

**ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วย  
ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย**  
**Effectiveness of Empowerment Program among  
Care Giver of EndStage Patients, Kirimat Hospital, Sukhothai  
Province**

ฉัญทิพย์ นิธิเมธีโรจน์<sup>1</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power จำนวน 70 คน แบ่ง 2 กลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมตามกรอบแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) ดำเนินกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยการพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อ สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ ติดตามประเมินผลเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 12 ตุลาคม 2566 – 4 มกราคม 2567 เก็บข้อมูลคะแนนระดับความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test และสถิติ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 8.143 (S.D.= .772) และ 4.971 (S.D.= .663) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยระดับความเครียด ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.143 (S.D.= .772) และ 7.914 (S.D.= .701) ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p < .199$ ) ค่าเฉลี่ยระดับความเครียด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.971 (S.D.= .663) และ 7.485 (S.D.= .658) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนการทดลองเท่ากับ 52.285 (S.D.= 3.937) และ 68.057 (S.D.= 2.554) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 52.285 (S.D.= 3.937) และ 53.257 (S.D.= 2.477) ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p < .221$ ) ค่าเฉลี่ยระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 68.057 (S.D.= 2.554) และ 54.257 (S.D.= 2.512) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** เสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคีรีมาศ  
e-mail : tunyathip\_nok@hotmail.com

## Effectiveness of Empowerment Program among Care Giver of EndStage Patients, Kirimat Hospital, Sukhothai Province

Tunyathip Nitimateeroj

### Abstract

Quasi-experimental research with two groups measuring before and after the experiment. To study the effectiveness of empowerment program among care giver of end stage patients, Kirimat hospital, Sukhothai province. The sample size was calculated using the G\*power program, totaling 70 people, divided into 2 groups into an experimental group and a control group. The experimental group participated in program activities based on the empowerment framework (Gibson, 1995). Conducting reminder activities by talking on the telephone for weeks 4 and weeks 8. The control group provided nursing care as usual. Follow-up evaluation at the end of week 12. Research conducted between 12 October 2023 – 4 January 2024. Data were collected on stress levels and spiritual well-being. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. The research reveals that

The experimental group that received the empowerment program had a mean stress level before and after the experiment of 8.143 (S.D.= .772) and 4.971 (S.D.= .663), a statistically significant difference ( $p < .05$ ). Average stress level Before the experiment between the experimental group and the control group were 8.143 (S.D.= .772) and 7.914 (S.D.= .701), not different ( $p < .199$ ). The mean stress level after the experiment between the experimental group and the control group was 4.971 (S.D.= .663) and 7.485 (S.D.= .658), a statistically significant difference ( $p < .05$ ) for the experimental group that received the supplementary program. Empowerment has an average level of spiritual well-being. Before the experiment were 52.285 (S.D.= 3.937) and 68.057 (S.D.= 2.554), a statistically significant difference ( $p < .05$ ). Mean level of spiritual well-being before the experiment The experimental group and control group were equal to 52.285 (S.D.= 3.937) and 53.257 (S.D.= 2.477) with no difference ( $p < .221$ ) in the mean level of spiritual well-being after the experiment. The experimental group and control group were 68.057 (S.D.= 2.554) and 54.257 (S.D.= 2.512), a statistically significant difference ( $p < .05$ ).

**Keywords :** Empowerment, Care Giver, EndStage Patients

## บทนำ

ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เมื่อระยะของโรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางแยกลง ได้แก่ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง การหายใจผิดปกติ สับสน กลัวในสิ่งต่าง ๆ ที่ยังไม่ถึง เช่น กลัวถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ดีขึ้นโดยการป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวดและปัญหาต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การดูแลไม่ได้จำกัดเฉพาะช่วงเวลาระยะสุดท้าย แต่เป็นการดูแลเริ่มตั้งแต่เจ็บป่วย เมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สัดส่วนของการดูแลแบบประคับประคองต่อการรักษาเพื่อยืดชีวิตจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนถึงวาระสุดท้าย ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในแต่ละปีมีผู้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 56.8 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ร้อยละ 98 ของผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยเกือบครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในแอฟริกา ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากการที่ประชากรสูงอายุขึ้นและภาระที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อบางประเภท การให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วะแรก ๆ จะช่วยลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (WHO, 2019) อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย มีประชากรทั้งหมด 56,297 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566) พบผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคีรีมาศ ระหว่างปี 2561-2565 เท่ากับ 124, 191, 101, 89 และ 118 คน ตามลำดับ และพบอัตราการกลับมาอนช้ำด้วยอาการรบกวนร้อยละ 12.1, 12.6, 13.2, 13.6 และ 13.9 ตามลำดับ (โรงพยาบาลคีรีมาศ, 2566)

จากการศึกษาบทบาทและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าผู้ดูแลที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีบทบาทหลักคือต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่วนความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการระยะท้าย การให้บุคลากรของสถานบริการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแทนตนเองเมื่อจำเป็น และการช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่งในสังคมไทยเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยผู้ดูแลมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย การต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ญาติผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรังได้ ผู้ดูแลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น การรักษาของแพทย์ การวางแผนการรักษา ขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยขณะให้การดูแล การจัดการอาการไม่สบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นที่บ้าน ขาดทักษะการใช้อุปกรณ์ ไม่ได้รับการฝึกฝนวิธีการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางรายมีความเครียดมากคิดอยากฆ่า

ตัวตายเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลนาน มีคนดูแลคนเดียว เสียเวลาในการดูแล เกิดความตระหนกกลัว เศร้า วิตกกังวล และเกิดความเครียด การขาดความรู้ความสามารถหรือทักษะที่ดีพอเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อตัวผู้ป่วยเกิดความเครียดและขาดความสุข นอนไม่หลับ มีอาการรบกวนทางร่างกาย การเจ็บป่วยทางกายเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตร และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ขาดความสุขและขาดความรู้สึกรักภูมิใจในตัวเองในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางรายต้องสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและรายได้เนื่องจากต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง เนื่องจากเวลาในแต่ละวันจะหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย

Gibson กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการตระหนก มีการเสริมสร้างและดึงเอาความสามารถของตนเองมาใช้เพื่อให้บรรลุในสิ่งที่ตนเองต้องการ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้และสามารถเคลื่อนย้ายแหล่งข้อมูลที่เป็นเพื่อให้รู้สึกว่าจะสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1995) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการปฏิบัติงานเพื่อการบรรลุสุขภาวะของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เป็นกระบวนการที่มีการใช้กันมากขึ้นและได้รับการยอมรับในความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริมความสามารถให้แก่บุคคล พลังอำนาจไม่ได้เป็นความสามารถที่มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้กับบุคคล โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นส่วนส่วนในการดูแลสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพโดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอิสระและมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการนำแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ได้ผลเป็นอย่างดี ผู้วิจัยปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้กระบวนการพยาบาลและแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจในการออกแบบโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนที่จะนำไปสู่การทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นและมีความเครียดลดลง ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ ได้นำผลของการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย..เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The two groups, pretest-posttest design)

1. ประชากร ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ของ อำเภอดงหลวง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 209 คน

## 2. กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรม G\*power 3.1.9.2 เลือกการทดสอบ t test Statistic test เลือก Means: Difference between two independent mean (two group) เลือกการทดสอบ Tail(s) = one Effect size เลือก 0.8 ป้อนค่า  $\alpha$  err prob = 0.05 ป้อนค่า Power (1-  $\beta$  err prob) = 0.95 ป้อนค่า Allocation ratio N2/N1= 1 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน ผู้วิจัยหากกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัดความเครียดของผู้ดูแล เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยโรชินี อีปรา (2008) โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษาประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (Physical and emotional strain) 10 ข้อ
2. ด้านสังคม (Social strain) 1 ข้อ
3. ด้านเศรษฐกิจ (Financial strain) 1 ข้อ
4. ด้านการประกอบอาชีพ (Occupational strain of caregiving) 1 ข้อ

การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่ “ หมายถึง 1 คะแนน

การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ “ หมายถึง 0 คะแนน

ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การแปลผลคะแนนรวมจากการประเมิน ผู้ดูแลที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่ามีความเครียดสูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยใช้ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของธัญญา น้อยเปียง ที่แปลแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของ Paloutzion and Ellison (1982) และปรับรายละเอียดบางข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้านคือ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ 10 ข้อ และความผาสุกในความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท 4 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างมาก (4 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) สำหรับข้อความที่มีความหมายทางบวกและเห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างมาก (4 คะแนน) สำหรับข้อความที่มีความหมายทางลบ แบบประเมินคะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 20-40 มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 41-60 มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 61-80 มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

2. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอศรีราชา จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจจำนวน 4 กิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality)** เป็นการดำเนินโปรแกรมวันแรกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง โดยการจัดกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านการคิดรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral) โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองให้ผู้ป่วยได้ทราบเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้ระบายความรู้สึกถึงความคิดและอารมณ์ตลอดจนการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ครอบครัวและสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้ทบทวนตนเองเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมา ร่วมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ร่วมกันค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแนวทางการแก้ไขปัญหาและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง การค้นหาสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดในการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

**กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection)** การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์สุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองอย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลตนเอง และเมื่อสามารถค้นหาสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เกิดกลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนารูสึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็งมีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดถึงผลกระทบของการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีต่อผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงเวลาที่ผ่านมานี้และในปัจจุบัน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองประสบกับตนเองและครอบครัว โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้ดูวิดีโอที่เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาวะแทรกซ้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากดูวิดีโอเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้เสนอทางเลือก/วิธีการจัดการความเครียดและส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยตนเอง และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์ที่เคยจัดการความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ผ่านมาในอดีตของตนเอง

**กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge)** ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธีก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกิดการยอมรับตนเอง (Self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดจะอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังนี้ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของที่มีสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากที่มีสุขภาพแล้ว และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้ทั้งผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกันหาข้อมูล พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมอภิปรายและร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองเลือกวิถีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตัวเอง

**กิจกรรมที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)** เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้จะเป็นการพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผ่านมาหรือที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและแนวทางในการรับมือและการแก้ไขปัญหาข้างต้น เมื่อนำวิธีการเลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป ก่อนกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้พูดคุย ชักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อแก่กลุ่มทดลองเพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค เป็นที่ปรึกษา และลดความเครียดตลอดการทดลอง และดำเนินกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยการพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อ ติดตามประเมินความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คนละ 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีวิธีการทดลอง ดังนี้

ขั้นเตรียมการก่อนการทดลอง

1. เตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการดำเนินงานวิจัยตามประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย โดยทบทวนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานการณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในประเทศไทยและจังหวัดสุโขทัย และอธิบาย

2. ผู้วิจัยประสานกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี มาเป็นตัวแทนในการถ่ายทอดประสบการณ์ จำนวน 3 คน มาเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยจนมีความเข้าใจที่ตรงกัน ก่อนดำเนินการทดลอง

3. ผู้วิจัยทำหนังสือ ขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณตามหลักการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้คุณสมบัติตรงตามที่กำหนด โดยประสานงานผ่านการติดต่อหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช ประสานงานเพื่อเตรียมมาสอบถามและนัดหมายเข้าร่วมกลุ่มทดลองด้วยความสมัครใจ และนัดหมายพร้อมทั้งขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้ระยะเวลารวบรวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 เดือน

5. จัดทำแผนการสอน ในการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนของการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ของการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นการดำเนินการเพื่อเตรียมกลุ่มตัวอย่างและประเมินประเมินความเครียดและประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนดำเนินการทดลอง โดยอาศัยความร่วมมือจากแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช ในการติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ก่อนอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบข้อตกลงและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณก่อนการทดลอง กิจกรรมในวันนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนนำไปสู่การลดลงของความเครียด และมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น จากการค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การใช้คำพูดซึ้งใจ และการกระตุ้นทางด้านอารมณ์ โดยผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรมตามโปรแกรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) เป็นการดำเนินโปรแกรมวันแรกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง โดยการจัดกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านการคิด (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral) โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองให้ผู้ป่วยได้ทราบเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้ระบายความรู้สึกถึงความคิดและอารมณ์ตลอดจนการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย



สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ครอบครัวและสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้ทบทวนตนเองเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมา ร่วมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ร่วมกันค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแนวทางการแก้ไขปัญหาและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง การค้นหาสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดในการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์สุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองอย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลตนเอง และเมื่อสามารถค้นหาสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เกิดกลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็งมีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยให้ผู้ช่วยกลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดถึงผลกระทบของการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีต่อผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงเวลาที่ผ่านมาและในปัจจุบัน ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองประสบกับตนเองและครอบครัว โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้ดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับอาการและการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาวะแทรกซ้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากดูวีดิทัศน์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้เสนอทางเลือก/วิธีการจัดการความเครียดและส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยตนเอง และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์ที่เคยจัดการความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ผ่านมาในอดีตของตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 ของการดำเนินการทดลอง

กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธีก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกิดการยอมรับตนเอง (Self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดจะอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังนี้ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพแล้ว และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้ทั้งผู้วิจัย

และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกันหาข้อมูล พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมอภิปรายและร่วมกัน ตัดสินปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มากขึ้น โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตัวเอง

กิจกรรมที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้จะเป็นการพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ที่ผ่านมาหรือที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและแนวทางในการรับมือและการแก้ไขปัญหาข้างต้น เมื่อนำวิธีการเลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลัง อำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในการแก้ไขปัญหามันในครั้งต่อไป ก่อนกลับไปปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้พูดคุย ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อแก่กลุ่มทดลองเพื่อรับฟัง ปัญหาอุปสรรค เป็นที่ปรึกษา และลดความเครียดตลอดการทดลอง และดำเนินกิจกรรมการกระตุ้นเตือน โดยการพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อ ติดตามประเมินความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย เพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คนละ 2 ครั้งในสัปดาห์ ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมครั้งที่ 1)

ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย และจังหวัดสุโขทัย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัญหาและอุปสรรคของการดูแล พร้อมทั้งให้กลุ่มควบคุม ได้พูดคุยระบายความเครียด ความรู้สึก ต่าง ๆ ที่ผ่านมา และสิ่งที่กลุ่มทดลองได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายด้วยตนเองและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมและกล่าวชมเชยในการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความเครียด และแบบ ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ หลังจากนั้นนัดหมายในการพบกันในสัปดาห์ที่ 12 หลังสิ้นสุดการ ทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 (กิจกรรมครั้งที่ 2)

หลังสิ้นสุดการวิจัยสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความเครียด และแบบ ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม ภายหลัง เสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะนำการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มควบคุม และเปิดโอกาสใน การซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติ และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมิน ความเครียดและแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ภายหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยได้ กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)

3.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

#### 1. สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.571 ปี (S.D.= 10.158) และ 57.257 (S.D.= 11.244) ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,822.857 (S.D.= 4,643.406) และ 5,748.571 (S.D.= 6,230.398) ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ให้การดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 19.542 เดือน (S.D.= 24.640) และ 48.828 เดือน (S.D.= 48.201) ตามลำดับ เพศส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 80.00 และ 91.40 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 57.10 และ 68.60 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 62.90 และ 82.80 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ บุตร ร้อยละ 51.40 รองลงมา คู่สมรส ร้อยละ 22.90 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 60.00 รองลงมา 28.60 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงความเครียด และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

	Mean	S.D.	t	p-value
ระดับความเครียด กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง (n=35)	8.143	.772	17.525	.001
หลังการทดลอง (n=35)	4.971	.663		
ระดับความเครียด ระหว่างกลุ่ม				
ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (n=42)	8.143	.772	1.296	.199
ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม (n=42)	7.914	.701		
หลังการทดลองกลุ่มทดลอง (n=42)	4.971	.663	-15.911	.001
หลังการทดลองกลุ่มควบคุม (n=42)	7.485	.658		
ระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง (n=42)	52.285	3.937	-22.666	.001
หลังการทดลอง (n=42)	68.057	2.554		
ระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ระหว่างกลุ่ม				
ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (n=42)	52.285	3.937	-1.235	.221
ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม (n=42)	53.257	2.477		
หลังการทดลองกลุ่มทดลอง (n=42)	68.057	2.554	22.784	.001
หลังการทดลองกลุ่มควบคุม (n=42)	54.257	2.512		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 8.143 (S.D.= .772) และ 4.971 (S.D.= .663) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยระดับความเครียด ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.143 (S.D.= .772) และ 7.914 (S.D.= .701) ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p = .199$ ) ค่าเฉลี่ยระดับความเครียด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.971 (S.D.= .663) และ 7.485 (S.D.= .658) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนการทดลองเท่ากับ 52.285 (S.D.= 3.937) และ 68.057 (S.D.= 2.554) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 52.285 (S.D.= 3.937) และ 53.257 (S.D.= 2.477) ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p = .221$ ) ค่าเฉลี่ยระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 68.057 (S.D.= 2.554) และ 54.257 (S.D.= 2.512) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## 2. อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาสอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ จึงสามารถสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจภายใต้ชุดของกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม อภิปรายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้ในกลุ่มทดลองนั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณไปในทิศทางที่ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทำให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) มีผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ จารวี คณิตาภิลักษณ์, ทศพร คำผลศิริ และ ลินจง โปธิบาล (2559) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < .05$ ) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับการวิจัยของ ทศมาภรณ์ สุทธิรักษ์, รังสิยา นารินทร์ และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ (2563) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = 2.93, p < 0.01$ ) และสอดคล้องกับการวิจัยของ วรดา ทองสุก, วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์ และ ปิ่นหทัย สุขเมธาพร (2563) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งจากกระบวนการตามโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้จึงส่งผลทำให้กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย มีผลการวิจัยที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง จึงควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นเช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามและศึกษาเปรียบเทียบความยั่งยืนของโปรแกรมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีความเครียดและขาดความผาสุกทางจิตวิญญาณ เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

2. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข นำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้ได้ผลดีในงานวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้มีความเครียดลดลงและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดีเพิ่มมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ไปด้วยดี ต้องขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ผู้ร่วมงานทุก ๆ ท่าน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุก ๆ คน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยกรุณาตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย ที่สำคัญที่สุดคือครอบครัวนิเมธีโรจน์ที่คอยเป็นกำลังใจให้เสมอมาจนสามารถบรรลุผลการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างดี

### บรรณานุกรม

- จารวี คณิตาภิลักษณ์, ทศพร คำผลศิริ และ ลินจง โปธิบาล. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร. 47(1), 222-230
- ชุลินดา ทิพย์เกษร และ อังคณา จงเจริญ. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลหรือผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 9(1). 21-35.
- ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร และ สุปรีดา มั่นคง. (2563). ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารสภาการพยาบาล. 35(2), 116-131.
- ทัศนีย์ บุญอริยเทพ และ ธกัณันท์ อินทรารุช. (2566). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. Journal of the Phrae Hospital. 31(1), 99-113.
- ทัศนมาภรณ์ สุทธิรักษ์, รังสิยา นารินทร์ และ วิลาวัลย์ เตือนราชภูร์. (2563). ผลของโปรแกรมการ

- เสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล. 35(4), 70-83.
- นฤมล มาชะเอ็ก. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองและกระดูกสันหลังในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 3(3), 32-47.
- ธนาวรรณ แสนปัญญา, หัสยาพร อินทยศ และ สิริยาพร จักรทอง. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลแพร่. Journal of Nursing and Public Health Research.2023, 3(1), 33-48.
- บุญทิวา สุวิทย์และ สุณี พนาสกุลการ.(2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เจตคติ กับการปฏิบัติการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ หลักพุทธธรรมในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- ปราณี อ่อนศรี.(2557). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. วารสารพยาบาลกองทัพบก.15(2)
- พนิตดา ศรีหาค้าง และ ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 8(1), 1-10
- เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต และ เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล. 30(2), 33-45.
- รุ่งทิภา จุลยามิตรพร บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และวัลภา บุญรอด. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 14(1), 41-50
- ศรียรัตน์ กิณาวงค์, ปุณณณิน เขื่อนเพชร. (2559). ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย. เชียงรายเวชสาร. 8(1)
- ศศิกร สงพรหม. (2565). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 5(4), 287-296.
- สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และ กาญจนา วิสัย. (2563). ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้าน ในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 16(2), 104-117.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ทัวราชอาณาจักร. อินเทอร์เน็ต สืบค้นจาก <http://statbbi.nso.go.th/>
- อภิชาติ กาค้อสถ, พิภูล พรพิบูลย์ และ จันทรฉาย โยธาใหญ่. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง

- พลังอำนาจต่อความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม และความรุนแรงของข้อเสื่อมในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. *พยาบาลสาร*. 46(2), 188-198.
- อุไรวรรณ พานทอง และพัชรารัตน์ ขจรวัฒนากุล. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับ HbA1C และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 30(1), 14-24.
- Balducci, L. (2018). Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 51(1), 171-175.
- Bailey, F. A., Harman, S. M. (2015). *Palliative Care: The Last Hours and Days of Life*. UpToDate.
- Chotetanaprasit N. (2014). Common symptoms in cancer patients referred to palliative care department. *Bulletin of the Department of Medical Services*.39(1), 1-6
- Department of Medical Services. (2014). *End-of-life care guidelines*. Nonthaburi: Ministry of Public Health
- Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, Garcia-Foncillas J, López-Castroman J. (2016). Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 25(4), 608-15.
- EU. (2020). *Conquering cancer Mission possible*. European Commission. Report of the Mission Board for Cancer. 39.
- Greer JA, Applebaum AJ, Jacobsen JC, Temel JS and Jackson VA. (2020). Understanding and Addressing the Role of Coping in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*. 2020 38(9), 915-925
- Gibson, C.H. (1995). *A Study of empowerment in mothers of chronically ill children*. Unpublished doctoral dissertation. Boston: Boston College.
- Hermann, C.P. (2001) *Spiritual needs of dying patients: A qualitative study*. *Oncology Nursing Forum* 28 (1)m 67-72.
- Robinson BC. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*. 38(3), 344-348.
- Sittiwantana, E. (2013). *The Cultural Aspects of Death in a modern hospital: an ethnographic study in a hospital in Northeast*. Mahidol University.
- World cancer research fund. (2020). *Worldwide cancer data*. Retrieved from: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/worldwide-cancer-data>
- WHO. (2015). *Palliative Care*. Retrieved Jan 26, 2016 from [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/\(Footnotes\)](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/(Footnotes))
- World Health Organization. (2019). *Cancer WHO Definitions of Palliative Care*. Australian Health Review.