากนี้กระบวนการสูงอายุยังเกี่ยวข้องกับ ยีน เช่น P16-INK4a ที่จะลดกำลังสำรอง การทำหน้าที่ของร่างกาย การให้เคมีบำบัดอาจเป็นการเพิ่มความเข้มข้นของสารนี้และจะส่งผลต่อกำลังสำรองของร่างกาย เป็นต้น นอกจากนี้กระบวนการสูงอายุยังมีผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ของยาเคมีที่ให้ เช่น การดูดซึมของยา จำนวนของปลายประสาทที่ลดลง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการพิจารณาที่จะให้การรักษาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งต่อไป

จึงกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็ง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ว่ามีภาวะเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในระดับพันธุกรรม โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและคุณสมบัติของเซลล์จนทำให้เกิดกลุ่มเซลล์ (ก้อนเนื้อออก)

2.2 ความหมายและองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง

2.2.1 ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการประเมินดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างครอบคลุม (WHO, 2018)

ศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2561) ได้ให้ความหมายว่าการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาได้และโรคลุกลาม สามารถมีชีวิตที่มีความหมายและมีคุณภาพดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ นอกจากนี้ยังให้การดูแลครอบครัวและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางกาย อารมณ์ จิตใจ จิตวิญญาณ เป็นองค์รวม เป็นการให้การรักษาเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยไม่หวังผลเป็นการรักษาตัวโรคให้หาย แต่หวังผลการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

บุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ (2557) ได้ให้ความหมาย การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่มุ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเผชิญกับการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตให้ดีขึ้น โดยเน้นการควบคุมและจัดการอาการที่รบกวนที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคนจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะแรกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จนกระทั่งหลังการเสียชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ โดยองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตในช่วงระยะเวลาเหลืออยู่อย่างมีคุณภาพเท่าที่เป็นไปได้ จนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

2.2.2 องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้แก่

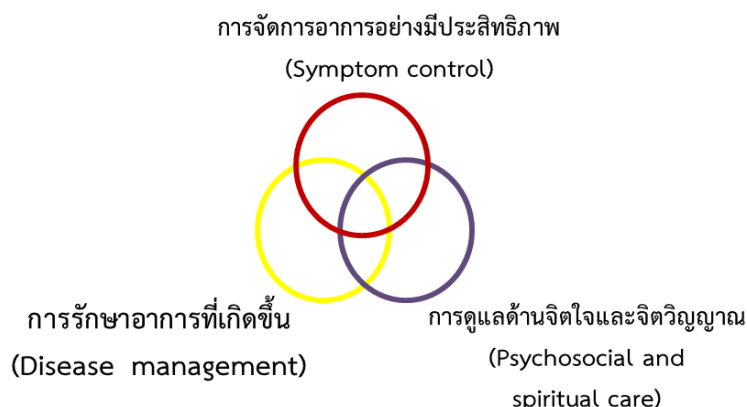
2.2.2.1 การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ (Symptom control)

ผู้ป่วยระยะนี้มีมีอาการทางกายที่ไม่สุขสบายต่างๆ อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลที่ทำงานด้าน palliative care จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเรื่องการประเมินอาการต่างๆ และการจัดการอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย

2.2.2.2 การรักษาอาการที่เกิดขึ้น (Disease management) เช่น

ผู้ป่วยที่มีมะเร็งกระจายไปกระดูก การฉายรังสีจะช่วยลดความปวดให้ผู้ป่วยได้ และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การดูแลผู้ป่วยในแนวทาง palliative care ไม่ได้หมายถึงการยุติการรักษา แต่เป็นการประคับประคองสถานะที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การผ่าตัด ฉายรังสี หรือการให้ยาเคมีบำบัด เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง ชาอ่อนแรง ปัสสาวะไม่ออก เป็นภาวะเร่งด่วนที่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อประเมินภาวะ spinal cord compression , การให้ยา dexamethasone, การฉายรังสีอย่างเร่งด่วน จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาวะได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่นอนติดเตียง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา

2.2.2.3 การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychosocial and spiritual care) คือ การเห็นผู้ป่วยทั้งตัวตนด้านจิตสังคมและต้องมีการประเมินผู้ป่วยทั้งบุคลิก ลักษณะ ครอบครัว และความสัมพันธ์ด้านจิตวิญญาณ มีการประเมินและช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของชีวิตและความตาย พุดคุยและรับรู้ความปรารถนา (Wish) ของผู้ป่วย



ภาพที่ 1 Palliative Care Principles. from National Cancer Control Program Policies and managerial guideline(p.84), by World Health Organization,2002 , Geneva

การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ เป็นการบูรณาการของการดูแลที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ประกอบด้วยความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric medicine) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเน้นการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับปัญหาเฉพาะในผู้สูงอายุ รวมทั้งป้องกันการเกิดทุพพลภาพ ตลอดจนฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด โดยมีการคำนึงถึงมิติต่างๆ ทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในขณะที่การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลทางการแพทย์ที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ที่เน้นการดูแลเพื่อบรรเทาจากอาการต่างๆ รวมทั้งความปวดและความเครียดจากภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นโรคอะไร เป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลประคับประคองเป็นการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพที่ต้องอาศัยความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ซึ่งประกอบด้วยทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการอาการที่เกิดขึ้น การให้การสนับสนุนด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และการปรับตัวหลังการสูญเสีย การประสานบริการทางการแพทย์และสังคม (Chai, Meier, Morris & Goldhirsch, 2014)

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง คือ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมหน้าที่ มีเป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

2.3 เครื่องมือในการประเมินระดับผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประทับประคอง

การเริ่มดูแลแบบประทับประคองในผู้สูงอายุนั้น Lo & Woo (2006) กล่าวว่าไว้ว่า อาจมีความยากลำบากในการตัดสินใจว่าเมื่อไรที่ควรจะเริ่มให้การดูแลแบบประทับประคองในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อการพยากรณ์โรคไม่สามารถทำนายได้อย่างแน่นอน เพราะความเสื่อมถอยของภาวะเจ็บป่วยที่ โรครุนแรงที่นำสู่ความล้มเหลวของระบบอวัยวะ วิธีความเจ็บป่วยมีอาการดีขึ้นและเลวลง คาดการณ์ได้ยาก ดังนั้น การตัดสินใจในการริเริ่มดูแลแบบประทับประคองไม่ควรตัดสินใจจากการคาดประมาณระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต แต่ควรพิจารณาจากความต้องการในการบรรเทาอาการเมื่อมีข้อบ่งชี้ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดของโรครุนแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ (incurable disease trajectory) วัตถุประสงค์ของการดูแลแบบประทับประคองในผู้สูงอายุนั้น เพื่อการบรรเทาภาวะจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งควรเป็นการดูแลตลอดกระบวนการของความสูงอายุ

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประทับประคองเป็นบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพและความต้องการที่ซับซ้อน ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจึงต้องมีความชัดเจน สามารถสื่อสารต่อทีมสุขภาพได้ง่าย มีความเข้าใจที่ตรงกัน (วาสิณี วิเศษฤทธิ, สุปรียา ตียิ่ง, และจันทจุฑา รอดพาล, 2556) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวที่มีความเหมาะสมในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งแบบประทับประคอง คือ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประทับประคอง หรือ Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2) เป็นแบบประเมินที่แปลเป็นภาษาไทย โดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประทับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2551 ซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2) จาก Victoria Hospice Society ประเทศแคนาดา ซึ่งถูกพัฒนาโดย Anderson, Downing, Hil, CasorSo, and Lerch (1996) และ period of Survival มีประสิทธิภาพในการทำนายการมีชีวิตรอดถึง 99.99% ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (Lau et al., 2006) และมี inter-rater reliability (n 96, p = .05) (Ho, Lau, Downing, 8Lesperance, 2008) เครื่องมือนี้ช่วยในการประเมินและระบุหาผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่กำลังอยู่ในระยะลุกลามหรือในช่วงสุดท้ายของชีวิต ใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 5 นาที

ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วยคือ การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว (บุขยมาส ชิวสกุลยง และลดาวัลย์ สาภินันท์, 2557) โดยมีการแบ่งระดับตั้งแต่ 100% ลงไป ถึง 0 % เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็นสามกลุ่มย่อยได้แก่

ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ระยะคงที่ (Stable)	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 70 – 100%
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional)	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 40 - 60%
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย (End of life)	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 30%

ประโยชน์ของ Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2) คือ

1. เพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและใช้ประเมินการพยากรณ์โรค
2. ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน 0 – 40 % หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านกายภาพมากขึ้นและญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น
3. ใช้สำหรับสื่อสารกันระหว่างบุคลากรในทีม
 ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้มีการนำแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการคัดกรองระบุนหาผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ต่อไป

2.4 อาการและการดูแลรักษาโรคมะเร็งแบบประคับประคอง

จากการศึกษาของ Lancker et al.(2014) ที่ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณแล้วพบว่าอาการของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคองนั้นอาการที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อาการอ่อนเพลียและอ่อนล้า ปัญหาเรื่องการขยับถ่าย อาการปวด ความวิตกกังวล และผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีมะเร็งต่างชนิดกันจะมีอาการรบกวนทางด้านร่างกายที่แตกต่างกัน เช่น โรคมะเร็งปอด อาการรบกวนที่เด่นชัดคือ อาการหายใจลำบาก ซึ่งจะส่งผลต่อความสบาย โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อาการรบกวนที่พบบ่อยคือ อ่อนเพลีย อ่อนล้า อาการปวด และมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่มีการแพร่กระจายลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ ก็จะมีอาการรบกวนต่างกัน ส่งผลให้ความสบายต่าง ๆ นั้นเอง

โดยผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคอง มักมีปัญหาความไม่สบายหรือความทุกข์ทรมานจากการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งอาการที่พบบ่อยและการดูแลรักษา (Lancker, V, A.et al., 2014 ; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558; วิไล วรรณ ทองเจริญ, 2554) ได้แก่

2.4.1 อาการปวด (pain) คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความไม่สบาย และจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ความปวดนอกจากจะก่อให้เกิดความทุกข์กับผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถสนใจกับเรื่องอื่นได้ ความปวดจะเป็นตัวขัดขวางไม่ทำให้ผู้ป่วยประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ สาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดนั้น อาจจะเป็นผลมาจากการรักษาที่ผ่านมา เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือจากภาวะร่างกายอ่อนเพลีย อาการปวดเมื่อยร่างกาย การจำกัดการ เคลื่อนไหว แผลกดทับ อาการไข้ ล้วนแต่ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดได้ การแยกชนิดของความปวดสามารถแยกออกได้เป็น

2.4.1.1 การเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) ซึ่งเป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของอวัยวะ (Visceral pain) และความปวดที่เกิดจากภายในของร่างกาย (Somatic Pain) พบมากในอาการปวดกระดูก

2.4.2.2 ความปวดที่กำเนิดมาจากเส้นประสาท (Neurogenic pain) คือ ความปวดที่เกิดจากการเส้นประสาทถูกกดทับจากก้อนมะเร็ง หรือการแทรกซึมของไวรัส เข้าสู่เส้นประสาท หรือเส้นประสาทนั้นถูกทำลายจากการแพร่กระจายของมะเร็ง

ลักษณะอาการปวดของ 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน ทำให้การพิจารณาในการใช้กลุ่มยาแก้ปวดจึงแตกต่างกัน Nociceptive pain จะตอบสนองได้ดีกับยาแก้ปวดกลุ่มสารอนุพันธ์ฝิ่น (Opioids) ส่วน Neurogenic pain จะตอบสนองกับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ได้น้อยมาก แต่จะตอบสนองดีต่อยา กลุ่มกันชัก ยากลุ่มต้านซึมเศร้า ที่สำคัญในการควบคุมอาการปวด คือ การประเมินความปวด การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ซึ่งอาจเกิดภาวะกดการหายใจ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

2.4.2 อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) ซึ่งอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ควบคุมไม่ได้ นั้น จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ประคับประคองทำให้ความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากมีอาการ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และอาการหายใจลำบากนั้นเพิ่มมากขึ้นตามมา การประเมินความรุนแรง ลักษณะความถี่ เวลาที่มีอาการและอาการอื่น ๆ ที่ร่วมด้วย เป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาสาเหตุก่อนพิจารณาการรักษาอาการ ควรสังเกตอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการท้องผูก อาการปวด อาการสับสน อาการไอ รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าแคลเซียม และค่าของเสียในร่างกาย เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้นอาจมาจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะอุดตันของลำไส้ เป็นต้น การดูแลรักษามีทั้งแบบใช้ยากลุ่มระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยากลุ่ม antihistamine และแบบที่ไม่ใช้ยา ซึ่งมีรายงานได้ผลดี เช่น การผ่อนคลาย การฝังเข็ม และการกดจุด การดูแลมีดังนี้

2.4.2.1 เลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ซึ่งการรับรู้รสชาติของอาหาร อาจเปลี่ยนแปลงไปตามอาการของโรค และอาจจัดหาอาหารที่ทำให้มีอาการคลื่นไส้ น้อยลง

2.4.2.2 จัดอาหารแต่ละมื้อให้ปริมาณน้อยลงและให้รับประทานบ่อยขึ้น

2.4.2.3 จัดเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำดื่ม น้ำผลไม้ น้ำชา น้ำขิง ซึ่งอาจจะช่วยบรรเทาอาการได้

2.4.2.4 ให้ดื่มเครื่องดื่มซ้ำ ๆ และบ่อย ๆ

2.4.2.5 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร ลดอาหารมัน ของทอด อาหารรสหวานจัด อาหารที่มีกลิ่นแรง

2.4.2.6 หลีกเลี้ยงกลืนที่ไม่พึงประสงค์ เช่น กลืนอาหาร กลืน น้ำหอม กลืนท้องน้ำที่กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้

2.4.3 อาการท้องผูก (Constipation) ผู้สูงอายุส่วนมากมักจะมีอาการท้องผูกได้ง่าย เนื่องจากมีความเคลื่อนไหวที่ลดลง รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย เมื่อเข้าสู่ระยะประคับประคอง อาการท้องผูกยิ่งมีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีการใช้ยาที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการท้องผูกร่วมด้วย เช่น ยากลุ่ม Opioids, Anti-depressants, Anti-cholinergics นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและช่องเชิงกรานเสื่อมถอยลง ส่งผลทำให้มีแรงเบ่งถ่ายอุจจาระน้อยลง จำเป็นต้องใช้ยาระบายช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ นอกจากนี้การดูแลการรับประทานอาหารพวกที่มีกากใยจะช่วยให้อุจจาระมีปริมาณเพิ่มขึ้น และช่วยกระตุ้นให้ลำไส้มีการทำงานเพิ่มขึ้นร่วมกับการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอสม่ำเสมอ ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารได้น้อย กล้ามเนื้อลีบ ไม่มีแรง การให้สารอาหารที่มีกากใยจึงไม่เหมาะสม เนื่องจากอาจเกิดภาวะท้องผูกมากขึ้น ในกรณีที่มีการอุดตันของอุจจาระอาจต้องใช้นิ้วมือในการล้วงหรือควักอุจจาระร่วมด้วย

2.4.4 น้ำในช่องท้อง (Ascites) สาเหตุอาจเกิดจากมีก้อนเนื้อในช่องท้อง ตับโต มีแก๊สในลำไส้มากผิดปกติ ลำไส้อุดตัน ท้องผูก ก่อให้เกิดอาการท้องตึง ท้องพองโตได้ การเกิดน้ำในช่องท้อง มักเกิดร่วมกับการมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งมาที่เยื่อช่องท้อง มีการอุดตันของต่อมน้ำเหลือง จากการแทรกซึมของก้อนมะเร็ง หรือมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ตับ ก่อให้เกิดภาวะ Hypoalbuminemia และในบางครั้งเกิดจากมี portal hypotension ตามมาด้วยการเกิดน้ำในช่องท้อง ตันกระบังลมทำให้แน่นท้อง อึดอัด ส่งผลให้การหายใจและเคลื่อนไหวลำบาก

2.4.5 อาการปากคอแห้ง (Dry mouth) เป็นอาการที่พบบ่อยและก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วย โดยมีสาเหตุมาจากการขาดสารน้ำของร่างกาย การหายใจทางปากในผู้ป่วยระยะนี้ การเกิดเชื้อราในช่องปาก ผลข้างเคียงจากรังสีรักษาบริเวณศีรษะ ลำคอบีผลทำให้ต่อมน้ำลายมีการหลั่งน้อยลง การดูแลมีดังนี้

2.4.5.1 การดูแลทำความสะอาดช่องปากโดยเฉพาะกรณีมีเศษอาหารคั่งค้าง ด้วยการใช้น้ำพ่นสาลี ผ้าก๊อซหรือผ้านุ่ม ๆ จุ่มในน้ำเกลือ

2.4.5.2 ดูแลให้บ้วนปากหรือเช็ดในปากด้วยน้ำเกลือหลังอาหารและก่อนนอน

2.4.5.3 ดูแลจัดให้รับประทานอาหารอ่อนเพื่อลดความไม่สบายในช่องปาก เช่น โจ๊ก น้ำเต้าหู้ โยเกิร์ต หรืออื่น ๆ ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะช่วยให้รับประทานสะดวกสบายขึ้น

2.4.6 อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองโดยเฉพาะโรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งที่มีการลุกลามไปที่ปอด โดยจะ

พบมากและรุนแรงในช่วงสัปดาห์ท้าย ๆ ของชีวิตในขณะนั่งพักหรือนอนพัก อาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การหายใจถี่ มีเสียงหายใจครืดคราดซึ่งเกิดจากการมีเสมหะอยู่ในทางเดินหายใจและปอดในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกลดลง หรือไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถขับเสมหะออกมาได้เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว กระสับกระส่าย และทุกข์ทรมานมาก ซึ่งการดูแลมีดังนี้

2.4.6.1 การดูแลให้ยาลดสารคัดหลั่ง

2.4.6.2 การดูแลให้ยาลดอาการหายใจลำบาก โดยยาในกลุ่ม opioids จะช่วยลดอาการหายใจลำบาก ลดการรับรู้ภาวะ breathlessness ทำให้การหายใจช้าลง

2.4.6.3 การดูแลให้ยาในกลุ่ม anti-anxiety drugs เพื่อลดความวิตกกังวล

2.4.6.4 การจัดทำนอนศีรษะสูง และนอนตะแคง เพื่อให้เสมหะในช่องปากได้มีการเคลื่อนตัว และเปลี่ยนท่าผู้ป่วยบ่อย ๆ เป็นการป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจจากเสมหะ

2.4.6.5 จัดสภาพแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทที่ดี

2.4.6.6 ดูแลดูดเสมหะให้เมื่อจำเป็น

2.4.6.7 ให้ออกซิเจนเมื่อมีภาวะขาดออกซิเจน ควรให้ทาง nasal cannula เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย พุดคุยได้สะดวก

2.4.6.8 ดูแลความสะอาดช่องปาก เพราะการหอบเหนื่อยทำให้เกิดอาการปากแห้ง

2.4.6.9 การดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิฝึกหายใจ จินตนาการบำบัด เป็นต้น

2.4.7 การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence) เป็นภาวะที่มีปัสสาวะไหลซึม ออกมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากกลไกของหูรูดผิดปกติ หรือกระเพาะปัสสาวะบีบตัวโดย ยับยั้งไม่ได้ หรือมีการรั่วนอกท่อปัสสาวะ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งแบบประคับประคอง การที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ต่อมลูกหมากโต ขนาดของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง มีผลทำให้เกิดปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ง่าย นอกจากสาเหตุการแพร่กระจายของมะเร็งแล้ว ความเครียด การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ก็มีผลต่อการกลั้นปัสสาวะเช่นกัน การดูแลมีดังนี้

2.4.7.1 การแนะนำผู้ป่วยในกรณีที่ไม่รู้สึกตัวและครอบครัวเข้าใจผิด ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับการขับถ่ายปัสสาวะ และการดูแลเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย

2.4.7.2 การดูแลผิวหนังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ให้สะอาดและแห้ง อยู่เสมอทุกครั้งที่เป็นปัสสาวะควรทำความสะอาดทุกครั้ง

2.4.7.3 การสอนให้ผู้ดูแลใช้ผ้ามีอนวดหน้าท้องผู้ป่วย โดยวางมือ ทั้งสองข้าง ทาบลงบนหน้าท้องของผู้ป่วยตรงบริเวณสะดือลงมาถึงแนวของกระเพาะปัสสาวะ ประมาณ 5-6 ครั้ง แล้วออกแรงกดที่ปลายนิ้วกดลงบริเวณหัวเหน่า

2.4.8 แผลกดทับ (Pressure ulcer) ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีการ เจ็บป่วยเรื้อรัง มีระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือไม่สามารเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง มีโอกาสเกิด ผิวหนังถูกทำลายจากแรงกดทับ แรงดึงรั้ง และแรงเสียดสีทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้น ถ้าขาดการดูแลอาจทำให้เกิดแผลถลอกที่เกิดขึ้นเป็นเนื้องอตาย และมีอาการเจ็บปวดแผลได้ การดูแล มีดังนี้

2.4.8.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย

2.4.8.2 กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดูแลจัดเปลี่ยนท่านอนให้ ผู้ป่วยโดยมีการหมุนเวียนท่านอนสลับกันอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

2.4.8.3 ดูแลให้ผ้าปูที่นอนต้องสะอาด ผ้าปูเรียบตึง

2.4.8.4 หลีกเลี่ยงการนวดปุ่มกระดูกโดยเฉพาะที่มีรอยแดงเพราะ ทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณที่นวดลดลงทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการนวด

2.4.8.5 ดูแลทำความสะอาดร่างกายให้สะอาด หลีกเลี่ยงสบู่ที่ทำให้เกิดการ ระคายเคือง ผู้ป่วยที่มีผิวแห้งควรใช้โลชั่นหรือครีมทาผิวเพื่อป้องกันผิวหนังแตกแห้ง

2.4.8.6 ดูแลทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ

2.4.9 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกายจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ นำไปสู่อุปสรรค ต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวทำให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางลบ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูญเสียจริง และการสูญเสียที่จินตนาการขึ้น ได้แก่

2.4.9.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากวัยนี้อยู่ในช่วง อายุมาก จึงมีเพื่อนฝูงหรือคู่ชีวิตตายจาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแยกหรือพรากจากบุคคลเป็น ที่รัก รู้สึกหดหู่เศร้าใจ นำไปสู่การคิดถึงความตายว่าเป็นสิ่งใกล้ตัว และรู้สึกกลัวตายก่อให้เกิดความ ซึมเศร้าได้ง่าย

2.4.9.2 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็น ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง โดยต่างคนต่างอยู่หรือมีการติดต่อร่วมกิจกรรมกันน้อยลงกว่าแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยวและรู้สึกว่าตนมีคุณค่าน้อยลง

2.4.9.3 สูญเสียสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง หรือ หมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ เกียรติยศ ชื่อเสียง ความภาคภูมิใจ และสูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) รู้สึกหมดหวัง ขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.4.9.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โรคเมเร็งแบบประคับประคอง ได้แก่ อาการตกใจ โกรธ ร้องไห้ หวาดกลัว เศร้าหมอง หมดหวัง เป็นต้น เมื่อได้รับการปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลืออย่างจริงจัง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับธรรมชาติของการเจ็บป่วยและความตายได้เอง (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

2.4.10 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สิ่งที่ผู้สูงอายุตระหนักถึงคือสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมถอย ทำให้ความสามารถในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ของตนเองลดลงตามมา ส่งผลต่อความเชื่ออำนาจภายในตนเองลดลง และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น เชื่อว่าสิ่งที่เกิดเป็นเคราะห์กรรม โชคชะตา แก้ไขเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้ สูญเสียการควบคุมทำให้ผู้สูงอายุเฉื่อยชา ไม่สนใจดูแลตนเองตามมาได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

จากอาการและการดูแลรักษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองนั้นมีความทุกข์ทรมานจากโรคที่เกิดขึ้น ในส่วนของการให้การรักษาทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นจะ เป็นการให้การรักษาเพื่อจัดการหรือควบคุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยไม่หวังผลเป็นการรักษาตัวโรคให้หาย แต่หวังผลการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย (ศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2561) ตัวอย่างการรักษาเช่น

