

ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย The Effects of Swanson's Caring-Based Nursing on the Well-Being of Caregivers of Terminal Cancer Patients.

(Received: April 22,2025 ; Revised: May 5,2025 ; Accepted: May 11,2025)

นิตยา ธีรวิโรจน์¹ นภาพร วิทยาประโคน¹
Nittaya Teeraviraj¹ Napaporn Vitayapacon²

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธา 2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง 3) การเฝ้าดูดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบวัดความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะหลังการทดลองและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
คำสำคัญ : การดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน, ความผาสุก, ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research aiming to examine the effect of Swanson's caring-based nursing on the well-being of caregivers of terminal cancer patients. The population and sample consisted of 30 caregivers of terminal cancer patients, divided equally into two groups: 15 in the experimental group and 15 in the control group. Simple random sampling was used by drawing lots to assign participants to either the experimental or control group. The experimental group received Swanson's caring-based nursing program developed by the researcher, which lasted for four weeks and comprised five components: 1) Maintaining hope, faith, and belief 2) Knowing the patient as a person 3) Being with the patient 4) Doing for the patient what they would do for themselves if possible 5) Enabling the patient to have the ability to care for themselves. The control group received routine nursing care. The instruments used for data collection included a personal and illness information interview form and a caregiver well-being scale for caregivers of terminal cancer patients, with a reliability coefficient of .90. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Independent t-test.

The results showed that caregivers in the control group had a significant difference in their mean well-being scores before and after the intervention. Moreover, caregivers in the experimental group had higher post-intervention well-being scores compared to those in the control group.

Keyword : Swanson's caring, Well-being, Caregivers of terminal cancer patients

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูร์รีรัมย์ Corresponding Author, Napaporn Vitayapacon
E-mail address: nsuankaew@gmail.com

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ.2561 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านคน ผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรค มีมากถึง 32.6 ล้านคน¹ ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 1,688,780 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 600,920 ราย สำหรับในประเทศไทยจากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ.2553 ถึง พ.ศ.2555 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและเพศหญิงเป็น 143.3 และ 131.9 ตามลำดับต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและเพศหญิงเป็น 143.8 และ 134.2 ตามลำดับต่อประชากรแสนคน โดยมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 112,392 ราย เป็น 126,555 ราย²

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนับเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และซับซ้อน เนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค รวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเบื้องต้น³ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของสมาชิกในครอบครัวเป็นภาระการดูแลที่หนักขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความเครียด ความวิตกกังวลกระทบต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสิทธิภาพการตอบสนองความต้องการการ

ดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยลดลง การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้อย่างปลอดภัย และก่อให้เกิดความผาสุก¹

ผู้ดูแลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะระยะที่ 4 เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาการลุกลามของโรคให้หายขาดได้ เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค อาการที่พบได้บ่อยในระยะสุดท้าย ทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ด้านจิตใจและสังคม รู้สึกสิ้นหวัง คุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ไม่ดีวิตกกังวล อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า และมีการปรับตัวที่ผิดปกติ เครียด¹ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ผู้ดูแลบางรายมีความเครียดมากคิดอยากฆ่าตัวตายเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลนาน มีคนดูแลคนเดียว เสียเวลาในการดูแล เกิดความตระหนก กลัว เศร้า วิตกกังวล และเกิดความเครียด⁴ การขาดความรู้ความสามารถหรือทักษะที่ดีพอเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อตัวผู้ป่วยเกิดความเครียดและขาดความสุข นอนไม่หลับ มีอาการรบกวนทางร่างกาย การเจ็บป่วยทางกายเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตร และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ขาดความสุขและขาดความรู้สึกรักในตัวเองในการดูแลผู้ป่วย ทางด้านจิตใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ด้านเศรษฐกิจและสังคมมีค่าใช้จ่ายและมีหนี้สินไม่มีเวลาไปทำงาน ไม่มีเงินใช้จ่ายภายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ผู้ดูแลบางรายต้องสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและรายได้ เนื่องจากต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง

เนื่องจากเวลาในแต่ละวันจะหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย ต้องเปลี่ยนแผนการทำงานไม่มีเวลาทำอย่างอื่นต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้²

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยสำคัญในการมีชีวิตของบุคคล ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงในผู้ดูแลสูญเสียคุณค่าและพลังอำนาจในตนเอง หมดความสุขสิ้นหวัง และไม่อยากจะมีชีวิตต่อไป แต่สิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดพลังในการเยียวยาตนเอง เกิดการยอมรับกับภาวะสุขภาพ และปรับเปลี่ยนความคาดหวังต่อตนเองได้ คือ การพัฒนาทักษะด้านจิตวิญญาณที่ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ⁴ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจที่นำไปสู่การมีความหมาย เป้าหมายและความหวังในการดำเนินชีวิต มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น⁵

ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson⁵ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรมคือการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ และการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7-14 วัน ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องอยู่กับความไม่แน่นอน ความหวาดระแวง ความไม่มั่นใจ ในอาการ และอาการแสดงที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญการประสบกับปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เรื้อรังและคุกคามชีวิตทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ³ โดยใช้โปรแกรมการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาบูรณาการแล้วนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้าย และเป้าหมายของชีวิตของผู้ดูแล เพื่อความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตผู้ดูแลมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการกระจายไปที่อวัยวะอื่นมากกว่าหนึ่งอวัยวะไม่สามารถรักษาให้หายขาด และการรักษาที่ได้รับไม่สามารถหยุดยั้งการเจริญของมะเร็งได้ที่มาติดตามรักษา

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนโดยหยิบสลับกันใบที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม ใบที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง ใบที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ใบที่ 4 เป็นกลุ่มทดลองสลับกันจนครบ 30 คน

ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของ Dupuy⁶

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นชุดคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา สิทธิในการรักษา ภาวะที่เป็นโรค และระยะของโรคมะเร็ง

1.2 แบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของ Dupuy⁶ เป็นชุดคำถามที่ประเมินความรู้สึก ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน โดยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตอบแบบประเมินของความผาสุกในลักษณะภาพรวม ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถาม ดังนี้คือ ด้านความวิตกกังวล จำนวน 4 ข้อ ด้านความซึมเศร้า จำนวน 3 ข้อ ด้านความสุขในชีวิต จำนวน 3 ข้อ ด้านการควบคุมตนเอง จำนวน 3 ข้อ ด้านความมีชีวิตชีวา จำนวน 3 ข้อ และด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 2 ข้อ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ คำตอบแบ่งเป็นค่าคะแนน 1-6 คะแนน ส่วนที่ 2 มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง จากคะแนน 0-10 คะแนน หลังจากได้คำตอบ นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมารวมกัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-110 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร Swanson⁵ นำมาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม

5 กิจกรรมได้แก่ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถและการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วย การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการดูแลบุคคลทั้งคนแบบองค์รวมเป็นการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้ง มุ่งองค์ประกอบชัดเจนเป็นรูปธรรม มุ่งเน้นการดูแลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการการพยาบาลในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีแบบแผนประกอบไปด้วยความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร ความห่วงใย และความเอาใจใส่ร่วมทุกข์ร่วมสุข นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ การสนับสนุน ส่งเสริมเพื่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะเตรียมตัวก่อนกลับบ้านระยะที่ 3 ระยะภายหลังสิ้นสุดการรักษาโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม วัตถุประสงค์ กิจกรรม ระยะเวลา และเหตุผลเชิงทฤษฎี โดยการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 7 วัน

การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของแบบสอบถามตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง

(IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาหารของสแกนสันต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาหารของสแกนสันต่อ

ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีรัมย์ MTH 2023-07

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คนพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 66.6 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.3 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 60.0 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษา ร้อยละ 60.6 ทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างการพยาบาลแบบเอื้ออาหารของสแกนสันต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 15)		กลุ่มควบคุม (N = 15)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	9	(60.0%)	9	(60.0%)		
หญิง	6	(40.0%)	6	(40.0%)		
อายุ						
20 - 59 ปี	10	(66.6%)	10	(66.6%)		
60 - 65 ปี	5	(33.3%)	5	(33.3%)		
สถานภาพสมรส					0.3	0.9
โสด	1	(6.6%)	2	(13.3%)		
คู่	9	(60.0%)	8	(53.3%)		
หม้าย	3	(20.0%)	3	(20.0%)		
หย่า	2	(13.3%)	2	(13.3%)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความ
ผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	(N = 15)		(N = 15)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					6.0	0.1
ไม่ได้เรียน	4	(26.6%)	9	(60.0%)		
ประถมศึกษา	5	(33.3%)	1	(6.6%)		
มัธยมศึกษา	1	(6.6%)	2	(13.3%)		
อนุปริญญา	1	(6.6%)	-	-		
ปริญญาตรี	4	(26.6%)	3	(20.0%)		
ศาสนา						
พุทธ	15	(100.0%)	15	(100.0%)		
สิทธิในการรักษา					5.6	0.06
เบิกต้นสังกัด	5	(33.3%)	1	(6.6%)		
ประกันสังคม	6	(60.0%)	4	(26.6%)		
ประกันสุขภาพ	4	(26.6%)	10	(66.6%)		

การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุก ในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 48.2 ($SD = 5.8$) และระยะหลังการทดลองเท่ากับ 96.0 ($SD = 3.4$) และการพยาบาลแบบ

เอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 47.7 ($SD = 9.7$) และระยะหลังการทดลองเท่ากับ 57.0 ($SD = 6.3$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 30)

กลุ่ม	ระยะ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n = 15)	ก่อนการทดลอง	48.2	5.8	ต่ำ
	หลังการทดลอง	96.0	3.4	สูง
กลุ่มควบคุม (n = 15)	ก่อนการทดลอง	47.7	9.7	ต่ำ
	หลังการทดลอง	57.0	6.3	ปานกลาง

ข้อมูลจากแบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของ Dupuy⁶

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน

กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{28} = -20.9, p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง (N = 30)

คะแนนความผาสุก	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-Tailed)
กลุ่มทดลอง	15	96.0	3.4			
				-20.9	28	<0.001
กลุ่มควบคุม	15	57.0	6.3			

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยมีประเด็นที่นำมาอภิปรายผล การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่า ในระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด และในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่าการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแบบแผน มีขั้นตอนปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกขั้นตอนในทุกๆ กิจกรรม ที่ผสมผสานการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างครบองค์รวม ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁽⁵⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรรัตน์ อันสีแก้ว และคณะ² และงานวิจัยของ ช่อผกา ปุยขาว¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยพัฒนาทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson⁵ มาเป็นกรอบแนวคิดในการบูรณาการแล้ว

นำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้านคือ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีงานความสามารถ และการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ และศรัทธาของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สรรสนีย์ จันทร์มา⁶ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ความสุขสงบที่เกิดจากการทำความดีซึ่งถือเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านหนึ่งที่ถูกระทบเนื่องจากผู้ดูแลมักไม่มีเวลาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เวลานาน ถือเป็นบทบาทภาระหน้าที่เกินซึ่งภาระในการดูแลส่งผลให้ญาติเหนื่อยล้า ท้อแท้ต้องเผชิญกับอารมณ์รอนรับอารมณ์ของผู้ป่วย อีกทั้ง ผู้ดูแลยังถูกคาดหวังจากบุคคลในครอบครัว กลัวการสูญเสียสิ่งที่มีค่า หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งการให้ความรู้ (Enabling) เกี่ยวกับโรคมะเร็งวิธีการรักษาแบบประคับประคอง และการปฏิบัติเพื่อการดูแลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ครอบคลุมในสิ่งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง⁹

การส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสมอย่างมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีอยู่ให้เพิ่มพูน

ยิ่งๆ ขึ้น และให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริงมองภาพชัดเจน (Enabling) การประเมินการรับประทานอาหาร มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และให้การพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และวางแผนการพยาบาลตามปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแต่ละรายตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความเร่งด่วน และให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ¹⁰ การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เมื่อรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย ทุกข์ทรมานจากโรคร้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะต้องไขว่คว้า ค้นหาแหล่งพักพิงพึ่งพาทางจิตใจ ตามความคิด ความเชื่อและความศรัทธาของแต่ละคนใน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พระศักดิ์ธิช สวโร (แสงธง)¹¹ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความคิด ความเชื่อ และความศรัทธาในเรื่องศาสนา การนับถือพระวัดที่มีชื่อเสียงโด่งดัง เครื่องรางสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ที่คล้ายคลึงกัน โดยมีความเชื่อว่าเมื่อเจ็บป่วย สิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นความหวัง ความศรัทธาที่ใช้ยึดเหนี่ยวทางใจ เชื่อว่าการทำบุญ การได้กราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะทำให้ตนเองรู้สึกมีพลังมีความสุขเหมือนมีที่พึ่ง¹²

การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเผชิญความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด การทบทวนตนเอง และการเข้าใจผู้อื่น การค้นหาคุณค่าของตนเอง ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาว่า เคยประสบผลสำเร็จในชีวิตหรือไม่ การวางแผนชีวิต พบผู้นำชุมชนการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนให้เขียนถึงความดีหรือความประทับใจต่อเพื่อนสมาชิกที่ร่วมกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการมีเพื่อน และเครือข่ายในสังคมช่วยเหลือกันเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุน

สุขภาพจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ดูแลดีขึ้น สอดคล้องของ เพ็ญศรี จาประไพ และคณะ¹³ ที่กล่าวว่า ความเอื้ออาทรมีความหมายลึกซึ้ง เพราะเกิดจากการตระหนักในคุณค่าของบุคคล ความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ ซึ่งในยามเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจมากกว่าสิ่งใด หากพยาบาลใช้เวลาแก่ผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย และประเมินว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ซึ่งผู้ป่วยต้องการที่จะพูดกับใครสักคน ผู้วิจัยแสดงความห่วงใย พูดคุย ให้กำลังใจ แสดงให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้เห็น ได้รับรู้ว่าผู้วิจัยมีความห่วงใย ความจริงใจที่จะดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจนอกจากนี้ ผลการการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการข้างเคียงต่างๆ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ¹⁴ อยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างปกติ ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุตรหลาน คอยดูแล และให้กำลังใจไม่คิดว่าตนเองเป็นภาระที่ต้องพึ่งพาครอบครัว มีการเข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอ มีการสวดมนต์ขอพร นั่งสมาธิก่อนนอนทุกวัน มีการเตรียมอาหาร น้ำเพื่อใส่บาตรตอนเช้าอย่างสม่ำเสมอ (Maintaining Belief) ผลการวิจัยพบว่า ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไปใช้เป็นแนวทางในสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้เกิดความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้อย่างปลอดภัย และก่อให้เกิดความผาสุก

2. ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำแนวคิดการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถนำ

แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยยึดญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นศูนย์กลางของการดูแลสามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างแท้จริง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. ช่อผกา ปุยขาว, สุริพร ธนศิลป์, จรรยา ฉิมหลวง.(2562). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, วารสารเกื้อการุณย์. 26(2):93-106.
2. พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม, ทศพรพรณ รัตนบรรเจิดกุล.(2563). ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, วารสารพยาบาลทหารบก 2563;21(2):315-23.
3. เขมจิต มุกดาดี, วรรณดา ฉายอรุณ, สุจิรา พึ่งเฟื่อง.(2564). ผลของศิลปะบำบัดต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2564;16(2):150-60.
4. Engelberg, R. A., Downey, L., Wenrich, M. D., Carline, J. D., Silvestri, G. A., Dotolo, D., Curtis, J. R.(2010). Measuring the quality of end-of-life care, Journal of Pain and Symptom Management 2010;39(6):951-71.
5. Swanson, R. A. & Holton III, E. F.(2001). Foundations of Human Resource Development. San Francisco : Berrett-Koehler ; 2001.
6. Dupuy, H. J.(1977). A measuring health : A guide to rating scales and questionnaires. New York : Oxford university press ; 1977.
7. Polit, D. F., & Hungler, B. P.(1999). Nursing research principles and methods. Philadelphia: J.B. Lippincott ; 1999.
8. สรรสนีย์ จันทร์มา.(2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ; 2564.
9. บรรเทิง พลสวัสดิ์, สำราญ พูลทอง, กิตติยาพร จันทร์ชม, จุญศรี มีหนองหว้า, ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา.(2560). การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงหองแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี, วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(5):905-13.
10. ฤชณาพร ทิพย์กาญจนธนา, สำลี สาลิกุล, นิภาพร อภิสทิตวาสนา, มณีรัตน์ เทียมหมอก.(2560). การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี, วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2560;33(3):138-45.
11. พระศักดิ์ธัช สวโร (แสงธง).(2562). รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่, วารสารวิชาการธรรมศาสตร์ 2562;19(2):175-88.
12. Schroeder K, Lorenz K.(2018). Nursing and the future of palliative care, Asia Pac J Oncol Nurs. 2018;5(1):4-8.
13. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(6):1101-11.
14. Yildirim, Y., and Kocabiyik, S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer, Journal of Clinical Nursing 2010;19(5-6):832-39.