

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์
The effects of the palliative care program for advanced cancer
patients in Ronphibun Hospital.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 21,2025 ; Accepted: June 22,2025)

สุลีสถกฤษณ์ มานะจิตต์¹ ธเนศ สังข์ศรี²
Suleesakrit Manajit¹ Tanes Sangsri²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของการแทรกแซงโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อการลดภาวะความทรมานและความวิตกกังวลในผู้ป่วยในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง) จำนวน 27 ราย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 27 ราย พบว่าเมื่อสิ้นสุดการแทรกแซง กลุ่มได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย ESAS ที่ลดลง ($p < 0.05$) ได้แก่ อาการปวด ซึมเศร้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิตกกังวล ความสบายทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ในขณะที่กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติมีเพียงอาการปวดและคลื่นไส้เท่านั้นที่เห็นผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างชัดเจน ($p < 0.05$) ที่สำคัญของงานวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ย GAD-7 ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีค่าเท่าเดิม ผลลัพธ์จากการสร้างโปรแกรมในงานวิจัยนี้สะท้อนการพัฒนาคุณภาพของการบริการที่เพิ่มขึ้นเชิงประจักษ์จากความพึงพอใจในภาพรวมของโปรแกรม "พอใจมากที่สุด" การจัดการมะเร็งระยะท้ายและการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายมีศักยภาพในการบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมทางจิตใจที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

Abstract

The objective of this study was to examine the effects of a palliative care intervention program for advanced cancer patients on the reduction of suffering and anxiety at Ronpiboon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. This quasi-experimental research was divided into an intervention group ($n = 27$), which received the palliative care program, and a control group ($n = 27$), which received standard care. At the end of the intervention, the intervention group showed a significant reduction in mean ESAS scores ($p < 0.05$), including pain, depression, fatigue, nausea, anxiety, physical and emotional comfort, and dyspnea. In contrast, the control group demonstrated significant improvement only in pain and nausea ($p < 0.05$). Importantly, the study also found that the mean GAD-7 score in the intervention group decreased significantly, while the control group's score remained unchanged. The outcomes of this program reflect an empirically enhanced quality of service, as evidenced by overall satisfaction with the program, with participants reporting being "most satisfied." Management of terminal cancer and the promotion of meaningful living have the potential to alleviate suffering and foster psychological well-being in patients with advanced cancer.

Keywords: Palliative care program, advanced cancer patients, Ronphibun Hospital

บทนำ

มะเร็งระยะท้ายหรือมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายมักสัมพันธ์กับความท้อแท้

ของผู้ป่วยที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง โดดเดี่ยว วิตกกังวล รวมถึงความกลัวต่อความทุกข์ทรมาน การพึ่งพิงผู้อื่น ความตาย และอาการทางกาย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

หลายประการ การเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในความต้องการการสนับสนุนและความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ความยากลำบากในการจัดการกับระบบสุขภาพที่ซับซ้อน รวมถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ใกล้เข้ามา ทั้งหมดนี้อาจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความเครียดและความทุกข์ในกลุ่มประชากรนี้¹ การดูแลแบบองค์รวมเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตวิญญาณเป็นแนวทางที่มีผลลัพธ์ในทางที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วยและญาติ² ปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดในการรักษาโรคมะเร็งแต่ยังมีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนหนึ่งที่มีการลุกลามของโรคเข้าสู่ระยะท้ายที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล² ผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากประสบปัญหาอาการต่าง ๆ เช่น อาการปวด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และท้องผูก เป็นต้น ผู้ที่อยู่ในภาวะดังกล่าวจะต้องประคับประคองอาการเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ลดลง^{3, 4}

ปัญหาที่โดดเด่นที่สุดในกลุ่มนี้ ได้แก่ ภาวะทางกายภาพจากโรค ความไม่มั่นคงในความผูกพันทางจิตใจ (เช่น ความกังวลที่เกิดจากความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่สนับสนุนและความสามารถในการใช้ความสัมพันธ์เหล่านั้นเพื่อรับการสนับสนุนทางอารมณ์)⁵ ความท้าทายสำหรับผู้ดูแลในสถานการณ์นี้ คือ การสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยข้ามผ่านช่วงเวลาที่ยาวนานในขณะที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมสภาพทางร่างกาย การมีชีวิตอยู่ที่ยืนยาวและความตาย ปัจจัยทั้งในระดับบุคคลและสังคมหลากหลายประการอาจช่วยปกป้องบุคคลในสถานการณ์นี้ได้ แต่การสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญมีความสำคัญในการป้องกันและรักษาความทุกข์ทรมานที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย⁶ หัวใจของการดูแล คือ การให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในทุกช่วงวัยตลอดจนเครื่องมือโดยมุ่งเน้นการลดและป้องกันอาการเจ็บปวดรวมถึงความทุกข์ใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความสงบและรักษาความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้รวมถึงให้การดูแลและสนับสนุนครอบครัว

และญาติ⁷ ซึ่งการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการสนับสนุน การสื่อสารที่ดี การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ และการสนับสนุนความช่วยเหลือต่างๆ ล้วนมีผลในด้านดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁷⁻⁹ สามารถเห็นผลลัพธ์ได้จากการจัดโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจากงานวิจัยก่อนหน้า^{3, 4, 6, 7, 10-13} ซึ่งพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการดูแลโดยมุ่งเน้นที่รายบุคคลจะเห็นผลลัพธ์ที่ดีกว่าการจัดการเป็นกลุ่มเนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีความต้องการที่ต่างกัน¹⁴ โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายซึ่งมีอายุเฉลี่ยประมาณ 6 ถึง 12 เดือน การดูแลที่เหมาะสมควรมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มคุณภาพชีวิต¹ ในทศวรรษที่ผ่านมา กระบวนการจัดการดูแลแบบประคับประคองมีความก้าวหน้าอย่างมากและได้มีการประยุกต์ให้เข้ากับหลักความเชื่อที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและเชื้อชาติ¹⁵ และเสริมสร้างคุณค่าของชีวิตอย่างสมบูรณ์¹⁵ โดยรูปแบบการดูแลที่สำคัญที่สุดคือการมีสติรู้ตัวจนถึงช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต การวางแผนงานศพอย่างรอบคอบ การลดภาระต่อญาติหรือสังคม รวมถึงสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ขณะเดียวกันการตายควรเป็นไปอย่างสงบ ไม่เจ็บปวด รวดเร็ว และปราศจากความทุกข์ทรมาน¹⁶ การศึกษาต่าง ๆ จากเอเชียได้รายงานองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด 4 ประการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ การไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือจากเครือญาติ การสื่อสารที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์ และการปราศจากความทุกข์ทางด้านร่างกายและจิตใจ^{17, 18}

ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าอาสาสมัครที่ได้รับการแทรกแซงการดูแลแบบประคับประคองจะมีผลต่อการบรรเทาอาการทางร่างกายให้ลดลง อารมณ์ดีขึ้น มีความสงบ และใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพน้อยลงตลอดช่วงเวลาของโรคเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการแทรกแซงด้วยโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่ออาการทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการ

รักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัด นครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ซึ่งแบ่งผู้เข้าร่วม ออกเป็นกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มได้รับการดูแล ตามปกติ วัดผลทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยในการวิจัยนี้ได้นำกรอบแนวคิดจากทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ซึ่งพัฒนาโดยคอร์เนเลีย รูแลนด์และเซอร์เลย์ มอร์¹⁹ มาใช้เป็นพื้นฐาน ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายต้องครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การไม่ รู้สึกเจ็บปวด การได้รับประสบการณ์ความสบายใจ การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี การมีความสงบภายใน และการมีความใกล้ชิดกับคนที่รักและผูกพัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัคร เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งชายและหญิงที่พักรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอร่อนพิบูลย์ ซึ่งครอบคลุมตำบลร่อนพิบูลย์ หินตก เสาธง ควนพัง ควนชุม และควนเกย โดยเริ่มเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 – วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครที่เข้าร่วมจะได้รับการประเมิน The Palliative Performance Scale (PPS) ซึ่งมีคะแนนไม่เกิน 50%²⁰ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลตามแนวทางของโคเฮน²¹ โดยเลือกใช้ขนาดอิทธิพล ระดับกลางที่ 0.5²² การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการผ่านโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 สำหรับงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และชีวการแพทย์²³ โดยกำหนดให้อำนาจการทดสอบ (power analysis) = 0.80 ระดับนัยสำคัญหรือแอลฟา = 0.05 อำนาจทดสอบ คือ 80%²⁴ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 27 ราย ในการคัดเลือกเข้าร่วม

โปรแกรมและกำหนดกลุ่มควบคุมในมิตตราส่วน 1:1 รวมทั้งหมด 54 ราย คัดเลือกอาสาสมัครทั้งสองกลุ่ม ที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน (matching) และพูดภาษาไทยได้อย่างคล่องแคล่ว ไม่มีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาที่ระบุไว้ในประวัติทางการแพทย์หรือโดยแพทย์ผู้ดูแลโรคมะเร็ง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลสำหรับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพ ชนิดของโรคมะเร็ง เป็นต้น ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับประเมินผลลัพธ์ของการแทรกแซงด้วยโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการความทุกข์ทางด้านร่างกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)²⁵⁻²⁷ คะแนนถูกกำหนดบนมาตราส่วนตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการเลย และ 10 คือ อาการระดับสูงสุดของความรุนแรง 2) เครื่องมือสำหรับประเมินภาวะทางจิตใจ ได้แก่ แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder 7; GAD-7) ฉบับภาษาไทย²⁸ แบบประเมินได้เคยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาในงานวิจัยก่อนหน้านี้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย^{3, 22, 29-34} ประกอบด้วยแบบประเมิน ESAS มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.8²⁹⁻³¹ และแบบประเมิน GAD-7 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.83³²

การดำเนินการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครถูกจัดบันทึกในทะเบียนหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ อาสาสมัครที่มีคะแนน PPS ไม่เกิน 50% ได้รับการคัดเลือกและเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรม แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาและการดูแลภายใต้มาตรฐานปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในช่วงการรักษาแบบประคับประคองพร้อมทั้งได้รับการตรวจและรักษาตามแผนการที่แพทย์เจ้าของไข้กำหนดไว้ โดยทำการประเมิน ESAS และ GAD-7 ใน

วันแรกและวันที่สี่ของโปรแกรม ก่อนที่จะเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 27 รายต่อไป

กลุ่มทดลอง คัดเลือกโดยข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรที่สอดคล้องกับกลุ่มควบคุมผ่านกระบวนการจับคู่ (matching) เพื่อเข้าโปรแกรมตามขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ครั้งแรกของโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลอง โดยใช้แบบประเมิน ESAS และ GAD-7 ขั้นต่อไปเป็นการรับฟังความในใจของกลุ่มตัวอย่างและรับฟังปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคความมุงหวังในระยะสุดท้ายของชีวิตพร้อมทั้งการวางแผนสำหรับช่วงท้ายของชีวิต จากนั้นให้อาสาสมัครได้ทบทวนความในใจและการปรับจิตใจเพื่อเตรียมพร้อมเดินทางไปสู่ปลายทางของชีวิตอย่างสงบสุข โดยมีการตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพโรคและอาการปัจจุบันตามข้อมูลจากแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลและวางแผนเป้าหมายร่วมกันอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเวลาสำหรับการแบ่งปันความรู้ร่วมกันในหัวข้อการดูแลตัวเองในระยะท้ายของชีวิตและการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตในช่วงเวลานี้ พร้อมทั้งให้กำลังใจและจัดตารางนัดหมายครั้งถัดไป

ครั้งที่สอง ผู้วิจัยได้ทบทวนแผนและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่เหลือของชีวิตจากข้อมูลที่ได้จัดบันทึกในการดำเนินการครั้งแรก มีการอธิบายแนวทางการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การไม่รู้สึกละอายใจ การได้รับประสบการณ์ความสบายใจ การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี การมีความสุขสงบทางใจ และการผูกพันใกล้ชิดกับคนที่รัก การดำเนินการยังมีการดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้นและรายงานอาการให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบรับทราบและประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อขอคำปรึกษาอย่างครบถ้วนตามตามปัญหาของอาสาสมัครแต่ละราย

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างตั้งใจจะบรรลุในช่วงเวลาที่เหลือของชีวิต พร้อมกับติดตามผลการดำเนินงานในครั้งที่สอง โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตามแนวทางเดิม

จากนั้นทบทวนประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและสำรวจสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่ได้แจ้งความประสงค์ในการดำเนินการครั้งก่อนหน้าพร้อมรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อสำรวจความค้ำใจและความปรารถนาสุดท้าย เพื่อหาแนวทางในการคลี่คลายปมค้ำใจและสนับสนุนให้ความปรารถนานั้นสำเร็จลุล่วง จากนั้นจัดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยและญาติได้ใช้เวลาาร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก เช่น การขอโทษ การให้อภัย และการขอบคุณ รวมถึงการสื่อสารผ่านช่องทางเทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น ไลน์หรือวิดีโอคอล จากนั้นสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนจัดการในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อแสดงเจตนาและความต้องการก่อนวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับทีมผู้ดูแลสุขภาพและตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในรูปแบบการสนทนาแบบสั่งเสียหรือการจัดทำเป็นเอกสารลายลักษณ์อักษร พร้อมนัดหมายการติดตามผลในครั้งถัดไป

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยได้ทบทวนเป้าหมายในการช่วยลดปล่อยความกังวลใจและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทำตามความประสงค์สุดท้ายพร้อมทบทวนผลจากการจัดโปรแกรมในครั้งที่ 3 โดยสอบถามถึงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบันรวมทั้งข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติงานด้านการดูแลและสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม และสรุปผลการดูแลแบบประคับประคองทั้ง 4 ครั้ง ประเมินผลกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมด้วยแบบประเมิน ESAS และ GAD-7 ขั้นสุดท้ายแสดงความขอบคุณต่อการเป็นอาสาสมัครและปฏิบัติตามขั้นตอนจนเสร็จสิ้น โดยเน้นย้ำผู้ป่วยหรือผู้ดูแลยังสามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้ด้วยตนเอง ในขั้นสุดท้ายให้อาสาสมัครตอบแบบประเมินความพึงพอใจและช่องทางติดต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลลัพธ์โดยใช้สถิติโคสแควร์เพื่อทดสอบความแตกต่างด้านของประชากรกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ด้านอาการทาง

ร่างกายและความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมทั้งสองกลุ่มทดสอบด้วยสถิติ paired T-test โดยตั้งระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีเลขที่รับรอง 207/2567

ผลการศึกษา

อาสาสมัครที่เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานในด้านลักษณะประชากรและลักษณะทางคลินิกที่ใกล้เคียงกัน ($p \geq 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ศาสนา ประเภทของโรคเมเร็ง สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเมเร็ง และสิทธิในการรักษา โดยเฉลี่ยอายุของทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ประมาณ 63 ปี (SD = 13.1 สำหรับกลุ่มแทรกแซง และ SD = 13.8 สำหรับกลุ่มควบคุม) สัดส่วนของสถานภาพสมรสและระดับการศึกษาในทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน ขณะที่จำนวนผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุมมี 5 และ 7 คน ตามลำดับ อาสาสมัครทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนา

พุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) และได้ป่วยเป็นโรคเมเร็งมากกว่า 1 ปี กลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุมรับสิทธิในการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 26 และ 25 ราย ตามลำดับ ลักษณะด้านประชากรของทั้งสองกลุ่มมีความสอดคล้องในลักษณะพื้นฐานช่วยลดความลำเอียงและเพิ่มความน่าเชื่อถือในการเปรียบเทียบผลการทดลอง

การประเมินอาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเมเร็งระยะท้ายโดยใช้แบบประเมิน ESAS

จากการวิเคราะห์อาการรบกวนทางร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS พบว่าหลังการแทรกแซงกลุ่มทดลองมีอาการเจ็บปวดทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลายอาการ ได้แก่ ปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะความสงบสุขทั้งทางกายภาพและจิตวิญญาณ รวมถึงเหนื่อยหอบ (ตารางที่ 1) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการปรับปรุงที่มีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในอาการปวดและคลื่นไส้เท่านั้น ซึ่งไม่เห็นผลลัพธ์ในส่วนของอาการอื่น ๆ การแทรกแซงในกลุ่มได้รับโปรแกรมส่งผลให้อาการรบกวนหลายด้านดีขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เห็นผลลัพธ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้นสะท้อนประสิทธิภาพของโปรแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญ

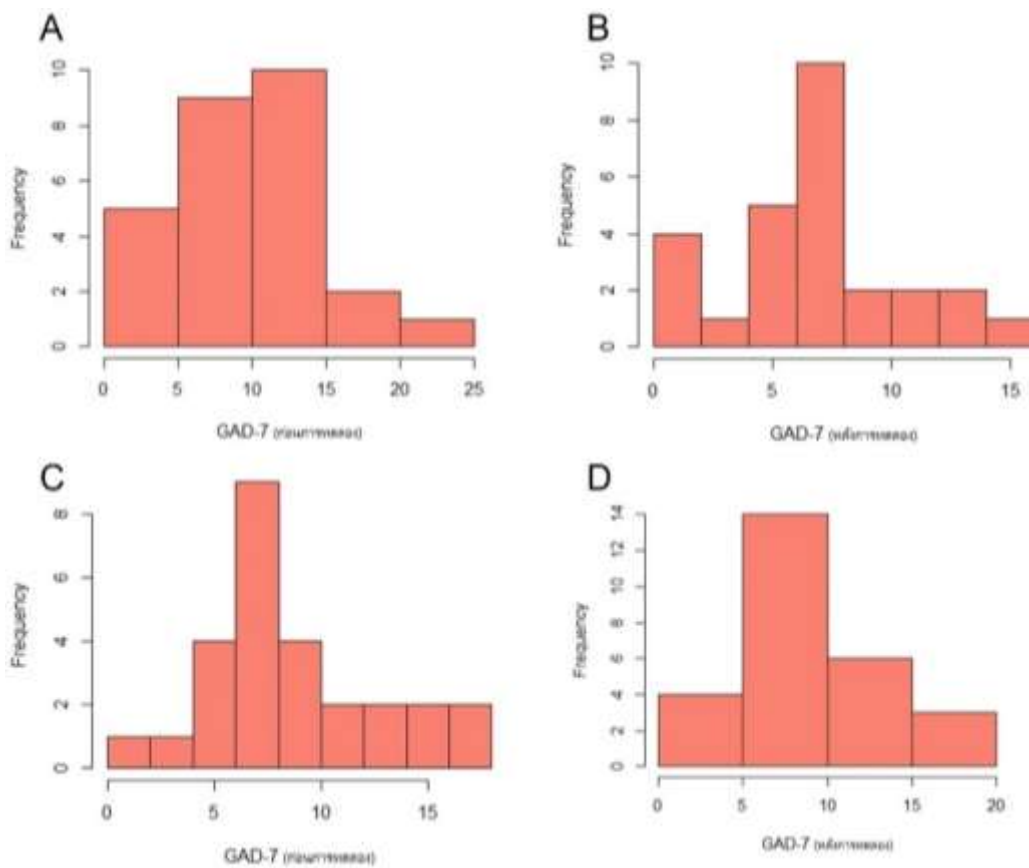
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยเมเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบ paired t-test

อาการรบกวน ESAS	กลุ่มทดลอง ค่า Median (Interquartile Range)		p-value	กลุ่มควบคุม ค่า Median (Interquartile Range)		p-value
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
ปวด	3 (1.5, 4)	2 (0, 3)	0.004	3 (2, 5)	2 (1, 4)	< 0.001
คลื่นไส้	2 (0, 4)	1 (0, 2)	<0.001	3 (2, 4)	2 (1, 3)	0.0385
อ่อนเพลีย	7 (5, 8)	5 (4, 6)	<0.001	6 (6, 7)	6 (5, 7)	0.1184
วิตกกังวล	5 (4, 7)	3 (3, 4.5)	<0.001	5 (3, 5)	5 (3, 6)	0.165
อาการซึมเศร้า	4 (2.5, 6)	3 (2, 4)	<0.001	4 (3, 5)	4 (3, 5)	0.161
เบื่ออาหาร	4 (5, 5.5)	3 (1, 5)	0.125	3 (2.5, 4)	4 (2.5, 4)	0.227
สบายดีทั้งกายและใจ	6 (5, 7)	4 (3, 5)	<0.001	6 (5, 7)	6 (5, 7)	0.573
อาการง่วงซึม	2 (1, 5)	2 (0.5, 3.5)	0.060	3 (2, 5.5)	3 (2, 5)	0.232
อาการเหนื่อยหอบ	5 (3, 8)	4 (2.5, 6)	0.003	4 (3, 6)	4 (3, 6.5)	0.057

**การประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะ
ท้าย** เมื่อเปรียบเทียบการกระจายของคะแนนภาวะ
วิตกกังวลจากผลการประเมิน GAD-7 ในกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมพบว่า ในกลุ่มแทรกแซงก่อนเข้าร่วม
โปรแกรมมีคะแนน GAD-7 กระจายอยู่ระหว่าง 5 ถึง
15 คะแนน ขณะที่บางส่วนมีคะแนนสูงถึง 20 ถึง 25
คะแนน (ภาพที่ 1A) เมื่อประเมินอีกครั้งหลังจากการ
แทรกแซงกลับพบว่าคะแนนส่วนใหญ่จะกระจุกตัว
อยู่ในช่วงระหว่าง 5 ถึง 8 คะแนน เท่านั้น (ภาพที่
1B) สำหรับกลุ่มควบคุม คะแนนส่วนใหญ่ก่อนเข้า
ร่วมโปรแกรมอยู่ในช่วง 5-10 คะแนน (ภาพที่ 1C)
และหลังสิ้นสุดโปรแกรมคะแนนยังคงอยู่ในช่วง 5-10

โดยมีบางรายที่มีคะแนนสูงถึง 15-20 คะแนน (ภาพที่
1D)

นอกจากนี้ ในกลุ่มแทรกแซงมีคะแนนเฉลี่ย GAD-7
ก่อนเริ่มโปรแกรมอยู่ที่ 10.07 ± 5.08 หลังจากเข้าร่วม
โปรแกรมพบว่าคะแนนลดลงเหลือ 7.14 ± 3.76 ($p < 0.05$)
ซึ่งบ่งชี้ว่าการดูแลระยะท้ายช่วยลดระดับความ
วิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างชัดเจน ขณะที่กลุ่ม
ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ย GAD-7 ก่อนทดลอง
เท่ากับ 9.22 ± 4.02 และหลังทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
เป็น 9.48 ± 4.44 ($p > 0.05$)



ภาพที่ 1 แสดงการกระจายคะแนน GAD-7 ในแต่ละกลุ่มตัวอย่างโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง A) และ B) แสดงกระจายคะแนน GAD-7 ของกลุ่มแทรกแซงก่อนและหลังการทดลอง ตามลำดับ C) และ D) แสดงกระจาย
คะแนน GAD-7 ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวล หรือ GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	X±SD	X±SD
ก่อนทดลอง	10.07±5.08	9.22±4.02
หลังทดลอง	7.14±3.76	9.48±4.44
p-value (Paired t-test)	P < 0.001	P = 0.229

ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อการเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครกลุ่มการแทรกแซงมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.05$) โดยพบว่าภาพรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับ "พอใจมาก" เป็น "พอใจมากที่สุด" อย่างไรก็ตาม สิ่งที่จะต้องพัฒนาให้ดีขึ้น คือ ด้านความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการและด้านการรับฟังปัญหา เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากที่สุด ผลการประเมินยังบ่งชี้ให้เห็นถึงความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคลที่เป็นตัวส่งเสริมให้ผลการดูแลความสำเร็จในเชิงอาการคลินิกและจิตใจ

สรุปและวิจารณ์ผล

โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ได้ดำเนินการวิจัยครั้งแรกเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายผลลัพธ์จากการศึกษาบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้นี้โดยพบว่ากลุ่มแทรกแซง (กลุ่มทดลอง) มีอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการประเมิน ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน ยกเว้นอาการง่วงซึมและเบื่ออาหาร และยังสามารถลดความกังวลได้อย่างชัดเจนในกลุ่มแทรกแซงสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลระยะท้ายนี้สามารถช่วยบรรเทาความวิตกกังวลได้อย่างชัดเจนและได้รับความพึงพอใจในภาพรวมจากกลุ่มแทรกแซงในระดับมากที่สุด

ประชากรทั้งหมดที่เข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้มีคุณสมบัติพื้นฐานที่เหมือนกันทุกด้านซึ่งค่า p-value ของตัวแปรทั้งหมดมากกว่า 0.05 ลักษณะพื้นฐาน

ระหว่างกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุมที่เหมือนกัน เป็นข้อดีสำคัญของการวิจัยเนื่องจากช่วยป้องกันการเกิดอคติซึ่งมีสาเหตุมาจากความแตกต่างของตัวแปรพื้นฐานและช่วยเสริมความน่าเชื่อถือของผลการทดลองเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทำให้การสรุปผลมีความแม่นยำและชัดเจนยิ่งขึ้น³⁵

ผลการประเมินทางร่างกายโดยใช้แบบประเมินอาการความทุกข์ทรมาน (ESAS) พบว่ากลุ่มแทรกแซงมีการเปลี่ยนแปลงของอาการรบกวนในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการปวด ($p=0.004$) อ่อนเพลีย ($p<0.001$) วิตกกังวล ($p<0.001$) คลื่นไส้ ($p<0.001$) อาการซึมเศร้า ($p<0.001$) ความสุขสบายทางกายและใจ ($p<0.001$) และอาการเหนื่อยหอบ ($p=0.003$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงในกลุ่มทดลองมีผลดีต่อการบรรเทาอาการเหล่านี้สัมพันธ์กับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ให้ผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน^{3, 34, 36} สำหรับอาการง่วงซึมและเบื่ออาหารแม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.060$ และ 0.125 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการลดลงของอาการปวด ($p<0.001$) และคลื่นไส้ ($p=0.0385$) แต่อาการอื่น ๆ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหอบ อาการง่วง และเบื่ออาหาร ไม่เปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการรักษาหรือการดูแลตามปกติในกลุ่มควบคุมไม่ได้ช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ดีเท่ากับกลุ่มแทรกแซงที่สามารถช่วยบรรเทาอาการรบกวนหลายประการ

เป้าหมายที่สำคัญอีกประการของการแทรกแซงด้วยโปรแกรมการในครั้งนี้ คือ การที่ผู้ป่วย

มีภาวะความวิตกกังวลลดลง จะเห็นได้ว่าหลังสิ้นสุดการแทรกแซงกลุ่มแทรกแซงมีคะแนน GAD-7 ลดลงจากค่าเฉลี่ย 10.07 ± 5.08 เหลือ 7.14 ± 3.76 ($p < 0.001$) ในทางกลับกันกลุ่มควบคุมมีคะแนน GAD-7 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 9.22 ± 4.02 เป็น 9.48 ± 4.44 ($p = 0.229$) ผลลัพธ์ที่ได้เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Lo และคณะ²² ที่เน้นการจัดการโรคมะเร็งและส่งเสริมการดำเนินชีวิตอย่างเต็มเปี่ยมด้วยคุณค่าช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่งผลให้ความทุกข์ทรมานลดลงและส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ³⁷ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแล หัวใจสำคัญของกระบวนการนี้ คือ การกำหนดเป้าหมายและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบตามความประสงค์ที่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า²⁰

อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากับผู้ป่วยพบว่า เหตุการณ์ที่เคยพบเห็นเป็นตัวแปรสำคัญต่อการรับรู้และยอมรับความจริงเกี่ยวกับการจากไปอย่างสงบ โดยผู้ที่เคยพบเห็นการจากไปของญาติหรือคนในครอบครัวที่มีอาการทรมาณหรือจากไปอย่างไม่สงบ³⁸ หัวข้อเกี่ยวกับความตายและกระบวนการตายมักถูกพูดถึงอย่างเปิดเผยในกลุ่มประเทศตะวันตกมากกว่าในกลุ่มประเทศเอเชีย³⁹ นอกจากนี้ คนเอเชียให้สิทธิการตัดสินใจเรื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับญาติเป็นส่วนใหญ่มากกว่าคนชาติตะวันตก⁴⁰ และชาวเอเชียส่วนใหญ่เลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าคนในชาติตะวันตกเช่นกัน ดังนั้น การเข้าใจความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการยกระดับคุณภาพชีวิต หากผู้ให้บริการด้านสุขภาพขาดความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้ยิ่งสลักซึ่งย่อมมีผลด้านลบต่อผู้ป่วยได้เช่นกัน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการแทรกแซงมีส่วนช่วยลดปัญหาทางจิตใจซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอาจนำไปสู่ภาวะความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานการพึ่งพาผู้อื่น รวมถึงความตาย⁴¹⁻⁴³ การพัฒนาโปรแกรมที่ให้การดูแลเป็นรายบุคคลทำให้เห็น

ผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ เนื่องจากเป็นการดูแลที่เหมาะสมและตอบโจทยความต้องการส่วนบุคคลได้ดีกว่า เช่น การจัดตารางนัดหมายและการดูแลด้านร่างกายที่ต้องใช้เวลาและความเอาใจใส่⁴ การให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทสำคัญในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความสงบเกิดขึ้นในจิตใจส่งผลให้เกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิต^{1, 6, 44, 45}

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการแทรกแซงด้วยโปรแกรมในครั้งนี้ พบว่าคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเกือบทุกประเด็น คือ เปลี่ยนจากระดับ "ดี" เป็น "ดีมาก" อย่างไรก็ตาม ยังต้องมีการพัฒนาด้านความเอาใจใส่รับฟังปัญหาและทักษะความเชี่ยวชาญในการให้บริการให้อยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นต่อไป นอกจากนี้ ระดับความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจากชั้น 'พอใจมาก' ไปสู่ชั้น 'พอใจมากที่สุด' (จาก 7.44 ± 0.75 เป็น 8.48 ± 0.80) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการมีแบบแผนการดูแลโดยประยุกต์ใช้หลักการบริการมุ่งเน้นความเข้าใจและใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ผลที่ได้แสดงถึงประสิทธิผลของการดูแลรวมถึงการยอมรับและความเชื่อมั่นในกระบวนการดูแลที่ได้รับ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาการดูแลและนโยบายสุขภาพในอนาคต

โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงสุดท้ายของชีวิตจำเป็นต้องมีการสนับสนุนให้มีการวางแผนดูแลล่วงหน้าและการควบคุมอาการอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งโปรแกรมนี้เน้นการจัดการอาการเจ็บปวดและความเป็นอยู่ทางจิตใจอย่างครบถ้วนจนเห็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีความมั่นใจในกระบวนการรักษาและการสนับสนุนที่ได้รับ

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้ไม่ได้เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลรักษาของแต่ละบุคคล เช่น ประเภทของยากลุ่มมอร์ฟีนที่ใช้บรรเทาอาการปวด

ยาในกลุ่มอื่น ๆ ขนาดของยาที่ได้รับ อีกทั้งยังไม่มี การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่ไม่ใช่ยา ซึ่ง องค์ประกอบเหล่านี้อาจเกี่ยวพันกับผลลัพธ์ของการ ดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการดูแล แบบประคับประคองมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อย่างแพร่หลายมากขึ้น เพื่อบรรเทาอาการที่ก่อความ ทุกข์รำคาญและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. ควรมีการสร้างสรรควิธีการหรือโปรแกรม เสริมใหม่ ๆ เพื่อใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาอาการ ง่วงซึมและเบื่ออาหารที่ยังไม่แสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจน จากการทดลองในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์การดูแลในระยะ ยาวทั้งสุขภาพทั้งร่างกายและจิตวิญญาณ โดย สามารถดำเนินการผ่านการโทรศัพท์ นัดหมายตาม ความเหมาะสมของผู้ป่วยหรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ การสนับสนุนและการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างครบ วงจรและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่อน พิบูลย์และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเป็นอย่างสูงที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในและบุคลากร หน่วยงานอายุรกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการ เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Giannubilo I, Battistuzzi L, Blondeaux E, Ruelle T, Poggio FB, Buzzatti G, et al. Patterns of care at the end of life: a retrospective study of Italian patients with advanced breast cancer. *BMC Palliat Care*. 2024;23(1):129.
2. World Health Organization. Global Cancer Observatory Global Cancer Observatory. [Internet]. [cited 2024 September 1]. 2021. Available from: <https://gcoiarcfr>.
3. ภัทรานิษฐ์ เมธีพิศิษฐ์, อาภาพร วงษ์นามพรหม, น้าอ้อย ภักดีวงษ์. ผลลัพธ์และกระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งลูกกลม. *วารสารพยาบาลกรุงเทพ*. 2561;41(1):75-83.
4. Iannopolo L, Cristaldi G, Feltrin A. Self-Narrative in a Therapeutic Group Pathway for Cancer Patients: Discussion of the Group Narrative Psychotherapy Intervention Initiated at the Veneto Institute of Oncology: IOV IRCCS of Padua. *Behav Sci (Basel)*. 2024;14(5).
5. Bojesson A, Brun E, Eberhard J, Segerlantz M. Quality of life for patients with advanced gastrointestinal cancer randomised to early specialised home-based palliative care: the ALLAN trial. *Br J Cancer*. 2024;131(4):729-736.
6. Gkintoni E, Kourkoutas E, Yotsidi V, Stavrou PD, Prinianaki D. Clinical Efficacy of Psychotherapeutic Interventions for Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review and Analysis. *Children (Basel)*. 2024;11(5).
7. Lai XB, Wong FKY, Ching SSY. The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1):116.
8. Gautama MSN, Damayanti A, Khusnia AF. Impact of Early Palliative Care to Improve Quality of Life of Advanced Cancer Patients: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Indian J Palliat Care*. 2023;29(1):28-35.
9. Kim CA, Lelond S, Daeninck PJ, Rabbani R, Lix L, McClement S, et al. The impact of early palliative care on the quality of life of patients with advanced pancreatic cancer: The IMPERATIVE case-crossover study. *Support Care Cancer*. 2023;31(4):250.

- 10.Chan RJ, Webster J, Bowers A. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2(2):CD008006.
- 11.Eagar K, Clapham SP, Allingham SF. Palliative care is effective: but hospital symptom outcomes superior. *BMJ Support Palliat Care.* 2020;10(2):186-190.
- 12.Sripaew S, Assanangkornchai S, Limsomwong P, Kittichet R, Vichitkunakorn P. Advantages, barriers, and cues to advance care planning engagement in elderly patients with cancer and family members in Southern Thailand: a qualitative study. *BMC Palliat Care.* 2024;23(1):211.
- 13.วิภาวี เกตุวัง. การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลบางประหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.* 2562;9(2):151-164.
- 14.Sritan S. Factors contributing to the quality of life among Thai patients diagnosed with colorectal cancer with a stoma: An integrative review. *J Adv Nurs.* 2023;79(1):1-14.
- 15.Mori M, Kuwama Y, Ashikaga T, Parsons HA, Miyashita M. Acculturation and Perceptions of a Good Death Among Japanese Americans and Japanese Living in the U.S. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(1):31-38.
- 16.Vig EK, Pearlman RA. Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Arch Intern Med.* 2004;164(9):977-981.
- 17.Haishan H, Hongjuan L, Tiejing Z, Xuemei P. Preference of Chinese general public and healthcare providers for a good death. *Nurs Ethics.* 2015;22(2):217-227.
- 18.Yun YH, Kim KN, Sim JA, Kang E, Lee J, Choo J, et al. Priorities of a "good death" according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: a nationwide survey. *Support Care Cancer.* 2018;26(10):3479-3488.
- 19.Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook.* 1998;46(4):169-175.
- 20.ปิติ ชาคริยานุโยค. การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.* 2566;13(1):58-75.
- 21.Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155-159.
- 22.พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, เขียวรัตน์ มัชฌิม, หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 2562;21(2):315-323.
- 23.Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods.* 2009;41(4):1149-1160.
- 24.Polit DF, Sherman RE. Statistical power in nursing research. *Nurs Res.* 1990;39(6):365-369.
- 25.Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage.* 2011;42(6):954-960.
- 26.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). *กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.* 2563.
- 27.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข (กฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย). สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). 2562;9.
- 28.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินโรควิตกกังวล GAD-7. [Internet]; Available from: https://mentalmateservicecom/gad-7/?srsltid=AfmBOooD8r8DrWFftVRPp5liQxCfyzNNw0znObJevkNR4_Agg1xA4ig.
- 29.Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Barnett KN, Brokaw FC, et al. The project ENABLE II randomized controlled trial to improve palliative care for rural patients with advanced cancer: baseline findings, methodological challenges, and solutions. *Palliat Support Care.* 2009;7(1):75-86.

- 30.Chan WC, Epstein I. Researching "good death" in a Hong Kong palliative care program: a clinical data-mining study. *Omega (Westport)*. 2011;64(3):203-222.
- 31.Kehl KA. Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death. *Am J Hosp Palliat Care*. 2006;23(4):277-286.
- 32.Lo C, Hales S, Rydall A, Panday T, Chiu A, Malfitano C, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:391.
- 33.Pukrittayakamee P, Sapinum L, Suwan P, Harding R. Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*. 2018;56(3):414-420.
- 34.มณฑนา จิระกังวาน, ศิริรัตน์ จันทรี. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*. 2561;19(2):70-83.
- 35.Srinonprasert V, Manjavong M, Limpawattana P, Chotmongkol V, Pairojkul S, Chindaprasit J, et al. A comparison of preferences of elderly patients for end-of-life period and their relatives' perceptions in Thailand. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;84:103892.
- 36.นภาพร ตังฟูผลวนิชย์, นาดฤดี สุทธิสธิระ, สุณิสา ชื่นตา. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 2563;5(2):36-45.
- 37.Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 2006;94(3):372-390.
- 38.Bernacki R, Hutchings M, Vick J, Smith G, Paladino J, Lipsitz S, et al. Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention. *BMJ Open*. 2015;5(10):e009032.
- 39.Singer PA, Bowman KW. Quality end-of-life care: A global perspective. *BMC Palliat Care*. 2002;1(1):4.
- 40.ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ. *พยาบาลวารสาร*. 2563;47(1):454-466.
- 41.Lo C, Zimmermann C, Rydall A, Walsh A, Jones JM, Moore MJ, et al. Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28(18):3084-3089.
- 42.Nissim R, Gagliese L, Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc Sci Med*. 2009;69(2):165-171.
- 43.Rodin G, Zimmermann C. Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2008;36(1):181-196.
- 44.Dhawale TM, Bhat RS, Johnson PC, Srikonda S, Lau-Min KS, Boateng K, et al. Telemedicine-based serious illness conversations, healthcare utilization, and end of life care among patients with advanced lung cancer. *Oncologist*. 2024.
- 45.Zhang J, Fang H, Sun Y, Wang W, Yuan Y, Zheng K. Meta-analysis of Palliative Care on End-stage Quality of Life in Cancer Patients. *Altern Ther Health Med*. 2024.