ก. การฉายแสงเพื่อลดอาการปวด หากเมเร็งได้แพร่ไปยังกระดูก

ข. ในกรณีผู้ป่วยเป็นเมเร็ง และหากมียาเคมีบำบัดชนิดใหม่ที่จำเพาะเจาะจงต่อเมเร็งชนิดนั้นๆ อาจพิจารณาให้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันมิให้เมเร็งลุกลาม

ค. หากผู้ป่วยมีก้อนมะเร็งที่กดเบียดอวัยวะอื่นทำให้เกิดอาการปวดหรืออาการไม่สุขสบายอื่นๆ อาจพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อลดขนาดก้อนลง เพื่อลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

ง. การให้ยาเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการปวด ท้องผูก คลื่นไส้ หายใจลำบาก เป็นต้น

จ. การให้ยาเพื่อจัดการอาการหุดหู่ ซึมเศร้า วิดกกังวล หรือ นอนไม่หลับ เป็นต้น

จากการรักษาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีการรักษาที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นพยาบาลในฐานะผู้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคองจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2.5 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคอง

การให้การพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลต้องเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมที่ประกอบด้วย การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุในเวลานั้นด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมีสุขภาพดี แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวหรือความพิการ ทั้งนี้เพราะการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุไม่ได้หมายถึงปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยแต่หมายถึง ความมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีตามสภาวะโดยการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับสูงสุดจึงเป็นสิ่งสำคัญ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

ซึ่งมีความสอดคล้องกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2557) ที่ได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองว่ามุ่งเน้นความสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด ครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและหลังเสียชีวิต จึงต้องเริ่มต้นด้วยการให้สิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล โดยเคารพในความแตกต่างของความเชื่อ ค่านิยม และศาสนา ของผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว และเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีศักดิ์ศรี และครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย และ Mosby & Zulian (2011) ได้กล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุว่ามีลักษณะสำคัญดังนี้

- 1) เป็นการรวมหลักการ และการปฏิบัติของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง
- 2) มุ่งเน้นการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม บรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆ การจัดการกับปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งด้านสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม
- 3) ตระหนักถึงลักษณะเฉพาะของอาการ และอาการแสดงที่เกิดจากโรค ปฏิสัมพันธ์ของโรคร่วมต่างๆ การให้อาหารอย่างระมัดระวัง และการให้การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพที่จำเป็น และเหมาะสมกับผู้สูงอายุและครอบครัว
- 4) ตระหนักถึงเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และประเด็นด้านจริยธรรม
- 5) การมีทักษะในการสื่อสารที่ดี เมื่อต้องมีการพูดคุยและให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุและครอบครัว
- 6) ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการต่างๆ ทั้งที่บ้าน สถานดูแลระยะยาว โรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้าย
- 7) ให้ความใส่ใจเป็นพิเศษในช่วงของการเปลี่ยนผ่านการดูแลระหว่างสถานบริการ เพื่อความมั่นใจว่าแผนการดูแลและเป้าหมายในการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการจะได้รับการดำรงไว้ และตอบสนองเมื่อต้องเปลี่ยนสถานที่ในการดูแล
- 8) มีระบบสนับสนุนครอบครัวในการเผชิญกับภาระในการดูแล

2.5.1 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคอง ตามผลการประเมิน PPS มีรายละเอียดดังนี้ (วัฒนา นาวาเจริญ และคณะ, 2557; สำนักการพยาบาล, 2559; สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2557)

- 2.5.1.1 ประเมินอาการอาการแสดง และความก้าวหน้าของโรค
- 2.5.1.2 ประเมินและจัดการอาการรบกวนทางกาย/ความทุกข์ทรมาน/ความไม่สุขสบาย เช่นอาการปวด หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ
- 2.5.1.3 ประเมินและจัดการอาการรบกวนทางจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ โดยนำวิธีการหลากหลาย เพื่อช่วยให้มีการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ
- 2.5.1.4 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวด้านสังคม วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความเชื่อและความศรัทธาสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยจัดการให้มีการให้คำปรึกษา ด้านการปรับตัวทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จัดให้มีกิจกรรม

สนทนาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหา (Family Meeting) เป็นต้น

2.5.1.5 ประเมินการรับรู้ (perception) และความเข้าใจของ ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์โรค ความเจ็บป่วยการดำเนินการของโรค การรักษา แนวทางการพยาบาล การยอมรับได้ต่อการเจ็บป่วย และความคาดหวังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.5.1.6 ประเมินและตอบสนองความประสงค์ของผู้ป่วยหรือการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการตาย ความต้องการเกี่ยวกับการรักษาและความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต (Last Wish)

2.5.1.7 ประเมินแหล่งช่วยเหลือ เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน

2.5.1.8 ประเมินและตอบสนอง ความหวัง ความปรารถนาครั้งสุดท้ายในชีวิต รวมถึงการให้อภัยความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตาย และการทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ก่อนตาย โดยเป็นไปตามความเชื่อศรัทธา และศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว

2.5.1.9 สื่อสารทำความเข้าใจ (Communication) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจในเรื่องการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคแนวทางการรักษาที่มีอยู่ การตั้งเป้าหมายการรักษา เกี่ยวกับการรักษา

2.5.1.10 การแจ้งข่าวร้าย

2.5.1.11 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

2.5.1.12 ดูแลด้านภาวะโภชนาการ ให้อาหารแต่ละมื้อ จำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง

2.5.1.13 ประเมินการเจ็บป่วย การดำเนินการของโรคร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

2.5.1.14 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden scale

2.5.1.15 อำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี สงบเงียบ

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคอง ในปัจจุบันจะเป็นการดูแลตามผลการประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะยังไม่ได้มีการลงรายละเอียดถึงแนวทางเพื่อให้พยาบาลได้มีการปฏิบัติการดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาผสมผสานเพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสุขสบายต่อไป

2.5.2 บทบาทของพยาบาลในดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคอง มีดังนี้ (Csorba, 2017)

2.5.1.1 ประเมินสภาวะและอาการต่างๆของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การจัดการอาการ

2.5.1.2 การสอนผู้ป่วย ครอบครัว และทีมดูแล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้

2.5.1.3 การให้คำปรึกษา พุดคุยในเรื่องต่างๆที่จะเกิดขึ้นในการเจ็บป่วย การดูแลเพื่อช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมที่ดูแล

2.5.1.4 การบริหารจัดการ การวางแผนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รวมถึงการสอนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับบ้าน

2.5.1.5 ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการ เช่นการจัดการอาการปวด ด้วยการให้ยา การใช้เวลาในการพักผ่อนหรือการสนทนาเพื่อให้คำปรึกษา

2.5.1.6 การดูแลในแต่ละระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนถึงระยะท้าย การดูแลครอบครัวในภาวะสูญเสีย โศกเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคองและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในบริบท โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี (ถวิล กลิ่นวิมล และคณะ, 2559) มีดังนี้

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเหมาะสมและมีความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากการปวด

มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคแทรกซ้อน

มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและฆ่าตัวตาย

มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยตายอย่างมีศักดิ์ศรีและได้รับความเคารพเยี่ยงบุคคล

มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบ

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคองนั้นจะเกี่ยวข้องกับบทบาทและเป็นแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่มีลักษณะกว้างๆ ให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ โดยยังไม่ได้มีการลงรายละเอียดการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งจึงยังคงต้องพัฒนาเพื่อหา รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นแนวทางให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งนี้โปรแกรมการพยาบาล ประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดได้อธิบายถึงรายละเอียดในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาล ได้สามารถให้การดูแลได้อย่างชัดเจนมากขึ้นและส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบ ประคับประคองต่อไป

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสุขสบาย

3.1 ความหมายของความสุขสบาย

“ความสุขสบาย” เป็นคำที่มีต้นกำเนิดมาจากภาษา Latin ซึ่งใช้ว่า Confortaire หรือ Confortare โดยมีความหมายตามรูปศัพท์ว่า ทำให้แข็งแรงขึ้นอย่างมาก (Kolcaba, 2003) และจากคำนิยามของ Oxford English Dictionary (2018) ได้ให้ความหมายของความสุขสบายไว้หลายความหมาย ได้แก่ สภาวะของความเป็นอิสระจากความปวด ความแข็งแรง (Strengthening) ภาวะความผาสุก (well-being) การกระตุ้นให้ทำบางสิ่งบางอย่าง (Incitement) การให้ความช่วยเหลือ (Aid/ Succor) การให้ความสนับสนุน (Support)

Kolcaba (2003) กล่าวว่า ความสุขสบาย หมายถึง ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งตามความต้องการ (Need) ที่เกิดขึ้นระหว่างการช่วยเหลือบรรเทา (Relief) การทำให้สงบผ่อนคลาย (Ease) และการก้าวผ่านปัญหา (Transcendence) ในบริบทของความสุขสบายด้านร่างกาย ร่างกาย (Physical Comfort) ความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) ความสุขสบายด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) ซึ่งเป็นความสุขสบายอย่างเป็นองค์รวม (Holistic Comfort) ความสุขสบายได้ถูกนำมาใช้เป็นมาตรฐานหนึ่งในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยหลักการสำคัญและข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีความสุขสบายดังนี้

1) พยาบาลต้องสามารถบ่งชี้ความต้องการความสุขสบายที่ผู้ป่วยต้องการได้

2) พยาบาลและทีมสุขภาพร่วมกันค้นหารูปแบบการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือตอบสนองความต้องการความสุขสบาย

3) ต้องมีการจัดการกับตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อความสุขสบาย

4) หากการบำบัดทางการพยาบาลที่จัดให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์อย่างทันทีทันใดคือ ผู้ป่วยมีระดับความสุขสบายเพิ่มมากขึ้น

5) หากพยาบาลและผู้ป่วยมีความเห็นพ้องต้องกันเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วย ก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการณ์มีสุขภาพดี (Health Seeking Behaviors)

6) หากผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหามากขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการณ์มีสุขภาพดีในอนาคตด้วย

ทฤษฎีความสุขสบายสามารถประยุกต์ใช้กับประชากรได้ทุกกลุ่ม ในสถานการณ์ที่หลากหลายทั้งผู้ป่วย-ครอบครัว และพยาบาลที่ดูแล โดยผสมผสานลักษณะความสุขสบายทั้ง 3 ชนิด คือการบรรเทา (Relief) มีความสบาย (Ease) และการก้าวผ่านจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) ร่วมกับบริบทที่เกิดขึ้น คือความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort)

ความสุขสบายด้านจิตใจจิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) ความสุขสบายด้านสังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Comfort) เป็นความสุขสบายที่จะเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยสามารถแบ่งคุณลักษณะของความสุขสบาย (Siefert, 2002) ได้ดังนี้

1) การติดต่อสื่อสาร การพูดคุยและการสัมผัส เป็น 2 ส่วนหลักของกิจกรรมเพื่อความสุขสบาย รองลงมา คือ การปลอบประโลมใจและการรับฟัง การฟัง การสัมผัส และการพูดคุย มีระดับที่แตกต่างกัน มีความยืดหยุ่น ซึ่งขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และบริบทเหตุการณ์ขณะนั้น

2) ครอบครัวและความสัมพันธ์ เป็นคุณลักษณะสำคัญของความสุขสบาย มีการศึกษาต่างๆที่กล่าวถึงว่า ความสามารถในการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย การอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และเพื่อนฝูง และความสามารถในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามปกติ จะทำให้เกิดความสุขสบายทางด้านจิตใจ

3) การคงไว้ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวัน การรักษาระดับความแข็งแรง ความสามารถในการทำกิจกรรมตามปกติ รวมถึงกิจกรรมทางสังคมที่มีประโยชน์ ถือเป็นคุณลักษณะของความสุขสบาย

4) คุณลักษณะส่วนบุคคล เมื่อมีคนกล่าวว่ารู้สึกสบายหรือรู้สึกสบายใจ ความมั่นใจในตนเอง การควบคุมความรู้สึกเป็นอิสระการติดต่อกับตัวเอง ความรู้สึกผ่อนคลาย ความรู้สึกกล้าหาญ ความรู้สึกความแข็งแรงและความยั่งยืน เป็นลักษณะที่พบบ่อยที่สุดเกี่ยวกับความสุขสบาย

5) การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ความไม่สุขสบายที่เกิดจากด้านร่างกายและจิตใจของ เช่น ความเจ็บปวด ความเมื่อยล้าและการนอนหลับ การสัมผัส ถือเป็นกิจกรรมที่สามารถบรรเทาอาการไม่สุขสบายได้ เช่น ระดับความเครียดลดลง และความวิตกกังวลลดลง และเกิดความรู้สึกของการผ่อนคลายหรือรู้สึกสบายใจ

6) กิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งรวมถึงการสวดอ้อนวอน ทำให้เกิดความรู้สึกสงบ ได้รับการอ้างถึงว่าเป็นคุณลักษณะแห่งความสุข

7) ความรู้สึกปลอดภัย คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการรู้สึกสบายใจกับการพึ่งพาผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถและสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้

สรุปได้ว่า ความสุขสบายหมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้รับการตอบสนองโดยได้รับการบรรเทา ให้มีความผ่อนคลาย ปราศจากความทุกข์ทรมาน และได้รับ

ความสุข ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ – จิตวิญญาณ ด้านสังคม- วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม

3.2 มิติของความสุขสบาย (Taxonomic structure of comfort)

มิติของความสุขสบายมีประโยชน์สำหรับประเมินความต้องการด้านความสุขสบาย (Comfort Needs) การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการ (Needs) การประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลที่ส่งเสริมความสุขสบาย (Enhance Comfort) การวัดความสุขสบายของผู้ป่วย (Measuring Patient's Comfort) สำหรับการวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาล (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2554) และ Kolcaba (2003) ได้อธิบายโครงสร้างของความสุขสบายไว้ว่าประกอบไปด้วยลักษณะของความสุขสบายใน 2 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 กล่าวถึง ชนิดของความสุขสบาย (Types of comfort) ประกอบด้วยความรู้สึก (Sense) 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การได้รับการบรรเทา (Relief) คือ ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการกลับคืนสู่ภาวะปกติ เมื่อความไม่สุขสบายได้รับการบรรเทาจะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพเป็นปกติ

ระดับที่ 2 มีความสบาย (Ease) คือ สภาวะของความสงบหรือการมีความสุข ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของร่างกาย

ระดับที่ 3 การก้าวผ่านจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) คือ สภาวะที่บุคคลสามารถหาวิธีการต่าง ๆ จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อช่วยให้ตนเองอยู่เหนือความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นระดับสูงสุด

มิติที่ 2 กล่าวถึง บริบทของความสุขสบาย (Contexts in which comfort is experienced) หมายถึง ภาวะที่บุคคลประสบกับความสุขสบายหรือเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 4 บริบท ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Comfort) เป็นความรู้สึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่นความเจ็บปวด

2. ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) เป็นการตระหนักถึงตนรวมไปถึงความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความคิดและสิ่งที่มีความหมายในชีวิต

3. ด้านสังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลครอบครัว และสังคม

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) เป็นปัจจัยภายนอกทั้งสิ่งที่เป็นธรรมชาติและสิ่งที่สร้างขึ้นมา เช่น ลักษณะสถานที่ เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ และกลิ่น เป็นต้น

	การช่วยเหลือ บรรเทา (Relief)	การทำให้สงบ ผ่อนคลาย (Ease)	การทำให้ก้าว ผ่านปัญหา (Transcendence)
ด้านร่างกาย (Physical Comfort)			
ด้านจิตใจ- จิตวิญญาณ (Psycho- spiritual Comfort)			
ด้านสังคม- วัฒนธรรม (Sociocultural Comfort)			
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort)			

ภาพที่ 2 Comfort theory subtracted. from the theory of Human Press Note.

From Comfort Theory and Practice(p. 81) by Kolcaba, 2003, New York: Tri-Graphic Printing Company. Copyright 2003 by Springer Publishing Company

สรุปได้ว่า มิติของความสบาย นั้นมีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยในมิติที่ 1 เป็นระดับของความต้องการความสบายที่ได้รับและไม่ได้รับการตอบสนอง โดยมีระดับต่ำสุดจนถึงระดับสูงสุดตามลำดับดังนี้คือ การได้รับการบรรเทา (Relief) มีความสบาย (Ease) และการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) และมีความสัมพันธ์กับบริบทในแต่ละด้านของความสบายหรือความต้องการความสบายทั้งภายในและภายนอกร่างกายดังนี้คือ ด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual) สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) และสิ่งแวดล้อม (Environment) หากบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงความสบายเพียงเล็กน้อยและสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เอง ก็จะเกิดการบรรเทาส่งผลให้ได้รับความสุข แต่ถ้าการเปลี่ยนแปลงความสบายที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงและใช้เวลานาน บุคคลจะพัฒนาตนเองจากสภาพที่เกิดขึ้น โดยการ

ค้นหาวิธีการต่าง ๆ จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อช่วยให้ตนเองอยู่เหนือความทุกข์ทรมานที่คุกคาม เกิดการหลุดพ้น ทำให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มีดังนี้

3.3.1 อายุ ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาหนักทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีมีการปรับตัวในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้มีความสุขสบายอยู่ในระดับที่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Nural & Alkan, 2018)

3.3.2 อวัยวะที่เป็นโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อวัยวะที่เกิดโรคมะเร็งที่ต่างกัน จะมีการรักษาที่แตกต่างกัน การเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาก็จะต่างกัน (พงทอง ไกรพิบูลย์, 2557) และอาการที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลต่อความต้องการในการตอบสนองความสุขสบายทางด้านร่างกายที่แตกต่างกันไปตามสภาวะของแต่ละบุคคล (Nural & Alkan, 2018; Kim & Kwon, 2007)

3.3.3 สภาวะด้านร่างกายและอาการต่างๆที่เกิดจากโรค (Physical functioning and Symptom) โดยอาการที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อความต้องการในการตอบสนองความสุขสบายทางด้านร่างกายที่แตกต่างกันไปตามสภาวะของแต่ละบุคคล (Kim & Kwon, 2007)

3.3.4 การได้รับการสื่อสารที่ดีจากพยาบาลและแพทย์ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายของ Nural & Alkan (2018) พบว่า ผู้ที่ได้รับการสื่อสารที่ดีจากทีมแพทย์และพยาบาลจะทำให้ระดับความสุขสบายอยู่ในระดับสูง เพราะเมื่อได้รับการสื่อสารที่ดีจะเกิดการตอบสนองความต้องการและความรู้สึกพึงพอใจที่ช่วยเพิ่มระดับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

3.3.5 การได้รับการเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอจากญาติและเจ้าหน้าที่จะมีระดับความสุขสบายอยู่ในระดับสูง (Nural & Alkan, 2018) เพราะเมื่อได้รับการเยี่ยมเยียนจะทำให้เกิดการรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการและความรู้สึกพึงพอใจที่ช่วยเพิ่มระดับความสุขสบาย

3.3.6 การสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขสบาย (Cheng & Wang, 2014; Kim & Kwon, 2007; สายนที วัฒนธรรม, 2559) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับการดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ ไว้วางใจ จนเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งความช่วยเหลือที่ได้รับประกอบด้วย ทางด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับนับถือ จากบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม จนเกิดความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่ง

ของสังคมสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเครียด หรือการเจ็บป่วยได้ จึงส่งผลต่อความสุขสบายด้านจิตใจและจิตสังคม

3.3.7 สภาวะอารมณ์ด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สภาวะอารมณ์ด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขสบาย (Kim & Kwon, 2007) กล่าวคือหากบุคคลได้รับผลกระทบทางด้านสภาวะอารมณ์จิตใจก็จะส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการและความรู้สึกพึงพอใจที่ช่วยเพิ่มระดับความสุขสบายนั่นเอง

3.3.8 สิ่งแวดล้อม การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปแตกต่างจากบ้านซึ่งเป็นความเป็นอยู่เดิมทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวซึ่งจะมีผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่ามาสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านความสุขสบายทางสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยได้รับจะส่งผลต่อความภาวะสุขภาพที่ดีของร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม และวัฒนธรรม (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Tanatwanit (2011) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมของสถานบริการ เช่นการนอนรวมกันและใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่น ซึ่งสิ่งรบกวนเหล่านี้ก็ผลต่อความสุขสบายของผู้สูงอายุเช่นกัน

ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ล้วนส่งผลต่อความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งต้องการได้รับการตอบสนองต่อความสุขสบายให้เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา มีปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาครั้งนี้คือ การทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ ไว้วางใจ จนเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ การเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ล้วนเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมความสุขสบายแต่ละด้าน โดยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายจึงมีความสำคัญเป็นการดูแลแบบองค์ ซึ่งรวมเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล โดยใช้การประเมินความต้องการความสุขสบายอย่างเป็นองค์รวมต่อไป

3.4 การประเมินความสุขสบาย

ความสุขสบายเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถประเมินได้หลายวิธีดังนี้

3.4.1 ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการประเมินความสุขสบายจากการแสดงออกของบุคคล ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย ร้องไห้ ถอนหายใจ การแสดงสีหน้า ตีใจเสียใจหรือเกิดความเจ็บปวด ซึ่งอาจใช้ร่วมกับวิธีสอบถามจากการรับรู้ของบุคคลนั้น โดยตรงร่วมกับการซักถามจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย การประเมินโดยวิธีนี้จำเป็นในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ (Hurley et al., 1992)

3.4.2 การรายงานโดยผู้ป่วยเอง เป็นการประเมินความทุกข์สบายซึ่งเป็นการประเมินความทุกข์ที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบประเมินให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แบบประเมินความทุกข์สบายตามการประเมินความทุกข์สบายตามทฤษฎีของ Kolcaba (2003) มีดังต่อไปนี้

3.4.2.1 แบบสอบถามความทุกข์สบายทั่วไป (General Comfort Questionnaire) Kolcaba (2003) ได้พัฒนาแบบวัดความทุกข์สบายทั่วไปนี้ขึ้นมาจากแนวคิดของการมองโครงสร้างของความทุกข์สบายที่สัมพันธ์กันระหว่างชนิดและบริบทของความทุกข์สบาย โดยแบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อแบ่งเป็นข้อความทางบวก จำนวน 20 ข้อ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความทุกข์สบายทั่ว ๆ ไป ตามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะเวลานั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ การคิดคะแนนความทุกข์สบาย คิดคะแนนรวมทั้งชุด โดยที่คะแนนมากหมายถึงมีความทุกข์สบายมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความทุกข์สบายน้อย

3.4.2.2 มาตรวัดความทุกข์สบาย (Comfort Lines) เป็นมาตรวัดเส้นตรงในแนวตั้ง ความยาว 10 เซนติเมตร จำนวน 4 เส้น และมีข้อความกำกับที่ปลายเส้นตรงทั้ง 2 ด้าน โดยที่ด้านบนมีข้อความ “เห็นด้วยมากที่สุด” และด้านล่างมีข้อความ “ไม่เห็นด้วยมากที่สุด” และในแต่ละเส้นจะมีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ดังนั้นแบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ฉันรู้สึกว่ามีทุกข์สบายในขณะนี้ 2) ฉันมีความไม่ทุกข์สบายมากในขณะนี้ 3) ฉันรู้สึกว่ามีความสุขในขณะนี้ และ 4) ฉันรู้สึกว่ามีความแจ่มใสและเข้มแข็งในขณะนี้ การตอบแบบวัดนี้กระทำได้โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงแต่ละเส้น ตามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น

3.4.2.3 แบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Hospice Comfort Questionnaire) Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd, (2001) ได้พัฒนาแบบวัดความทุกข์สบายให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในระยะประคับประคอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 49 ข้อแบ่งเป็นข้อความทางบวก จำนวน 25 ข้อ และเป็นข้อความทางลบ จำนวน 24 ข้อ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความทุกข์สบายในขณะนั้น การคิดคะแนนความทุกข์สบาย คิดคะแนนรวมทั้งชุด โดยที่คะแนนมากหมายถึงมีความทุกข์สบายมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความทุกข์สบายน้อย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ฉบับภาษาไทย) แปลโดยยุพิน ถนัดวนิชย์ (Tanatwanit, 2011) ซึ่งพัฒนามาจาก Hospice Comfort Questionnaire (Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd, 2001) โดยแบบสอบถามประกอบด้วยความทุกข์สบาย 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual) สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) และสิ่งแวดล้อม (Environment) แบบประเมินนี้ผู้แปลใช้ในการประเมินความทุกข์สบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปี 2554 โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทย

และหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 49 ข้อแบ่งเป็น ข้อความทางบวก จำนวน 25 ข้อ และเป็นข้อความทางลบ จำนวน 24 ข้อ เป็นการประเมินเกี่ยวกับ ความสุขสบาย ตามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะเวลานั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ (ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก ระดับ 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับ 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก) การคิดคะแนนความสุขสบาย คิดคะแนนรวมทั้งชุด โดยที่คะแนนมาก หมายถึงมีความสุขสบายมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความสุขสบายน้อย

4. แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

4.1 ความเป็นมาของแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

Humanitude มาจากคำว่า “human (มนุษย์) และ attitude (ทัศนคติ)” ซึ่งหมายถึง ของขวัญ หรือ มรดกตกทอด ในวิวัฒนาการที่มนุษย์สร้างขึ้นและได้ส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่น โดยตระหนักถึงความเป็นตัวตนโดยตระหนักถึงความเป็นตัวตนและยังสามารถแบ่งปันผลประโยชน์อันไม่มีที่สิ้นสุดและเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจมากที่สุด คือ มนุษย์สามารถเดินด้วยสองเท้า สามารถพูด และสามารถตั้งคำถาม และค้นคว้าหาคำตอบได้ (Gineste & Marescotti, 2008) หรือให้ความหมายได้ว่า human บวกกับคำว่า attitude คือ บุคคลต้องมีทัศนคติในการมองมนุษย์ว่าเป็นมนุษย์ ไม่ใช่วัตถุสิ่งของ เข้าใจในความเป็นมนุษย์ ที่ต้องการความรัก ความเข้าใจ

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คือ การดูแลด้วยความเข้าใจในความเป็นมนุษย์โดยใช้ความรัก ความเมตตา โดยการดูแลเอาใจใส่ที่ดีด้วยความอ่อนโยนในการดูแลผู้สูงอายุ

4.2 ปรัชญาของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

แนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1980 โดยนักข่าวชื่อ Freddy Klipfenstein ที่ได้บัญญัติคำว่า Humanitude ขึ้น และต่อมาและต่อมาในปี ค.ศ. 1987 นักปรัชญาชาวฝรั่งเศสชื่อ Albert Jacquard ได้ให้คำนิยามของฮิวแมนนิจูดในเชิงมานุษยวิทยาว่า “ฮิวแมนนิจูดเป็นของขวัญที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดของมนุษย์และยังสามารถถ่ายทอดให้กับผู้อื่น ได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด” (Queirós et al., 2017) หลังจากนั้นในปี ค.ศ.1995 Yves Gineste and Rosette Marescotti ชาวฝรั่งเศส ได้กำหนดแนวคิดนี้เป็นแนวคิดทางปรัชญา (philosophy of humanitude) โดยมีแนวคิดที่ว่าวิวัฒนาการของมนุษย์คือการคงอยู่ (existence) และความสามารถแบ่งปันเพื่อให้เกิดประโยชน์อันไม่มีที่สิ้นสุด มนุษย์มีลักษณะเฉพาะ มีความแตกต่างจากสัตว์ ได้แก่ มนุษย์สามารถยืนหรือเดินด้วยสองเท้า มีลำตัวตั้งตรง (Verticality) มีการมองสบตา (Eye contact) สามารถพูด (Speech) ยิ้ม (Smiling) หรือหัวเราะ (laughing) มี

สติปัญญา (Intelligence) มีความสามารถสัมผัสผู้อื่น (The capacity to touch the other) มีครอบครัว (The family group) มีการรับประทานอาหารเป็นมือ (Meals) มีการเข้าสังคม (socialization) มีความต้องการ/ปรารถนา ความรู้สึกถึงความเป็นตัวตน ต้องการการยอมรับ การได้รับความเคารพจากบุคคลอื่นและนำได้นำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งได้รับความนิยมนานกว่า 30 ปี (Phaneuf, 2007) ปัจจุบันมีการก่อตั้งเป็นสถาบันฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ภายใต้ชื่อว่า Institute Gineste-Marescotti [IGM] ในประเทศฝรั่งเศส และเผยแพร่ไปยังประเทศต่าง ๆ ได้แก่ แคนาดา สวิสเซอร์แลนด์ เบลเยียม ลักซิมเบิร์ก เยอรมันนี โปรตุเกส อิตาลี และประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น (Faligant, 2014)

การดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจใน ความเป็นมนุษย์หรือเอกบุคล โดยอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต ด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา และความอ่อนโยน เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุจนวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการดูแลนั้นมีจุดประสงค์เพื่อที่จะช่วยเหลือให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (improve) คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (maintain it) การอยู่เป็นเพื่อน ในรายที่มีการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิตโดยไม่ทำลายภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น (to accompany him up to death) (IGM, 2018)

ปรัชญาของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีจุดมุ่งหมายคือ การเรียนรู้ ฝึกฝน เทคนิค เพื่อนำไปสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ และถ่ายทอดความอ่อนโยนไปยังผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการดูแลได้รับความสุขสบายต่อไป

4.3 องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดได้ถูกพัฒนามาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก (coma) หรือลักษณะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้ผู้ดูแลเป็นสื่อกลางการถ่ายทอดความอ่อนโยนจากผู้ดูแลไปสู่ผู้ป่วย ทั้งในโรงพยาบาล ในบ้านหรือในชุมชน โดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล โดยให้การดูแลด้วย ความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา (humaneness) และความอ่อนโยน (tenderness) รวมทั้ง ยกย่องหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ (self - sufficiency) เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุจนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (Gineste & Marescotti, 2008) ดังนี้

4.3.1 การมอง (Gaze) คือ การติดต่อสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ลักษณะการมองมองสบตาต้องเป็นธรรมชาติ แสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีที่มีต่อผู้สูงอายุ ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี การมองสบตา เป็นการเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพ โดยการมองสบตาหรือการมองผู้ป่วย ด้วยความรัก ความเมตตา เป็นการแสดงถึงการให้การยอมรับและตระหนักว่าคนๆ นี้มีตัวตนอยู่จริง ให้ความสนใจและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลหรือผู้ดูแลควรตระหนัก ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการมองสบตาอย่างอบอุ่นจากพยาบาลเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ผู้ป่วยทางจิตเวช ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เนื่องจากการมองสบตาเป็นการกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในตนเอง การมองสบตาผู้สูงอายุขณะสนทนาหรือระหว่างการให้การพยาบาล จะทำให้ผู้สูงอายุกู้ได้ว่าพยาบาลให้การยอมรับและสนใจใส่ใจในตัวผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ ซึ่งในขณะเดียวกัน จะช่วยให้พยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยต่อไป (Gineste, 2017)

สรีระวิทยาของการมอง การมองจะไปกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ในสมองส่วนลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ให้หลั่งสารออกซิโทซิน (Oxytocin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความรัก (Love Hormone) และหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุขเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความรักใคร่ ผูกพัน คั่นเคย ไว้วางใจ ลดการตื่นตัว บรรเทาอาการเจ็บปวด และลดความวิตกกังวล (Phaneuf, 2007) ดังนั้นสรุปได้ว่า การมอง (Gaze) คือ การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ลักษณะการมองมองสบตาต้องเป็นธรรมชาติ แสดงถึงความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ การมองสบตาผู้สูงอายุขณะสนทนาจะทำให้ผู้สูงอายุกู้ได้ว่าพยาบาลมีความสนใจหรือใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดความผูกพัน ไว้วางใจ และผ่อนคลาย (Gineste, 2017)

4.3.2 การพูด (Speech) คือ การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูด เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิด ทักทายไปยังผู้ฟัง ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และช่วยแก้ไขความขัดแย้ง หากไม่มีคำพูด สัมพันธภาพระหว่างมนุษย์อาจลดลงเหลือเพียงการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์เท่านั้น การพูดจึงเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ที่มีติดตัวมาตั้งแต่เกิด (Gineste & Marescotti, 2008) การสื่อสารด้วยคำพูดระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยก็มี ความสำคัญเพียงพอที่พยาบาลจะคุยด้วยและพร้อมที่จะรับฟังเสมอ ถ้อยคำของพยาบาลจะช่วย ปลอบประโลมจิตใจ ทำให้เกิดความหวังที่จะมีสุขภาพดีขึ้น การชี้แนะข้อมูล และการให้กำลังใจ การกระตุ้นด้วยคำพูดของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา จะช่วยลดความเจ็บปวด และคลายความเศร้าได้ (Phaneuf, 2007) ทั้งนี้การพูดกับผู้สูงอายุต้องแสดงถึงความเคารพ ให้เกียรติ และ

ยอมรับในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ พยาบาลควรใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงทุ้ม นุ่มนวล ไม่ควรใช้ และควรพูดด้วยน้ำเสียงที่ดังขึ้นแต่ไม่ใช่การตะโกน เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจผิดว่าพยาบาลต่อว่าผู้สูงอายุและทำให้เกิดความไม่พอใจได้ (Gineste, 2017)

สรีระวิทยาของการพูด (Speech) การสื่อสารเป็นกระบวนการ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างคน 2 คนขึ้นไป โดยการสื่อสารต้องมี ทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสาร การสื่อสาร โดยใช้คำพูด (Verbal communication) เป็นการส่งพลังงาน จากตัวผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร โดย พลังงานมีจุดกำเนิดภายในสมอง เมื่อผู้ส่งสารเปล่งคำพูดออกมา เปรียบเหมือนเป็นการถ่ายทอด พลังงานจากสมองของผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารเพื่อให้ผู้รับสารรับรู้และ เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ส่งสาร ต้องการสื่อถึง ทำให้พลังงานของผู้ส่งสารลดลงไปทุกครั้งที่ส่งสาร เมื่อผู้ส่งสาร ส่งพลังงานผ่านคำพูด (Verbal message) ไปยังผู้รับสาร ถ้าผู้รับสารสามารถ เข้าใจและรับสารจากผู้ส่งสารได้จะมีการ ตอบสนองกลับมาสู่ผู้ส่งสาร (Feedback) ด้วยการแสดงออก ทางคำพูดหรือท่าทาง เพื่อแสดงถึงการ รับรู้ในสิ่งที่ผู้ส่งสารส่งไปถึง การตอบสนองกลับนี้ถือว่าเป็นการ ส่งกลับพลังงานมาให้กับผู้ส่งสาร นั้นเอง ทำให้ผู้ส่งสารมีพลังงานเพิ่มขึ้นในการสื่อสารกลับไปอย่าง ต่อเนื่อง (Gineste, 2017)

4.3.3 การสัมผัส (Touch) คือ การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดหรือ อวัจนภาษา (Nonverbal communication) เพื่อถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัส เป็น การแสดงให้เห็นถึงความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย การปลอบโยน และการ ให้กำลังใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (Phanuef, 2007; Gineste & Marescotti, 2008) การสัมผัสสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาสามารถแบ่งชนิดการสัมผัสได้ 2 ชนิด ดังนี้

4.3.3.1 การสัมผัสขณะปฏิบัติการพยาบาล (Procedural touch) คือ การสัมผัสในขณะปฏิบัติการพยาบาล ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามการรักษาและการวินิจฉัย รวมทั้งเป็นการประเมินทางการ พยาบาล เช่น การเช็ดตัว การทำแผล การพลิกตะแคงตัว การฉีดยา การจับชีพจร การวัดความดัน โลหิต เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้ อาจจะนุ่มนวลหรือรุนแรงก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ของ พยาบาล และสถานการณ์ในขณะให้การพยาบาลนั้น ๆ ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดภาวะตึงเครียด หรือวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้

4.3.1.2 การสัมผัสที่ไม่ใช่ขณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล (Non-procedural touch) คือการสัมผัสโดยมีจุดมุ่งหมายในการดูแลประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยการสัมผัสที่นุ่มนวล จะถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก เช่น ความรัก ความห่วงใย ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผ่านการสัมผัสทางกาย โดยการจับมือ แขน หรือไหล่ของผู้ป่วย ร่วมกับการมองสบตา และการพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีการตอบสนองต่อการสัมผัสในทางที่ดี ก่อให้เกิดความสุขสบาย มีกำลังใจ และรับรู้ได้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะรับฟังและให้ความช่วยเหลือ (Phaneuf, 2007)

สรีรวิทยาของการสัมผัส การสัมผัสจะกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึก (Sensory receptor) ที่กระจายอยู่ตามผิวหนังทั่วร่างกาย อวัยวะรับความรู้สึกนี้จะมี ความไวมาก แม้น้ำหนักสัมผัสเพียงเล็กน้อยก็สามารถรับรู้ความรู้สึกได้ โดยกระแส ความรู้สึกสัมผัสนั้นจะถูกส่งไปตามทางเดินของกระแสประสาทสัมผัส (Nervous Pathway) ผ่านใยประสาท (Myelin neurons) เข้าสู่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ไปสู่อะมิดาลา (Amygdala) ซึ่งอยู่ในสมองส่วนของลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม หากผู้รับสัมผัสได้รับการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน รู้สึกผ่อนคลาย และไม่แสดง พฤติกรรมก้าวร้าว หรือ การต่อต้านการดูแลที่ได้รับขณะเดียวกันการสัมผัสจะทำการส่งกระแส ประสาทไปยังสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) เพื่อส่งกระแสประสาทไปสู่สมองส่วนหน้า ส่วนซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ (Cerebral Cortex) ในส่วนของประสาทรับความรู้สึกทางกายส่วนคอร์เทกซ์ (Somatosensory cortex) ที่บริเวณสมองใหญ่กึ่งบน (Parietal lobe) เพื่อแปลผลการรับรู้ของ การสัมผัส ซึ่งประสาทรับความรู้สึกทางกายส่วนคอร์เทกซ์จะมีบริเวณรับความรู้สึกทางกาย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ทำหน้าที่ในการบอกตำแหน่งที่มีการสัมผัส และบริเวณรับความรู้สึกทางกาย และส่วนที่ ทำหน้าที่ในการบอกรายละเอียดของสิ่งที่มาสัมผัส นอกจากนี้การสัมผัสจะส่งกระแสประสาทไปยัง สมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) เพื่อกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) หลั่งสารนอร์อิพิเนพรีน (Norepinephrine) และกระตุ้นให้ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) ให้หลั่งสารอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้รับสัมผัสมีอารมณ์ดีขึ้น รู้สึกผ่อนคลาย ทำให้กล้ามเนื้อ ผ่อนคลาย ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง และเพิ่มอุณหภูมิที่ผิวหนัง ดังจะเห็น ได้ว่าการสัมผัสส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสัมผัสที่เหมาะสมจะส่งผลในด้านบวก (Gineste, 2017)

4.3.4 การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) คือ การจัดทำทางให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด การให้การพยาบาลผู้สูงอายุโดยการจัดทำทางให้ผู้สูงอายุที่นอนอยู่บนเตียงได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ลูกนั่ง ยืนหรือเดิน และการออกกำลังกาย รวมทั้งการส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง เกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง จิตใจแจ่มใส (Phaneuf, 2007) นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น เสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบการขับถ่ายและกระบวนการเผาผลาญดีขึ้น (Phaneuf, 2007) การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์ โดยมนุษย์สามารถยืนหรือเดินด้วย 2 ขา สามารถสัมผัสผู้อื่นได้ และเป็นที่มาของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน นำไปสู่พัฒนาการทางสติปัญญา เป็นจุดเริ่มต้นของวิวัฒนาการทางภาษาและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจุบันการยืนและการเดินตรงจึงกลายเป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญที่แสดงถึงความเป็นมนุษย์ (Phaneuf, 2007)

สรีระวิทยาของการจัดทำทางในแนวตั้งตรง การจัดทำทางในแนวตั้งตรง ด้วยการเดินหรือการยืน เมื่อเท้าสัมผัสกับพื้น จะมีการส่งกระแสประสาทผ่านใยประสาทไปสู่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาพลักษณ์และรูปร่างหรือลักษณะร่างกายของตนเองตามวิวัฒนาการของมนุษย์ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง ก่อให้เกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง จิตใจแจ่มใส นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดี เนื่องจากบริเวณฝ่าเท้ามีเส้นเลือดดำจำนวนมากและฝ่าเท้าจะมีลักษณะโค้ง เมื่อผู้สูงอายุมีการยืน เดิน จะมีการลงน้ำหนักไปที่เท้าทำให้เกิดแรงกดลงบนกล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นเลือด ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อหดตัว เกิดแรงกดไปที่เส้นเลือดและส่งผลทำให้เส้นเลือดดำไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น เสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบการขับถ่าย และกระบวนการเผาผลาญดีขึ้น (Gineste, 2017)

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีกลไกทางสรีระวิทยาที่จะช่วยส่งเสริมความสุขสบายให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองได้ ดังนั้นการนำมาประยุกต์ให้เข้ากับการพยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

4.4 เทคนิคดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

4.4.1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary to care) หรือการ เข้าหาและการพูดคุยทักทายเรื่องทั่วไป (ใช้เวลาประมาณ 20 วินาที)

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนการเข้าหาและพูดคุยทักทายเรื่องทั่วไป

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. การเคาะประตู (Knock Knock Knock) คือ ก่อนเข้าไปพบผู้สูงอายุทุกราย ให้ผู้ดูแลทำการเคาะประตู 3 ครั้งเป็นจังหวะ 1, 2, และ 3	ในการดูแลผู้ป่วยแบบฮิวแมนนิจูดจะคำนึงถึงพื้นที่ส่วนตัวของบุคคล(space) และ ความเป็นตัวตนของบุคคล ดังนั้นการที่จะเข้าหาผู้สูงอายุต้องมีการส่งสัญญาณเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับทราบ
2. ควรรอการตอบรับจากผู้สูงอายุเป็นเวลา 3 วินาที ก่อนจะเคาะครั้งต่อไป ทำซ้ำ 2 ครั้ง หากไม่มีเสียงตอบรับ ให้เคาะประตูอีก 1 ครั้ง แล้วเปิดประตูเข้าไปหาผู้สูงอายุ และควรเคาะที่เตียง หรือโต๊ะข้างเตียงอีกครั้ง ผู้ป่วย โต๊ะข้างเตียงหรือบริเวณใกล้เคียง	เพื่อไม่ให้เป็นการตื่นกลัว เป็นการขออนุญาตและเคารพในพื้นที่ของบุคคลนั้น รับรู้ว่ามีคนกำลังเข้ามาหา
4. เมื่อเปิดประตูเข้าไปหาผู้สูงอายุ ให้ส่งเสียง หรือกล่าวทักทายผู้ป่วย เพื่อเป็นการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุ รับรู้ว่ามีคนกำลังเข้ามาหา โดยการเข้าหา เดินเข้าไปทางด้านหน้า ไม่ควรเข้าทางด้านข้างหรือด้านหลังของผู้สูงอายุ	เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นและเกิดอาการตกใจได้

4.4.2. การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) หรือการสร้างสัมพันธภาพ สอบถามอาการ เทคนิคที่ใช้ การสบตา และ การพูดคุย (ใช้เวลาประมาณ 20 วินาที ถึง 3 นาที)

ตารางที่ 2 แสดงวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ สอบถามอาการ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. ผู้ดูแลเข้าพบผู้สูงอายุ โดยเดินเข้าทางด้านปลายเตียง และเดินไปทางด้านที่ผู้สูงอายุหันหน้าอยู่ในขณะนั้น ไม่ควรเข้าไปทางด้านหลังของผู้สูงอายุ	เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็น และเกิดการตื่นตระหนก ตกใจกลัวได้
2. เมื่อผู้ดูแลเข้าไปอยู่ทางด้านหน้าของผู้สูงอายุแล้ว และอยู่ในระดับสายตาของผู้สูงอายุ โดยพยายามมองสบตาผู้สูงอายุให้ได้ไม่ว่าผู้ป่วยอยู่ในท่าใดก็ตาม โดยใช้เทคนิคการสบตา เช่น ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเก้าอี้ในลักษณะก้มหน้า ให้ผู้ดูแลนั่งตรงด้านหน้าของผู้สูงอายุและย่อตัวลงให้ต่ำกว่า	เพื่อให้สามารถมองสบตาได้ เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ
3. เมื่อผู้ดูแลพูดคุยกับผู้สูงอายุพร้อมกับมองผู้สูงอายุ โดยใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล จังหวะของการพูดไม่เร็วหรือช้าเกินไป เป็นคำพูดที่สื่อถึงเรื่องราวดีๆ ที่แสดงให้เห็นถึงความรัก ความปรารถนาดีจากผู้ดูแล การพูดคุยชักทายเรื่องทั่วไปก่อน โดยที่ยังไม่เกี่ยวกับการพยาบาลที่จะให้กับผู้สูงอายุ	เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ นำไปสู่การให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลต่อไป

4.4.3 การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) หรือการเริ่มปฏิบัติการ พยาบาลโดยใช้ข้อประกอบการดูแลตั้งแต่ 2 องค์ประกอบขึ้นไป เทคนิคที่ใช้ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางแนวตั้งตรง (ใช้เวลาประมาณ 20 - 40 นาที)

ตารางที่ 3 แสดงวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนการเริ่มปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. ผู้ดูแลมองสบตาผู้สูงอายุตลอดโดยเทคนิคการสบตา เช่นเดียวกับขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ	เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างการดูแล
2. ผู้ดูแลพูดคุยกับผู้สูงอายุโดยใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล ไม่ตะโกนหรือตะคอกใส่ผู้สูงอายุ	เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ
3. ผู้ดูแลพูดเพื่ออธิบายขั้นตอนของการให้กิจกรรมทางการพยาบาลกับผู้สูงอายุทุกครั้งถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่เข้าใจหรือรับรู้ก็ตาม และในขณะที่พูดสายตาของผู้ดูแลยังคงมองสบตาผู้สูงอายุตลอดเวลา	เพื่อแสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่

4. การสรุปผล (Emotional Consolidation) เป็นขั้นตอนการทำอารมณ์ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยเทคนิคการสบตา การพูด การสัมผัส โดยการพูดคุยสรุปผลของการให้การพยาบาลหรือการทำกิจกรรมในครั้งนี้ การพูดคุยในเรื่องที่สนุกสนาน กิจกรรมดีๆ ที่ได้ใช้เวลาร่วมกัน (happy memory) เพื่อให้ผู้ป่วยระลึกถึง ส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น เป็นต้น

5. การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) หรือการนัดหมาย ทำกิจกรรมครั้งต่อไป หากมีสิ่งใดต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือสามารถแจ้งพยาบาลได้ เป็นขั้นตอนการสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล ผู้ดูแลทำการนัดหมายกับผู้สูงอายุในการเข้ามาดูแลครั้งถัดไป และแจ้งผู้สูงอายุหากมีสิ่งใดต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือ สามารถแจ้งพยาบาลได้

เทคนิคดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 5 ขั้นตอนจะเป็นส่วนช่วยในการสร้างสัมพันธภาพและการให้การพยาบาลกับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ และยังช่วยส่งเสริมความสุขสบายทางด้านจิตใจให้กับผู้สูงอายุได้อีกด้วย

ตารางที่ 4 การประยุกต์องค์ประกอบการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด หลักการทางสรีระวิทยาของแนวคิดทฤษฎีกับกิจกรรมการดูแลที่ส่งผลต่อความสุขสบาย

องค์ประกอบการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด	สรีระวิทยาที่ส่งผลต่อความสุขสบาย	กิจกรรมในโปรแกรม	เหตุผล
<p>การมอง เป็นการสื่อสารผ่านทางสายตาที่แสดงถึงอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่งของการสื่อสารที่จะแสดงให้เห็นถึงการแสดงความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกดี ๆ</p> <p>การมองในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คือ การมองที่ส่งสายตายด้วยความรัก ความอ่อนโยน ห่วงใย มองใกล้ๆ มองนานในเวลาที่อยู่ดูแล มองระดับขนานสายตากับกัน</p>	<p>สรีระวิทยาของการมอง</p> <p>เมื่อมองแบบฮิวแมนนิจูดแล้ว จะช่วยให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก และจะเกิดการหลั่งสารออกซิโทซิน (Oxytocin) เพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ รู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลต่อความสุขสบายด้านจิตใจ</p>	<p>1. เข้าหาผู้สูงอายุในด้านที่ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน เช่น ถ้าผู้สูงอายุนอนบนเตียงให้เข้าหาทางปลายเตียง ถ้าผู้สูงอายุนั่งอยู่ให้เข้าหาทางด้านหน้า</p> <p>2. เมื่อเข้าหาผู้สูงอายุแล้วให้นั่งหรือยืนในระดับเดียวกัน ที่สามารถมองตาได้</p> <p>3. ในการเลือกข้างที่จะให้การดูแล ควรเข้าหาผู้สูงอายุในด้านที่สามารถจะมองตา ได้มากที่สุด</p> <p>4. ระยะเวลาในการมองสบตา ควร มอง สบ ตา ผู้ สูง อายู ตลอดเวลาที่ให้การดูแล เช่น ระหว่างอาบน้ำ รับประทานอาหาร ระหว่างการสนทนา เป็นต้น</p>	<p>เพราะทำให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นและจะไม่เกิดอาการตื่นตระหนก ตกใจ กลัวได้</p> <p>การมองในแนวเดียวกัน แสดงถึงความเท่าเทียมกัน เพื่อให้มีโอกาสได้เกิดปฏิสัมพันธ์ในการดูแล</p> <p>เพื่อแสดงถึงความอ่อนโยน เอาใจใส่</p>
<p>การพูด</p> <p>เป็นการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่เป็นมิตร เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยถ้อยคำที่จริงใจ ปลอดภัย ส่งเสริมกำลังใจ</p>	<p>สรีระวิทยาของการพูด</p> <p>การสื่อสารโดยใช้คำพูดเป็นการส่งพลังงานจากตัวผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร โดยพลังงานมีจุดกำเนิดภายในสมอง เมื่อผู้ส่งสารเปล่งคำพูดออกมาเปรียบเสมือนเป็นการถ่ายทอดพลังงานจาก</p>	<p>1. กล่าวทักทายผู้สูงอายุ แนะนำตนเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ให้ทราบถึงกิจกรรมการดูแล</p> <p>2. ใช้โทนเสียงต่ำ มีน้ำเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวล มีจังหวะ ไม่เร็วหรือช้าเกินไป พูดชัดๆ ช้าๆ</p>	<p>เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <p>แสดงถึงความใส่ใจ</p> <p>ขณะพูดคุย</p>

องค์ประกอบการดูแล แบบฮิวแมนนิจูด	สรีรวิทยาที่ส่งผล ต่อความสุขสบาย	กิจกรรมในโปรแกรม	เหตุผล
<p>การพูดในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดคือ</p> <p>พูดด้วยกับผู้ฟัง น้ำเสียง อ่อนหวาน อ่อนโยน</p> <p>พูดในสิ่งที่ดี ๆ ส่งเสริมกำลังใจ บอกสิ่งที่กำลังจะทำ</p> <p>พูดใกล้ชิดในกรณีที่มีการได้ยินบกพร่อง</p> <p>พูดจาไพเราะ น้ำเสียงอ่อนโยน มีจังหวะ</p> <p>พูดชัดๆ ซ้ำๆ มีความใส่ใจในการพูด</p>	<p>สมองของผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารเพื่อให้ผู้รับสารรับรู้และ เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ส่งสารต้องการ สื่อถึงผู้รับสาร ซึ่งการพูดแบบฮิวแมนนิจูด เป็นการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่เป็นมิตร เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ด้วยถ้อยคำที่จริงใจ ปลอดภัย ส่งเสริมกำลังใจ ทำให้ผู้รับสารแปลความได้เป็นสิ่งที่ดี ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลต่อความสุขสบายด้านจิตใจ และสังคม</p>	<p>3. การพูดกับผู้สูงอายุ ควรเป็นคำพูดเชิงบวก เช่น การชื่นชม การให้กำลังใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และจริงใจ</p> <p>4. กรณีผู้สูงอายุทำผิดพลาด ไม่ควรกล่าวโทษ หรือตำหนิ ให้ชี้แจงด้วยเหตุผล</p> <p>5. มีปฏิสัมพันธ์ตลอดการให้การดูแล โดยกระทำร่วมกับการใช้เทคนิค การมอง การสัมผัส ควบคู่ไปด้วยกัน เช่น อธิบาย ขั้นตอนการให้การดูแล กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เป็นต้น</p>	<p>เพื่อส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ เป็นการแสดงถึงความเคารพในผู้สูงอายุ</p> <p>เพื่อเป็นการเคารพในความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์</p> <p>เพื่อแสดงออกถึงความใส่ใจ และส่งเสริมให้เกิดความสุขสบาย</p>
<p>การสัมผัส คือ การสื่อสารผ่านทางร่างกายเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปยังผู้รับการสัมผัส เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความห่วงใย</p>	<p>สรีรวิทยาของการสัมผัส</p> <p>ซึ่งการสัมผัสจะกระตุ้นการทำงานของสมองและส่งกระแสไฟฟ้าผ่านเยื่อ myelin neurons ไปที่สมองส่วนทาลามัส และส่งต่อไปที่ส่วนคอร์เทกซ์สมองส่วนหน้า และ amygdala ที่ทำหน้าที่ในการรับรู้ด้านอารมณ์</p>	<p>1. ควรมีการพูดคุยหรือ/และ มองตาผู้สูงอายุก่อนที่จะเข้าไปสัมผัส</p> <p>2. วางมือแบบเบาๆ ในลักษณะกางนิ้ว มือออก ด้วยน้ำหนักมือที่พอดีไม่หนักหรือเบาเกินไป โดยไม่กด หรือจับกุม</p>	<p>เป็นการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุทราบ จะไม่เกิดความตระหนกหรือตกใจ</p> <p>เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกดี มีความสุข ไม่ต่อต้านในการให้การดูแล</p>

องค์ประกอบการดูแล แบบฮิวแมนนิจูด	สรีรวิทยาที่ส่งผล ต่อความสุขสบาย	กิจกรรมในโปรแกรม	เหตุผล
<p>การสัมผัสในการ ดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คือ</p> <p>สัมผัสด้วย ความอ่อนโยนและ นุ่มนวล มีความสุข สัมผัสแบบ กว้างๆ นุ่มนวล ช้าๆ อย่างต่อเนื่อง ทะนุ ถนอมใช้การประคอง</p>	<p>หากการสัมผัสที่นุ่มนวล และอ่อนโยนจะทำให้ผู้รับ การสัมผัสผ่อนคลาย เป็นการส่งเสริมความสุข สบายทางด้านร่างกาย และจิตใจ</p>	<p>3. สัมผัสเป็นบริเวณกว้างๆ ด้วยน้ำหนักมือที่พอดีไม่หนัก หรือเบาเกินไป โดยการสัมผัสนี้ จะทำอย่างต่อเนื่องและทะนุ ถนอม ไม่มีการยกมือออกจาก อวัยวะที่สัมผัส</p> <p>4. หากต้องการถอยมือออก จากอวัยวะที่สัมผัส ให้ปฏิบัติ โดยก่อนที่จะถอยมือออกก็ จะต้องค่อยๆ ถอยออกไป คล้าย กับเวลาเครื่องบินจะขึ้น (land out)</p> <p>5. หลีกเลี่ยงการจับกุมข้อมือ หรือบริเวณอื่นๆ ของร่างกายทำ ได้โดยใช้มือประคองจาก ด้านล่าง และใช้มืออีกข้างช่วย ประคอง</p>	<p>ความต่อเนื่องจะทำให้ ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึง ความสุขสบาย</p> <p>เป็นการส่งสัญญาณ ให้ผู้สูงอายุทราบ จะ ได้ไม่เกิด ความ ตระหนกหรือตกใจ</p> <p>สมองจะรับรู้ ว่า เหมือนการถูกจับกุม ทำให้ผู้สูงอายุจึงจะมี ปฏิกิริยาต่อต้าน</p>
<p>การจัดท่าทางใน แนวตั้งตรง คือการให้ ผู้สูงอายุที่อยู่บนเตียง ได้มีการขยับตัว ลุกนั่ง เดินตามความสามารถ ที่ปฏิบัติได้</p> <p>การจัดท่าทาง ในการดูแลแบบฮิว แมนนิจูด คือการให้ ผู้สูงอายุที่อยู่บนเตียง ให้มีการขยับตัวลุกนั่ง</p>	<p>สรีรวิทยาการจัดท่าทาง ในแนวตั้งตรง ด้วยการ เดินหรือการยืน เมื่อเท้า สัมผัสกับพื้น จะมีการส่ง กระแสประสาทผ่านใย ประสาทไปสู่สมองส่วน ทาลามัส (Thalamus)</p> <p>กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึง ภาพลักษณ์และรูปร่าง หรือลักษณะร่างกายของ ตนเองตามวิวัฒนาการ</p>	<p>1. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการ เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การพา เดินไปอาบน้ำที่ห้องน้ำแทนการ อาบน้ำที่เตียงผู้ป่วย การให้ รับประทานอาหารด้วยตนเอง เป็นต้น</p> <p>2. เริ่มจากให้ผู้ป่วยลุกนั่งบน เตียง</p>	<p>ในแนวคิดฮิวแมน นิจูดเชื่อว่าหากผู้ป่วย ไม่มีการลุกนั่ง ยืน เดิน ติดต่อกันเป็น ระยะเวลา 3 วันถึง 3 สัปดาห์ แล้วจะทำ ให้ผู้ป่วยสูงอายุมิ ภาวะติดเตียงเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับ รู้ถึงน้ำหนักตัวของ ตนเองก่อนที่จะลุกเด</p>

องค์ประกอบการดูแล แบบชีวแมนนิจุด	สรีรวิทยาที่ส่งผล ต่อความสบาย	กิจกรรมในโปรแกรม	เหตุผล
เดินตามความสามารถ ที่ปฏิบัติได้เพื่อกระตุ้น การทำงานของระบบ ต่างๆ ในร่างกาย	ของมนุษย์ ช่วยให้ ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเป็น มนุษย์ในตนเอง ก่อให้เกิด กำลังใจ ความหวังและ เกิดคุณค่าในตนเอง จิตใจ แจ่มใส เป็นการส่งเสริม ความสุขสบายด้านสังคม นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้น ระบบไหลเวียนโลหิตใน ร่างกายทำให้การทำงานของ ของระบบหัวใจ และ หลอดเลือดดี เนื่องจาก บริเวณฝ่าเท้ามีเส้นเลือด ดำจำนวนมากและฝ่าเท้า จะมีลักษณะโค้ง เมื่อ ผู้สูงอายุมีการยืน เดิน จะ มีการลงน้ำหนักไปที่เท้า ทำให้เกิดแรงกดลงบน กล้ามเนื้อ กระดูก และ เส้นเลือด ร่วมกับการ เคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ กล้ามเนื้อหดตัว เกิดแรง กดไปที่เส้นเลือดและ ส่งผลทำให้เส้นเลือดดำ ไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจ ได้ดีขึ้น เป็นการส่งเสริม ความสุขสบายด้าน ร่างกาย	3. ถ้าผู้สูงอายุสามารถเดินได้ เริ่มให้ยืนข้างเตียงโดยให้พยาบาล หรือผู้ดูแล 2 คน พยุงผู้ป่วยลุก ยืนแต่ให้ทั้งน้ำหนักตัวผู้ป่วยโดยที่ ผู้ดูแลไม่ต้องใช้แรงช่วยพยุงตัว ผู้ป่วยทั้งหมด	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับ รู้ถึงน้ำหนักตัวของ ตนเอง และสามารถ พยุงตัวเองให้ลุกยี่ นขึ้นเพื่อรองรับต่อ น้ำหนักตัวของตัวเอง ได้
		4. การพาผู้ป่วยเดินควร เริ่มต้นในระยะทางที่ผู้ป่วย สามารถเดินได้ เช่น ถ้าผู้ป่วย สามารถเดินได้ในระยะทาง 8 เมตร ให้ผู้ดูแลจัดโต๊ะรับประทานอาหารไว้ที่ระยะทาง 8 เมตร จากนั้นพาผู้ป่วยเดินไปยังโต๊ะ อาหาร เป็นต้น ทั้งนี้ให้ผู้ดูแลเพิ่ม ระยะทางในการเดินทุกวัน และ หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นให้หยุด พัก	เพื่อเป็นการกระตุ้น ให้ผู้สูงอายุได้เดิน ตามความสามารถ ของตนเอง

5. โปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

โปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคองซึ่งเข้ารับการรักษากายในโรงพยาบาล ผสานกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคองของโรงพยาบาล ใช้กระบวนการทางการพยาบาล ร่วมกับการปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ ดูแลแบบองค์รวม ตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลได้ผสมแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคอง มีอาการรบกวนต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลให้ความสุขสบายลดต่ำลง (Tanatwanit, 2011) ดังนั้นการให้การพยาบาลที่จะส่งเสริมให้เกิดความสุขสบายนั้นจึงต้องคำนึงถึงความถี่ และระยะเวลาของการให้การพยาบาลที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีความคล้ายคลึงกันทั้งเรื่องของตัวแปรตามและการพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Kolcaba, et al, 2004) โดยผลการวิจัยเสนอแนะให้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 10 วัน และได้ศึกษาสิ่งที่จัดกระทำคือ การพยาบาลโดยแนวคิดฮิวแมนนิจูด (อัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตู, 2560) ที่ให้การดูแลโดยใช้ระยะเวลา 3 วัน จึงสรุปได้ว่าระยะเวลาที่เหมาะสมนั้นควรจะอยู่ระหว่าง 3 -10 วัน ดังนั้นผู้วิจัย จึงวางแผนการในการให้การพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด คือ 5 วัน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาแบบประคองที่อาการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในระยะนี้ (ศุภญ์การุณรักษ์, 2561) และในแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยได้บูรณาการกิจกรรมการดูแลโดยนำหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไป และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไปพร้อมๆกัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้แก่

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และประเมินผู้ป่วยโดย

1. การประเมินความสามารถและประเมินความเต็มใจของผู้ป่วยและครอบครัว ในการตัดสินใจเรื่องการรักษาและกระบวนการดูแลแบบประคอง
2. ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแล พร้อมทั้งปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบประคอง (ใช้เวลา 20-30 นาที)

ครั้งที่ 2-5 (วันที่ 2-5) เป็นการให้การพยาบาลระดับประคองเพื่อส่งเสริมความสุขสบายซึ่งขั้นตอนนี้จะนำแนวคิดทั้ง 4 องค์ประกอบ มาผสมผสานในขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การพูด (Speech) , การมอง (Gaze) , การสัมผัส (Touch), การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล โดยกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้แก่

1.การเข้าหาผู้ป่วยและการพูดคุยทักทาย เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและประเมินอาการความต้องการของผู้ป่วย โดยการผสมผสานองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล

2.การประเมินสัญญาณชีพและอาการรบกวนต่างๆ เป็นกิจกรรมที่ประเมินอาการและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การจัดการอาการ โดยการผสมผสานองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล

3.การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เป็นกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยในการจัดการอาการรบกวนต่างๆ ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยการผสมผสานองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล

4.การดูแลเรื่อง spiritual and psychosocial support เป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด

5.การดูแลด้านโภชนาการ เป็นการช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหารตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด

6.การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นการช่วยเหลือในเรื่องการอาบน้ำ เช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกายตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด

7.การจัดท่าและการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นจัดให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

โดยทั้ง 7 กิจกรรมนี้จะดำเนินการในทุกๆวันที่ให้การดูแลตามความพร้อมของผู้ป่วย (ใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมประมาณ 20-30 นาที)

ครั้งที่ 3 (วันที่ 5) กิจกรรมการดูแลเช่นเดียวกับวันที่ 2-5 จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและมอบสมุดดูแลอย่างไรให้...สุขสบาย (ใช้เวลา 20-30 นาที)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สาयอนที วัฒนธรรม, วารี กังใจ, และชมนาด สุ่มเงิน (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสุขสบายทั่วไป ที่มีค่าความเชื่อมั่น .83 ผลการวิจัยพบว่า ความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย (48.77 SD = 5.41) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขสบายในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุพิน ถนัดวินชัย และนนทกร ดำนงค์ (2561) ศึกษารูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสบายและความไม่สุขสบายใน 4 บริบท ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ด้านร่างกายมากที่สุด ส่วนความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อมนั้น ยังได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์/พยาบาลไม่เพียงพอ และผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่ คือ การบรรเทาความไม่สุขสบาย (relief) จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจไม่มาก ไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบาย มีพลังใจในการทำสิ่งต่างๆใน (Ease)

Kolcaba และ Fox (1999) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 53 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับฟังเทปการสร้างจินตภาพวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับฟังเทปการสร้างจินตภาพมีระดับความสุขสบายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kolcaba, et al (2004). ศึกษาผลของการนวดบำบัดต่อความสุขสบายในผู้ป่วยระยะท้ายในกลุ่มตัวอย่าง 31 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน กลุ่มควบคุม 15 คน โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการนวดบำบัดเพื่อส่งเสริมความสุขสบายจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมการนวดบำบัด เป็นเวลา 3 ครั้ง ในเวลา 3 สัปดาห์ วัดด้วยเครื่องมือ Hospice Comfort Questionnaire (Kolcaba, 2003) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดบำบัดมีความสุขสบายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้วิจัยได้อธิบายว่าการวิจัยนี้มีนัยสำคัญทางคลินิกเกิดขึ้น กล่าวคือผู้ที่ได้รับนวดบำบัด มีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเมื่อใกล้ถึงระยะท้าย จึงได้มีข้อเสนอแนะในการอธิบายว่า ควรลดระยะเวลาการให้การพยาบาลด้วยการนวดเป็น 1.5 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและคาดว่า การทดลองน่าจะเห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

สิรินาถ มีเจริญ (2541) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ต่อความสุขสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อเปรียบเทียบความสุขสบายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก เปรียบเทียบความสุขสบายระหว่างกลุ่มที่ใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากติดตามเยี่ยมวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น นานครั้งละ 20 นาที ติดต่อกัน 6 วัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีความสุขสบายโดยรวมเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีความสุขสบายโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

บุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ (2552) ศึกษาผลของการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 40 คน ให้การพยาบาลในโปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ และแบบสอบถามความสุขสบาย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคที่ยอมรับได้ = .82 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความสุขสบายสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Catlin, A., & Taylor-Ford, R. L. (2011) ศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิต่อความสุขสบายและความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับเรกิพลังบำบัดแบบหลอก และกลุ่มที่ได้รับเรกิพลังบำบัดตามจริง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับเรกิพลังบำบัดตามจริงมีความสุขสบายและความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งกลุ่มที่ได้รับเรกิพลังบำบัดแบบหลอกก็ยังคงมีความความสุขสบายและความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญด้วยเหมือนกัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้นไม่พบความเปลี่ยนแปลงของความสุขสบายและความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญ

Honda et al. (2013) ศึกษาประสิทธิผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลที่ประเทศญี่ปุ่น ในกลุ่มพยาบาลจำนวน 23 คน จัดให้มีการอบรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด เป็นระยะเวลา 5 วัน ภายหลังจากอบรมและนำแนวคิดฮิวแมนนิจูดมาดูแลผู้ป่วย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลมีความมั่นใจ มีความสุขในการทำงาน การสื่อสารแบบอวัจนภาษา เช่น การสัมผัสและการสบตา ช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อผ่อนคลาย เกิดความสุขสบาย ลดภาวะซึมเศร้าและอาการสับสนได้ อีกทั้งยังพบว่าช่วยให้ไม่ต้องใช้ยากับอาการทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นด้วย

Delmas (2013) ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ด้วยวิธีการดูแลตามแนวคิด Humanitude โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ อายุเฉลี่ย 85 ปี อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศฝรั่งเศส จำนวน 111 คน ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 52 และมีความยากในการให้การพยาบาล เช่น การอาบน้ำ ร้อยละ 52 โดยเป็นการฝึกอบรมให้แก่ผู้ดูแล แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 5 วัน และฝึกปฏิบัติ 3 วัน ภายใต้โปรแกรมการให้การดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วย การสบตา (Eye contact) การพูดคุย (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ใช้ระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด 7 เดือน วัดผลจากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยก่อน และหลังเข้าโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ การร้องหรือตะโกนเสียงดัง การขว้างสิ่งของ และพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาลดลงถึงร้อยละ 65 บุคลากรด้านสุขภาพและผู้ป่วยมีความ ผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น และหลังการฝึกอบรมพบว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพมีการอาบน้ำให้ผู้ป่วยอัลไซเมอร์อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 83 เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และให้ความร่วมมือในการให้การดูแล

Ito et al. (2015) ศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะสมองเสื่อม (อายุเฉลี่ย 75 ปีขึ้นไป) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้สูงอายุ ในประเทศญี่ปุ่น แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 11 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 13 คน โดยจัดให้พยาบาลหรือผู้ดูแลที่ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับการฝึกเทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude training) และนำไปใช้ในการดูแล ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลผู้ป่วยแบบเดิม เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมจากโรคสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมจากโรคสมองเสื่อมดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ ยังพบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุดีขึ้น ไม่มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หวาดระแวง และยังพบว่าความวิตกกังวลลดลง ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลรักษามากขึ้น ทำให้พยาบาลหรือผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตุ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน ทำการจับคู่ด้านอายุ เพศ และ

ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด เป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เสาวนีย์ เปรมทอง (2560) ศึกษาผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุม 22 คู่ โดยการจับคู่เพศ อายุ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ให้การพยาบาลตามโปรแกรมดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง ประเมินผลการจัดกิจกรรมภายหลัง 1 สัปดาห์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 15 -180 นาที รวม 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฉันทนันท์ พุฒิวัฒนธราดล (2560) ศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียว วัตแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 16 คู่ ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดแก่ผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย การมองสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าในแนวตั้งตรง (Verticality) หลังให้การพยาบาลตามโปรแกรมทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้งระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างต่อเนื่อง หลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่ายังไม่มีการศึกษาการนำแนวคิดการดูแลฮิวแมนนิจูดมาดูแลในผู้สูงอายุกลุ่มโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการดูแลโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาจัดเป็นโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองต่อไป

ทั้งนี้โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของGinesste & Marescotti (2008) ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลด้วยความรักและเอาใจใส่ ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล และพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างคอยช่วยเหลือดูแล เข้าใจถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญ รวมถึงเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ รู้สึกถึงความผ่อนคลาย เกิดความสุขสบายและสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความสุขสบายได้ (Phaneuf, 2007; Ginesste & Marescotti, 2008) ดังกรอบแนวคิดการวิจัยที่แสดงไว้ในภาพที่ 3

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

<p style="text-align: center;">โปรแกรมการพยาบาลระดับประคอง แบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ประยุกต์รูปแบบการพยาบาลระดับประคองตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 5 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที</p>	
องค์ประกอบของการดูแล แบบระดับประคอง (WHO, 2002)	ขั้นตอนการปฏิบัติ
<p>1. การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเรื่องการประเมินอาการต่างๆ และการจัดการอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย</p> <p>2. การรักษาอาการที่เกิดขึ้น การทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การดูแลรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาวะได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่นอนดิ ตีเตี้ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา</p> <p>3. การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ คือ การเห็นผู้ป่วยทั้งตัวตนด้านจิตสังคม และความสัมพันธ์ด้านจิตวิญญาณ มีการประเมินและช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของชีวิต</p>	<p>ครั้งที่ 1 วันที่ 1 เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>ครั้งที่ 2-5 (วันที่ 2-5) เป็นการให้การพยาบาลระดับประคองเพื่อส่งเสริมความสุขสบายซึ่งขั้นตอนนี้จะนำแนวคิดทั้ง 4 องค์ประกอบของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด มาผสมผสานในขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การพูด (Speech) , การมอง (Gaze) , การสัมผัส (Touch), การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล โดยกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้าหาผู้ป่วยและการพูดคุยทักทาย เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและประเมินอาการความต้องการของผู้ป่วย โดยการผสมองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล 2.การประเมินสัญญาณชีพและอาการรบกวนต่างๆ เป็นกิจกรรมที่ประเมินอาการและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การจัดการอาการ 3. การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เป็นกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยในการจัดการอาการรบกวนต่างๆ ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา 4. การดูแลเรื่อง spiritual and psychosocial support เป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ 5.การดูแลด้านโภชนาการ เป็นการช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหารตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด 6.การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นการช่วยเหลือในเรื่องการอาบน้ำ เช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกายตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย 7.การจัดท่าและการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นจัดให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกาย ตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม <p>ครั้งที่ 3 วันที่ 5 สิ้นสุดกิจกรรมการดูแล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และมอบคู่มือดูแลผู้ป่วยอย่างไรให้สุขสบาย</p>

→

ความสุข
สบายของ
ผู้สูงอายุ
โรคมะเร็ง
(Kolcaba,
2003)

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความทุกข์สบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) มีรูปแบบการวิจัยดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

O1 หมายถึง ความทุกข์สบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

O2 ความทุกข์สบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

O3 หมายถึง ความทุกข์สบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 หมายถึง ความทุกข์สบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง การพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เข้ารับการ

รักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเข้ารับการรักษาเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (ทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, 2562) และยังพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 44 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุม 22 คู่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) มีดังนี้

- 1.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 1.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นโรคมะเร็งได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
- 1.3 อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ในระยะประคับประคองจากการประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2) ว่ามีค่าคะแนนอยู่ในระดับ 60 คะแนนหรือต่ำกว่า (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน)
- 1.4 ไม่มีข้อจำกัดของการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น สื่อสารได้ตามปกติ
- 1.5 ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ให้สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ
- 1.6 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

- 2.1 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก
- 2.2 เสียชีวิต
- 2.3 มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หมดสติ เลือดออกมาก
- 2.4 มีความประสงค์ออกจากการวิจัย
- 2.5 เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ .80 ขนาดอิทธิพลของประชากรขนาดกลางที่ 0.50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Statistical Power Table จากตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน (Burns & Glove, 2009) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตยรรภากร, 2553) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน

ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (matched pair) เพื่อคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนได้แก่

1) อายุ (Nural & Alkan, 2018) โดยกำหนดตามช่วงวัยของผู้สูงอายุคือ วัยสูงอายุตอนต้น (ช่วงอายุตั้งแต่ 60-69 ปี) , วัยสูงอายุตอนกลาง (ช่วงอายุ 70-79 ปี), วัยสูงอายุตอนปลาย คือมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

2) อวัยวะที่เป็นโรคมะเร็ง (Kim & Kwon, 2007) เพราะอาการของการเกิดโรคจะคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะส่งผลต่ออาการทางกายและความสุขสบายที่เกิดขึ้น

3) สิ่งแวดล้อม (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006; Tanatwanit, 2011) ได้แก่ ห้องสามัญ และห้องพิเศษ

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในเชิงทดลอง และต้องมีการจับคู่ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บกลุ่มทดลองก่อน ในระหว่างดำเนินการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองไม่ครบระยะเวลาจำนวน 4 คนดังนี้ เสียชีวิต 1 คน , มีภาวะแทรกซ้อนด้วยเลือดออกมาก ต้องส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 1 คน ประสงค์ขอลกลับบ้านและเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนด 2 คน ทำให้เหลือจำนวนในกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 22 คน ซึ่งในการทดลองนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบทั้งสิ้น 22 คน โดยดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม – 7 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 22 คน ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบทดลอง (Burns & Glove, 2009) จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมต่อ

ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดการ matched pair ที่เหมาะสม จึงดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะอายุ วินิจฉัยโรคให้ตรงกับกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่นี้ต้องเลือกให้เหมาะสมกับกลุ่มทดลอง และการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ลดลง จากสถานการณ์โควิด จึงทำให้ใช้ระยะเวลาในการจับคู่เป็นเวลานานโดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 12 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2563 และในกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนดจำนวน 2 ราย เนื่องจากประสงค์ขอลกลับบ้าน และผู้วิจัยดำเนินการจับคู่ให้ตรงกับกลุ่มทดลอง รวมทั้งสิ้น 22 คู่ สรุปได้ว่าได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 44 คน โดยผลจากการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกันตามลักษณะของอายุ การวินิจฉัยโรค และสิ่งแวดล้อม

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	อายุ	การวินิจฉัยโรค	ห่อผู้ป่วย	อายุ	การวินิจฉัยโรค	ห่อผู้ป่วย
1	83	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	81	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ
2	60	มะเร็งปอด	สามัญ	68	มะเร็งปอด	สามัญ
3	77	มะเร็งปากมดลูก	พิเศษ	71	มะเร็งปากมดลูก	พิเศษ
4	63	มะเร็งปอด	สามัญ	61	มะเร็งปอด	สามัญ
5	75	มะเร็งปอด	สามัญ	77	มะเร็งปอด	สามัญ
6	76	มะเร็งปอด	สามัญ	73	มะเร็งปอด	สามัญ
7	62	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	พิเศษ	62	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	พิเศษ
8	76	มะเร็งปอด	พิเศษ	73	มะเร็งปอด	พิเศษ
9	69	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	69	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ
10	81	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	89	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ
11	73	มะเร็งปอด	พิเศษ	77	มะเร็งปอด	พิเศษ
12	69	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	69	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ
13	60	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	พิเศษ	65	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	พิเศษ
14	77	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	พิเศษ	71	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	พิเศษ
15	69	มะเร็งเต้านม	สามัญ	65	มะเร็งเต้านม	สามัญ
16	75	มะเร็งปากมดลูก	สามัญ	70	มะเร็งปากมดลูก	สามัญ
17	67	มะเร็งปอด	พิเศษ	65	มะเร็งปอด	พิเศษ
18	60	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	พิเศษ	65	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	พิเศษ
19	63	มะเร็งศีรษะและลำคอ	พิเศษ	67	มะเร็งศีรษะและลำคอ	พิเศษ
20	70	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	72	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ
21	73	มะเร็งปอด	สามัญ	75	มะเร็งปอด	สามัญ
22	67	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	65	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี รหัสโครงการ EC 015/2019 ออกให้ ณ วันที่ 27 ธันวาคม 2562 (ดังเอกสารในภาคผนวก) อีกทั้ง ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจได้รับขณะเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการทดลองได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรืออธิบาย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับและถูกนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้นการนำเสนอข้อมูล ทั้งหมดมีลักษณะเป็นการนำเสนอแบบภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา เอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว หอผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับในการนอนโรงพยาบาลในครั้งนี้ ลักษณะคำตอบเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ให้เลือกตอบ และแบบเติมคำลงในช่องว่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบไปด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 1 คน โดยทั้ง 5 คนได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบฮิวแมนนิจูดมาแล้ว

จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008)

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะและมีข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้เหมาะสมมากขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้ตัดข้อความเกี่ยวกับอาชีพออกเนื่องจากไม่ได้เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับความทุกข์สบาย และเสนอแนะให้เพิ่มอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยาม หรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) จากนั้นคำนวณโดยใช้สูตร คำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นและพัฒนาจาก Hospice Comfort Questionnaire (Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd, 2001) แปลโดย ยุพิน ถนัดวินชัย (Tanatwanit, 2011) ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้แปลใช้ในการประเมินความทุกข์สบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปี 2554 โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยและหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.89 โดยในการใช้เครื่องมือนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือและผู้แปลเครื่องมือโดยดำเนินการติดต่ออย่างไม่เป็นทางการ โดยผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ก่อน และเมื่อเจ้าของเครื่องมืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยแล้วจึงส่งจดหมายอย่างเป็นทางการไปอีกครั้งหนึ่ง เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

โดยแบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 49 ข้อแบ่งเป็นข้อความทางบวก จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 18, 20, 23, 25, 28, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 41, 42, 46, 47 และ 49 และเป็นข้อความทางลบ จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 5, 6, 12, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 26, 27, 30, 34, 38, 39, 40, 43, 45, และ 48 เป็นการประเมินเกี่ยวกับความทุกข์สบายตามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะเวลานั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

โดยในข้อคำถามในทางลบกลับให้คะแนนในทางตรงข้าม แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ค่าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ความสุขสบายน้อย ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง ความสุขสบายมาก เกณฑ์การแบ่งคะแนนดังนี้ ข้อคำถามแต่ละข้อมี 6 ตัวเลือก

สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายในทางบวก	สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายในทางลบ
1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	6 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก	5 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก
3 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย	3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย
5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก	2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก
6 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก	1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก

สำหรับเกณฑ์ในการกำหนดคะแนนความสุขสบาย แบ่งเป็น 6 ระดับ (Tanatwanit, 2011) ดังนี้

มากที่สุด	มีคะแนนเฉลี่ย 5.50 - 6.00
มาก	มีคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.49
ปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49
น้อย	มีคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49
น้อยที่สุด	มีคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49
ไม่สุขสบาย	มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบประเมินนี้ผู้แปลใช้ในการประเมินความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองนี้ ได้มีนำมาแปลเป็นไทยและหาค่าความเที่ยงเครื่องมือได้เท่ากับ 0.89 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวอย่างกลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อคำนึงถึงบริบทของเวลาและสถานที่และกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนแปลงแล้วนั้น ผู้วิจัยจึงต้องมีการปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของการวิจัย (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2561) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008)

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คณะผู้ทรงคุณวุฒิตัดเห็นว่ามีความเหมาะสม โดยข้อคำถามมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา

แบบประคับประคอง และไม่มีคำแนะนำให้ปรับปรุงแก้ไขเนื่องจากแบบประเมินนี้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และยังไม่พบปัญหาในการนำไปใช้

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยาม หรือ ทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) จากนั้นคำนวณโดยใช้สูตร คำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือแบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2009) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเท่ากับ .80 ทั้งนี้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .70 - .80 (DeVellis, 2012) และได้มีการแยกการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเป็นรายได้ สรุปได้ดังนี้

ด้านร่างกาย (จำนวน 11 ข้อ)	ค่าความเที่ยง	.804
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (จำนวน 13 ข้อ)	ค่าความเที่ยง	.800
ด้านสิ่งแวดล้อม (จำนวน 12 ข้อ)	ค่าความเที่ยงได้	.804
ด้านสังคมวัฒนธรรม (จำนวน 13 ข้อ)	ค่าความเที่ยงได้	.798

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (สำหรับพยาบาล) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลประคับประคองที่ส่งเสริมความสบายโดยผสมผสานแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti

(2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

2. ผู้วิจัยเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อฝึกปฏิบัติการให้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดจากผู้เชี่ยวชาญจากประเทศฝรั่งเศสและญี่ปุ่น จำนวน 2 ครั้ง ในวันที่ 20 ธันวาคม 2561 และในวันที่ 13 - 15 มีนาคม 2562

3. สรุปเนื้อหาสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดเนื้อหาสาระที่สำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ได้แก่ หลักการวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

4. กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม โดยผสมผสานการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมอง (Gaze) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality)

5. จัดทำแผนการดำเนินงานตามโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองประกอบด้วย คู่มือโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด (สำหรับพยาบาล) และคู่มือสำหรับผู้ดูแล (ดูแลผู้ป่วยอย่างไร.....ให้สุขสบาย) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไข จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม

โดยภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้ปรับแก้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ปรับให้มีความสม่ำเสมอของการใช้ภาษาทั้งฉบับ
2. ผู้วิจัยได้มีการอ้างอิงที่มาของรูปภาพทุกรูป และได้อ้างอิงชื่อของผู้วาดภาพประกอบในคู่มือ
3. ผู้วิจัยได้เพิ่มการอธิบายกิจกรรมให้ชัดเจนมากขึ้น เช่น การประคองส่วนต่างๆ

4. ในส่วนของคู่มือสำหรับผู้ดูแล (ดูแลผู้ป่วยอย่างไร.....ให้สุขสบาย) ได้เพิ่มหัวข้อการดูแลความสะอาดร่างกายตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน แล้วนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้ (Try out) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองซึ่งผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วย จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการพยาบาล ประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดในเรื่องรูปแบบของกิจกรรมและความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนำไปทดลองใช้จริงพบว่ามีความเหมาะสมด้านการใช้ภาษา กิจกรรมกับระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ใน การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยสามารถปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูดและการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินหลังได้รับโปรแกรม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 - 20 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
0 - 6	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับน้อย
7 - 12	ร้อยละ 60 - 80	ระดับปานกลาง
13 - 20	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับมาก

เกณฑ์ประเมินผลการกำกับการทดลอง คือ การให้คะแนนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาล ประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาความสอดคล้องและความเหมาะสมในการนำไปใช้โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008)

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะและมีข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้เหมาะสมมากขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะดังนี้

1. เพิ่มคำว่ากล่าวสวัสดิ/ไหว้ ตามขั้นตอนของหลักการ Humaitude care
2. จัดกลุ่มข้อความคำถามเป็นลำดับ การสบตา พูดคุย สัมผัส
3. เสนอแนะการสบตาในระดับแนวเดียวแทนหรือมองจนเห็นเงาในตาของผู้ป่วย
4. เสนอแนะอธิบายเพิ่มเติมว่าสัมผัสต่อเนื่องเป็นวงกว้าง

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยาม หรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) จากนั้นคำนวณโดยใช้สูตร คำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมิน
พฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด มีค่าดัชนีความตรง
เชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองคือแบบประเมินพฤติกรรมการ
ดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ซึ่งผ่านการปรับปรุงแก้ไขตาม
คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน (Burns
& Grove, 2009) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง(Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้
สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งเท่ากับ .80 ทั้งนี้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .70 -.80 (DeVellis,
2012)

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ณ หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็ง
อุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลในการเก็บ
ข้อมูล (ตัวแปรตาม) โดยกลุ่มตัวอย่างและต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกร่วมกับการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีความใกล้เคียงกันตามเกณฑ์ที่กำหนดมากที่สุด เพื่อควบคุม
อิทธิพลของตัวแปรเกิน และเพื่อลดการปนเปื้อนของข้อมูลและการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลใน
กลุ่มทดลองก่อน เมื่อเสร็จสิ้น จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน
ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนประเมินผลการทดลอง รายละเอียด
ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้า
ทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในผู้สูงอายุ
และเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) และได้นำ
ความรู้จากการอบรมมาฝึกปฏิบัติในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อให้เกิดทักษะและความเชี่ยวชาญ
ในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

2. ขั้นตอนเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาล
วิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี ปฏิบัติงาน ณ ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบ
ประคับประคอง ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย การใช้เครื่องมือในงานวิจัย ซึ่งได้แก่

แบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) โดยประเมินในวันที่ 1 ก่อนให้การดูแลและในวันที่ 5 ของการดูแล และให้ผู้ช่วยวิจัยเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือโดยฝึกการใช้เครื่องมือที่ใช้ประเมินตัวแปรตาม

3. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบประเมินความทุกข์สบาย โปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด และเครื่องมือกำกับการทดลอง

4. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม

5. ชั้นเตรียมสถานที่ เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง โดยผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน และหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

6. ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัว และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และมีผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความทุกข์สบายครั้งที่ 1

3. กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลโดยกิจกรรมในแต่ละวันตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และประเมินผู้ป่วยโดย

1. การประเมินความสามารถและประเมินความเต็มใจของผู้ป่วยและครอบครัว ในการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาและกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง

2. ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแล พร้อมทั้งปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (ใช้เวลา 20-30 นาที)

ครั้งที่ 2-5 (วันที่ 2-5) เป็นการให้การพยาบาลระดับประคองเพื่อส่งเสริมความสบายซึ่งขั้นตอนนี้จะนำแนวคิดทั้ง 4 องค์ประกอบ มาผสานในขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การพูด (Speech) , การมอง (Gaze) , การสัมผัส (Touch), การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล โดยกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้แก่

8. การเข้าหาผู้ป่วยและการพูดคุยทักทาย เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและประเมินอาการความต้องการของผู้ป่วย โดยการผสมผสานองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล

9. การประเมินสัญญาณชีพและอาการรบกวนต่างๆ เป็นกิจกรรมที่ประเมินอาการและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การจัดการอาการ โดยการผสมผสานองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล

10. การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เป็นกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยในการจัดการอาการรบกวนต่างๆ ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยการผสมผสานองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล

11. การดูแลเรื่อง spiritual and psychosocial support เป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด

12. การดูแลด้านโภชนาการ เป็นการช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหารตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด

13. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นการช่วยเหลือในเรื่องการอาบน้ำ เช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกายตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด

14. การจัดทำและการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นจัดให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกาย ตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

โดยทั้ง 7 กิจกรรมนี้จะดำเนินการในทุกๆวันที่ให้การดูแลตามความพร้อมของผู้ป่วย (ใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมประมาณ 20-30 นาที)

ครั้งที่ 3 (วันที่ 5) กิจกรรมการดูแลเช่นเดียวกับวันที่ 2-5 จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและมอบสมุดดูแลอย่างไรให้...สุขสบาย (ใช้เวลา 20-30 นาที)

4. การก้าบกับการทดลองจะเกิดขึ้นทุกครั้งที่คุณวิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินการให้คะแนนแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลซึ่งต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

5. ผู้วิจัยแจ้งถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณผู้สูงอายุในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัว และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และมีผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความสบายครั้งที่ 1

3. กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำการในหอผู้ป่วย ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการดูแลกิจกรรมการเข้าหาผู้ป่วยและการพูดคุยทักทายทั่วๆไป การประเมินสัญญาณชีพและอาการรบกวนต่างๆ การดูแลเรื่อง spiritual and psychosocial support การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดทำและการจัดสิ่งแวดล้อมร่วมกับการปรึกษาศาสตร์สาขาวิชาชีพ ดูแลแบบองค์รวม ตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นรูปแบบการ

พยาบาลแบบปกติที่บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยปฏิบัติเป็นปกติกับผู้ป่วยทุกคน เป็นระยะเวลา 5 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษา

4. ผู้วิจัยแจ้งถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณผู้สูงอายุในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขั้นประเมินผลการทดลอง

1. หลังการทดลองผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยใช้เวลา 30 นาที ในการประเมินแบบสอบถามความสุขสบายและมอบของที่ระลึกพร้อมกล่าวคำขอบคุณ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง ดังแสดงในภาพที่ 4

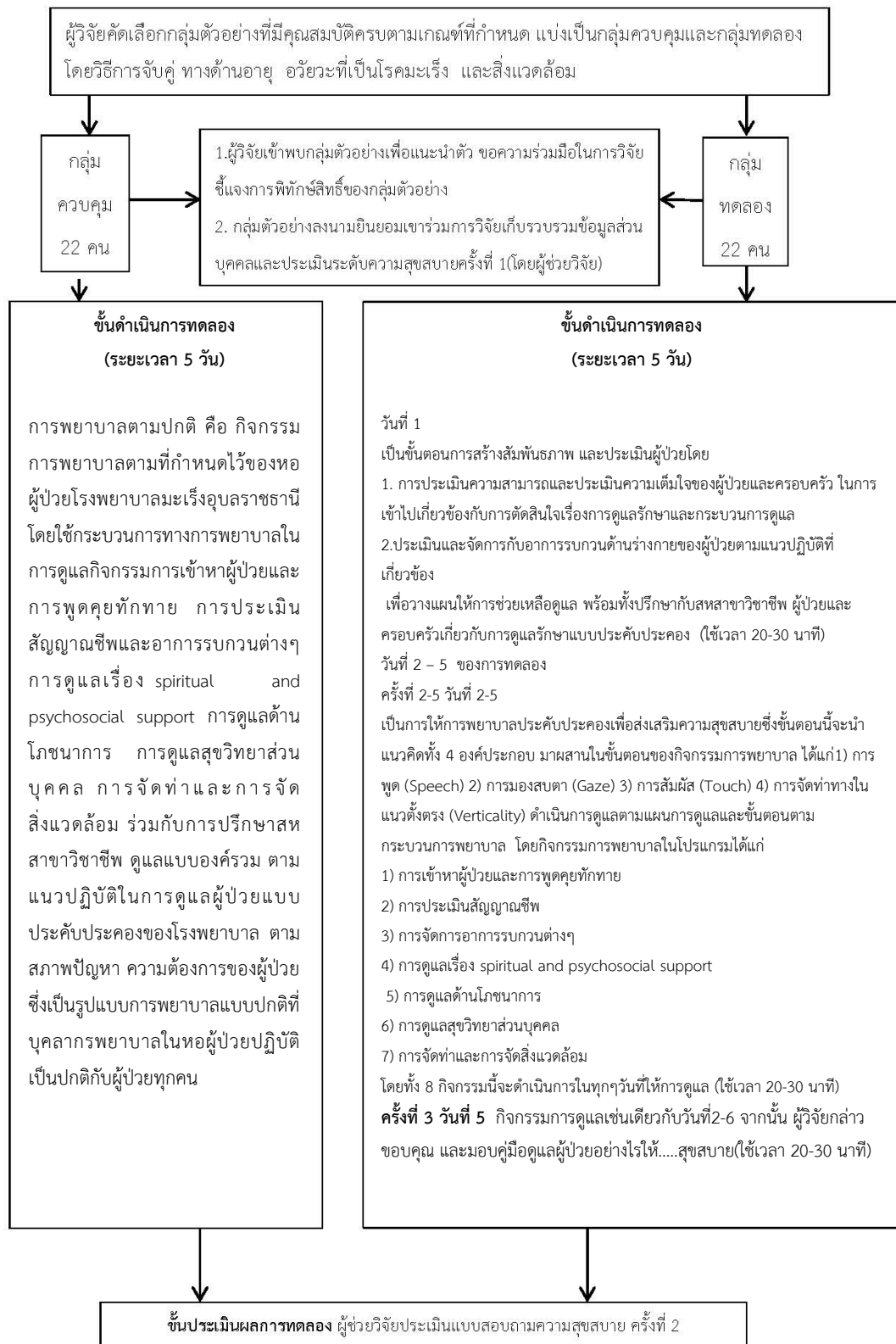
2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)
2. เปรียบเทียบระดับความสุขสบายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติ Paired t - test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05
3. เปรียบเทียบระดับความสุขสบายระหว่างกลุ่มหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



ภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบ ฮิวแมนนิจูด และเปรียบเทียบระดับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 คน ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา หอผู้ป่วย โรคประจำตัว อื่นๆ การวินิจฉัยโรค อาการที่เกิดขึ้นในการเข้ารับการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 6

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ดังแสดงในตารางที่ 7

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความสุขสบายรายด้านก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา หอผู้ป่วย โรคประจำตัวอื่นๆ การวินิจฉัยโรคอาการที่เกิดขึ้นในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	36.4	10	45.5	18	40.9
หญิง	14	63.6	12	54.5	26	59.1
อายุ (ปี)						
60 – 64 ปี	5	22.7	2	9.1	7	15.9
65 – 69 ปี	6	27.3	9	40.9	15	34.1
70 – 74 ปี	3	13.6	5	22.7	8	18.2
75 – 79 ปี	6	27.3	4	18.2	10	22.7
80 – 84 ปี	2	9.1	1	4.5	3	6.8
85 – 89 ปี	0	0	1	4.5	1	2.3
ศาสนา						
พุทธ	20	90.9	18	81.8	38	86.4
คริสต์	2	9.1	4	18.2	6	13.6
อิสลาม	0	0	0	0	0	0
อื่นๆ	0	0	0	0	0	0
สถานภาพสมรส						
โสด	0	0	1	4.5	1	2.3
คู่	15	68.2	11	50.0	26	59.1
หม้าย	7	31.8	10	45.5	17	38.6
หย่า	0	0	0	0	0	0
อื่นๆ	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	4	18.2	0	0	4	9.1
ประถมศึกษา	13	59.1	18	81.8	31	70.5
มัธยมปลาย/ปวส.	1	4.5	1	4.5	1	4.5
ปริญญาตรี	3	13.6	3	13.6	6	13.6
สูงกว่าปริญญาตรี	1	4.5	0	0	1	2.3
อาชีพ						
สามัญ	13	59.1	13	59.1	26	59.1
พิเศษ	9	40.9	9	40.9	18	40.9
โรคประจำตัวอื่นๆ						
ไม่มี	7	31.82	4	18.2	11	25
มี	15	68.18	18	81.8	33	75
การวินิจฉัยโรค						
มะเร็งตับและท่อน้ำดี	2	9.1	2	9.1	4	9.1
มะเร็งปอด	8	36.4	8	36.4	16	36.4
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	2	9.1	2	9.1	4	9.1
มะเร็งเต้านม	1	4.5	1	4.5	2	4.5
มะเร็งศีรษะและลำคอ	7	31.8	7	31.8	13	29.5
มะเร็งปากมดลูก	2	9.1	2	9.1	4	9.1
อาการที่เกิดขึ้น						
ปวด	11	50.0	13	59.1	24	54.5
อ่อนเพลีย	5	22.7	4	18.2	9	20.5
หายใจลำบาก	6	27.3	5	22.7	11	25.0
ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSV2)						
30 %	3	13.6	3	13.6	6	13.6
40 %	3	18.1	4	13.6	7	15.9
50 %	11	45.4	10	50.0	21	47.7
60 %	5	22.7	5	22.7	10	22.7

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งเพศหญิง ร้อยละ 63.6 และ 54.5 เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งเพศชาย ร้อยละ 36.4 และ 45.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงอายุพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65 – 69 ปี เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 27.3 และกลุ่มทดลองร้อยละ 40.9 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 86.4 ในส่วนของสถานภาพสมรส พบว่าทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ โดยในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 68.2 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 50 เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาแล้วพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 59.1 และ 81.1 ตามลำดับ แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยสามัญคิดเป็นร้อยละ 59.1 และห้องพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 40.9 ในส่วนของโรคประจำตัว พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวคิด เป็นร้อยละ 68.1และ 81.8 ตามลำดับ ในส่วนวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่าเป็นโรคมะเร็งปอดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 36.4 รองลงมาคือ มะเร็งมะเร็งศีรษะและลำคอ คิดเป็นร้อยละ 31.8 อาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ คือ อาการปวด โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 50.0 และกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 59.1 และเมื่อพิจารณาระดับคะแนน PPSV2 (ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับ PPSV2 50 % คิดเป็นร้อยละ 47.7

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสบายโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

ความสบาย	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	3.62	.13	ปานกลาง	21	27.77	0.000
หลังการทดลอง	4.94	.16	ค่อนข้างสูง			

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการ
รักษาแบบประคับประคองของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิว
แมนนิจูด มีค่าเท่ากับ 3.62 อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาล
ประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดมีค่าเท่ากับ 4.94 อยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนน
ความสบายของกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ Paired t – test พบว่าค่าเฉลี่ย
คะแนนความสบายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ผู้สูงอายุ
โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบ
ฮิวแมนนิจูดมีความสบายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความสบายโดยรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสบาย	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	3.61	.26	ปานกลาง			
กลุ่มทดลอง	3.62	.13	ปานกลาง	42	.725	.473
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	4.05	.27	ปานกลาง			
กลุ่มทดลอง	4.94	.16	ค่อนข้างสูง	42	13.786	0.000

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยความสบายก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.61 กลุ่มทดลองเท่ากับ 3.62 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความสบายก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ Independent t - test พบว่าค่าเฉลี่ยความสบายก่อนทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยความสบายก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยความสบายหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.05 กลุ่มทดลองเท่ากับ 4.94 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความสบายหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ Independent t - test พบว่าค่าเฉลี่ยความสบายทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยความสบายหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบฮิวแมนนิจูดมีความสบายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความสบายรายด้านก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่
ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคอง
แบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความสบายรายด้านก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับ
การรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมน
นิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสบาย	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p-value
	(n= 22)		ระดับ	(n = 22)		ระดับ		
	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD			
ก่อนการทดลอง								
ด้านร่างกาย	3.43	0.27	น้อย	3.46	0.28	น้อย	-0.82	0.42
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ	3.63	0.32	ปานกลาง	3.63	0.29	ปานกลาง	0.08	0.94
ด้านสังคมวัฒนธรรม	3.74	0.29	ปานกลาง	3.73	0.21	ปานกลาง	-0.05	0.06
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.68	0.36	ปานกลาง	3.80	0.28	ปานกลาง	-1.24	0.22
หลังการทดลอง								
ด้านร่างกาย	4.03	.40	ปานกลาง	5.17	.30	ค่อนข้างสูง	-10.62	.000
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ	4.05	.32	ปานกลาง	5.11	.25	ค่อนข้างสูง	-12.08	.000
ด้านสังคมวัฒนธรรม	4.10	.29	ปานกลาง	4.80	.19	ค่อนข้างสูง	-10.17	.000
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.81	.33	ปานกลาง	4.60	.22	ค่อนข้างสูง	-9.35	.000

จากตารางที่ 9 พบว่าความสบายรายด้านทั้ง 4 ด้านของกลุ่มทดลองมีคะแนนความ
สบายรายด้านเพิ่มขึ้นถึงระดับค่อนข้างสูง ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับความสบายเพิ่มขึ้นใน
ระดับปานกลางในทุกๆด้าน ซึ่งพบว่ามีเปลี่ยนแปลงความสบายรายด้านที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด
คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Pretest posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความทุกข์สบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความทุกข์สบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความทุกข์สบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดมีความทุกข์สบายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบฮิวแมนนิจูดมีความทุกข์สบายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และรับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 1.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
- 1.3 อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ในระยะประคับประคองจากการประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2) ว่ามีค่าคะแนนอยู่ในระดับ 60 คะแนนหรือต่ำกว่า (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน)
- 1.4 ไม่มีข้อจำกัดของการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น สื่อสารได้ตามปกติ
- 1.5 ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ให้สามารถเข้าร่วมโปรแกรม
- 1.6 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

- 1.1 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก
- 1.2 เสียชีวิต
- 1.3 มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หมดสติ เลือดออกมาก มีภาวะกดเปิดไขสันหลัง
- 1.4 มีความประสงค์ออกจากการวิจัย
- 1.5 เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาของโปรแกรมฯ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ .80 ขนาดอิทธิพลของประชากรขนาดกลางที่ 0.50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Statistical Power Table จากตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน (Burns & Glove, 2009) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน

ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (matched pair) เพื่อคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนได้แก่

- 1) อายุ (Nural & Alkan, 2018)
- 2) อวัยวะที่เป็นโรคมะเร็ง (Kim & Kwon, 2007)
- 3) สิ่งแวดล้อม (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006; Tanatwanit, 2011) ได้แก่ ห้องสามัญ และห้องเดี่ยว

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บกลุ่มทดลองก่อน ในระหว่างดำเนินการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองไม่ครบระยะเวลาจำนวน 4 รายดังนี้ เสียชีวิต 1 ราย , มีภาวะแทรกซ้อนด้วยเลือดออกมาก ต้องส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 1 ราย ประสงค์ขอลกลับบ้านและเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนด 2 ราย ทำให้เหลือจำนวนในกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 22 ราย

และในกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนดจำนวน 2 ราย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดการ matched pair ที่เหมาะสม รวมทั้งสิ้น 22 คู่ รวมทั้งสิ้น 44 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี รหัสโครงการ EC 015/2019 ออกให้ ณ วันที่ 27 ธันวาคม 2562 (ตั้งเอกสารในภาคผนวก) อีกทั้ง ได้ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจได้รับขณะเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการทดลองได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรืออธิบาย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับและถูกนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้นการนำเสนอข้อมูล ทั้งหมดมีลักษณะเป็นการนำเสนอแบบภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
6. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา เอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว หอผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับในการนอนโรงพยาบาลในครั้งนี้ ลักษณะคำตอบเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ให้เลือกตอบ และแบบเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความทุกข์สบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นและพัฒนามาจาก Hospice Comfort Questionnaire (Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd, 2001) แปลโดย ยูพิน ถนัดวนิชย์ (Tanatwanit, 2011) ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้แปลใช้ในการประเมินความทุกข์สบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปี 2554 โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยและหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 49 ข้อแบ่งเป็นข้อความทางบวกจำนวน 25 ข้อ และเป็นข้อความทางลบ จำนวน 24 ข้อ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความทุกข์สบาย ตามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะเวลานั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ การคิดคะแนนความทุกข์สบาย คิดคะแนนรวมทั้งชุด โดยที่คะแนนมากหมายถึงมีความทุกข์สบายมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความทุกข์สบายน้อย โดยในการใช้เครื่องมือนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือและผู้แปลเครื่องมือโดยดำเนินการติดต่ออย่างไม่เป็นทางการ โดยผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ก่อน และเมื่อเจ้าของเครื่องมืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยแล้วจึงส่งจดหมายอย่างเป็นทางการไปอีกครั้งหนึ่ง เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (สำหรับพยาบาล) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลประคับประคองที่ส่งเสริมความทุกข์สบายโดยผสมแนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Gineste & Marescotti (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

2. ผู้วิจัยเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อฝึกปฏิบัติการให้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดจากผู้เชี่ยวชาญจากประเทศฝรั่งเศสและญี่ปุ่น จำนวน 2 ครั้ง ในวันที่ 20 ธันวาคม 2561 และในวันที่ 13-15 มีนาคม 2562

3. สรุปเนื้อหาสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดเนื้อหาสาระที่สำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ได้แก่ หลักการวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

4. กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม โดยผสมผสานการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมอง (Gaze) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality)

5. จัดทำแผนการดำเนินงานตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดฮิวแมนนิจูดและการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ให้ผู้วิจัยประเมินหลังได้รับโปรแกรม

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ณ หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลในการเก็บข้อมูล (ตัวแปรตาม) โดยกลุ่มตัวอย่างและต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกร่วมกับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีความใกล้เคียงกันตามเกณฑ์ที่กำหนดมากที่สุด เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน และเพื่อลดการปนเปื้อนของข้อมูลและการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อน เมื่อเสร็จสิ้น จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนประเมินผลการทดลอง รายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในผู้สูงอายุ และเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) และได้นำความรู้จากการอบรมมาฝึกปฏิบัติในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อให้เกิดทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

2. ขั้นตอนเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี ปฏิบัติงาน ณ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคอง ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย การใช้เครื่องมือในงานวิจัย ซึ่งได้แก่ แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) โดยประเมินในวันที่ 1 ก่อนให้การดูแลและในวันที่ 5 ของการดูแล และให้ผู้ช่วยวิจัยเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือโดยฝึกการใช้เครื่องมือที่ใช้ประเมินตัวแปรตาม

3. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบประเมินความสุขสบาย โปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด และเครื่องมือกำกับการทดลอง

4. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม

5. ขึ้นเตรียมสถานที่ เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง โดยผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์บัพย่อและเครื่องมือวิจัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน และหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

6. ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัว และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และมีผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความสุขสบายครั้งที่ 1

3. กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลโดยกิจกรรมในแต่ละวันตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และประเมินผู้ป่วยโดย

1. การประเมินความสามารถและประเมินความเต็มใจของผู้ป่วยและครอบครัว ในการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาและกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง
2. ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแล พร้อมทั้งปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (ใช้เวลา 20-30 นาที)

ครั้งที่ 2-5 (วันที่ 2-5) เป็นการให้การพยาบาลประคับประคองเพื่อส่งเสริมความสบายซึ่งขั้นตอนนี้จะนำแนวคิดทั้ง 4 องค์ประกอบ มาสานในขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การพูด (Speech) , การมอง (Gaze) , การสัมผัส (Touch), การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล โดยกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้แก่

1. การเข้าหาผู้ป่วยและการพูดคุยทักทาย เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและประเมินอาการความต้องการของผู้ป่วย โดยการผสมผสานองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล
2. การประเมินสัญญาณชีพและอาการรบกวนต่างๆ เป็นกิจกรรมที่ประเมินอาการและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การจัดการอาการ โดยการผสมผสานองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล
3. การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เป็นกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยในการจัดการอาการรบกวนต่างๆ ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยการผสมผสานองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดในการดูแล
4. การดูแลเรื่อง spiritual and psychosocial support เป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด
5. การดูแลด้านโภชนาการ เป็นการช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหารตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด
6. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นการช่วยเหลือในเรื่องการอาบน้ำ เช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกายตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูด
7. การจัดทำและการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นจัดให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

โดยทั้ง 7 กิจกรรมนี้จะดำเนินการในทุกๆวันที่ให้การดูแลตามความพร้อมของผู้ป่วย (ใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมประมาณ 20-30 นาที)

ครั้งที่ 3 (วันที่ 5) กิจกรรมการดูแลเช่นเดียวกับวันที่ 2-5 จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และมอบสมุดดูแลอย่างไรให้...สุขสบาย (ใช้เวลา 20-30 นาที)

4. การกำกับกับการทดลองจะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินการให้คะแนนแบบ ประเมินพฤติกรรมดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมน นิจุดที่ได้รับการ ดูแลจากพยาบาลซึ่งต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

5. ผู้วิจัยแจ้งถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณผู้สูงอายุในการ เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดที่ หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัว และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และมีผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความสุขสบายครั้งที่ 1

3. กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำการในหอผู้ป่วย ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี กิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการดูแลกิจกรรมการเข้าหาผู้ป่วยและการพูดคุยทักทายทักทายไป การประเมินสัญญาณชีพและอาการรบกวนต่างๆ การดูแลเรื่อง spiritual and psychosocial support การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดทำและการจัดสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ ดูแลแบบองค์รวม ตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองของโรงพยาบาล ตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นรูปแบบการ พยาบาลแบบปกติที่บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยปฏิบัติเป็นปกติกับผู้ป่วยทุกคน เป็นระยะเวลา 5 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลแบบปกติที่บุคลากรพยาบาลในหอ ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นปกติกับผู้ป่วยทุกคน เป็นระยะเวลา 5 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษา

4. ผู้วิจัยแจ้งถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ผู้สูงอายุในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขั้นประเมินผลการทดลอง

1. หลังการทดลองผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วย ใช้เวลา 30 นาที ในการประเมินแบบสอบถามความสบาย
2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)
2. เปรียบเทียบระดับความสบายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติ Paired t - test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05
3. เปรียบเทียบระดับความสบายระหว่างกลุ่มหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดมีความสุขสบายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบฮิวแมนนิจูดมีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองทั้งหมดมีระดับความสบายอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่พบว่าความสบายอยู่ในระดับปานกลาง (Tanatwanit, 2011; ยูพิน ถนนวนิชย์ และนนทร ด่านงค์, 2560) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลที่มีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตามมาตรฐานการรักษาและการประกันคุณภาพ มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งประคับประคองเกิดความรู้สึกมั่นใจ เกิดความรู้สึกสุขสบายเมื่อเข้ารับการรักษา ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ

kim & Kwon (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีการรับรู้ถึงความสุขสบายโดยรวมมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่บ้าน

และจากการศึกษาพบว่ามียุทธศาสตร์ที่ถูกคัดออกจากการทดลองเนื่องจากเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด เพราะจากอาการของโรคที่มีความไม่แน่นอนและจากความสุขอายุ ทำให้อาการมีการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว ดังนั้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงแล้วญาติมักขอพาผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของจรูญศรี มีหนองหว่า และคณะ (2557) ที่ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในบริบทวัฒนธรรมของชาวอีสานที่เมื่อมีความชัดเจนว่าผู้ป่วยอาการเลวลงจนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายและญาติต่างยอมรับว่าหมดหนทางรักษาแล้วญาติจะพาไปเสียชีวิตที่บ้าน ญาติจะขอมใจ หรือ ดูใจ หมายถึงเฝ้าดูวาระสุดท้าย และพาผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ญาติได้เข้ามาพร้อมกันดูแลปรนนิบัติกับผู้ป่วยเป็นอย่างดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การละจากโลกนี้ไปอย่างสงบสุข รวมทั้งการได้มีโอกาสอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับคนที่ตนเองรัก อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่รักและคุ้นเคย และได้นึกถึงสิ่งที่เคารพนับถือก่อนจากไป เป็นการตายงาม หรือ ตายดี ที่บ้านตามความเชื่อตนเอง

จากการศึกษาผลของการให้การพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดมีความสุขสบายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดมีความสุขสบายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบฮิวแมนนิจูดมีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบฮิวแมนนิจูดมีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ความสุขสบายลดลง (Balducci & Dolan, 2016; Duggleby et al., 2010;

Tanatwanit, 2011) เช่น ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก นอนไม่หลับ และมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เช่น รู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า อีกทั้งยังส่งผลต่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางการดำเนินชีวิต เช่น มีความรู้สึกเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ ของตนเอง เช่น ผอมแห้ง การทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองหรือในความเป็นมนุษย์ (Nilmanat et al., 2010) อีกทั้งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Tanatwanit (2011) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามมีความไม่สุขสบายจากสภาพแวดล้อมของสถานบริการ เช่น เสียงดังที่เกิดขึ้นภายในห้องพักผู้ป่วยซึ่งเป็นเสียงที่เกิดขึ้นจากล้อเข็นทำงานของเจ้าหน้าที่ เสียงการพูดคุยของผู้ป่วย ญาติด้วยกันภายในห้องพัก สภาพที่ต้องนอนร่วมกับผู้อื่น หรือความไม่สะดวกในการใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น

จากความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ต้องการการได้รับการดูแลในด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสุขสบาย จากการศึกษาของสายานที่ วัฒนธรรม, วารี กังใจ, และชมนาด สุ่มเงิน (2559) ที่ศึกษาระดับความสุขสบายในผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่ามีความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษา Kim & Kwon (2007) ที่ศึกษาความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์พบว่า การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์และพยาบาล รวมทั้งครอบครัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์โดยการได้รับกำลังใจ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการและความรู้สึกพึงพอใจที่ช่วยเพิ่มระดับความสุขสบายของผู้สูงอายุได้

จากเหตุผลดังกล่าว พยาบาลในฐานะบุคลากรที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลของพยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะส่งผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วยให้เกิดขึ้น การดูแลส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการความรัก ความเข้าใจ การดูแลจึงต้องใช้ความเคารพอ่อนน้อม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นที่รัก ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) โดยพัฒนามาจาก Gineste & Marescotti (2008) ที่กล่าวถึงหลักการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานความผาสุก และความเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล โดยใช้ความรัก ความเมตตา ความอ่อนโยนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลเอาใจใส่ที่ดีประกอบด้วย การพูดคุย การมอง การสัมผัส และการจัดทำทาง ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้สูงอายุ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลได้

ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Delmas (2013) ที่พบว่าการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตใจ เกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการดูแล ส่งผลให้เกิดความผาสุกในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ito et al. (2015) ที่พบว่าการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุดีขึ้น เกิดความไว้วางใจ และยอมรับการดูแล โดยการสบตาอย่างอ่อนโยน การพูดปลอบโยนเพื่อให้กำลังใจ พร้อมกับการสัมผัสที่นุ่มนวลจากพยาบาล และมีการจัดทำทางในแนวตั้งตรง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น สบายใจ รู้สึกผ่อนคลาย รับรู้ถึงการมีตัวตน เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ให้ความร่วมมือในการพยาบาล

การศึกษาของ Honda et al. (2013) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลที่ประเทศญี่ปุ่น ในกลุ่มพยาบาลจำนวน 23 คน จัดให้มีการอบรมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด เป็นระยะเวลา 5 วัน ภายหลังการอบรมและนำแนวคิดฮิวแมนนิจูดมาดูแลผู้ป่วย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลมีความมั่นใจ มีความสุขในการทำงาน การสื่อสารแบบอวัจนภาษา เช่น การสัมผัสและการสบตา ช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อผ่อนคลาย เกิดความสุขสบาย ลดภาวะซึมเศร้าและอาการสับสนได้ อีกทั้งยังพบว่าช่วยให้ไม่ต้องใช้ยากับอาการทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นด้วย

การศึกษาของอัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตุ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาดังกล่าวสนับสนุนว่าการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดนั้นมีประสิทธิภาพส่งผลที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ด้วยการให้การดูแลด้วยความรัก ความอ่อนโยนและเคารพในความเป็นมนุษย์ของมนุษย์ให้กับผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) มาพสานในทุกขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้องค์ประกอบ 4 ประการ คือ การพูด การมอง การสัมผัส และการจัดทำในแนวตั้งตรง เพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดมีความสุขสบายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของยูพิน ฌันตวนิชย์ และนนทร ด่านงค์ (2560) ที่ได้ศึกษาคุณลักษณะของพยาบาลที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีความต้องการในการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นความสุขสบาย พบว่า มี 4 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรม/บุคลิกภาพของพยาบาลที่ต้องการ (การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ) การพยาบาลที่ชอบ (การบรรเทาอาการไม่สุขสบาย การช่วยเหลือผู้ป่วย การให้ความรู้) ลักษณะของวิชาชีพพยาบาล (เป็นวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะและจริยธรรม) และคุณค่าของพยาบาล (พยาบาลสามารถให้การพยาบาลในระดับที่ดีทุกคน) ทั้งนี้เพราะในโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดได้ผสานเทคนิคการพูด การมอง การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ มีการจัดทำทางช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย เทคนิคการเข้าหาผู้ป่วยแสดงถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งแบบประคับประคองเกิดความรู้สึกมั่นใจในการดูแล ได้รับความสุขสบายจากการพยาบาล ทำให้ความสุขสบายเพิ่มมากขึ้น

ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการพยาบาล และแนวทางร่วมกับทีม สหสาขาวิชาชีพ ให้การประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยค้นหา ความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่มีลักษณะกว้างๆ ให้กับบุคคลทุกกลุ่ม และให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ โดยยังไม่ได้มีการลงรายละเอียดการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วยสูงอายุ จึงเพิ่มความสุขสบายได้ในบางส่วน และจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เมื่อนำค่าเฉลี่ยความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติจะพบน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของยูพิน ฌันตวนิชย์ และนนทร ด่านงค์ (2561) ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ที่พบว่าการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ด้านร่างกายมากที่สุด ส่วนความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อมนั้น ยังได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์/พยาบาลไม่เพียงพอ และผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่ คือ การบรรเทาความไม่สุขสบาย (relief) จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจไม่มาก ไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบาย มีพลังใจในการทำสิ่งต่างๆ (Ease) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพยาบาลปกติเป็นแนวทางหรือแนว

ปฏิบัติที่มีลักษณะกว้างๆ ให้กับบุคคลทุกกลุ่ม และให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ โดยยังไม่ได้มีการลงรายละเอียดการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีความสุขสบายน้อยกว่ากลุ่มทดลอง เพราะในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด จะได้รับการส่งเสริมความสุขสบายโดยใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ซึ่งประกอบด้วย การมองด้วยความรัก การสัมผัสที่อ่อนโยน การพูดในสิ่งดีดี การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความสามารถ ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด จึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกสบายใจ มีพลังใจในการทำสิ่งต่างๆ ส่งผลให้คะแนนความสุขสบายมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด สำหรับพยาบาล เป็นการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยยึดหลักการให้ความรัก ความเข้าใจและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ผ่านองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ คือ การมอง การพูด การสัมผัส และการจัดทำทาง นำมาผสมผสานการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในการพยาบาลโดยการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ (Symptom control) การให้การดูแลกับอาการที่เกิดขึ้น (Disease management) การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychosocial & spiritual care) เป็นการสร้างสัมพันธภาพการดูแลที่ระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกพึงพอใจ นำไปสู่ความสุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อสังเกตจากการทดลอง

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีระดับความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง ได้มาจากการประเมินรายบุคคล ซึ่งเห็นว่าผู้สูงอายุยังมีอาการและความไม่สุขสบายต่างๆ เกิดขึ้น หากปล่อยภาวะความไม่สุขสบายต่างๆ ให้เกิดมากขึ้นอาจส่งผลต่อตัวโรค และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลควรให้ความสนใจต่ออาการและความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง
2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะประคับประคอง อาการต่างๆ จึงมีการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว ในการอาจมีการปรับการประเมินผลความสุขสบายตามสภาวะของแต่ละบุคคล
3. การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ และฝึกฝน เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปประยุกต์ใช้กับการพยาบาล จากการทดลองพบว่าเมื่อปฏิบัติกรพยาบาลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดทักษะ และการเข้าหาผู้ป่วยได้แนบเนียนและแยบยลมากขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีอย่างรวดเร็ว
4. การสัมผัส จะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ ดังนั้น ในการให้การพยาบาลต้องใช้การสังเกตท่าทาง และน้ำเสียงของผู้รับบริการด้วยทุกครั้ง

5. ในการให้สัญญาณผู้สูงอายุก่อนเข้าหาเพื่อให้การพยาบาล พบว่า หากผู้สูงอายุไม่ได้นอนหลับ ยังรู้สึกตัวดี พักอยู่ในห้องรวม และเห็นว่าพยาบาลกำลังเดินเข้ามา ไม่จำเป็นต้องเคาะปลายเตียงก็ได้ ใช้เพียงการส่งเสียงทักทายเพราะผู้สูงอายุได้ทราบถึงการเข้าหาแล้ว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำแนวทางการให้การพยาบาลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดไปปฏิบัติได้ เนื่องจากเป็นแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลแบบครบองค์รวม สามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสบาย ทั้งนี้พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องศึกษารายละเอียดของหลักการการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ให้เข้าใจและนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองจนเกิดทักษะ ก่อนนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย

1.2 การจัดกิจกรรมการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ทั้งในสถานพยาบาลระยะยาวและชุมชน

1.3 การจัดกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่มโรค เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยแล้วย่อมต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้ดูแล

2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลสนับสนุนให้มีการนำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาใช้ ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมความสบายให้กับผู้ป่วย เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน โดยผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องศึกษารายละเอียดของการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเตรียมบุคลากรทางการพยาบาลในการดำเนินการ

2.2 การอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรทางการพยาบาลในการดำเนินการตามแนวทางการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดเพื่อคุณภาพที่ดีทางการพยาบาลต่อไป

2.3 ควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรม สนับสนุนกำลังคนและทีมงานในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพทั้งด้านความรู้และการดูแลที่มีคุณภาพที่ดีต่อไป

3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้สำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ ในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมทางการแพทย์ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ หรืออาจารย์ พยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยนำโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ศาสตร์ให้แก่บัณฑิตหรือนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มเติมไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอื่นๆ อาทิ เช่น ผู้ป่วยในกลุ่มติดเตียง ผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นต้น ทั้งนี้ควรปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน หรือปรับรูปแบบกิจกรรมโดยเน้นให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วน ร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

3. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยนำแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดไปศึกษาในเชิงลึก เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.
- กัลยกร ฉัตรแก้ว. (2554). เอกสารประกอบการสอนหลักสูตรการพยาบาลระดับประกาศนียบัตร อนุสาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (อัดสำเนา)
- จรรยาศรี มีหนองหัว และคณะ. (2557). อยู่ก็สบาย ไปก็สงบ : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในสังคมวัฒนธรรมอีสาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 24(2), 37-47.
- ถวิล กลิ่นวิมล และคณะ. (2559). Palliative care: โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. วารสารกรรมกรรมแพทย์, 41(1), 32-40
- ฉันทน์นันทน์ พุฒิวัฒนธราดล. (2560). ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2555). ปกิณกะ งานผู้สูงอายุ. แหล่งที่มา <http://www.anamai.moph.go.th/advisor/202/20210.html>[10 กุมภาพันธ์ 2562]
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์.
- บุษยมาส ชิวสกุลยง และลดาวัลย์ สากินันท์. (2557). แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก. ใน บุษยมาส ชิวสกุลยง และคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: กลางเวียง.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). ถาม-ตอบ มะเร็งร้ายสารพัดชนิด. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. (2556). การแบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 31(3), 18-26

- ยุพิน ถนัดวนิชย์, และนนทกร ดำนงค์. (2560). ความชอบของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(4), 70-83.
- ยุพิน ถนัดวนิชย์, และนนทกร ดำนงค์. (2561). รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต [ออนไลน์]. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แหล่งที่มา <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/3891>[2 กรกฎาคม 2563]
- วัฒนา นาวาเจริญ และคณะ. (2557). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. ใน บุขยมาส ชิวสกุลยง และคณะ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: กลางเวียง.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ดียิ่ง, และจินต์จุฑา รอดพาล. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรังแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2561) . *บทบาทของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://karunruk.com/wp-content/uploads/2018/01/1.บทบาทของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง.pdf>[10 กุมภาพันธ์ 2562]
- ศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2561). *การดูแลรักษาแบบประคับประคอง* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://karunruk.com/wp-content/uploads/2018/01/1.การดูแลรักษาแบบประคับประคอง.pdf>[10 กุมภาพันธ์ 2562]
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2558). *Cancer Registry 2015* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202015.pdf[12 มกราคม 2562]
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2559). *Cancer Registry 2016*[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital-

Based%20NCI2%202016%20Web.pdf[20 ธันวาคม 2562]

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2560). *Cancer Registry 2017* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202016%20Revise%204%20Final.pdf[20 ธันวาคม 2562]

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2557). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ฉบับบุคลากรทางสุขภาพประกอบโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุจินดา ริมศรีทอง, สุตาพรรณ ธัญจิรา และอรุณศรี เตชสังข์. (2554). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 1*. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพฯ).

สายนที วัฒนธรรม, วารี กังใจ, และชมนาด สุ่มเงิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 41(1). 57-64

สำนักการพยาบาล. (2559). *ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง*. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สิรินทร์ ศาสดานุรักษ์ และอวยพร ภัทรภักดีกุล. (2556). การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31(5), 235-244.

สิรินาฏ มีเจริญ. (2541). *ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เสาวนีย์ เปรมทอง. (2560). *ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตุ. (2560). *ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2561). *เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*.

กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Ångström-Brännström, C., & Norberg, A. (2014). Children undergoing cancer treatment describe their experiences of comfort in interviews and drawings. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 31(3), 135-146.
- Apóstolo, J. L. A., & Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of psychiatric nursing*, 23(6), 403-411.
- Balducci, L., & Dolan, D. (2016). Palliative care of cancer in the older patient. *Current oncology reports*, 18(12), 70.
- Barrera, M. E., Rykov, M. H., & Doyle, S. L. (2002). The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: a pilot study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(5), 379-388.
- Barron, A.-M. (2008). Promoting the integration of therapeutic touch in nursing practice on an inpatient oncology and bone marrow transplant unit. *International Journal of Human Caring*, 12(2), 81-89.
- Brighi, N., Balducci, L., & Biasco, G. (2014). Cancer in the elderly: is it time for palliative care in geriatric oncology? *Journal of Geriatric oncology*, 5(2), 197-203.
- Bryan, T. J., Estrada, C. A., Castiglioni, A., & Snyder, E. D. (2015). Impact of an educational intervention on provider knowledge, attitudes, and comfort level regarding counseling women ages 40–49 about breast cancer screening. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 8, 209.
- Brynaert Brennan and Associates. (2016). *SENIOR CARE ; More Humanitude in End-of-Life Program in Case studies: Primary health service delivery models for the Francophone minority*. [Online]. Available From: <http://savoir-sante.ca/themes/offre-active/download/194/352/21?method=view>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal. Synthesis and Generation of Evidence*. (6th Edition). St Louis: Saunders Elsevier

- Catlin, A., & Taylor-Ford, R. L. (2011). *Investigation of standard care versus sham Reiki placebo versus actual Reiki therapy to enhance comfort and well-being in a chemotherapy infusion center*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Cheng, F., & Wang, W. (2014). Factors influencing comfort level in head and neck neoplasm patients receiving radiotherapy. *International Journal of Nursing Sciences, 1*(4), 394-399.
- Chai, E., Meier, D., Morris, J. & Goldhirsch, S. (2014). *Geriatric Palliative Care: A Practical Guide for Clinicians*. New York: Oxford University Press.
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC Palliative Care, 15*(1), 71.
- Csorba, S. (2017). The role of a nurse specialist in palliative care: An Israeli experience. *Asia-Pacific journal of oncology nursing, 4*(2), 112.
- Delmas, C. (2013). *Are difficulties in caring for patients with Alzheimer's disease becoming an opportunity to prescribe well-being with the Gineste- Marescotti® care methodology*[Online]. Retrieved from: http://www.igm-formation.net/images/stories/pdf/poster_iprim_anglais_2013-eugms.pdf
- DeVellis, R.F. (2012). *Scale development (3rd ed.)*. Singapore: SAGE Publication, Inc.
- Duggleby, W. D., Penz, K. L., Goodridge, D. M., Wilson, D. M., Leipert, B. D., Berry, P. H., . . . Justice, C. J. (2010). The transition experience of rural older persons with advanced cancer and their families: a grounded theory study. *BMC Palliative Care, 9*(1), 5.
- Ebenau, A., van Gorp, J., & Hasselaar, J. (2017). Life values of elderly people suffering from incurable cancer: A literature review. *Patient education and counseling, 100*(10), 1778-1786.
- Faligant, M. (2014). *Philosophy of Humanitude & Institute Gineste-Marescotti Methodology of Care*[Online]. Retrieved from <http://www.igm-usa.com/philosophy>.
- Gineste, Y., & Marescotti, R. (2008). *The sensory capture and feedback in the management of behavioural disturbances in demented old patients during basic care* [Online]. Retrieved from <http://cec-formation.net.pagesperso->

orange.fr/sensorycapture.htm.

- Gineste, Y. (2017). Philosophy of Humanitude Care. In *Workshop for Innovative Care for Elderly Patient*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- Gineste, Y. (2019). Philosophy of Humanitude Care. In *Workshop for Innovative Care for Elderly Patient*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- Gineste, Y. (2019). Director SAS Humanitude. *Interview*, 14 March 2019
- Gomes Figueiredo, A. M., Carvalho Pereira de Melo, R. C., & de Paiva Ribeiro, O. (2018). Humanitude care methodology: difficulties and benefits from its implementation in clinical practice. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17).
- Honda, M., Mori, M., Hayashi, S., Moriya, K., Marescotti, R., and Gineste, Y. (2013). The effectiveness of French origin dementia care method; Humanitude to acute care hospitals in Japan. *European Geriatric Medicine*, (4), 207.
- Hsiung, W.-T., Chang, Y.-C., Yeh, M.-L., & Chang, Y.-H. (2015). Acupuncture improves the postoperative comfort of gastric cancer patients: a randomised controlled trial. *Complementary therapies in medicine*, 23(3), 339-346.
- Ito, M., Honda, M., Gineste, Y., Marescotti, R., Hirayama, R., Shimada, C., et al. (2015). *An examination of the influence of Humanitude caregiving on the behavior of older adults with dementia in Japan*. The Japanese society for dementia care annual meeting. Available From: <http://humanitude-usa.com/wp-content/uploads/2015/11/Diapositive1.pdf>[2018, Apr 3]
- Institut Gineste-Marescotti. (2018). *Parkinson's Disease and Movement Disorders Events Humanitude Portland*. Trainee documentation. Oregon Health & Science University. Mirabella Portland. (Unpublished Manuscript)
- Kim Keum-Soon, & Kwon So-Hi. (2007). Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian nursing research*, 1(2), 125-135.
- Kim, E.-h., & Kim, K.-h. (2017). The meaning of “comfort” to elderly individuals living in long-term care hospitals. *Applied Nursing Research*(35), 59-63.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In a. S. B. Sandra J.Peterson (Ed.), *Middle Range Theories*

- :*Application to nursing research* (2 ed., pp. 254-272). Philadelphia: Wolter Kluwer.
- Kolcaba, K., & Fox, C. (1999). *The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy*. Paper presented at the Oncology Nursing Forum.
- Kolcaba, K., Dowd, T., Steiner, R., & Mitzel, A. (2004). Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 6(2), 91-102.
- Kuijt-Evers, L. F., Groenesteijn, L., de Looze, M. P., & Vink, P. (2004). Identifying factors of comfort in using hand tools. *Applied Ergonomics*, 35(5), 453-458.
- León-Pizarro, C., Gich, I., Barthe, E., Roviroso, A., Farrús, B., Casas, F., . . . Sierra, J. (2007). A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(11), 971-979.
- Lo, R. SK. & Woo, J. (2006). Palliative care in old age. *Reviews in Clinical Gerontology*, 16,35- 44.
- McCarthy, M., Glick, R., Green, J., Plummer, K., Peters, K., Johnsey, L., & DeLuca, C. (2013). Comfort First: an evaluation of a procedural pain management programme for children with cancer. *Psycho-Oncology*, 22(4), 775-782.
- Melo, R. C. C. P., Fernandes, D. S. C., Albuquerque, J. S., & Duarte, M. N. (2017). Methodology of care humanitude in promoting self-care in dependent people: An integrative review *Advances in human factors and ergonomics in healthcare* (pp. 187-193): Springer.
- Miller, K. D., Siegel, R. L., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Kramer, J. L., Rowland, J. H., . . . Jemal, A. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4), 271-289.
- Mosby P., S. & Zulian,G.B. (2011). End-of-life care in elderly cancer patients. *Aging Health*,7(3), 469-475.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative

- care. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7498), 1007.
- National Cancer Institute. (2018). *Cancer in Thailand Volume IX 2013 – 2015*. National Cancer Institute Bangkok, Thailand.
- Nuraini, T., Andrijono, A., Irawaty, D., Umar, J., & Gayatri, D. (2018). Spirituality-focused palliative care to improve Indonesian breast cancer patient comfort. *Indian journal of palliative care*, 24(2), 196.
- Nural, N., & Alkan, S. (2018). Identifying the Factors Affecting Comfort and the Comfort Levels of Patients Hospitalized in the Coronary Care Unit. *Holistic nursing practice*, 32(1), 35-42.
- Phaneuf, M. (2007). The concept of humanitude as applied to general nursing care[Online]. Available From: http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/The_concept_of_humanitude_as_applied_to_general_nursing_care.pdf[2018, Apr 4]
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer Health.
- Saxon V. Sue., E. J. M., Perkins A. Elizabeth A., (2010). *Physical change & aging : a guide for the helping professions* (Vol. 5). New York Springer
- Seymour, J., Clark, D., Floor, K., & Philp, I. (2001). *Palliative care and geriatric medicine: shared concerns, shared challenges*: Sage Publications Sage CA: Thousand Oaks, CA.
- Siefert, M. L. (2002). Concept Analysis of Comfort. *Nursing Forum*, 37(4), 16. Available From:<http://ezproxy.car.chula.ac.th/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=8893064&site=eds-live>[2018, June 4]
- Tanatwanit, Y. (2011). *comfort as experienced by thai older patient with advanced cancer*. (Doctoral Dissertation), The Catholic University of America Available From: <https://cuislandora.wrlc.org/islandora/object/etd:105>[2018, June 4]
- The American Cancer Society. (2018). *Cancer Facts and Statistics*. [Online]. Available From: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html>[2018, August 4]
- The Worldwide Palliative Care Alliance (2014). *Estimates of people in need of palliative*

- care at the end of life worldwide* [Online]. Available From:
<http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> [2018, August 1]
- Van Lancker, A., Beeckman, D., Verhaeghe, S., Van Den Noortgate, N., & Van Hecke, A. (2016). Symptom clustering in hospitalised older palliative cancer patients: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, *61*, 72-81.
- Van Lancker, A., Velghe, A., Van Hecke, A., Verbrugghe, M., Van Den Noortgate, N., Grypdonck, M., . . . Beeckman, D. (2014). Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. *Journal of pain and symptom management*, *47*(1), 90-104.
- Voiosu, A., Tantau, A., & Garbulet, C. (2014). Factors affecting colonoscopy comfort and compliance: a questionnaire based multicenter study. *Rom J Intern Med*, *52*(3), 151-157.
- World Health Organization. (2002). National Cancer Control Program es. Policies and managerial guideline.(2e) World Health Organization , Geneuce .
- World Health Organization. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. [Online]. Available From:
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf[2019, January 10]
- World Health Organization. (2018). *WHO Definition of Palliative Care* [Online]. Available From: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>[2019, January 10]
- Yilmaz, S. G., & Arslan, S. (2015). Effects of progressive relaxation exercises on anxiety and comfort of Turkish breast cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *16*(1), 217-220.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1.อาจารย์ญาตารัตน์ บาลจ่าย	อาจารย์ประจำวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2.อาจารย์ดวงกมล ดีทองคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน
3.อาจารย์ฉันทน์นันทน์ พุฒิวัฒนธราดล	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาทและไขสันหลัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4.พ.ต.ท.หญิง แพรวพรรณ แดงอุดม	พยาบาล (สบ3) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
5.พ.ต.ต.หญิง พรรณทิพา เวชรังษี	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหนังสือรับรองจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ อว 64.11/0909



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทิยา แก้ววงษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ญาดารัตน์ บาลจ่าย อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

อาจารย์ ญาดารัตน์ บาลจ่าย
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวนันทิยา แก้ววงษา โทร. 083-239-1556

ที่ อว 64.11/0907



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทิยา แก้ววงษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบหิวแมนนิจุดต่อความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญนางดวงกมล ดีทองคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางดวงกมล ดีทองคำ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวนันทิยา แก้ววงษา โทร. 083-239-1556

ที่ อว 64.11/0926



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทิยา แก้ววงษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบชีวแมนนิจุดต่อความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอรรณนันทน์ พุฒิวัฒนธราด พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวอรรณนันทน์ พุฒิวัฒนธราด
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวนันทิยา แก้ววงษา โทร. 083-239-1556

ที่ อว 64.11/0908



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพระชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทิยา แก้ววงษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พ.ต.ต.หญิง พรรณทิพา เวชรังษี อาจารย์ (สบ 2) ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ กลุ่มงานอาจารย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

พ.ต.ต.หญิง พรรณทิพา เวชรังษี

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวนันทิยา แก้ววงษา โทร. 083-239-1556

ที่ อว 64.11/๐๙๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทิยา แก้ววงษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พ.ต.ท.หญิง แพรวพรรณ แดงอุดม พยาบาล (สบ 3) กลุ่มงานพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

พ.ต.ท.หญิง แพรวพรรณ แดงอุดม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวนันทิยา แก้ววงษา โทร. 083-239-1556

ที่ อว 64.11/0928



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทิยา แก้ววงษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 85 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) โปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และแบบประเมินพฤติกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทิยา แก้ววงษา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต	นางสาวนันทิยา แก้ววงษา โทร. 083-239-1556



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคอง แบบอิวแมนนิจูดต่อความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
รหัสโครงการ	EC 015/2019
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวนันทิยา แก้ววงษา
หน่วยงานที่สังกัด	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
เอกสารที่รับรอง	แบบเสนอโครงการวิจัย
วันที่รับรอง	27 ธันวาคม 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้นโดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

Boon Am

ลงชื่อ.....

(นางชลิยา วามะลุน)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

Dr. Pong

ลงชื่อ.....

(นายพงศธร ศุภอรรถกร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี



DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES
UBONRATCHATHANI CANCER HOSPITAL

***Certificate of Approval
From***

Ethics Committee of Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand

Protocol Title *THE EFFECT OF PALLIATIVE CARE NURSING
PROGRAM BY HUMANITUDE ON COMFORT OF
CANCER OLDER PERSONS WITH PALLIATIVE
CARE*

Protocol Number *EC 015/2019*

Principal Investigator *Miss.Nanthiya Kaeowwongsa*

Affiliation *Ubonratchathani Cancer Hospital*

Research Site *Ubonratchathani Cancer Hospital*

Document Approved *Research Protocol*

Date of Approval *December 27, 2019*

*The prior mentioned documents have been reviewed and approved by
Ethics Committee, Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand, based on the
Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice*

Chaliya Wamaloon

.....
(Dr.Chaliya Wamaloon)
Vice Chairman, Ethics Committee

Pongsatorn Supaattakorn

.....
(Dr.Pongsatorn Supaattakorn)
Director, Ubonratchathani Cancer Hospital

Ethics Committee of Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand. Tel. 045-317133 ext. 7701



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความ สุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวนันทิยา แก้ววงษา
สถานที่วิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
สถานที่ทำงาน	ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน	045-315321
โทรศัพท์มือถือ	083- 2391556
ผู้ให้ทุน (ถ้ามี)	ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อ
ความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบระดับความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา
แบบประคับประคองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด และเพื่อ
เปรียบเทียบระดับความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่
ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

* การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับ

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยต่อไปนี้ คือ

เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ การตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วน
บุคคลของผู้สูงอายุ และแบบประเมินระดับความสบาย ครั้งที่ 1 จากนั้นท่านจะได้รับการพยาบาลตามการ
พยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด เป็นระยะเวลา นาน 5 วัน และภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วม
โครงการวิจัยในวันที่ 5 ท่านจะได้รับการทำแบบประเมินระดับความสบาย ครั้งที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยแจ้ง
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างดำเนินโครงการวิจัยหากท่านมีข้อสงสัย
ใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้
ตลอดเวลา

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ การวิจัยนี้อาจทำให้ท่านเสียเวลาในการให้ข้อมูล
โดยการสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม ซึ่งเป็นความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงใดๆที่
รุนแรงเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำร้ายต่อ
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถ
สอบถามจากผู้ทวิวิจัยได้ตลอดเวลา

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะยังได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

* หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด (ถ้าโครงการใดที่ผู้วิจัยจะมีการถอนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกจากโครงการ ให้ระบุพร้อมเกณฑ์ในการถอน และระบุการได้รับการช่วยเหลือ ตามความเหมาะสมต่อไป)

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ตามสถานที่ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อาศัยอยู่ บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบ อิวแมนนิจูดต่อความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา และจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวนันทิยา แก้ววงษา โทรศัพท์ 0832391556

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต *(ทั้งนี้ให้พิจารณาผลกระทบตามบริบทที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ)* และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย (.....) ตัวบรรจง	ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความ ยินยอม (.....) ตัวบรรจง
ลงชื่อ..... พยาน (.....) ตัวบรรจง	ลงชื่อ..... พยาน (.....) ตัวบรรจง



ที่ อว 64.11/ ๑๗๑๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒) มิถุนายน 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วย นางสาวนันทิยา แก้ววงษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลระดับประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) จากงานวิจัย เรื่อง Comfort as Experienced by Thai Older Patients with Advanced Cancer ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนังถณิกชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (2554)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

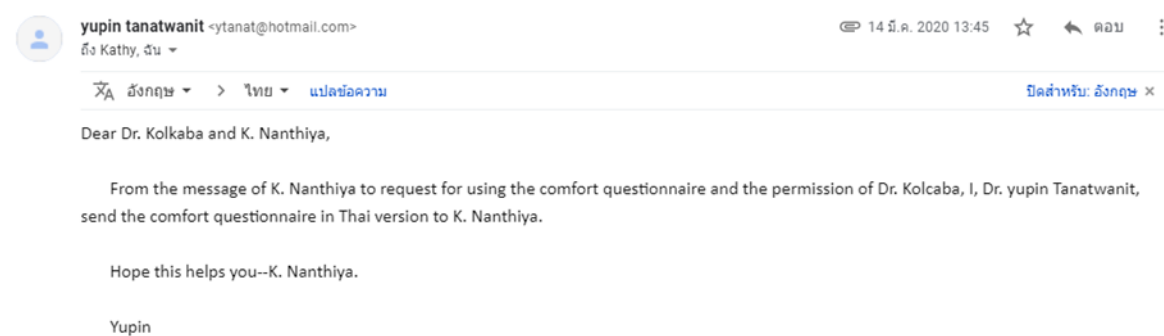
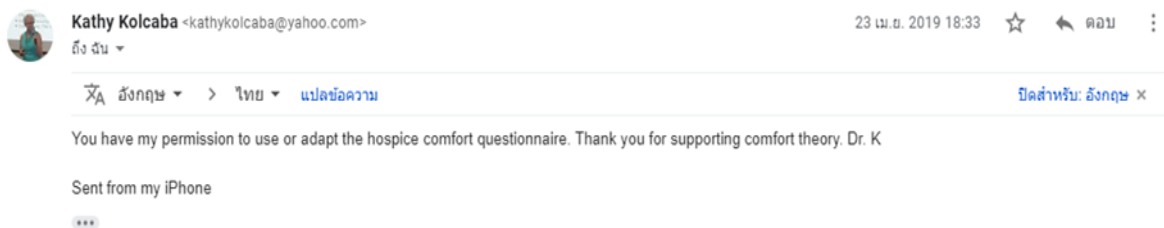
ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวนันทิยา แก้ววงษา โทร. 083-239-1556



Assistant Professor Dr. Yupin Tanatwanit
 Adult-Nursing Department, Nursing Faculty,
 Burapha University, Chonburi 20131
 Thailand





เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือ Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2)

ชุดที่ 2 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง การวินิจฉัยทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย) แปลโดย ยูพิน ถนัดวนิชย์ (Tanatwanit, 2011) ซึ่งพัฒนามาจาก Hospice Comfort Questionnaire (Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd, 2001)

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คู่มือโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด (สำหรับพยาบาล)

ส่วนที่ 2 คู่มือสำหรับผู้ดูแล (ดูแลผู้ป่วยอย่างไร.....ให้สุขสบาย)

ชุดที่ 4 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือ Palliative

Performance Scale version 2 (PPSV2)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50 %	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยมีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากมีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม+/- สับสน

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
30 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ไม่ดื่มหรือกินเลย	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกรู้ตัว +/- สับสน
0 %	เสียชีวิต	-	-	-	-

สรุปคะแนนการประเมิน.....%

ชุดที่ 2 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง การวินิจฉัยทางการแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากทะเบียนประวัติ และจากการสอบถามผู้สูงอายุ โดยบันทึกและหาเครื่องหมาย ลงในวงเล็บ ตามความเป็นจริง ผู้สูงอายุรายชื่อ.....[] กลุ่มควบคุม [] กลุ่มทดลอง วันที่เก็บข้อมูล.....

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ ระบุ

4. สถานภาพสมรส

โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมต้น

มัธยมปลาย/ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

6. หอผู้ป่วย

สามัญ พิเศษ อื่น.....

7. โรคประจำตัวอื่นๆ

ไม่มี มี ระบุโรค.....

8. การวินิจฉัยโรคในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้.....

9. อาการที่เกิดขึ้นในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

ปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร

ซึมเศร้า วิดกกังวล หายใจลำบาก อื่น.....

10. การรักษาที่ได้รับในครั้งนี้

ให้ยาบรรเทาอาการปวด ฉายรังสี เคมีบำบัด อื่นๆ ระบุ.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย)

[] Pre-test วันที่.....

[] Post-test วันที่.....

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับการรับรู้ หรือความรู้สึกของท่านในขณะนี้เกี่ยวกับความสบายที่ท่านได้รับจากการรักษาพยาบาลในขณะนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกที่ท่านแสดงความคิดเห็นตามแบบสอบถามข้างล่างนี้ ซึ่งได้แบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก

ระดับ 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย

ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ระดับ 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก

ความสบายของผู้ป่วย	ความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	อย่างมาก 1	มาก 2	เล็กน้อย 3	เล็กน้อย 4	มาก 5	อย่างมาก 6
1.ขณะนี้ร่างกายของฉันมีอาการอ่อนคลาย						
2.ฉันมีอาการหายใจลำบาก						
3.ฉันมีความเป็นส่วนตัวอย่างเพียงพอ						
4.ฉันได้รับการฟังพจากบุคคลอื่นเมื่อฉันต้องการ						
5.....						
6.						
47.เมื่อคิดย้อนไปในอดีตที่ผ่านมา ฉันคิดว่าฉันมีชีวิตที่ดี						
48.สภาวะจิตใจของบุคคลที่ฉันรักมีส่วนทำให้ฉันรู้สึกแย่หรือมีอาการเลวลง						
49.สภาพอุณหภูมิในห้องนี้พอดีและเหมาะสม						

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 คู่มือโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด (สำหรับพยาบาล)



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา

บทนำ

ปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะประคับประคอง (Palliative Care) เป็นที่ยอมรับ มีการปฏิบัติอย่างแพร่หลายโดยทั่วไป ทั้งนี้เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ มุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด ครอบคลุมถึงจิตวิญญาณและตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (World Health Organization, 2005) อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองนั้นมีระดับความสุขสบาย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งยังคงต้องการการดูแลความสุขสบายร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดจากพยาบาล รวมถึงการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ก็ส่งเสริมให้เกิดความสุขสบายให้แก่ผู้สูงอายุได้

การดูแลแบบ humanitude เป็นแนวคิดของ Yves Gineste and Rosette Marescotti ชาวฝรั่งเศส ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลที่เน้นถึงการดูแลด้วยความเป็นมนุษย์ เคารพในความเป็นบุคคล ด้วยความรัก ความอ่อนโยน และใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศฝรั่งเศส สเปน โปรตุเกส และยุโรป รวมถึงญี่ปุ่น สำหรับประเทศไทยพบว่าแนวคิดนี้ได้มีการนำเข้ามาจัดอบรมให้แก่บุคลากรโดย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน

จากความสำคัญดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ บรรเทาความทุกข์ทรมาน ทำให้เกิดความสุขสบาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดฮิวแมนนิจูดที่ดูแลด้วยความรัก ความอ่อนโยน เน้นถึงการดูแลด้วยความเป็นมนุษย์ เคารพในความเป็นบุคคล โดยทั้งสองแนวคิดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้ ผู้จัดทำจึงได้เห็นความสำคัญและนำมาผสานเป็นการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อให้เกิดความสุขสบายเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยต่อไป

คำชี้แจงในการใช้ข้อมูล

คู่มือนี้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล เน้นการปฏิบัติการพยาบาลประคับประคองที่ผสมผสานแนวคิด ฮิวแมนนิจูด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายเพิ่มมากขึ้น เป็นตอบสนองต่อความต้องการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ต่อผู้ป่วยต่อไป

วิธีการใช้คู่มือ

- อ่านทำความเข้าใจวัยสูงอายุ
- ทำความรู้จักกับแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและการดูแลแบบประคับประคอง
- อ่านรายละเอียดเพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนการดูแล
- ปฏิบัติตามโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด



2

คู่มือ โปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูด สำหรับพยาบาล

โปรแกรมการพยาบาลระดับประคอง แบบฮิวแมนนิจูด สำหรับพยาบาล

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคองระดับประคอง จะมีอาการทุกข์ทรมานต่างๆ จากโรคที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ความสุขสบายลดลง ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญต่อการดูแล ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคองระดับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคองระดับประคองของโรงพยาบาล โดยที่การดูแลในโปรแกรมนี้จะเป็นการดูแลที่เพิ่มเติมจากการดูแลในแนวทางเดิม เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

โปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างความสุขสบายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคองระดับประคองที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) โดยแต่ละกิจกรรมการพยาบาลได้ผสมผสานแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) เพื่อให้เกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (Kolcaba, 2003)

โปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด จะนำแนวคิดทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การพูด (Speech) 2) การมองสบตา (Gaze)
- 3) การสัมผัส (Touch) 4) การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality)

มาผสมผสานในขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาล ดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลและขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล ให้การพยาบาลในแต่ละกิจกรรมประมาณ 20-30 นาที ทุกวันติดต่อกัน เป็นระยะเวลา 5 วัน โดยกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรม ได้แก่

- 1) การเข้าหาผู้ป่วยและการพูดคุยทักทาย
- 2) การประเมินสัญญาณชีพ
- 3) การจัดการอาการรบกวนต่างๆ
- 4) การดูแลเรื่อง spiritual and psychosocial support
- 5) การดูแลด้านโภชนาการ
- 6) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 7) การจัดทำและการจัดสิ่งแวดล้อม



ส่วนที่ 2 คู่มือสำหรับผู้ดูแล (ดูแลผู้ป่วยอย่างไร.....ให้สุขสบาย)



ดูแลผู้ป่วยอย่างไร..... ให้สุขสบาย

(คู่มือสำหรับผู้ดูแล)





จัดทำโดย
นางสาวนันทิยา แก้ววงษา
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด



การมอง

เป็นการสื่อสารอีกช่องทางหนึ่ง
ที่มองด้วยสายตาอันอ่อนโยน
พร้อมกับส่งรอยยิ้ม เป็นการเปิด
ความรู้สึก สร้างความไว้วางใจ



การพูด

เป็นการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่เป็น
มิตร เป็นการสร้างสัมพันธภาพ
ด้วยถ้อยคำที่จริงใจ ปลอดภัย
ส่งเสริมกำลังใจ



การสัมผัส

เป็นการสื่อสารเพื่อการดูแล
แบ่งปันความรู้สึก ในขณะที่
เทคโนโลยีทันสมัยเพียงใด
ก็ไม่สามารถให้กับมนุษย์ได้



การจัดทำ

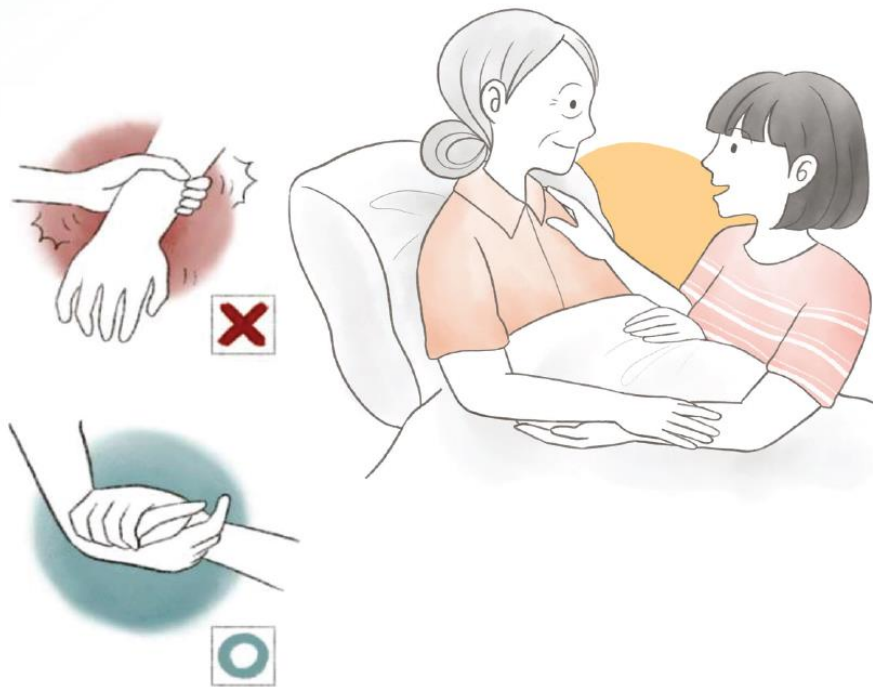
คือการให้ผู้สูงอายุที่อยู่บนเตียง
ได้มีการขยับตัว ลุกนั่ง เดิน
ตามความสามารถที่ปฏิบัติได้

การสัมผัส...สัมผัสอย่างไรให้รู้สึก...สบาย

- สัมผัสด้วยความอ่อนโยน นุ่มนวล มีความสุข และรู้สึกไว้นั่นคือใจ

เทคนิค

- สัมผัสแบบกว้างๆ นุ่มนวล
- ช้าๆ อย่างต่อเนื่อง
- ทะนุถนอม ใช้การประคอง



ชุดที่ 4 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

คำชี้แจง แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูดเป็นแบบประเมินที่ใช้สอบถามถึงการพยาบาลในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตามที่ได้ให้การดูแล

พฤติกรรมกรรมการพยาบาลระดับประคอง แบบฮิวแมนนิจูด	การพยาบาล		
	ปฏิบัติ ทุก ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1. พยาบาลเคาะประตูหรือปลายเตียงเพื่อขออนุญาตก่อนเข้าพบ ผู้สูงอายุ พร้อมกล่าวสวัสดี/ไหว้ ทักทาย			
2. พยาบาลได้มีการสบตาในระดับแนวเดียวและพูดคุยขณะดูแล ผู้สูงอายุ			
3. พยาบาลใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน มีน้ำเสียงนุ่มนวลในการ สนทนากับผู้ป่วย			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9. พยาบาลกระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุลุกนั่ง ยืน หรือเดิน			
10. พยาบาลยกมือไหว้กล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้ม			



ตารางที่ 10 การจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกันตามลักษณะของอายุ การวินิจฉัยโรค และสิ่งแวดล้อม

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	อายุ	การวินิจฉัยโรค	หอผู้ป่วย	อายุ	การวินิจฉัยโรค	หอผู้ป่วย
1	83	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	81	มะเร็งศีรษะและ ลำคอ	สามัญ
2	60	มะเร็งปอด	สามัญ	68	มะเร็งปอด	สามัญ
3	77	มะเร็งปากมดลูก	พิเศษ	71	มะเร็งปากมดลูก	พิเศษ
4	63	มะเร็งปอด	สามัญ	61	มะเร็งปอด	สามัญ
5	75	มะเร็งปอด	สามัญ	77	มะเร็งปอด	สามัญ
6	76	มะเร็งปอด	สามัญ	73	มะเร็งปอด	สามัญ
7	62	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	พิเศษ	62	มะเร็งตับและ ท่อน้ำดี	พิเศษ
8	76	มะเร็งปอด	พิเศษ	73	มะเร็งปอด	พิเศษ
9	69	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	69	มะเร็งศีรษะและ ลำคอ	สามัญ
10	81	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	89	มะเร็งศีรษะและ ลำคอ	สามัญ
11	73	มะเร็งปอด	พิเศษ	77	มะเร็งปอด	พิเศษ
12	69	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	69	มะเร็งศีรษะและ ลำคอ	สามัญ

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	อายุ	การวินิจฉัยโรค	หอผู้ป่วย	อายุ	การวินิจฉัยโรค	หอผู้ป่วย
13	60	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	พิเศษ	65	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	พิเศษ
14	77	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	พิเศษ	71	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	พิเศษ
15	69	มะเร็งเต้านม	สามัญ	65	มะเร็งเต้านม	สามัญ
16	75	มะเร็งปากมดลูก	สามัญ	70	มะเร็งปากมดลูก	สามัญ
17	67	มะเร็งปอด	พิเศษ	65	มะเร็งปอด	พิเศษ
18	60	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	พิเศษ	65	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	พิเศษ
19	63	มะเร็งศีรษะและลำคอ	พิเศษ	67	มะเร็งศีรษะและลำคอ	พิเศษ
20	70	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	72	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ
21	73	มะเร็งปอด	สามัญ	75	มะเร็งปอด	สามัญ
22	67	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ	65	มะเร็งศีรษะและลำคอ	สามัญ

ตารางที่ 11 คะแนนความสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบชีวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คู่ ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	3.51	ปานกลาง	3.82	ปานกลาง	3.61	ปานกลาง	5.12	สูง
2	3.71	ปานกลาง	4.33	ปานกลาง	3.50	ปานกลาง	5.07	สูง
3	3.99	ปานกลาง	3.97	ปานกลาง	3.74	ปานกลาง	5.23	สูง
4	3.73	ปานกลาง	4.04	ปานกลาง	3.57	ปานกลาง	4.96	สูง
5	3.21	ปานกลาง	4.14	ปานกลาง	3.38	ปานกลาง	5.01	สูง
6	3.65	ปานกลาง	3.93	ปานกลาง	3.55	ปานกลาง	5.07	สูง
7	3.75	ปานกลาง	4.57	สูง	3.72	ปานกลาง	4.95	สูง
8	3.45	ปานกลาง	4.07	ปานกลาง	3.64	ปานกลาง	5.02	สูง
9	3.26	ปานกลาง	3.91	ปานกลาง	3.58	ปานกลาง	4.97	สูง
10	3.91	ปานกลาง	3.94	ปานกลาง	3.66	ปานกลาง	4.94	สูง
11	3.71	ปานกลาง	3.90	ปานกลาง	3.76	ปานกลาง	4.53	สูง
12	3.26	ปานกลาง	3.91	ปานกลาง	3.58	ปานกลาง	4.93	สูง
13	3.69	ปานกลาง	4.26	ปานกลาง	3.8	ปานกลาง	4.76	สูง
14	3.99	ปานกลาง	4.12	ปานกลาง	3.74	ปานกลาง	5.13	สูง
15	3.89	ปานกลาง	3.94	ปานกลาง	3.76	ปานกลาง	4.94	สูง
16	3.99	ปานกลาง	4.10	ปานกลาง	3.72	ปานกลาง	5.02	สูง
17	3.45	ปานกลาง	4.10	ปานกลาง	3.64	ปานกลาง	4.93	สูง
18	3.71	ปานกลาง	4.39	ปานกลาง	3.74	ปานกลาง	4.94	สูง
19	3.49	ปานกลาง	3.67	ปานกลาง	3.59	ปานกลาง	4.62	สูง
20	3.49	ปานกลาง	3.69	ปานกลาง	3.57	ปานกลาง	4.78	สูง
21	3.17	ปานกลาง	4.03	ปานกลาง	3.38	ปานกลาง	4.88	สูง
22	3.49	ปานกลาง	3.17	ปานกลาง	3.59	ปานกลาง	4.94	สูง
X	3.61	ปานกลาง	4.05	ปานกลาง	3.62	ปานกลาง	4.94	สูง
SD	.26		.27		0.13		.16	

ตารางที่ 12 คะแนนพฤติกรรม การดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ
โปรแกรมการพยาบาลระดับประคองแบบฮิวแมนนิจูด

ลำดับที่	คะแนนพฤติกรรม การดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลระดับประคอง แบบฮิวแมนนิจูด	
	คะแนน	ร้อยละ
1	20.00	100
2	19.00	95
3	20.00	100
4	20.00	100
5	19.00	95
6	18.00	90
7	19.00	95
8	18.00	90
9	18.00	90
10	20.00	100
11	20.00	100
12	19.00	95
13	18.00	90
14	19.00	95
15	20.00	100
16	20.00	100
17	19.00	95
18	20.00	100
19	20.00	100
20	20.00	100
21	18.00	90
22	19.00	95
\bar{X}	19.22	96.13

ตารางที่ 13 Reliability แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย (ฉบับภาษาไทย)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics (ด้านสังคมวัฒนธรรม)

Cronbach's Alpha	N of Items
.798	13

Reliability Statistics (ด้านสิ่งแวดล้อม)

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	12

Reliability Statistics (ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ)

Cronbach's Alpha	N of Items
.800	13

Reliability Statistics (ด้าน

ร่างกาย)

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ขณะนี้ร่างกายของฉันมี อาการอ่อนคลาย	235.35	231.397	.256	.801
ฉันมีอาการหายใจลำบาก	234.55	230.997	.339	.800
ฉันมีความเป็นส่วนตัวอย่าง เพียงพอ	234.95	223.103	.401	.796
ฉันได้รับการพึ่งพาจากบุคคล อื่นเมื่อฉันต้องการ	234.85	224.134	.581	.794
ฉันรู้สึกมีก๊าซ/น้ำภายในช่อง ท้อง ซึ่งทำให้ฉันมีอาการแน่น อึดอัด ไม่สุขสบาย	234.70	229.379	.356	.799
ฉันมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ครอบครัวของฉัน	236.20	231.432	.124	.807
ความเชื่อของฉันช่วยให้ฉันมี ความสงบสุขทางใจ	234.65	222.345	.713	.792
พยาบาลที่ดูแลฉันได้การ ช่วยเหลือสนับสนุน และให้ กำลังใจฉัน	234.60	226.568	.654	.795
ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีคุณค่า ในขณะนี้	234.45	233.839	.230	.802
ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นที่รักของ ทุกๆคน	234.30	239.905	-.110	.807
ฉันมีความพอใจกับ สิ่งแวดล้อมรอบๆตัวฉัน	234.55	236.892	.086	.805

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ฉันมีความยากลำบากในการ พักผ่อน(ไม่สามารถพักผ่อนได้ ตามปกติ)	236.40	243.095	-.148	.818
ฉันคิดว่าไม่มีใครเข้าใจฉัน	235.30	206.011	.668	.783
ความเจ็บปวดของฉันรุนแรง ยากเกินกว่าที่ฉันจะอดทนได้	235.10	223.779	.308	.800
ฉันสามารถนอนหลับได้อย่าง สนิทและเพียงพอ	235.15	229.503	.328	.800
ฉันรู้สึกมีความสุขสงบ	235.15	229.187	.478	.798
ฉันกำลังมีความรู้สึกผิด	234.10	234.200	.369	.802
ฉันชอบอยู่ที่นี่	235.15	227.608	.325	.799
ฉันมีอาการคลื่นไส้อาเจียน	234.50	216.053	.516	.791
ฉันมีความสามารถที่จะพูดคุย สนทนากับบุคคลที่ฉันรักได้	234.35	228.029	.671	.796
ห้องนี้/สถานที่แห่งนี้ทำให้ฉัน รู้สึกหวาดกลัว	234.65	216.134	.539	.791
ฉันมีความหวาดกลัวในสิ่งที่ กำลังจะเกิดขึ้นกับฉัน	235.90	239.779	-.074	.813
ฉันมีคนที่ให้ความสำคัญและ เอื้ออาทรต่อความรู้สึกของฉัน	234.35	229.397	.579	.797
ฉันเคยมีประสบการณ์ที่ทำให้ ฉันรู้สึกไม่สุขสบาย	235.40	237.832	.003	.807
ฉันรู้สึกห้องนี้มีความเจ็บสงบ	235.35	227.924	.197	.804

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ฉันต้องการพบแพทย์ที่ดูแล ฉันบ่อยมากขึ้นกว่าที่ฉันได้รับ ขณะนี้	236.05	235.103	.101	.805
ปากและผิวหนังของฉันมี อาการแห้งมาก	235.35	249.292	-.290	.822
ฉันมีความพึงพอใจกับ สัมพันธภาพส่วนตัวของฉันที่ มีอยู่	235.05	226.892	.677	.795
ฉันเข้าใจ ยอมรับ และ สามารถปรับตัวอยู่กับความ เจ็บปวดด้านร่างกายที่เกิดขึ้น	234.95	230.892	.528	.799
บรรยากาศในห้องนี้ทำให้ฉัน รู้สึกซึมเศร้า	234.85	224.239	.233	.804
ฉันกำลังมีความสุขสบายด้าน ร่างกายในขณะนี้	235.70	229.695	.235	.802
แก้อ้อและเตียงทำให้ฉัน บาดเจ็บ(เช่น ปวดเมื่อย แผล กดทับ และความไม่สุขสบาย อื่นๆ)	235.00	238.421	-.041	.812
สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศใน ที่นี่เป็นแรงกระตุ้นช่วยให้ ฉันเกิดความรู้สึกที่ดี	235.55	229.839	.182	.804
ฉันคิดกังวลอยู่กับความไม่สุข สบายของฉันตลอดเวลา	236.70	274.747	-.839	.840

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ฉันมีความเชื่อและศรัทธา อย่างแรงกล้าต่อสิ่งที่ฉัน เคารพนับถือ	234.80	227.747	.452	.797
ฉันมีความรู้สึกที่ดีเพียง พอที่จะทำบางสิ่งบางอย่าง สำหรับตัวฉัน	235.15	233.713	.178	.803
เพื่อนๆของฉันให้กำลังใจฉัน โดยการส่งบัตรแสดงความคิด ถึงหรือโทรศัพท์พูดคุยกับฉัน	234.90	228.621	.314	.800
ฉันรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่ แห่งนี้(ในห้องพัก/ โรงพยาบาล)	235.40	224.989	.354	.798
ฉันต้องการรับทราบข้อมูล เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่มา มากกว่า	236.55	232.261	.150	.804
ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ได้รับความ ช่วยเหลือใดๆ	234.30	226.537	.394	.797
ฉันคิดว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ คุ้มครองและให้กำลังใจฉัน	234.90	228.516	.317	.799
ห้องที่ฉันอยู่มีบรรยากาศสด ชื่น ไม่มีกลิ่นเหม็นใดๆ	234.85	227.503	.482	.797
ฉันรู้สึกว่าฉันถูกทอดทิ้งและ โดดเดี่ยว	234.55	219.208	.394	.796

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ฉันสามารถบอกผู้ที่เกี่ยวข้องว่า อะไรเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ฉันต้องการ	234.70	228.642	.488	.797
ฉันรู้สึกซึมเศร้า	234.80	218.379	.459	.794
ฉันได้ค้นพบความหมายในชีวิตของฉัน(หรือฉันรู้สึกว่าการใช้ชีวิตมีความหมาย)	235.05	222.576	.650	.792
เมื่อคิดย้อนไปในอดีตที่ผ่านมา ฉันคิดว่าฉันมีชีวิตที่ดี	234.90	234.621	.230	.803
สภาวะจิตใจของบุคคลที่ฉันรักมีส่วนทำให้ฉันรู้สึกแย่หรือมีอาการเลวลง	234.65	217.713	.585	.790
สภาพอุณหภูมิในห้องนี้พอดีและเหมาะสม	234.90	229.989	.385	.799

ตารางที่ 14 แสดงการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
sum1	Equal variances assumed	.223	.640	-10.628	42	.000	-1.13636	.10693	-1.35215	-.92058
	Equal variances not assumed			-10.628	38.802	.000	-1.13636	.10693	-1.35268	-.92005
sum2	Equal variances assumed	.413	.524	-12.081	42	.000	-1.05944	.08769	-1.23641	-.88247
	Equal variances not assumed			-12.081	39.025	.000	-1.05944	.08769	-1.23681	-.88207
sum3	Equal variances assumed	3.436	.071	-9.359	42	.000	-.79545	.08500	-.96699	-.62392
	Equal variances not assumed			-9.359	36.059	.000	-.79545	.08500	-.96783	-.62308
sum4	Equal variances assumed	2.998	.091	-10.178	42	.000	-.77622	.07626	-.93013	-.62232
	Equal variances not assumed			-10.178	36.544	.000	-.77622	.07626	-.93081	-.62164
summall	Equal variances assumed	3.322	.075	-13.786	42	.000	-.94187	.06832	-1.07974	-.80400
	Equal variances not assumed			-13.786	33.789	.000	-.94187	.06832	-1.08074	-.80300

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวนนทยา แก้ววงษา
วัน เดือน ปี เกิด	11 ธันวาคม 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระ พุทธบาท สระบุรี เมื่อปีการศึกษา 2550



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY