

ความต้องการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัว  
ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

วนิศา รัชวัตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
มิถุนายน 2561  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ วนิศา รัชวัตร์ ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๖ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้กรุณาให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำ ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการค้นคว้าหาความรู้ มีประสบการณ์ และเครือข่ายอย่างกว้างขวางในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และเคมีบำบัดทุก ๆ ท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอบพระคุณผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ที่คอยให้กำลังใจ และคอยกระตุ้นเตือนให้พยายามเรียนจนสำเร็จ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน เพื่อร่วมรุ่น และรุ่นน้องทุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่บุพการี บูรพาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้และประสบความสำเร็จในการศึกษาในวันนี้

วนิศา รัชวัตร์

55920264:สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความต้องการการดูแล/ การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล/ สมาชิก  
ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

วนิศา รัชวัตร์: ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (CARING NEEDS AND RECEIVING  
CARING NEED RESPONSES OF FAMILY MEMBERS HAVING TERMINALLY CANCER  
PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด., วาริ กังใจ, พย.ด.  
87 หน้า, ปี พ.ศ. 2561.

การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวอย่างเหมาะสม  
มีความจำเป็นมากจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอย่าง  
มีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาความต้องการ  
การดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็น  
สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 67 ราย  
ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความ  
ต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวซึ่งมีค่า  
เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา  
ใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 120.88$ ,  
 $SD = 8.35$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร  
( $M = 56.13$ ,  $SD = 3.79$ ) ด้านร่างกาย ( $M = 21.14$ ,  $SD = 2.29$ ) และด้านอารมณ์ ( $M = 40.64$ ,  $SD = 3.48$ )  
อยู่ในระดับมาก ส่วนความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.95$ ,  
 $SD = 1.07$ ) คะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ใน  
ระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล  
พบว่า ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล โดยรวม  
มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ย  
ความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับ  
การตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนคะแนนเฉลี่ย  
ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพ  
ในการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

55920264: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: CARING NEEDS / THE CARING NEED RESPONSES / FAMILY MEMBERS  
OF TERMINALLY CANCER PATIENTS

WANISA RACHAWAT: CARING NEEDS AND RECEIVING CARING NEED  
RESPONSES OF FAMILY MEMBERS HAVING TERMINALLY CANCER PATIENTS.

ADVISORY COMMITTEE: WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D., WAREE KANGCHAI,  
D.N.S. 87 P. 2018.

Receiving appropriate caring need responses is necessary for family members in order to provide the efficient care for the terminally cancer patients. The purpose of this descriptive comparative research was to study family members' caring needs and the caring need responses of family members. The simple random sampling technique was used to select 67 family members caring for terminally cancer patients, Saraburi Hospital. The instruments include demographic data record form, caring needs and caring need responses questionnaires which Cronbach's Alpha Coefficient were .87 and .91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistic and paired t-test.

The results revealed that the overall mean score of the caring needs was at the high level ( $M = 120.88$ ,  $SD = 8.35$ ). The mean scores of informational care need ( $M = 56.13$ ,  $SD = 3.79$ ), physiological care need ( $M = 21.14$ ,  $SD = 2.29$ ), and emotional care need ( $M = 40.64$ ,  $SD = 3.48$ ) were at the high level, but the spiritual caring need was at the moderate level ( $M = 2.95$ ,  $SD = 1.07$ ). The mean scores of overall and each aspect of the caring need responses were at the high level. The mean scores of the overall caring need and the caring need response was significantly different ( $p < .001$ ). The mean scores of informational, physiological, and emotional caring need were significantly higher than the mean scores in the same aspect of the caring need responses ( $p < .001$ ), while the mean scores of spiritual aspect was not different. The results could be used to improve quality of care for family members of terminally cancer patients.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย .....	9
ทฤษฎีภาวะวิกฤต.....	11
ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย .....	14
การตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย.....	18
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	25
สถานที่ศึกษา .....	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	28
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	30
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	34
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย.....	34
ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย.....	37
ส่วนที่ 3 ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ สุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน .....	39
ส่วนที่ 4 การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน .....	40
ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน .....	41
5 สรุปและอภิปรายผล .....	42
สรุปผลการวิจัย .....	42
การอภิปรายผล .....	44
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	53
บรรณานุกรม .....	55
ภาคผนวก .....	62
ภาคผนวก ก .....	63
ภาคผนวก ข .....	65
ภาคผนวก ค .....	73
ภาคผนวก ง.....	78
ภาคผนวก จ .....	85
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	87

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	34
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	37
3	ช่วงคะแนนของความต้องการการดูแลโดยรวมและรายด้าน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย.....	39
4	ช่วงคะแนนของการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลโดยรวมและรายด้าน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย .....	40
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน Paired <i>t</i> -test .....	41
6	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น .....	64
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับที่ของคะแนนความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายด้าน และรายข้อ .....	79
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลำดับที่ของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายด้าน .....	82



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรโลก จากข้อมูลสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุอันดับต้นๆในการเสียชีวิต โดยในปี ค.ศ. 2015 พบว่า ประชากรของสหรัฐอเมริกาเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 1,658,370 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเกิดขึ้นประมาณ 589,430 คน และใน 1 วัน ประชากรของสหรัฐอเมริกาจะเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง จำนวน 1,620 คน (American Cancer Society, 2015) สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มจำนวนมากขึ้น และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2558 จากข้อมูลสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 70,075 และ 73,938 คน ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558, 2559) และในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการดำเนินการของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ หรืออยู่ในระยะสุดท้ายนั้นเพิ่มจำนวนมากขึ้น จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 32.38 รองลงมาในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 21.31 ตามลำดับ (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เช่นเดียวกับสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปี พ.ศ. 2558-2559 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมี จำนวน 12,131 คน และ 11,810 คน ตามลำดับ และนอกนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ 4 ในปี พ.ศ. 2558-2559 มีจำนวน 647 คน และ 455 คน ตามลำดับ (งานทะเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสระบุรี, 2560)

เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้น ส่งผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกครอบครัวทุกคน เนื่องด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การรักษามีเพียงช่วยชะลอความรุนแรงของโรค และเมื่อแพทย์ผู้รักษาได้อธิบายการดำเนินการของโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย มีการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถทำงานได้ดังเช่นเดิม ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมสภาพและทรุดลงจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของโรคที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย (สุวรรณค์ กุรัตน, 2556) โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะเผชิญกับความเจ็บปวดบอบช้ำที่สุด (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; นภา ทวีรทรงกุล, 2558; Chaiviboontham, Viwatwongkasem,

Hanucharurnkul, & McCorkle, 2011) และนอกจากนี้ ยังพบอาการอื่น ๆ ด้วย เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร หายใจลำบาก (กิตติกร นิลมานัต, 2555; รัตริส แมลงภูทอง, 2552; Chaiviboontham et al., 2011; Dong et al., 2016) อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Cui, Song, Zhou, Meng, & Zhao, 2014) จากข้อมูลดังกล่าวมาจะพบว่า ความเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายนั้น ยังพบความเจ็บป่วยทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ จากความไม่แน่นอนของชีวิต และต้องเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้พ้น ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวต่อการพลัดพรากจากบุคคลที่ตนรัก และมีความรู้สึกหวั่นไหวคนที่อยู่เบื้องหลัง เกิดความเปราะบางทางด้านจิตใจ สูญเสียความหวังและความศรัทธาในการรักษา ไม่ยอมรับความตาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้กระตุ้นเร้าทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทางจิตวิญญาณ (กิตติกร นิลมานัต, 2555; พระไพศาล วิสาโล, 2550) จากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมือนเดิม จำเป็นต้องมีการพึ่งพาสมาชิกครอบครัวเข้ามาดูแลช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต และเขารัตน์ มัชฌิม (2558) พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจะมีความต้องการให้บุคคลที่ตนรัก หรือสมาชิกครอบครัวเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ต้องการอยู่โดดเดี่ยว มีความต้องการพึ่งพาคครอบครัวในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการเข้ามาดูแลช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีการเผชิญกับวาระสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า (สุมานี ศรีกำเนิด, 2552)

สถาบันครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพราะเป็นที่พึ่งพาให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการปรารถนา โดยเฉพาะการพึ่งพาทางด้านร่างกายและจิตใจนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (พรพรรณ วนวิโรตม และคณะ, 2552) ร่วมกับอาการ และความรุนแรงของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด จากการศึกษาพบว่าการพูดคุยให้กำลังใจ การได้อยู่กับครอบครัว การดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย รู้สึกอบอุ่น หอมหวน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (เพ็ญศิริ มรกต และคณะ, 2558; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2558) จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นภาพวีรรรยกุล, 2558; Pokpalagon, 2012) และด้วยสภาพสังคมวัฒนธรรมของคนไทย พบว่าส่วนใหญ่อยู่กันเป็นครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลที่จะคอยดูแลคือสมาชิกในครอบครัวจึงทำให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และปัญหา

ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของบุคคลในครอบครัว ไม่ได้เกิดขึ้น เฉพาะกับตัวผู้ป่วยแต่เกิดขึ้นกับสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิก ครอบครัว และเมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลการแจ้งข่าวร้ายในการดำเนินการของ โรคมะเร็งที่ เข้าสู่ระยะสุดท้ายเป็นครั้งแรก ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวล และเสียใจที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากไปอย่างกะทันหัน เป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีใครคาดการณ์มาก่อน เป็นการรับรู้ที่กระทบกระเทือนต่อสภาพจิตใจของสมาชิกครอบครัวอย่างยิ่ง ที่ต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรัก กลัวการพลัดพรากจากกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นการสูญเสียอย่างถาวร (ไหมมูนิะ คลังซ็อง, 2553) ทำให้สมาชิกครอบครัวเพิ่มระดับความวิตกกังวล เครียด และกลัว การสูญเสียมากขึ้น ภาวะนี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤต (Aguilera, 1998) สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องเผชิญจากการที่ต้องสูญเสียบุคคลในครอบครัวที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้ สมาชิกครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (ภาวิณี พรหมบุตร, 2557) ทำให้เกิดความไม่สมดุลภายในครอบครัวจนอาจส่งผลให้การทำหน้าที่ที่ไม่สามารถทำได้ดังเช่นเคย จากความรู้สึกลึกในภาวะการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของบุคคลที่ตนรัก ทำให้สมาชิกครอบครัว ปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ไม่เหมาะสม (Situational crisis) ทำให้ขาดความสมดุลภายใน ครอบครัว (Balancing factor) ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังที่เคยสมดุล (Aguilera, 1998) ก่อให้เกิดเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจของสมาชิกครอบครัว และหากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถขจัด ปัญหาที่เกิดขึ้นให้กลับเข้าสู่สภาวะปกติได้ จะทำให้สถานการณ์ของภาวะวิกฤตเพิ่มมากขึ้น สมาชิก ครอบครัวจะมีระดับความเครียดและความวิตกกังวลสูงขึ้น จากภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้ สมาชิกครอบครัวมีความต้องการในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของ ตนเอง และทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (Cui et al., 2014)

การประเมินความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายได้ตรงตามผู้ป่วยปรารถนา เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์ (ชุตติกาญจน์ หฤทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ และ โสภิษฐ์ สุวรรณากเสาวงค์, 2559) ดังนั้น เมื่อทีมบุคลากรสุขภาพได้พบกับสมาชิกครอบครัวหลังจากผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล แล้ว จึงเป็นช่วงเวลาที่ต้องมีการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและสมาชิก ครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจจากสมาชิกครอบครัว การที่ทีมบุคลากรสุขภาพได้ทราบความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวอย่างแท้จริง จะทำ

ให้ช่วยแก้ไขปัญหาและความต้องการการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกระทบต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสที่สมาชิกครอบครัวจะสื่อความเครียดของตนเองให้กับผู้ป่วยด้วย และจากแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) ได้กล่าวถึงความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวไว้ 4 ด้านคือความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมีความครอบคลุมความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณมา มณีจันทร์ (2552) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความต้องการให้ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย สังคม จิตวิญญาณ ให้ครอบคลุมโดยสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยได้สัมผัสถึงจิตใจของกันและกัน และการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่ยึดหลักการให้สมาชิกครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (World Health Organization [WHO] 2014) เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ ได้เข้าสู่กระบวนการตายดี (Good death) ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อสู่ระยะสุดท้ายมีความต้องการให้สมาชิกครอบครัวอยู่ด้วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้รู้สึกว่ามีกำลังใจ อบอุ่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2558) และไม่ต้องการให้สมาชิกครอบครัวมีความเศร้าโศกเสียใจเมื่อถึงวาระสุดท้าย หากสมาชิกครอบครัวไม่ยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีความหวังกังวลหรือเศร้าโศกอยู่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สบายใจและอาจจะจากไปอย่างไม่สงบ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2556) และนอกจากนี้ยังให้การดูแลสมาชิกครอบครัวสามารถผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกเสียใจได้อย่างเหมาะสม

หากความต้องการการดูแลได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และสมาชิกครอบครัวปรารถนาจะช่วยให้ลดความเครียด ความวิตกกังวลและเกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (รุ่งรารวรรณ บัวชัย, 2553) และการที่สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน จะส่งผลให้ความสามารถในการรับรู้ และการเผชิญปัญหาของสมาชิกครอบครัวเป็นไปอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และสมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวให้พร้อมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถคงความสมดุลของครอบครัวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบเพียงการศึกษาสำรวจหาความต้องการด้านต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัวเท่านั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย เช่น ประสบการณ์ผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู (นริสา สะมาแอ, 2556) ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า (รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุดา งามขำ, คงขวัญ จันทรมณฑากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร และสาคร พร้อมเพราะ, 2556) และพบว่าการศึกษาความต้องการในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น การศึกษาความต้องการข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า (รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีษา วงศ์ปรากฏ, ยศพล เหลืองโสมมณา และศรีสุดา งามขำ, 2557) ส่วนการศึกษาความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการจะศึกษาในผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นส่วนใหญ่ เช่น ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว ขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ฉุกเฉิน (สัญญา โพธิ์งาม, 2555) ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลการ, กานดา อิ่มสงวน และกนกพร สุคำวัง, 2556) และสำหรับในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จะพบการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการสนับสนุนทางจิตใจจากพยาบาล (พรพรรณ วนวโรดม, 2552) การปรับตัวต่อบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (วารุณี มีเจริญ, 2557) และทัศนคติของครอบครัว และความต้องการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (พิมพ์พนิต ภาศรี, 2556) ความต้องการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หักกิจ, 2558) ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นจะพบว่า ยังไม่มีการศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในทั้งสองประเด็นในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะการศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางการวางแผนให้การตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

3. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

### สมมติฐานการวิจัย

ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้ทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aguilera (1998) และแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความแตกต่างจากโรคอื่น เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีแต่อาการที่จะทรุดลงเรื่อย ๆ เมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับการแจ้งข่าวร้ายจากแพทย์ผู้รักษาเป็นครั้งแรก ถึงการดำเนินการของโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายหมดหนทางในการรักษาทำให้เป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เข้าสู่ภาวะกดดันสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational crisis) ทำให้การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นลดลง สมาชิกครอบครัวไม่สามารถเผชิญ และแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม หากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้จะทำให้เกิดภาวะไม่ความสมดุล การที่จะปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้นั้นต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวเพื่อให้เข้าสู่ภาวะสมดุล โดยตามทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aguilera (1998) พบว่า องค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Perception of the event) 2) การมีระบบเกื้อหนุนในสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational support) และ 3) การมีกลไกในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (Coping mechanism) เมื่อสมาชิกครอบครัวเผชิญกับปัญหาร่างกายจะคงภาวะสมดุลไว้เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถ้าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้จะส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ภาวะวิกฤตเพิ่มสูงขึ้น ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตกกังวลและความเครียดมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ยาก มีความซับซ้อนละเอียดอ่อนแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ถ้าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถนำปัจจัยสมดุลทั้ง 3 ประการมาแก้ไขปัญหาในการตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ จะทำให้เกิดความไม่สมดุลและเกิดภาวะวิกฤต (Aguilera, 1998) แต่ถ้าหากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถนำปัจจัยสมดุลทั้ง 3 แก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญได้อย่างเหมาะสมทำให้เกิด

ความสมดุลและไม่เกิดภาวะวิกฤต Gaglione (1984) ได้กล่าวถึงความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวไว้ 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ โดยพยาบาลในหอผู้ป่วยมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้มีความหวังและการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้นั้น ก็จะตอบสนองปัจจัยความสมดุลตามทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aguilera (1998) ได้ดังเช่นที่ว่าความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารสามารถตอบสนองความต้องการต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Perception of the event) ของสมาชิกครอบครัว ความต้องการด้านร่างกายสามารถตอบสนองต่อระบบเกลือหินในสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational support) ความต้องการด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณสามารถตอบสนองต่อกลไกในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (Coping mechanism) จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า เมื่อสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดความป่วยด้วยโรคมะเร็ง และเข้าสู่ภาวะสุดท้าย จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ มีความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการรักษาภาวะสมดุลในครอบครัว ถ้าหากความต้องการการดูแลไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวล และต้องการความช่วยเหลือ แต่ถ้าความต้องการการดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลครบทั้ง 4 ด้าน จะส่งผลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตรงกับความต้องการการดูแลที่แท้จริง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Descriptive Comparative Research) เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยจะทำการศึกษาในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 67 คน โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561

### นิยามศัพท์เฉพาะ

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่หรือน้อง และเป็นบุคคลซึ่งต้องอยู่ด้วยกัน

มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย รวมทั้งสามารถตัดสินใจแทนได้ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 ที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ หรือ มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและเข้าสู่ระยะสุดท้าย

ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ความประสงค์ที่จะได้รับการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยความต้องการต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วยความต้องการ 4 ด้าน ความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย (Physiological needs) ความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ (Emotional needs) และความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) ประเมินจากแบบสอบถามความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของ อุไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ (2532) โดยแบ่งความต้องการการดูแลเป็น 4 ด้าน ตามกรอบแนวคิดความต้องการ Gaglione (1984)

การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในการได้รับการช่วยเหลือที่ตอบสนองตามความต้องการการดูแลทั้ง 4 ด้านคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่น ๆ และประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวจากแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาจาก อุไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ (2532) โดยแบ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลออกเป็น 4 ด้าน ตามกรอบแนวคิดการตอบสนองความต้องการของ Gaglione (1984)



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ทฤษฎีภาวะวิกฤต
3. ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
4. การตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

#### แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

##### ความหมายผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติของยีนในร่างกาย โดยยีนที่ทำหน้าที่ควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์เกิดการกลายพันธุ์ ทำให้กลุ่มเซลล์บางส่วนมีการเจริญเติบโตผิดปกติ ซึ่งเรียกเซลล์ที่แบ่งตัวผิดปกติว่า เซลล์มะเร็ง โดยเซลล์นี้มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผ่านทางระบบหลอดเลือดและน้ำเหลือง จนทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากโรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงชะลอการดำเนินการลุกลามของโรค จึงทำให้มีภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

ทัศนีย์ ทองประทีป (2552) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ 4 หรือมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน แต่ละคนอาจมีอาการแสดงที่แตกต่างกันได้เนื่องมาจากสาเหตุการป่วยที่แตกต่างกัน กระบวนการใกล้ตายนี้อาจใช้เวลา 10-14 วัน บางรายอาจใช้เวลาเพียง 24 ชั่วโมง ในทางการแพทย์มักจะถือว่าระยะใกล้ตายคือ 48 ชั่วโมง (Final hours) ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดการเสียชีวิตอย่างสงบ

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาทางห้องปฏิบัติการ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ถึงการดำเนินการของโรคที่เข้าสู่ระยะที่ 4 มีการดำเนินการของโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น และมีการลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในทางที่แย่งลง มีความล้มเหลวของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย

ไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดด้วยวิธีใด ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีอาการทรุดลงอย่างต่อเนื่องจนร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพดั้งเดิมได้ และมีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและเข้าสู่ระยะสุดท้าย มีเพียงการดูแลรักษาแบบประคับประคองในการบรรเทาความเจ็บปวดจนกระทั่งเสียชีวิต

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงได้ 2 ด้านดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มักพบปัญหาในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินอาหารในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร การรับรสอาหารที่ผิดปกติ รู้สึกชาลิ้น ขมปาก ส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง (กนกพร วิสุททธิกุล, 2554) รับประทานอาหารและน้ำน้อยลง จากการที่ผู้ป่วยมีการถ่ายปัสสาวะลดลง หรือไม่ถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระระบบกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ จะหมดแรง ไม่มีเรี่ยวแรงแม้แต่จะพูดเพราะกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่หายใจอ่อนตัวลง อุณหภูมิในร่างกายก็สูงขึ้น ระบบทางเดินหายใจมักพบอาการหายใจเหนื่อยหอบหายใจลำบาก เป็นภาวะที่พบได้บ่อยร้อยละ 70 (บุษยามาส ชิวสกุลยง และลดารัตน์ สาภินันท์, 2556) มีภาวะสับสน ไม่รู้สึกตัว และหยุดหายใจเป็นพัก ๆ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และอุดมวรรณ วันศรี, 2552; สุวคนธ์ กุรัตน, 2556) นอกจากนี้ยังพบปัญหาความเจ็บปวด จากการที่มีการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นภายในร่างกายทำให้ก้อนมะเร็งไปกดเบียดเส้นประสาท เนื้อเยื่ออื่น ๆ และกระดูกจึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดอย่างมาก (กิตติกร นิลมานัต, 2555; สุวคนธ์ กุรัตน, 2556; Get-Kong et al., 2010; Simoff et al., 2013) ระบบไหลเวียนโลหิตจะพบว่าระดับของความดันโลหิตจะลดลง และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีอาการ ได้แก่ นอนไม่หลับ บวมทั้งตัว เกิดแผลกดทับ และมีอาการปวด เป็นต้น (คุณิต สดาวาร, 2550; ทศนิษฐ์ ทองประทีป, 2552)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย อาจยอมรับความตายได้เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน แต่บางคนก็ยังมีความหวังกังวล บางรายอยู่ในระยะที่ยอมรับความจริงต่อการเจ็บป่วยแต่ยังกลัวความตาย การถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ไม่มีคนดูแลในขณะที่สิ้นลมหายใจ หรือกลัวถูกแยกให้อยู่เพียงลำพังจากเหตุผลของการรักษา (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และอุดมวรรณ วันศรี, 2552) กลัวความเจ็บปวด กลัวไร้ศักดิ์ศรี เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องอาศัยแพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ มาช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่าและไร้ศักดิ์ศรี กลัวเป็นภาระต่อคนอื่น กลัวการสูญเสียจากการพลัดพรากอย่างถาวรจากบุคคลและสิ่งทีตนรัก (สุวคนธ์ กุรัตน, 2556) และกลัวเพราะไม่รู้ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นหลังความตาย สำหรับสิ่งที่คนใกล้ตายกลัวมากที่สุด คือ การถูกทอดทิ้งและการอยู่อย่างโดดเดี่ยว (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และอุดมวรรณ วันศรี, 2552) ภาวะซึมเศร้า

ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักพบภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 15-30 โดยผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิตและจากสภาพแวดล้อมในการรักษาที่มีอุปกรณ์ เครื่องที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย เรื่องช่วยหายใจ ทำให้มีเสียงรบกวนจิตใจผู้ป่วยตลอดเวลา ปัญหาของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และญาติ หรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่กระตุ้นความเครียดของจิตใจผู้ป่วยอย่างมาก (วิจิตรา กุสมภ์, 2553) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความทุกข์ทรมานจากรักษา ความเจ็บปวดจากการทำหัตถการและการดำเนินการของโรคที่เกิดขึ้นจึงมีความต้องการการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ การที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งในรอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้น ส่งผลกระทบ ต่อจิตใจของสมาชิกคนอื่นในรอบครัวอย่างยิ่ง เนื่องด้วยโรคมะเร็งเป็น โรคที่ไม่มีวิธีการรักษา ให้หายขาด และเมื่อสมาชิกในรอบครัวได้ทราบข้อมูลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ผู้รักษาถึง การดำเนินการของโรคมักมีการลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย ยิ่งส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตก กังวล เครียด และเสียใจที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากไปอย่างไม่คาดคิด เป็นสถานการณ์ที่ เกิดขึ้นอย่างกระทันหัน ซึ่งภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตสำหรับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องเผชิญ

## ทฤษฎีภาวะวิกฤต

### ความหมายของภาวะวิกฤต

Aguilera (1998) ได้ให้ความหมายของภาวะวิกฤต ว่าหมายถึง อันตรายเนื่องจากเป็นสิ่งที่คุกคามต่อบุคคลและครอบครัว มักเกิดขึ้นในระยะแรกที่มีการเผชิญเหตุการณ์กับภาวะวิกฤต และเมื่อเวลาผ่านไป ภาวะวิกฤตอาจเปลี่ยนเป็น โอกาส เนื่องจากบุคคลจะมีโอกาสพัฒนากลไกในการเผชิญปัญหา เพื่อให้ตนเองสามารถจัดปัญหา และผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ ภาวะวิกฤตของ Aguilera (1989) จะกล่าวถึงปัจจัยในการปรับตัวเข้าสู่ภาวะความสมดุลมี 3 ปัจจัยคือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Perception of the event) 2) การมีระบบเกื้อหนุนในสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational support) และ 3) การมีกลไกในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (Coping mechanism)

### ชนิดของภาวะวิกฤตโดยทั่วไปแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดดังนี้

1. ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Developmental crisis) เป็นภาวะวิกฤตจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจ และมักพบว่า เกิดความขัดแย้งขึ้น เช่น ระยะเริ่มต้นของวัยรุ่นสาวซึ่งมักพบว่า เกิดความขัดแย้งระหว่างการพึ่งพา และต้องการอิสระในตนเองก่อให้เกิดความวุ่นวายสับสน

และอาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะวิกฤตได้ เช่น การเริ่มงานใหม่ การแต่งงาน หรือเริ่มใช้ชีวิตครอบครัว เป็นต้น

2. ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกะทันหัน เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดล่วงหน้า เช่น การเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุหรืออุบัติภัยต่าง ๆ ตลอดจนภาวะที่ทำให้มีการกระทบกระเทือนทางจิตใจและสังคม เช่น การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด ทำให้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึ่งในขณะที่เดียวกันบุคคลนั้นก็จะพยายามนำกลยุทธ์ต่าง ๆ เข้ามาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จและสิ่งเร้ายังคงอยู่จะส่งผลให้บุคคลมีระดับความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความไม่สมดุลของบุคคล อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดขึ้น บุคคลจะพยายามนำปัจจัยสมดุล (Balance factor) มาใช้เพื่อให้กลับเข้าไปสู่ภาวะสมดุลดั้งเดิม ซึ่งการที่บุคคลจะปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้นั้นต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวเพื่อให้เข้าสู่ภาวะสมดุล โดยตามแนวคิดภาวะวิกฤตของ Aguilera (1998) พบว่า ปัจจัยสมดุลในการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลคือ การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Perception of the event) การมีระบบเกื้อหนุนในสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational support) และการมีกลไกในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (Coping mechanism) ถ้าบุคคลสามารถนำปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้มาใช้แก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมจะทำให้บุคคลสามารถหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความสมดุลไม่เกิดภาวะวิกฤตขึ้น แต่หากขาดปัจจัยความสมดุลประการใดไปเพียงหนึ่งประการ จะทำให้บุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลและก่อให้เกิดภาวะวิกฤต (Aguilera, 1998) เช่นเดียวกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวที่ต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ทำให้สมาชิกครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational crisis) ส่งผลให้การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นลดลง สมาชิกครอบครัวไม่สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม หากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้จะทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุล และส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ภาวะวิกฤตเพิ่มสูงขึ้น ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มมากขึ้น

เมื่อสมาชิกครอบครัวรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับระยะ และการดำเนินการของโรคมะเร็งจากทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง ไม่มีหนทางในการรักษาหายขาด มีเพียงประคับประคองอาการไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพราะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่มีใครคาดคิดมาก่อนและเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต

ของบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด เสียใจ เศร้าโศก และกลัวการพลัดพรากจากกัน ซึ่งสมาชิกครอบครัวบางรายยังต้องการให้ช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตยืนยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่นเดียวกับ กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) ได้ศึกษาประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น และความตาย ต่อรองกับความเจ็บป่วย และความตาย และยอมรับกับภาวะใกล้ตาย พร้อมเผชิญความตาย และจากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 4 ของ กิตติกร นิลมานัต (2555) ก็พบว่า ช่วง 2 เดือน ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า พุดคุยน้อยลงมีการแยกตัวจากผู้อื่นและซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อความตายของ Kubler-ross model แบ่งปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการสูญเสียเป็น 5 ระยะดังนี้

1. ระยะปฏิเสธหรือไม่ยอมรับ (Denial) เป็นระยะเวลาที่บุคคลพยายามปฏิเสธไม่ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นกลไกปกป้องของบุคคลที่ต้องเผชิญความจริงที่เจ็บปวด โดยพยายามรวบรวมแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกเพื่อพยายามผ่อนคลายนผลกระทบจากความสูญเสีย อาจมีอาการขาดความรู้สึกไปชั่วขณะ รู้สึกตัวเองไม่ใช่ตัวเอง และไม่สามารถที่จะตั้งสติเรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้องได้ จะไม่ยอมรับว่าเกิดการสูญเสีย อาจจะเกิดขึ้นอยู่เป็นระยะเวลาสั้น ๆ ภายใน 24 ชั่วโมง

2. ระยะโกรธ (Anger) เป็นระยะที่แสดงความรู้สึกโกรธต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น รู้สึกโทษบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดเหตุการณ์เช่นนี้ พยายามโทษว่าเป็นความผิดของคนใดคนหนึ่ง เช่น แพทย์ตรวจวินิจฉัยผิดหรือไม่ มีคนอื่นทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ รวมถึงโทษสิ่งที่ไม่แน่ใจว่ามีจริงหรือไม่ เช่น โชคชะตา เป็นต้น

3. ระยะต่อรอง (Bargaining) ระยะนี้เริ่มมีการรับรู้การสูญเสีย แต่ยังคงพยายามมองหาสิ่งต่อรอง เพื่อปลอบใจในการที่ยังไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เช่น ยังไม่สมควรที่จะเกิดเหตุการณ์แบบนี้ ขอให้ผ่านช่วงเวลานี้ไปก่อนจะได้หรือไม่ รวมถึงการพยายามหาที่ย้ำความมั่นใจที่ใหม่ เช่น กรณีที่คิดว่าแพทย์วินิจฉัยผิดหรือรักษาไม่ดี น่าจะมีคนที่ช่วยได้ดีกว่าหรือขอแลกเปลี่ยนด้วยชีวิตของตนเองแทนจะได้หรือไม่ ซึ่งในความเป็นจริงการสูญเสียดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขหรือหาอะไรมาทดแทนได้

4. ระยะซึมเศร้า (Depression) เป็นระยะที่มีพฤติกรรมแยกตัว แสดงความรู้สึกเสียใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้แล้ว ซึ่งเป็นความรู้สึกปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงนี้ และยังไม่ถือว่าเป็นความเจ็บป่วยแต่อย่างใด

แต่ให้พึงระวังไว้ว่าอาจจะเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงในการที่ผู้เสียใจจะกระทำการใด ๆ อันเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น การทำร้ายตนเองหรือแม้กระทั่งทำร้ายผู้อื่น

5. ระยะเวลายอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่เริ่มกลับสู่สภาพเดิม ยอมรับการสูญเสียเมื่อเวลาผ่านไป ความรู้สึกและอารมณ์เศร้า รวมถึงสติค่อย ๆ ฟื้นกลับมา ร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าจะอย่างไรเสียก็ยังไม่สามารถจะแก้ไขการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้แล้วการยอมรับจะค่อย ๆ เกิดขึ้นในที่สุด

จากสถานการณ์เหล่านี้จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวที่ต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวลกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ไม่เหมาะสม (Situational crisis) ทำให้ขาดความสมดุลภายในครอบครัว จนส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังที่เคยสมดุล (Aguilera, 1998) จากการที่รู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตของบุคคลที่ตนรัก การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ยาก มีความซับซ้อนละเอียดอ่อนแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ถ้าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถนำปัจจัยสมดุลทั้ง 3 ประการมาแก้ไขปัญหาในการตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ จะทำให้เกิดความไม่สมดุลและเกิดภาวะวิกฤต (Aguilera, 1998) แต่ถ้าหากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถนำปัจจัยสมดุลทั้ง 3 แก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสมดุลและไม่เกิดภาวะวิกฤต และจากภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของตนเอง และทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (Cui et al., 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณมา มณีจันทร์ (2552) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความต้องการให้ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย สังคม จิตวิญญาณให้ครอบคลุม โดยผู้ดูแลกับผู้ป่วยได้สัมผัสถึงจิตใจของกันและกัน ซึ่งการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม จำเป็นที่พยาบาลต้องประเมินความต้องการและการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อให้การตอบสนองความต้องการได้ตามที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวปรารถนา

### **ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย**

การประเมินความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถคงความสมดุลไว้ซึ่งครอบครัว การดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว จำเป็นต้องดูแลให้ครบทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ และจากแนวคิดความต้องการของ Gaglione (1984) ได้กล่าวถึงความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวไว้ 4 ด้านดังนี้

1. ความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs) เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารซึ่งเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ซึ่งเป็นความต้องการที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระบุว่า มีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารซึ่งสมาชิกครอบครัวต้องการให้บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยชัดเจนตรงไปตรงมาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดำเนินโรค วิธีการจัดการเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัตถกิจ, 2558) การรักษาแหล่งประโยชน์ โดยต้องการให้ข้อมูลข่าวสารที่ได้จากบุคลากรในทีมสุขภาพมีความสอดคล้องกัน และผู้ให้ข้อมูลควรเป็นบุคลากรที่ครอบครัวรู้สึกคุ้นเคย มีการใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ และสถานที่ให้ข้อมูลมีความเป็นส่วนตัว (เพ็ญศิริ มรกต และคณะ, 2558) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุบลมาศ ศรีวรรณ (2556) พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการข้อมูลด้านข่าวสารสูงสุด ได้แก่ คำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็ว จนเกินไป นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะดวสบายต่าง ๆ ในระยะแรกที่เผชิญกับสถานการณ์ที่แย่ง สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสนใจกับความต้องการการดูแลด้านร่างกายของตนเองมากนัก เนื่องจากจะมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่จะให้ความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญกับสถานการณ์ที่แย่ง โดยความต้องการการดูแลที่ด้านร่างกายที่สมาชิกในครอบครัวระบุ ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษา กิตติกร นิลมานัต และคณะ (2552) พบว่า สมาชิกในครอบครัวต้องการเข้าถึงบุคลากรสุขภาพได้ง่าย ไม่ต้องรอคิวนาน และนอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการในการมีเวลาพักร้อนก่อนการกลับมาให้การดูแลอีกครั้ง (เพ็ญศิริ มรกต และคณะ, 2558) และนอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกครอบครัวมีความต้องการในระดับสูงในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ, 2558) และจากการศึกษาของ Rokach, Miller, Schick, and Bercovitch (2014) พบว่าถ้าสมาชิกครอบครัวได้รับ

การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย  
โรคมะเร็งได้อย่างดี ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

3. ความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ (Emotional needs) เป็นความต้องการ  
การสนับสนุนทางอารมณ์ การมีคนคอยพูดคุย ปลอดภัยและให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วย  
ของผู้ป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ (Psychological crisis) ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
โดยความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่  
ความต้องการลดความวิตกกังวล โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง  
ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่  
เกิดขึ้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังมีความต้องการได้รับการประคับประคองทางจิตใจ  
และมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ผ่านภาวะวิกฤตไปได้ และสมาชิกใน  
ครอบครัวยังต้องการสนับสนุนจากพยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพอีกด้วย โดยต้องการ  
พูดคุยเพื่อสอบถามปัญหาและข้อข้องใจต่าง ๆ ตลอดจนต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับ  
การดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และทุกอย่างจะเรียบร้อย แม้เมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่อยู่ด้วย  
ตลอดเวลาที่โรงพยาบาล และรวมถึงต้องการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลด้วย  
เช่นเดียวกับการศึกษาของของ อุบลมาศ ศรีวรรณ (2556) พบ เช่นเดียวกันว่าสมาชิกในครอบครัว  
ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามสิทธิที่มีและได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การดูแล  
ผู้ป่วย และจากศึกษาของ Rokach, et al., (2014) พบว่า ถ้าสมาชิกครอบครัวได้รับการสนับสนุน  
ช่วยเหลือทางสังคมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลไม่เกิดความเหงา หรือรู้สึก  
โดดเดี่ยวในการดูแลผู้ป่วยด้วย

4. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) จิตวิญญาณ เป็นแก่นของ  
ชีวิตทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้มนุษย์มีเหตุผล รู้จักควบคุม  
อารมณ์มีความคิดริเริ่ม นอกจากนี้จิตวิญญาณมีมิติของความสัมพันธ์ คือ บุคคลตระหนักในคุณค่า  
หรือบทบาทของตนในครอบครัว สังคม มีปฏิสัมพันธ์ต่อเพื่อนมนุษย์ สิ่งแวดล้อม ช่วยให้คุณ  
ก้าวผ่านพ้นปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) เป็นความต้องการความมั่นคง  
ทางด้านจิตใจ เช่น การยึดมั่นในศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล โดยสมาชิกในครอบครัวต้องการ  
ให้พระมาเยี่ยมผู้ป่วย ต้องการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยขณะรักษาตัวใน  
โรงพยาบาล และต้องการได้รับการบอกเล่าว่าจะประกอบพิธีอะไรทางศาสนาได้บ้างในขณะที่  
ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลมาศ ศรีวรรณ (2556) พบว่า  
ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ อนุญาตให้ผู้ที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตาม  
ความต้องการ เปิดโอกาสให้ญาติได้เลือกสถานที่ที่ต้องการอยู่เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย



และมีที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น นำวัตถุ คำสอนธรรมะหลักศาสนาหรือพระมาเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าญาติต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือการจัดการด้านต่าง ๆ ที่มาจากบุตร หลานและญาติ ๆ ด้วยกันเอง

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของทีมบุคลากรสุขภาพจะพบว่า ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ต้องตอบสนองความต้องการการดูแลให้ครบครอบคลุมทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้เสียชีวิตอย่างสงบตามที่ผู้ป่วยได้ปรารถนา ได้เข้าสู่กระบวนการตายดี (Good death) รวมทั้งให้การดูแลสมาชิกครอบครัวได้ผ่านพ้นภาวะเศร้าโศก เสียใจได้อย่างเหมาะสม

#### ความหมายสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดาพี่น้อง บุตร หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ คู่สมรส หรือเป็นเครือญาติที่มีความผูกพันใกล้ชิด สมาชิกครอบครัวมีหน้าที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้มีความสมดุลความผาสุก ความเจริญรุ่งเรือง และมีการพัฒนาการอย่างปกติสุข มีองค์ประกอบในการปฏิบัติ มีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ ทางอารมณ์โดยการให้ความรักความเอาใจใส่มีหน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองดีของชาติ หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม หน้าที่ในการสืบเชื้อสาย

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สมาชิกมีความสัมพันธ์ และผูกพันกันอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะ บิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตร ครอบครัวเป็นระบบเปิดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้โอกาสที่จะมีสิ่งเร้า (Stressor) ทั้งที่เกิดจาก ภายในหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกมากกระทบกับระบบย่อยของครอบครัวย่อมเป็นไปได้โดยง่าย ก่อให้เกิดปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้นถือเป็นภาวะที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบร่วมกัน และเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งไม่เพียงมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย แต่ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เจ็บป่วยรุนแรง เจ็บพลัด หรือการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของ Doherty et al., (2008) พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Abernethy, Burns, Wheeler, and Currow (2009) ได้ศึกษาถึงความหมายการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และจะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดจนถึงระยะสุดท้าย และจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย

จะพบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวจะเข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นคู่ชีวิตหรือบุตร (นภา ทวีรทรงกุล, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่า คู่สมรสจะเป็นคนดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ดังนั้น สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ผูกพันกันทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่น้องและบุตร หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือคู่สมรส และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความรัก ความผูกพันอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จากการต้องสูญเสีย พลัดพรากจากบุคคลที่ตนรัก (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554)

### การตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

#### การตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการ เพื่อการดำรงไว้ของชีวิตในสังคม ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวมีความสำคัญ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีหน้าที่ในการดูแลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา มีโอกาสในการพูดคุย สื่อสารกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่น ในทีมสุขภาพ จึงทำให้พยาบาลที่ดูแลมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่แท้จริงของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลจะต้องรับรู้ความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกครอบครัวเพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีการวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นมีความทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ความเจ็บปวดจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นลดลง ความต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวจะเพิ่มมากขึ้น (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) ทำให้สมาชิกครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ทำให้มีการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นเรื่องที่ยาก และท้าทายสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน การไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล ทำให้ไม่มีความมั่นใจในการดูแล ส่งผลให้เกิดความกลัววิตกกังวล เครียด เป็นภาวะที่คุกคามทางกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ (ภาวิณี พรหมบุตร, 2557) หากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้จะก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน

มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้และส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยได้ การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวระยะ สุดท้ายมีดังนี้

1. การตอบสนองความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร ในการติดต่อสื่อสารกับ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลต้องมีท่าทีที่เป็นกันเอง พูดจาด้วยน้ำเสียงสุภาพเป็นมิตร ให้ข้อมูล ที่ถูกต้อง นอกจากนี้ต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และไม่ก่อให้เกิดความสับสนของสมาชิก ครอบครัว (Coker, Rodriguez, & Flores, 2010) ยินดี และเต็มใจในการให้ข้อมูลเมื่อสมาชิก ครอบครัวมีข้อสงสัยที่ซักถามเพิ่มเติม และต้องให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถ ตัดสินใจ การให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ครอบครัวจะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเชื่อใจทีมสุขภาพ และเมื่อสมาชิกครอบครัวรับรู้เรื่องราวที่เป็นจริง จะทำให้เผชิญกับเหตุการณ์ขณะนั้นได้อย่าง เหมาะสม

2. การตอบสนองความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลสมาชิกครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดความรู้สึกร้อนเพลีย เมื่อยล้า เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ น้ำหนักลด ขาดความสนใจตนเอง (ชนัญญา กาสินพิลา, 2550) การที่พยาบาลให้ความสนใจ คิดตามเอาใจใส่ สอบถามความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว มีการจัดสถานที่พักรอ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น มีห้องน้ำหรืออาสาดูแลอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีเวลาพักผ่อน จะช่วยให้ครอบครัวได้รับความสะดวก และสุขสบาย ยิ่งขึ้น

3. การตอบสนองความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ เพื่อช่วยบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การที่สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลอย่างมากมายใน สิ่งที่ยังมาไม่ถึง ซึ่งบางครั้งสิ่งที่กลัวยังไม่เกิดขึ้น จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเหนื่อยล้าทาง จิตใจมากยิ่งขึ้น และไม่สามารถที่จะช่วยเหลืออะไรผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้สมาชิก ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ หรือปัญหาที่ประสบ จะทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย และอาจทำให้พยาบาลได้ข้อมูลจากครอบครัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พยาบาลควรเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟัง เรื่องราวหรือคำบอกเล่าต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัวด้วยความตั้งใจ จะทำให้สมาชิกครอบครัว รู้สึกอบอุ่นมีที่พึ่ง

4. การตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ นอกจากสมาชิกครอบครัว จะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย และปัญหาครอบครัวที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดภาวะเครียด กระวนกระวายใจ วิตกกังวลอย่างรุนแรง จึงต้องการบุคคล ที่เข้าใจให้กำลังใจ และช่วยประคับประคองจิตใจ ดังนั้น จิตวิญญาณถือเป็นอีกมิติหนึ่งที่มี

ความสำคัญ ไม่น้อยกว่ามิติด้านกาย (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2558) พยาบาลควรจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวหรืออาจช่วยส่งเสริม โดยจัดหาสิ่งที่ครอบครัวยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เปิดโอกาสให้ได้ใช้วัตถุมงคลต่าง ๆ ตามความเหมาะสมหรืออำนวยความสะดวกในการให้สมาชิกครอบครัวได้ประกอบพิธีทางศาสนาโดยไม่ขัดกับแผนการรักษาตามความศรัทธา ตลอดจนการเปิดโอกาสให้พระสงฆ์ หรือบุคคลทางศาสนาประกอบพิธีทางศาสนาได้

ดังนั้นการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลจัดให้และกระทำต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยให้การตอบสนองความต้องการการดูแลสมาชิกครอบครัวได้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์ เน้นการพยาบาลที่ให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวได้ดี ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย (สุริยา ฟองเกิด, 2554) ทั้งนี้พยาบาลควรมีความเข้าใจลักษณะของครอบครัว รับรู้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในแต่ละคน ระดับความเครียด ความวิตกกังวลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

#### **แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง**

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป เนื่องจากจุดมุ่งหมายของการดูแลนั้นไม่ใช่ให้ผู้ป่วยนั้นหายจากโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ แต่จะมุ่งให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ (Good death) และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ดีขึ้น และการดูแลนั้นต้องยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่แพทย์ผู้รักษาได้แจ้งข้อมูลการดำเนินการของโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายให้กับสมาชิกครอบครัวรับทราบแล้ว ทีมแพทย์ผู้รักษาจะนำหลักการดูแลแบบประคับประคองเข้ามามีบทบาทร่วมด้วยในการดูแล เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงที่ผู้ป่วยปรารถนาเป็นครั้งสุดท้าย ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มให้การดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคว่าเข้าเข้าสู่ระยะสุดท้ายต่อเนื่องไปจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ตลอดไปถึงการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการเสียชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งประกอบด้วย การป้องกัน และลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และมีปัญหาด้านอื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553; WHO, 2014)

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะเริ่มดูแลตั้งแต่วินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ตลอดไปถึงการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการเสียชีวิต (กิตติกร

นิลมานัต, 2555) ซึ่งจะแตกต่างกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End of life care) ซึ่งเป็น การดูแลในช่วงท้ายของชีวิต โดยเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เหลือจำกัดหรือ Terminal care ที่ให้การดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในระยะใกล้ตายประมาณ 1 สัปดาห์สุดท้าย หรือเรียกช่วงนี้ว่า ระยะใกล้ตาย (Dying) ถึงแม้ว่าทั้ง 3 แนวคิดนี้จะมีความแตกต่างกัน แต่ก็มี ความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกันในระยะของการดูแลผู้ป่วย โดยการดูแลแบบประคับประคองจะเป็น แนวคิดที่ครอบคลุมในการดูแลทั้งหมด สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตรวมถึงภายหลังการเสียชีวิต และเพื่อให้การดูแล ครอบครัวไปอีกระยะหนึ่งการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลเพื่อทำให้ ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผ่านกระบวนการการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมิน และให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต เพราะเป็น โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีแต่ทรุดลงเรื่อย ๆ ทำให้แนวโน้มการดูแลแบบประคับประคองมี ความต้องการเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเป้าหมายของการดูแล แบบประคับประคองต้องการให้เกิดการปรับตัว และบรรเทาความทุกข์ทรมานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ในเวลาที่เหลืออยู่ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย การดูแลจึงมุ่งเน้นที่ระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ต้องมีความแตกต่างจากการให้การดูแล แบบปกติ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองมีการพัฒนาขึ้นมาจากการนำแนวคิดประเด็น สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) มากำหนดประเด็นสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 6 ด้าน คือ

1. การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การดูแลที่แพทย์หรือผู้ให้ การรักษาทำความเข้าใจบริบท และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นำเอาผู้ป่วย และครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล เน้นการดูแล เพื่อความสุขสบาย ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยครอบครัวต้องเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน (กิตติกร นิลมานัต, 2555) แยกระหว่างปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจาก ตัวผู้ป่วย หรือปัญหาจากสิ่งแวดล้อม หรือครอบครัวเพื่อการดูแลที่ถูกต้องตามปัญหาและความ ต้องการที่แท้จริง

2. การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน หมายถึง เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน โดยการพยาบาลองค์รวมเป็นการพยาบาลที่ดูแลบุคคลเป็นหนึ่งเดียว ผสมผสานระหว่างร่างกาย

จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม มุ่งตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2551)

3. ความต่อเนื่องในการดูแล หมายถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะอยู่ที่บ้าน การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการที่ให้การดูแลโดยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย ภายหลังการจำหน่าย เป็นการติดตามให้การดูแลและช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากการดูแลตลอดช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนภายหลังเสียชีวิต

4. การดูแลแบบเป็นทีม หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary teamwork) เป็นการทำงานที่ประสานงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตอบสนองปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัว

5. การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล หมายถึง เป็นระบบการดูแลที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาล แต่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ โดยทีมสุขภาพเป็นผู้ติดตามดูแลให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนในการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

6. เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้เพื่อให้หายจากการรักษาแต่เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสังคมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และบริบทของสังคมสามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ กล่าวโดยสรุป การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มีความหมายครอบคลุมตั้งแต่ การวินิจฉัยความเจ็บป่วยครั้งแรกมุ่งดูแลในมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีระบบสนับสนุนเข้ามาดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม บรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจนกระทั่ง ผู้ป่วยเสียชีวิต และจะสิ้นสุดเมื่อสามารถช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวในการปรับตัวหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในการสนับสนุนทางอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว เพราะจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า โศกเศร้า

หมดหวังและหมดหนทางในการรักษารวมถึงความกลัวต่อความตาย ในขณะที่ครอบครัวรู้สึกไม่มั่นคง วิตกกังวล ซึมเศร้าในการที่ต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรักไป พยาบาลจึงต้องช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อรักษาความสมดุลของครอบครัวในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงขึ้น ให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการตายดี และได้ดูแลสมาชิกครอบครัวจนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งมีขั้นตอนการพยาบาลที่ซับซ้อน และแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเข้าสู่กระบวนการตายดีและสมาชิกครอบครัวยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบเพียงการศึกษาสำรวจหาความต้องการด้านต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัวเท่านั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย เช่น ประสบการณ์ ผู้ดูแลผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู (นริสา สะมาแอ, 2556) ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า (รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุดา งามขำ, คงขวัญ จันทรมธากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร และสาคร พร้อมเพราะ, 2556) และพบการศึกษาความต้องการในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น การศึกษาความต้องการข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า (รุ่งนภา เขียวชะอำ และคณะ, 2557) ส่วนการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการจะศึกษาในผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นส่วนใหญ่ เช่น ความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว ขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ฉุกเฉิน (ศัญญา โพธิ์งาม, 2555) ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลการ และคณะ, 2556) และสำหรับในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จะพบการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการสนับสนุนทางจิตใจจากพยาบาล (พรพรรณ วนวโรดม และคณะ, 2552) การปรับตัวต่อบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (วารุณี มีเจริญ, 2557) และทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (พิมพ์พนิต ภาศรี, 2556) ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ, 2558) ซึ่งจากข้อมูลจะพบว่า ยังไม่มีการศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับ

การตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในทั้งสองประเด็นในขณะเดียวกันผู้วิจัยจึงสนใจที่จะการศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางการวางแผนให้การตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงได้อย่างเหมาะสม

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีขั้นตอนการพยาบาลที่ซับซ้อนและแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเข้าสู่กระบวนการตายดี และสมาชิกครอบครัวยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Descriptive comparative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสระบุรี โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสระบุรี โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 455 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี แผนกอายุรกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย แผนกศัลยกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย และแผนกเคมีบำบัดจำนวน 1 หอผู้ป่วย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่หรือน้อง และเป็นผู้ดูแลหลัก
3. สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาไม่น้อยกว่า 3 วัน

4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

#### คุณสมบัติของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก
2. รับการรักษาในโรงพยาบาลมาไม่น้อยกว่า 3 วัน

#### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G\* Power 3.1.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05

มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ .35 แทนค่าในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 คน

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลาเป็นหน่วยสุ่ม (Sampling frame) (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2558) โดยเลือกเวลาในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 เพราะไม่สามารถกำหนดได้ว่ากลุ่มตัวอย่างรายใดจะเข้ามารับการรักษาในวันใด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะไม่มีการนัดหมายมาอนที่โรงพยาบาล และทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มเลขสุดท้ายของ Hospital Number (HN) ของผู้ป่วยในแต่ละวัน เข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 67 คน ที่แผนกอายุรกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย แผนกศัลยกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย และแผนกเคมีบำบัด จำนวน 1 หอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสระบุรี

### สถานที่ศึกษา

โรงพยาบาลสระบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลางที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่ทั้งในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งก็เป็นอีกหนึ่งพันธกิจหลักของโรงพยาบาลสระบุรี ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาตัวที่โรงพยาบาลสระบุรีในแต่วันมีจำนวนมาก ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นครั้งแรกทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยจะมีการแจ้งข้อมูลแนวทางการรักษาให้กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรับทราบถึงการดำเนินการของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง นอกจากนี้ในโรงพยาบาลได้มีการนำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเข้ามามีบทบาทร่วมด้วยในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และโรงพยาบาลสระบุรี ได้มีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยให้ได้รับการอบรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภายในและภายนอกของโรงพยาบาล มีพยาบาลในหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อมีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้เข้ามาใช้บริการ โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเข้าสู่ระยะสุดท้าย หรือได้มีการประเมินด้วยแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok [PPS-Adult Suandok]) หากผู้ป่วยมีคะแนน  $\leq 30$  คะแนน ก็จะเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองตามแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาล โดยเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วย พยาบาลในหอผู้ป่วยจะมี

การประเมิน PPS score ลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแบบประทับประคองเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้และญาติผู้ป่วย และลงข้อมูลการเข้ารับการรักษาที่ Palliative and pain clinic เพื่อประเมินการใช้ยาแก้ปวดในการระงับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น และบันทึกผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา Morphine รวมถึงมีการประเมินความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นระยะ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกรายที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี

สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะได้รับการแจ้งข้อมูลโดยแพทย์เจ้าของไข้ และจะมีการประเมินระดับความเครียดและความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย และหากสมาชิกครอบครัวมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแผนการรักษาจะมีแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้อธิบาย กรณีที่สมาชิกดูแลผู้ป่วยต้องการระบายความรู้สึกจะมีพยาบาล Palliative เป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวในการระบายความรู้สึกต่าง ๆ และเนื่องด้วยโรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ภาคกลาง จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยมีจำนวนค่อนข้างมาก จำนวนอัตราการครองเตียงในแผนกอายุรกรรมในหอผู้ป่วยมีจำนวนมากกว่า 35 เตียง แผนกศัลยกรรม จำนวน 30 เตียง แผนกเคมีบำบัด 20 เตียง และพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลประทับประคองจำนวน 1 รายต่อ 1 หอผู้ป่วย กฎระเบียบเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของโรงพยาบาลจะอนุญาตให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ 2 ช่วงเวลาคือ 05.00-08.30 น. และ 12.00-18.00 น. แต่ถ้ากรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หอผู้ป่วยจะอนุญาตให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล เข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิดที่ข้างเตียงได้ตลอดเวลา โดยสามารถนอนที่ข้างเตียงของผู้ป่วยได้ และสำหรับบริบททั่วไปของโรงพยาบาลจะไม่มีที่นอนสำหรับสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาล ญาติผู้ป่วยจะนอนบริเวณระเบียงด้านนอกของหอผู้ป่วย โต๊ะที่เยี่ยมญาติในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล หรือหากญาติบางคนก็เลือกไปเช่าห้องพักรับบริเวณหน้าโรงพยาบาลในการนอน การทำกิจกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลสระบุรี จะมีการกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน 1 ครั้ง/ สัปดาห์ โดยจะให้สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลหลักไปทำกิจกรรมร่วมกัน โดยจะให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกัน โดยจะมีหัวข้อการทำกิจกรรมวนไปในแต่ละสัปดาห์ และสำหรับแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณภายในโรงพยาบาลสระบุรีจะมีพระพุทธรูปและศาลพระภูมิ อยู่บริเวณด้านหน้าของโรงพยาบาล ภายในหอผู้ป่วยจะมีหิ้งพระพุทธรูปไว้สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวไหว้ และนำพวงมาลัยมาสักการะ และในทุกเช้าจะมีพระสงฆ์มารับบิณฑบาตบริเวณภายในหอผู้ป่วย และจุดสำคัญของโรงพยาบาล นอกจากนี้ในแผนกเคมีบำบัดจะมี

กิจกรรมสวดมนต์ ทำวัตรเย็นทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่ปฏิบัติร่วมกันภายในหอผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค และแผนกหอผู้ป่วยที่รับการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ของสมาชิกที่ดูแลกับผู้ป่วยโรคประจำตัว ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ช่วยเหลือในการดูแล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งผู้วิจัยนำมาจาก อูไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) โดยแบ่งความต้องการเป็น 4 ด้าน ตามกรอบแนวคิดการความต้องการและการตอบสนองความต้องการของ Gaglione (1984) คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 15 ข้อ ความต้องการด้านร่างกาย จำนวน 6 ข้อ ความต้องการด้านอารมณ์จำนวน 11 ข้อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ จำนวน 1 ข้อ รวม 33 ข้อ ประกอบด้วย 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด ประมาณค่า 4 อันดับ โดยแต่ละข้อมีการให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน ดังนี้

มีความต้องการมาก	ให้คะแนน 4
มีความต้องการปานกลาง	ให้คะแนน 3
มีความต้องการน้อย	ให้คะแนน 2
ไม่มีความต้องการ	ให้คะแนน 1

#### การแปลความหมาย

ช่วงคะแนนความต้องการการดูแลมีค่าระหว่าง 33-132 คะแนนเกณฑ์ในการกำหนดคะแนนใช้วิธีการหาค่าโดยนำคะแนนของผู้ตอบในแต่ละข้อของแต่ละด้านมารวมกันแล้วหาคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูตร, 2542) และนำผลที่ได้ของคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก ดังนี้

ความต้องการการดูแล	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร	15.00-29.99	30.00-44.99	45.00-60.00
2. ด้านร่างกาย	6.00-11.99	12.00-17.99	18.00-24.00
3. ด้านอารมณ์	11.00-21.99	22.00-32.99	33.00-44.00
4. ด้านจิตวิญญาณ	1.00-1.99	2.00-2.99	3.00-4.00
<b>โดยรวม</b>	<b>33.00-65.99</b>	<b>66.00-98.99</b>	<b>99.00-132.00</b>

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการประเมินการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล แบบสอบถามจำนวน 33 ข้อ มี 4 ด้าน คือการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 15 ข้อ การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายจำนวน 6 ข้อ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์จำนวน 11 ข้อ และการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณจำนวน 1 ข้อ โดยใช้ข้อคำถามเดียวกับแบบสอบถามความต้องการการดูแล แต่เป็นการถามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลในข้อนั้น ๆ มีระดับของการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลอยู่ 4 ระดับ โดยแต่ละข้อมีการให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน ดังนี้

ได้รับการตอบสนองมาก	ให้คะแนน 4
ได้รับการตอบสนองปานกลาง	ให้คะแนน 3
ได้รับการตอบสนองน้อย	ให้คะแนน 2
ไม่ได้รับการตอบสนอง	ให้คะแนน 1

#### การแปลความหมาย

ช่วงคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล มีค่าระหว่าง 33-132 คะแนนเกณฑ์ในการกำหนดคะแนนใช้วิธีการหาค่าโดยนำคะแนนของผู้ตอบในแต่ละข้อของแต่ละด้านมารวมกันแล้วหาคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรมสูตร, 2542) และนำผลที่ได้ของคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก ดังนี้

การได้รับการตอบสนอง	น้อย	ปานกลาง	มาก
ความต้องการการดูแล			
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร	15.00-29.99	30.00-44.99	45.00-60.00
2. ด้านร่างกาย	6.00-11.99	12.00-17.99	18.00-24.00
3. ด้านอารมณ์	11.00-21.99	22.00-32.99	33.00-44.00

4. ด้านจิตวิญญาณ	1.00-1.99	2.00-2.99	3.00-4.00
โดยรวม	33.00-65.99	66.00-98.99	99.00-132.00

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ตรวจสอบโดยการให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และกรรมการควบคุมการสอบ  
เค้าโครงวิทยานิพนธ์ ร่วมกันพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม หลังจากนั้น  
นั้นปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ

#### 2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการ  
การดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา  
และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย  
ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และนำข้อมูลมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร  
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของ  
แบบสอบถามความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิก  
ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเท่ากับ .87 และ .91 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณา  
จริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัย  
นำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
ของโรงพยาบาลสระบุรี
3. เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง  
แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยเป็น  
รายบุคคล โดยผู้วิจัยจะเลือกเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่เหมาะสมคือในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้  
นอนหลับพักผ่อน ไม่มีอาการแทรกซ้อน และกลุ่มตัวอย่างสะดวกใจในการให้ความร่วมมือ
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ  
จะไม่มีมีการละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการ

วิจัย ก็สามารถออกจากการเข้าร่วมการศึกษาได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการออกจากวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น

5. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและเก็บไว้เป็นหลักฐาน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสระบุรี

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยในและหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย แผนกศัลยกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย และแผนกเคมีบำบัด จำนวน 1 หอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้เบอร์โทรของผู้วิจัยไว้ที่หอผู้ป่วยสำหรับหัวหน้าเวรในการโทรประสานงานเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วย

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้

#### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่ทางหอผู้ป่วยเปิดให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ในช่วงเวรเช้า และเวรบ่าย เมื่อมีกลุ่มตัวอย่างเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนด โดยจะเก็บข้อมูลในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้ายเรียบร้อยแล้ว และต้องได้รับการนอน

รักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 วัน

2.2 เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลไปแล้ว 3 วัน ผู้วิจัยจึงเข้าไปพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนในการศึกษา และการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียดในแบบการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าแบบสอบถามนี้จะไม่มีการเก็บชื่อใด ๆ ต่อตัวผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว เชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังพื้นที่ที่จัดเตรียมไว้ คือ ห้องประชุมปรึกษาของแต่ละหอผู้ป่วย โดยห้องประชุมนี้จะอยู่ภายในหอผู้ป่วย มีความเป็นส่วนตัว จะไม่มีบุคคลอื่นเดินเข้า-ออก ภายในห้องนี้ และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.4 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และอธิบายการตอบแบบสอบถาม โดยละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาทีต่อราย และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย

2.5 ในการตอบแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการตอบจะสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.6 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ถ้าพบว่า ข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมจนครบทุกข้อ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น และทดสอบการแจกแจงตามปกติของข้อมูล โดยพิจารณาจากค่า Mean, Median, Mode, Skewness, Standard of Skewness, Kurtosis, Standard of Kurtosis เมื่อพบว่า มีการแจกแจงปกติจึงจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งรายด้านและโดยรวม ใช้การคำนวณหาค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และค่าพิสัย (Range)



3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม และรายด้านวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired *t*-test)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 67 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 3 ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย  
จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 4 การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 67$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	50	74.6
ชาย	17	25.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	( $M = 46.14, SD = 14.98$ )		
	20-30	11	16.5
	31-40	15	22.5
	41-50	12	18.0
	51-60	19	28.0
	มากกว่า 60	10	15.0
ศาสนา			
	พุทธ	64	95.5
	อิสลาม	2	3.0
	คริสต์	1	1.5
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	20	29.9
	มัธยมศึกษาตอนต้น	15	22.4
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	8	11.9
	ปวส./ อนุปริญญา	12	17.9
	ปริญญาตรี	11	16.4
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.5
อาชีพ			
	รับจ้าง	24	35.8
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	25.4
	ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	10	14.9
	ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	8	11.9
	เกษตรกร	7	10.4
	อื่น ๆ	1	1.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร/ธิดา	34	50.7
สามี/ภรรยา	22	32.8
พี่/น้อง	8	11.9
บิดา/มารดา	3	4.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	48	71.6
มี	19	28.4
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา		
ไม่มี	54	80.6
มี	13	19.4
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล		
มี	35	52.2
ไม่มี	32	47.8

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 67 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.6) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.14 ( $SD = 14.98$ ) อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 28) รองลงมา คือช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 22.5) นับถือศาสนา พุทธ (ร้อยละ 95.5) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 29.9) รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษา ตอนต้น (ร้อยละ 22.4) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 35.8) รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.4) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 50.7) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.6) ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (ร้อยละ 80.6) และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ผู้ป่วย (ร้อยละ 52.5)

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย  
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 67$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	37	55.2
ชาย	30	44.8
อายุ (ปี) ( $M = 61.08, SD = 11.70$ )		
20-30	1	1.5
31-40	2	3.0
41-50	6	13.5
51-60	20	30.0
มากกว่า 60	35	52.5
สถานภาพสมรส		
คู่	57	85.1
โสด	5	7.5
หม้าย	5	7.5
ศาสนา		
พุทธ	67	100
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพ/ บัตรทอง	50	74.6
เบิกจ่ายตรง	13	16.4
ประกันสังคม	4	6.0
การวินิจฉัยโรค		
ระบบทางเดินอาหารและน้ำดี	26	38.8
นรีเวช	16	23.9
ระบบทางเดินหายใจ	9	13.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระบบเลือด	6	9.0
ระบบหู คอ จมูก	5	7.5
เต้านม	3	4.5
ระบบทางเดินปัสสาวะ	2	3.0
แผนกหอผู้ป่วยที่รับการรักษา		
ศัลยกรรม	26	38.8
เคมีบำบัด	22	32.8
อายุรกรรม	19	28.4

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 67 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.2) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.08 ปี ( $SD = 11.70$ ) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 52.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.2) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นประกันสุขภาพ/ บัตรทอง (ร้อยละ 76.4) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในระบบทางเดินอาหารและน้ำดี (ร้อยละ 38.8) รองลงมา คือ ระบบนรีเวช (ร้อยละ 23.9) และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม (ร้อยละ 38.8) รองลงมา คือ แผนกหอผู้ป่วยเคมีบำบัด (ร้อยละ 32.8)

### ส่วนที่ 3 ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกเป็นโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนนของความต้องการการดูแลโดยรวมและรายด้าน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน และระดับ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ( $n = 67$ )

ความต้องการการดูแล	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
โดยรวม	33-132	98-132	120.88	8.35	มาก
รายด้าน					
ด้านข้อมูลข่าวสาร	15-60	43-60	56.13	3.79	มาก
ด้านร่างกาย	6-24	15-24	21.14	2.29	มาก
ด้านอารมณ์	11-44	29-44	40.64	3.48	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	1-4	1-4	2.95	1.07	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลโดยรวม 120.88 คะแนน ( $SD = 8.35$ ) จากคะแนนเต็ม 132 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลในระดับมาก คือ ความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร 56.13 คะแนน ( $SD = 3.79$ ) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย 21.14 คะแนน ( $SD = 2.29$ ) และความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ 40.64 คะแนน ( $SD = 3.48$ ) และความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง คือ ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ 2.95 คะแนน ( $SD = 1.07$ )

#### ส่วนที่ 4 การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกเป็นโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนนของการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลโดยรวมและรายด้าน  
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ของการได้รับการตอบสนองความต้องการ  
การดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ( $n = 67$ )

การได้รับการตอบสนองการดูแล ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	ค่าที่ เป็นไปได้	ค่าที่ เป็นจริง			
โดยรวม	33-132	78-132	112.16	11.36	มาก
รายด้าน					
ด้านข้อมูลข่าวสาร	15-60	34-60	51.35	6.31	มาก
ด้านร่างกาย	6-24	13-24	18.91	2.81	มาก
ด้านอารมณ์	11-44	25-44	38.88	4.22	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	1-4	1-4	3.01	0.92	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิก  
ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยรวมในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับ  
การตอบสนองความต้องการการดูแลโดยรวม 112.16 คะแนน ( $SD = 11.36$ ) จากคะแนนเต็ม  
132 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับ  
การตอบสนองความต้องการการดูแลในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน คือการได้รับการตอบสนอง  
ความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร 51.35 คะแนน ( $SD = 6.31$ ) การได้รับการตอบสนอง  
ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย 18.91 คะแนน ( $SD = 2.81$ ) การได้รับการตอบสนอง  
ความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ 38.88 คะแนน ( $SD = 4.22$ ) และการได้รับการตอบสนอง  
ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ 3.01 คะแนน ( $SD = 0.92$ )



**ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการ  
การดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกเป็นโดยรวม  
และรายด้าน**

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความต้องการการดูแลและการได้รับการ  
การตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย  
โดยรวมและรายด้าน Paired *t*-test (*n* = 67)

ด้าน	ความต้องการการดูแล		การได้รับการ ตอบสนองความ ต้องการการดูแล		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
	โดยรวม	120.88	8.35	112.16		
รายด้าน						
ด้านข้อมูลข่าวสาร	56.13	3.79	51.35	6.31	6.49	< .001
ด้านร่างกาย	21.14	2.29	18.91	2.81	6.14	< .001
ด้านอารมณ์	40.64	3.48	38.88	4.22	3.48	< .001
ด้านจิตวิญญาณ	2.95	1.07	3.01	0.92	-0.66	> .001

จากตารางที่ 5 พบว่า ความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการ  
การดูแล โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยความต้องการการดูแล  
มีค่าคะแนนมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน  
พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 จำนวน 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร  
ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ ส่วนด้านจิตวิญญาณ พบว่า ความต้องการการดูแล และการได้รับ  
การตอบสนองความต้องการการดูแลไม่มีความแตกต่างกัน

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Descriptive comparative research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้ทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aguilera (1998) เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 67 ราย ที่ได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .91 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired *t*-test)

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 67 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.6) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.14 ( $SD = 14.98$ ) อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 28) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 22.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.5) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 29.9) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 22.4) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 35.8) รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.4) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 50.7) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.6) ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (ร้อยละ 80.6) และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 52.5)

##### 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 67 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.2) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.08 ปี ( $SD = 11.70$ ) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 52.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.2) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นประกันสุขภาพ/บัตรทอง (ร้อยละ 76.4) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในระบบทางเดินอาหารและน้ำดี (ร้อยละ 38.8) รองลงมา คือ ระบบนิเวศ (ร้อยละ 23.9) และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม (ร้อยละ 38.8) รองลงมา คือ แผนกหอผู้ป่วยเคมีบำบัด (ร้อยละ 32.8)

### 3. ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลโดยรวม 120.88 คะแนน ( $SD = 8.35$ ) จากคะแนนเต็ม 132 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการการดูแลในระดับมาก คือ ความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร 56.13 คะแนน ( $SD = 3.79$ ) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย 21.14 คะแนน ( $SD = 2.29$ ) และความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ 40.64 คะแนน ( $SD = 3.48$ ) และมีความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง คือ ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ 2.95 คะแนน ( $SD = 1.07$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าคะแนนความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือ ต้องการทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยของโรคที่ดำเนินไป ความต้องการด้านร่างกาย คือ ต้องการให้มีห้องน้ำที่ญาติสามารถเข้าได้อย่างสะดวก ความต้องการด้านอารมณ์ คือ ต้องการให้พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสนใจดูแลผู้ป่วย และต้องการได้รับความมั่นใจในทีมบุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เมื่อท่านไม่อยู่ดูแลชั่วคราว ความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ ต้องการนำสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาไว้กับผู้ป่วย เช่น การมีพระติดตัวหรือการนิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วย

### 4. การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลโดยรวม 112.16 คะแนน ( $SD = 11.36$ ) จากคะแนนเต็ม 132 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลในระดับมาก คือ การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ 38.88 คะแนน ( $SD = 4.22$ ) และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง คือ การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร 51.35 คะแนน ( $SD = 6.31$ ) การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านร่างกาย 18.91 คะแนน ( $SD = 0.92$ ) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลที่ได้รับมากที่สุด ด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับอาการ และแนวทางการรักษาด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย และการได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยของโรคที่ดำเนินไป ด้านร่างกาย คือ การมีห้องน้ำที่ญาติสามารถเข้าได้อย่างสะดวก และการที่โรงพยาบาลมีการจำหน่ายอาหารที่ดี และมีจำนวนที่เพียงพอกับความต้องการ

ด้านอารมณ์ คือ การที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสนใจดูแลผู้ป่วย ด้านจิตวิญญาณ คือ การได้รับนำสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาไว้กับผู้ป่วย เช่น การมีพระติดตัวหรือการนิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วย (ภาคผนวก ง)

5. เปรียบเทียบความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .0001 โดยความต้องการการดูแล มีค่าคะแนนมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .0001 จำนวน 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ ส่วนด้านจิตวิญญาณ พบว่า ความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลไม่แตกต่างกัน

## การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

### 1. ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความต้องการการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 120.88, SD = 8.35$ ) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ อาจเกิดจากการที่การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกครอบครัว เนื่องด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และคุกคามต่อชีวิตเมื่อโรคมะเร็งลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย ประกอบกับแพทย์ผู้ทำการรักษาได้แจ้งผลการดำเนินการของโรคที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายเป็นครั้งแรกให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับทราบ จึงส่งผลกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจอย่างยิ่งทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดความวิตกกังวล และกลัวการสูญเสียมากขึ้น (ภาวิณี พรหมบุตร, 2557) ภาวะที่เกิดขึ้นถือว่าเป็นภาวะวิกฤตสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดความไม่สมดุลภายในครอบครัวจนอาจส่งผลให้การทำหน้าที่ไม่สามารถทำได้ดังเช่นเคย จากความรู้สึกในภาวะการณ์เจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของบุคคลที่ตนรัก ทำให้สมาชิกครอบครัวปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ไม่เหมาะสม (Situational crisis) ทำให้ขาดความสมดุลภายในครอบครัว (Balancing factor) ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังเคยที่สมดุล (Aguilera, 1998) ก่อให้เกิดเป็น

ภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัว จากภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของตนเอง จึงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการทุกมิติที่มากขึ้น ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ ความต้องการการดูแลโดยรวมอยู่ที่ระดับมาก โดยเรียงลำดับความต้องการการดูแลจากมากไปน้อย ดังต่อไปนี้

### 1.1 ความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร

จากการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ( $M = 56.13, SD = 3.79$ ) (ตารางที่ 3) โดยเมื่อพิจารณารายชื่อของความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสารที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการมากที่สุด คือ ต้องการทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยของโรคที่ดำเนินไป ( $M = 3.95, SD = 0.20$ ) (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อได้รับการแจ้งข้อมูลของระยะของโรคเป็นครั้งแรกว่า เข้าสู่ระยะสุดท้าย จึงทำให้สมาชิกครอบครัวต้องการรับรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้มากที่สุด เพื่อให้มีข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจถึงเป้าหมายของการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ กิตติกร นิลมานัต (2555) ที่ศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยต้องการรับรู้การพยากรณ์โรค การดำเนินการของโรค ต้องการให้ทีมบุคลากรผู้รักษาผู้ป่วยให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยชัดเจนตรงไปตรงมาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดำเนินโรค วิธีการจัดการเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ, 2558) เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความทุกข์ทรมานจากสภาวะของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด จึงทำให้ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญที่สุด สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลมาศ ศรีวรรณ (2556) ความต้องการของครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์ และการบอกข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามความจริงเป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องการมากที่สุด เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมบุคลากรได้อย่างเหมาะสม

### 1.2 ความต้องการการดูแลด้านอารมณ์

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ( $M = 40.64, SD = 3.48$ ) (ตารางที่ 3) โดยเมื่อพิจารณารายชื่อของความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องการมากที่สุด คือ ต้องการให้พยาบาล และเจ้าหน้าที่

ในหอผู้ป่วยสนใจดูแลผู้ป่วย ( $M = 3.92, SD = 0.26$ ) และต้องการได้รับความมั่นใจในทีมบุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วย จะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เมื่อท่านไม่อยู่ดูแลชั่วขณะ ( $M = 3.92, SD = 0.26$ ) (ภาคผนวก ง) เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายถือเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ (Psychological crisis) ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลสมาชิกครอบครัวจะมีความต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพดูแลผู้ป่วยของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากสภาวะของโรคที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุบลมาศ ศรีวรรณ (2556) พบว่า สมาชิกในครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามสิทธิที่มี และได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับ Molter (1979) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัว 10 อันดับแรก พบว่า มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วยเป็นอันดับที่ 2 และจากการศึกษาของ Rokach et al. (2014) พบว่า ถ้าสมาชิกครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลไม่เกิดความเหงาหรือรู้สึกโดดเดี่ยวในการดูแลผู้ป่วย มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกจะช่วยเสริมสร้างกำลังใจของสมาชิกครอบครัวให้ผ่านภาวะวิกฤตไปได้ รวมไปถึงการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับการยอมรับ และการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับจากพยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพอีกด้วย จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

### 1.3 ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก ( $M = 21.14, SD = 2.29$ ) (ตารางที่ 3) โดยเมื่อพิจารณารายข้อของความต้องการการดูแลด้านร่างกายที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการมากที่สุด คือ ต้องการให้มีห้องน้ำที่ญาติสามารถเข้าได้อย่างสะดวก ( $M = 3.89, SD = 0.35$ ) (ภาคผนวก ง) อาจเนื่องจากการที่สมาชิกครอบครัวรับทราบข้อมูลเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเข้าสู่ระยะสุดท้ายเป็นครั้งแรก ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวการสูญเสียบุคคลที่ตนรักจากการไปกระทบหัน จึงมีความต้องการการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ต้องการทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง (เพ็ญศิริ มรกต และคณะ, 2558; วัลภา คุณทรงเกียรติ 2558) ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และแบบแผนการทำกิจวัตรของตนเองอยู่ที่โรงพยาบาลตลอดเวลา 24 ชั่วโมง จึงทำให้เกิดการทำกิจวัตรประจำวันของสมาชิกครอบครัวต้องกระทำในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ การมีห้องน้ำที่สมาชิกครอบครัวเข้าได้อย่างสะดวก และอยู่ในหอผู้ป่วยจะช่วยสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้สะดวก รวดเร็ว และมีเวลาในการพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ มรกต และคณะ,

2558 ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมีความต้องการเวลาในการพักผ่อนชั่วคราว เพื่อให้สามารถกลับมาดูแลผู้ป่วยได้อีกครั้ง

#### 1.4 ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.95, SD = 1.07$ ) (ตารางที่ 3) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจให้ความสำคัญกับการตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่มีความหวง กังวล และได้เข้าถึงพระพุทธศาสนาในวาระสุดท้าย ซึ่งความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ เช่น การยึดมั่นในศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล โดยสมาชิกในครอบครัวอาจต้องการให้พระมาเยี่ยมผู้ป่วย ต้องการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องการได้รับการบอกเล่าว่าจะประกอบพิธีอะไรทางศาสนาใดได้บ้างในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลมาส ศรีวรรณ (2556) เรื่องความต้องการของครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ครอบครัวมีความต้องการให้ผู้ที่มีความหมายต่อผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมตามต้องการ และมีที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น นำวัตถุ ธรรมะ หลักศาสนา ธรรมเทศนาหรือพระมาเยี่ยมผู้ป่วย และจากการศึกษาของ สุวรรณมา มณีจันทร์ (2552) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความต้องการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย สังคม จิตวิญญาณให้ครอบครัว โดยผู้ดูแลกับผู้ป่วยได้สัมผัสถึงจิตใจของกันและกัน ซึ่งการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม จำเป็นที่พยาบาลต้องประเมินความต้องการ และการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้การตอบสนองความต้องการได้ตามที่ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายปรารถนา

#### 2. การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล โดยรวมในระดับมาก ( $M = 112.16, SD = 11.36$ ) (ตารางที่ 4) ทั้งอาจเกิดหน่วยงานที่ศึกษามีการนำนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ามาดูแลผู้ป่วย จึงมีระบบการดูแลแบบประคับประคองมาสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้เสียชีวิตอย่างสงบตามที่ผู้ป่วยได้ปรารถนาได้เข้าสู่กระบวนการตายดี (Good death) (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) รวมทั้งให้การดูแลสมาชิกครอบครัวได้ผ่านพ้นภาวะเศร้าโศก เสียใจได้

อย่างเหมาะสม การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการ เพื่อการดำรงไว้ของชีวิตในสังคม และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีหน้าที่ในการดูแลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา มีโอกาสในการพูดคุย สื่อสารกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ จึงทำให้พยาบาลที่ดูแลมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่แท้จริงของสมาชิกครอบครัวให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลจะต้องรับรู้ความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกครอบครัว เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีการวางแผน และตั้งเป้าหมายร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การดูแลที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก และจากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลจากมากไปน้อยดังต่อไปนี้

## 2.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านอารมณ์

จากการศึกษาพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลสมาชิกครอบครัวให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ( $M = 38.88, SD = 4.22$ ) (ตารางที่ 4) และเมื่อพิจารณารายข้อของการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านอารมณ์ที่สมาชิกครอบครัวให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับมากที่สุด คือ การที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสนใจดูแลผู้ป่วย ( $M = 3.80, SD = 0.46$ ) (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่พบบ่อย คือ ความเจ็บปวดจากการที่ก้อนมะเร็งไปกดเบียดเส้นประสาท และมีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปยังเนื้อเยื่ออื่น ๆ และกระดูกจึงทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดอย่างมาก (กิตติกร นิลมานัต, 2555; Get-Kong et al., 2010; Simoff et al., 2013) จึงทำให้พยาบาลต้องประคับประคองความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นนี้ให้บรรเทาลง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ซึ่งทางหน่วยงานที่ศึกษาได้มีการนำแนวทางการดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเข้ามาพัฒนาดูแลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดประเด็นสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ WHO, 2014 โดยมีการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแนวทาง และเป้าหมายของการรักษา จึงทำให้การดูแลผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถตอบสนองความต้องการได้ตรงตามความเป็นจริงที่ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายปรารถนา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่ ทำให้สมาชิกครอบครัวให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายรู้สึกผ่อนคลาย และสามารถเผชิญกับสภาวะการณดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และสามารถรักษาสมดุลภายในครอบครัวได้ ดังนั้น จึง



พบว่า สมาชิกครอบครัวให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายประเมินว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก

## 2.2 การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร

จากการศึกษาพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ( $M = 51.35, SD = 6.31$ ) (ตารางที่ 4) และเมื่อพิจารณารายชื่อของการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสารที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับมากที่สุด คือ การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับอาการ และแนวทางการรักษาด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย ( $M = 3.53, SD = 0.63$ ) และการที่ทีมบุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วยให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ตรงตามความเป็นจริง ( $M = 3.53, SD = 0.65$ ) (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการ การดำเนินการของโรคที่ตรงตามความเป็นจริง และการใช้ภาษาอธิบายข้อมูลของโรคที่สมาชิกครอบครัวเข้าใจง่าย ไม่มีการสับสนข้อมูลที่ได้รับ ทำให้สามารถสื่อสารภายในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Coker et al., 2010) ซึ่งพยาบาลเจ้าหน้าที่ต้องมีทำที่เป็นกันเอง พูดยาด้วยน้ำเสียงสุภาพ ซึ่งในกรณีศึกษาจะเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นครั้งแรก อาจทำให้ข้อมูลในการสื่อสารมีความไม่เพียงพอกับความต้องการของสมาชิกครอบครัว และเมื่อพิจารณารายชื่อของความต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับอาการ และแนวทางการรักษาด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ และความต้องการให้ทีมบุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วยให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ตรงตามความเป็นจริง มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการเช่นกัน จึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายประเมินว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ดังนั้นการที่บุคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายรับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถตัดสินใจเป้าหมายของการรักษา และสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2.3 การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

จากการศึกษาพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก ( $M = 18.91, SD = 2.81$ ) (ตารางที่ 4) และจากการพิจารณารายชื่อของการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับมากที่สุด คือ การมีห้องน้ำที่ญาติสามารถเข้าได้อย่างสะดวก ( $M = 3.46, SD = 0.65$ ) และการที่โรงพยาบาลมีการจำหน่ายอาหารที่ดี และมีจำนวน

ที่เพียงพอกับความต้องการ ( $M = 3.46, SD = 0.61$ ) (ภาคผนวก ง) จากการที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังเดิม จึงทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการเข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ต้องการทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และอุดมวรรณ วันศรี, 2552) จึงทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาล การที่มีสถานที่อำนวยความสะดวกในการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับสมาชิกครอบครัวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง แต่เนื่องด้วยหน่วยงานที่ศึกษาข้อมูลเป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจำนวนมาก จึงส่งผลให้สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำ ร้านอาหาร ในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย และเมื่อพิจารณารายชื่อของความต้อการมีห้องน้ำที่สามารถเข้าได้อย่างสะดวก มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ และความต้อการให้โรงพยาบาลมีการจำหน่ายอาหารที่ดี และมีจำนวนที่เพียงพอความต้องการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ เช่นกัน ดังนั้น จึงพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายประเมินว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลร่างกายอยู่ในระดับมาก

#### 2.4 การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

จากการศึกษาพบว่า การได้รับตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.01, SD = 0.92$ ) (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทในที่ศึกษามีสถานที่ในการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ และมีการทำกิจกรรมกลุ่มรวมกันของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการสวดมนต์ภายในหอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังกล่าว จึงทำให้การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก

#### 3. เปรียบเทียบความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันยกเว้นด้านจิตวิญญาณที่ไม่มีแตกต่างกัน โดยความต้องการการดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล ทั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าโรคได้ดำเนินการเข้าสู่ระยะสุดท้าย ไม่มีหนทางในการรักษาให้หายขาดได้ การรักษามีเพียงการบรรเทาความทุกข์ทรมานของโรคมะเร็งให้ทุเลาลง จึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียด และวิตกกังวล เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ไม่มีการคาดคิดมาก่อน เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของบุคคลที่ตนรัก กลัวการสูญเสีย พลัดพรากจากกัน (ไหมมูนิะ คลังช่อง, 2553) ซึ่งภาวะที่เกิดขึ้น

นี้เป็นภาวะวิกฤตสถานการณ์เฉพาะหน้า จึงทำให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ในขณะที่การตอบสนองความต้องการการดูแลอาจไม่สามารถกระทำได้ครบถ้วนตามที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งปรารถนา

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารมีความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายเป็นครั้งแรก จึงทำให้มีความต้องการในการรับรู้ข้อมูลให้มากที่สุด โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคที่มีการดำเนินไป และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับในปัจจุบันจะพบว่าสมาชิกครอบครัวต้องการมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสมาชิกครอบครัวต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในประเด็นนี้มากที่สุด เพราะต้องการใช้เป็นการประกอบการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวตนเองมากที่สุด ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลก็พบว่า สมาชิกครอบครัวบางรายยังมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด และยังมีความหวังในการรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด จึงทำให้มีความต้องการการดูแลในรายชื่อ 2 ประเด็นนี้สูงที่สุด และเมื่อมาพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการ พบว่า สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับมากที่สุด คือ การให้ข้อมูลในการรักษาผู้ป่วยที่ตรงกับความเป็นจริง และภาษาที่อธิบายเข้าใจง่ายจึงทำให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารความแตกต่างกัน

ด้านร่างกาย มีความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลการดำเนินการของโรคที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายเป็นครั้งแรก จึงทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความกลัววิตกกังวล กลัวผู้ป่วยจะจากไปอย่างกะทันหัน จึงมีความเป็นต้องการใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วย ต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง (เพ็ญศิริ มรกต และคณะ, 2558; วัฒนา คุณทรงเกียรติ, 2558) สมาชิกครอบครัวจึงมีความต้องการห้องน้ำที่สามารถเข้าได้สะดวกในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีที่พักผ่อนที่เพียงพอขณะรอเยี่ยม และเมื่อมาพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการ พบว่า สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับมากที่สุด คือ ห้องน้ำที่ญาติสามารถเข้าได้อย่างสะดวก และมีการจำหน่ายอาหารที่ดี และมีจำนวนที่เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งจากบริบทของโรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ภาคกลาง มีจำนวนผู้มารับบริการมากสถานที่พักผ่อนในการรอเข้าเยี่ยมมีน้อยไม่เพียงพอกับจำนวนผู้มารับบริการ จึงทำให้การตอบสนองความต้องการไม่ตรงกับสมาชิก

ครอบครัวต้องการ จึงทำให้ความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายมีความแตกต่างกัน

ด้านอารมณ์ มีความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ โรคมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย การลุกลามของโรคไปยังอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยที่ต้องเผชิญ เช่น ความเจ็บปวด ซึ่งจะพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะเผชิญกับความเจ็บปวดบ่อยที่สุด และรุนแรงที่สุด (กิตติกร นิลมานัต, 2555; นภา ทวีรทรงกุล, 2558; สุวคนธ์ กุรัตน, 2556; Chaiviboontham et al., 2011) จึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการให้พยาบาล และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสนใจดูแลผู้ป่วย ไม่ต้องการเห็นผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค และนอกจากนี้ยังมีความต้องการความมั่นใจในทีมบุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เมื่อสมาชิกผู้ดูแลไม่อยู่ช่วงขณะ และเมื่อมาพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการ พบว่า สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับมากที่สุด คือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสนใจดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ บริบทของโรงพยาบาลสระบุรีได้มีการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีการให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดได้ตามความเหมาะสม และความมั่นใจในทีมบุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ซึ่งจากบริบทของโรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ภาคกลาง มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการค่อนข้าง มีอัตราการครองเตียงในแต่ละหอผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ประกอบกับอัตราค่าเตียงเจ้าหน้าที่ของแต่ละหอผู้ป่วยมีจำนวนไม่พอเพียงกับผู้ป่วยที่มารับบริการ จึงทำให้ความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มีความแตกต่างกัน

ด้านจิตวิญญาณ มีความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประเด็นในการสอบถามครั้งนี้ได้สอบถามประเด็นทางด้านศาสนาเพียงด้านเดียว และประกอบกับบริบทของโรงพยาบาลสระบุรีที่มีการสนับสนุนการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยจะพบว่าภายในบริเวณของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยจะมีพระพุทธรูปให้สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เคารพสักการะ มีพระสงฆ์มาบิณฑบาตทุกเช้าภายในโรงพยาบาล และนอกจากนี้ ยังพบว่า ในหอผู้ป่วยบางตึกมีกิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน จึงทำให้ความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาศรี (2556) ที่ศึกษาทัศนคติของครอบครัว และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ครอบครัวมีความต้องการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแล และพิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ (2558) ที่ศึกษา

ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบโดยปราศจากสิ่งรบกวนตามที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ปรารถนา และสมาชิกครอบครัวยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ และสามารถปรับตัวสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้เสียชีวิตอย่างสงบตามที่ตนปรารถนา ได้เข้าสู่กระบวนการตายดี (Good death) รวมทั้งให้การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายผ่านพ้นภาวะเศร้าโศก เสียใจได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลต้องมีประเมินความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนการให้การตอบสนองความต้องการการดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ดังนี้

1.1 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร พยาบาลควรตอบสนองความต้องการในการให้ข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย และให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง พร้อมทั้งอธิบายการดำเนินการของโรค และแผนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันเพื่อให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง และหาแนวทางหรือเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม

1.2 ความต้องการด้านร่างกาย โรงพยาบาลควรมีที่นั่งพักรอเยี่ยมชมสำหรับญาติที่เพียงพอ มีห้องน้ำที่สะอาด และโรงอาหารที่จำหน่ายอาหารที่ดีที่เพียงพอกับความต้องการของญาติตลอดถึงการดูแลใส่ใจคุณภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1.3 ความต้องการด้านอารมณ์ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้พูดระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าสมาชิก

ครอบครัวไม่อยู่ดูแลชั่วขณะ รวมไปถึงการเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้สามารถเข้าไปดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต

1.4 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ พยาบาลจัดให้มีสถานที่เพื่อให้สมาชิกครอบครัวใช้สำหรับทำพิธีทางศาสนา เช่น สวดมนต์หรือปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของศาสนาขณะรอผู้ป่วย เป็นต้น

#### **ด้านการบริหารการพยาบาล**

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดระบบและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ

#### **ด้านการศึกษา**

อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการกำหนดขอบเขตแนวทางให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความต้องการการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้ครบทุกด้าน ซึ่งจะทำให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายวางแผนการพยาบาล และดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม

#### **ด้านการวิจัยทางการพยาบาล**

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป คือ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนองการดูแลด้านข้อมูลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

## บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุททธิกุล. (2554). การจัดการทางพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ประสพภาวะเบื่ออาหาร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(3), 8-16.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับ โรงพยาบาล พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- กัญญ์จิรา ศรีภา. (2554). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(4), 83-94.
- กิตติกร นิลมานัต. (2552). *ประสบการณ์ช่วงสุดท้ายของชีวิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในภาคใต้*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- งานทะเบียนและสถิติ. (2560). *สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งปี 2558-2559*. สระบุรี: โรงพยาบาลสระบุรี.
- ดุสิต สตาวร. (2550). Overview of end of life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และ คณะ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 320). กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์.
- ชนัญญา กาสินพิลา. (2550). *ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลียา วามะคุณ. (2558). ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 17(1), 40-51.
- ชุตिकाญจน์ หฤทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ และโสภิสฐ์ สุวรรณเกษางศ์. (2559). *ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: ลี้อตะวัน.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณชนก เอียดสุข (2556). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกในสมองระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 19(3), 349-364.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภา ทวีรทรงกุล. (2558). *ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริสา สะมาเอ. (2556). *ประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(4), 31-43.
- บุญมาศ จันทร์ศิริมงคลกุล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษยามาส ชิวสกุลขง และลดารัตน์ สาทินันท์. (2556). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care*. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพรรณ วนาโรดม. (2552). *ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการสนับสนุนทางจิตใจจากพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และวิมลลล จันทร์ดี. (2554). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เล่ม 3: Ethics & Law: Palliative care*. กรุงเทพฯ: กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย.
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีพุทธ*. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- พิมพ์พนิต ภาศรี. (2556). *ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัดกิจ. (2558). *ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 79-92.



- เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานันต์ และเขาวรัตน์ มัชฌิม. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง, *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(2), 33-45.
- ภาวิณี พรหมบุตร. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.
- เขาวลัษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์ และมณีนรัตน์ พรหมณี. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอโนนรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 104-118.
- รติรส แมลงภู่ทอง. (2552). *ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ, สิริษา วงศ์ปรากฏ, ยศพล เหลือง โสสมมนา และศรีสุดา งามขำ. (2557). การศึกษาความต้องการข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 53-63.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุดา งามขำ, คงขวัญ จันทรเมธากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร และสาคร พร้อมเพราะ. (2556). ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 24-34.
- รุ่งราวรรณ บัวชัย. (2553). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดารัตน์ สากินันท์. (2556). *คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* *The palliative care outcome scale: POS*. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 20(1), 10-22.
- วิจิตรา กุศลมภ์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2556). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(4), 25-36.

- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2558). การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย.  
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 23(3), 41-55.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2559). การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต.  
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(4), 89-100.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และอุดมวรรณ วันศรี. (2552). จิตวิญญาณระยะสุดท้ายของชีวิต  
และความตาย: การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.  
ศรีเวียง ไพโรจน์. (2553). เภมัทธ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริรัตน์ วิจิตระกุลการ, กานดา อิ่มสงวน และกนกพร สุคำวัง. (2556). ความต้องการและการได้รับการ  
การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, พยาบาลสาร, 40(พิเศษ), 35-46.
- ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการ  
การรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2551). คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ:  
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมพร เทพสุริยานนท์. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ  
ประคับประคองในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารสมาคม  
พยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(1), 24-33.
- สมพร ปานผดุง. (2556). ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุก  
ทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชระยะลุกลามใน โรงพยาบาล.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สัญญา โพธิ์งาม. (2555). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก  
ครอบครัว ขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุชาติ รุ่งแจ้ง. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม. วารสารพยาบาล  
โรคหัวใจและทรวงอก, 27(2), 43-57.

- สุมานี ศรีกำเนิด. (2552). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุวคนธ์ กุรัตน. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*.  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- สุวรรณ มณีจันทร์. (2552). *ประสบการณ์การดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของ  
ชีวิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุริยา ฟองเกิด. (2554). *การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ  
ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก ตามบริบทของสังคมไทย*.  
*วารสารพยาบาลพระปกเกล้า*, 27(1), 170-178.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.  
2559*. เข้าถึงได้จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/health\\_statistic\\_2559.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic_2559.pdf)
- แสงระวี แทนทอง. (2559). *ประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับ  
รังสีรักษา*. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(1),  
40-47.
- ไหมมูณะ คลังซ้อง. (2553). *สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นมะเร็งระยะ  
สุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนามนุษย์และสังคม,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อนงค์ ภิบาล. (2552). *ความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่  
ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายที่เข้ารับการ  
รักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2558). *สถิติในงานวิจัย เลือกลงอย่างไรให้เหมาะสม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:  
วิทย์พัฒน์.
- อุบลมาศ ศรีวรรณ. (2556). *ความต้องการของครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย  
ระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. *วารสารสภาการพยาบาลและ  
สาธารณสุขวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง*, 10(1), 40-53.

- อุไรพร พงศ์พัฒนานาคติ. (2532). *ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์  
 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Abernethy, A., Burns, C., Wheeler, J., & Currow, D. (2009). Defining distinct caregiver subpopulations by intensity of life care provided. *Palliative Medicine*, 23, 66-79.
- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis Intervention. Theory and Methodology* (8<sup>rd</sup> ed). Saint Louis: The C.V.Mosby Company.
- American Cancer Society. (2015). *Cancer facts & figures 2015*. Atlanta: American Cancer Society.
- Baier, M., & Buechsel, R. (2012). A model to help bereaved individuals understand the grief process. *Mental Health Practice*, 16(1), 28-32.
- Chaiviboontham, S., Viwatwongkasem, C., Hanucharunkul, S., & McCorkle, R. (2011). Symptom clusters in thai with advance cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(4), 265-277.
- Coker, T. R., Rodriguez, M. A., & Flores, G. (2010). Family-centered care for US children with special health care needs: Who gets it and why. *NCBI PubMed*, 125(6), 59-67.
- Cui, J., Song, L., Zhou, L., Meng, H., & Zhao, J. (2014). Need of family caregiver of advance cancer patient: A Survey in Shanghai of China. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 562-569.
- Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, R., Williams, J., & Carter, Y. H. (2008). Knowledge and information needs of informal caregiver in palliative care: A qualitative systematic review. *Palliative Medicine*, 22, 153-171.
- Dong, S. T., Costa, D. S., Butow, P. N., Lovell, M. R., Agar, M., Velikova, G., & Fayers, P. M. (2016). Symptom Clusters in Advance Cancer Patient: An Empirical Comparison of Statistical Method and the Impact on Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 88-98.
- Gaglione, K. M. (1984). Assessing and intervention with families of CCU patients. *Nursing Clinics of North America*, 19(3), 427-432.

- Get-Kong, S., Hanucharunkul, S., McCorkle, R., Viwatwongkasem, C., Junda, T., & Ittichaikulthol, W. (2010). Symptom experience, palliative care and spiritual well-being among Thais with advanced cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*(3), 219-234.
- Gutierrez, K. M. (2012). Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: Supporting families at the end of life. *Critical Care Nursing Quarterly, 35*(3), 299-313.
- Lyer, S., Stokes, T. G., & Roughley, A. (2013). Symptom burden and quality of life in advanced non-small cell lung cancer patient in France and Germany. *Lung Cancer, 81*, 288-293.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung, 8*(2), 332-9.
- Pokpalagon, P., Hanucharunkul, S., McCorkle, R., Tongprateep, T., Patoomwan, A., & Viwatwongkasem, C. (2012). Comparison of care strategies and quality of life of advanced cancer patients from four different palliative care settings. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 16*(4), 326-342.
- Rokach, A., Miller, Y., Schick, S., & Bercovitch, M. (2014). Coping with loneliness: Caregivers of cancer patients. *Clinical Nursing Studies, 24*(2), 42-50.
- Simoff, M. J., Lally, B., Slade, M. G., Goldberg, W. G., Lee, P., & Michaud, G. C. (2013). Symptom management in patients with lung cancer. *Publications Chestnet, 143*(5), 455-497.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น และทดสอบการแจกแจงตามปกติของข้อมูลตัวแปร (ผลต่างความต้องการการดูแล-การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล) แล้วพบว่า มีการแจกแจงปกติ โดยดูจากค่า Mean, Median, Mode, Skewness, Standard of Skewness, Kurtosis, Standard of Kurtosis

ตารางที่ 6 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ตัวแปร	(ความต้องการการดูแล- การได้รับการตอบสนองความต้องการดูแล)
Mean	8.72
Median	9.00
Mode	7.00
Skewness	-0.264
Standard Error of Skewness	0
Kurtosis	-0.24
Standard Error of Kurtosis	0



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

### คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลในแบบสอบถามจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด และจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพราะข้อมูล ที่ได้จากท่าน มีความสำคัญยิ่ง ต่อผลการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างแท้จริง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบสอบถามนี้มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความประสงค์ที่จะได้รับบริการด้านข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะมารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี

## แบบสอบถาม

เรื่อง ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิก  
ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. สถานภาพสมรส
  - โสด  คู่
  - หม้าย  หย่า/ แยกกันอยู่
4. ศาสนา
  - พุทธ  คริสต์
  - อิสลาม  อื่น ๆ ระบุ.....
5. สิทธิการรักษาพยาบาล
  - ประกันสุขภาพ/ บัตรทอง  ประกันสังคม
  - ชำระเงินเอง  เบิกจ่ายตรง/ ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
  - อื่น ๆ ระบุ.....
6. การวินิจฉัยโรค.....
7. แผนกหอผู้ป่วยที่รับการรักษา.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย  
คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. ศาสนา
  - พุทธ  คริสต์
  - อิสลาม  อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
  - ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น
  - มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.เทียบเท่า  อนุปริญญา ปวส.เทียบเท่า
  - ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพของท่าน
  - ไม่ได้ประกอบอาชีพ  รับจ้าง
  - รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
  - เกษตรกรรม  อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย
  - บุตร/ธิดา  สามี/ภรรยา
  - บิดา/มารดา ญาติพี่น้อง
  - อื่น ระบุ.....
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
  - ไม่มี  มี  อื่น ๆ ระบุ.....
8. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา
  - ไม่มี  มี
9. มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล
  - ไม่มี  มี ระบุ.....











**ภาคผนวก ค**

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิก  
ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-09-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาววนิศรา รัชวัตร์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนอง  
ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ไปใช้เป็นแนวทาง  
ในการวางแผนในการดูแลช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้สอดคล้องกับ  
การความต้องการของสมาชิกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่  
กำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็น  
จริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถามนี้มี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ  
ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สิทธิการรักษา  
และการวินิจฉัยโรค แผนกหอผู้ป่วยที่รับการรักษา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา  
อาชีพ ความสัมพันธ์ของสมาชิกที่ดูแลกับผู้ป่วย โรคประจำตัว ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา  
ผู้ดูแลช่วยเหลือ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการดูแล และการได้รับการตอบสนอง  
ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถาม  
เกี่ยวกับความประสงค์ที่จะได้รับบริการด้านข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะมารับการรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรม  
ศัลยกรรมและเคมีบำบัด แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 33 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบอยู่ 2 ส่วน  
ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัย  
จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว  
ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่อยู่ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาววนิดา รัชวดีร์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-991-0757 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-005-5045

นางสาววนิดา รัชวดีร์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย  
วันให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทน โดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

## ภาคผนวก ง

ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลำดับที่ของคะแนนความต้องการการดูแลและ  
การได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
ระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายด้าน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลำดับที่ของคะแนนความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายด้าน

ลำดับที่	ข้อความ	ความต้องการการดูแล		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
<b>ด้านข้อมูลข่าวสาร</b>				
1	ท่านต้องการทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยของโรคที่ดำเนินไป	3.95	0.20	มาก
2	ท่านต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษาด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย	3.91	0.33	มาก
3	ท่านต้องการทราบกระบวนการรักษา/ แผนการรักษาในปัจจุบัน	3.91	0.28	มาก
4	ท่านต้องการให้ทีมบุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วยให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ตรงกับความเป็นจริง	3.89	0.35	มาก
5	...	3.88	0.37	มาก
6	...	3.85	0.50	มาก
7	...	3.83	0.37	มาก
8	...	3.83	0.37	มาก
9	...	3.80	0.39	มาก
10	...	3.80	0.46	มาก
11	ท่านต้องการได้พูดคุยกับแพทย์ และพยาบาลคนเดิมที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกวัน อย่างน้อยวันละครั้ง	3.71	0.51	มาก
12	ท่านต้องการทราบว่าจะถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกับบุคลากรท่านใดในหอผู้ป่วย	3.70	0.55	มาก
13	ท่านต้องการทราบเหตุผลในกิจกรรมการรักษาพยาบาล แต่ละกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยท่านต้องการคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ข้างเตียง	3.56	0.60	มาก
14	ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายใน หอผู้ป่วยก่อนเข้าไปในครั้งแรก	3.29	0.69	มาก
15	...	3.16	0.80	มาก

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ข้อความ	ความต้องการการดูแล		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
<b>ด้านร่างกาย</b>				
1	...	3.89	0.35	มาก
2	...	3.88	0.37	มาก
3	...	3.73	0.50	มาก
4	...	3.52	0.68	มาก
5	...	3.49	0.68	มาก
6	ท่านต้องการให้มีโทรศัพท์ที่บริเวณที่พักรอเยี่ยม	2.62	1.05	ปานกลาง
<b>ด้านอารมณ์</b>				
1	ท่านต้องการให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสนใจ ดูแลผู้ป่วย	3.92	0.26	มาก
2	ท่านต้องการได้รับความมั่นใจในทีมบุคลากรที่ดูแล รักษาผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีเมื่อท่านไม่อยู่ดูแล ชั่วคราว	3.92	0.26	มาก
3	ท่านต้องการได้รับความมั่นใจจากพยาบาลและ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี	3.91	0.58	มาก
4	...	3.85	0.50	มาก
5	...	3.82	0.42	มาก
6	...	3.79	0.53	มาก
7	...	3.77	0.51	มาก
8	...	3.61	0.67	มาก
9	...	3.49	0.74	มาก
10	ท่านต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ที่ดูแลมารับฟังความรู้สึกที่ ไม่ดี ระบายความรู้สึก และปลอบโยนท่านเมื่อท่านรู้สึก ไม่สบายใจ	3.32	0.87	มาก



ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ข้อความ	ความต้องการการดูแล		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
11	ท่านต้องให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนขณะที่ ท่านเยี่ยมผู้ป่วย คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ คอยท่าน <u>ด้านจิตวิญญาณ</u>	3.20	0.92	มาก
1	ท่านต้องการนำสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาไว้กับผู้ป่วย เช่น การมี พระติดตัว หรือ การนิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วย	2.95	1.07	ปานกลาง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และลำดับที่ของคะแนนการได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายด้าน

ลำดับที่	ข้อความคำถาม	การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
<b>ด้านข้อมูลข่าวสาร</b>				
1	ท่านต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษาด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย	3.53	0.61	มาก
2	ท่านต้องการให้ทีมบุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วยให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ตรงกับความเป็นจริง	3.53	0.65	มาก
3	ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลโทรแจ้งอาการไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	3.52	0.68	มาก
4	ท่านต้องการทราบกระบวนการรักษา/แผนการรักษาในปัจจุบัน	3.25	0.65	มาก
5	...	3.52	0.61	มาก
6	...	3.52	0.63	มาก
7	...	3.50	0.65	มาก
8	...	3.47	0.70	มาก
9	...	3.44	0.68	มาก
10	...	3.40	0.62	มาก
11	ท่านต้องการได้พูดคุยกับแพทย์ และพยาบาลคนเดิมที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกวัน อย่างน้อยวันละครั้ง	3.38	0.69	มาก
12	ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยก่อนเข้าไปในครั้งแรก	3.38	0.75	มาก
13	ท่านต้องการทราบหมายเลขโทรศัพท์ของหอผู้ป่วยที่สามารถสอบถามอาการผู้ป่วยได้ เมื่อท่านไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้	3.37	0.84	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ข้อความ	การได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแล		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
14	ท่านต้องการทราบเหตุผลในกิจกรรมการรักษาพยาบาล แต่ละกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยท่านต้องการคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ข้างเตียง	3.31	0.76	มาก
15	... <u>ด้านร่างกาย</u>	2.89	0.80	ปานกลาง
1	...	3.46	0.65	มาก
2	...	3.31	0.74	มาก
3	...	3.73	0.50	มาก
4	...	3.23	0.78	มาก
5	...	3.04	0.76	มาก
6	ท่านต้องการให้มีโทรศัพท์ที่บริเวณที่พักรอเยี่ยม <u>ด้านอารมณ์</u>	2.38	0.99	ปานกลาง
1	ท่านต้องการให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสนใจ ดูแลผู้ป่วย	3.80	0.46	มาก
2	ท่านต้องการได้รับความมั่นใจจากพยาบาลและ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี	3.79	0.47	มาก
3	ท่านต้องการได้รับความมั่นใจในทีมบุคลากรที่ดูแล รักษาผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีเมื่อท่านไม่อยู่ดูแล ชั่วคราว	3.76	0.52	มาก
4	...	3.71	0.51	มาก
5	...	3.64	0.62	มาก
6	...	3.61	0.54	มาก
7	...	3.61	0.54	มาก
8	...	3.41	0.63	มาก
9	...	3.29	0.79	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลำดับที่	ข้อความ	การได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแล		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
10	ท่านต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ที่ดูแลรับฟังความรู้สึกที่ไม่ดี ระบายความรู้สึก และปลอบโยนท่านเมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจ	3.11	0.68	มาก
11	ท่านต้องการให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนขณะที่ท่านเยี่ยมผู้ป่วย คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ คอยท่าน <u>ด้านจิตวิญญาณ</u>	3.10	0.78	มาก
1	ท่านต้องการนำสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาไว้กับผู้ป่วย เช่น การมีพระติดตัวหรือการนิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วย	3.01	0.92	มาก

**ภาคผนวก จ**

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

Caring Needs and the Caring Needs Responses of Family Members of Terminally Cancer Patients

ชื่อนิสิต นางสาวนิตา รัชวดีร์

รหัสประจำตัวนิสิต 55920264 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 09 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 67 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสระบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 9 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา