



ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
และการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

โดย

นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
และการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

โดย

นางสาวพัชรรัตน์ อ้นสีแก้ว



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE EFFECTS OF AN END-OF-LIFE CARE PROGRAM ON THE
PALLIATIVE CARE OUTCOMES AND PERCEIVED PEACEFUL
END OF LIFE AMONG END-STAGE CANCER PATIENTS

BY

MISS PATCHAREERAT ANSEKAEW



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILMENT OF THE REQUIREMENTS

FOR THE DEGREE OF NURSING SCIENCE

ADULT NURSING

FACULTY OF NURSING

THAMMASAT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2018

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว

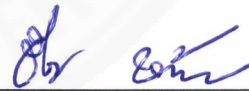
เรื่อง

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้
ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรติศัย)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



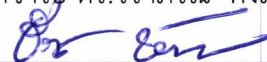
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

คณบดี



(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรติศัย)

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ชื่อผู้เขียน

นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว

ชื่อปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย

การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มัชฌิม

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล

ปีการศึกษา

2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน 32 รายและผู้ดูแล จำนวน 32 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์ และมอร์ สารสำคัญของโปรแกรมประกอบด้วย การดูแล: 1) ไม่ให้อยู่ในความปวด 2) ให้มีประสบการณ์ของความสบาย 3) ให้มีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี 4) ให้จิตใจสงบ และ 5) ให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รัก และผูกพัน มีการลงโปรแกรมจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมระยะเวลาที่ใช้ในการลงโปรแกรม 1 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองคือ แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับญาติผู้ดูแล 3) แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS 4) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วย 5) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล 6) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และ 7) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบทีคู่ (paired t - test) ผลการศึกษาพบว่า

1. หลังสิ้นสุดโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.90, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.72, p < .001$)

2. หลังสิ้นสุดโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.90, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.79, p < .001$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ในเวลา 1 สัปดาห์ โดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้นและมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ บุคลากรทางสุขภาพอาจนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในบริบทอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, โปรแกรมการดูแลระยะท้าย, ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง, ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

Thesis Title	THE EFFECTS OF AN END-OF-LIFE CARE PROGRAM ON THE PALLIATIVE CARE OUTCOMES AND PERCEIVED PEACEFUL END OF LIFE AMONG END-STAGE CANCER PATIENTS
Author	Miss Patchareerat Anseekaew
Degree	Master of Nursing Science
Major Field/Faculty/University	Department of Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Yaowarat Matchim, Ph.D.
Thesis Co-Advisor	Assistant Professor Hataiwan Ratanabunjerdkul, M.D.
Academic Year	2018

ABSTRACT

This quasi-experimental research was of a one-group, pre- post-test design, and studied the effects of an end-of-life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients who were admitted to the inpatient departments at Thammasat University Hospital in Thailand. Participants were recruited for the study based on the inclusion criteria, with 32 end-stage cancer patients and 32 family caregivers purposively selected, along with 32 primary caregivers. The end-stage cancer patients received the end-of-life care program that was developed by the researcher based on the theory of a peaceful end of life of Ruland and Moore. The main components of the program are providing care for patients in terms of the following: 1) not being in pain, 2) having the experience of comfort, 3) experiencing dignity and respect, 4) being at peace, and 5) closeness to significant others and persons that care for them. The program lasted 1 week with 7 sessions, each session taking 45-60 minutes. The Palliative Performance Scale (PPS)

was used as a screening tool. The instruments used for collecting the data included: 1) a demographic data form for the patients, 2) a demographic data form for the family caregivers, 3) the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), 4) the Palliative Care Outcome Scale for Patients (POS-P), 5) the Palliative Care Outcome Scale for Carers (POS-C), 6) the Peaceful End of Life Care Scale for Patients (PEOLCS-P), and 7) the Peaceful End of Life Care Scale for Family Caregivers (PEOLCS-C). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed the following:

1. After the intervention completion, the mean score for the palliative care Outcomes as perceived by the end-stage cancer patients decreased with a statistically-significant difference when compared to that at baseline ($t = -5.90, p < .001$), indicating positive care outcomes. In addition, the mean score for palliative care outcomes as perceived by the family caregivers decreased with a statistically-significant difference when compared to that at baseline ($t = -7.72, p < .001$).

2. After the intervention completion, the mean score for peaceful end of life as perceived by the end-stage cancer patients increased with a statistically-significant difference when compared to that at baseline ($t = 7.90, p < .001$), indicating positive care outcomes. Moreover, the mean score for peaceful end of life as perceived by the family caregivers decreased with a statistically-significant difference when compared to that at baseline ($t = 8.79, p < .001$).

The results of the study indicated that the 1-week end-of-life care program which was developed based on the theory of a peaceful end of life by Ruland and Moore, cooperating with family caregivers, can enhance the positive palliative care outcomes and promote the peaceful end of life of end-stage cancer patients. Healthcare providers can implement this program for end-stage cancer patients in other contexts.

Keywords: end-stage cancer patients, end-of-life care program, palliative care outcomes, perceived peaceful end of life

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณา ความเอาใจใส่ ความเข้าใจในตัวลูกศิษย์ คอยชี้แนะแนวทาง ผลักดันในทุกขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ คอยประสิทธิ์ประสาทความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องและทำให้มองเห็นและเข้าใจความเป็นครูที่แท้จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และได้รับข้อเสนอแนะที่ดีเสมอมาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล ที่เป็นทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสียสละเวลาพร้อมเดินทางมาสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ รวมทั้งได้ให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และคุณค่าที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล ผู้อำนวยการทีมการพยาบาล อาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในทีมการดูแลและร่วมเรียนรู้งานด้านการประคับประคองไปด้วยกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความครอบคลุมสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น คุณสุนีย์ เอี่ยมศิริกุล ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือใช้ในการวิจัยและช่วยประสานงานและให้คำแนะนำช่วยเหลือต่างๆ

กราบขอบพระคุณโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุลนครปฐมบุรี ที่เป็นสถานที่ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยและคุณพัชรินทร์ แก้วรัตน์ ที่คอยให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่มีประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการทุกท่าน หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่และเพื่อนร่วมงานทุกระดับของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามที่สนับสนุน ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์รวมทั้งเสียสละเวลาปฏิบัติหน้าที่แทนในขณะที่ผู้วิจัยลาศึกษาต่อ

ขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่เป็นสถานศึกษาและขอขอบคุณทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นผลงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยประเภท ทุนวิจัยทั่วไปสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตามสัญญาเลขที่ TUGG 49/2562 ขอขอบคุณเพื่อนสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกคนโดยเฉพาะคุณพรทิพย์ สำริดเปี่ยม

กราบขอบพระคุณมารดาผู้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและเป็นครูคนแรก ที่ก่อให้เกิดแรงบันดาลใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย กราบขอบพระคุณบิดาที่คอยสนับสนุน เป็นกำลังใจและส่งเสริมทุกเรื่อง ขอขอบคุณน้องสาวและน้องเขยที่ช่วยดูแลมารดาและบิดาเป็นอย่างดี รวมทั้งกำลังใจที่บริสุทธิ์จากหลานทุกคน ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ยินดีและให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทำให้การเก็บข้อมูลลุล่วงไปได้ด้วยดี ขออุทิศความดีและบุญกุศลอันเกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ แด่มารดาผู้เป็นที่รักยิ่งและผู้ป่วยทุกท่านที่ได้ล่วงลับไป ขอให้ทุกท่านไปสู่สุคติภูมิและผู้ป่วยระยะท้ายทุกท่านขอให้เกิดความสงบในระยะเวลาของชีวิตอย่างแท้จริง

นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญภาพ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	8
1.3 คำถามการวิจัย	8
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	9
1.5 ขอบเขตการศึกษา	9
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	9
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
1.8 สมมติฐานการวิจัย	13
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
2.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	16
2.2 การดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง	20
2.3 ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ	59
2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรม	67
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	69
3.1 รูปแบบการทดลอง	69
3.2 ประชากร กลุ่มตัวอย่างและสถานที่ดำเนินการวิจัย	70
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	74
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	79
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	81
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	90
3.7 จริยธรรมการวิจัย	90
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	91
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	93
4.1 ผลการศึกษา	93
4.2 การอภิปรายผลการวิจัย	109

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	116
5.1 สรุปผลการวิจัย	116
5.2 จุดเด่นในการวิจัย	118
5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย	118
5.4 ข้อเสนอแนะ	119
รายการอ้างอิง	121
ภาคผนวก	137
ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	138
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	161
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการวิจัย	175
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	178
ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	179
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	181
ภาคผนวก ช ข้อมูลรายบุคคลและตัวอย่างบันทึกการเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง	190
ประวัติผู้วิจัย	204

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
4.1	จำนวนร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพรายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาและบทบาทในครอบครัว	94
4.2	ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	98
4.3	ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย	101
4.4	ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการดูแลระยะท้าย	102
4.5	จำนวนร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว	103
4.6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการ ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย	106
4.7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย	108
4.8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม การดูแลระยะท้าย	108

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	12
ภาพที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง	69
ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	89



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2012 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 14.1 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 8.2 ล้านคน และผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรค มีจำนวนถึง 32.6 ล้านคน (Ferlay et al., 2015; Torre et al., 2015) ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 8 ล้านคนหรือร้อยละ 57 จากจำนวน 14.1 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 5.3 ล้านคนหรือร้อยละ 65 จากจำนวน 8.2 ล้านคน และผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรค 15.6 ล้านคนหรือร้อยละ 48 จาก 32.6 ล้านคน (World Health Organization, 2017a) นอกจากนี้ยังมีการประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2021 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณร้อยละ 56.8 และมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณร้อยละ 64.9 จะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งอัตราส่วนเหล่านี้จะเพิ่มมากยิ่งขึ้นในปี ค.ศ. 2025 (พินิจ กุลละวณิช, 2559) สอดคล้องกับการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกที่ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรโลกที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งถึง 8.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของการตายทั่วโลก รวมทั้งในอีก 2 ทศวรรษข้างหน้าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 70 และในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่มากถึง 19.3 ล้านคน (World Health Organization, 2017b) ส่วนการรายงานสถิติผู้ป่วยมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2016 พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 1,685,210 คนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 595,690 คน (Siegel, Miller, & Jemal, 2016)

สำหรับสถิติในประเทศไทยจากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี ค.ศ. 2010 ถึง 2012 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย 143.3 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง 131.9 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในระหว่างปี ค.ศ. 2007 ถึง 2009 เพิ่มขึ้นจาก 102,786 ราย เป็น 112,392 ราย ในระหว่างปี ค.ศ. 2010 ถึง 2012 (Imsamran et al., 2015) ซึ่งโรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทยติดต่อกันมากกว่า 10 ปีโดยมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 6 หมื่นรายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (วินัย สวัสดิ์วาร, 2558) ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายชนิดมักไม่ทราบอาการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น จึงส่งผลให้มารับการรักษาช้า

ไม่ได้เข้ารับการรักษาดังแต่เนิ่น ๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจอยู่ในระยะที่พอรักษาได้แต่บางรายมะเร็งอาจอยู่ในระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาได้ บางรายได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่ตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี โรคก็จะกลับมาก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง (ชนเดช สิริสุเสก, 2547) เมื่อพยาธิสภาพของโรคก้าวหน้ามากขึ้นไม่สามารถควบคุมการลุกลามของโรคได้และหมดหวังในการรักษาให้หายขาดก็จะเข้าสู่ภาวะของผู้ป่วยระยะท้าย (สุวรรณา มณีจำนงค์, 2552) ผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจจนกว่าจะเสียชีวิตด้วยอาการเจ็บปวดจากอวัยวะที่เซลล์มะเร็งลุกลาม และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต กลัวการพลัดพรากจากบุคคลที่รัก ถ้าไม่ได้รับการจัดการหรือการดูแลที่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวจะทุกข์ทรมานมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า สภาวะของของโรคอยู่ในระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลบำบัดอย่างดีโดยใช้วิธีการทุกอย่างที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หายแต่ไม่เป็นผล (สถาพร สีสานันทกิจ, 2554) ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตน้อย มีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้และมีอาการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงในทางที่เลวลง (อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์, และวิภาวี คงอินทร์, 2554) ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีชีวิตเหลืออยู่ในช่วงเวลาที่จำกัด เช่น อาจเสียชีวิตภายใน 12 เดือน (The National Gold Standards Framework (GSF) Centre in End of Life Care, 2011) หรือในทางอเมริกาจะให้ความหมายว่าผู้ป่วยระยะท้ายคือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน (American Psychological Association, 2012) ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตจะเต็มไปด้วยความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น วิตกกังวล ตกใจ เสียใจ มีอาการเศร้า เป็นต้น (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2559) ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เหงื่อเย็น คลื่นไส้ อาเจียน และความเจ็บปวดต่างๆ (บุญทิวา สุวิทย์, สุณี พจนาสกุลการ, และ เบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2558; อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2549) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง โดยการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคนจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัวหลังจากมีการจากไปของสมาชิกในครอบครัว (อรนุช มกรภิรมย์, และ อันธิกา คระวานิช, 2558) ส่วนการดูแลระยะสุดท้ายเน้นในช่วงระยะเวลา 6 เดือนสุดท้ายก่อนการเสียชีวิตของผู้ป่วย การดูแลรักษาในระยะนี้จึงไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อให้หายจากโรค หากแต่จะเป็นเพียงบรรเทาอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่งเสริมช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

เพื่อให้มีความสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิตและก่อให้เกิดการตายดี (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยมีข้อมูลจากกระบวนการตามแนวทางการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่ามะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งไม่สามารถตอบสนองหรือทนต่อการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ได้ (อภิชัย ลีละศิริ, 2554) หรือผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลังการรักษาและมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ (วรรณิ ลีละกุล, และ นันทยา เอื้อมงคล, 2542) ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ด้วยการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และจะเสียชีวิตในที่สุดภายในระยะเวลาไม่นาน (Qaseem et al., 2008) แต่อาจจะไม่สามารถบอกระยะเวลาที่แน่นอนของการมีชีวิตอยู่ได้ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะท้าย จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเสมือนเป็นการสูญเสียทุกอย่างในชีวิต สูญเสียอนาคต สูญเสียความหวังและหมดกำลังใจ

ในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตนี้องค์การอนามัยโลกและหลายประเทศในโลก ต่างให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และเพื่อให้ได้จากไปโดยสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เมื่อถึงเวลาเสียชีวิต ซึ่งการดูแลในระยะท้ายจะต้องยึดบุคคลที่อยู่ในระยะท้ายเป็นศูนย์กลาง โดยมีการบูรณาการการบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ในการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (World Health Organization, 2015) ในประเทศไทยนั้นมีการบรรจุการดูแลในระยะท้าย ในแผนป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมโรคมะเร็งทุกชนิดและจำกัดอยู่ในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลบางแห่ง เมื่อถึงจุดหนึ่ง ที่รักษาต่อไปไม่ได้จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ นั่นก็คือการดูแลแบบประคับประคอง (อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร, 2558) ซึ่งเป็นการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกของโรคจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตรวมทั้งภายหลังการจากไปของผู้ป่วยด้วย (World Health Organization, 2016) จากเหตุผลดังกล่าวนี้จึงต้องมีมาตรการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบเน้นตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและสามารถคงคุณภาพชีวิตที่ดี จนวาระสุดท้ายของชีวิตได้ เป็นการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามความคาดหวังและเพื่อให้ผู้ป่วยประสบการณ์ในระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง เป็นผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวจากการได้รับการดูแลในระยะท้ายของชีวิตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทำหน้าที่ในการวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสม พยาบาลทำหน้าที่ในการดูแลตามแผนการรักษาให้ครอบคลุมองค์รวม และเป็นผู้ประสานงานในทีม เภสัชกร ทำหน้าที่ในการจัดเตรียมเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ

นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ในการในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ และผู้นำศาสนา ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตตามความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย เป็นต้น (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Goldstien & Morrisson, 2013) ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลครอบคลุมเกี่ยวกับผลการจัดการความปวด ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ทางร่างกาย ความวิตกกังวลใจ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา การได้ระบายความรู้สึก การได้รับการจัดการอาการซึมเศร้า การได้สะท้อนความหมายและคุณค่าของชีวิตรวมถึงการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองสามารถประเมินได้ทั้งจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

การรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการมีประสบการณ์ในระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้าย (สิวลี ศิริโล, 2555) ที่ครอบคลุมในด้านการจัดการอาการ ด้วยการลดความเจ็บปวด การลดภาวะไม่สุขสบายต่างๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยที่คงความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ ความรู้สึกสงบของผู้ป่วยและการได้อยู่ใกล้ชิดกับญาติและบุคคลที่รัก ซึ่งสามารถประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้ทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและญาติผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยและญาติเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบก็จะก่อให้เกิดการยอมรับกับการตาย ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของธรรมชาติแห่งชีวิต มีการใช้เวลาที่เหลืออยู่ร่วมกันอย่างเกิดคุณค่ามากที่สุด ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงเจตนาและความต้องการการดูแลในระยะท้ายเพื่อให้จากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และไม่มีใครต้องเสียดายหรือเสียใจจนเกิดปัญหาหากการตายนั้นมาถึง

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีขีดความสามารถในการรับผู้บริการได้ครอบคลุมในทุกระดับ ซึ่งผู้มาใช้บริการมีเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นจังหวัดในภาคกลางที่เป็นทางผ่านจากภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเข้าสู่กรุงเทพมหานคร และเป็นจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้มีประชากรอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมาก ส่งผลให้อาจมีจำนวนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคมะเร็งมีจำนวนมากตามไปด้วย

จากการสุ่มสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่นอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 พบว่าที่หอผู้ป่วยหนึ่งในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 145 รายซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.66 (โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2559, 2560) ที่ผ่านมาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในบางหอผู้ป่วย เช่น

มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญ 2 โดยมีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้น และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชระยะท้าย ประเมินผลการปฏิบัติงานโดยการประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยและประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งมีการเสนอแนะให้มีการพัฒนาให้เป็นรูปแบบมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระดับโรงพยาบาลต่อไป (อุทัยวรรณ เหมเวช, 2557)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีการจัดการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ยังเป็นในระยะเริ่มต้น ยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอนชัดเจน ขึ้นอยู่กับการจัดการของแพทย์เจ้าของไข้ โดยเฉพาะการให้การพยาบาลยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และในขณะเดียวกันมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้มีการจัดตั้งศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ขึ้น เพื่อดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบวงจรให้เป็นสถานที่สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและจากไปอย่างสงบอบอุ่นไม่โดดเดี่ยว มิใช่การเสียชีวิตในสถานที่และเครื่องมือที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง มายื้อชีวิตให้ถึงที่สุดโดยจากปราศจากคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนจากไป (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2559)

ปัจจุบันศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ ซึ่งตั้งอยู่ที่หมู่ 4 ภายใน ซ.คลองหลวง 25 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติประมาณ 17 กิโลเมตร ได้เปิดให้บริการแก่ประชาชนแล้ว โดยรับผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในผู้ป่วยที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายในช่วงระยะเวลาที่ไม่นาน และมีความต้องการเข้าพักที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ฯ เพื่อมาดูแลต่อเนื่อง ศูนย์ธรรมศาสตร์ฯ เป็นสถานที่ที่มีลักษณะกึ่งบ้านกึ่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้าพักและได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ ทรมาน โดยจะดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งมีการจัดห้องพักให้ญาติของผู้ป่วยได้มีโอกาสอยู่ร่วมดูแลและทำกิจกรรมร่วมกันได้ตลอดเวลา

จากประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานของผู้วิจัยในหอผู้ป่วยต่างๆ ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการประเมินปัญหาแต่ยังไม่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เช่น การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายบางราย มีการใช้ยามอร์ฟินลดปวดในลักษณะที่ไม่แตกต่างจากการลดปวดในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ทั่วๆ ไป โดยพบว่าการบริหารยามอร์ฟินหลากหลายรูปแบบตามระดับความเจ็บปวดจริงของผู้ป่วยมีน้อย ในบางครั้งอาจมีการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การฟังธรรมะ การทำสมาธิ เป็นต้น ซึ่งการจัดการดังกล่าวเป็นสิ่งที่ดี แต่บางครั้งส่งผลให้

คุณภาพการจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพหรือมีประสิทธิภาพบางช่วงเวลา ส่วนการจัดการความไม่สุขสบายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซีมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร และอาการเหนื่อยหอบ ก็พบว่ามีจัดการที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นทั่วไป ซึ่งบางครั้งการจัดการดังกล่าวเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จากการสอดใส่สาย ท่อหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายด้านอื่น ๆ ก็ยังพบว่ามีน้อยและไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนนัก เช่น ด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้มีโอกาสเลือกวิธีการดูแลรักษาด้วยตนเอง ด้านการใช้ศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อช่วยให้เกิดความสงบของชีวิต การส่งเสริมและช่วยให้ผู้ป่วยได้สะสมสิ่งที่ค้างคาในชีวิตรวมทั้งการได้ใช้ชีวิตอย่างใกล้ชิดร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ได้อยู่กับคนที่รักและผูกพัน ซึ่งสิ่งที่กล่าวมานั้นเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ต้องมีการจัดการอาการและจัดการปัญหาต่างๆ แบบบูรณาการทั้งด้านการรักษาพยาบาลและด้านอื่นๆ เพื่อประคับประคองหรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ไม่ทุกข์ทรมาน ยอมรับกับการเจ็บป่วย มีการเตรียมเพื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างเป็นแบบแผนและนำไปสู่การตายดีในที่สุด

ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้นจะต้องมีการดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความสุขสงบในชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่ด้วยกัน ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำในสิ่งที่ปรารถนา ได้สะสมสิ่งที่ค้างคาใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสุข สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการดูแลนั้นจะต้องอาศัยหลักการหรือทฤษฎีที่สอดคล้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแล ซึ่งทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของรูแลนด์และมอร์ (Ruland & Moore, 1998; วราภรณ์ คงสุวรรณ, 2558) เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่ควรนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าคุณค่าระยะท้ายจะมีประสบการณ์ในระยะท้ายของชีวิตที่สงบได้ นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่ในภาวะ 5 ด้าน อันประกอบด้วย 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) 2) การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย (experience of comfort) 3) การมีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) 4) การอยู่ในความสงบ (being at peace) และ 5) การมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) และมีจุดเน้นของทฤษฎีคือ การทำให้เกิดความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ไม่ใช่เฉพาะช่วงใกล้ตายเพียงอย่างเดียวนอกจากนี้การดูแลต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยด้วย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรญาติ หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้กรอบทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดการตายดี แต่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, และ สุรีย์พร ธนศิลป์, 2555) การศึกษาผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (ปิ่นฉัตร รัตน์, 2554) และการศึกษาเรื่องผลการพัฒนาจิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนววิถีพุทธ: กรณีศึกษาแบบประคับประคองโรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี (กุล โพธิ์ทอง, 2555)

ส่วนการศึกษาที่ระบุว่าเป็นการดูแลองค์รวม พบว่ามีการเน้นไปที่รูปแบบการจัดการดูแลที่ใช้กิจกรรมทางด้านศาสนาเป็นหลัก และผลการวิจัยที่ได้ไม่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เช่น การศึกษาการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมวัดคำประมงสกลนคร มีการจัดการโดยพระจิริธัมโมภิกขุ ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยโดยสอนเริ่มตั้งแต่ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยญาติ ผู้ป่วยปรับสภาพจิตใจที่เศร้าหมองให้มีความสุขผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น ดนตรีบำบัด สวดมนต์ร่วมกัน สร้างมิตรภาพและกำลังใจร่วมกันผ่านความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันอย่างเกื้อกูล ภายในวัดคำประมงสกลนครที่มีเทคนิคในการสอน ทำให้ผู้ฟังผ่อนคลายทุกข์จากความเจ็บป่วยทางกายและใจ พิธีกรรมตัมยาสมุนไพโร การฝึกสมาธิโดยใช้มรณานุสติและการร่วมสวดมนต์ให้กับคนไข้หนักที่ใกล้เสียชีวิต (จรัสแสง ผิวอ่อน, 2554) รวมทั้งการศึกษาก็เน้นไปที่บริบทวัฒนธรรมที่เฉพาะ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมืองในจังหวัดขอนแก่น (สรัญญา กุมพล, 2555) ซึ่งเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผลการวิจัยพบว่าเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมส่งผลให้มีปัญหาความต้องการด้านสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยลดลงผู้ป่วยมีความสุขทางจิตวิญญาณมากขึ้นและมีการตายที่ดีในวาระสุดท้ายผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความพึงพอใจในการบริการและเครือข่ายมีความพึงพอใจในการทำงาน

อย่างไรก็ตามรูปแบบการดูแลโดยเครือข่ายมีส่วนร่วมดังกล่าว อาจไม่เหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในบริบทของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการดูแลระยะท้าย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว

ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดี เกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิตและนำไปสู่การตาย
ดีในที่สุด

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบ
ประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อเปรียบเทียบ

1.2.2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ย
คะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลัง
การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

1.2.2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนน
ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการ
เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแล
แบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

1.3.2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแล
แบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

1.3.3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของ
ชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

1.3.4 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้าย
ของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent variables) คือ โปรแกรมการดูแลระยะท้าย

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables) คือ ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest designs) (Burns & Grove, 2005; Polit & Beck, 2004, 2012) โดยมีการวัด 2 ครั้ง คือ ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายและเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2561 (ระยะเวลา 6 เดือน)

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 โปรแกรมการดูแลระยะท้ายหมายถึง โปรแกรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของรูแลนด์และมอร์ (วรารณ คงสุวรรณ, 2558; Ruland & Moore, 1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของรูแลนด์และมอร์ อธิบายไว้ว่า บุคคลระยะสุดท้ายจะอยู่ในระยะที่สงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่ในภาวะ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) ซึ่งการดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไม่อยู่ในความเจ็บปวด ประกอบด้วย การติดตามและบริหารการบรรเทาความปวดและ การใช้ยาและการประยุกต์กิจกรรมไม่ใช้ยา ในการบรรเทาความเจ็บปวด 2) ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย (experience of comfort) ซึ่งประกอบด้วย การป้องกัน ติดตามและบรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกาย จัดให้มีการพักผ่อนผ่อนคลายและการมีความสุข และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 3) ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) ซึ่งประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพ

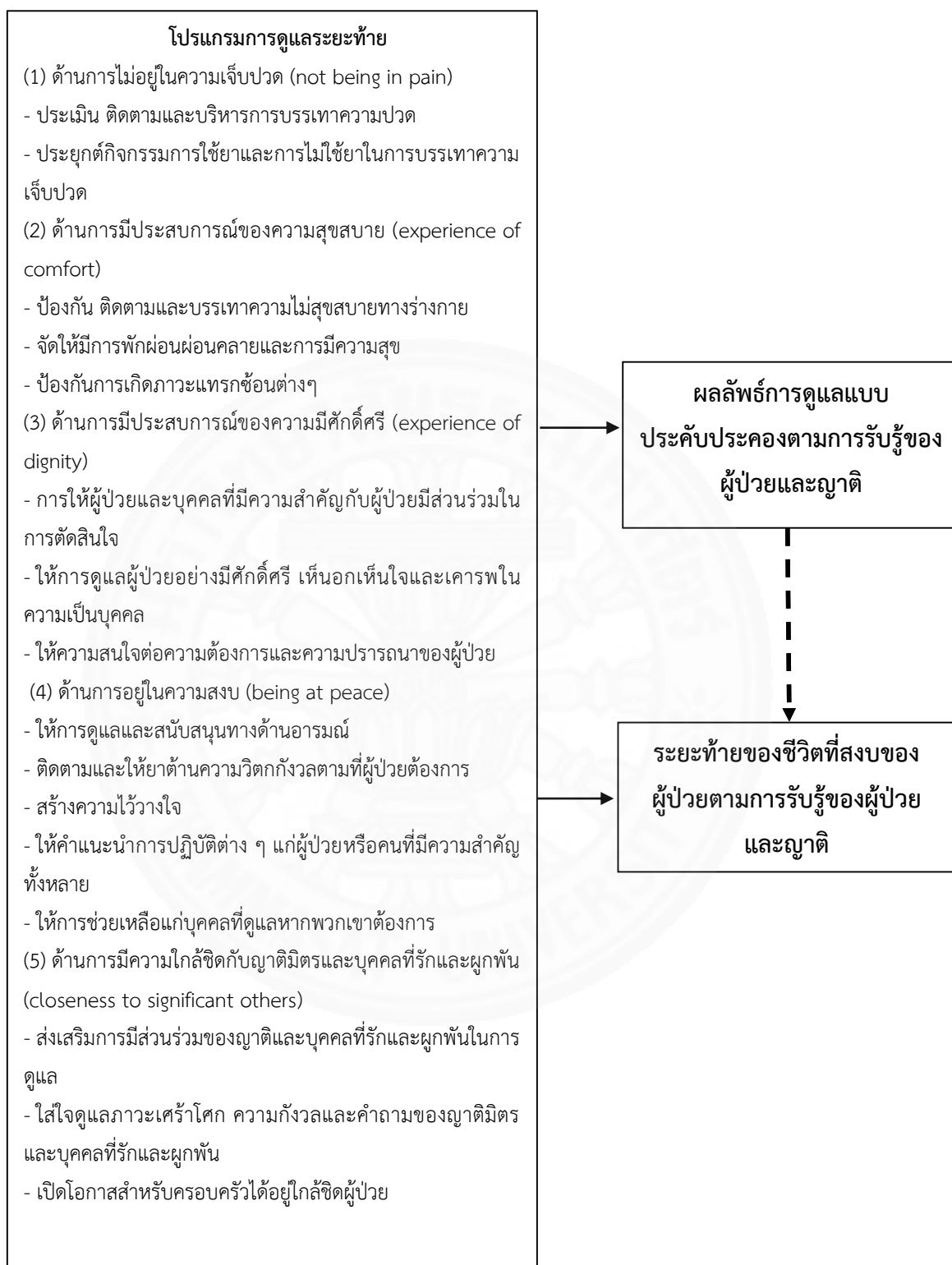
และการให้ความสนใจต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย 4) ด้านการอยู่ในความสงบ (being at peace) ซึ่งประกอบด้วย การให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์การให้การติดตาม และให้ยาต้านความวิตกกังวลตามที่ผู้ป่วยต้องการ การสร้างความไว้วางใจ การให้คำแนะนำการปฏิบัติต่างๆ แก่ผู้ป่วยหรือคนที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยและการให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากพวกเขาต้องการ และ 5) ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพัน ในการดูแล การใส่ใจดูแลภาวะเศร้าโศก ความกังวลและคำถามของญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน และการเปิดโอกาสสำหรับครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

1.6.2 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ผลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับอาการปวด อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ทางร่างกาย ความวิตกกังวลใจ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา การได้รับบายความรู้สึก อาการซึมเศร้า การให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตและการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ โดยประเมินเป็นค่าคะแนนได้จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale หรือ POS) แปลเป็นภาษาไทยโดย ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ ซึ่งหากคะแนน POS ลดลง แสดงถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานและได้รับการดูแลที่ตอบสนองตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (ลดารัตน์ สาภินันท์, 2557) นอกจากนี้ยังประเมินได้จากแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS ฉบับภาษาไทย แปลโดย ดาริน จตุรภัทรพรและคณะ ซึ่งใช้ประเมินอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย และอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ระดับการวัดแต่ละอาการเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด หากตัวเลขที่ประเมินได้เข้าใกล้เลข 0 หมายถึงผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สามารถลดความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้ (ดาริน จตุรภัทรพรและคณะ, 2553)

1.6.3 การรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกและประสบการณ์การได้รับการดูแล ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ครอบคลุมเกี่ยวกับ การลดความเจ็บปวด การลดภาวะไม่สุขสบายต่างๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ความรู้สึกสงบของผู้ป่วยและการได้ใกล้ชิดกับญาติและบุคคลที่รักและผูกพันสามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) เป็นกรอบ

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของการทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของคอร์เนเลีย รูลันด์และเซอร์เลย์ มอร์ (วรารภรณ์ คงสุวรรณ, 2558; Ruland & Moore, 1998) ซึ่งทฤษฎีอธิบายไว้ว่าบุคคลระยะสุดท้ายจะอยู่ในระยะที่สงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่ในภาวะ 5 ด้าน คือ 1) ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) ซึ่งประกอบด้วยการติดตามและบริหารการบรรเทาความปวดและ การประยุกต์กิจกรรมการใช้ยาและการไม่ใช้ยาในการบรรเทาความเจ็บปวด 2) ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย (experience of comfort) ซึ่งประกอบด้วยการป้องกัน ติดตามและบรรเทาความไม่สบายทางร่างกายการจัดให้มีการพักผ่อน ผ่อนคลายและการมีความสุข และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 3) ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) ซึ่งประกอบด้วยการให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพ และการให้ความสนใจต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย 4) ด้านการอยู่ในความสงบ (being at peace) ซึ่งประกอบด้วย การให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์การให้การติดตามและให้ยาต้านความวิตกกังวลตามที่ผู้ป่วยต้องการ การสร้างความไว้วางใจ การให้คำแนะนำการปฏิบัติต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยหรือคนที่มีความสำคัญทั้งหลายและการให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากพวกเขาต้องการและ 5) ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant other) ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแลการใส่ใจดูแลภาวะเศร้าโศก ความกังวลและคำถามของญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน และการเปิดโอกาสสำหรับครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่า รูปแบบของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายจะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีเกิดขึ้นซึ่งจะเห็นได้จากการคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ลดลงและช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ระยะท้ายของชีวิตที่สงบโดยจะเห็นได้จากคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบเพิ่มขึ้น ดังแผนภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1.8.2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแลลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1.8.3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1.8.4 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคต่าง ๆ ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตในระยยะท้ายอย่างสงบนำไปสู่การตายดี

1.9.2 ด้านการศึกษาวิจัย สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาต่อเนื่องในการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยระยะท้ายโรคต่าง ๆ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการและงานวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

- 2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
- 2.1.2 พยาธิสภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
- 2.1.3 ปัญหาและผลกระทบของมะเร็งระยะท้าย
- 2.1.4 หลักการและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

2.2 การดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง

- 2.2.1 คำจำกัดความการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.2.2 หลักการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.2.3 สาระและองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.2.4 รูปแบบการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย
- 2.2.5 บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวในการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง
- 2.2.6 วิธีการดูแลและโปรแกรมการดูแลในระยะท้ายของชีวิต
- 2.2.7 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลในระยะท้ายของชีวิต

2.2.8 การประเมินผลการดูแลในระยะท้ายของชีวิต

2.2.8.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
(Palliative Performance Scale: PPS)

2.2.8.2 แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System:
ESAS

2.2.8.3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care Outcome Scale: POS)

2.3 ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

2.3.1 แนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

2.3.2 การดูแลผู้ป่วยตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

2.3.2.1 การไม่อยู่ในความเจ็บปวด

2.3.2.2 การมีประสบการณ์ของความสบาย

2.3.2.3 การมีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี

2.3.2.4 การอยู่ในความสงบ

2.3.2.5 การมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

2.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า สภาวะของของโรคอยู่ในระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรค การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้ อาการจะทรุดลงเรื่อยๆ ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนำเอามาตรการของการบำบัดชนิดต่าง ๆ เท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หายได้ถูกนำมาใช้จนหมด (ฐิติมา โพธิ์ศรี, 2550; สายศิริ อิศรชาญวานิชย์, 2559; สถาพร ลีลานันทกิจ, 2548, 2554) มีโอกาสรอดชีวิตน้อย มีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้และมีอาการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงในทางที่เลวลง (อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์, และวิภาวี คงอินทร์, 2554)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีชีวิตเหลืออยู่ในช่วงเวลาที่ยากลำบาก เช่น อาจเสียชีวิตภายใน 12 เดือน (The National Gold Standards Framework (GSF) Centre in End of Life Care, 2011) หรือในทางประเทศสหรัฐอเมริกาจะให้ความหมายว่า ผู้ป่วยระยะท้าย คือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีแนวโน้มผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน (American Psychological Association, 2012) ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตจะเต็มไปด้วยความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น วิตกกังวล ตกใจ เสียใจ มีอาการเศร้า เป็นต้น (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2559) ส่วนในด้านร่างกายจะทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และความเจ็บปวดต่างๆ (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2549) การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายจึงเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัว หลังจากมีการเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว (อรนุช มกรภิรมย์, และ อันธิกา คระระวานิช, 2558) การดูแลรักษาในระยะนี้จึงไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อให้หายจากโรค หากแต่จะเป็นเพียงบรรเทาอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่งเสริมช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีความสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิตและก่อให้เกิดการตายดี (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

จากคำจำกัดความของผู้ป่วยระยะท้ายดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยมีข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการวินิจฉัยโรคของแพทย์ รวมทั้งมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่ามะเร็งมีการแพร่กระจายลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มีการเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกาย ไม่สามารถตอบสนองหรือทนต่อการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ได้

หรือผู้ป่วยมีสภาพร่างกายทรุดโทรม การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีการเสื่อมและทรุดลงไปเรื่อย ๆ ไม่สามารถกลับมาอยู่ในสภาพปกติและไม่สามารถทนต่อการรักษามะเร็งได้ (อภิชัย ลีละศิริ, 2554) หรือผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลังการรักษาและมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ (วรรณิ ลีละกุล, และ นันทยา เอี่ยมมงคล, 2542) ไม่สามารถที่จะรักษาอาการลุกลามของโรคให้หายขาดได้ ด้วยการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและจะเสียชีวิตในที่สุดภายในระยะเวลาไม่นาน (Qaseem et al., 2008) แต่อาจจะไม่สามารถบอกระยะเวลาที่แน่นอนของการมีชีวิตอยู่ได้ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เสมือนการสูญเสียทุกอย่างในชีวิต สูญเสียนาคต สูญเสียความหวัง และหมดกำลังใจซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาจากบุคคลผู้ใกล้ชิด (Ungwattanasirikul, 2007)

2.1.2 พยาธิสภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

พยาธิสภาพของการเป็นมะเร็งระยะท้ายก็ คือ การแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น (metastasis) เป็นลักษณะสำคัญของโรคมะเร็งระยะท้ายที่ตรวจพบ ถือได้ว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (advance stage) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ การแพร่กระจายจะเริ่มจากมะเร็งปฐมภูมิแล้วไปตามกระแสเลือด ตามท่อน้ำเหลืองและตามช่องว่างต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ช่องท้อง เป็นต้น โดยแตกต่างกันตามชนิดของมะเร็งแต่มีลักษณะร่วมกัน (ดำเนินสันต์ พฤชากร, 2559) ดังนี้ 1) เซลล์มะเร็งมีการพัฒนาศักยภาพในการลุกลาม เซลล์ที่จะพัฒนาไปเป็นเซลล์มะเร็งจะมีปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความผิดปกติในระดับสารพันธุกรรม 2) มีการเปลี่ยนแปลงและแบ่งตัวเพิ่มได้เองตามธรรมชาติ ทำให้มีโอกาสเกิดความผิดปกติของสารพันธุกรรม 3) กระตุ้นให้เกิดหลอดเลือดใหม่ ทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง 4) แพร่กระจายและสร้างเป็นเนื้อเยื่อใหม่ที่อวัยวะอื่นๆ เมื่อเซลล์มะเร็งหยุดและฝังตัวในอวัยวะใดก็จะทำให้รักษาสภาพและเจริญเป็นเซลล์มะเร็ง ได้อย่างไม่จำกัด (Chambers, Groom, & MacDonald, 2002; Chambers & Matrisian, 1997) ซึ่งการแพร่กระจายนั้นมักมีการแพร่กระจายไม่ว่าจากวิธีใดก็ตามก็จะทำให้เกิดการกดเบียด ลุกลามไปที่เนื้อเยื่อปกติ ทำให้เสียการทำงานของอวัยวะที่ลุกลามไป ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเรื่อย เกิดปัญหา ด้านร่างกายและด้านต่าง ๆ ตามมา

2.1.3 ปัญหาและผลกระทบของมะเร็งระยะท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่มีสภาพร่างกายและจิตใจไม่แตกต่างจากผู้ป่วยระยะท้ายโดยทั่วไป ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจะต้องเผชิญกับอาการของโรคภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการรักษา ที่ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนี้

ด้านร่างกาย เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งแตกต่างกันไปในมะเร็งแต่ละชนิด ผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายจะมีการลุกลามแพร่กระจายของมะเร็งไปกดเบียดอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่อยู่ใกล้เคียง เช่น มะเร็งทางนรีเวชอาจมีการลุกลามแพร่กระจายเข้าไปในช่องเชิงกราน กดเบียดอวัยวะต่าง ๆ มีปัญหาในทางเดินปัสสาวะ เกิดความเจ็บปวด หากกระจายเข้าไปในช่องท้องก็ทำให้เกิดท้องมาน ทำให้มีปัญหาการทำงานของตับ หรือหากรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก็จะทำให้เกิดผลข้างเคียงก่อกำการทำงานของไขกระดูก เกิดปัญหาในระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (สมพร ปานผดุง, 2555) มะเร็งหลายชนิดมีการแพร่กระจายไปที่กระดูก ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการปวดได้บ่อยที่สุด ลักษณะการปวดจะบอกได้ไม่ชัด มีอาการร่วมกันหลายอย่าง (บุษยามาส ชิวสกุลยง, 2559) นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายอื่น ๆ อีกมากที่ปรากฏให้เห็นเป็นอาการต่าง ๆ ที่พบบ่อย เช่น หายใจลำบาก เหนื่อย หอบ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสียและเบื่ออาหาร เป็นต้น (Solano, Gomes, & Higginson, 2006)

ด้านจิตใจ สภาพจิตใจของผู้ป่วยในระยะท้ายที่รับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองว่าเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หาย พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนอกจากจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายแล้วแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด กระทบกระชวยใจ เกิดความรู้สึกเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของตนเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย อดทนต่อสิ่งกระตุ้นลดลงและครุ่นคิดเกี่ยวกับการตาย (สมพร ปานผดุง, 2555)

ความรู้สึกเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยสามารถแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ (สายศิริ อิศรชาญาวนิชย์, 2559) ดังนี้ คือ 1) พร้อมตาย เป็นบุคคลที่รู้ว่าเจ็บป่วยไม่มีทางรักษา ทำใจยอมรับความตายได้ ไม่ห่วงกังวลอะไร จึงสามารถที่จะร่วมมือในการเตรียมการตายดีได้ ผู้ดูแลจึงควรหาหนทางช่วยให้ผู้ป่วยปรับมุมมองต่อชีวิตให้มีความพร้อมในทางจิตใจก่อนเป็นเบื้องต้น 2) ยังไม่พร้อมตาย เป็นบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วยหนัก อยู่ในระยะท้าย มีโอกาสเสียชีวิตชีวิตในเวลาอันใกล้ แต่ยังคงมีความกลัว ห่วงกังวลในเรื่องต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับครอบครัว จะเต็มไปด้วยความเศร้า โศกและทุกข์ใจ 3) อยากตาย คือ บุคคลที่รับรู้ทุกอย่างเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย เกิดความทุกข์ใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่ครอบครัว จึงอยากตายเพื่อให้งบปัญหา ต้องการหนีทุกข์ ซึ่งกลุ่มนี้ไม่ได้รู้สึกสงบแท้จริง 4) กลัวตาย ความรู้สึกกลัวตายมีอยู่ในผู้ป่วยที่ใกล้ตายทั่ว ๆ ไปอาจจะมีในทุกคน เนื่องจากไม่มีใครรู้รายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการตายว่าจะมีความรู้สึกอย่างไร ตายแล้วจะไปไหน

จะเป็นอย่างไรต่อหากยอมรับความจริงเกี่ยวกับการตายไม่ได้ ก็จะก่อให้เกิดความทุกข์อย่างมากในผู้ป่วยลักษณะนี้

ด้านสังคม ปัญหาและผลกระทบด้านสังคม ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชน กรณีที่สามีเป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นผู้หารายได้หลัก ภรรยาเป็นแม่บ้านและเลี้ยงดูบุตร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งในระยะท้าย การจัดการปัญหาทั้งหมดอาจตกเป็นภาระของภรรยาทั้งหมด ซึ่งอาจจะไม่สามารถจัดการปัญหาได้ (พิมพ์พนิต ภาศรี, 2557) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคมเนื่องจากต้องมีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทาง การที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจได้ด้วย

ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมักเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและการรักษา ก่อให้เกิดความกลัวเกี่ยวกับต่าง ๆ เช่น กลัวโรคไม่หาย กลัวความเจ็บปวด กลัวการตาย ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ บางครั้งคิดว่า ไม่รู้จะอยู่เพื่ออะไร อาจคิดฆ่าตัวตายหรือตรงกันข้ามอาจปฏิเสธการตาย เกิดความทุกข์ทรมานเศร้าหมอง สูญเสียความหวัง เป็นภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ภาวะเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งต่าง ๆ เช่น ศาสนาที่นับถือ เป็นต้น (สมพร ปานผดุง, 2555; Breitbart, Rosenfield, & Pessin, 2000; McClain, Rosenfield, & Breitbart, 2003)

2.1.4 หลักการและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีความทุกข์ทรมานทางร่างกายทั้งจากโรคและการรักษา ในช่วงที่ผ่านมา อีกทั้งยังมีปัญหาด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณร่วมด้วย บางคนอาจรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ซึมเศร้า วิตกกังวลหรือกลัวการทอดทิ้ง (เรไร พงศ์สถาพร, 2559) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นต้องการการดูแลแบบประคับประคองอย่างสมศักดิ์ศรีในวาระสุดท้ายของชีวิตให้ได้รับความสุขสบาย ตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (โรงพยาบาลสงฆ์ 2551; อุบล จ๋วงพานิช, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับประกาศนโยบายยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 ที่มีการกำหนดทิศทางและผลักดันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเกิดการตายดี (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558; อุกฤษฏ์ มลิทินทางกูร, 2558) รวมทั้งสอดคล้องกับหมวดที่ 1 มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กล่าวถึงสิทธิในการแสดงเจตนาถึงการยุติความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและการไม่ประสงค์รับบริการทางสาธารณสุขที่ยืดการตายออกไปอีกด้วย (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

องค์การอนามัยโลกได้เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย โดยการเน้นดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมาน การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบเป็นทีม การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน และการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ (ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์ และ ยุพยงค์ พุฒธรรม, 2556; World Health Organization, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักในการการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นั่นคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เข้าใจการดำเนินของโรค และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีคุณค่า ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และครอบครัวยอมรับได้กับการจากไปและไม่มีใครต้องเสียคนที่ไม่ได้ทำอะไรให้ผู้ป่วยเมื่อวันสุดท้ายมาถึง

2.2 การดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง

เนื่องจากในปัจจุบันจำนวนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีที่เจริญขึ้น ทำให้สามารถช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้นานขึ้น แต่อย่างไรก็ตามโดยลักษณะธรรมชาติของโรคและการเจ็บป่วย ทำให้ต้องเผชิญกับความไม่สบายและอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน จนกระทั่งเข้าสู่การเสียชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพ เกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิต จึงต้องมีการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ให้เกิดความสบายเพิ่มขึ้น เกิดความทุกข์ทรมานน้อยลง ซึ่งแนวทางในการดูแลในระยะท้ายของชีวิตก็คือการดูแลแบบประคับประคองนั่นเอง หรืออาจจะกล่าวได้ว่าการดูแลในระยะท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง

2.2.1 คำจำกัดความการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลระยะท้ายของชีวิต (end of life care)

การดูแลระยะท้ายของชีวิต (end of life care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยอยู่ในลักษณะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัดหรือประมาณ 6 เดือน ซึ่งการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตอาศัยแนวคิดและหลักการของการดูแล

แบบประคับประคอง โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากอาการ และสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาในช่วงบั้นปลายของชีวิตอย่างมีความสุข (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับแฮมิลตันที่ 3 พัวร์และพอยร์รีเออร์ ที่กล่าวถึง การดูแลระยะสุดท้าย หมายถึง การดูแลที่ให้การสนับสนุนทางการแพทย์และการสนับสนุนอื่นๆ ให้กับผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนสุดท้าย ของชีวิต (HamilltonIII, Poor, & Poirrier, 2001) ในขณะที่ เอ็น เอช เอส ได้กล่าวว่า เป็นการดูแล สนับสนุนผู้ป่วยในช่วงเดือนหรือปีสุดท้ายของการมีชีวิตอยู่ ซึ่งการดูแลระยะสุดท้ายจะช่วยให้เกิดการอยู่ดี มีสุขในช่วงที่มีชีวิตจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ปรารถนา การดูแลนี้ จะครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (NHS, 2015) รวมทั้ง หมายถึง การดูแลและสนับสนุนในด้านต่างๆ ในช่วงเวลาที่ใกล้เสียชีวิต การดูแลนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะ ช่วงใกล้หมดลมหายใจและใกล้หัวใจหยุดเต้นเท่านั้น แต่ผู้ป่วยจะมีความต้องการการได้รับการดูแล ตลอดทั้งวัน เป็นสัปดาห์และเป็นเดือนก่อนเสียชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด (National Institute on Aging, 2016)

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า การดูแลระยะท้าย (end of life care) เป็นการดูแลและ สนับสนุนทางด้านทางการแพทย์และด้านอื่นๆ ให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยอยู่ในลักษณะลุกลาม ไม่ สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ประมาณ 6 เดือนหรือในระยะเวลาที่จำกัด ในการดูแล ระยะสุดท้ายของชีวิตต้องมีการใส่ใจดูแลตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ได้รับการตอบสนองตามความต้องการสุดท้าย ก่อให้เกิดความสุขสงบ ในช่วงสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยแนวคิดและหลักการของ การดูแลแบบประคับประคอง ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การใส่ใจดูแล ทางทางการแพทย์และการพยาบาลทุกชนิด เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนการเอื้ออาทร ปลอดภัย ชี้นะ ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงสภาพความเป็นจริงของโรคแก่ผู้ป่วย รวมถึงให้การดูแลทุกสิ่ง ทุกอย่างในด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดช่วงเวลา ที่ป่วยไข้ และการดูแลครอบครัวผู้ป่วยในช่วงเวลาโศกเศร้าจากการสูญเสียผู้ป่วย เป็นรูปแบบเดียวกัน ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายไม่ต้องทุกข์ทรมาน (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2548, 2554) ในขณะที่ ปัทมา โกมุทบุตร (2557) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า หมายถึง การดูแลผู้ป่วยซึ่งมีเวลาในชีวิตเหลืออยู่จำกัด (life limited disease) ให้ใช้ระยะเวลา ที่ เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้ให้ความหมายว่า หมายถึง วิธีการดูแล ที่

เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว ที่เผชิญกับปัญหาเนื่องจากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการแยกแยะและสืบค้นให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ประเมินอย่างแม่นยำและครอบคลุม รวมทั้งการบำบัดรักษาความเจ็บปวดและปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2002a, 2014a, 2014b) รวมทั้งหมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยเป็นไปเพื่อควบคุมความเจ็บปวด อาการแสดงอื่นๆ เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในลักษณะการดูแลร่วมกัน ของสหสาขาวิชาชีพ การดูแลแบบประคับประคองเป็นพื้นฐานการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการ ของผู้ป่วย เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (The European Association for Palliative Care European, 2009)

อาจสรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง การให้การดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ แก่ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมทั้งครอบครัวของผู้เจ็บป่วย ให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตลอดช่วงเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงภายหลังการเสียชีวิต โดยเป็นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยอมรับกับการเจ็บป่วยและการสูญเสียได้ มีการจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2.2.2 หลักการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องอาศัยความร่วมมือและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ซึ่งเยาว์วรัตน์ อินทอง (2549) ได้กล่าวถึงหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไว้ดังนี้

- 1) ให้การดูแลเพื่อมุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทางกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะความเจ็บปวดทางด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค เช่น อาการปวดจากโรคมะเร็ง จะต้องมีการบริหารยาบรรเทาปวดหรือยาเสริมอื่นๆ ในปริมาณและความถี่ตามอาการปวดที่ประเมินได้ ร่วมกับการใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากยิ่งขึ้น
- 2) ให้การดูแลสภาพทั่วไปของร่างกายให้เกิดความสุขสบาย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลบาดแผลชนิดต่าง ๆ และการพลิกตะแคงตัว เป็นต้น
- 3) ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นและสงบ แต่ไม่แยกให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพังทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว

4) ให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องทางการแพทย์ตามอาการของโรค เช่น การบรรเทาปวด การบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน และการลดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เป็นต้น โดยยุติการรักษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าและการรักษาแบบเข้มงวด (aggressive therapy) เช่น การสอดใส่สาย ท่อหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าไปในร่างกายโดยไม่จำเป็น ซึ่งเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและก่อให้เกิดการไร้ศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์

5) มีการผ่อนปรนกฎระเบียบต่างๆ ของสถานพยาบาลให้ยืดหยุ่นกับผู้ป่วยระยะท้าย เช่น ระยะเวลาการเข้าเยี่ยมของญาติ เพื่อให้บุคคลในครอบครัว ญาติสนิทหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ได้มีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดและกล่าวคำอำลาต่อกัน เป็นต้น

6) ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual healing) ให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยที่แตกต่างตามปัจเจกบุคคล เช่น การส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยเคารพนับถือและศรัทธาโดยมีการอำนวยความสะดวกและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องให้กับผู้ป่วย

7) ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเมตตาและความอ่อนโยน ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติ

8) ไม่ละทิ้งครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้าย โดยการอยู่เป็นเพื่อนและบรรเทา ปลอดภัยบรรเทาความทุกข์ใจของครอบครัว

ในขณะที่เต็มศักดิ์ พังรัศมี (2550) ได้สรุปหลักการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นหลักการสั้นๆ ที่เรียกว่าหลัก 4C ดังนี้

1) ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก (centered at patient and family) ซึ่งหัวใจสำคัญในการดูแลระยะท้าย คือการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด ดังนั้น การตรวจรักษาใดๆ จึงควรเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ทีมสุขภาพควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย รวมทั้งให้เปิดโอกาสและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ดูแลให้ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน (comprehensive) การเจ็บป่วยในระยะท้ายที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องให้ความสำคัญกับปฏิกริยาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออก รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงและพึงระลึกเสมอว่า มิติและมุมมองทางการแพทย์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม ไม่สามารถอธิบายหรือแก้ปัญหาได้ทั้งหมดตามลำพัง

3) ปฏิบัติร่วมกันของทีมสุขภาพ ครอบครัวและสังคม (coordinated) ในการดูแลผู้ป่วยต้องปฏิบัติงานหลายด้าน ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท บุคคลที่มีความสำคัญ

ต่อผู้ป่วยนอกจากนี้ยังรวมถึงความช่วยเหลือจากภายนอกด้วย เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครต่าง ๆ เป็นต้น

4) มีความต่อเนื่องและประเมิณผลอย่างสม่ำเสมอ (continuous) ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ไม่มีแบบแผนสำเร็จรูปที่ตายตัว แต่มีการวางแผนและให้การดูแลให้เหมาะสมกับความเป็นปัจเจกบุคคลและบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลจะต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง มีการประเมินเป็นระยะเพื่อการวางแผนต่อเนื่องทั้งในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิตและภายหลังการจากไปก็ควรต้องมีการดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่องด้วยเพื่อให้สามารถยอมรับได้กับการจากไปของผู้ป่วย

รวมทั้งกิตติกร นิลมานัต (2555) ที่ได้สรุปถึงหลักการในการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง ไว้ดังนี้

1) ให้การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าโรคโดยผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ บุคลากรในทีมสุขภาพต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย

2) ให้ความสำคัญและให้คุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้ายโดยมองความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตแต่ไม่ใช่ประสบการณ์ทั้งหมดของชีวิต เน้นให้ความสำคัญของการมีชีวิตอยู่และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจนวันสุดท้ายของชีวิต

3) ให้การดูแลบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการโดยต้องมีการค้นหา และเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมหลักของผู้ป่วย ละเอียดอ่อนต่อสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่าทำความเข้าใจ และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมซึ่งจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

4) ให้การดูแลอย่างครอบคลุมและเน้นความสุขสบายผู้ป่วยระยะนี้จะมีปัญหาที่ซับซ้อนทุกมิติ จึงต้องการการดูแลที่จัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกาย และส่งเสริมความสุขสบายทางจิตสังคมและจิตวิญญาณเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

5) ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ต่อเนื่องเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องโดยทีมบุคลากรทุกระดับ ในทุกสถานที่ทั้งโรงพยาบาลและบ้าน โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

6) มีการทำงานเป็นทีมบุคลากรทางสุขภาพทุกระดับและบุคคลากรรอบครัว ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ อาสาสมัคร ครอบครัวและผู้ป่วยรวมทั้งบุคคลอื่น เช่น ผู้เชี่ยวชาญทางวัฒนธรรม ผู้นำทางศาสนา จะต้องมีการทำงานเป็นทีม เน้นไปในทิศทางเดียวกันตามความถนัดของแต่ละคนและควรมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) และทีมร่วมวิทยาการ (interdisciplinary team) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมการตายดี

7) มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพซึ่งการสื่อสารที่ดีจะทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม มีการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและนำความรู้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

8) มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญ เพื่อก่อให้เกิดความสุขสงบ ยอมรับกับอาการเจ็บป่วยและการจากไปรวมทั้งก่อให้เกิดการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทีมสุขภาพหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้หลักในการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญคือ จะต้องดูแลไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยโดยที่การดูแลไม่ได้มุ่งหวังให้หาย แต่เพื่อให้ประคองชีวิตไปได้ อย่างมีคุณภาพจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต ปล่อยให้การดำเนินของโรคเข้าสู่การเสียชีวิตอย่างธรรมชาติ โดยไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นแรงหรือรังสรรค์ธรรมชาติซึ่งต้องมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planing) เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้เกิดการดูแลที่ไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลและบ้านอีกด้วย (สายศิริ อิศรชาญวานิชย์, 2559)

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าการดูแลระยะท้ายของชีวิตและดูแลแบบประคับประคอง มีหลักการดังต่อไปนี้

1) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในมิติทางการแพทย์และมิติทางด้านสังคม โดยต้องให้ความสำคัญและไว ต่อปฏิกริยาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงออกทั้งพฤติกรรมหรือคำพูดต่างๆ

2) ในการดูแลผู้ป่วยจะมุ่งเน้นให้เกิดความสุขสบายทางด้านร่างกาย บรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ส่งเสริมให้เกิดความสุขสบายทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งเสริมและช่วยอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมตามความเชื่อและศรัทธา ช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกันอย่างมีคุณค่า ได้กล่าวคำอำลาและให้อภัยต่อกัน มุ่งเน้นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่มีชีวิตอยู่และนำไปสู่การตายดี อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

3) เป็นการดูแลที่ไม่มีแบบแผนตายตัวแต่เป็นการดูแลตามลักษณะของปัจเจกบุคคล โดยยุติหรือปราศจากการรักษาพยาบาลที่ใช้เทคโนโลยีต่างๆ อันจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน แก่ผู้ป่วย มีการวางแผนร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการดูแลจะต้องมีการดำเนินการวางแผน ให้การดูแลและประเมิน อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิต ขณะเสียชีวิตและภายหลังการจากไป ต้องมีการดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ยอมรับกับการจากไปของผู้ป่วย

4) ให้การดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาและจิตอาสา เป็นต้น เน้นการดูแลแบบบูรณาการทั้งทางด้านทางการแพทย์ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เน้นการดูแลตามปัญหาและความต้องการของครอบครัวมากกว่าความต้องการการรักษาทางการแพทย์ ยึดการตัดสินใจของผู้ป่วยและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการยืดหยุ่น กฎระเบียบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเวลาร่วมกัน อยู่ในสภาพที่อบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว

5) จะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างกันทุกฝ่าย เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในแนวทางการวางแผนดูแลรักษาร่วมกัน ซึ่งการสื่อสารเบื้องต้นที่สำคัญในตอนแรก คือ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่กระจ่างเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและแนวทางการรักษาแบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและสามารถเลือกแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อช่วยให้เกิดการตายดี ซึ่งทักษะการสื่อสารรวมทั้งทักษะด้านอื่นๆ ในการดูแลแบบประคับประคองนี้ จะต้องมีการฝึกทักษะและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลมากที่สุด

2.2.3 สารและองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) ได้กำหนดสารและการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไว้โดยสรุป ดังนี้ 1) ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆ 2) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ 3) ดูแลผู้ป่วยเป็นทีมซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team) เพื่อให้การดูแลทั่วถึงทุกมิติตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 4) ตระหนักว่าผู้ป่วยระยะท้ายมีการรับรู้ต่อความตายที่มีลักษณะเฉพาะร่วมกับครอบครัว 5) รับรู้และระลึกว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนพึงประสบไม่วันใดก็วันหนึ่ง 6) ให้การดูแลด้วยความเคารพต่อชีวิตผู้ป่วย โดยให้ชีวิตดำเนินไปตามธรรมชาติไม่เร่งให้ตายเร็ว (hasten death) หรือยืดความตายออกไป (postpones death) และ 7) ประคับประคองบรรเทาอาการพร้อมสนับสนุนและส่งเสริมสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2553) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองว่าประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (symptom control) ได้แก่ อาการปวด (pain) เบื่ออาหาร (anorexia) ผอมแห้ง (cachexia) หายใจหอบหรือหายใจลำบาก (breathlessness/dyspnea) คลื่นไส้อาเจียน (nausea and vomiting) อ่อนแรงหรือเหนื่อยง่าย (weakness/fatigue)

ปากแห้ง (dry mouth) ถ่ายเหลว หรือท้องผูก (diarrhea/ constipation) และปัญหาของผิวหนัง เช่นเป็นแผล (ulcers) ผื่นคัน (pruritus)

2) การรักษาโรค (disease management) ได้แก่ การรักษาในสภาวะที่แก้ไขได้ (reversible condition) และการรักษาแบบประคับประคอง (incurable condition)

3) การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual care) การดูแลด้านจิตสังคม เช่น อาชีพ ครอบครัว ความสัมพันธ์ เป็นต้น การดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การค้นหาความหมายของชีวิต การให้อภัย ความรักความเข้าใจและความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบขั้นต่ำสุด ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามที่องค์การอนามัยโลกได้เคยกำหนดไว้ คือ การบรรเทาความปวดการช่วยเหลือด้านจิตใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วย (World Health Organization, 2002a)

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าสาระและองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลระยะท้ายของชีวิต และการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

1) ให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเน้นลดความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สบายทางกายและจิตใจ ให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ให้ความสำคัญกับความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา และปรารถนาครั้งสุดท้ายในชีวิต

2) เน้นการดูแลเป็นทีม สมาชิกในทีมร่วมกันดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการโดยดูแลแบบบูรณาการเชื่อมโยงกันโดยไม่มีการแยกส่วน

3) ให้ความเคารพกับผู้ป่วยและญาติ ดูแลให้เป็นไปตามธรรมชาติทั้งกระบวนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตโดยสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ป่วยและญาติในช่วงเจ็บป่วยระยะท้ายตลอดจนภายหลังการจากไป

4) ส่งเสริมการรับรู้ให้ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมการดูแล เข้าใจและตระหนักว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนจะต้องประสบและไม่ใช่เรื่องของใครคนใดคนหนึ่งแต่เป็นลักษณะที่บุคคลที่เกี่ยวข้องจะต้องเผชิญไปด้วยกัน

2.2.4 รูปแบบการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง

ในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทและความพร้อมในแต่ละแห่ง มีการทำงานเป็นทีมซึ่งสมาชิกในทีมและบทบาทของสมาชิกจะทำตามความชำนาญในทักษะวิชาชีพ หรือทักษะความสามารถของตนเอง โดยรูปแบบการดูแลที่พบในประเทศไทยมีดังนี้ (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, 2559)

รูปแบบการดูแลในโรงพยาบาล (hospital-based services) ผู้ป่วยระยะท้ายที่มา รับการรักษาในโรงพยาบาลมักเป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลันมีปัญหาซับซ้อน ต้องการการจัดการหรือ การรักษาหรือการดูแลบรรเทาอาการต่างๆ ที่อาจไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ การรักษา ในโรงพยาบาลจะดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในหลากหลายสาขา อย่างไรก็ตาม สถานภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยทั่วไป อาจจะมีความเป็นส่วนตัวค่อนข้างน้อยและอาจมีข้อจำกัดในการ เข้าเยี่ยม การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมในโรงพยาบาลอาจไม่สอดคล้อง กับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวมากนัก

รูปแบบสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (hospice) สถานพยาบาลกึ่งบ้าน หรือ ฮอสปิซ (hospice) หมายถึง สถานที่พักและให้บริการแก่ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้มีชีวิตรอดได้ในเวลาจำกัด อาจ เป็นสถานที่ที่จัดขึ้นไว้โดยเฉพาะ เช่น หน่วยหนึ่งในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นที่สำหรับส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัคร การดูแล จะเน้นที่การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต บรรเทา ควบคุมความเจ็บปวด และอาการของโรค การดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้หาย แต่จะเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ

รูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (religious-based organization) ในมุมมองของทางศาสนาถือว่าเรื่องของการเจ็บป่วยและความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป้าหมายของการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนาจึงเป็นการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเข้าใจกฎของธรรมชาติดอมรับและมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ อยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข พร้อมทั้งจะจากไป ตายดีหรือตาย อย่างสงบในที่สุดไม่ได้เน้นอยู่ที่การ รักษาโรคให้หายหรือทุเลาลงเพียงอย่างเดียว

รูปแบบการดูแลที่บ้านหรือการดูแลโดยชุมชน (home-based/community-based care) รูปแบบนี้มีแนวคิดให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ ดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้อง กับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม โดยการช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต

และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ให้บริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล หรืออาสาสมัครในทีมออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการ สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการนำจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัวของผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (hospital-based services) ในผู้ป่วยระยะท้ายที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม และอายุรกรรมของ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่มีอาการทางกาย เช่น ปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย หอบ เป็นต้น ซึ่งอาการบางอย่างไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ แต่ถ้าหากได้รับการดูแลจนอาการคงที่ สามารถควบคุมอาการต่างๆ ได้ ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำแล้ว ก็สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ แต่ในทีนี้ยังเป็นรูปแบบที่ยังไม่สมบูรณ์เนื่องจากสมาชิกทีมไม่ครอบคลุม ในการดูแลบทบาทของสมาชิกทีมที่เห็นเด่นชัด คือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และมีพยาบาลในหอผู้ป่วยให้การดูแลตามบทบาทปกติ หากมีผู้ป่วยบางราย ที่ต้องจำหน่ายกลับบ้าน จะส่งปรึกษาทีมเยี่ยมบ้าน ส่วนสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ยังไม่พบเห็นการเข้าร่วมทีมในการดูแลเท่าที่ควร ผู้วิจัยเข้าไปอยู่เป็นส่วนหนึ่งในทีมโดยทำหน้าที่เป็นเป็นผู้ประสานงานร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วย

2.2.5 บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวในการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง

ในการดูแลระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคองนั้น มีลักษณะการดูแลเป็นทีม ซึ่งบุคลากรดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็นสมาชิกอยู่ในทีมและมีบทบาทที่แตกต่างกัน ซึ่งทีมในการดูแลนั้นมีอยู่หลายรูปแบบ แต่โดยทั่วไปมักพบว่าอยู่ในรูปแบบเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team) และทีมรวมวิทยาการ (multidisciplinary team) นอกจากนี้ยังมีทีมในลักษณะอื่นๆ เช่น ทีมทำหน้าที่ร่วมกัน (cross-functional team) และทีมทำหน้าที่เหมือนกัน (transdisciplinary team) ซึ่งแต่ละทีมมีลักษณะการทำงานดังนี้ (ลัดดาวัลย์, สิงห์คำฟู, 2556; ศูนย์การุณรักษ์, 2561)

ทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team) จะทำงานในลักษณะการแบ่งปันข้อมูลร่วมกัน เพื่อพัฒนาแผนการดูแลและให้การดูแล องค์ประกอบของสมาชิกในทีมขึ้นกับการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล โดยทั่วไป ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำจิตวิญญาณและจิตอาสา ซึ่งลักษณะการทำงานเป็นอิสระตามความชำนาญในวิชาชีพของตนเอง มีการจัดการปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมรอบด้าน ทีมในลักษณะนี้มักมีผู้ประสานงาน ที่พบว่าโดยส่วนมากเป็นพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่

อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณตามปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริง การทำงานจะเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ อากาศเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีการทำงานอย่างต่อเนื่องร่วมกัน มีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน เป็นผู้นำ ตามวิชาชีพของแต่ละคน โดยมองปัญหาของผู้ป่วย ตามมุมมองวิชาชีพของตนเอง แต่นำปัญหา มารวมกันทำให้เห็นปัญหารอบด้านและร่วมกันแก้ไขปัญหา เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เกิดความ ไว้วางใจและยอมรับความคิดเห็นและการทำงานของสมาชิกทีม ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวมากยิ่งขึ้น

ทีมรวมวิทยาการ (multidisciplinary team) จะทำงานในลักษณะของหลากหลาย วิชาชีพทำงานร่วมกันทั้งหมด มีแพทย์เป็นผู้นำทีม มีลักษณะเป็นลำดับขั้น โดยแต่ละวิชาชีพจะทำงาน ในหน้าที่ของตนเป็นลำดับแรก และทำหน้าที่ของทีมเป็นลำดับที่สองมีการสื่อสารกันผ่านทางบันทึก ทางการแพทย์ สมาชิกแต่ละคนมีบทบาทของตนเองที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยตามความชำนาญหรือ ทักษะทางด้านวิชาชีพของตนเอง ทำงานตามลำพัง มีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุตามวิชาชีพ ของตนเอง ไม่ได้เน้นการเข้าใจผู้ป่วยแบบผสมผสาน แต่แยกความชำนาญในแต่ละสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งทีมในลักษณะนี้มีข้อด้อยคือ ขาดการวางแผนการดูแลและเป้าหมายร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้อาจเกิดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุมหรือสอดคล้อง ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ไม่ดีพอ ขัดแย้งหรือคับข้องใจในการดูแลเนื่องจากแต่ละวิชาชีพมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน อาจมีบางอย่างที่เข้าใจ แตกต่างหรือไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลไม่ดีเท่าที่ควร คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวลดลง

ทีมทำหน้าที่ร่วมกัน (cross-functional team) ซึ่งอาจจะเป็นการทำงานร่วมกัน ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ที่สมาชิกมีบทบาทร่วมกัน แต่ในบางคนอาจจะทำหน้าที่ในสิ่งที่ไม่ได้ชำนาญ สูงสุดแต่เป็นการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ทีมทำหน้าที่เหมือนกัน (transdisciplinary team) รูปแบบจะไม่มีบทบาทเฉพาะ ของสมาชิก มีบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกัน รูปแบบนี้ไม่เด่นในการดูแลสุขภาพแต่จะเน้นดูแลใน สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือ hospice เช่น การลดอาการเหนื่อยหอบ สมาชิกทุกคนในทีมก็จะ ดูแลตามความสามารถและระดับความเชี่ยวชาญของตนเอง

ส่วนบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวในการดูแลระยะท้ายของชีวิต และการดูแลแบบประคับประคอง มีดังนี้

แพทย์ มีความรับผิดชอบโดยตรง คือ ให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน สามารถเข้าใจได้ง่าย และดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์จะต้องมี ความรู้ความสามารถที่ทันสมัย ในการดูแลรักษาอาการต่างๆ มีความสามารถในการจัดการอาการปวด

และอาการอื่นๆ คำนึงเกี่ยวกับการจัดการโรคของผู้ป่วย และต้องให้ความสนใจ ให้ความสำคัญกับคำพูด ลักษณะท่าทางและอาการแสดงของผู้ป่วย แพทย์ควรสอบถามผู้ป่วยถึงลำดับของอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้มากที่สุดและสนใจดูแลรักษาอาการเหล่านั้นอย่างครบถ้วน แพทย์อาจทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม ในระยะแรกอาจไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์สาขา เฉพาะทางการดูแลแบบประคับประคอง อาจเป็นแพทย์ในสาขาต่างๆ ที่ได้ รับการอบรมเพิ่มเติม (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550; ศุภญ์การุณรักษ์, 2561)

พยาบาล มีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกายจิตใจและอารมณ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่ การประเมินสภาพ กำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล แผนการดูแลนั้นมีเป้าหมายเพื่อการบรรเทาอาการ หรือหยุดยั้งความทุกข์ทรมาน และต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญความรุนแรงอาการและความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลสามารถดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและความตาย ต้องไวต่อความรู้สึก เปิดโอกาสและให้ความร่วมมือกับผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ทำกิจกรรมตามความเชื่อและประเพณีวัฒนธรรมสังคมได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยเตรียมความพร้อมของญาติในครอบครัว ก่อนจะเข้าหาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและให้กำลังใจครอบครัวในการดำเนินชีวิตต่อไปแม้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากทำหน้าที่ในการดูแลยังทำหน้าที่ประสานการดูแล บางครั้งอาจทำหน้าที่หัวหน้าทีมสหสาขา (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550; ศุภญ์การุณรักษ์, 2561)

เภสัชกร เนื่องจากการจัดการอาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็น มีการเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยาระงับปวดโดยเฉพาะ ยากลุ่ม opioids ในรูปแบบต่างๆ มีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารยาและปฏิกิริยาของยาต่างๆ เป็นต้น (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550; ศุภญ์การุณรักษ์, 2561)

นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้ ให้คำปรึกษานับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน การประสานงานการเข้าออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน การติดต่อประสานงานองค์กร ให้ความช่วยเหลือในภูมิลำเนาของผู้ป่วย การติดตามญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงที่ขาดการติดต่อและการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยก่อนและหลังการเสียชีวิต (กรมการแพทย์, 2557; เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550)

ผู้นำศาสนา จะต้องเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะที่สามารถชี้แนะการดำเนินชีวิตของผู้อื่นได้ด้วย คำสอน หลักธรรมทางศาสนาความเชื่อ ความศรัทธา ขนบธรรมเนียมประเพณี หรือวิถีชีวิตและมีทัศนคติที่ดีต่อความตาย สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตจากความเจ็บป่วยและความตายได้โดยความต้องการและสมัครใจของผู้ป่วยด้วยการให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางในการดำรงชีวิตหรือสวดมนต์ไหว้พระ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณจากการได้ทำบุญหรือร่วมในพิธีกรรมตามความเชื่อ การได้พบพระหรือผู้นำทางศาสนา เพื่อปลดปล่อยความขัดแย้งทางจิตวิญญาณหรือบาปที่ฝังใจอยู่ก่อนเสียชีวิต (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550; กรมการแพทย์, 2557)

ครอบครัวญาติพี่น้องหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย มีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยเหลือดูแลเป็นกำลังใจสนับสนุนชี้แนะ ประสานงานการจัดการดูแลในครอบครัว และตัดสินใจเตรียมพร้อมสำหรับความตาย ดังนั้นจึง การทราบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลต่างๆ และกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ จะสามารถใช้พิจารณาดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วย เช่น การได้พบบุตรที่อยู่ห่างไกลเพื่อกล่าวคำอำลา เป็นต้น ญาติพี่น้องควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยการรักษาและพยากรณ์โรคและมีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาให้มากที่สุดโดยเฉพาะในประเด็นที่มีทั้งผลดีผลเสียหรืออาจมีความขัดแย้งในอนาคตได้ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อหรือสายต่างๆในร่างกาย สถานที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต เป็นต้น (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550; สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และศุภกร วงศ์ทัตญญู, 2559)

อาสาสมัคร อาสาสมัครที่ช่วยเหลืองานทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน จะมีบทบาทในการเติมเต็มช่องว่างในการดูแลที่เกิดจากการขาดแคลนบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีภาระมากหรือทดแทนผู้ดูแลกรณีไม่มีญาติหรือช่วยแบ่งเบาภาระญาติพี่น้อง โดยเฉพาะอาสาสมัครในชุมชนจะเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนมาก อาสาสมัครที่จะมาช่วยงานจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นจึงควรต้องได้รับการอบรมเพื่อให้สามารถให้การดูแลและสังเกตปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำไปสู่การวางแผนดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย มีการส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการปฏิสัมพันธ์ที่ดี พร้อมทั้งจะรับฟังและมีสุขภาพแข็งแรงด้วย (กรมการแพทย์, 2557; เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550; พรภัทธา แสนเหล่า, 2560; สวรรณกมล จันทระมะโน, 2558)

2.2.5 วิธีการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย

ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะท้ายนั้น ต้องมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม สิ่งที่เกี่ยวข้องในการดูแล ประกอบไปด้วย การประเมินผู้ป่วยในระยะท้าย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสื่อสารที่สำคัญในการดูแลระยะท้าย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การประเมินผู้ป่วยในระยะท้าย

การประเมินผู้ป่วยถือเป็นสิ่งที่สำคัญอันดับแรกในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย เพื่อที่จะทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและสามารถให้การพยาบาลได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

การประเมินด้านร่างกาย

การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายด้านร่างกาย จะประเมินจากอาการไม่สุขสบาย ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก แล้วจึงประเมินการตรวจร่างกาย ซึ่งการตรวจร่างกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี ถึงความเอาใจใส่ที่ีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย โดยต้องคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วยและรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ อาการปวด เบื่ออาหาร ผอมแห้ง หายุดหายใจหรือหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนแรงหรือเหนื่อยง่าย ปากแห้ง ถ่ายเหลวหรือท้องผูก และปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล ผื่นคัน เป็นต้น

ปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิตคือความปวด ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพควรประเมินและจัดการกับอาการปวด (pain management) สิ่งที่ต้องประเมินเกี่ยวกับอาการปวด คือ ตำแหน่ง ลักษณะของความปวด ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลด ความปวดผลต่อความสามารถในการทำงาน ผลของการรักษาต่อความปวดและความเห็นของผู้ป่วยต่อความปวด (สุปราณี นิรุติศาสตร์, 2550a)

การประเมินด้านจิตใจ

ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ 3 อย่าง คือภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลภาวะสับสน ซึ่งต้องมีการประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด เพื่อที่จะสามารถให้การดูแล ได้ถูกต้อง ดังนี้ (ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550)

1) ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะผู้ที่ใกล้เสียชีวิต และผู้ที่อายุน้อย ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัยส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตนอกจากนี้ยังเกิดอาการทุกข์ทรมานทางกาย โดยเฉพาะอาการปวดที่ยังควบคุมไม่ได้ การนอนไม่หลับ การนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความพิการผลจากโรคเช่นโรคมะเร็งบางชนิดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาบางชนิด เช่น ยาเคมีบำบัด บางตัวยาใน

กลุ่มสเตียรอยด์ ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟินและอนุพันธ์ เป็นต้น (สุวคนธ์ กุรัตน, พชรี ภาระโช, และ สุวีริยา สุวรรณโคตร, 2556) ผู้ป่วยจะมีลักษณะ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า ท้อแท้ตลอดเวลา รู้สึกไร้ค่า และสิ้นหวัง อาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ภุขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) รวมทั้งอาจเกิดจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางอ้อมที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทุกรายและในรายที่มีภาวะซึมเศร้าต้องประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย (พิมพ์พนิต ภาศรี, 2557)

2) ภาวะวิตกกังวล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความวิตกกังวลจะส่งผลทำให้แสดงออกทางด้านร่างกาย คือ กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลียและมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่นมือสั่น หายใจไม่สะดวก หน้ามืดมึนงง กลืนลำบาก ท้องอืดเพื่อหรือท้องผูก บางรายมีความเครียดเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น หายใจไม่ออกกะทันหัน ใจหวิวหรือรู้สึกใจเสาะกลายเป็นบ้าถ้าควบคุมไม่ได้ (ภุขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550)

3) ภาวะสับสนเกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติทั้งในด้านการรับรู้การคิดและการแสดงออก โดยเฉพาะการแสดงออกของผู้ป่วยมีทั้งรูปแบบที่สับสนวุ่นวายมากขึ้น (hyperactive delirium) และแบบที่ซึมลง (hypoactive delirium) ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น ย้ำคิดย้ำทำ โวยวาย อาละวาด หรือซึมเศร้า มีอาการสับสน การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลไม่ตรงตามความจริง (สุวคนธ์ กุรัตน, พชรี ภาระโช, และ สุวีริยา สุวรรณโคตร, 2556)

การประเมินด้านสังคม

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิตโดยเฉพาะผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยดังนั้นการประเมินทางด้านสังคม (social assessment) จึงมีความสำคัญโดยจะต้องประเมิน ดังนี้ (พิมพ์พนิต ภาศรี, 2557)

1) บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เพราะบทบาทจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวหรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ เช่น กรณีสามีซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลักเสียชีวิตลงมักส่งผลให้ภรรยาต้องรับภาระของครอบครัว ไม่สามารถจัดการกับปัญหาเรื่องของรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สินตามมา เป็นต้น

2) ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีอาการป่วยหนักและทราบว่าตนเองจะต้องเสียชีวิตลง อาจทำให้รู้สึกกระวนกระวายใจ การมีโอกาสดูแลปรับความเข้าใจและแสดงออกถึงความรักความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น ลดความรู้สึกคับข้องใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความสวยงามของชีวิต แม้ว่าจะต้องจากและสูญเสียคนที่รัก

3) ผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) การประเมินเรื่องผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมท่ามกลางคนที่รัก ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องเข้าใจและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับบ้าน จะต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร การสังเกตอาการป่วย เป็นต้น

4) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การประเมินเรื่องที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน

5) เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ครอบครัวหรือญาติ เพื่อนบ้าน หน่วยงานหรือองค์กรกลุ่มทางศาสนา อาสาสมัคร การค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับความรักความเอาใจใส่เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่องจากเครือข่ายทางสังคมอย่างไร เช่น การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ การให้คำแนะนำ ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว

6) ความต้องการของครอบครัว ในสังคมไทยสถาบันครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคลที่สุด ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย บางครั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจสร้างความขัดแย้งกับผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกัน การค้นหาว่าใครมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ และสามารถทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าเป็นทีมเดียวกับผู้ดูแลรักษา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุด ข้อควรคำนึงในการประเมินด้านสังคมคือต้องคำนึงถึงความแตกต่างในองค์ประกอบของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ศาสนา ความเชื่อ การรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้น

การประเมินด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับปรัชญาชีวิต เป้าหมายชีวิตหรือสิ่งที่มีค่าสูงทางจิตใจเป็นสิ่งสำคัญกับชีวิต ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเองนับถือเป็นประจำ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะคงไว้ในเรื่องความผูกพันกับศาสนาของแต่ละบุคคลเพื่อให้ได้รับการให้อภัยความรักความหวัง ความไว้วางใจความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชั่ว ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, 2553; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552; 2555) สามารถสรุปได้ดังนี้

1) ความรักและความสัมพันธ์ (love and connectedness) ความรักเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์มีความจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของบุคคลในหลายๆ ด้าน ทั้งความคิดความรู้สึก โดยเฉพาะความรัก ความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหาย ของใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่โรงพยาบาล ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ยิ่งรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและกำลังจะตายจึงรู้สึกเศร้าโศกเดี่ยวและท้อแท้ย่อมต้องการความรักและความสัมพันธ์ที่ดีจากทั้งญาติและแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก

2) การค้นหาความหมายชีวิตและการเจ็บป่วย (meaning of life and illness) มนุษย์ไม่สามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ ทุกคนต้องการอยู่อย่างมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนเองรัก หรือทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ดำรงอยู่ ความเอื้ออาทร ความรัก ความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย เป็นกำลังใจสำคัญในการดำเนินชีวิต ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย มนุษย์ที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็งจะสนใจศาสนาหรือมีปรัชญาในการดำเนินชีวิต ซึ่งแสดงออกในรูปพฤติกรรม คือ การดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง และแสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เมื่อยามเจ็บป่วยจะใช้วิถีชีวิตในครั้งนี้นี้ ค้นหาความหมายของชีวิตว่าจะใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างไรก่อนตาย การตระหนักถึงความหมายของชีวิตในขณะที่เหลืออยู่ มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วย เช่น ในขณะนี้ผู้ป่วยมีชีวิตเพื่อใคร เป็นต้น ผู้ป่วยระยะนี้อาจจะตั้งคำถามที่สำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมานและความตาย เช่น ทำไมต้องเกิดความทุกข์ทรมานกับตนเอง ชีวิตข้างหน้าจะเป็นอย่างไร

3) การขอโทษหรือการให้อภัย (forgiveness) บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและอยู่ในระยะสุดท้าย มักจะพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวของความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ ความผิดพลาด ที่เกิดขึ้น ที่ยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่คิดว่าตนเองคงไม่มีโอกาสได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชย เพราะเวลาเหลือน้อยเต็มทีจะทำให้มีความทุกข์และขมขื่นจิตใจมาก ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มองย้อนกลับในอดีตบางครั้งสับสนและขัดแย้ง ในระยะนี้ผู้ป่วยมีโอกาสสำนึกผิดได้ง่าย ต้องการสารภาพผิดของตนเพื่อการได้รับอภัย ต้องการพบบุคคลที่ตนเองต้องการกลับคืนดี การขอโทษหรือการให้อภัยแก่ผู้ที่เคยเป็นศัตรูกันมาก่อน ต้องการได้ขอโทษหรือได้รับการให้อภัย หรือขอโทษ การขอโทษหรือการให้อภัยของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธหรือการได้สารภาพบาปในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์นั้น เป็นการกระทำที่มีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายมาก (พระไพศาล วิสาโล, 2553) การกระทำในสิ่งเหล่านี้ถือว่าการช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจของผู้ป่วย

4) การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (religious practice) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายนั้น การปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนามีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม การมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย และการได้ระลึกถึงคุณความดีกุศลหรือการสวดมนต์ให้จิตใจสงบสภาพจิตใจที่ดีงาม จะส่งผลให้ชีวิตหลังการตายไปของผู้ป่วยสู่ภพภูมิที่ดีดังนี้

ศาสนาพุทธ มีประเพณีปฏิบัติกันมาตั้งแต่โบราณกาล คือ “การบอกหนทาง” ให้แก่ผู้ที่กำลังจะตาย วิธีนี้อาจกระทำได้โดยพระ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ การบอกหนทางดังกล่าว คือ การพูดจูงใจให้เตรียมสติให้ผู้ที่กำลังจะตาย ระลึกถึงกรรมดีหรือบุญกุศลที่เคยทำไว้ หรือบอกให้นึกถึงคำบริกรรมง่าย ๆ เช่น พุทโธ ไปเรื่อยๆ จนหมดลมหายใจ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่รณาสันนวิถีหรือวิธิสวดท้ายที่ใกล้เข้าสู่ความตาย ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถรับรู้สิ่งใดทางประสาทสัมผัสที่ 5 ได้เลย ดังนั้นการบอกหนทาง หรือการให้สติแก่ผู้ป่วยควรกระทำในตอนต้นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติดีอยู่ (ประยูร ดิษฐานพวงศ์, 2552; พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, 2559)

ศาสนาคริสต์ เชื่อว่าความตายเป็นหนทางสู่ชีวิตใหม่ ความตายเป็นสิ่งกระตุ้นให้มนุษย์มีความหวังและเชื่อสัตย์ต่อพระเจ้า หากเชื่อมั่นในพระเจ้าและมอบความรักให้แก่พระองค์ทั้งชีวิต ผู้นั้นก็จะได้ใกล้ชิดพระองค์และมีชีวิตนิรันดร์ ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับศีลเจมิ ซึ่งเป็นการโปรดศีลให้แก่ผู้ซึ่งกำลังป่วยหนักหรือใกล้จะเสียชีวิต เป็นการรับพรก่อนที่จะก้าวสู่อีกมิติหนึ่งของชีวิต (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) ในการรับศีลเจมิไม่จำเป็นต้องรอให้ถึงเวลาใกล้ตายเพราะอาจจะไม่ทันการ ดังนั้นเมื่ออยู่ในขั้นอันตรายเพราะเจ็บป่วยหรืออยู่ในวัยชราก็สามารถรับศีลนี้ได้ (บาทหลวงสิรินนท สรรเพ็ชร, 2554) เนื่องจากผู้ป่วยระยะนี้มักจะคิดถึงความผิดในอดีต ทำให้กังวล หวาดกลัว บาทหลวงหรือญาติสามารถช่วยเสริมสร้างทางจิตวิญญาณให้ผู้ป่วยได้ โดยการอ่านพระคัมภีร์เพื่ออภัยบาปในนามของพระเจ้า อ่านตอนที่กล่าวว่าพระเจ้านิรมิตตา ให้ อภัยลูกตลอดเวลา และไว้วางใจในพระเมตตา กล่าวซ้ำๆ เพื่อให้เขาสงบและมีสติตลอดเวลา (พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, 2559)

ศาสนาอิสลาม ได้แนะนำการปฏิบัติช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ควรให้บุคคลซึ่งผู้ป่วยรักและไว้วางใจมากที่สุดเป็นผู้ดูแล และเตือนให้ผู้ป่วยสำนึกผิดและขออภัยจากอัลเลาะห์ และเตือนให้กล่าว “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์” (ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลเลาะห์) ซึ่งเป็นถ้อยคำที่อยู่คู่ชีวิตของชาวมุสลิมตั้งแต่เมื่อแรกเกิดจนถึงเสียชีวิต โดยกล่าวเบาๆ ที่ข้างหูขวา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ เพราะคำนี้เป็นคำที่ประเสริฐสุด หากก่อนตายใครได้กล่าวคำนี้เป็นคำสุดท้ายจะได้ขึ้นสวรรค์โดยไม่ถูกสอบสวน แต่ไม่ควรกล่าวซ้ำๆ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ และให้กล่าวขออภัยที่เคยละเมิดหรือล่วงเกินผู้อื่น

นอกจากนี้ ยังควรเตือนให้ผู้ป่วยได้สังเสียดเกี่ยวกับทรัพย์สินหรือเรื่องอื่นๆ แก่ทายาท หรือผู้เกี่ยวข้อง สิ่งสำคัญที่สุดในช่วงนี้ควรอ่านคัมภีร์อัลกุรบท ซูเราะฮ์ยาซีน แก่ผู้ป่วยด้วย หากเห็นผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักมากแล้ว ก็ควรดูแลโดยการหยอดน้ำเพื่อมิให้ลำคอของผู้ป่วยแห้งผากเกินไป และควรจัดการให้ผู้ป่วยได้นอนหันหน้าไปทางทิศกิบลัตหรือนครเมกกะ ซึ่งในประเทศไทยอยู่ประมาณ 286 องศาหรือทิศตะวันตกเฉียงเหนือ โดยตะแคงด้านขวา หรือนอนหงายโดยยกศีรษะให้สูงขึ้น แต่หากมีอุปสรรคมากให้ผู้ป่วยได้นอนในท่าที่สบายที่สุด (ทีนกร มีหิรัญ, 2554)

ในการดูแลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณพบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่มั่นคง มีสติ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายได้อย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ศรีรัตน์ กินาวงค์, และ ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร, 2559)

5) ความหวัง (Hope) การมีความหวังเป็นความต้องการและเป้าหมายชีวิตในทางบวกจะทำให้ชีวิตมีความสุขเปรียบเสมือนเป็นน้ำทิพย์ชโลมใจความหวังอาจเป็นความฝันหรือแรงบันดาลใจหรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลพยายามดำเนินชีวิตต่อไป

การซักประวัติเพื่อให้ครอบคลุมทุกด้านในมิติจิตวิญญาณ สามารถใช้หลัก FICA (กฤษณะ สุวรรณภูมิ, 2552; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; Puchalski, 2001) ได้ดังนี้

1) Faith and belief เป็นการถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การรับมือกับความเครียดหรือสิ่งที่มีความหมายกับชีวิต โดยอาจใช้แนวคำถามดังนี้ เช่น “คุณมีความเชื่อด้านศาสนาหรือไม่อย่างไร” หรือ “อะไรที่ช่วยให้คุณรับมือกับความเครียดได้” หรือ “อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกว่าคุณมีคุณค่าหรือมีความหมาย” เป็นต้น

2) Importance เป็นการถามเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิต และสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาจใช้แนวคำถามดังนี้ “อะไรที่มีความสำคัญต่อความศรัทธาหรือความเชื่อในชีวิตคุณ” “ความเชื่อของคุณเคยมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่” “ความเชื่อที่คุณมีส่งผลทำให้สุขภาพของคุณดีขึ้นอย่างไร”

3) Community เป็นการถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ตัวอย่างของชุมชน ได้แก่ กลุ่มคนในวัดในพุทธศาสนา โบสถ์ในคริสต์ศาสนา มัสยิดในศาสนาอิสลาม หรือชุมชนที่อยู่อาศัย เป็นต้น ในการถามอาจใช้แนวคำถามดังนี้ “คุณเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนด้านจิตวิญญาณ หรือความเชื่อหรือไม่ ถ้ามีชุมชนดังกล่าวมีส่วนช่วยคุณหรือไม่อย่างไร” “มีกลุ่มคนที่คุณรักหรือมีความสำคัญต่อตัวคุณหรือไม่”

4) Address in care เป็นการถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและความรู้สึกต่อบุคลากรที่มาดูแล อาจใช้แนวคำถามดังนี้ “คุณรู้สึกอย่างไรต่อเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ดูแลคุณ” “คุณมีความต้องการอะไรหรือไม่”

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นกระบวนการสื่อสารอย่างหนึ่งซึ่งใช้หลักการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วย (autonomy) เป็นพื้นฐาน โดยอยู่ในรูปแบบของคำสั่งล่วงหน้า ในการช่วยแบ่งเบาภาระในการตัดสินใจของผู้ป่วย และยังเป็นผลดีสำหรับทีมสุขภาพ โดยเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ ในการวางแผนล่วงหน้าในเวลาที่ยังพร้อมที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสะท้อนความต้องการของตนเองกับครอบครัวและทีมสุขภาพ เกี่ยวกับแนวทางการรักษาในระยะท้ายของชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการตัดสินใจเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาที่เฉพาะเจาะจง การรักษาแบบประคับประคอง รวมทั้งการตัดสินใจช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งควรมีการพูดคุยกันก่อนที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้หรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, 2556) ดังนั้น ความหมายและประเด็นสำคัญของการทำ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) อยู่ที่กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจและการวางแผนร่วมกันให้เกิดแผนที่ชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมีความหมายกว้างกว่าการตัดสินใจเฉพาะเรื่องการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น (เต็มศักดิ์ พันธ์ศรี, 2558)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นโอกาสของแต่ละบุคคลในการที่จะคิดไตร่ตรองในการที่จะทำในสิ่งที่สำคัญในช่วงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต การเสียชีวิต และบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มักได้รับอิทธิพลมาจากคุณค่าในตัวบุคคล วัฒนธรรมและความเชื่อในมิติจิตวิญญาณ ส่วนที่สำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าคือ เอกสารที่ผู้ป่วยได้ทำไว้และสิ่งที่ผู้ป่วยได้กล่าวถึงบุคคลสำคัญในครอบครัว เพื่อนสนิทและทีมสุขภาพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ช่วยให้การดูแลระยะท้ายของชีวิตเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ระยะของพฤติกรรมในการเกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าประกอบด้วย 5 ระยะ (Wiegand & Hinderer, 2016) คือ 1) ระยะก่อนการคิดพิจารณาไตร่ตรอง (pre-contemplation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่คิดเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) ระยะคิดพิจารณาไตร่ตรอง (contemplation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มคิดเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 3) ระยะเตรียมการ (preparation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของตนเอง 4) ระยะวางแผน (action) ในระยะนี้ผู้ป่วยมีการอภิปราย แสดงความคิดเห็นในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ 5) ระยะคงไว้ (maintenance) ในระยะนี้ผู้ป่วยมีการทำการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลหน้ารวมทั้งการแสดงเจตนาในวาระท้ายของชีวิต (living will)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีความสำคัญสำหรับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ในอนาคต ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าจะต้องให้การดูแลอย่างเห็นอก เห็นใจ เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รับทราบข้อมูล สื่อสารถึงความต้องการในการดูแลรักษาตนเอง และสามารถตัดสินใจในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ ในขณะที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็จะบรรเทาความเครียดในการตัดสินใจ การพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า จะช่วยให้เกิดการเตรียมการดูแลที่ดีที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแสดงการเคารพ ในความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Bloomer, Tan, & Lee, 2010; Houttekier, Cohen, Cools, & Deliens, 2012; Samanta & Samanta, 2010) การวางแผนนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนทั้งทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องมีการปรึกษาร่วมกันเพื่อให้การดูแลในระยะท้ายของชีวิตสามารถตอบสนองความต้องการและเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด และเมื่อผู้ป่วยจากไปถึงแม้จะเกิดความเสียใจเป็นธรรมดาแต่ทุกฝ่ายจะไม่ได้รู้สึกผิดหรือคิดเสียดาเสียใจกับสิ่งที่ทำหรือไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเนื่องจากได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดแล้ว

ขั้นตอนในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 3) ให้คำปรึกษาและวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ความสำคัญของการรักษา มีเป้าหมายในการวางแผนและสามารถตัดสินใจในการวางแผนได้ ซึ่งในการให้ข้อมูลอาจใช้สถานการณ์สมมติได้ 4) อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา การใช้ยา การผ่าตัดหรือทำหัตถการ การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น และมีเอกสารสำหรับให้ผู้ป่วยในการเซ็นต์ยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรับการรักษา 5) การตัดสินใจอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความปรารถนาของผู้ป่วยเมื่อเวลาผ่านไป ถึงแม้จะมีการวางแผนล่วงหน้าไว้แล้ว แต่จะถือการตัดสินใจล่าสุดของผู้ป่วยเป็นแนวปฏิบัติ และ 6) ต้องมีการสื่อสารให้ทีมสุขภาพทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมรับรู้ในการตัดสินใจและวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย (Clayton, Hancock, Butow, Tattersall, & Currow, 2007)

นอกจากนี้ สายศิริ อิศราญาวิชย์ (2559) ได้เสนอขั้นตอนในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ดังนี้ 1) สอบถามผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเกี่ยวกับญาติทั้งหมดที่เป็นบุคคลสำคัญในการที่ตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วย 2) สอบถามและขออนุญาตผู้ป่วยในการพูดคุยเรื่องอาการของโรคและการวางแผนล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งสอบถามความต้องการของผู้ป่วยในการเข้าร่วมพูดคุย 3) เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วย ต้องมีการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมประชุมและทีมสุขภาพต้องมีการตกลงกันเกี่ยวกับภาษาและขอบเขตเนื้อหาที่พูดคุยเพื่อให้ทุกคนเข้าใจตรงกัน 4) จัดการประชุมในห้องที่เป็นสัดส่วนหรือจัดประชุม

ที่รอบเตียงผู้ป่วยหากผู้ป่วยต้องการพูดคุยด้วยโดยการกั้นม่านให้มิดชิด 5) บอกเล่าถึงอาการของผู้ป่วยที่ดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตโดยการใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่ายแต่ต้องไม่ก่อให้เกิดความกังวลหรือตกใจเกี่ยวกับค่าวาระระยะท้ายของชีวิตหรือของโรค ซึ่งแตกต่างกันตามบริบทของบุคคล พร้อมแจ้งถึงความเห็นของทีมสุขภาพในการที่จะร่วมกันวางแผนล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วย 6) แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย รวมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาข้างหน้าเพื่อที่จะสามารถให้การดูแลได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย 7) สอบถามและรับฟังอย่างตั้งใจถึงความกังวล ความสงสัยและความทุกข์ใจของญาติและผู้ป่วย 8) ทีมสุขภาพวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาในระยะท้าย โดยทีมสุขภาพต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกวางแผนการดูแลในระยะท้าย 9) แนะนำเรื่องการเขียนแสดงเจตนาในวาระท้ายของชีวิต (living will) พร้อมให้ดูตัวอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมั่นใจว่า สิ่งทีวางแผนหรือเขียนไว้จะได้รับการตอบสนอง และญาติผู้ดูแลหลักจะได้ไม่ต้องกังวลใจในการชี้แจงแนวทางการดูแลรักษาต่อผู้อื่นแทนผู้ป่วย และ 10) สรุปสิ่งที่ได้วางแผนร่วมกันและบันทึกไว้ในเวชระเบียน ประเมินผลการพูดคุยและนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไปเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การสื่อสารที่สำคัญในการดูแลระยะท้าย

การสื่อสารที่สำคัญในการดูแลระยะท้ายของชีวิต เป็นการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวตลอดจนสมาชิกในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมาเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ทางเลือกในการรักษา ผลการรักษาและความเสี่ยงในการรักษา (Perrin, 2006, 2010) เพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาตลอดจนเป็นการค้นหาการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, 2556)

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่สำคัญคือ 1) การบอกผลวินิจฉัยระยะสุดท้ายหรือกระบวนการแจ้งข่าวร้าย 2) การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนผ่านไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยและ 3) การสื่อสารกับครอบครัวซึ่งถือเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง (Dalin, 2010; Dalin & Wittenberg, 2015) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การบอกผลวินิจฉัยระยะสุดท้ายหรือกระบวนการบอกข่าวร้าย (bad news discussion) เป็นทักษะในการสื่อสารที่มีความจำเป็นมากเป็นบทบาทสำคัญของแพทย์ แต่พยาบาลก็จำเป็นต้องมีสมรรถนะที่สำคัญด้านนี้ด้วยเช่นกัน เนื่องจากข่าวร้ายเป็นเรื่องที่ไมดีสำหรับทุกคนเป็นเรื่องราวที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้รับข่าวทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและครอบครัว แต่เป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องแจ้งเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยได้ถูกต้อง (จตุพร วิศิษฏ์โชติอังกูร, เอ็มมอร์ ชลวร, นันทน์ภัส เอี่ยมเจริญ, โหมทย์ศักดิ์ สงทอง, อภิภู ธนาการ, และ กรวิทย์

หล่มวงษ์, 2557) แนวทางปฏิบัติในการสื่อสารที่นิยมกันอย่างแพร่หลายมีหลายแนวทาง เช่น การใช้แนวปฏิบัติ 6 step protocol for communicating bad news ซึ่งปรับปรุงมาจาก how to break bad news: a guide for health care professionals ของ Robert Buckman (Emanuel, von Gunten, & Ferris, 1999) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนโดย ใน 3 ขั้นตอนแรกเป็นเรื่องการเตรียมตัวและประเมินผู้ป่วยก่อนการบอกข่าวร้าย ขั้นตอนที่ 4 คือการบอกผล ขั้นตอนที่ 5 และ 6 เป็นการตอบสนองต่อปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติรวมถึงการดำเนินการในครั้งต่อไป ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวเจรจา (getting started) เรื่องที่พูดควรเป็นเนื้อหาที่สรุปบทพจนคดีแล้ว ถูกต้องตามหลักการทางการแพทย์จริงๆ อาจต้องเตรียมข้อมูลเกี่ยวข้องต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจซักถามไว้ล่วงหน้า ควรเตรียมเวลาที่จะให้กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เนื่องจากเรื่องที่พูดอาจไม่จบในเวลาที่กำหนด ควรปิดอุปกรณ์สื่อสารเนื่องจากอาจเป็นการรบกวนการสนทนาซึ่งจะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก การสนทนาควรจะนั่งคุยดีกว่ายืนคุย ซึ่งจะทำให้ดูเหมือนว่ามีเวลาน้อย ควรให้เวลากับผู้ป่วยอย่างเต็มที่รวมทั้งมีพฤติกรรมแสดงออกที่สำรวมให้เกียรติผู้ป่วยและตั้งใจจริงควรบอกผู้ป่วยอย่างชัดเจนว่าจะพูดคุยกันถึงเรื่องโรคให้ผู้ป่วยฟัง และควรมีญาติหรือผู้อื่นร่วมฟังด้วย ถ้าผู้ป่วยอยู่กับญาติจะทำให้บรรยากาศมั่นคงปลอดภัยมากกว่า ควรมีบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เข้าร่วมการสนทนาด้วย เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์หรือ ผู้นำทางด้านศาสนา เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 สำนวว่าผู้ป่วยรู้มากน้อยแค่ไหนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (what does the patient know) เริ่มต้นสนทนาเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมโดยต้องถามจากผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์นี้อย่างไรตัวอย่างคำถาม เช่น “อาการที่คุณเป็นอยู่เข้าใจว่าเป็นจากอะไร เรียกว่าโรคอะไร คุณหมอบอกว่าอย่างไร คุณเข้าใจว่าต้องรักษาอย่างไรบ้าง คุณได้รับการรักษาอย่างไรไปแล้วบ้าง” โดยควรถามทีละคำถามหรือ “ที่ผ่านมาการรักษาให้ผลเป็นอย่างไรสบายขึ้นหรือไม่ อย่างไร เกิดผลข้างเคียงอย่างไร” หรือ “อาการช่วงนี้เป็นหนักหรือเบาอย่างไร คุณมองว่าตัวคุณเป็นอย่างไร” เป็นต้นการสนทนาในขั้นนี้ควรดูการตอบสนองของผู้ป่วยอาจจะค่อยๆ ถามและรอให้ผู้ป่วยค่อยๆ พูดหรือแพทย์อาจช่วยสรุปประเด็น แต่ควรเป็นฝ่ายตั้งคำถามและรับฟังไม่ควรแย้งสิ่งที่ผู้ป่วยพูดในทันที ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าจะพูดในเรื่องอื่นๆ เพิ่มเติมถ้าผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทางอารมณ์มากหรือไม่อยู่ในสภาวะที่พร้อมที่จะสนทนาต่อควรสรุปเรื่องที่พูดคุยให้เข้าใจตรงกันและจบการสนทนา

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินว่าผู้ป่วยอยากรู้มากน้อยแค่ไหน (how much the patient want to know) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเนื่องจากเป็นสิทธิ ผู้ป่วยที่มีสิทธิรับรู้ข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับตนเองทั้งหมด และต้องประเมินว่าผู้ป่วยอยากรู้จริงหรือไม่ ในกรณีของญาติควรประเมินว่าใครเป็นผู้มีส่วนตัดสินใจมากน้อยต่างกันอย่างไร ควรชี้แจงใครหรือต้องชี้แจงญาติคนไหนบ้าง ถ้า

ญาติมีหลายคนควรนัดพูดคุยพร้อมกันไม่ให้เข้าใจคลาดเคลื่อน ถ้าสามารถสื่อสารกับญาติได้ดีญาติจะเข้าใจและร่วมมือกับแพทย์ ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณอยากรู้ไหมว่าที่ป่วยนี้คือโรคอะไร ชื่อทางการแพทย์ว่าอย่างไร” หรือ “ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนี้ถ้าผลออกมาเป็นโรคที่รุนแรงคุณอยากให้หมอแจ้งคุณทันทีหรือไม่อย่างไร” หรือ “คุณอยากทราบสาเหตุและการวินิจฉัยโรคหรือเปล่า” หรือ “ถ้าคุณไม่อยากจะบอกใครอยากให้ออกไปบอกใครแทนคุณคุยกับใครแทนคุณก่อนไหม” เป็นต้น ผู้ป่วย อาจอยากให้มีใครในครอบครัวช่วยรับหรือตัดสินใจแทน ผู้ป่วยที่อยากจะบอกว่าจะบอกอย่างไรก็เมื่อมีการเปิดประเด็นเรื่องนี้ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่อยากจะมีวิธีปฏิบัติหลายรูปแบบ หากผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติ การรับรู้ผลทันที แต่มีท่าทางลังเลหมายถึงภายในใจผู้ป่วยกำลังซังน้ำหนักระหว่างการรู้ความจริงกับความเครียดที่จะเกิดขึ้น นอกจากการสำรวจความรู้สึกและแสดงความเห็นใจแล้ว ควรบอกข้อดีในการได้รู้ข้อมูล ถ้าญาติผู้ป่วยไม่อยากจะให้แพทย์บอกผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยอาจจะมาขอแพทย์ภายหลัง จากนั้นก็ขออภัยว่าอย่าบอกให้ผู้ป่วยทราบ แพทย์บางรายที่เห็นด้วยก็ไม่แจ้งผู้ป่วย บางรายอาจมองว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะต้องรับรู้ ทางออกที่ดีคือต้องทำการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยก่อน เริ่มจากการเข้าใจมุมมองและสภาวะอารมณ์ของญาติขณะนั้น

ขั้นตอนที่ 4 บอกข้อมูลให้ตรงกับความเป็นจริง (sharing information) การสนทนาควรเริ่มจากการทบทวนในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจแล้วในขั้นตอนที่ 2 พร้อมกับให้ข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยทราบแล้ว เช่น ผลการวินิจฉัยหรือสาเหตุที่เป็นไปได้แนวทางการรักษาคร่าวๆ เลือกใช้คำที่เข้าใจง่ายตรงกับระดับการศึกษาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5 ให้ความสนใจต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่อปฏิกิริยาที่แสดงออก (responding to patient and family) ต้องสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร เมื่อใดที่ผู้ป่วยไม่พยักหน้า ไม่สบตา ชักสีหน้าหรือร้องไห้ ควรหยุดรอก่อน อาจทิ้งช่วงการสนทนาให้เงียบสงบสักระยะ (silence technique) เพื่อรอให้ผู้ป่วยทำใจ อาจใช้การสำรวจความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วยและควรเตรียมกระดาษทิชชูไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องไห้ ซึ่งเป็นการยอมรับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องธรรมดา และอาจแสดงความเห็นอกเห็นใจตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง” หรือ “คุณคิดถึงเรื่องอะไรอยู่” หรืออาจสะท้อนความรู้สึกที่เราเข้าใจว่าผู้ป่วยอาจกำลังรู้สึกอยู่ เช่น “คุณคงลำบากใจทำอะไรไม่ถูกหรือเปล่า” เป็นต้น การให้เวลากับผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ ภายหลังที่แจ้งข่าวร้ายไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ควรให้ญาติอยู่ด้วย รวมทั้งแพทย์หรือทีมสุขภาพ ควรอยู่กับผู้ป่วยสักช่วงระยะเวลาหนึ่งและพูดคุยสรุปความเข้าใจก่อนจบการสนทนา

ขั้นตอนที่ 6 วางแผนติดตามผลโดยมีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า (planning and follow-up) ภายหลังให้ข้อมูลทั้งหมดแล้วควรถามผู้ป่วยเพื่อสรุปความเข้าใจให้ตรงกันเช่นแนวทางการรักษาชนิดต่างๆระหว่างนี้ควรปรับตัวอย่างไรมีใครช่วยดูแลได้บ้างถ้ามีปัญหาต่างๆ จะทำอย่างไรควรชี้แจงผู้ป่วยว่าทางการแพทย์ไม่ทอดทิ้ง แต่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้มีความสุขได้

มากที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ ก่อนการจบการสนทนาควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติซักถามข้อสงสัย และนัดหมายการมาพบครั้งต่อไปตัวอย่างคำถามเช่น “หลังจากการคุยกันถึงตรงนี้แล้วจะขอให้คุณลองสรุปว่าคุณเข้าใจเรื่องทั้งหมดอย่างไรบ้าง” หรือ “วันนี้คุณคงมีเรื่องต้องคิดอีกเยอะวันนี้คงเป็นวันที่หนักมากสำหรับคุณ คิดว่าคุณคงต้องการเวลากลับไปค่อยๆ ทบทวนและทำความเข้าใจหรือตัดสใจกับเรื่องต่างๆอีกสักวันก่อนไหมแล้วเราค่อยมาพบกันอีกครั้ง” เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยดูสับสนหรือเศร้ามากควรรีบสำรวจความรู้สึกและความคิดต่อทันที ถ้าผู้ป่วยดูสิ้นหวังมากอาจต้องประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจช่วยเหลือโดยตามญาติมารับกลับบ้าน หรือหากคิดว่ามีความเสี่ยงสูงควรดูแลอย่างใกล้ชิดขึ้นและควรส่งปรึกษาจิตแพทย์ช่วยประเมินภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอนที่กล่าวทั้งหมดสามารถสรุปสั้นๆ ให้เข้าใจและจดจำได้ง่ายๆ คือ 1) เตรียมตัวเจรจา 2) สำรวจว่ารู้แค่ไหน 3) ประเมินใจอยากรู้แน่ 4) เผยแพร่ข้อมูลให้ตรงจริง 5) ไม่ทอดทิ้งสิ่งดูตาย และ 6) นัดหมายไว้ภายหลัง (สวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช, และ สุวีริยา สุวรรณโคตร, 2556)

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับกระบวนการบอกข่าวร้าย ยังพบว่า มีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ขั้นตอน เช่นกัน โดยเรียกสั้นๆ ว่า SPIKES (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; Baile et al., 2000; Buckman, 2005; Kaplan, 2010 ; Payne, 2014) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเริ่มต้นและการเตรียมความพร้อมที่ดี (S: setting up the Interview) เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมที่จะทำให้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น โดยการเตรียมสถานที่ๆ เป็นส่วนตัว ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนบอกข่าวร้าย และมีการนัดหมายล่วงหน้า เพื่อให้เตรียมตัวเตรียมใจก่อนรับรู้ข่าวร้าย โดยให้บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยรับฟังด้วย จัดให้อยู่ในที่นั่งที่ผ่อนคลาย ขจัดสิ่งรบกวนทุกชนิด เช่น โทรศัพท์ เครื่องมือสื่อสาร เป็นต้น และบุคลากรจะต้องมีการเตรียมตัวให้พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ จัดสรรเวลาให้เหมาะสมตัวอย่างคำถามที่ใช้ เช่น “ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง”

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น (P: assessing the patient's perception) โดยการประเมินเกี่ยวกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยและครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การสื่อสารโดยใช้ภาษาที่ไม่ซับซ้อนเข้าใจง่าย และประเมินความต้องการทราบข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาว่าผู้ป่วยทราบอะไรมาบ้างเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยคิดว่าอาการของตนเองรุนแรงมากน้อยแค่ไหนตัวอย่างคำถามที่ใช้ เช่น “คุณหมอบอกว่าคุณ (ชื่อผู้ป่วย) เป็นอะไรหรือคะ” การรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจจะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และควรทำความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้ คือ 1) ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของตนเองใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากน้อยแค่ไหน และต้องระวังผู้ป่วยที่อยู่ในระยะของ

การปฏิเสธความจริง 2) วิธีการใช้คำพูดของผู้ป่วยบ่งบอกถึงระดับการศึกษาและคำพูดในการแสดงออก 3) สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น

ขั้นตอนที่ 3 การสอบถามในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้มาก่อนแล้ว เพื่อค้นหาว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลมากน้อยแค่ไหน (I: obtaining the patient's invitation) โดยการสอบถามข้อมูลซึ่งผู้ป่วยรับรู้มาก่อน ข้อมูลที่สงสัยหรือคิดว่าตนเองจะป่วยเป็นอะไร ในขั้นตอนนี้ เป็นการค้นหาว่าผู้ป่วยต้องการให้พูดถึงสิ่งเหล่านั้นมากน้อยแค่ไหน หากพบว่าผู้ป่วยยังไม่พร้อมในขณะนี้ ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า หากผู้ป่วยเปลี่ยนใจอยากบอกในภายหลัง ก็สามารถบอกได้เสมอ ต้องแสดงความเต็มใจและจริงใจที่มีต่อผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยหมดหวัง

ขั้นตอนที่ 4 การให้ความรู้และข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย (K: giving knowledge and information to the patient) ในขั้นตอนนี้จะแตกต่างกันไปตามความต้องการของแต่ละบุคคล ข้อมูลที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยจะต้องครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่ขั้นตอนแรก ในระหว่างให้ข้อมูลต้องสังเกตท่าทีของผู้ป่วยด้วยเสมอ การเริ่มต้นให้ข้อมูลต้องบอกจากสิ่งที่ผู้ป่วยรู้จักก่อน แกะไขในสิ่งที่เข้าใจไม่ถูกต้อง จากนั้นจึงเริ่มต้นบอกความจริงหรือให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยพร้อม โดยการบอกข้อมูลทีละน้อยๆ ในการพูดต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์เทคนิค มีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยะ รวมทั้งประเมินว่าเข้าใจถูกต้องตรงกันหรือไม่

ขั้นตอนที่ 5 การแสดงความเห็นอกเห็นใจ สนใจต่ออารมณ์ ความรู้สึกและปฏิกิริยาของผู้ป่วย (E: addressing the patient's emotions with empathic responses) ในขั้นตอนนี้ ต้องมีการสำรวจความรู้สึกนึกคิด ปฏิกิริยาของผู้ป่วยขณะทราบข่าวร้าย ต้องให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออกทางอารมณ์และต้องแสดงท่าที เห็นอกเห็นใจ ใส่ใจ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วย ท่าทีที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ เช่น ถ้าผู้ป่วยร้องไห้พยาบาลควรอยู่ใกล้ๆ ให้ผู้ป่วยทราบว่ามิเพื่อน จับมือ นิ่งเงียบๆ และปล่อยให้ผู้ป่วยร้องไห้ ผู้ป่วยจะค่อยๆ รับรู้ความจริงที่เกิดขึ้น เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6 การติดตาม วางแผนในการช่วยเหลือและสรุปผล (S: strategy and summary) ผู้ป่วยที่รับรู้แผนการในอนาคตของตนเองชัดเจนจะมีความวิตกกังวลน้อยลง ต้องมีการทบทวนข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยร่วมกันเพื่อให้เข้าใจตรงกันก่อนนำไปวางแผนให้การดูแลรักษา และแผนดังกล่าวจะต้องเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและควรมีทางเลือกในการรักษาให้ผู้ป่วยด้วยเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วม ในการวางแผนในการรักษาและสามารถซักถามในข้อที่สงสัยได้เพิ่มเติมเสมอ เพื่อให้ต้องให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้ง และต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าแผนการดูแลรักษาดังกล่าวไม่ได้มุ่งหวังให้หายจากโรค แต่เพื่อช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ และช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ในขณะที่เดียวกันกระบวนการบอกข่าวร้ายก็ยังสามารถประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่อง การบอกข้อมูลการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยร้ายแรงที่เรียกว่า PREPARED (Clayton et al., 2007; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ซึ่งมีเนื้อหาคล้ายคลึงกับ SPIKES ได้เช่นเดียวกัน ซึ่ง PREPARED มีรายละเอียดดังนี้ คือ

1) การเตรียม (prepare for the discussion) โดยการเตรียมสถานที่ในการพูดคุยกันรวมทั้งตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติ 2) การสร้างความสัมพันธ์ (relate to the person) โดยการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ แสดงท่าที่เป็นมิตร เห็นอกเห็นใจเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 3) การตรวจสอบความต้องการ (elicit patient and caregiver preference) โดยการประเมินในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้และเข้าใจอยู่แล้ว รวมทั้งประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว 4) การให้ข้อมูล (provide the information) จะต้องมีการให้ข้อมูลซ้ำๆ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ให้ความกระจ่างในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอน แก้ไขความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจคลาดเคลื่อนในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลในสิ่งที่ถูกต้อง 5) การให้ความสำคัญกับการแสดงออกด้านอารมณ์และความกังวล (acknowledge emotions and concerns) โดยให้ความสำคัญและตอบสนองต่อการแสดงออกด้านอารมณ์ ความรู้สึก สิ่งที่เป็นความกังวลของป่วยและญาติ 6) การให้ความหวัง (foster realistic hope) โดยกระตุ้นให้เกิดความหวังที่เป็นไปได้ตามความเป็นจริงหลีกเลี่ยงการให้ความหวังที่เป็นไปไม่ได้ 7) การกระตุ้นให้สอบถาม (encourage questions) โดยการตรวจสอบสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจ ป้องกันการเข้าใจคลาดเคลื่อนรวมทั้งกระตุ้นให้คิดถึงประเด็นที่ควรนำมาพูดคุยกันอีกครั้งต่อไป และ 8) การบันทึก (document) ในการสนทนากันทุกครั้งต้องมีการบันทึกการสนทนาในรายงานผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารกับทีมสุขภาพในการนำมาวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2) การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนผ่านไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย (transition to death) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจและยอมรับการที่เข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิตจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเวลาในการเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิตนี้ ได้มีการระบายความรู้สึกอีกทั้งจะเป็นช่องทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเวลาร่วมกัน แสดงออกถึงความรักและห่วงใยต่อกัน ซึ่งช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาของความทุกข์ทรมานร่วมกันของครอบครัว (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, 2556) ดังนั้นเพื่อให้สื่อสารเพื่อการเปลี่ยนผ่านไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรปฏิบัติดังนี้ (Dalin, 2010; Dalin & Wittenberg, 2015)

2.1) การอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการใกล้ตายและภาวะใกล้เสียชีวิต (discussion the process of death and dying) ซึ่งต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งอาการ อาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของคนที่ใกล้เสียชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น ให้การดูแลผู้ป่วยและเตรียมเข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิตได้อย่างดี

2.2) การสื่อสารเพื่อช่วยเยียวยา บรรเทาความไม่สุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งต้องมีการอธิบายให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และวิธีการในการให้การดูแลต่าง ๆ เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเท่านั้นไม่ได้ช่วยให้หายจากโรค

2.3) การสื่อสารเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยต้องมีการสอบถามและประเมินผู้ป่วยถึงความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนาที่นับถือรวมทั้งสิ่งที่ต้องการปฏิบัติ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เพื่อที่จะช่วยส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติร่วมกัน เช่น พิธีกรรมทางศาสนา การขอโทษกรรมต่อกัน การทำตามปรารถนาสุดท้าย เป็นต้น

3) การสื่อสารกับครอบครัว (family communication) เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ช่วยส่งเสริมพลังอำนาจของครอบครัวให้เกิด การประสานงานที่ดีเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย หากความต้องการหรือความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ตรงกัน จะต้องมีการดำเนินการให้ตอบสนองความต้องการและเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย ซึ่งแนวทางในการสื่อสารกับครอบครัวให้เกิดประสิทธิภาพมีดังต่อไปนี้ (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, 2556; Dalin, 2010; Dalin & Wittenberg, 2015)

3.1) สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว อธิบายให้ครอบครัวทราบถึงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง

3.2) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการการสื่อสารของครอบครัวต่อผู้ป่วย และต่อทีมสุขภาพ ร่วมกันอภิปรายถึงเป้าหมายและความคาดหวังของครอบครัวที่มีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยต้องให้เข้าใจตรงกันกับผู้ป่วย

3.3) อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจถึงบทบาทและความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งให้การยอมรับบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3.4) ให้ความสำคัญกับความต้องการของครอบครัว โดยต้องมีการพูดคุยร่วมกันให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกระบวนการต่าง ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การร่วมรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและมีการชี้ให้ครอบครัวได้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาในระยะท้ายของชีวิตและนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีได้

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย

ในปัจจุบันมีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งการดูแลทั้งหมดต่างก็มุ่งเน้นเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย มีการเตรียมในระยะท้าย ส่งเสริมให้เกิดการตายดีและยอมรับในการสูญเสียทั้งผู้ป่วยและญาติ ซึ่งระบบ รูปแบบ โปรแกรมหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล ในประเทศไทยที่มีการเผยแพร่ในรูปแบบงานวิจัย มีดังต่อไปนี้

1) การจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี มีขั้นตอนการดูแลดังนี้ 1) การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) การปรึกษาสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 3) การวางแผนดูแลร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว 4) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 5) การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย 6) การติดตามเยี่ยมญาติและครอบครัวผู้ป่วยภายหลังการเสียชีวิต (มุกดา ยิ้มย่อง, 2556)

2) ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี มีขั้นตอนการดูแลดังนี้ 1) การประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2) 2) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามคู่มือที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายแบบองค์รวม 2) การวางแผนจำหน่าย 3) การส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน 4) การดูแลผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิตแล้ว 5) การจัดการความปวดและความทุกข์ทรมาน ตามคู่มือแนวทางประเมินความปวดและการจัดการความปวด ซึ่งกระบวนการทั้งหมดครอบคลุมการสนับสนุนการดูแลทั้งในระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้าน (ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพิดี, ศศิพิมพ์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์, และ ยุพยงศ์ พุฒธรรม, 2556)

3) ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลน่าน ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่แรกถึงจนกระทั่งกลับบ้านหรือเสียชีวิต 2) การดูแลเพื่อให้บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยใช้คู่มือ Pocket Palliative Survival 3) การดูแลต่อเนื่องจนถึงชุมชน สนับสนุนและจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ ไปใช้ที่บ้าน มีการเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลที่บ้าน 4) การดูแลร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) และ 6) มีเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทางโทรศัพท์ ซึ่งในการประเมินผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังให้โรงพยาบาลมีการประเมินโดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ เช่น แบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2) แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System และแบบประเมิน Palliative Care Outcome Scale (นพพร ธนามี, สมพร รอดจินดา, และ วรวรรณ ชำนาญช่าง, 2557)

4) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีความปวดและอาการรบกวนต่างๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ปากแห้ง คอแห้ง หายใจลำบาก 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีปัญหาด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยมีพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย (Palliative Care Nurse Ward: PCWN) และพยาบาลผู้ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Nurse :PCN) ดูแลร่วมกับทีมบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการประเมินผลการพยาบาลโดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น แบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2) และ Edmonton Symptom Assessment System (วาสนา สวัสดิ์สินธนาท, ออมรพันธุ์ ธาณิรัตน์, และ ธารทิพย์ วิเศษธาร, 2558)

5) ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2) ระบบพยาบาลที่เลี้ยงโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 10 ปีขึ้นไป 3) ระบบทีม comfort care ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 4) ระบบการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยระยะท้ายและญาติก่อนการจำหน่าย และ 5) ระบบการเสริมความผูกพันโดยการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลระหว่างทีมในการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (สมจิตร ประภากรและคณะ, 2558)

6) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของโรงพยาบาลตราด ประกอบด้วย 1) การใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ครอบคลุมองค์รวม 2) การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายตามรูปแบบของโรงพยาบาลตราด (palliative care guideline of Trat hospital) ที่ชัดเจน 3) การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อคัดกรองผู้ป่วย 4) การดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย 5) การค้นหาสิ่งที่ค้างคาในใจ 6) การประชุมระหว่างครอบครัว 7) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ 8) การดูแลญาติภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งในการดูแลทุกกิจกรรมจะมีการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ที่สอดคล้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลอยู่เสมอ ในการดูแลจะเป็นลักษณะการดูแลแบบแบบสหสาขาวิชาชีพ และจัดให้มีพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (palliative care ward nurse) คอยดูแลตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ (อรนุช มกรภิรมย์, และ อันธิกา คระระวานิช, 2558)

7) รูปแบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชลบุรี ประกอบด้วย

- 1) การดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง
- 2) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม
- 3) การสื่อสารและให้ข้อมูลผู้ป่วยในทุกๆระยะของการเจ็บป่วย
- 4) การบรรเทาความทุกข์ทรมานและอาการรบกวนอย่างครอบคลุมทุกด้าน
- 5) วางแผนการดูแลต่อเนื่อง
- 6) การประสานทีมงานและเครือข่ายหรือแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลร่วมกัน (ศิริเพ็ญ ชั้นประเสริฐ, ทัศนีย์ เชื่อมทอง, และ สุปรานี ศรีพลาวงษ์, 2559)

8) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การตรวจคัดกรอง
- 2) การประเมินโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมินอาการ Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ฉบับภาษาไทย
- 3) การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง โดยให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลความรู้ สนับสนุน ด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประชุม วางแผนการดูแลผู้ป่วย วางแผนการดูแลในภาวะวิกฤตล่วงหน้า ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้การดูแลจัดการอาการต่างๆ
- 4) การประเมินติดตาม อาการหลังการดูแล โดยใช้แบบ ประเมิน ESAS (ภัทรานิชรุ้ เมธิพิสิษฐ์, อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์, 2561)

9) การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ไปประกอบไปด้วย

- 1) การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
- 2) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) ในกรณีมีปัญหาซับซ้อนแพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งปรึกษา ศูนย์ป็นรักษา โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม
- 3) ประเมินการรับรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับตัวโรค การดำเนินโรคและแผนการรักษา
- 4) ช่วยเหลือในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance care plan)
- 5) ประเมินสภาวะผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน PPS ประเมินอาการรบกวนทางกายด้วยแบบ ประเมิน ESAS และประเมินปัญหาด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลจัดการอาการ รบกวนและปัญหาที่พบ
- 6) การวางแผนจำหน่ายและติดตามอาการต่อเนื่องที่บ้าน โดยประสาน เครือข่ายสถานพยาบาลใกล้บ้าน
- 7) การติดตามครอบครัวภายหลังการสูญเสีย (มันทนา จิรกังวาล, และ ศิริรัตน์ จันตรี, 2561)

จากตัวอย่างหน่วยงานที่มีระบบ รูปแบบ โปรแกรมหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายดังกล่าวข้างต้น จะพบว่าการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกันในภาพรวมแต่มีรายละเอียด ที่แตกต่างกันบ้าง นอกจากนี้ยังมีอีกหลายโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองขึ้น ในโรงพยาบาล ซึ่งลักษณะและรูปแบบจะมีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างจากที่กล่าวมาแล้ว ขึ้นอยู่กับ บริบทและความพร้อมในการดำเนินการ ซึ่งในโรงพยาบาลหลายแห่งมีการดำเนินการ จัดทำเป็นศูนย์ ดูแลแบบประคับประคองเป็นระบบที่ชัดเจน แต่อาจจะไม่ปรากฏการเผยแพร่รายละเอียด

ในด้านรูปแบบ ขั้นตอนหรือ วิธีการดำเนินงาน ออกมาในรูปแบบงานวิจัยหรือบทความวิชาการ เช่น ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และหออภิบาลคุณชีวิต โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ รัษฎบุรี เป็นต้น

ส่วนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติจะมีลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวทางการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้ ที่พบเห็นแนวทางการดูแลหลังจากแพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแล้ว มีดังต่อไปนี้

1) แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นอาจารย์แพทย์ และมีแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งพยาบาลที่รับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมาดูแลผู้ป่วยร่วมด้วยเป็นบางครั้ง โดยมีการดูแลตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง เช่น หากผู้ป่วยมีอาการปวด จะมีการให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ให้ตามเวลาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับขนาดยาตามระดับความปวดของผู้ป่วย มีการให้แก้คลื่นไส้ อาเจียน หรือยาระบายเพื่อแก้ไขปัญหที่อาจเกิดจากผลข้างเคียง แพทย์มีการดูแลด้านอื่นๆ ที่ครอบคลุมองค์รวม บางรายมีการทำประชุมครอบครัวเพื่อค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น หากผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน จะส่งปรึกษาหน่วยเยี่ยมบ้าน ส่วนสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ยังไม่พบการมีส่วนร่วมที่เห็นเด่นชัด

2) แพทย์เจ้าของไข้ไม่ส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง แต่แพทย์เจ้าของไข้ให้การดูแลตามแนวทางประคับประคองเอง เช่น มีการจัดการอาการที่เกิดขึ้น มีการพูดคุยกับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับวาระสุดท้ายและการเสียชีวิต เป็นต้น พยาบาลที่ห่อผู้ป่วยทำหน้าที่ให้การดูแลตามแนวทางของแพทย์ และไม่พบสหสาขาวิชาชีพอื่นเข้ามาบทบาทในการดูแลร่วมด้วย

3) ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองและแพทย์พิจารณาว่าอาจจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน จะมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อย้ายไปรับการดูแลในหอผู้ป่วยที่จัดเตรียมไว้สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะหรือไปที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมที่จะเสียชีวิต โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสมาชิกในทีมหลักๆ ประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลที่ทำหน้าหน้าเป็นพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย

4) แพทย์เจ้าของไข้ไม่ได้ส่งปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้ให้การดูแลรักษาตามอาการทั่วไป หากผู้ป่วยมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกาย เช่น ปวด หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น แพทย์เจ้าของไข้จะให้การรักษาตามอาการ โดยไม่ได้เน้นคำสั่งการดูแลแบบประคับประคอง มีการให้ยาฉีดมอร์ฟินเมื่อผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการปวด ไม่ได้ให้ยาตามเวลาอย่างต่อเนื่อง หรือ มีการให้ออกซิเจนเมื่อหายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น ส่วนการดูแลอื่นๆ ที่ครอบคลุม

ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะเป็นการดูแลตามปกติของพยาบาลที่หอผู้ป่วยไม่ได้มุ่งเน้นตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน

2.2.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลบุคคลในระยะท้ายของชีวิต

ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตนั้นประกอบไปด้วยปัจจัยหลายประการที่จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลระยะท้ายตามความต้องการเกิดการตายดี ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ญาติยอมรับได้กับการจากไป ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัย หลัก ๆ คือ ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ (เต็มศักดิ์ พิงรัศมี, 2558) ดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการดูแลระยะท้าย โดยเฉพาะตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากต้องเป็นผู้ตัดสินใจและวางแผนในการดูแลตนเอง โดยมีสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้รับรู้ร่วมอยู่ในกระบวนการด้วย ปัจจัยในประเด็นนี้ประกอบด้วย (เต็มศักดิ์ พิงรัศมี, 2558; ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2557)

1) ผู้ป่วยมีการรับรู้และตระหนักในการเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ซึ่งในปัจจุบันอาจจะยังมีไม่มากนักเนื่องจากว่าในปัจจุบันมีการนำเสนอภาพความตายผ่านสื่อในมิติเดียวในแง่ความทุกข์ทรมาน แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ดี ก็จะมีการเตรียมการตายตามมา

2) ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิทธิทั้งในแง่จริยธรรมและกฎหมายรวมทั้งเป็นความสามารถเพียงไม่ก้อย่างที่เหลืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

3) ผู้ป่วยรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคของตนเอง ดังนั้นจึงต้องมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเตรียมใจ ตัดสินใจและวางแผนได้

4) ผู้ป่วยทำเอกสารแสดงเจตนาของตนเองเป็นลายลักษณ์อักษรไว้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี ผู้ป่วยสามารถทำเอกสารไว้ได้ทั้งสิ่งที่ต้องการและปฏิเสธ เป็นสิทธิของประชาชนทุกคนตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2550

5) บุคคลสำคัญในครอบครัวร่วมตัดสินใจ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่มีความสำคัญอิทธิพลทางความคิด เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ จะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายต้องสอบถามเป็นราย ๆ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น

6) ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับความคิดเห็นและการตัดสินใจของกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ มักเป็นเรื่องของลูกหลานมากกว่าตนเอง ครอบครัวที่ช่วยกันดูแลมาตั้งแต่แรกจะมีการปรับความคิดเข้าหากันจนได้ข้อสรุปในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่ทุกคนยอมรับได้

7) ภูมิหลังของผู้ป่วยและครอบครัวเอื้อต่อเตรียมระยะท้าย เช่น อายุ การศึกษา ศาสนา ความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละราย

ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ บุคลากรจะต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดี บุคลากรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำตัวเป็นคนกลางในการเชื่อมประสานฝ่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะในการที่จะวางแผนการดูแลล่วงหน้า บุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องมีการพูดคุยเรื่องการวางแผนล่วงหน้าไว้ตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เตรียมตัว มีเวลาในการตัดสินใจและบุคลากรจะต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างดีเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และที่สำคัญบุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องสามารถบรรเทาอาการทางกายของผู้ป่วยได้ก่อน จึงจะได้รับความร่วมมือที่ดี (เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2558)

ปัจจัยด้านระบบบริการ ระบบบริการที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการทำงานเป็นทีมในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในขณะเดียวกันต้องมีหน่วยงานเครือข่าย ระบบส่งต่อที่ตอบสนองการตัดสินใจของผู้ป่วยได้และที่สำคัญคือ ต้องมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าที่ชัดเจนเป็นนโยบาย ประกาศไว้เป็นลายลักษณ์อักษร (เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2558) ซึ่งระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรมีทั้งหมด 9 ด้าน ประกอบด้วย

1) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดมุมหรือห้องพักให้ครอบครัวและญาติได้ผ่อนคลายจากการดูแลผู้ป่วยและจัดระเบียบการเยี่ยมโดยให้ครอบครัวและญาติอยู่กับผู้ป่วยช่วงวาระสุดท้าย

2) ด้านการจัดทีมสหวิชาชีพ เช่น การกำหนดนโยบายให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดมาตรฐานการดูแล

3) ด้านการเพิ่มสมรรถนะ ให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร เช่น การจัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4) ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยและภาวะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต

5) ด้านการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น กำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาและและบรรเทาโดยวิธีการไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด

6) ด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น กำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรสุขภาพให้มีการประชุมร่วมกัน

7) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย เช่น ประเมินความพร้อมในการส่งตัวผู้ป่วย เช่น ประเมินความพร้อมในการส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาใกล้บ้านและประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลที่บ้าน

8) ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ติดตามและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต

9) ด้านการจัดการค่าใช้จ่าย เช่น การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่มีความเหมาะสมของการนอนโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยระยะท้ายโดยสอดคล้องตามสิทธิประโยชน์ (พิไลพร สุขเจริญ, และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2557)

ในขณะที่เดียวกันก็อาจจะมีปัจจัยที่ส่งผลทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ประสบผลสำเร็จได้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับความตายในมิติด้านเดียว มองเห็นเป็นความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน สูญเสีย เป็นเรื่องที่น่ากลัว เป็นอุปมุงคลจนหลงลืมว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องพบ ทำให้คนจึงพยายามเอาชนะความตายด้วยการพึ่งพาเทคโนโลยี ยิ่งถ้าเป็นการเจ็บป่วยของบุพการี ลูกหลานจะพยายามยื้อจนสุดทางเนื่องจากเข้าใจว่าได้แสดงออกถึงความกตัญญูโดยให้การรักษาอย่างดีที่สุด นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่มากพอก็จะพยายามรักษาอย่างเต็มที่โดยใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ในการยื้อชีวิตเพราะกลัวการฟ้องร้องเอาผิดทางกฎหมาย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2557) ส่วนอุปสรรคอีกด้านที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติ คือ การมีทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้าย มองว่าเป็นการรุณฆาตหรือการทำให้ตายโดยเจตนา โดยทัศนคติถูกสร้างขึ้นบนฐานของการปฏิเสธความตาย หรือความกลัวผิดพลาด ถ้าประชาชนได้รับความเข้าใจที่ถูกต้องความกลัวก็จะลดลง (ชุดิกาญจน์ หฤทัย, 2559)

นอกจากนี้ วรรณภา จารุสมบุรณ์ (2554) ก็ได้กล่าวถึงปัญหาของระบบบริการที่อาจจะทำให้การดูแลในระยะท้ายไม่ประสบผลสำเร็จได้เช่นกัน ซึ่งประกอบด้วย 1) ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทั้งงานรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ต่างๆ และงานเอกสารที่ต้องรวบรวมเพื่อให้มีร่องรอยที่จะชี้วัดผลงานและความสำเร็จของโรงพยาบาล 2) จำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องกับงาน ทำให้การจัดสรรบุคลากรให้ลงตัวกับงานกลายเป็นปัญหา บางแห่งต้องทำงานต่อเนื่องกันโดยไม่มีวันหยุด จนเกิดความอ่อนล้าและเหน็ดเหนื่อย 3) พยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแล เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการดูแลทางกาย เมื่อต้องมาดูแลด้านจิตใจจึงขาดความเชื่อมั่นที่จะเริ่มต้น ด้วยเกรงว่าจะไปซ้ำเติมความทุกข์ให้กับผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ขาดระบบพี่เลี้ยงที่จะคอยช่วยชี้แนะและให้คำปรึกษา และ 4) ขาดระบบสนับสนุนจากผู้บริหาร โรงพยาบาลบางแห่ง ไม่ได้ให้ความสำคัญเนื่องจากเห็นว่า เป็นงานที่ไม่ได้แสดงศักยภาพและผลงานของโรงพยาบาล เพราะผลงานเด่นส่วนใหญ่จะเน้นประสิทธิภาพในการรักษา ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี การขยายพื้นที่และความ

สะดวกในการให้บริการ เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแม้จะ จึงอยู่ในความสำคัญลำดับท้ายๆ และ กลายเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลมากกว่าเป็นภารกิจหลักของโรงพยาบาล

ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ ประเทศไทยที่กล่าวมาข้างต้น มีส่วนที่คล้ายคลึงและใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษา ในครอบครัวของแพทย์ผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งเต็มเวลาและบางเวลา ที่พบว่า ปัจจัย ทั้งหมดที่จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น เกี่ยวข้องกับ 1) ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคองโดยตรง ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับได้กับการเสียชีวิต การดูแลแบบองค์รวมโดยดูแลบุคคลทั้งคนไม่ใช่การดูแลโรค ความเห็นอกเห็นใจและการสื่อสาร กับผู้ป่วยและการทำงานเป็นทีม 2) ปัจจัยที่มีมาในอดีตที่จะมีอิทธิพลต่อการดูแล เป็นประสบการณ์ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในระยะท้าย ประกอบด้วย ประสบการณ์ทางการศึกษา ประสบการณ์ทางวิชาชีพและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต นอกจากนี้ยัง เกี่ยวข้องกับ การนับถือศาสนาอย่างเคร่งครัดและความเชื่อดั้งเดิมของครอบครัว และ 3) ปัจจัยใน ปัจจุบันที่จะส่งผลต่อการดูแล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวกับระบบการทำงาน (Brown, Sangster, & Swift, 1998)

2.2.7 การประเมินผลการดูแลบุคคลในระยะท้ายของชีวิต

การประเมินผลการดูแลบุคคลในระยะท้ายของชีวิตสามารถประเมินได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมิน ผู้ประเมิน เป็นได้ทั้ง ผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพหรือญาติ ตัวอย่างการประเมิน เช่น การประเมินการควบคุมหรือความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถประเมินได้โดยใช้แบบตรวจสอบอาการต่าง ๆ ด้วยตนเอง หรือแบบประเมินอาการชนิดต่างๆ การประเมินคุณภาพชีวิต ใช้ ได้ทั้งเครื่องมือที่ผู้ป่วยประเมินเองหรือบุคลากรทางสุขภาพ และความพึงพอใจในการดูแล การตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น อาจประเมินได้ทั้งแบบสอบถามหรือ การสัมภาษณ์ เป็นต้น (Jocham, Dassen, Widdershoven, & Halfens, 2009) รูปแบบของ การประเมินมีทั้งการสังเกต การซักถาม การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถามหรือการใช้เครื่องมือใน การประเมินที่สอดคล้องกับสิ่งที่จะประเมิน ซึ่งในการประเมินนั้น มีทั้งการประเมิน สภาวะผู้ป่วย การ ประเมินอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งแบบประเมินที่ใช้ประเมินผลการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน เครื่องมือ ต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินผลมีดังนี้

2.2.7.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นครั้งแรกตั้งแต่ ค.ศ. 1996 ที่ Victoria Hospice Society (VHS) โดย Anderson และคณะดัดแปลงมาจาก Karnofsky Performance Scale เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสภาวะของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่ใช้กับผู้ป่วยโรคร้ายอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; ดาริน จตุรภัทรพร, 2553;

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550) หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาและปรับปรุงเป็น version ที่ 2 (Palliative Performance Scale: PPS v2) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้แพร่หลายในปัจจุบัน โดยใช้ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้หลายกลุ่ม สามารถประเมินได้ทั้งระดับความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วย การเปรียบเทียบกับเครื่องมือหรือการวัดอื่นๆ และใช้พยากรณ์อาการและยังสามารถทำนายการมีชีพของผู้ป่วยตามคะแนน ที่ประเมินได้ (Lau, Downing, Lesperance, Shaw, & Kuziemy, 2006; Victoria Hospice Society, 2001) ฉบับภาษาไทย แปลโดย บุชยามาส ชิวสกุลงยงและคณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่ามีค่าความเที่ยงสูง (บุชยามาส ชิวสกุลงยง และ ลดาร์ตัน สากินันท์, 2556) ใช้ประเมินผู้ป่วยในประเด็น ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและความรู้สึกตัวมีค่าคะแนนตั้งแต่ 100 คะแนนลงไปจนถึง 0 คะแนน แบ่งเป็น 11 ระดับแต่ละระดับห่างกัน 10 คะแนนเพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ PPS มีค่าตั้งแต่ 70-100 ผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน (จากผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ไปสู่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย) ค่า PPS อยู่ระหว่าง 40-60 และผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ค่า PPS อยู่ระหว่าง 0-30 (เรไร พงศ์สถาพร, 2559)

คำแนะนำในการใช้เครื่องมือ (บุชยามาส ชิวสกุลงยง และ ลดาร์ตัน สากินันท์, 2556)

- 1) ควรใช้เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ในการประเมินอาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
- 2) การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ควรทำโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความคุ้นเคยกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (functional status) ของผู้ป่วย ได้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
- 3) ใช้ข้อมูลระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) เป็นข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์โดยให้ประเมินในระยะแรกเริ่ม (initial assessment) และประเมินหลังจากนั้นทุกสัปดาห์
- 4) คะแนนการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ให้ดูที่ตารางการแบ่งระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยการอ่านในแนวราบ (reading horizontally) ตามแต่ละระดับของ PPS เพื่อตรวจสอบว่าคะแนนการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ที่ระดับที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด (best fit)

ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้ PPS

1) คะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS level) ให้ประเมินโดยดูจากตารางการแบ่งระดับให้อ่านในแนวราบ (reading horizontally) ตามแต่ละระดับของตารางเพื่อตรวจสอบว่าคะแนนระดับของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด (best fit) อยู่ที่ระดับกี่เปอร์เซ็นต์

2) เริ่มต้นประเมินที่คอลัมน์ด้านซ้ายคือคอลัมน์ การเคลื่อนไหว (ambulation) โดยให้ดูจากข้างบนลงมาข้างล่าง (downwards) จนกระทั่งพบกับระดับของการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยจากนั้นให้ประเมินในคอลัมน์ต่อไปคือคอลัมน์ การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค (activity/evidence of disease) โดยให้ดูจากข้างบนลงมาข้างล่าง (downwards) จนกระทั่งพบกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรคที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยจากนั้นให้ประเมินในคอลัมน์ต่อไปคือคอลัมน์ การดูแลตนเอง โดยดูจากข้างบนลงมาข้างล่าง (downwards) จนกระทั่งพบกับระดับการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยจากนั้นให้ประเมินในคอลัมน์ต่อไปจนครบทั้งหมด 5 คอลัมน์โดยที่คอลัมน์ที่อยู่ด้านซ้ายของแต่ละคอลัมน์ที่กำลังประเมิน จะเป็นคอลัมน์หลักที่กำหนดระดับในคอลัมน์ต่อไปแล้วดูว่าคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับกี่เปอร์เซ็นต์

3) คะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS score) ในแต่ละระดับมีช่วงคะแนนห่างกัน 10 เปอร์เซ็นต์ บางครั้งเราสามารถตัดสินใจได้ไม่ยากในหลายๆ คอลัมน์ว่าผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในระดับเดียวกัน แต่บางครั้งอาจมี 1 หรือ 2 คอลัมน์ที่จะดูเหมาะสมกว่า ถ้าปรับคะแนนให้สูงกว่าหรือต่ำกว่าระดับที่เราเลือกไว้ นั่น เราจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจเลือกระดับที่เหมาะสมที่สุด (best fit) ทั้งนี้ห้ามเลือกคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองชนิดแบ่งครึ่ง (half fit) เช่น PPS 45% เพราะถือว่าเป็นการคิดคะแนนที่ไม่ถูกต้อง

ตัวอย่าง เช่นเมื่อประเมินคอลัมน์ การดูแลตนเอง ถ้าไม่แน่ใจว่า PPS level อยู่ในระดับ 40 % หรือ 50 % ให้พิจารณาคอลัมน์ด้านซ้ายมือ ของคอลัมน์การดูแลตนเอง คือคอลัมน์ การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค ร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิกแล้วตัดสินใจว่าควรให้คะแนนผู้ป่วยอยู่ในระดับ PPS 40 % หรือ PPS 50 %

4) การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาจนำไปใช้ได้หลายวัตถุประสงค์ ได้แก่ ประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเกณฑ์ในการประเมินภาระงานหรือการประเมินอื่นๆ และการเปรียบเทียบต่างๆ และ เป็นเครื่องมือที่ใช้ทำนายโรคของผู้ป่วย (prognostic value)

2.2.7.2 แบบประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะท้าย หรือ แบบประเมินเอดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) เป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการต่างๆ ที่มี ณ เวลานั้น (Kaasa, Loomis, Gillis, Bruera, & Hanson, 1997) อาการที่ประเมินมีทั้งหมด 9 อาการประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่งงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบเหตุผลที่ควรประเมินอาการเหล่านี้ทุกครั้งที่ทำการประเมินผู้ป่วย เนื่องจากอาการทั้งหมดเป็นอาการที่พบได้บ่อย แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS ฉบับภาษาอังกฤษประกอบด้วยเส้นตรงในแนวนอนแสดงถึงความรุนแรงของอาการต่าง ๆ และรูปภาพร่างกายของมนุษย์ให้ระบุตำแหน่งที่มีอาการ ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดย ดาริน จตุรภัทรพร และคณะ ระดับการวัดแต่ละอาการมีมาตรวัดแบบประเมินค่าเป็นตัวเลข (numeric rating scale) จะแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด สามารถประเมินได้ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือคนอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ (ดาริน จตุรภัทรพรและคณะ, 2553; Cancer Care Ontario, 2003, 2010; Lacasse & Beck, 2007)

2.2.7.3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS) แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Hearn & Higginson, 1999) โดยศาสตราจารย์จูลี เฮิร์น (Julie Hearn) และศาสตราจารย์ไอรีน เจ ฮิกกินสัน (Irene J. Higginson) จาก King's College, London, United Kingdom ในปี ค.ศ. 1999 ส่วนฉบับภาษาไทย แปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 โดยเริ่มทดลองใช้ครั้งแรก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากนั้นจึงขยายผลไปใช้ประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แบบประเมินนี้เป็นแบบสอบถามที่สั้นและง่ายต่อการใช้ ซึ่งได้รับการออกแบบเพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีแบบแผนโดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพสามารถนำไปใช้ประเมินในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้ที่โรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานดูแลเฉพาะเวลากลางวัน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ประเมินทุก 3-7 วันหรืออย่างน้อย 2 ครั้งเพื่อจะได้ทราบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองโดยการเปรียบเทียบข้อมูลคะแนน POS ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 แต่ในการประเมินแต่ละครั้งต้องห่างกันอย่างน้อย 3 วัน คะแนนที่ลดลงหมายถึงการได้รับการดูแลที่ดี

ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ฉบับคือ 1) ฉบับใช้ถามผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Patient: POS-P) 2) ฉบับใช้ถามเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Palliative care Outcome Scale for Staff : POS-S) และ 3) ฉบับใช้ถามผู้ดูแลของผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Carers : POS-C) ข้อคำถามในแบบประเมิน POS ครอบคลุมอาการทางร่างกายและจิตใจอารมณ์ประเด็นการดูแลผู้ป่วยการให้ข้อมูลและความต้องการด้านจิตสังคมจิตวิญญาณของผู้ป่วยรวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแต่ละชุดประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อได้แก่คำถามปลายเปิด 10 ข้อซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับเป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4

คำถามทั้ง 10 ข้อครอบคลุมประเด็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกี่ยวกับอาการรบกวน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว และความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัว ข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อซึ่งถามเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วงที่ผ่านมาและข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ผู้ป่วยตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อนหรือญาติหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถามซึ่งไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม (ลดารัตน์ สาภินันท์, 2557) แต่ในการศึกษาครั้งนี้นำมาใช้เฉพาะฉบับใช้ถามผู้ป่วยและฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วย

2.3 ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

2.3.1 แนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (middle-range theory) ถูกพัฒนาขึ้นโดย คอร์เนเลีย รูแลนด์ (Cornelia Ruland) และเชอร์เลย์ มอร์ (Shirley Moore) ในปี ค.ศ. 1998 โดยพัฒนามาจากมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของประเทศนอร์เวย์ โดยที่มาตรฐานการดูแลสร้างมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนเอกสารและจากความรู้ส่วนบุคคลและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกทำให้ได้โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลของการดูแล (outcome) จากนั้นนำมาพัฒนาเป็นทฤษฎีที่ประกอบไปด้วยแนวคิดหลักต่างๆ ที่สามารถใช้อธิบายได้อย่างกว้างขวางและประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ จุดเน้นของทฤษฎีคือ การทำให้เกิดความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ไม่ใช่เฉพาะช่วงใกล้ตายเพียงอย่างเดียวทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลระยะสุดท้าย

จะอยู่ในระยะที่สงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่ในภาวะที่มีองค์ประกอบหลัก 5 ประการ (วารภรณ์ คงสุวรรณ, 2558; Kongsuwan & Touhy, 2009; Ruland & Moore, 1998) ซึ่งประกอบด้วย

1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) หมายถึง ไม่มีประสบการณ์ของความเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดได้ถูกอธิบายในลักษณะของประสบการณ์ทางด้านที่ไม่เป็นที่น่าพอใจ (unpleasant) ความรู้สึก (sensory) และอารมณ์ (emotion) สัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นแล้วหรือว่าจะเกิดขึ้นต่อไป ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การติดตามและบริหารการบรรเทาความปวดและการประยุกต์กิจกรรมการใช้ยาและการไม่ใช้ยาในการบรรเทาความเจ็บปวด

2) มีประสบการณ์ของความสบาย (experience of comfort) หมายถึง การบรรเทาจากความไม่สบาย อยู่ในสภาวะของความสบายและสงบสุขและการมีชีวิตที่เรียบง่ายและเป็นที่น่าพอใจ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การป้องกัน ติดตามและบรรเทาความไม่สบายทางร่างกายการจัดให้มีการพักผ่อน ผ่อนคลายและการมีความสุข และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

3) มีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) หมายถึง การได้รับการเคารพและให้คุณค่าอย่างที่เป็นคนที่มีชีวิต การอยู่อย่างมีค่าเป็นคุณลักษณะหลักของแนวคิดนี้ คนไข้ระยะท้ายของชีวิตต้องได้รับการให้คุณค่าและให้ความเคารพเท่ากับที่ไม่ทำให้เขาเจ็บกับสิ่งใด ๆ ที่กระทำละเมิดความเป็นตัวตนของเขาและคุณค่าทั้งหลาย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ การให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพ และการให้ความสนใจต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย

4) อยู่ในความสงบ (being at peace) หมายถึง ความรู้สึกของความสงบ ความสมดุลและความสุข ซึ่งรวมการไม่มีความวิตกกังวล ความกระวนกระวายและความกลัว ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์การให้การติดตามและให้ยาต้านความวิตกกังวลตามที่ต้องการ การสร้างความไว้วางใจ การให้คำแนะนำการปฏิบัติ แก่ผู้ป่วยหรือคนที่มีความสำคัญทั้งหลายและการให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากพวกเขาต้องการ

5) มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) หมายถึง การมีความรู้สึกของความผูกพันหรือเกี่ยวข้องกับญาติมิตรและบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่ดูแล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแลการใส่ใจดูแลภาวะเศร้าโศก ความกังวลและคำถามของญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน และการเปิดโอกาสสำหรับครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

2.3.2 การดูแลผู้ป่วยตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

การไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain)

ความเจ็บปวด (pain) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญ เป็นอาการที่พบได้บ่อยและมากที่สุด chez ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Paice & Fine, 2006) เนื่องจากความปวดในระยะสุดท้ายถือเป็นความปวดที่ครอบคลุมครบถ้วนหรือ total pain (Leleszi & Lewandowski, 2005) ในการประเมินความปวดต้องประเมินความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ระยะเวลาที่ปวด สิ่งที่มีผลต่อความปวด อาการร่วมอื่นๆ ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การบำบัดความปวดเป็นเรื่องสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงอยู่ตลอดเวลา แนวทางการดูแล แบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่ยังเหลืออยู่จำเป็นต้องดูแลความปวดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีวิธีการบรรเทาความปวดอยู่หลากหลาย ที่ไม่ใช้ยา เช่น การนวด การทำสมาธิ แต่การใช้ยาเพื่อบำบัดความปวดรุนแรงยังเป็นสิ่งจำเป็น เพราะให้ผลแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพสูง ถ้าให้อย่างถูกหลักการ ผลข้างเคียงต่างๆ ก็สามารถควบคุมได้และการให้ร่วมกับการบำบัดความปวดอื่นๆ ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี (พงค์ภารตี เจา ทัศนะตริน, 2554) ความปวดมีหลายมิติ มีหลายประเภท ความปวดและอาการอื่นๆ อาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคหลอดเลือดดำนั้นควรทำการประเมินความปวดในผู้ป่วยทุกรายและต้องเชื่อที่ผู้ป่วยบอก ซึ่งประเภทของความปวด (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร; Urch, 2009, 2554) มีดังนี้

1) ความปวดทางด้านร่างกาย (nociceptive pain) เกิดจากการกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวดของโครงสร้างพื้นผิวร่างกาย (somatic) เช่น ผิวหนัง กล้ามเนื้อ จะปวดแบบตื้อๆ หรือ ตุ่มๆ หรือเกิดจากตัวรับความเจ็บปวดอวัยวะภายใน (visceral) เช่น ช่องท้อง จะปวดแบบบิดๆ หรือจุกๆ เหมือนถูกบีบ

2) ความปวดทางด้านระบบประสาท (neuropathic pain) เกิดจากเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเกิดได้ทั้งจากส่วนกลางและส่วนปลายหรือผลข้างเคียงจากรังสีรักษาหรือเคมีบำบัด จะปวดแบบแสบร้อน แสบๆ เหมือนเข็มทิ่มหรือโดนไฟช็อต บางครั้งปวดยิบๆ เหมือนมดไต่หรือรู้สึกปวดชา

ส่วน breakthrough pain เป็นความปวดระดับปานกลางถึงมากซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง และ total pain คือ การที่ผู้ป่วยบอกถึงความทุกข์ทรมานของอาการปวดที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยวิธีการรักษาจากยาที่ได้รับ ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณร่วมด้วยให้ครบองค์รวม (จอณพะจง เพ็งจาด, 2559)

การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยา

ยาที่ใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดที่ใช้สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 กลุ่ม (กิตติกร นิลมานัต, 2556) ดังนี้

1) ยาระงับปวดที่ไม่ใช่กลุ่มมอร์ฟิน (non opioids) ใช้ในการระงับปวดที่มีความรุนแรงในระดับน้อยจนถึงปานกลางหรือใช้เสริมผลระงับปวดจากยากกลุ่มมอร์ฟินและอนุพันธ์ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ acetaminophen, aspirin, NSAIDs เป็นต้น

2) ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟินและอนุพันธ์ (opioids) ใช้ในการระงับปวดที่มีความรุนแรงในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ morphine, codeine, fentanyl, tramadol เป็นต้น

3) ยาเสริมในการระงับปวด (adjuvant) การเลือกใช้ยาเสริมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้และกลไกการปวดที่เกิดขึ้น ยาเสริมในการระงับปวดทางระบบประสาท ได้แก่ antidepressant เช่น amitriptyline gabapentin หรือ anticonvulsants เช่น carbamazepine, clonazepam หรือยากกลุ่มอื่น ๆ เช่น phenetion, baclofen, ketamine เป็นต้น ยาเสริมในการระงับปวดจากกระดูก เช่น NSAIDs เป็นต้น ส่วนยากกลุ่มอื่น ๆ เช่น corticosteroids, benzodiazepines, metoclopramide เป็นต้น

ในการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยยา จะใช้หลักบันได 3 ขั้น (The World Health Organization three-step analgesic ladder) (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554; World Health Organization, 2002b) ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 คະแนนความเจ็บปวด 1-3 คະแนนจาก 10 คະแนน เริ่มจากการให้ยากกลุ่ม non-opioid และยาเสริม (adjuvant drug) ซึ่งมีการออกฤทธิ์ระงับปวดไม่แรงไม่เสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

บันไดขั้นที่ 2 คະแนนความเจ็บปวด 4-6 คະแนนจาก 10 คະแนน หากอาการปวดไม่บรรเทา (persistent and increasing pain) ให้พิจารณาใช้ยากกลุ่ม weak opioid ร่วมกับยาเสริม

บันไดขั้นที่ 3 คະแนนความเจ็บปวด 7-10 คະแนนจาก 10 คະแนน ถ้าอาการปวดยังคงอยู่ (resistent) ให้พิจารณายาในกลุ่ม strong opioid ร่วมกับยาเสริมซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้ยาแก้ปวดตัวอย่างยาเสริมที่นิยมใช้ได้แก่ยาแก้อาเจียน (antiemetics) ยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressants) และยา corticosteroids

เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดต่อเนื่อง ควรพิจารณาส่งจ่ายยาแก้ปวดแบบต่อเนื่อง ไม่ใช่เฉพาะเวลาปวดและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลและข้อดีของการให้ยาแก้ปวดแบบต่อเนื่อง เทียบกับการให้เฉพาะเวลาปวด ส่วนอาการปวดแทรก (breakthrough pain) หรืออาการปวดที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นก็ควรมีการจัดการไว้ล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น (ภาสกร สวัสดิ์รักษ์, 2559)

การบรรเทาความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยา

ในการบรรเทาความเจ็บปวด นอกจากจะมีการใช้ยาแล้ว ยังมีวิธีการอื่นๆ ที่ใช้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการบรรเทาความทุกข์จากความเจ็บปวดของผู้ป่วยซึ่งบางครั้งไม่ได้มีสาเหตุมาจากทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว ซึ่งวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยามีดังนี้ 1) การสร้างจินตภาพ เป็นการสร้างจากการกระตุ้นให้คิดเห็นเป็นภาพ ทำให้เห็นสถานที่ตามคิด จินตนาการ เกิดความสุขและสบายใจ 2) การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ ให้ปฏิบัติเพื่อหันเหความสนใจออกจากความเจ็บปวด 3) การผ่อนคลาย เป็นวิธีการที่ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายเป็นอิสระ ลดการหดเกร็งกล้ามเนื้อ ลดความเหนื่อยล้า คลายความเครียดและควบคุมความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, และ เรวัตน์ เอกวุฒิมงศา, 2555) 4) การนวดและการสัมผัส การกดจุด ช่วยลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ ลดการรับรู้ความเจ็บปวดตามทฤษฎีการควบคุมประตู 5) การทำสมาธิ ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์มีความด้านทานสูง มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นสมอง เกิดการผ่อนคลาย ช่วยลดแลคเตทในกระแสเลือดที่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บปวด (นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช, 2556)

การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย (experience of comfort)

การดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายนั้น เป็นการดูแลที่ลดความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมาน ที่เกิดจากอาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้เกิดความสงบ สบาย เกิดความพึงพอใจ ซึ่งอาการไม่สุขสบายและการดูแลต่าง ๆ มีดังนี้

อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกหายใจติดขัดเหนื่อยหอบ หรือการหายใจไม่อิ่ม เหมือนสำลักหรือหายใจหนักๆ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากตัวโรคคลุกกลาม อาจจะพบปัญหาการทำงานของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ พบอุบัติการณ์ของการหายใจลำบากเป็นลำดับต้น ๆ การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายจะมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถแก้ไขได้ (กรมการแพทย์, 2557) การหายใจลำบากสามารถแก้ไขได้ดังนี้ (สุวรรณธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช, และ สุวีริยา สุวรรณโคตร, 2556) 1) ดูแลให้ยาลดสารคัดหลั่ง ยาลดอาการหายใจลำบาก ยาลดความวิตกกังวล 2) การจัดท่านอนศีรษะสูงและนอนตะแคง 3) จัดสภาพแวดล้อมให้มีการระบายอากาศที่ดี 4) ดูแลดูดเสมหะให้เมื่อจำเป็นและควรทำด้วยความนุ่มนวล 5) ดูแลให้ออกซิเจนเมื่อมีภาวะขาดออกซิเจน ควรให้ทางจมูก (Nasal cannula) เพราะไม่รบกวนผู้ป่วยมากนัก 6) ดูแลความสะอาด ช่องปาก เนื่องจากการเหนื่อยหอบทำให้ปากแห้งและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการพยาบาลแบบผสมผสาน อื่น ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การใช้พัดลมเล็กๆ เป่าบริเวณใบหน้า เป็นต้น (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้ง (anorexia and cachexia) มักไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว

จากวัฒนธรรมและความเชื่อ ความรุนแรงของน้ำหนักที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับพยากรณ์โรค ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่ได้มีความหิวอย่างที่ผู้อื่นเข้าใจ การฝืนให้อาหารมีผลเสียหลายประการ เช่น เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาจสำลักอาหารจนเกิดอันตรายได้ ถ้าผู้ป่วยมีความอยากอาหาร ผู้ป่วยจะยอมรับประทานอาหารเองโดยไม่ต้องคะยั้นคะยอ จากการศึกษาพบว่า ความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะจะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลง และผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น พยาบาลควรชี้แจงให้ญาติเข้าใจผลเสียจากการฝืนให้อาหารและค้นหาวิธีการดูแลอย่างอื่นที่สามารถทำได้ (สุปราณี นิรุตติศาสตร์, 2550b)

อาการเสมหะและสิ่งคัดหลั่งในช่องคอมมาก ในระยะสุดท้ายความสามารถในการกลืนจะหายไป ทำให้มีน้ำลายและสิ่งคัดหลั่งจากช่องปากและคอ (oropharynx) คั่งค้าง เกิดเสียงดังเวลาหายใจออกบางครั้งเหมือนเสียงสำลัก เรียกว่า death rattle ทำให้ญาติเกิดความตื่นตระหนกและทนไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้ ต้องหยุดให้อาหารและน้ำทางปาก และควรให้ยาลดเสมหะ เพื่อลดการหลั่งน้ำลายและสารคัดหลั่งจากช่องปากและคอนอกจากนั้นอาจจัดท่าระบายเสมหะ (postural drainage) แต่ไม่ควรใช้เครื่องดูดเสมหะ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยระคายเคืองและไม่สงบ ญาติผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ (สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช, และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556)

อาการคลื่นไส้อาเจียน (nausea and vomiting) คลื่นไส้เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหารลำบาก อุดนมูมิร่างกายเปลี่ยนแปลง และชีพจรเต้นเร็วอาเจียนเป็นอาการที่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะให้ไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก บางทีอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้ สามารถให้ยาเพื่อบรรเทาอาการได้ เช่น domperidone, prochlorperazine, metoclopramide, ondansetron, granisetron, haloperidol หรือรักษาโดยไม่ใช้ยา เพื่อช่วยบรรเทาอาการ เช่น จัดอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น ดื่มเครื่องดื่มซ้า ๆ บ่อย ๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำผลไม้ น้ำขิง น้ำชา ทำความสะอาดปาก ฟัน ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศสดชื่น (กรมการแพทย์, 2557; ชยุต ไหมเขียว, 2556)

ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (weakness/fatigue) ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้น จนในที่สุดจะมากขึ้นจนผู้ป่วยไม่สามารถขยับตัวได้ ทำให้เกิดการยึดติดของเอ็นและข้อหรืออาการปวดข้อและเกิดแผลกดทับได้ อาการเหนื่อยล้า มีลักษณะจำเพาะคือไม่ตอบสนองต่อการนอนพักผ่อน อาการไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรม เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะช่วงท้ายของชีวิต มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตและกิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การดูแลที่ควรทำ คือ การช่วยขยับและบริหารข้อต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย การพลิกตัวผู้ป่วยบ่อย ๆ และการปรับบริเวณที่สัมผัสที่นอนก่อนและ หลัง

การพลิกตัว จะทำให้รู้สึกสบายและทำให้เลือดมาเลี้ยงส่วนนั้นดีขึ้น แต่ไม่ควรบีบนิ้วหรือผิวหนัง ที่ แดงหรือถลอกหรือเป็นแผลอยู่แล้ว และควรให้การดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (โรงพยาบาลสงฆ์, 2551)

อาการปากแห้ง (Dry mouth) ผู้ป่วยใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลงหรือดื่มน้ำน้อยลง ภาวะ ขาดน้ำที่เกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการ หลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น จึงไม่ควรฝืนให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ แต่ควรดูแลทำความสะอาดและรักษาความชื้นของปาก ริมฝีปาก จมูก และตาไว้ โดยอาจใช้สาลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำ แตะที่ปาก ริมฝีปาก จมูก หรือทาเจลที่ริมฝีปากเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งหรือแตก ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถ หลับตาได้ให้หยอดน้ำตาเทียมหรือน้ำเกลือทุก 15-30 นาที (สุปราณี นิรุติศาสตร์, 2550b)

การมีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) และ การมี ความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others)

ในการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี เป็นการดูแลที่ให้คงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ของผู้ป่วย ถึงแม้จะไม่สามารถคาดการณ์ระยะเวลาที่เหลืออยู่ในระยะท้ายได้ แต่การได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยนั้นมีความหมายและคุณค่าจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ผู้ป่วยอย่างมาก รวมทั้งการส่งเสริม ให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน อาจจะเป็นเพื่อนหรือคนที่มีความหมาย ต่อผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ซึ่งในการดูแลจะต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ (กรมการแพทย์, 2557; สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาวระโช, และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556)

1) บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ได้แก่ ความเป็นพ่อ เป็นแม่ เป็นลูก เป็นสามีหรือ ภรรยาเป็นผู้หารายได้หลัก หรือเป็นศูนย์รวมความรักเพราะเป็นลูกคนเดียว หลานคนโปรด เป็นต้น บทบาทเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว หรือศักยภาพในการ จัดการปัญหาต่างๆ

2) ความรักความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ประเมินช่วงของการค้นหา ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ลดภาวะความรู้สึกผิดในจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็น ความสวยงามของชีวิต แม้ว่าจะต้องสูญเสียคนที่รัก

3) ผู้ดูแลผู้ป่วย การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยจากการที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีภาระงาน ในขณะเดียวกันผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ท่ามกลาง คนที่รัก การประสานประโยชน์ระหว่างสามฝ่ายนี้ จึงต้องทำด้วยความละเอียดอ่อน

4) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน หรือบางครั้งอาจทำให้ทีมผู้รักษาเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน ในความต้องการของครอบครัวได้

5) เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคมคือ การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัวหรือเครือญาติ เพื่อนที่ทำงานหรือโรงเรียน นักวิชาชีพ เพื่อนบ้าน หน่วยงานหรือองค์กร หรือกลุ่มทางศาสนา เป็นต้น การค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่องจากเครือข่ายทางสังคมอย่างไร การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว เครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งคือ อาสาสมัครที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น เป็นผู้ช่วยด้วยตนเอง หรือกลุ่มอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ เป็นต้น

6) ความต้องการของครอบครัว สถาบันครอบครัวมีความสำคัญกับบุคคลที่สุด เนื่องจากครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจ บางครั้งผู้ป่วยจะให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนในเรื่องที่เกี่ยวกับอาการป่วยของตน ในขณะที่เดียวกันความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจสร้างความอึดอัดใจให้ผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกัน มีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว การค้นหาว่าใครมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ และสามารถทำให้คนนั้นเกิดความรู้สึกเป็นทีมเดียวกับผู้ดูแลรักษา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุด

การอยู่ในความสงบ (being at peace)

ในการดูแลเพื่อให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความศรัทธา เป็นการดูแลในมิติจิตวิญญาณ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสงบได้ โดยมีแนวทางและหลักการดังนี้ (กรมการแพทย์, 2557; โรงพยาบาลสงฆ์ 2551; สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช, และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556)

1) ผู้ที่ดูแลด้านจิตวิญญาณ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเองกับผู้ป่วย แสดงถึงความเอาใจใส่ เอื้ออาทร ห่วงใย รักษาความลับและสัญญาที่ให้ผู้ป่วย

2) ประเมินเพื่อคัดกรองเบื้องต้น (spiritual screening) เพื่อค้นหาปัญหาด้านจิตวิญญาณเพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยใช้คำถาม “สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่มีความสำคัญสำหรับคุณคืออะไร” หรือ “คุณคิดว่าศาสนาหรือจิตวิญญาณ มีความสำคัญในชีวิตของคุณหรือไม่” และ “สิ่งนั้นช่วยคุณอย่างไรในขณะนี้”

3) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้คล้ายบ้านหรือสิ่งผู้ป่วยคุ้นเคย ในกรณีหอบผู้ป่วยรวม อาจจัดเตียงให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่สงบอนุญาตให้ผู้ป่วยนำรูปภาพที่ผู้ป่วยเคารพบูชา เครื่องรางของขลัง รูปครอบครัว การเปิดโอกาสให้ญาติที่ผู้ป่วยรักเข้าไปเยี่ยม

4) ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อประเมินด้านความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม ค้นหาจัดการสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีม ที่ดูแลสามารถตอบสนองอย่างเหมาะสมตามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

5) การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น

5.1) การจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การจัดกิจกรรมทางศาสนา ตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การฟังดนตรีบรรเลง การใส่บาตร สังฆทาน สวดมนต์ ทำวัตร เข้า-เย็น การละหมาด การอ่านหนังสือธรรมะ คัมภีร์อัลกุระอาน หรือคัมภีร์ไบเบิล เป็นต้น

5.2) การให้ครอบครัวที่ผู้ป่วยรักมีส่วนในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความ เชื่อมต่อและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เช่น เปิดโอกาสให้ดูแล 24 ชั่วโมง การมีกิจกรรมการพูดคุย ให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวต่างๆ ที่ผู้ป่วยชอบ เช่น กิจกรรมถ่ายรูปร่วมกับครอบครัว การจัดงานวันเกิด วันครบรอบแต่งงาน การอ่านหนังสือให้ฟัง การนวด เป็นต้น

5.3) การจัดกิจกรรมทำประชุมครอบครัว (family meeting) เพื่อให้บุคคลใน ครอบครัวได้ขอโอสิกรรม การให้อภัย ให้ผู้ป่วยได้การปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ เป็นต้น

5.4) การใช้กิจกรรมอื่น ๆ ในการบำบัด การสัมผัสรักษา เทคนิคการผ่อนคลายการสร้างจินตภาพและ สุคนธบำบัด การใช้อารมณ์ขัน การคิดเชิงบวก การใช้สมาธิบำบัด เป็นต้น

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, และ สุรีย์พร ธนศิลป์, 2555) การศึกษาผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (ปิ่นฉัตร รัตน์, 2554) การศึกษาเรื่องผลการพัฒนาจิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนววิถีพุทธ: กรณีศึกษาแบบประคับประคอง โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี (กุล โพธิ์ทอง, 2555) การศึกษาการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมวัดคำประมงสกลนคร (จรัสแสง ผิวอ่อน, 2554) การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมืองในจังหวัดขอนแก่น (สร้อยญา กุมพล, 2555) ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ช่อผกา ปุยขาว, 2557) จากการศึกษาดังกล่าว พบว่ามีการดำเนินการในรูปแบบที่แตกต่างกัน ส่วนมากเน้นการดูแลเพียงด้านเดียว เช่น ด้านจิตวิญญาณ โดยใช้รูปแบบของกิจกรรมทางศาสนาเข้ามาร่วมด้วย ส่วนงานวิจัยที่ระบุ

ว่ามีการดูแลครอบคลุมองค์รวม เช่น ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพและการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายแบบองค์รวม (อรนุช มกรากิรมย์ และ อันธิกา คระระวานิช, 2558) ก็พบว่า ไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลอธิบายไว้ชัดเจน ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้นต้องมีการดูแลให้ครอบคลุมองค์รวม คือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ

ผู้วิจัยเห็นว่าทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) เป็นทฤษฎีที่เน้นการดูแลให้ครอบคลุมทุกด้านของผู้ป่วยระยะท้าย จึงควรนำมาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการดูแลระยะท้าย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายดีตายสงบ และช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต

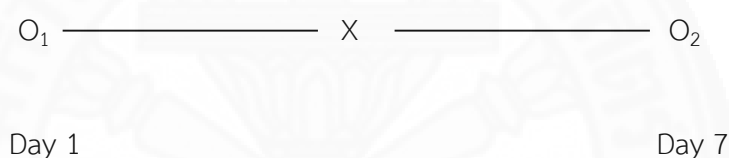


บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) (Burns & Grove, 2005; Polit & Beck, 2004, 2012) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้



ภาพที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง

โดยกำหนดให้

- X หมายถึง โปรแกรมการดูแลระยะท้าย
- O_1 หมายถึง การประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนการให้โปรแกรมการดูแลระยะท้าย
- O_2 หมายถึงการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายที่สงบ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลังการให้โปรแกรมการดูแลระยะท้าย

3.2 ประชากร กลุ่มตัวอย่างและสถานที่ดำเนินการวิจัย

3.2.1 ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ แผนกสูติ-นรีเวชกรรม แผนกศัลยกรรมและแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

3.2.3.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) มีดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

(2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป

(3) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง อ่านและเขียนสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ

(4) มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมโดยมีระดับคะแนน PPS (The Palliative Performance Scale) อยู่ระหว่าง 40 – 70

เกณฑ์การคัดออกจากศึกษา (exclusion criteria) มีดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจและไม่สามารถหย่าออกซิเจนได้หรือได้รับการดูแลด้วย aggressive treatment

(2) มีภาวะง่วงซึมหรือสับสน

(3) ผู้ป่วยที่ไม่ขอรับการรักษาในระยะท้าย

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมศึกษา (discontinuation criteria) มีดังนี้

- (1) เข้าร่วมโปรแกรมได้น้อยกว่า 4 ครั้งโดยขาดการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งที่ 1, 2, 5 และ 7
- (2) ไม่สามารถทำแบบประเมินได้

3.2.3.1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) มีดังนี้

- (1) เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตรหรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่บุคคลที่จ้างมาหรือได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย
- (2) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก
- (3) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- (4) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง อ่านและเขียน

สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออกจากศึกษา (exclusion criteria) มีดังนี้

- (1) ไม่สามารถหาผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลักได้
- (2) ผู้ดูแลที่วางแผนจะส่งผู้ป่วยไปอยู่ศูนย์พักฟื้นหรือจ้างบุคคลอื่นมาดูแลแทน

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมศึกษา (discontinuation criteria) มีดังนี้

- (1) เข้าร่วมโปรแกรมได้น้อยกว่า 4 ครั้งโดยขาดการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งที่ 1, 2, 5 และ 7
- (2) ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

3.2.4 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ผู้วิจัยประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) (Polit & Beck, 2004, 2012; Polit & Hungler, 1999) มีการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) (Cohen, 1992) ของการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่วัดก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยอ้างอิงจากงานวิจัยใกล้เคียงที่เคยศึกษามาก่อนแล้วจากการศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของงานโรงพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (ปนัดดา สุวรรณ, 2556) กำหนดค่าและนำมาหาค่าขนาดตัวอย่างโดยคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดอิทธิพล (รัตนศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 d &= \frac{\overline{X}_A - \overline{X}_B}{SD} \\
 &= \frac{5.37 - 28.86}{1.52} \\
 &= \frac{-23.49}{1.52} \\
 &= 15.45
 \end{aligned}$$

เมื่อ d = ขนาดอิทธิพล
 X_A = ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง
 X_B = ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง
 SD = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากนั้นนำไปคำนวณในโปรแกรม G*power version 3.1.9.2 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการคำนวณเพื่อกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างการวิจัยทางด้านสังคมพฤติกรรมและชีวการแพทย์ (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007; Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนดให้อำนาจการทดสอบ (power analysis) = .80 ระดับนัยสำคัญหรือแอลฟา = .05 เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้เป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) เป็นการศึกษาในบริบทที่แตกต่างกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับของอำนาจทดสอบคือ 80% (Polit & Beck, 2004) ในการวิจัยเชิงทดลองทางการแพทย์จะใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางไม่เกิน .50 (Polit & Sherman, 1990) ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เพื่อใช้ในการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ระดับ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (dropped out) และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (normality) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Lemeshow, Hosmer Jr, Klar, & Lwanga, 1990; Polit & Beck, 2004) ดังนั้นจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 32 ราย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย 32 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัยเลือกจากคุณสมบัติตามที่กำหนด

3.2.5 สถานที่ดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมและอายุรกรรม ทั้งหอผู้ป่วยพิเศษและหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายของโรงพยาบาล จะมีลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับกาดัดสินใจของแพทย์เจ้าของไข้ หลังจากแพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแล้ว แนวทางการดูแลที่พบมี 3 ลักษณะดังต่อไปนี้

1) แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะมีแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว ที่เป็นอาจารย์แพทย์และบางครั้งมีแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลที่รับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลหรือทีมเยี่ยมบ้านและ พยาบาลในหอผู้ป่วย ดูแลร่วมด้วย ส่วนสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ยังไม่พบการมีส่วนร่วมที่เห็นเด่นชัด กรณีที่แพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยอาจจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน จะมีการปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อ ย้ายไปรับการดูแลในหอผู้ป่วยที่จัดเตรียมไว้สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือไปที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์เพื่อเตรียมเสียชีวิต ในการเลือกสถานที่ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

2) แพทย์เจ้าของไข้ไม่ส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง แต่แพทย์เจ้าของ ไข้ให้การดูแลตามแนวทางประคับประคองเอง เช่น มีการจัดการอาการที่เกิดขึ้น มีการพูดคุยกับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับวาระสุดท้ายและการเสียชีวิต เป็นต้น พยาบาลที่หอผู้ป่วยทำหน้าที่ให้การดูแลตาม แนวทางของแพทย์ และไม่พบสหสาขาวิชาชีพอื่นเข้ามาบทบาทในการดูแลร่วมด้วย

3) แพทย์เจ้าของไข้ไม่ได้ส่งปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้ ให้การดูแลรักษาตามอาการทั่วไป เช่น หากผู้ป่วยมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกาย เช่น ปวด หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น แพทย์เจ้าของไข้จะให้การรักษาตามอาการ โดยไม่ได้มีคำสั่งการดูแล แบบประคับประคอง แนวทางการรักษาจะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีอาการคล้ายกัน เช่น ให้ยาฉีดมอร์ฟินเมื่อผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการปวด หรือ มีการให้ออกซิเจนเมื่อหายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPS v2) พัฒนาโดยนายแพทย์ไมเคิล ดาวนิง จาก Victoria Hospice ประเทศแคนาดา แปลเป็นภาษาไทยโดย บุชยามาส ชิวสกุลงและคณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (บุชยามาส ชิวสกุลง, และ ลดาร์ตัน สาภินันท์, 2556) ซึ่งประเมินผู้ป่วยในประเด็น ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและความรู้สึกตัวมีค่าคะแนนตั้งแต่ 100 คะแนนลงไปจนถึง 0 คะแนน แบ่งเป็น 11 ระดับแต่ละระดับห่างกัน 10 คะแนนเพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ค่า PPS ตั้งแต่ 70-100 ผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน (จากผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ไปสู่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย) ค่า PPS อยู่ระหว่าง 40-60 และผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ค่า PPS อยู่ระหว่าง 0-30

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย

3.3.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ฉบับคือ

(1) **ฉบับใช้สอบถามผู้ป่วย** เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนาระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา บทบาทในครอบครัว การวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยและการรักษาที่เคยได้รับ

(2) **ฉบับใช้สอบถามญาติผู้ดูแล** เป็นแบบเลือกตอบประกอบด้วย เพศ อายุสถานภาพสมรส ศาสนาระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว

3.3.2.2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale หรือ POS) แบบประเมินได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อ วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Hearn & Higginson, 1999) โดยศาสตราจารย์จูลี เฮิร์น (Julie Hearn) และศาสตราจารย์ไอรีน เจ อิกกินสัน (Irene J. Higginson) จาก King's College, London, United Kingdom ในปีค.ศ. 1999 ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยใช้ประเมินทุก 3-7 วันหรืออย่างน้อย 2 ครั้งเพื่อจะได้ทราบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองโดยการเปรียบเทียบ

ข้อมูลคะแนน POS ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 แต่ในการประเมินแต่ละครั้งต้องห่างกันอย่างน้อย 3 วัน (ลดา รัตน์ สาภินันท์, 2557) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้ประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนน ที่ลดลงหมายถึงการได้รับการดูแลที่ดี สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ประกอบด้วยฉบับใช้ถามผู้ป่วยและฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วยดังนี้

(1) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Patient: POS-P) ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อได้แก่คำถามปลายปิด 10 ข้อซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับเป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการหรือได้ข้อมูลเต็มที่
- 1 คะแนน หมายถึง เล็กน้อยหรือนานๆครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง รุนแรงหรือเป็นส่วนใหญ่
- 4 คะแนน หมายถึง มากมายท่วมท้นหรือไม่รู้สึกรู้ชาติกับตัวเองเลยหรือเสียเวลามากกว่าครึ่งวันหรือปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ

คำถามทั้ง 10 ข้อครอบคลุมประเด็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกี่ยวกับอาการรบกวนด้านร่างกายด้านจิตใจด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยรวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษาการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวและความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัวโดยถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการรบกวนปัญหาหรือความต้องการด้านร่างกายด้านจิตใจด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยรวมทั้งปัญหาหรือความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัวข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วงที่ผ่านมาและข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่าท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเองหรือให้เพื่อนหรือญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถามซึ่งไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม

(2) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Carer: POS-C) ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยหรือให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อได้แก่คำถามปลายปิด 10 ข้อซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับเป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการหรือได้ข้อมูลเต็มที่
- 1 คะแนน หมายถึง เล็กน้อยหรือนานๆครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง

3 คะแนน หมายถึง รุนแรงหรือเป็นส่วนใหญ่

4 คะแนน หมายถึง มากมายท่วมท้นหรือไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลยหรือ
เสียเวลามากกว่าครึ่งวันหรือปัญหาไม่ได้รับการ
ช่วยเหลือ

ข้อคำถามทั้ง 10 ข้อใช้ประเมินความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย
ที่คิดว่าตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุดโดยถามผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมี
อาการรบกวนปัญหาหรือความต้องการด้านร่างกายด้านจิตใจด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณประเด็น
การดูแลผู้ป่วยและความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัวว่าเป็นอย่างไรข้อที่ 11 เป็นคำถาม
ปลายเปิด 1 ข้อถามเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วงที่ผ่านมาและข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามที่ถาม
ผู้ดูแลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยซึ่งไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิด
เป็นคะแนนโดยรวมโดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับได้แก่

0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติไม่มีอาการของโรค

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามปกติมีอาการแสดงของโรคเล็กน้อย

2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตามกิจกรรมและมีอาการแสดงของโรค

3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงอยู่บนเตียง มากกว่าครึ่งของ
เวลา 1 วัน

4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมากใช้เวลาทั้งวันอยู่บนเตียง

3.3.2.3 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

(1) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P) ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัย
สร้างมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of peaceful end of life)
รูแลนด์และมอร์ (วารสาร คงสุวรรณ, 2558; Ruland & Moore, 1998) ประกอบด้วย 5 ด้าน
จำนวน 32 ข้อ คือ 1) ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการ
มีประสบการณ์ของความสบาย (experience of comfort) จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการมี
ประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) จำนวน 7 ข้อ 4) ด้านการอยู่ในความสงบ
(being at peace) จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน
(closeness to significant others) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตรา
ส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วย โดยกำหนดความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 80 -100 %

มาก หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 60 - 80 %

ปานกลาง หมายถึง ตรงกับความ เป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 40-60 %
 น้อย หมายถึง ตรงกับความ เป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 20 - 40 %
 น้อยที่สุด หมายถึง ตรงกับความ เป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 0 - 20 %
 นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งเป็นปัญหาอื่น ๆ หรือสิ่งที่ผู้ป่วย
 อยากบอกกับทีมสุขภาพซึ่งคำตอบของข้อนี้ไม่ได้นำมาคิดเป็นคะแนนโดยรวม

**(2) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการ
 รับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C) ซึ่งแบบ
 ประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of peaceful
 end of life) รูลันด์และมอร์ (วราภรณ์ คงสุวรรณ, 2558; Ruland & Moore, 1998) ประกอบด้วย
 5 ด้าน จำนวน 32 ข้อ คือ 1) ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) จำนวน 6 ข้อ
 2) ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย(experience of comfort) จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการมี
 ประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) จำนวน 7 ข้อ 4) ด้านการอยู่ในความสงบ
 (being at peace) จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน
 (closeness to significant others) จำนวน 6 ข้อ**

ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
 ที่ตรงกับความ เป็นจริงของผู้ป่วย โดยกำหนดความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ตรงกับความ เป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 80 -100 %
 มาก หมายถึง ตรงกับความ เป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 60 - 80 %
 ปานกลาง หมายถึง ตรงกับความ เป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 40-60 %
 น้อย หมายถึง ตรงกับความ เป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 20 - 40 %
 น้อยที่สุด หมายถึง ตรงกับความ เป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 0 - 20 %
 นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งเป็นปัญหาอื่น ๆ หรือสิ่งที่ผู้ดูแล
 ผู้ป่วยอยากบอกกับทีมสุขภาพซึ่งคำตอบของข้อนี้ไม่ได้นำมาคิดเป็นคะแนนโดยรวม

3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.3.3.1 โปรแกรมการดูแลระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน
 วรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life)
 ของรูลันด์และมอร์ (วราภรณ์ คงสุวรรณ, 2558; Kongsuwan & Touhy, 2009; Ruland & Moore,
 1998) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในด้านต่าง ๆ 5 ด้านประกอบด้วย

(1) ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) ซึ่งประกอบด้วย การติดตามและบริหารการบรรเทาความปวดและการประยุกต์กิจกรรมการใช้จ่ายและการไม่ใช้จ่ายในการบรรเทาความเจ็บปวด

(2) ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย (experience of comfort) ซึ่งประกอบด้วย การป้องกัน ติดตามและบรรเทาความไม่สบายทางร่างกายการจัดให้มีการพักผ่อน ผ่อนคลายและการมีความสุข และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

(3) ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) ซึ่งประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพ และการให้ความสนใจต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย

(4) ด้านการอยู่ในความสงบ (being at peace) ซึ่งประกอบด้วย การให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้การติดตามและให้ยาต้านความวิตกกังวลตามที่ต้องการ การสร้างความไว้วางใจ การให้คำแนะนำการปฏิบัติต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยหรือคนที่มีความสำคัญทั้งหลายและการให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากพวกเขาต้องการ

(5) ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแลการใส่ใจดูแลภาวะเศร้าโศก ความกังวลและคำถามของญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน และการเปิดโอกาสสำหรับครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

3.3.3.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้องและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้านคือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวดด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี ด้านการอยู่ในความสงบและ ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน

3.3.3.3 แบบประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะท้าย Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วยที่มี ณ เวลานั้น อาการที่ควรประเมินในแบบประเมิน ESAS มีทั้งหมด 9 อาการประกอบด้วย อาการที่ควรประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซีมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และ อาการเหนื่อยหอบเหตุผลที่ควรประเมินอาการเหล่านี้ทุกครั้งที่ทำการประเมินผู้ป่วย เนื่องจากอาการทั้งหมดเป็นอาการที่พบได้บ่อยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System หรือ

ESAS ฉบับภาษาอังกฤษประกอบด้วยเส้นตรงในแนวนอนแสดงถึงความรุนแรงของอาการต่าง ๆ และรูปภาพร่างกายของมนุษย์ให้ระบุตำแหน่งที่มีอาการ ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดย ดาริน จตุรภัทรพร และคณะ ระดับการวัดแต่ละอาการจะแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด สามารถประเมินได้ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือคนอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ (ดาริน จตุรภัทรพรและคณะ, 2553; Cancer Care Ontario, 2003, 2010)

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (Burns & Grove, 2001; Lynn, 1986; Tiden & Nelson, 1990) ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องตามนิยามตัวแปรที่ต้องการวัด และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข แล้วนำผลการพิจารณามาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพต้องไม่น้อยกว่า .80 (Davis, 1992; Polit & Beck, 2004) ซึ่งในการตรวจสอบครั้งนี้เครื่องมือทั้ง 2 ชุด มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) เท่ากับ .97 ภายหลังจากการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขและให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

ภายหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแล้ว จึงนำโปรแกรมการดูแลระยะท้ายและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปทดสอบความเป็นไปได้ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน 5 ราย และผู้ดูแลจำนวน 5 ราย เพื่อดูความเข้าใจ

ในเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อเสนอแนะจากกลุ่มที่นำไปทดลองใช้ ให้ปรับขนาดตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้อ่านได้ง่ายเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และไม่ต้องการให้มีขั้นตอน ทำกิจกรรมสร้างความผ่อนคลาย เนื่องจากเหนื่อย ไม่สะดวกทำและใช้เวลารวมทั้งหมดในการพบครั้งแรกนานเกินไป ควรตัดกิจกรรมนี้ออก แต่ต้องการให้ทราบปัญหาและได้รับคำแนะนำเพื่อช่วยให้เข้าใจและการดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวหนังสือจากขนาด 16 เป็นขนาด 18 และตัดขั้นตอนการสร้างความผ่อนคลายออก แต่เน้นการสร้าง ความไว้วางใจให้ความเป็นเองกับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น

3.4.2 การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) เครื่องมือที่จะใช้ทดสอบความเที่ยง มีดังนี้

3.4.2.1 เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ประกอบด้วย แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P) และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C)

3.4.2.2 เครื่องมือที่เคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจสอบความเที่ยงแล้วจากงานวิจัยที่ผ่านมา แต่เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำมาตรวจสอบความเที่ยงอีกครั้งประกอบด้วย แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Patient: POS-P) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล (Palliative care Outcome Scale for Carer: POS-C)

ดังนั้นภายหลังจากสอบโครงสร้างการวิจัยผ่านการได้รับความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชบุรี แล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดมาตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในโดยวิธีใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เนื่องจากสามารถใช้กับแบบสอบถามได้หลากหลายมาตรวัด (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553, 2555) และเหมาะสำหรับมาตรวัดที่มีตัวเลือกตอบมากกว่า 2 ตัวเลือกขึ้นไป

(วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2552) ซึ่งเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่ควรมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ยอมรับได้ที่ .70 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004; Polit & Hungler, 1999) ซึ่งแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยและแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล หาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha coefficient) .85 และ .87 ตามลำดับ

ส่วนเครื่องมือต่างๆ ไปหรือเครื่องมือที่ผ่านการใช้มาแล้ว ควรมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ยอมรับได้ที่ .80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2005) ซึ่งแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) = .995 ส่วนแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบฉบับใช้ถามผู้ป่วย และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประทับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล หาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha coefficient) .82 และ .88 ตามลำดับ

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.5.1 การเตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยเรียนรู้และฝึกทักษะโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยการเข้าร่วมประชุมอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และทบทวนทักษะตามโปรแกรมที่จัดทำขึ้น เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวด การบรรเทาอาการจากความไม่สุขสบาย การคงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การลดความวิตกกังวล ความกระวนกระวายและความกลัวและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

3.5.2 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

3.5.2.1 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย

3.5.2.2 ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือวิจัย และใบอนุมัติความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2.3 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแล้วเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะทำการวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย

3.5.3 ขั้นตอนการ

3.5.3.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน ตามแผนกที่กำหนดและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3.5.3.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างความไว้วางใจและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับ

3.5.3.3 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามประเด็น ข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการด้วยตนเองโดยไม่มีการบังคับ และผู้วิจัยให้เวลาสำหรับการตัดสินใจโดยไม่เร่งรัด

3.5.3.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ให้พยานลงนามกำกับ แล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

3.5.3.5 ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามที่กำหนดโดยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาในการทบทวนตัวเองเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ แต่ละครั้งใช้เวลา 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (ในวันแรกของโปรแกรม)

(1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยและรับทราบระยะของโรคมะเร็งแล้ว

(2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจกแจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและความไว้วางใจ

(3) ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองดังนี้

1) ประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Patient: POS-P) และแบบประเมินระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patients: PEOLCS-P) ประเมินระดับความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

2) ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Carer: POS-C) และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C)

(4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก บอกเล่าปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเตรียมตัวในการวางแผนในระยะท้ายของชีวิต พร้อมรับฟังอย่างตั้งใจ

(5) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนเกี่ยวกับความเข้าใจในการเตรียมตัวในการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต การเตรียมใจให้พร้อมสำหรับเดินทางไกลไปสู่จุดมุ่งหมาย อย่างปกติสุข โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนเกี่ยวกับ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคและอาการที่เป็นอยู่ตามที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบจากแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อให้ทราบว่าจะมีการวางแผนในการดูแลอย่างไรพร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติร่วมกัน

(6) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะท้ายของชีวิต ที่กลุ่มตัวอย่างเคยรู้มาก่อน รวมทั้งความคาดหวัง ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินชีวิตในช่วงเวลานี้

(7) ผู้วิจัยสอบถามเพื่อประเมินความพร้อมในการเข้าสู่โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพร้อมให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (ในวันที่ 2 ของโปรแกรม)

(1) ผู้วิจัยทบทวนถึงเป้าหมายหรือสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตจากการพูดคุยกันในครั้งที่ผ่านมา

(2) ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงแนวทางการดูแลกลุ่มตัวอย่าง ตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ประกอบด้วยแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้านคือ การบรรเทาความเจ็บปวด การบรรเทาอาการจากความไม่สุขสบาย การคงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การลดความวิตกกังวล ความกระวนกระวายและความกลัวและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

(3) ให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการรายงานอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ให้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยทราบ รวมทั้งประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้แนวทางการดูแลตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยแต่ละรายดังนี้

1) ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด

- ผู้วิจัยสอบถามและแลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์ความเจ็บปวด

และวิธีการลดความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้ได้ผล

- ผู้วิจัยวางแผนการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวดด้วยยาแล้วและพึงพอใจก็คงไว้ตามเดิม รวมทั้งเพิ่มทางเลือกในการบรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ในการบรรเทาความเจ็บปวดร่วมด้วย เช่น การใช้กิจกรรมทางศาสนา การใช้สมาธิบำบัด การเบี่ยงเบนความเจ็บปวดโดยการพูดคุยหรือทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ เป็นต้น

- ติดตามการได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้ยา กรณีที่ได้รับยาตามแผนการรักษาแล้วแต่อาการปวดไม่ทุเลา ประสานพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกี่ยวกับการบรรเทาปวดและกำหนดบริหารยา ตามเวลาและความรุนแรงของการปวดโดยใช้หลักการขององค์การอนามัยโลก

- ผู้วิจัยบันทึกเกี่ยวกับอาการปวดและได้รับยาแก้ปวดของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลปรึกษากับแพทย์ในการบริหารให้สอดคล้องและเหมาะสมกับอาการปวดของผู้ป่วย

2) ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย

- ป้องกันและบรรเทาการเกิดภาวะไม่สบายทางร่างกายที่พบบ่อย เช่น ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และดูแลให้พักผ่อนให้เพียงพอเพื่อป้องกันและแก้ไขอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ดูแลจัดการเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและแก้ไขอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ดูแลเปิดพัดลมเล็กๆ เป่าบริเวณใบหน้า ตรงตำแหน่งระหว่างปากกับจมูก และจัดปรับเปลี่ยนท่าเพื่อป้องกันและแก้ไขอาการเหนียวหอบ เป็นต้น หากมีปัญหาที่ต้องมีการจัดการโดยใช้ยา ต้องรายงานอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นให้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

- จัดกิจกรรมผ่อนคลาย กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขตามสถานการณ์ที่เหมาะสมรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการพักผ่อน

- ดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ทำความสะอาดหลังการขับถ่ายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

3) ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี

- ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในการประสานกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อทำการประชุมครอบครัว (family meeting) ในรายที่ต้องการ โดยให้ผู้ป่วย ญาติและบุคคลสำคัญของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการดูแลรักษา พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ญาติและบุคคลสำคัญก่อน

- ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพผู้ป่วย เช่น เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง โดยต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็น

จริง ไม่ปิดบัง อธิบายข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย มีการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้สรรพนามเรียกแทนผู้ป่วยอย่างเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย และบทบาทตัวตนทางสังคมของผู้ป่วยหรือเรียกตามผู้ป่วยต้องการให้เรียก เป็นต้น

- ให้ความสนใจต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย เช่น ใส่ใจในคำพูดและพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการซักถามเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งค้นหาสิ่งที่ค้างคาใจ และความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย พร้อมส่งเสริมและกระตุ้นให้ครอบครัวได้ทำตามความปรารถนาดังกล่าว เป็นต้น

4) ด้านการอยู่ในความสงบ

- ให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การประเมินสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย โดยการสังเกตและซักถาม จดเว้นการแสดงอาการเศร้าหมอง สลดหดหู่ และไม่แสดงอาการรำเริงหรือใช้คำพูดที่ตลกเกินความจำเป็นต่อหน้าผู้ป่วย ร่วมกับญาติในการสร้างบรรยากาศที่สงบ การทำกิจกรรมทางศาสนาตามการนับถือของผู้ป่วย โดยอำนวยความสะดวกให้ เช่น แนะนำการตักบาตร เป็นต้น

- ประเมินความวิตกกังวล ความต้องการการได้รับยาลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจนไม่สามารถจัดการด้วยวิธีไม่ใช้ยาได้ ต้องรายงานอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นให้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยทราบรวมทั้งประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งดูแลให้ได้รับยาต้านความวิตกกังวลตามแผนการรักษาของแพทย์

5) ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน

- เปิดโอกาสให้ญาติและบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพลิกตะแคงตัว การดูแลการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น

- ให้การพยาบาลภาวะเศร้าโศกของผู้ป่วยและญาติโดยยึดตามระยะที่เกิดขึ้นของ Five stage reaction ของ Elisabeth Kubler-Ross (Axelrod, 2016; Kubler-Ross, 1969) เช่น ระยะช็อกและปฏิเสธ ควรให้เวลา ยอมรับฟังปัญหา เข้าใจ เห็นใจ ไม่ตำหนิ ระยะโกรธ ควรอธิบายให้เข้าใจปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นและอยู่เคียงข้าง ใช้ทักษะการฟังแสดงความจริงใจให้ความช่วยเหลือ ให้ระบายความรู้สึก เป็นต้น รวมทั้ง ตอบคำถามในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติสงสัย โดยตอบตามพื้นฐานความเป็นจริง เป็นต้น

- ส่งเสริมให้ญาติมาดูแล อยู่เป็นเพื่อนและเยี่ยมเยียนผู้ป่วยสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญแก่ผู้ป่วย

ต่อไป

(4) ผู้วิจัยสรุปผลการดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและนัดหมายครั้ง
ครั้งที่ 3 (ในวันที่ 3 ของโปรแกรม)

(1) ผู้วิจัยทบทวนถึงเป้าหมายในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตและติดตามผลจากการดำเนินการในครั้งที่ 2

(2) ผู้วิจัยให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข

(3) ผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลอภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้กำลังใจ ชมเชยและเน้นถึงความสำคัญในการปฏิบัติ

(4) ผู้วิจัยนัดหมายครั้งต่อไปโดยนัดหมายครอบครัวและบุคคลสำคัญของกลุ่มตัวอย่างในเวลาที่เหมาะสมมากที่สุด

ครั้งที่ 4 (ในวันที่ 4 ของโปรแกรม)

(1) ผู้วิจัยทบทวนถึงเป้าหมายในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตและติดตามผลจากการดำเนินการในครั้งที่ 2 และ 3

(2) ผู้วิจัยให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข

(3) ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวอภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้กำลังใจ ชมเชยและเน้นถึงความสำคัญในการปฏิบัติ

(4) ผู้วิจัยนัดหมายครั้งต่อไปโดยผู้วิจัยนัดหมายครอบครัวและบุคคลสำคัญของผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมมากที่สุด

ครั้งที่ 5 (ในวันที่ 5 ของโปรแกรม)

(1) ผู้วิจัยสอบถามความต้องการ การช่วยเหลือเพิ่มเติมจากสิ่งที่ได้รับตามโปรแกรมและสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น

(2) ผู้วิจัยค้นหาในสิ่งที่ยังค้างคาใจและความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย

(3) ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันหาแนวทางในการปลดเปลื้องสิ่งที่ยังค้างคาใจและการทำตามความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย

(4) ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยร่วมกันในการช่วยทำภารกิจในการปลดเปลื้องสิ่งที่ยังค้างคาใจและการทำตามความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วยให้สำเร็จลุล่วง

(5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเวลาส่วนตัวอยู่ด้วยกันเพื่อให้มีโอกาสบอกความในใจ ความรู้สึกการขออภัย ขอโทษกรรม การกล่าวขอบคุณกันและกัน การสัมผัส

ส่วนคนที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน มีการใช้วิธีการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น สื่อผ่านโปรแกรมไลน์ หรือสื่อสารทางโทรศัพท์ ทั้งรูปแบบวิดีโอคอล การพูดหรือพิมพ์อักษรโต้ตอบ เป็นต้น

(6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนร่วมกัน ในการจัดการเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนแสดงเจตนาการรักษาล่วงหน้าและความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้วางแผนร่วมกันกับทีมสุขภาพและสามารถตอบสนองได้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมีการทำทั้งการพูดคุยเสี่ยงภัยกับญาติหรือเขียนเป็นลายลักษณ์ อักษร

(5) ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 (ในวันที่ 6 ของโปรแกรม)

(1) ผู้วิจัยทบทวนถึงเป้าหมายในการปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจและการทำตามความปรารถนาสุดท้ายของตัวอย่างและติดตามผลจากการดำเนินการในครั้งที่ 5

(2) ผู้วิจัยให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางในครั้งที่ 5 พร้อมทั้งประเมินถึงสิ่งที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข

(3) ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยร่วมกันในการช่วยทำภารกิจในการปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจและการทำตามความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วยให้สำเร็จลุล่วง

(4) ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวอภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้กำลังใจ ชมเชยและเน้นถึงความสำคัญในการปฏิบัติ

(5) ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยและผู้ดูแลในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 7 (ในวันที่ 7 ของโปรแกรม)

(1) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 7 ของโปรแกรมโดยมีการนัดหมายล่วงหน้า

(2) ผู้วิจัยสอบถามสภาวะของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการดูแลและการต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม พร้อมสรุปผลการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระยะเวลา 7 ครั้ง

(3) ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้รับโปรแกรมดังนี้

1) ประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Patient: POS-P) และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patients: PEOLCS-P) ประเมินระดับความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

2) ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ตามผู้ดูแลผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Carer: POS-C) และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C)

(4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและชมเชยในการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

(5) ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงการยุติในโครงการวิจัยแต่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องด้วยตนเองหรือผู้ดูแล

(6) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณพร้อมทั้งบอกช่องทางในการติดต่อหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือ



ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบคัดกรองผู้ป่วยและแบบประเมินผลลัพธ์การพยาบาลแบบระดับประคองที่ต้องได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.6.1 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

3.6.2 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยประโยชน์และวิธีการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และคำตอบหรือข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม และข้อมูลเหล่านี้นำมาใช้เฉพาะการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการกระทำดังกล่าว จะไม่มีผลอย่างใดกับกลุ่มตัวอย่าง

3.6.3 ข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผย

3.6.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้เซ็นต์ชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (informed consent form) พร้อมชี้แจงให้ทราบว่าแม้จะเซ็นต์เข้าร่วมโครงการแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการกระทำดังกล่าวจะ ไม่มีผลกระทบใดๆแล้วจะยังคงได้รับการดูแลรักษาตามปกติ

3.7 จริยธรรมการวิจัย

ภายหลังจากผ่านการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนขอความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ โดย ผ่านการรับรองโครงการวิจัยที่ 140/2560 เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561 จากนั้นจึงจะดำเนินการเสนอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ต่อโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและขอรับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วย ในระหว่างการใช้แบบประเมิน

ต่างๆ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล อาจเกิดผลกระทบทางลบขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ ต้องหยุดการประเมินไว้ก่อนและรอจนกว่าจะพร้อมในการให้ข้อมูล เช่น กรณีผู้ป่วยเหนื่อย หอบหรือเกิดอาการทางกายอื่น ๆ ต้องรายงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือตามอาการที่เกิดขึ้น กรณีผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกเศร้าเสียใจจากคำถามในแบบประเมินที่อาจจะไปกระตุ้นความรู้สึก ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ผู้วิจัยต้องรับฟังและอยู่เป็นเพื่อน กรณีข้อคำถามจากแบบประเมินที่มากเกินไป ต้องมีการแบ่งการประเมินโดยให้ผู้ป่วยหยุดพักและทำการประเมินเป็นระยะ และเมื่อใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุลงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 จึงได้ทำการขอต่ออายุใบรับรองครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 และจะหมดอายุอีกครั้งในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อตอบคำถามการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.8.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้การเจ็บป่วย การรักษาที่เคยได้รับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์สถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.8.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย โดยใช้สถิติทดสอบของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ดังนี้

โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสุ่มมาจากประชากรที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ
2. ค่าของตัวแปรตามแต่ละคู่เป็นอิสระต่อกัน
3. ความแตกต่างระหว่างค่าตัวแปรตามแต่ละคู่แจกแจงแบบโค้งปกติ



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม และอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทั้งหอผู้ป่วย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม 2561 ถึง พฤศจิกายน 2561 โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นผู้ป่วยจำนวน 32 รายและผู้ดูแลจำนวน 32 ราย ผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูล กลับคืนมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 32 ชุด และจากผู้ดูแลจำนวน 32 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 การนำเสนอจะทำในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายทั้งหมด 4 ส่วน ผลการวิจัยนำเสนอโดยเรียงลำดับดังนี้

4.1 ผลการศึกษา

ผลการศึกษาได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย โดยใช้สถิติ paired t-test

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย โดยใช้สถิติ paired t-test

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษามีทั้งหมด 32 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.3 มีอายุตั้งแต่ 22-84 ปี อายุเฉลี่ย 59.53 (SD = 14.96) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สามี-ภรรยา (ร้อยละ 68.8) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 37.5) ไม่ได้ทำงานหรือว่างงานมากที่สุด (ร้อยละ 31.3) รองลงมารับราชการหรือเป็นพนักงานของรัฐ (ร้อยละ 18.8) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 40.6) รองลงมามีรายได้มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 25.0) ด้านสิทธิการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 50.0) รองลงมาใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 31.3) มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นสมาชิกครอบครัวเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 50 รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1

จำนวนร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาและบทบาทในครอบครัว (n=32)

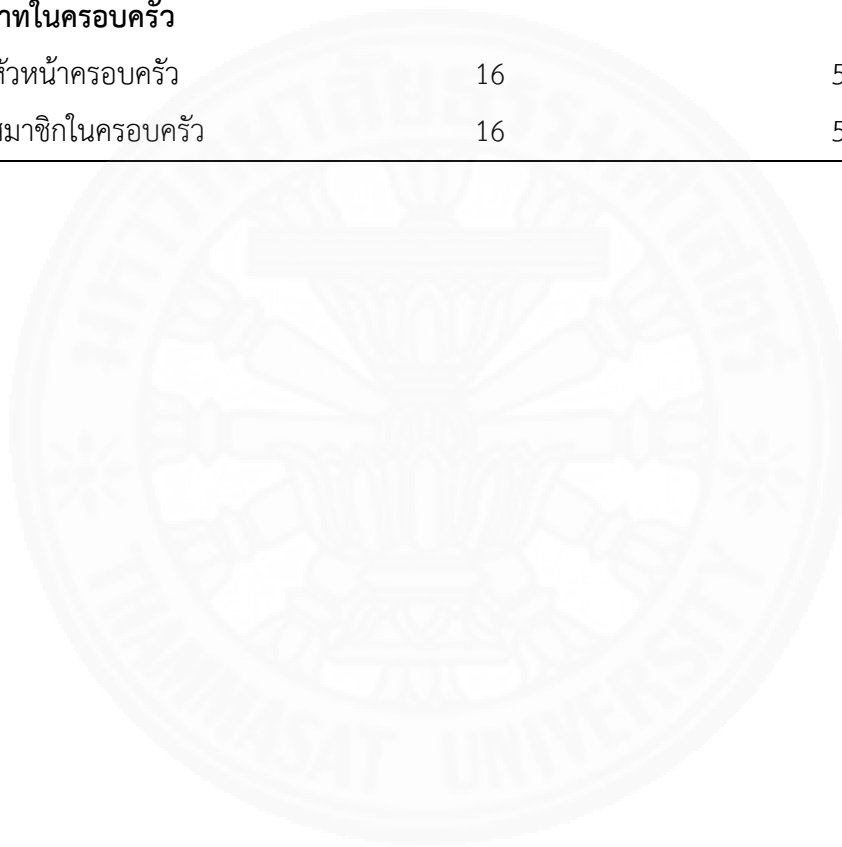
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	56.2
หญิง	14	43.8
อายุ (ปี) (mean= 59.53 SD= 14.96 range =22-84 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	5	15.6
คู่	22	68.8
หม้าย	4	12.5
หย่าร้าง	1	3.1
ศาสนา		
พุทธ	32	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	37.5
มัธยมศึกษา	3	9.4
ปวช./ปวส.	5	15.6
ปริญญาตรี	6	18.8
สูงกว่าปริญญาตรี	4	12.5
อื่นๆ (นักธรรมตรี)	2	6.2
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	6	18.8
พนักงานบริษัท	2	6.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	15.6
รับจ้าง/ก่อสร้าง	3	9.4
เกษตรกร	1	3.0
ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน	10	31.3
อื่นๆ	5	15.6
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	13	40.6
5000-10,000 บาท	5	15.5
10,001-15,000 บาท	2	6.3
15,001-20,000 บาท	2	6.3
20,001-25,000 บาท	2	6.3
มากกว่า 25,000 บาท	8	25

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
จ่ายค่ารักษาเอง	1	3.1
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10	31.3
ประกันสังคม	5	15.6
เบิกต้นสังกัด	16	50
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	16	50
สมาชิกในครอบครัว	16	50



การเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 56.2) รองลงมาคือมะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (ร้อยละ 22) ที่เหลือป่วยเป็นมะเร็ง ระบบเลือดและน้ำเหลือง ระบบอวัยวะสืบพันธุ์และมะเร็งระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 37.5) ไม่มีโรคเจ็บป่วย ร้อยละ 14.0 มีโรคเจ็บป่วยร่วม ร้อยละ 18.0 ไม่เคยเข้ารับการรักษาหรือเข้ารับการรักษาครั้งนี้เป็นครั้งแรกและรับการรักษาโดยใช้เคมีบำบัด มีจำนวนเท่าๆ กัน คือร้อยละ 6.0 รองลงมาคือการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด ร้อยละ 5 ที่เหลือเป็นการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ซึ่งมีทั้งรักษาด้วยวิธีการเดียว และหลายวิธีร่วมกัน ส่วนในเรื่องการทำหัตถการและการรักษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เป็นการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ร้อยละ 28.1 ดังแสดงในตาราง 4.2



ตารางที่ 4.2

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (n=32)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งระบบทางเดินอาหารรวม 18 คน คิดเป็นร้อยละ 56.2		
มะเร็งลำไส้ใหญ่	7	21.8
มะเร็งเซลล์ตับ	4	12.5
มะเร็งทวารหนัก	1	3.1
มะเร็งกระเพาะอาหาร	3	9.4
มะเร็งท่อน้ำดี	2	6.3
มะเร็งไส้ติ่ง	1	3.1
มะเร็งระบบเลือดและน้ำเหลืองรวม 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6		
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	3	9.4
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	2	6.2
มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์รวม 7 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0		
มะเร็งรังไข่	3	9.4
มะเร็งปากมดลูก	2	6.3
มะเร็งมดลูก	2	6.3
มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ 1 คนและมะเร็งระบบทางเดินหายใจ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2		
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	1	3.1
มะเร็งปอด	1	3.1
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 6 เดือน	12	37.5
6 เดือนถึง 1 ปี	10	31.2
1- 2 ปี	6	18.8
มากกว่า 2 ปี	4	12.5

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
โรคที่เจ็บป่วยร่วม		
ไม่มี	14	43.8
มี	18	56.2
พาร์กินสัน	1	3.1
ความดันโลหิตสูง	7	21.9
เบาหวาน	3	9.4
ความดันโลหิตสูงและหัวใจ		
ห้องบนเต้นผิดจังหวะ	1	3.1
เอตส์	1	3.1
หลอดเลือดดำอุดตัน	1	3.1
ตับแข็ง	1	3.1
โรคไตเรื้อรัง	1	3.1
เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	2	6.3
การรักษาที่เคยได้รับ		
ไม่เคยเข้ารับการรักษา	6	18.8
การผ่าตัด	3	9.4
การฉายรังสี/การฝังแร่	1	3.1
เคมีบำบัด	6	18.8
การผ่าตัดและการฉายรังสี	2	6.3
การผ่าตัดและเคมีบำบัด	5	15.6
การฉายรังสีและเคมีบำบัด	3	9.4
การผ่าตัด รังสีรักษาและเคมีบำบัด	4	12.5
การผ่าตัดและเคมีบำบัดและ	2	6.2
การแพทย์พื้นบ้าน/ สมุนไพร		

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
หัตถการและการรักษาอื่นๆ		
ไม่มี	7	21.9
การมีถุงทวารเทียม	4	12.5
การใส่สายอาหารทางจมูก	4	12.5
การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ	9	28.0
การใส่ท่อระบายน้ำดี	2	6.3
การเจาะช่องท้องเพื่อระบายน้ำ	2	6.3
การมีถุงทวารเทียมและการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ	2	6.3
การใส่สายอาหารทางจมูกและการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ	1	3.1
การใส่ท่อระบายผ่านทางผิวหนัง	1	3.1

การประเมินระดับผู้ป่วยเพื่อคัดกรองเข้าสู่กลุ่มวิจัยก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายและประเมินหลังจากได้รับโปรแกรม โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scales หรือ PPS พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม PPS อยู่ในระดับ 60% มากที่สุด คือ ร้อยละ 34.0 และหลังการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับ 40% มากที่สุด ซึ่งระดับที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากสถานะของโรคที่ดำเนินไปตามพยาธิสภาพ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย (n=32)

ระดับคะแนน PPS	ก่อน		หลัง	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
PPS=40%	3	9.4	10	31.3
PPS=50%	9	28.1	7	21.9
PPS=60%	11	34.4	8	25.0
PPS=70%	9	28.1	7	21.9

การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) พบว่าอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย คือ อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย ($M= 6.34, SD=2.78$) รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหาร ($M= 6.16, SD=3.49$) อาการไม่สบายกายและใจ ($M= 5.72, SD=2.47$) และอาการอื่นๆ ตามลำดับ ส่วนอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย คือ อาการไม่สบายกายและใจ ($M= 4.41, SD=2.45$) รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหาร ($M= 3.97, SD=3.332$) อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย ($M= 3.84, SD=2.53$) และอาการอื่นๆ ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 5.22, p< .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ยกเว้นอาการง่วงซึมหรือสับสนที่ผู้ป่วยพบว่าไม่ลดลง เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยามอร์ฟีนลดอาการปวดที่ทำให้มีอาการง่วงซึมเพิ่มมากขึ้น ($t= 1.86, p> .05$) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4

ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ($n=32$)

อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ปวด	5.19	3.21	1.75	2.00	6.72	31	.000
เหนื่อยหรืออ่อนเพลีย	6.34	2.78	3.84	2.53	4.43	31	.000
คลื่นไส้	1.78	2.27	0.81	1.38	3.67	31	.001
ซึมเศร้า	2.78	2.76	1.50	2.29	2.67	31	.012
วิตกกังวล	4.31	2.79	2.19	2.58	4.17	31	.000
ง่วงซึมหรือสับสน	3.81	3.03	2.88	3.19	1.86	31	.72
เบื่ออาหาร	6.16	3.49	3.97	3.32	3.53	31	.001
ไม่สบายกายและใจ	5.72	2.47	4.41	2.45	2.27	31	.030
เหนื่อยหอบ	3.34	3.30	2.00	2.51	2.42	31	.021
ความทุกข์ทรมานโดยรวม	39.44	17.63	23.34	16.21	5.22	31	.000

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีทั้งหมด 32 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) มีอายุตั้งแต่ 22-77 ปี อายุเฉลี่ย 45.75 (SD = 12.98) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่สามี-ภรรยา (ร้อยละ 68.8) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 40.6) มีอาชีพรับราชการหรือเป็นพนักงานของรัฐเท่ากับอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว คือร้อยละ 10 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 37.5) รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 31.3) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 31.3) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 6 เดือนคือ ร้อยละ 50 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 ไม่มีโรคประจำตัวรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5

จำนวนร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว (n=32)

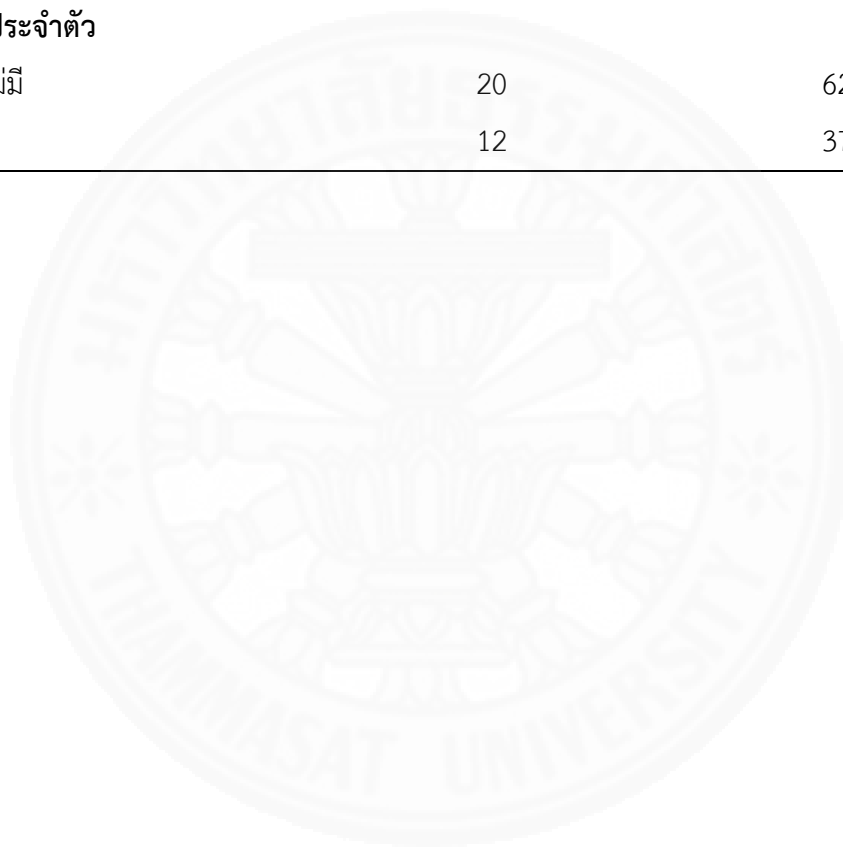
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	37.5
หญิง	20	62.5
อายุ (ปี) (mean= 45.75 SD= 12.98 range =22-77 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	8	25.0
คู่	22	68.8
หม้าย	32	6.3
ศาสนา		
พุทธ	32	100

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	12.5
มัธยมศึกษา	3	9.4
ปวช./ปวส.	7	21.9
ปริญญาตรี	13	40.6
สูงกว่าปริญญาตรี	5	15.6
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	10	31.3
พนักงานของรัฐวิสาหกิจ	1	3.1
พนักงานบริษัท	5	15.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	31.3
รับจ้าง/ก่อสร้าง	3	9.3
ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน	2	6.3
อื่นๆ	1	3.1
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	6	18.8
5000-10,000 บาท	4	12.5
10,001-15,000 บาท	5	15.6
15,001-20,000 บาท	3	9.3
20,001-25,000 บาท	2	6.3
มากกว่า 25,000 บาท	12	37.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	10	31.3
พี่น้อง	2	6.3
บิดา/มารดา	1	3.1
บุตร	12	37.5
อื่นๆ (เพื่อน หลาน)	7	21.9

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า 6 เดือน	16	50.0
6 เดือน- 1 ปี	9	28.1
1-2 ปี	5	15.6
อื่นๆ	2	6.3
โรคประจำตัว		
ไม่มี	20	62.5
มี	12	37.5



ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย โดยใช้สถิติ paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำเป็นต้องมีการทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบ 2 แบบ คือ Komogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilks test ซึ่งในงานวิจัยนี้มีขนาดตัวอย่าง 32 ตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Shapiro-Wilks test เนื่องจากสามารถใช้กับการที่อาจจะทราบหรือไม่ทราบค่าเฉลี่ยหรือค่าแปรปรวนประชากรและขนาดตัวอย่างไม่เกิน 50 หน่วย (กัลยา วาณิชย์ บัญชา, 2553) จากการทดสอบ พบว่าข้อมูล ตัวแปรทั้งหมดมีการกระจายแบบปกติ ตัวแปรที่ศึกษามีอิสระต่อกัน ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.90, p < .001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.72, p < .001$)

ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการจึงทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลงดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย (n=32)

ผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคอง	ก่อน		หลัง		t	df	P- value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	26.81	6.30	18.88	5.60	-5.90	31	.000
ญาติผู้ดูแล	28.06	7.42	18.75	4.67	-7.72	31	.000

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตาม การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย มะเร็งระยะท้าย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย และค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้าย ของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการดูแลระยะท้าย โดยใช้สถิติ paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำเป็นต้องมีการ ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบ 2 แบบ คือ Komogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilks test ซึ่งในงานวิจัยนี้มีขนาดตัวอย่าง 32 ตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Shapiro-Wilks test เนื่องจากสามารถใช้กับการที่อาจจะทราบหรือไม่ทราบค่าเฉลี่ยหรือค่า แปรปรวนประชากรและขนาดตัวอย่างไม่เกิน 50 หน่วย (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2553) จากการ ทดสอบ พบว่าข้อมูลตัวแปรทั้งหมดมีการกระจายแบบปกติ ตัวแปรที่ศึกษามีอิสระต่อกัน ผู้วิจัยจึง ใช้ สถิติ paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.90, p < .001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ ของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.79, p < .001$)

ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ดังตารางที่ 4.7 และตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.7

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย (n=32)

การรับรู้ระยะท้าย ของชีวิตที่สงบ	ก่อน		หลัง		t	df	P- value
	M	SD	M	SD			
ไม่อยู่ในความเจ็บปวด	22.69	6.20	30.25	3.94	6.83	31	.000
ความสุขสบาย	25.34	6.89	34.09	3.74	6.09	31	.000
ความมีศักดิ์ศรี	26.69	6.53	37.53	4.17	7.18	31	.000
อยู่ในความสงบ	21.91	5.91	31.19	3.01	7.05	31	.000
ใกล้ชิดกับญาติ	25.13	4.97	32.41	2.51	6.94	31	.000
คะแนนโดยรวม	121.75	25.99	165.47	13.13	7.90	31	.000

ตารางที่ 4.8

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย (n=32)

การรับรู้ระยะท้าย ของชีวิตที่สงบ	ก่อน		หลัง		t	df	P- value
	M	S.D.	M	S.D.			
ไม่อยู่ในความเจ็บปวด	21.22	7.47	30.31	4.97	6.87	31	.000
ความสุขสบาย	25.38	6.61	34.50	3.80	6.34	31	.000
ความมีศักดิ์ศรี	26.94	6.50	37.97	3.37	7.89	31	.000
อยู่ในความสงบ	21.28	5.42	31.75	2.95	8.42	31	.000
ใกล้ชิดกับญาติ	24.78	5.00	32.75	2.50	7.27	31	.000
คะแนนโดยรวม	119.59	25.48	167.28	13.30	8.79	31	.000

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 32 ราย และผู้ดูแลจำนวน 32 ราย ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 7 ครั้ง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นเพศชายร้อยละ 56.3 มีอายุตั้งแต่ 22-84 ปี อายุเฉลี่ย 59.53 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37.5 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อผกา ปุยขาว (2557) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี อายุเฉลี่ย 55.64 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.6 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 52.3 และมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 31.8

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มัณฑนา จิรกังวาล, และศิริรัตน์ จันตรี (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 57.60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.33 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.67 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 50 ส่วนข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ คือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนมากไม่ได้ทำงาน เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยเป็นมะเร็งระยะท้ายกลุ่มตัวอย่างจะมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย จนทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และเมื่อรับทราบว่าป่วยเป็นมะเร็งระยะท้าย ส่วนมากจะหยุดทำงานประจำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ด้านสิทธิการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัด รองลงมา ร้อยละ 31.3 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กิตติกร นิลมานัต, และกัลยา แซ่ซิต, 2561; ช่อผกา ปุยขาว, 2557; ภัควีร์ นาคะวิโร, 2560; มัณฑนา จิรกังวาล, และศิริรัตน์ จันตรี, 2561) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

ในการศึกษาคั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งผู้ที่เข้ารับการรักษาทั่วไปภาพรวมส่วนใหญ่ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามักเป็นกลุ่มที่ใช้สิทธิการรักษาจ่ายตรง ทั้งจากสิทธิของตัวเองหรือของบุตร ที่แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ดังกล่าว เป็นการศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบผสมผสานด้านมะเร็ง ส่วนการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีบทบาทเป็นทั้งหัวหน้าครอบครัวและเป็นสมาชิกครอบครัวเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 50 ไม่พบว่ามีการศึกษาประเด็นนี้

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากร้อยละ 56.3 ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะท้ายในระบบทางเดินอาหาร มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และกลุ่มตัวอย่างทุกคนรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อผกา ปุยขาว (2557) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 45.50 มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงช่วงเข้ารับการรักษายู่ในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 52.3 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะท้ายร้อยละ 52.3 และยังสอดคล้องกับการศึกษา มณฑนา จิรกังวาล, และศิริรัตน์ จันตรี (2561) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากที่สุด ร้อยละ 36.67 รับทราบการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะท้ายร้อยละ 83.33

ด้านการเจ็บป่วยร่วม พบว่าส่วนมากร้อยละ 43.8 ไม่มีโรคเจ็บป่วยร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อผกา ปุยขาว (2557) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.4 และพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนระดับความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันหรือ PPS score ที่ระดับ 60% คิดเป็นร้อยละ 34.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติกร นิลมานันต์, และกัลยา แซ่ซิด (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 43.3 มี PPS score ที่ระดับ 60%

ส่วนด้านการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งมาก่อนและรับการรักษาโดยใช้เคมีบำบัด มีสัดส่วนร้อยละ 18.8 เท่ากัน ซึ่งการรักษาโดยใช้เคมีบำบัดสอดคล้องกับการศึกษาของจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ (2559) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.58 ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัดแบบประคับประคอง ส่วนกรณีในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยรับการรักษาด้วยวิธีการใด ๆ เช่น การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การให้รังสีรักษา เป็นต้น เนื่องจากบางรายเป็นการวินิจฉัยพบครั้งแรกในการมารับการรักษาครั้งนี้ และบางรายเคยมารับการรักษาก่อนหน้านี้แต่ทราบระยะของโรค เมื่อได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและแนวทางการดูแล จึงตัดสินใจไม่รับการรักษาที่มุ่งหวังให้หายแต่เลือกการดูแลแบบประคับประคองและการรักษาตามอาการแทน

ด้านอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) พบว่าอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด 3 อันดับแรกในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย คือ อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย รองลงมาคือ อาการเบื่ออาหาร อาการไม่สบายกายและใจ และอาการอื่นๆ ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต, และกัลยา แซ่ซิด (2561) ที่พบว่าอาการที่เป็นปัญหาสำคัญก่อนการทดลอง 3 อันดับแรก คือ อาการปวด อาการเหนื่อยและอาการอ่อนเพลีย และคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ภัทรานิษฐ์ เมธิพิสิษฐ์, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และ น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์ (2561) ที่ศึกษาผลลัพธ์และกระบวนการของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า อาการที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยมากที่สุด คือ ความไม่สบายกายและใจ ร้อยละ 80.00 อาการเหนื่อยอ่อนเพลียร้อยละ 77.89 อาการปวด ร้อยละ 76.84 และอาการอื่นๆ ตามลำดับ

ส่วนคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต, และกัลยา แซ่ซิด (2561) ภัทรานิษฐ์ เมธิพิสิษฐ์, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และ น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์ (2561) ฤชดา โมเหล็ก, วารินทร บินโฮเซ็น, และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์ (2558) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลจัดการอาการต่าง ๆ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .001$, $p = .000$ และ $p < .001$ ตามลำดับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 22-77 ปี อายุเฉลี่ย 45.75 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ มัณฑนา จิรกังวาล, และศิริรัตน์ จันทร์ (2561) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.33 ปี สถานภาพสมรสคู่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อผกา ปุยขาว (2557) ที่พบว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็น ร้อยละ 40.9 อายุเฉลี่ย 44.64 ปี มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี สถานภาพสมรสคู่ ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจจะเป็นเนื่องจากเป็นค่านิยมและการหล่อหลอมของสังคมไทยที่ผู้หญิงส่วนใหญ่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ด้านการนับถือศาสนาผู้ดูแลนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 40.6 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรมากที่สุดร้อยละ 37.5 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 ไม่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และอุไร หัตถกิจ (2558) ที่ศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 85 นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 40 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 36 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 77 ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาแล้วประมาณ 1-3 เดือน

ผู้ดูแลมีอาชีพรับราชการหรือเป็นพนักงานของรัฐสัดส่วนเท่ากับอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว คือร้อยละ 10 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (จิตใจ ศิริโส, สุรีพร ธนศิลป์, และ นพมาศ พัดทอง, 2560) ที่พบว่าผู้ดูแลประกอบอาชีพข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 21.8 ส่วนด้านรายได้ของผู้ดูแลในการศึกษาคั้งนี้พบว่าร้อยละ 37.5 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงประมาณ 10,000-20,000 บาท (จิตใจ ศิริโส, สุรีพร ธนศิลป์, และ นพมาศ พัดทอง, 2560; พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และ อุไร หัตถกิจ, 2558; มณฑนา จิรกังวาล, และศิริรัตน์ จันตรี, 2561)

ซึ่งสามารถอธิบายเกี่ยวกับรายได้ของผู้ดูแลได้ว่า การเก็บข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี อายุเฉลี่ยคิดเป็น 44.64 ปี ประกอบอาชีพรับราชการหรือเป็นพนักงานของรัฐ ซึ่งอายุของข้าราชการหรือเป็นพนักงานของรัฐในช่วง 44 ปีหากเริ่มรับราชการตามอายุปกติหลังจากที่จบปริญญาตรี จะมีฐานเงินเดือนในช่วงอายุ 44 ไม่ต่ำกว่า 25,000 บาท ส่วนอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวหากประเมินตามอายุก็จะมีความมั่นคงและการทำธุรกิจส่วนตัวในเมืองใหญ่ก็มีโอกาสที่จะมีรายได้ค่อนข้างมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายลดลงน้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จึงทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นลดลงได้ เช่น อาการปวด

ความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้าและอาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก เป็นต้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปันดดา สุวรรณ และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ ที่พบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยมะเร็ง จากการประเมินครั้งที่ 2 และ 3 ลดลงจากครั้งที่ 1 และคะแนนจากการประเมินครั้งที่ 3 ลดลงจากครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัควีร์ นาคะวิโร (2560) ที่พบว่าคะแนนรวมผลลัพธ์รวมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ รวมทั้ง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑนา จิรกังวาล, และศิริรัตน์ จันตรี (2561) ที่พบว่าหลังการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองรายข้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .000$ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิดา เทียงแก้ว, และ ประทีป สุขีลักษณ์ (2561) ที่ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า คะแนนเฉลี่ยจากการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองหลังการนอนโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ลดลงจากครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล ภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายลดลง น้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ เช่นกัน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์ (2560) ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอพานทอง จังหวัดลำพูน พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลแบบประคับประคองลดลง ($p < .001$) และเมื่อประเมินในผู้ดูแล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองแล้วลดลงก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p < .001$)

ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น คะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจึงลดลง นั่นหมายความว่าได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งไม่ว่าจะประเมินในมุมมองของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ผลการประเมินก็จะไปในทิศทางเดียวกัน

ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย พบว่า สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล ภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย พบว่า สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายสามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิตทั้งการรับรู้ของตัวเองและผู้ดูแล ซึ่งการออกแบบโปรแกรมนั้นมีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ทุกด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่จะเกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วย ก็จะทำให้เกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิตและเกิดการตายดี จากไปอย่างสงบ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับได้กับการจากไป ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ธารินี เพชรรัตน์และคณะ, 2017) ที่พบว่าต้องมีการดูแลและจัดการด้านร่างกาย เช่น จัดการอาการปวด ต้องการการประคับประคองจิตใจหลายอย่างรวมกัน ต้องการให้มีผู้รับฟัง ระบายความรู้สึก ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และต้องการวางแผนการรักษาล่วงหน้า และต้องการการสนับสนุนให้มีกิจกรรมตามความเชื่อ นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรวีรุฬ กาญจนจारी ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสุปรีดา มั่นคง (2017) ผลการศึกษาพบว่าบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลระยะท้าย การปรับตัวและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วย ในระยะท้ายมีความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการและต้องการให้บุคลากรดูแลผู้ป่วยแทนตนเมื่อจำเป็น

ซึ่งในมิติจิตวิญญาณ จากการศึกษาครั้งนี้ มีการนำหลักศาสนาตามการนับถือของผู้ป่วย เข้ามาประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์และความต้องการของแต่ละคน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จึงนำหลักการทางศาสนาพุทธเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อให้เกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดร.ชนิสินธรรุจสานนท์ (2558) ที่ศึกษาบูรณาการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในพระพุทธ ศาสนาเถรวาท ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .001$ ผู้ป่วยมีความสงบ เป็นสุข

มีความเข้มแข็งในจิตใจและ ยอมรับความจริงของชีวิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปันณธร รัตนิล, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2559) ที่ศึกษาเรื่องผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิง พุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพบว่า โปรแกรมการ ดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้นตั้งแต่ เริ่มได้รับโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมก็พบว่ามีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่ม มากขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.05$

จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้าย สามารถ บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ของโรคในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้ การส่งเสริม สัมพันธภาพอันดีในครอบครัว การเพิ่มคุณภาพการสื่อสารของทีมนุภาพและการส่งเสริมความผาสุก ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความเชื่อมโยงการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งส่งผลให้เกิดคุณภาพ การตายที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล (จิตใจ ศิริโส, สุรีพร ธนศิลป์, และ นพมาศ พัดทอง, 2560) เมื่อผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการ จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ลดลง (นพพร ธนามี, สมพร รอดจินดา, และ วรวรรณ ชำนาญช่าง, 2557) ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์การ ดูแลแบบประคับประคองที่ดีและเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ทำให้สามารถเกิดการยอมรับ กับการตายที่จะเกิดขึ้นและนำไปสู่การตายที่ดี

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม และอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม 2561 ถึง พฤศจิกายน 2561 โดยเป็นผู้ป่วยจำนวน 32 รายและผู้ดูแลจำนวน 32 ราย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 7 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) (2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามผู้ป่วย (3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามญาติผู้ดูแล (4) แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS (5) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย (6) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วย (7) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย และ (8) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยแบบประเมินลำดับที่ (7) และ (8) ได้ผ่านกระบวนการการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 0.97

หลังจากนั้นจึงนำแบบประเมินลำดับที่ (4) ถึง (8) ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน 30 ราย ทดสอบแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS หาค่าความเชื่อมั่นโดยการวัดซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) = .995 ส่วนแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย หาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha coefficient) .82 และ .85 ตามลำดับ ทดสอบแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วยและแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย ในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha coefficient) .88 และ .87 ตามลำดับ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลโดยใช้ สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้สถิติทดสอบของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.90, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.72, p < .001$) ซึ่งหมายความว่าโปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดี
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 7.90, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 8.79, p < .001$) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมากขึ้นภายหลังการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้าย

5.2 จุดเด่นในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่มีการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จึงเป็นการศึกษาที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกด้านในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

2. โปรแกรมการดูแลระยะท้าย เป็นโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาไม่นานมาก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อาจจะมียุทธศาสตร์เวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่นานและต้องการการได้รับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต

3. กิจกรรมในโปรแกรมการดูแลระยะท้ายเป็นโปรแกรมที่สามารถยืดหยุ่นได้ ปรับตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ และในการดำเนินการโปรแกรมให้สำเร็จต้องมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น แพทย์ เพื่อก่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความทุกข์ทรมานหรือปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น

4. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการดูแลในระยะท้ายที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแลเกิดการเตรียมพร้อม สามารถเข้าใจและยอมรับได้ มีการเตรียมความพร้อมกับการจากไป ทำให้เกิดการตายดี

5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง อาจจะทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบได้ว่าดีกว่าการดูแลปกติที่ผู้ป่วยได้รับ

2. ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยให้ผู้ป่วยและญาติทำแบบสอบถามด้วยตนเอง อาจจะทำให้เกิด bias ในการตอบได้ เช่น การประเมินด้วยความเกรงใจ เป็นต้น

5.4 ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยกับผู้ดูแล ไม่ได้เก็บข้อมูลการรับรู้ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยร่วมด้วย จึงได้ข้อมูลเฉพาะในด้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ขาดข้อมูลในด้านของพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่จะดำเนินการในการใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้าย ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการขยายผลในกลุ่มพยาบาลซึ่งจะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้วย
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงใกล้เสียชีวิต ขณะเสียชีวิตและภายหลังการเสียชีวิตซึ่งอาจจะประเมินในผู้ดูแล ครอบครัวและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติและทุกระยะของชีวิต
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยระยะท้ายโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคมะเร็งระยะท้ายและมีการปรับโปรแกรมการดูแลให้เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นเพื่อให้เกิดการดูแลได้ครอบคลุมในผู้ป่วยระยะท้ายทุกโรคที่ปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคไต โรคทางสมอง เป็นต้น
4. หากเป็นการศึกษาเชิงทดลองในลักษณะเดียวกัน ควรมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อที่จะได้เปรียบเทียบให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

ด้านนโยบาย

1. สามารถนำโปรแกรมการดูแลระยะท้ายไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและโรคอื่น ๆ ซึ่งอาจจะปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่คะแนน PPS มากกว่า 70 คะแนน อาจจะเน้นการเตรียมในการให้ทราบแนวทางการดูแล การให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้ลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจและดูแลครอบคลุมทุกด้าน หรือกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่คะแนน PPS น้อยกว่า 40 คะแนน อาจจะเน้นการลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ได้ก่อนที่จะให้การดูแลด้านอื่น ๆ
2. ในการเตรียมบุคลากรเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรมีการส่งเสริมให้แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง เข้ารับการฝึกอบรม การประชุมในสถานที่ต่างๆ ที่มีการจัดประชุม อบรม รวมทั้งการจัดการประชุมในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง และควรกำหนดให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมอย่างจริงจัง เพื่อสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ

ระดับประคอง ดำเนินการให้มีบุคลากรครบตามเกณฑ์ประเภทของโรงพยาบาลโดยสอดคล้องกับ service plan การดูแลแบบประคับประคอง และเน้นการทำงานเป็นทีมให้ครอบคลุมสาขาวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกันไม่แยกส่วน

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการดูแลระยะท้ายมีระยะเวลาในการดำเนินการไม่นาน ดังนั้นหากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างไม่ดีจะทำให้การดูแลไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากสิ่งสำคัญคือ ความไว้วางใจ ดังนั้นจึงควรสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและทำให้เกิดความไว้วางใจตั้งแต่ต้นจะทำให้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายนี้ประสบผลสำเร็จดียิ่งขึ้น



รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557*. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- กฤษณะ สุวรรณภูมิ. (2552). การซักประวัติด้านจิตวิญญาณในเวชปฏิบัติ. *ข่าวคณะแพทย์*, มิถุนายน. 1-5.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2553). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต The end of life care*. สงขลา: ออเรนจ์มีเดีย.
- กิตติกร นิลมานัต. (2556). อาการและการจัดการในระยะสุดท้ายของชีวิต Symptoms and symptom management at the end of life. ใน กิตติกร นิลมานัต และ วราภรณ์ คงสุวรรณ (บรรณาธิการ), *ปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล Common phenomena in the end-of-life stage and caring* (หน้า 16-52). สงขลา: จอยปรีนท์.
- กิตติกร นิลมานัตและกัลยา แซ่ซิด. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(3), 51-66.
- กุล โพธิ์ทอง. (2555). ผลการพัฒนาจิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนววิถีพุทธ: กรณีศึกษาแบบประคับประคอง โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี. (วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต), มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). *วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- จตุพร วิศิษฐ์โชติอังกูร, เอี่ยมอร ชลวร, นันทน์ภัส เอี่ยมเจริญ, โหมทัยศักดิ์ แสงทอง, อภิภู ธนการอรณลิน และ กรวิทย์ หล่มวงษ์. (2557). *ข่าวร้ายบอกอย่างไรไม่ให้ร้าย*. ขอนแก่น: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- จรัสแสง ผิวอ่อน. (2554). *การจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม วัตถุประสงค์ ประมวลกลนคร*. (วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ, กรุงเทพฯ.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยระยะประคับประคอง. ใน *ฐิติณัฐ อัครคะเดช อนันต์ (บรรณาธิการ), คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา* (หน้า 43-54). เชียงใหม่: Good Work Media.

- จิตใจ ศิริโส, สุรียพร ธนศิลป์ และ นพมาศ พัดทอง. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(2), 112-123.
- จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*
- ชยุต ใหม่เขียว. (2556). ใน คำเนินสันต์ พลกษากร, จงกลณี เศรษฐการ และ บุษยามาส ชีวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษามะเร็งระยะลุกลามมาที่กระดูก* (หน้า 321-323). เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- ชุตिकाญจน์ หลุทัย. (2559). บทนำ. ใน ชุตिकाญจน์ หลุทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ และ โศภิณี สุวรรณเกษาวงษ์ (บรรณาธิการ), *ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง* (หน้า 7-15). ปทุมธานี: สื่อตะวันตก.
- เชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2553). ความต้องการและการอภิบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน สุภาพร ดาวดี, เชิดชัย เลิศจิตรเลขา และ วิโรจน์ สืบหลินวงศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามมุมมองศาสนาคริสต์คาทอลิก*. กรุงเทพฯ: แม่พระยุคใหม่.
- ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. (2560). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอพาน้อย จังหวัดลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 13(1), 25-36.
- ช่อผกา ปุยขาว. (2557). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*
- ฐิติมา โพธิ์ศรี. (2550). *การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ดรชนิ สีนธุงศานนท์. (2558). บูรณาการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในพระพุทธรูปศาสนาเถรวาท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 21(1), 54-64.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2553). PPS (Palliative Performance Scale). Retrieved from [http:// www.thaip.com/palliative/tools/pps.html](http://www.thaip.com/palliative/tools/pps.html)
- ดาริน จตุรภัทรพรและคณะ. (2553). ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย. Retrieved from http://med.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/esas_thai.pdf

- ดำเนินสันต์ พุกษากร. (2559). พยาธิสรีระการแพร่กระจายมะเร็งในระดับโมเลกุล. ใน ดำเนินสันต์ พุกษากร, จงกลณี เศรษฐกร และ บุษยามาส ชิวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษา มะเร็งระยะลุกลามมาที่กระดูก* (หน้า 11-22). เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- เต็มศักดิ์ พิงรัมย์. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุช ประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และ ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care improving care of the dying* (หน้า 15-32). พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- เต็มศักดิ์ พิงรัมย์. (2558). advance care plan: *แผนที่ชีวิต การวางแผนระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า*. ขอนแก่น: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2555). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. ใน ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, จุฑารัตน์ เกียรติศิริโรจน์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และ วีรมลต์ จันทรติ (บรรณาธิการ), *การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เล่ม 6* (หน้า). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพันธ์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์ และ ยุพยง พุฒธรรม. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล อุดรธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1)*, 80-90.
- ทินกร มีหิรัญ. (2554). การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต. ใน ยุวเรศมคค์์ สิทธิชาญบัญชา, อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช และ ศากุน ปวีณวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ* (หน้า 271-285). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- ชนเดช สินธุเสก. (2547). การดูแลประคับประคอง. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 27-34). กรุงเทพฯ: โอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์.
- ธารินี เพชรรัตน์และคณะ. (2017). ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกการ พยาบาลศัลยกรรมและออโรดิทิกส์. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 32(3)*, 269-275.
- นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช. (2556). การจัดการอาการปวดแบบผสมผสานจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ใน บุษยามาส ชิวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (หน้า 283-287). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- นพพร ธนามี, สมพร รอดจินดา, และ วรวรรณ ชำนาญช่าง. (2557). ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *พุทธชินราชเวชสาร, 31(1)*, 183-198.

- นุชนาถ ศรีสุวรรณ. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บาทหลวงสิรินนท์ สรรเพ็ชร. (2554). การช่วยเหลือเชิงอภิบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายใกล้วายนม. ใน ยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิชาญบัญชา, อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช, และ ศากุน ปวีณวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ* (หน้า 255-269). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ, และ เรวัณณ์ เอกวุฒิวงศา. (2555). ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ อาริยา สอนบุญ (บรรณาธิการ), *พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 52-56). ขอนแก่น: J.C.copy.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเตอร์ มีเดีย
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญทิวา สุวิทย์, สุณี พณาสกุลการ, และเบญญาภา มุกสิริทิพานัน. (2558). การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 153-164.
- บุษยามาส ชิวสกุลยง. (2559). ภาพรวมระบาดวิทยาและการพยากรณ์โรคสำหรับผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายมาที่กระดูก. ใน ดำเนินสันต์ พงกษากร, จงกลณี เศรษฐกร, และ บุษยามาส ชิวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษามะเร็งระยะลุกลามมาที่กระดูก* (หน้า 1-10). เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- บุษยามาส ชิวสกุลยง, และ ลดาร์ตัน สาภินันท์. (2556). แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok) (PPS Adult Suandok). ใน บุษยามาส ชิวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care* (หน้า 35-45). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และ สุรีย์พร ธนศิลป์. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวมมณฑ์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 5(1), 30-42.

- ปนัดดา สุวรรณ. (2556). ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยของงานการพยาบาล ผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. Retrieved from <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/downloads>
- ปนัดดา สุวรรณและคณะ. (2560). ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 44(2), 89-103.
- ประยูร ดิษฐานพวงศ์. (2552). เตรียมตัวอย่างไรจึงจะตายอย่างมีสติ. กรุงเทพฯ: แสงทองพรินต์ติ้ง.
- ปิ่นฉัตร รัตน์นิล. (2554). ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ปิ่นฉัตร รัตน์นิล, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2559) ที่ศึกษาเรื่องผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 31-43.
- ปัทมา โกมุกบุตร. (2557). เอกสารคำสอนเวชปฏิบัติการบริหารบรรเทาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว *Palliative care in Family practice*. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2559). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 1-12.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2550). นโยบายและแนวทางการปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (*Palliative Care*). Retrieved from http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/guideline_policy/Palliative_Care2.pdf
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน. (2554). *Pain management in palliative care*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- พรภัทรา แสนเหล่า. (2560). บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและพระสงฆ์ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 150-156.
- พระไพศาล วิสาโล. (2553). *ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมนานนิตย์ ครั้งที่ ๒ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีพุทธ*. กรุงเทพฯ: ปรินทร์ไอโซน.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550, 19 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124. ตอนที่ 16ก.1-18.

- พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 149-161.
- พินิจ กุลละวณิชย์. (2559). สถิติของโรคมะเร็ง. Retrieved from www.naewna.com/lady/columnist/10831
- พิมพ์พนิต ภาศรี. (2557). *พรรณณะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และอุไร หัตถกิจ. (2558). ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 79-92.
- พิไลพร สุขเจริญ, และ วาสนิ วิเศษฤทธิ์. (2557). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(พิเศษ), 155-167.
- ภักวีร์ นาคะวิโร. (2560). ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(1), 11-23.
- ภัทรานิษฐ์ เมธีพิสิษฐ์, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2561). ผลลัพธ์และกระบวนการของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(1), 75-83.
- ภาสกร สวัสดิ์รักษ์. (2559). แนวทางการใช้าระงับปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายมาที่กระดูกใน ดำเนินสันต์ พกษากร, จงกลณี เศรษฐการ, และบุษยามาส ชิวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษามะเร็งระยะลุกลามมาที่กระดูก* (หน้า 225-241). เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- ภุขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). Psychiatric assessment and management in palliative care. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 78-99). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- มันทนา จิรกังวาลและศิริรัตน์ จันตรี. (2561) การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(2), 71-83.

- มุกดา ยิ้ม่อง. (2556). *การพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- เยาวรัตน์ อินทอง. (2549). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. ใน ภัคกร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ), *รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรไร พงศ์สถาพร. (2559). *แนวทางการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายมาที่กระดูก*. ใน ดำเนินสันต์ พฤกษากร, จงกลณี เศรษฐการ, และ บุชยามาส ชิวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษามะเร็งระยะลุกลามมาที่กระดูก* (หน้า 258-265). เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (2559). *สมุดลงทะเบียนผู้ป่วยรับใหม่-จำหน่ายประจำปี 2559-2560 ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงสามัญ*.
- โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (2560). *รายงานจำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามโรคประจำปี 2560*.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: สันทนาการพิมพ์.
- ฤชดา โมเหล็ก, วารินทร์ บินโฮเซ็น, และน้ำอ้อย ภัคติวงศ์. (2558). *ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(2), 102-109.
- ลดารัตน์ สากินันท์. (2557). *คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่ กลางเวียงการพิมพ์.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2556). *ทีมการดูแลและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. ใน บุชยามาส ชิวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care* (หน้า 271-281). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรรณา จารุสมบุรณ์. (2554). *โครงการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน*. *จดหมายข่าว: อาทิตย์ฮัสตง*, 3(10), 54-57.

- วรรณิ ลีละกุล, และ นันทยา เอื้อมงคล. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวช. ใน วรรณิต์
 ลินะสมิต และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ.), ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ:
 โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- วรารณ คังสุวรรณ. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี. สงขลา:
 ชานเมืองการพิมพ์.
- วาสนา สวัสดิ์นฤนาท, อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์, และ ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2558). การพัฒนารูปแบบการ
 ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(1), 144-156.
- วาสนิ วิเศษฤทธิ. (2559). การสื่อสารและการให้การปรึกษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัว. ใน
 ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์ (บรรณาธิการ), คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองแบบพกพา
 (หน้า 27-38). เชียงใหม่: Good Work Media.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ
 (พิมพ์ครั้งที่ 4). เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- วินัย สวัสดิ์. (2558). เครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารก้าวใหม่, 8(39), 1.*
- ศิริเพ็ญ ชั้นประเสริฐ, ทศนีย์ เชื่อมทอง, และสุปราณี ศรีพลวงษ์. (2559). การพัฒนาระบบบริการ
 พยาบาลแบบประคับประคอง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษา
 แพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 33(4), 326-339.*
- ศูนย์การณรักษ์. (2561). *มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง.* ขอนแก่น:
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีรัตน์ กิณาวงค์และปณญณิน เชื้อนเพ็ชร. (2559). ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะ
 สุดท้าย. *เชียงใหม่รายวาร, 8(1), 131-137.*
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). *เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย.* ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2557). การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนไทย. ใน
 ดุสิตสถาวร (บรรณาธิการ), *Who Care? WE DO!* (หน้า 1-9). กรุงเทพฯ: ปิยอน เอ็นเตอร์
 ไพร์.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. (2548). *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สถาพร ลีลานันทกิจ. (2554). หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. ใน อัมพล จินดาวัฒนะ, แสงว บัญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรัต ญอยุธยา, และ ไพศาล ลีมสถิต (บรรณาธิการ), *ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (หน้า 23-25). กรุงเทพฯ: ทิควีพี.
- สมจิตร ประภากรและคณะ. (2558). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 50-68.
- สมพร ปานผดุง. (2555). ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สรัญญา กุมพล. (2555). การดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมือง ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 31(5), 179-201.
- สุวรรณกมล จันทรมะโน. (2558). โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดเชื่อเรื้อรังระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- สายศิริ อิศรชาญวานิชย์. (2559). *ตายดี เตรียมได้*. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สามดีพรีนติ้ง อีควิเมนท์.
- สิวลี ศิริไล. (2555). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิดา เทียงแก้วและประทีป สุชีลักษณ์. (2561). ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 88-96.
- สุปราณี นิรุตติศาสน์. (2550a). Holistic assessment and communication : physical aspect. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life Care Improving Care of The Dying* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 14-23). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.

- สุปราณี นิรุตติศาสตร์. (2550b). Symptom control at the end-of-life. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life Care Improving Care of The Dying* (หน้า 166-175). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และศุภร วงศ์ทัญญู. (2559). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช, และ สุวีริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- สุวรรณ มณีจำนงค์. (2552). *ประสบการณ์การดูแลแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2559). ก่อนจะมาเป็นศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์ *Thammasat Hospice and Palliative Care Center*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อภิชัย ลีละศิริ. (2554). การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64(2), 97-102.
- อรนุช มกรารัตน์, และ อ้นธิกา คระระวานิช. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(4), 348-363.
- อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต, และ วิภาวี คงอินทร์. (2554). ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 41-55.
- อรวีฐ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสุปรีดา มั่นคง. (2017). บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *Ramathibodi Nursing Journal*, 23(3), 328-343.
- อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร. (2558). Palliative care ดูแลประคับประคอง. *วารสารก้าวใหม่*, 8(39), 3-5.
- อุทัยวรรณ เหมเวช. (2557). *รายงานผลการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ Retrieved from [http://www.hospital.tu.ac.th/PlanTUHosWeb/data/Project% 20CQI/CQI](http://www.hospital.tu.ac.th/PlanTUHosWeb/data/Project%20CQI/CQI).
- อุบล จ้วงพานิช. (2544). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 2(3), 72-77.

- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2549). การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. ใน ภัคกร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ), รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 113-120). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- American Psychological Association. (2012). *Fact Sheet on End-of-Life Care: What are older adults' mental health needs near the end of life?*. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/programs/eol/end-of-life-factsheet.pdf>.
- Axelrod, J. (2017). *The 5 Stages of Grief & Loss*. Retrieved from <https://psychcentral.com/lib/the-5-stages-of-loss-and-grief/>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Bloomer, M., Tan, H., & Lee, S. (2010). End of life care: the importance of advance care planning. *Australian Family Physician*, 39(10), 734-737.
- Breitbart, W., Rosenfield, B., & Pessin, H. (2000). depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *the journal of the America Medical association*, 284(22), 2907-2911.
- Brown, J. B., Sangster, M., & Swift, J. (1998). Factors influencing palliative care: Qualitative study of family physicians'practices. *Canadian Family Physician*, 44, 1028-1034.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Psychosocial oncology*, 2(2), 138-142.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The principle of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization* (5th ed.). Missouri: Elsevier.
- Cancer Care Ontario. (2003). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Retrieved from <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13262>.
- Cancer Care Ontario. (2010). Your symptoms matter. Retrieved from <https://www.Cancer care.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13846>

- Chambers, A. F., Groom, A. C., & MacDonald, I. C. (2002). Dissemination and growth of cancer cells in metastatic sites. *Nature Review Cancer*, 2(8), 563-572.
- Chambers, A. F., & Matrisian, L. M. (1997). Changing views of the role of matrix metalloproteinases in metastasis. *Journal of the National Cancer Institute*, 89(17), 1260-1270.
- Clayton, J. M., Hancock, K. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H., & Currow, D. C. (2007). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *The Medical Journal of Australia*, 186(12), 77-108.
- Cohen, J. (1992). Power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159.
- Dalin, C. M. (2010). Communication in palliative care: an essential competency for nurses. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Oxford textbook of palliative nursing* (3rd ed., pp. 107-133). New York: Oxford University Press.
- Dalin, C. M., & Wittenberg, E. (2015). Communication in palliative care: an essential competency for nurses In B. R. Ferrell, N. Coyle, & J. A. Paice. (Eds.), *Oxford textbook of palliative nursing* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of expert. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
- Emanuel, L. L., von Gunten, C. F., & Ferris, F. D. (1999). EPEC Participant's Handbook : Module 2 Communicating Bad News. Retrieved from http://endoflife.northwestern.edu/communicating_bad_news/module2.pdf
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., . . . Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-E386.

- Goldstien, N. E., & Morrisson, R. S. (2013). What is Palliative Care? In N. E. Goldstien & R. S. Morrisson (Eds.), *Evidence-based practice of palliative medicine*. Philadelphia: Elsevier.
- HamilltonIII, J. B., Poor, B., & Poirrier, G. P. (2001). *End of life nursing care*. Boston: Jones and Bartlett.
- Hearn, J., & Higginson, I. J. (1999). Development and validation of a core outcome measure for palliative care outcome scale. *Quality in Health Care, 18*(4), 219-227.
- Houttekier, D., Cohen, J., Cools, F., & Deliens, L. (2012). Advance care planning for end-of-life care (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*(2), 1-9.
- Imsamran, W., Chaiwerawattana, A., Wiangnon, S., Pongnikorn, D., Suwanrungruang, K., Sangrajrang, S., & Buasom, R. (2015). *Cancer in Thailand*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Jocham, H. R., Dassen, T., Widdershoven, G. & Halfens, R. (2006) Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *Journal of Clinical Nursing, 15*(9), 1188-1195.
- Kaasa, T., Loomis, J., Gillis, K., Bruera, E., & Hanson, J. (1997). The edmonton functional assessment tool: Preliminary development and evaluation for use in palliative care. *13*(1), 10-19.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing 14*(4), 514-516.
- Kongsuwan, W., & Touhy, T. (2009). Promoting Peaceful Death for Thai Buddhists Implications for Holistic End-of-Life Care. *Holistic Nursing Practice, 23*(5), 289-296.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: The Macmillan Company.
- Lacasse, C., & Beck, S. L. (2007). Clinical Assessment of Symptom Cluster. *Siminar in oncology nursing, 23*(2), 106-112.
- Lau, F., Downing, G. M., Lesperance, M., Shaw, J., & Kuziemy, C. (2006). Use of Palliative Performance Scale in End-of-Life Prognostication. *Journal of Palliative Medicine, 9*(5), 1066-1075.

- Leleszi, J. P., & Lewandowski, J. G. (2005). Pain management in end-of-life care. *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(3), S6-S11.
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. n.p.: John Wiley & Sons.
- Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- McClain, C. S., Rosenfield, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well being on end of life despair in terminally ill cancer patient. *The Lancet*, 361(10), 1603-1607.
- National Institute on Aging. (2016). *End of Life: Helping with Comfort and Care*. Bethesda Maryland: NIH Publication.
- NHS. (2015). What end of life care involves. Retrieved from <http://www.nhs.uk/Planners/end-of-life-care/Pages/what-it-involves-and-when-it-starts.aspx>
- Paice, J. A., & Fine, P. G. (2006). Pain at the end of life. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 131-154). New York: Oxford.
- Payne, J. (2014). Breaking Bad News. Retrieved from <https://patient.info/doctor/breaking-bad-news>
- Perrin, K. O. (2006). Communicating with seriously ill and dying patients, their families, and their health care practitioners. In M. L. Matzo & D. W. Sherman (Eds.), *Palliative care nursing* (2nd ed., pp. 221-245). New York: Springer.
- Perrin, K. O. (2010). Communicating with seriously ill and dying patients, their families, and their health care practitioners. In M. L. Matzo & D. W. Sherman (Eds.), *Palliative care nursing: quality care to the end of life* (2nd ed., pp. 169-185). New York: Springer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research : Principle and methods* (7th ed.): Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: principle and method* (6th ed.): Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Sherman, R. E. (1990). *Statistical Power Nursing Research*: Lippincott-Raven Publisher.

- Puchalski, C. M. (2001). Spirituality and Health: The Art of Compassionate Medicine. *Hospital Physician*, 37(3), 30-36.
- Qaseem, A., Snow, V., Shekelle, P., Casey Jr., D. E., Cross Jr., J. T., & Owens, D. K. (2008). Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *American College of Physicians*, 148(2), 141-147.
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175.
- Samanta, A., & Samanta, J. (2010). Advance care planning: the role of the nurse. *British Journal of Nursing*, 19(16), 1060-1061.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2016). Cancer Statistics, 2016. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 7-30.
- Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advance cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58-69.
- The European Association for Palliative Care European. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-289.
- The National Gold Standards Framework (GSF) Centre in End of Life Care. (2011). Prognostic Indicator Guidance (PIG). *Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC*. Retrieved from <http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>.
- Tiden, V., & Nelson. (1990). Use of Qualitative Methods to Enhance Content Validity. *Nursing Research*, 39(3), 172-175.
- Torre, L. A., Bray, F., Rebecca L., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 87-108.

- Ungwattansirikul, W. (2007). *Predicted Factors of Quality of Life in Family Caregivers of Person with Cancer Receiving Chemotherapy*. (Master degree Thesis), Mahidol, Bangkok.
- Urch, C. E. (2009). Cancer pain. In T. D. e. a. Walsh (Ed.), *Palliative care medicine* (pp. 1378-1388). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Victoria Hospice Society. (2001). Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2 Retrieved from http://palliative.info/resource_material/ppsv2.pdf
- Wiegand, D. L., & Hinderer, K. A. (2016). Advance care planning: advance directives, medical order set, and surrogate decision making. In C. Dahlin, P. J. Coyne, & B. R. Ferrell (Eds.), *Advanced practice palliative nursing* (pp. 379-384). New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2002a). *National Cancer Control Programmes : Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2002b). Pain relief and palliative care. In W. H. Organization (Ed.), *National cancer control programmes policies and managerial guidelines* (2nd ed., pp. 83-92). Geneva: WHO
- World Health Organization. (2011). Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/>
- World Health Organization. (2014a). Palliative care. Retrieved from <http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>
- World Health Organization. (2014b). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization. (2015). Palliative care. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
- World Health Organization. (2016). Palliative. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- World Health Organization. (2017a). globocan 2012 : Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Retrieved from http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- World Health Organization. (2017b). Cancer. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/en/>



ภาคผนวก ก
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมิน Palliative Performance Scale: PPS

ระดับ PPS ร้อย ละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการ ดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทาน อาหาร	ระดับความ รู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ ตามปกติและไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ ตามปกติและมีอาการของโรค บางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติและมีอาการ ของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถใน การเคลื่อนไหว ลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถใน การเคลื่อนไหว ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรค อย่างชัดเจน	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น บางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่งหรือนอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมี อาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยและมีอาการ ของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมี อาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมี อาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้ เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมี อาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทาน อาหารทาง ปากไม่ได้	ง่วงซึม หรือไม่ รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

แบบสอบถามงานวิจัย สำหรับผู้ป่วย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
และการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ แบบสอบถามมีทั้งหมด 12 หน้า ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอัสสาช จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย
จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย
จำนวน 32 ข้อ

2. คำตอบของท่านจะเสนอในภาพรวม และแบบสอบถามแต่ละชุดจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม
3. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปใช้ประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นางสาวพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

1) โสด

2) สมรส

3) หม้าย

4) หย่าร้าง

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอีสาซ

คำชี้แจง โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด

มีอาการปวดรุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย

มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการคลื่นไส้

มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ถูกต้องสำหรับท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะช่วยให้เราได้ปรับปรุงการดูแลของท่านและผู้ป่วยรายอื่นขอขอบพระคุณ

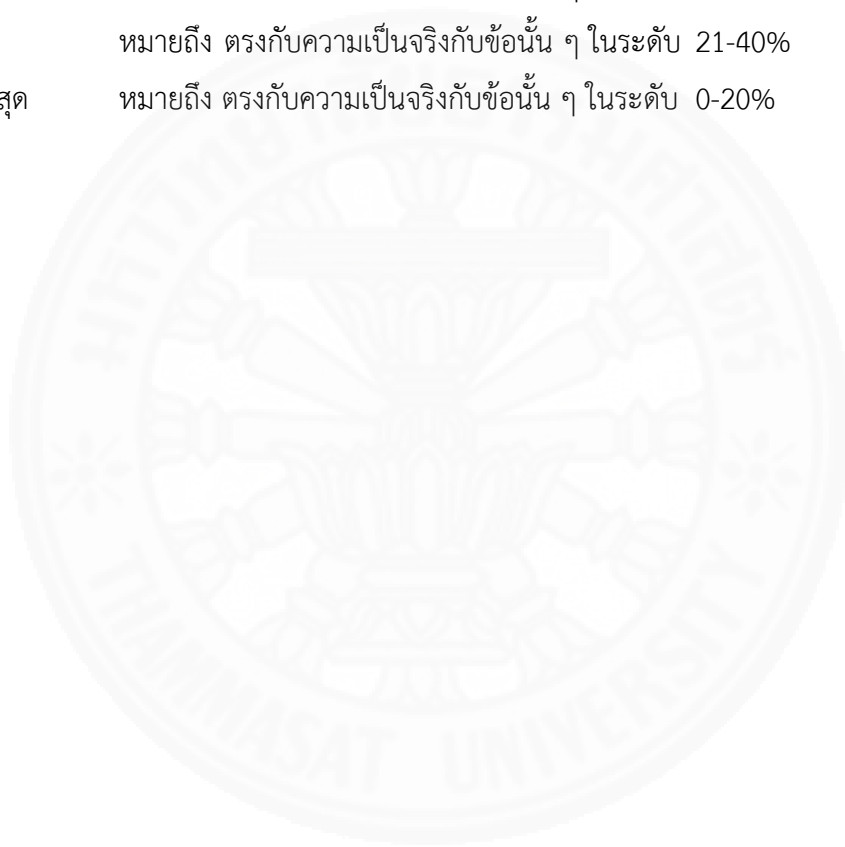
1. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาท่านมีอาการปวดหรือไม่
 - 0 ไม่มีอาการปวดเลย
 - 1 ปวดเล็กน้อยแต่ไม่รบกวนจึงไม่ต้องจัดการกับความปวด
 - 2 ปวดปานกลางความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้
 - 3
 - 4
2. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาท่านมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของท่าน เช่น รู้สึกไม่สบาย
 - ไอ ท้องผูกหรือไม่
 - 0 ไม่เลย
 - 1 เล็กน้อย
 - 2 ปานกลาง
 - 3
 - 4
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทาง
ขวามือของข้อความแต่ละข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 81-100%
มาก	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 61-80%
ปานกลาง	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 41-60%
น้อย	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 21-40%
น้อยที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 0-20%



ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความเป็นจริง					ไม่สามารถ ประเมิน ได้	หมายเหตุ
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		
ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด จำนวน 6 ข้อ							
1. ท่านได้รับการ ประเมินความปวด อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง							
2. ทีมสุขภาพ สอบถามท่านเกี่ยวกับ สิ่งกระตุ้นการปวด ระยะเวลาที่ปวด ลักษณะของการปวด และการบรรเทาปวด							
3. ท่านได้รับการ ประเมินซ้ำกรณีที่ ได้รับการบรรเทาปวด							
4.....							
5.....							
6.....							
ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย จำนวน 7 ข้อ							
7.....							
8.....							
9.....							
10.....							
11.....							
12.....							
13.....							

ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความเป็นจริง					ไม่ สามารถ ประเมิน ได้	หมายเหตุ
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		
ด้านการมีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี จำนวน 7 ข้อ							
14.....							
15.....							
16.....							
17.....							
18.....							
19.....							
20.....							
ด้านการอยู่ในความสงบ จำนวน 6 ข้อ							
21.....							
22.....							
23.....							
24.....							
25.....							
26.....							
ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน จำนวน 6 ข้อ							
27.....							
28.....							
29.....							
30.....							
31.....							
32.....							

ปัญหาอื่นๆหรือสิ่งที่ท่านอยากบอกกับทีมสุขภาพ.....

.....

แบบสอบถามงานวิจัย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย
เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
และการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ แบบสอบถามมีทั้งหมด 11 หน้า ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 32 ข้อ
2. คำตอบของท่านจะเสนอในภาพรวม และแบบสอบถามแต่ละชุดจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม
3. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปใช้ประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย √ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

1) โสด

2) สมรส

3) หม้าย

4) หย่าร้าง

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

ชุดที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกผู้ป่วยที่สุด

1. ในช่วงสามวันที่ผ่านมาผู้ป่วยมีอาการปวดหรือไม่

- 0 ไม่มีอาการปวดเลย
- 1 ปวดเล็กน้อยแต่ไม่รบกวนจึงไม่ต้องจัดการกับความปวด
- 2 ปวดปานกลางความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้
- 3
- 4

2. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น รู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผูกหรือไม่

- 0 ไม่เลย
- 1 เล็กน้อย
- 2 ปานกลาง
- 3
- 4

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทาง

ขวามือของข้อความแต่ละข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 81-100%
มาก	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 61-80%
ปานกลาง	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 41-60%
น้อย	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 21-40%
น้อยที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 0-20%

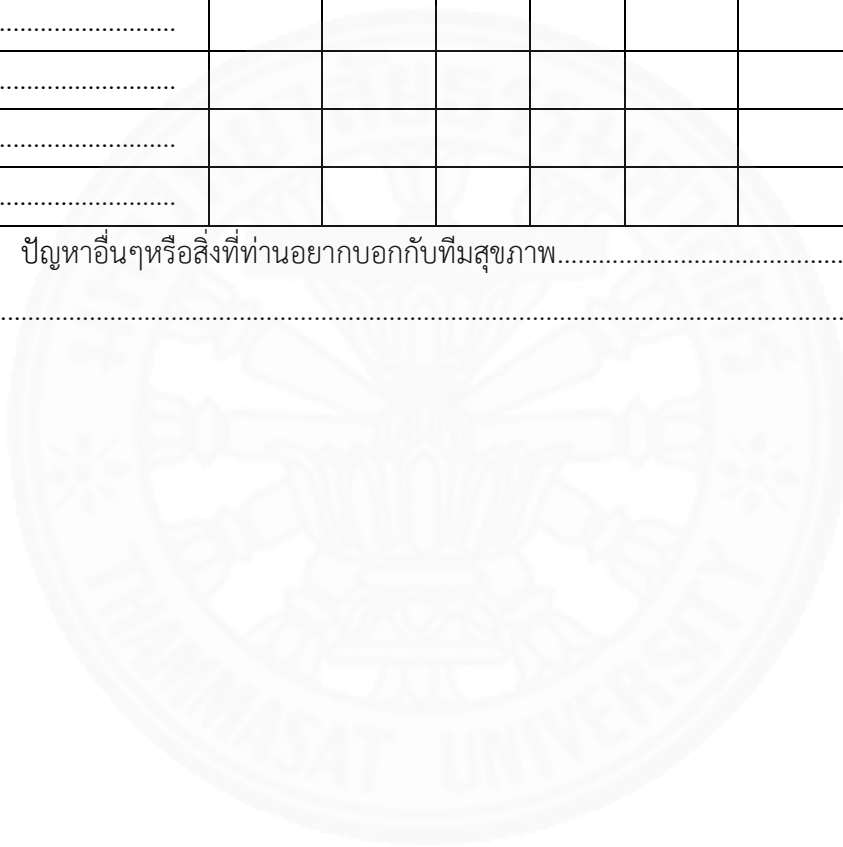
ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความเป็นจริง					ไม่สามารถประเมินได้	หมายเหตุ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด จำนวน 6 ข้อ							
1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง							
2. ทีมสุขภาพสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับ สิ่งกระตุ้นการปวด ระยะเวลาที่ปวดลักษณะของการปวด และการบรรเทาปวด							
3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำกรณีที่ได้รับการบรรเทาปวด							

ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความเป็นจริง					ไม่ สามารถ ประเมิน ได้	หมายเหตุ
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		
4.....							
5.....							
6.....							
ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย จำนวน 7 ข้อ							
7.....							
8.....							
9.....							
10.....							
11.....							
12.....							
13.....							
ด้านการมีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี จำนวน 7 ข้อ							
14.....							
15.....							
16.....							
17.....							
18.....							
19.....							
20.....							
ด้านการอยู่ในความสงบ จำนวน 6 ข้อ							
21.....							
22.....							
23.....							
24.....							
25.....							
26.....							

ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความเป็นจริง					ไม่ สามารถ ประเมิน ได้	หมายเหตุ
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		
ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน จำนวน 6 ข้อ							
27.....							
28.....							
29.....							
30.....							
31.....							
32.....							

ปัญหาอื่นๆหรือสิ่งที่ท่านอยากบอกกับทีมสุขภาพ.....

.....



แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

วัตถุประสงค์

ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติผู้ดูแล

1. เห็นความสำคัญของการดูแลระยะท้าย
2. สามารถอธิบายการดูแลระยะท้ายได้
3. สามารถสังเกต ประเมินภาวะต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะท้ายได้
4. สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลในระยะท้ายได้
5. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้มีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ผู้ดำเนินการ

นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติผู้ดูแล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม สื่อการสอนและวิธีการ ประเมิน
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เห็นความสำคัญของการดูแลระยะท้าย 2. สามารถอธิบายการดูแลระยะท้ายได้ 3. สามารถสังเกต ประเมินภาวะต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นใน ระยะท้ายได้ 4. สามารถปฏิบัติ กิจกรรมในการดูแล ในระยะท้ายได้ 	<p>ครั้งที่ 1</p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว เป็นนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขา การ พยา บาล ผู้ ไ ห ณั้ มหาวิทาลัยธรรมศาสตร์ กำลัง ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย</p> <p>สำหรับวัตถุประสงค์ที่จะมาดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดสิ่งเหล่านี้ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลนะคะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เห็นความสำคัญของการดูแลระยะท้าย 2) สามารถอธิบายการดูแลระยะท้ายได้ 3) สามารถสังเกต ประเมินภาวะต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะท้ายได้และ 4) สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลในระยะท้ายได้และที่สำคัญคือข้อ 5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้มีระยะท้ายของชีวิตที่สงบค่ะ <p>ดิฉันจะมาพบกับผู้ป่วยและญาติทั้งหมด 7 ครั้งซึ่งในการพบกันแต่ละครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ค่ะ</p> <p>ผู้ป่วยและญาติต้องการให้ดิฉันเรียกสรรพนามแทนตัวว่าอย่างไรดีคะ</p>	<p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ ในการทำวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและความไว้วางใจ หลังจากผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเป็นอาสาสมัครวิจัย และเซ็น informed consent จึงเริ่มกระบวนการ 3. ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1. ประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้แบบประเมิน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) Edmonton Symptom Assessment System: ESAS 2) Palliative care Outcome Scale for Patient: POS-P 3) Peaceful End of Life CareScale for Patients: PEOLCS-P 3.2 ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้แบบประเมิน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) Palliative care Outcome Scale for Carer: POS-C 2) Peaceful End of Life CareScale for Caregiver: PEOLCS-C 4. ผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับความเข้าใจ ในการเตรียมตัวในการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต 5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวใน ระยะท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม สื่อการสอนและวิธีการประเมิน
	<p>ในการปฏิบัติตามกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นต่อจากนี้ไป ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยมากที่สุดนะคะ ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลคำตอบที่ได้รับมาจะได้รับการเปิดเผยในภาพรวมเท่านั้นโดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะตัวท่านที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่ท่านและครอบครัวใดๆ ทั้งสิ้น เพื่อแสดงว่าผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อชี้แจง แล้วขอให้เซ็นต์ในใบแสดงความยินยอมในการวิจัยด้วยนะคะ</p> <p>เพื่อให้ทราบข้อมูลก่อนที่จะวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะกับปัญหาและความต้องการของท่าน ขอให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลช่วยทำแบบประเมินดังนี้ค่ะ</p> <p>1. ผู้ป่วย (เรียกสรรพนามแทนตัวผู้ป่วยและตามด้วยชื่อ) ขอให้ตอบคำถามในแบบประเมินดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วย - แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย - ประเมินระดับความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ โดยใช้แบบประเมิน ESAS <p>2. ผู้ดูแล (เรียกตามสรรพนามแทนตัวผู้ดูแลและตามด้วยชื่อ) ขอให้ตอบคำถามในแบบประเมินดังนี้</p>	<p>6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก</p> <p>7. ผู้วิจัยให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างและนัดหมายในการพบครั้งต่อไป</p> <p>สื่อการสอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัย 2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ฉบับใช้สอบถามผู้ป่วย - ฉบับใช้สอบถามญาติผู้ดูแล 3. ชุดแบบประเมิน (pre-test) ประกอบด้วย ESAS, POS-P, POS-C, PEOLCS-P และ PEOLCS-C <p>วิธีการประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในแต่ละกิจกรรม 2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม 3. ข้อมูลที่ได้จากการแบบสอบถามและแบบประเมินต่างๆ 4. ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย แผนการรักษาการรักษาก่อนที่ผู้ป่วยได้รับรวมถึงปัญหาที่ผู้ป่วย และญาติบอกเล่าให้ฟัง 5. บันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม สื่อการสอนและวิธีการประเมิน
	<p>- ประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองฉบับใช้ถ้ามผู้ดูแล</p> <p>- แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของ ผู้ดูแล</p> <p>ถ้ามผู้ป่วยและญาติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติ (เรียกสรรพนามตามด้วยชื่อ) เข้าใจเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตหรือเปล่าคะ เข้าใจว่าอย่างไร 2. ในการเตรียมตัวในการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยและญาติ ญาติ (เรียกสรรพนามตามด้วยชื่อ) คิดว่าต้องทำอย่างไรบ้างคะ 3. ผู้ป่วยและญาติ ญาติ (เรียกสรรพนามตามด้วยชื่อ) เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะท้ายของชีวิตหรือไม่คะ เช่น อาจจะเคยดูแลญาติไต่ยนคนอื่นเล่าหรือเห็นคนอื่นดูแลผู้ป่วยถ้ามีขอให้ช่วยเล่าให้ฟังด้วยนะคะ 4. ผู้ป่วยและญาติ ญาติ (เรียกสรรพนามตามด้วยชื่อ) รู้สึกอย่างไรบ้างคะเกี่ยวกับอาการหรือแนวทางการดูแลรักษาหรือความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในตอนนี เล่าให้ดิฉันฟังได้นะคะ 5. ถ้าหากดิฉันจะเริ่มทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลของโปรแกรมการวิจัยควบคู่ไปกับการ ดูแลรักษาของทางโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ญาติ (เรียกสรรพนามตามด้วยชื่อ) สะดวกที่จะรับการดูแลจากดิฉันหรือเปล่าคะ พงษ์นี้ดิฉันจะมาดูแลอีกครั้ง ในเวลาประมาณ.....นาฬิกา 	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม สื่อการสอนและวิธีการประเมิน
	<p>6. ผู้ป่วยและ(เรียกสรรพนามตามด้วยชื่อ) รู้สึกอย่างไรบ้างคะสำหรับกิจกรรมที่ทำในวันนี้ มีข้อเสนอแนะอะไรหรือเปล่า</p> <p>สำหรับวันนี้สิ่งที่เราได้ปฏิบัติร่วมกันคือ การทำแบบประเมินเพื่อที่จะได้ทราบถึงข้อมูล ผู้ป่วยและญาติ (เรียกสรรพนามตามด้วยชื่อ) การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับการดูแลระยะท้าย ยังไงก็ฝากให้ทบทวน ด้วยตัวเองคุณคะ ประเมินผลดูว่าเกิดผลอย่างไรบ้าง พบกันวันต่อไปนะคะ สำหรับวันนี้ดิฉันขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติ (เรียกสรรพนามตามด้วยชื่อ) มากนะคะ สวัสดีค่ะ</p>	
5.	<p>ครั้งที่ 2 ถึง ครั้งที่ 4</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
	<p>ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
6.	<p>ครั้งที่ 7</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย



จัดทำโดย

นางสาวพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล

คำนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น เป็นการดูแลเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกัน ในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ ในการดูแลนั้นจะ เน้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลางให้สามารถเผชิญกับวาระสุดท้ายได้ เกิดการยอมรับกับการจากไป เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยสามารถเลือกหรือวางแผนการเสียชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยมีทีมสุขภาพให้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์

ในคู่มือเล่มนี้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กรอบทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาเป็น แนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการดูแลใน 5 ด้าน คือ การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

การดูแลให้เกิดความสุขสบาย การดูแลด้านความมีศักดิ์ศรี การดูแลให้อยู่ในความสงบ และ การส่งเสริมให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่ม นี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิมและผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำสำหรับการจัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นเพื่อใช้ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ด้วยความปรารถนาดี

พัชรรัตน์ อันสีแก้ว

พฤษภาคม 2561

การดูแลระยะท้าย

ผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า สภาวะของของโรคอยู่ในระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวิธีรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตน้อย มีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้และมีอาการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงในทางที่เลวลง ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีชีวิตเหลืออยู่ในช่วงเวลาที่จำกัด อาจเสียชีวิตภายใน เดือนถึง 1 ปี

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

องค์การอนามัยโลกมีจุดเน้นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และเพื่อให้ได้จากไปโดยสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งการดูแลในระยะท้ายจะต้องยึดบุคคลที่อยู่ในระยะท้ายเป็นศูนย์กลาง โดยมีการบูรณาการบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ในการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆที่เกิดขึ้น ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าอยู่ในระยะท้าย จนกระทั่งภายหลังการจากไปของผู้ป่วย

แนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ในการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง นั้นมีหลักการตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งจากหลักการดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบที่มีกรอบการดูแลที่ชัดเจน เหมาะสมในการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถนำมาจัดทำเป็นแนวทางในการดูแลได้ ดังต่อไปนี้

การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลดังต่อไปนี้

1. ติดตามและบริหารการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล โดยการ.....

การดูแลให้เกิดความสบาย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลดังต่อไปนี้

1. ป้องกันและบรรเทาการเกิดภาวะไม่สบายทางร่างกายที่พบบ่อย โดยจัดการดังนี้
- อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จัดการอาการโดย.....

การดูแลด้านความมีศักดิ์ศรี ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยการสอบถามว่าจะให้เรียกแทนตัวผู้ป่วยและญาติว่าอย่างไร และดำเนินการดังต่อไปนี้.....

การดูแลให้อยู่ในความสงบ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลดังต่อไปนี้

1. ให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดย

– ประเมินสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยโดยการสังเกตและซักถาม.....

การส่งเสริมให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแลโดยเปิดโอกาสให้ญาติและบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย.....

ภาคผนวก ข
เอกสารพิกัดสิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
(Participant Information Sheet)
สำหรับผู้ป่วย

โครงการวิจัยที่	140/2560
ภาษาไทย	ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
ภาษาอังกฤษ	THE EFFECTS OF AN END-OF-LIFE CARE PROGRAM ON THE PALLIATIVE CARE OUTCOMES AND PERCEIVED PEACEFUL END OF LIFE AMONG END-STAGE CANCER PATIENTS
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ถ.พดุงวิถี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000 โทรศัพท์ 0-4371-1411, 0-4371-1104 ต่อ 105 โทรสาร 0-4372-2404 โทรศัพท์มือถือ 09-9664-2572 E-mail Address: monthkaew@gmail.com

เรียน อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ผู้วิจัยจะทำการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จึงขอความร่วมมือและความสมัครใจจากท่านเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของโครงการวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อคำถามใดๆ เกี่ยวกับการวิจัย รวมถึงสิทธิต่างๆ ของท่าน กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ผู้วิจัยยินดีจะตอบคำถามและอธิบายให้ท่านเข้าใจได้ โดยท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของ

โครงการวิจัยนี้ ในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อค่าใช้จ่าย และไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษา ซึ่งการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน และท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือยุติการยินยอมเข้าโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ตามมา

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

มะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นมากทุกปี ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายชนิดมักไม่ทราบอาการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น จึงส่งผลให้มารับการรักษาช้า บางรายอาจอยู่ในระยะที่พอรักษาได้แต่บางรายมะเร็งอาจอยู่ในระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือควบคุมการลุกลามของโรคได้ จนสู่ภาวะของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจจนกว่าจะเสียชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่เสียชีวิตเหลืออยู่ในช่วงเวลาที่จำกัด ถ้าไม่ได้รับการจัดการหรือการดูแลที่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวจะทุกข์ทรมานมากขึ้นเรื่อยๆ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้นใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคนจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลังการจากไปของผู้ป่วย การดูแลรักษาในระยะนี้ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อให้หายจากโรค หากแต่จะเป็นเพียงบรรเทาอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่งเสริมช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีความสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิตและก่อให้เกิดการตายดี จากเหตุผลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่าง เน้นตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามความคาดหวัง ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในระยะท้ายของชีวิตที่สงบและสามารถคงคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายของชีวิตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

อาสาสมัครในโครงการนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 32 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรู้ว่าตนเองเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง อ่านและเขียน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ

4) มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมโดยมีระดับคะแนนพีพีเอส (PPS: The Palliative Performance Scale) อยู่ระหว่าง 40 – 70 กรณีที่ผู้ป่วยมีคุณสมบัติไม่ตรงตามตามคุณสมบัติที่กำหนด จะไม่ได้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการนี้ คือ 1) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจและไม่สามารถหย่าออกซิเจนได้หรือได้รับการดูแลด้วยแนวทางการรักษาการแพทย์แบบก้าวหน้าที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิต (aggressive treatment) 2) มีภาวะง่วงซึมหรือสับสน 3) ผู้ป่วยที่ไม่ขอรับการรักษาในระยะท้าย

กระบวนการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติตามแนวทางของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ร่วมกับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายโดยผู้วิจัย ส่วนผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการให้การดูแลตามโปรแกรม หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้ตอบแบบสอบถาม 4 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที 2) แบบประเมินอัสซาส (ESAS: Edmonton Symptom Assessment System) ใช้เวลา 5 นาที 3) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที และ 4) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย จำนวน 32 ข้อ ใช้เวลา 20 นาที รวมระยะเวลาการตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 45 นาที จากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ทั้งหมด 7 ครั้ง ใน 7 วันแต่แต่ละครั้งห่างกัน 1 วัน ซึ่งท่านควรเข้าร่วมทุกครั้ง หากจำเป็นท่านจะต้องเข้าร่วมอย่างน้อย 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1, 2, 5 และ 7 โดยในครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ทำเหมือนกับครั้งที่ 2 ส่วนกิจกรรมในครั้งที่ 6 เป็นกิจกรรมที่ทำเหมือนกับครั้งที่ 5 หากท่านคิดว่ากิจกรรมในครั้งที่ 2 และ 5 สามารถทำให้ท่านรู้สึกเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบแล้ว ท่านอาจจะไม่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 6 ก็ได้ ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 5 ชั่วโมง 15 นาที ถึง 7 ชั่วโมง หลังจากนั้นท่านจะได้ตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้ถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอีกครั้ง ใช้เวลาอีก 45 นาที รวมระยะเวลาทำกิจกรรมทั้งหมดตลอดโครงการวิจัยประมาณ 6 ชั่วโมง 45 นาที ถึง 8 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น แบบสอบถาม เป็นต้น)

กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย 1 คนในการให้อาสาสมัครวิจัยตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะมีการชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัครให้เข้าใจก่อนการดำเนินการวิจัยและมอบเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และจะดำเนินการวิจัยเมื่ออาสาสมัครให้ความยินยอมและลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยของอาสาสมัครวิจัย เรียบร้อยแล้ว

การคัดกรองอาสาสมัครวิจัย

ในการคัดกรองอาสาสมัครวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้หนึ่งไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าผู้วิจัย จะไม่นำเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และหากผู้หนึ่งอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือหรือแนะนำ เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจะประสานกับพยาบาลประจำการที่หอผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

การใช้เวชระเบียน

การใช้เวชระเบียนในการวิจัยครั้งนี้ จะมีการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษาตามปกติของผู้ป่วยจากชาร์ทผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายโดยไม่รบกวนแผนการรักษาตามปกติ และจะมีการขออนุญาตจากผู้อำนวยการและหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร

อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่อาสาสมัครวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีความเสี่ยงต่ำในการที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือปัญหาแก่อาสาสมัครวิจัย โดยงานวิจัยเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หากมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ก็จะเป็นการรักษาตามแผนการของแพทย์ เช่น การใช้ยาบรรเทาปวด โดยที่ผู้วิจัยจะมีการสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อนำผลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลตามแนวทางการดูแลระยะท้ายต่อไปโดยไม่กระทบกับแผนการรักษาของแพทย์

ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย

ประโยชน์ส่วนบุคคล ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ที่นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามปกติ ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ต้องการการรักษาทางการแพทย์ปัจจุบันที่จะดำเนินการเพื่อพยายงและยืดชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเตรียมตัวในระยะท้ายของชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย เตรียมจิตใจให้เข้าใจและยอมรับกับการจากไป และเพื่อให้มีเวลาในการปล่อยวางและจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่ยังคงค้างคาอยู่ให้เรียบร้อย

ประโยชน์ส่วนรวม หรือประโยชน์ทางวิชาการ สามารถนำผลการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคต่าง ๆ ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตในระยะท้ายอย่างสงบนำไปสู่การตายดี นอกจากนี้ยังสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาต่อเนื่องในการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยระยะท้ายโรคต่าง ๆ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีความผิด หรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งท่านพึงจะได้รับไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาและไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายหากท่านมีความไม่สบายหรือมีภาวะทางสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นขณะการเข้าร่วมโครงการ ท่านมีสิทธิ์ที่จะยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นผลจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 09-9664-2572 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก วิทยานิพนธ์ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม สามารถติดต่อได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 โทรสาร 02-5165381 ในวันและเวลาราชการ หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยตระหนักว่าข้อมูลของท่านเป็นประเด็นที่ไม่ควรนำไปเปิดเผย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะรักษาเป็นความลับ ข้อมูลต่าง ๆ ผู้วิจัยจะใส่รหัสเป็นตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลการศึกษาอาจตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีการตอบแทนค่าใช้จ่ายให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากเป็นการมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยแต่ผู้วิจัยจะมีของที่ระลึกให้กับอาสาสมัครวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสาร ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

สำหรับผู้ป่วย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

และการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ชื่อผู้วิจัย

นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ถ.ผดุงวิถี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

44000 โทรศัพท์ 0-4371-1411, 0-4371-1104 ต่อ 105 โทรสาร 0-4372-2404

โทรศัพท์มือถือ 09-9664-2572 E-mail Address: monthkaew@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถาม 4 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ 2 ครั้งๆ ละ 10 นาที **รวม 20 นาที** 2) แบบประเมินอัสซาส (ESAS: Edmonton Symptom Assessment System) 2 ครั้งๆ ละ 5 นาที **รวม 10 นาที** 3) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ 2 ครั้งๆ ละ 10 นาที **รวม 20 นาที** และ 4) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย จำนวน 32 ข้อ 2 ครั้งๆ ละ 20 นาที **รวม 40 นาที** รวมระยะเวลาการตอบแบบสอบถาม **90 นาที** การเก็บข้อมูลครั้งนี้

ทำโดยผู้ช่วยวิจัย ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย 7 ครั้งๆ ละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง รวม 5 ชั่วโมง 15 นาที ถึง 7 ชั่วโมง การทำกิจกรรมให้การดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายทำ โดยผู้วิจัย รวมระยะเวลาทำกิจกรรมทั้งหมดตลอดโครงการวิจัยประมาณ 6 ชั่วโมง 45 นาที ถึง 8 ชั่วโมง 30 นาที

การดำเนินการดังกล่าวจะเกิดขึ้นทันทีภายหลังจากอาสาสมัครวิจัยให้ความยินยอมและ เซ็นต์เอกสารเข้าร่วมการวิจัย

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล สำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้ แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
(Participant Information Sheet)
สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

โครงการวิจัยที่ 140/2560

ภาษาไทย ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ภาษาอังกฤษ THE EFFECTS OF AN END-OF-LIFE CARE PROGRAM ON THE PALLIATIVE CARE OUTCOMES AND PERCEIVED PEACEFUL END OF LIFE AMONG END-STAGE CANCER PATIENTS

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ถ.ผดุงวิทย์ ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000 โทรศัพท์ 0-4371-1411, 0-4371-1104 ต่อ 105 โทรสาร 0-4372-2404 โทรศัพท์มือถือ 09-9664-2572 E-mail Address: monthkaew@gmail.com

เรียน อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ผู้วิจัยจะทำการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จึงขอความร่วมมือและความสมัครใจจากท่านเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของโครงการวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อคำถามใดๆ เกี่ยวกับการวิจัย รวมถึงสิทธิต่างๆ ของท่าน กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ผู้วิจัยยินดีจะตอบคำถามและอธิบายให้ท่านเข้าใจได้ โดยท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้ ในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อค่าใช้จ่าย และไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษา ซึ่งการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน

และท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือยุติการยินยอมเข้าโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ตามมา

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

มะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นมากทุกปี ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายชนิดมักไม่ทราบอาการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น จึงส่งผลให้มารับการรักษาช้า บางรายอาจอยู่ในระยะที่พอรักษาได้แต่บางรายมะเร็งอาจอยู่ในระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือควบคุมการลุกลามของโรคได้ จนสู่ภาวะของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจจนกว่าจะเสียชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีชีวิตเหลืออยู่ในช่วงเวลาที่จำกัด ถ้าไม่ได้รับการจัดการหรือการดูแลที่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวจะทุกข์ทรมานมากขึ้นเรื่อยๆ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้นใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคนจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลังการจากไปของผู้ป่วย การดูแลรักษาในระยะนี้ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อให้หายจากโรค หากแต่จะเป็นเพียงบรรเทาอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่งเสริมช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีความสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิตและก่อให้เกิดการตายดี จากเหตุผลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่าง เน้นตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามความคาดหวัง ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในระยะท้ายของชีวิตที่สงบและสามารถคงคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายของชีวิตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

อาสาสมัครในโครงการนี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยไม่มีการแบ่งกลุ่ม จำนวน 32 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตรหรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่บุคคลที่จ้างมาหรือได้รับ

ค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย 2) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก 3) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และ 4) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง อ่านและเขียน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ กรณีที่ผู้ดูแลมีคุณสมบัติไม่ตรงตามตามคุณสมบัติที่กำหนด จะไม่ได้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการนี้ คือ 1) ไม่สามารถหาผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลักได้ และ 2) ผู้ดูแลที่วางแผนจะส่งผู้ป่วยไปอยู่ศูนย์พักฟื้นหรือจ้างบุคคลอื่นมาดูแลแทน

กระบวนการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติตามแนวทางของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ร่วมกับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายโดยผู้วิจัย ส่วนผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการให้การดูแลตามโปรแกรม หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที 2) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที และ 3) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 32 ข้อ ใช้เวลา 20 นาที รวมระยะเวลาการตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 40 นาที จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ทั้งหมด 7 ครั้ง ใน 7 วันแต่ละครั้งห่างกัน 1 วัน ซึ่งท่านควรเข้าร่วมทุกครั้ง หากจำเป็นท่านจะต้องเข้าร่วมอย่างน้อย 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1, 2, 5 และ 7 โดยในครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ทำเหมือนกับครั้งที่ 2 ส่วนกิจกรรมในครั้งที่ 6 เป็นกิจกรรมที่ทำเหมือนกับครั้งที่ 5 หากท่านคิดว่ากิจกรรมในครั้งที่ 2 และ 5 สามารถทำให้ท่านรู้สึกเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบแล้ว ท่านอาจจะไม่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 6 ก็ได้ ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 5 ชั่วโมง 15 นาที ถึง 7 ชั่วโมง หลังจากนั้นท่านจะได้ตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้ถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอีกครั้ง ใช้เวลาอีก 40 นาที รวมระยะเวลาทำกิจกรรมทั้งหมดตลอดโครงการวิจัยประมาณ 6 ชั่วโมง 35 นาที ถึง 8 ชั่วโมง 20 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น แบบสอบถาม เป็นต้น)

กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย 1 คนในการให้อาสาสมัครวิจัยตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะมีการชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัครให้เข้าใจก่อนการดำเนินการวิจัยและมอบเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และจะดำเนินการวิจัยเมื่ออาสาสมัครให้ความยินยอมและลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยของอาสาสมัครวิจัย เรียบร้อยแล้ว

การคัดกรองอาสาสมัครวิจัย

ในการคัดกรองอาสาสมัครวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าผู้วิจัย จะไม่นำเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และหากผู้นั้นอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือหรือแนะนำ เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจะประสานกับพยาบาลประจำการที่หอผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

การใช้เวชระเบียน

การใช้เวชระเบียนในการวิจัยครั้งนี้จะมีการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตามปกติของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายโดยไม่รบกวนแผนการรักษาตามปกติ และจะมีการขออนุญาตจากผู้อำนวยการและหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร

อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่อาสาสมัครวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีความเสี่ยงต่ำในการที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือปัญหาแก่อาสาสมัครวิจัย โดยงานวิจัยเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หากมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ก็จะเป็นการรักษาตามแผนการของแพทย์ เช่น การใช้ยาบรรเทาปวด โดยที่ผู้วิจัยจะมีการสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อนำผลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลตามแนวทางการดูแลระยะท้ายต่อไปโดยไม่กระทบกับแผนการรักษาของแพทย์

ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย

ประโยชน์ส่วนบุคคล ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ที่นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามปกติของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ต้องการการรักษาทางการแพทย์ปัจจุบันที่จะดำเนินการเพื่อพยุงและยืดชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเตรียมตัวในระยะท้ายของชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย เตรียมจิตใจให้เข้าใจและยอมรับกับการจากไป และเพื่อให้มีเวลาในการปล่อยวางและจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่ยังคงค้างคาอยู่ให้เรียบร้อย

ประโยชน์ส่วนรวม หรือประโยชน์ทางวิชาการ สามารถนำผลการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคต่าง ๆ ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตในระยะท้ายอย่างสงบนำไปสู่การตายดี นอกจากนี้ยังสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาต่อเนื่องในการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยระยะท้ายโรคต่าง ๆ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีความผิด หรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งท่านพึงจะได้รับ ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายหากท่านมีความไม่สุขสบายหรือมีภาวะทางสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นขณะการเข้าร่วมโครงการ ท่านมีสิทธิ์ที่จะยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นผลจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 09-9664-2572 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม สามารถติดต่อได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 โทรสาร 02-5165381 ในวันและเวลาราชการ หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยตระหนักว่าข้อมูลของท่านเป็นประเด็นที่ไม่ควรนำไปเปิดเผย ดังนั้นใน การศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะรักษาเป็นความลับ ข้อมูลต่าง ๆ ผู้วิจัยจะใส่รหัสเป็นตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลการศึกษาอาจตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีการตอบแทนค่าใช้จ่ายให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากเป็นการมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยแต่ผู้วิจัยจะมีของที่ระลึกให้กับอาสาสมัครวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสาร ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบ ประคับประคองและ การรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ถ.ผดุงวิทย์ ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000 โทรศัพท์ 0-4371-1411, 0-4371-1104 ต่อ 105 โทรสาร 0-4372-2404 โทรศัพท์มือถือ 09-9664-2572 E-mail Address: monthkaew@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบาย
จากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
อาสาสมัครวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูล
ทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ 2 ครั้งๆละ 10 นาที **รวม 20 นาที** 2) แบบประเมินผลลัพธ์การ
ดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ 2 ครั้งๆ ละ 10 นาที **รวม 20 นาที**
และ 3) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย

จำนวน 32 ข้อ 2 ครั้งๆ ละ 20 นาที รวม 40 นาที รวมระยะเวลาการตอบแบบสอบถาม 80 นาที การเก็บข้อมูลครั้งนี้ทำโดยผู้ช่วยวิจัย ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้าย 7 ครั้งๆ ละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง รวม 5 ชั่วโมง 15 นาที ถึง 7 ชั่วโมง การทำกิจกรรมให้การดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายทำโดยผู้วิจัย รวมระยะเวลาทำกิจกรรมทั้งหมดตลอดโครงการวิจัยประมาณ 6 ชั่วโมง 35 นาที ถึง 8 ชั่วโมง 20 นาที

การดำเนินการดังกล่าวจะเกิดขึ้นทันทีภายหลังจากอาสาสมัครวิจัยให้ความยินยอมและเซ็นต์เอกสารเข้าร่วมการวิจัย

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองการวิจัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยะชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121 โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7358 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th ScF 03_01

COA No. 009/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 140/2560
ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
: THE EFFECTS OF AN END-OF-LIFE CARE PROGRAM ON THE PALLIATIVE CARE OUTCOMES AND PERCEIVED PEACEFUL END OF LIFE AMONG END-STAGE CANCER PATIENTS
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลักของ Declaration of Helsinki, the Belmont report, CIOMS guidelines และ the International practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*จินดา หวังบุญสกุล*..... ลงนาม.....*สิริภมา ดานะ*.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกสัชกรหญิง จินดา หวังบุญสกุล) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริภมา เหล่าเกียรติ)
รองประธานคณะกรรมการ อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 2 กุมภาพันธ์ 2561

วันหมดอายุ : 1 กุมภาพันธ์ 2562

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1 : 2 สิงหาคม 2561

วันที่ต่ออายุใบรับรองครั้งที่ 1 : 2 กุมภาพันธ์ 2562 วันหมดอายุ : 1 กุมภาพันธ์ 2563

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 3 : 2 สิงหาคม 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น



โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 ๑๓๙ ถ.รังสิต-นครนายก ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ๑๒๑๑๐
 โทร ๐๒-๕๕๖๑๙๖๐-๖๖ โทรสาร ๐๒-๕๕๖๑๙๖๘
 Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital
 ๑๓๙ Bungsanan, Thanyaburi, Pathumtani Thailand ๑๒๑๑๐
 Tel. (๖๖๒) ๕๕๖๑๙๖๐-๖๖ Fax. (๖๖๒) ๕๕๖๑๙๖๘

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรองเลขที่	MTH ๒๐๑๘-๑๔
ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
รหัสโครงการ	๑๔๔
ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย	นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
เอกสารที่รับรอง	๑. แบบโครงร่างวิจัย ภาษาไทย ๒. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
วันที่รับรองโครงการ	๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑
วันสิ้นสุดการรับรองโครงการ	๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเจตจำนงจกจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

ลงนาม.....
 (นางสาวภัทราพร มณีนาวาชัย)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....
 (นายธนเดช สิ้นสุเสก)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ งานวิเคราะห์แผน งบประมาณ และวิจัยสถาบัน โทร. ๙๔๕๑
 ที่ ศธ ๐๕๑๖.๑๐/ ๕๕๒ วันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๑
 เรื่อง แจ้งผลพิจารณาขอเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้โปรแกรมและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ นางสาวพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ ๓ แล้ว มีความประสงค์ขอเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้าย ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน ๓-๕ ราย ผู้ดูแลจำนวน ๓-๕ ราย หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบตามจำนวน และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย จากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน ๓๒ ราย และผู้ดูแลจำนวน ๓๒ ราย หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลครบตามจำนวน นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พิจารณาแล้วอนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้โปรแกรมและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวได้และเมื่อเสร็จสิ้นแล้วให้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

๑. ส่งผลงานวิจัยที่สำเร็จแล้วมายังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๒. ระบุชื่อ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในกิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)
๓. ส่งสำเนางานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์วารสาร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

พ.ศ.

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พฤษ ต่ออุดม)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
รศ.ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.พญ.หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล	อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางสาวสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล	หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก จ
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

The screenshot shows a Gmail inbox with the following details:

- Sender:** Monthakam Anseekaew <monthkaew@gmail.com>
- Subject:** เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมิน ESAS ฉบับภาษาไทยในงานวิจัย
- Date:** 8 เม.ย. 2017 11:39
- Content:**

เรียน อาจารย์ พญ.ดาริน จตุรภัทรพร ที่นับถือ

ดิฉัน นางสาวพัชรีรัตน์ อันส์แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขียวรัตน์ มีชัยมณี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือ Edmonton Symptom Assessment System: ESAS ฉบับภาษาไทยในงานวิจัย ซึ่งดิฉันจะดำเนินการส่งหนังสือขอใช้แบบประเมินอย่างเป็นทางการมาในโอกาสต่อไป

อนึ่งในการส่งหนังสืออย่างเป็นทางการนั้นดิฉันควรดำเนินการส่งไปที่ใดบ้าง (อาจารย์และคณะซึ่งเป็นผู้แปล หรือภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หรือ ทั้งสองฝ่าย)

ขอแสดงความนับถือ
นางสาวพัชรีรัตน์ อันส์แก้ว
- Reply:**

Darin Jaturapalpom 8 เม.ย. 2017 16:51

ยินดีที่จะได้เอชดี ไม่ต่อทำเอกสารอะไร ถ้าทำงานวิจัยเสร็จส่ง abstract มาให้ท่านอ่านได้และ ถ้าไม่ลำบากเกินไป พญ. ดาริน จตุรภัทรพร Sent from Yahoo Mail for i

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ท.๙๖



คณะพยาบาลศา
มหาวิทยาลัยธรรม
ศาสตร์
ศาลากลางจังหวัดปทุมธานี

๑๐ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ด้วย นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความสนใจในการทำวิทยานิพนธ์หัวข้อ ผลของโปรแกรมกา
การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย The
Life Care Program on the Palliative Care Outcome and Perceived Peaceful En
Stage Cancer Patients โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มีขนิม เป็นอาจารย์ที่
ความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยดังนี้

๑. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉะ
performance scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok) ของ รศ.พญ.บุษยามา
๒. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative
POS) ของ พว.ลดารัตน์ สากินันท์ และเป็นส่วนหนึ่งของ คู่มือการใช้แบบประเมินผล
ประคับประคอง พ.ศ. ๒๕๕๖

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัชรรั
ติงสาวเพื่อนำไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อ
เบอร์โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๙-๖๔๔-๒๕๗๒ ที่อยู่อีเมลล์: monthkaew@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จिरุนุช ห่านิรติคัย)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์.๐๒-๕๘๖๕๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗

โทรสาร.๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

- สำเนาเรียน -

๑. รศ.พญ.บุษยามาส ชิวสกุล
๒. พว.ลดารัตน์ สากินันท์

ภาคผนวก ฉ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่า reliability เครื่องมือวิจัย

แบบประเมิน	N=30	N=32
แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)	0.995	0.08
แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ฉบับใช้ถามผู้ป่วย	0.82	0.83
แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วย	0.88	0.88
แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย	0.85	0.91
แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย	0.87	0.91

การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

การหาค่า CVI ของเครื่องมือ PEOLCS-P

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ											
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				√				√				√
2				√				√				√
3				√			√					√
4				√				√				√
5				√				√				√
6				√				√				√
7				√				√				√
8				√				√				√
9				√				√				√
10				√				√				√
11				√				√				√
12				√				√				√
13				√				√				√
14				√				√				√
15				√				√			√	
16				√				√				√
17				√				√				√
18				√				√				√
19				√				√				√
20				√				√				√
21				√			√					√
22				√				√				√

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ											
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
23				√				√				√
24				√				√				√
25		√						√				√
26			√					√				√
27				√				√				√
28				√				√				√
29				√				√				√
30				√				√				√
31				√				√				√
32				√			√				√	

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$\begin{aligned}
 CVI &= \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}} \\
 &= \frac{31}{32} \\
 &= .96875
 \end{aligned}$$

การหาค่า CVI ของเครื่องมือ PEOLCS-C

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ											
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				√				√				√
2				√				√				√
3				√			√					√
4				√				√				√
5				√				√				√
6				√				√				√
7				√				√				√
8				√				√				√
9				√				√				√
10				√				√				√
11				√				√				√
12				√				√				√
13				√				√				√
14				√				√				√
15				√				√			√	
16				√				√				√
17				√				√				√
18				√				√				√
19				√				√				√
20				√				√				√
21				√			√					√
22				√				√				√
23				√				√				√
24				√				√				√

ข้อ ที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ											
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
25		√						√				√
26			√					√				√
27				√				√				√
28				√				√				√
29				√				√				√
30				√				√				√
31				√				√				√
32				√			√				√	

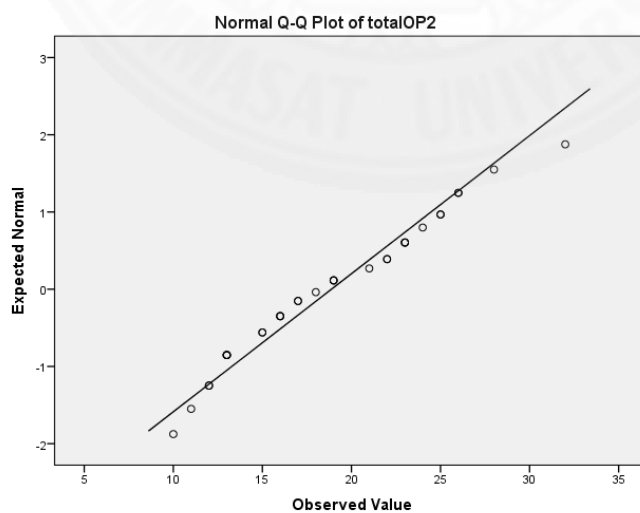
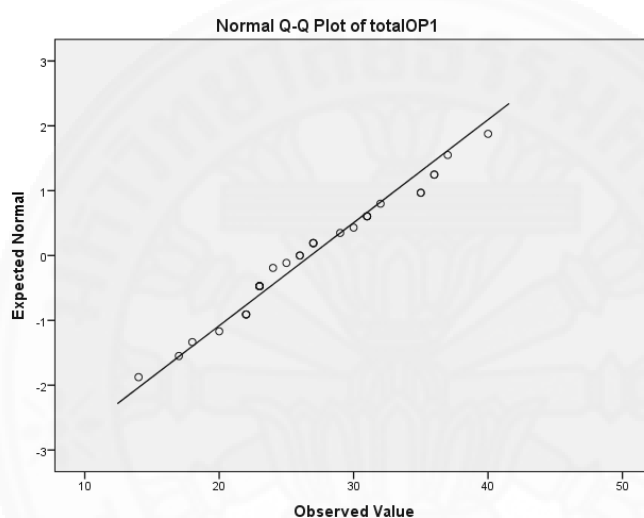
คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$\begin{aligned}
 \text{CVI} &= \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}} \\
 &= \frac{31}{32} \\
 &= .96875
 \end{aligned}$$

ทดสอบการแจกแจงปกติ

Tests of Normality : Total POS-P (pre&post test)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totalOP1	.134	32	.154	.969	32	.474
totalOP2	.103	32	.200*	.963	32	.323

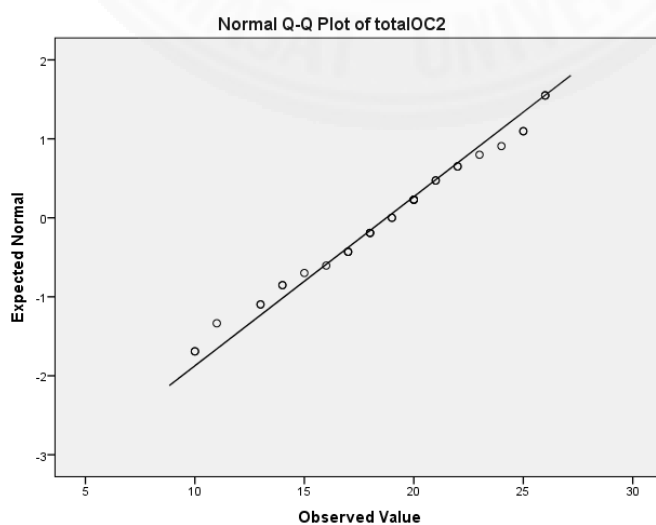
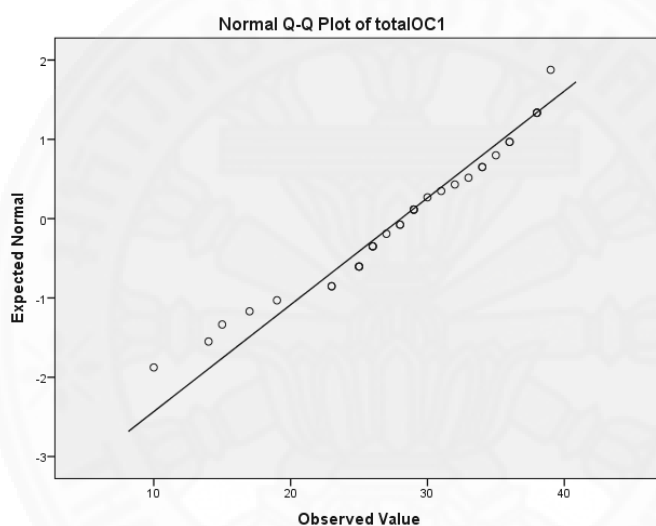


Tests of Normality : Total POS-C (pre&post test)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totalOC1	.121	32	.200*	.953	32	.175
totalOC2	.074	32	.200*	.963	32	.324

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

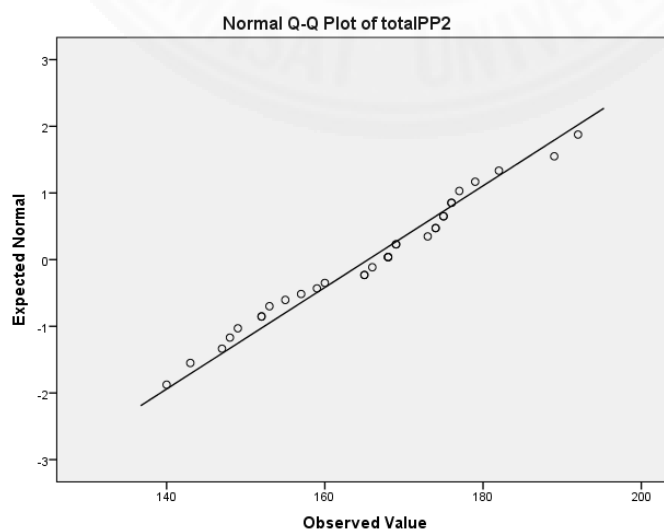
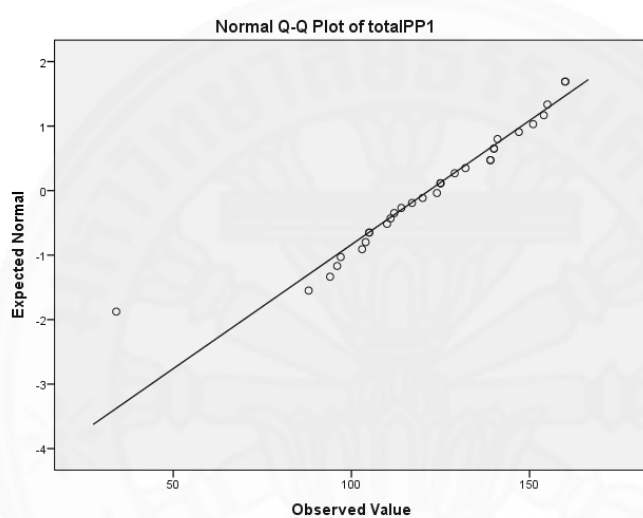


Tests of Normality: Total PEOLCS-P (pre&post test)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totalPP1	.090	32	.200*	.925	32	.208
totalPP2	.111	32	.200*	.974	32	.601

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

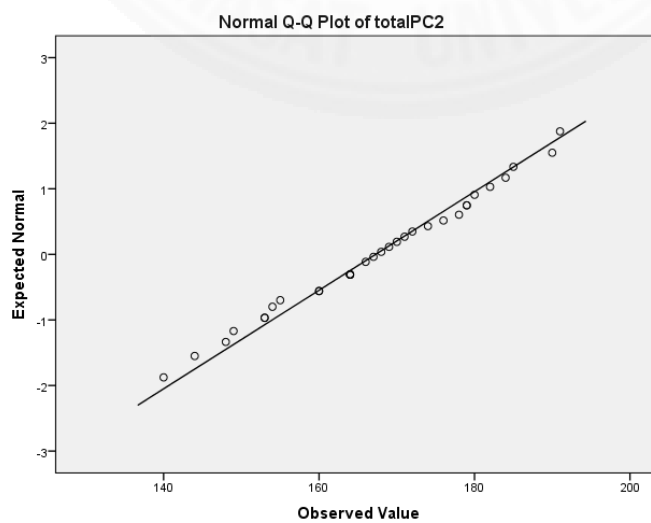
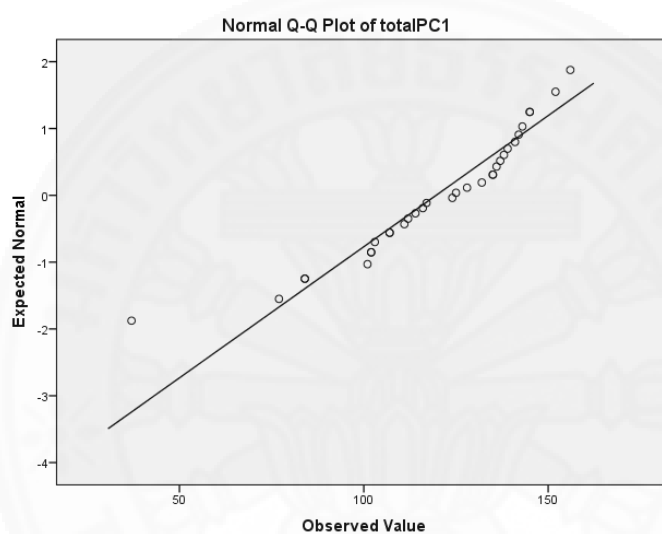


Tests of Normality: Total PEOLCS-C (pre&post test)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totalPC1	.134	32	.156	.914	32	.104
totalPC2	.090	32	.200*	.981	32	.830

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างข้อมูลรายบุคคลและตัวอย่างบันทึกการเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีผู้ป่วยจำนวน 32 ราย เป็นเพศชาย 18 ราย เพศหญิง 14 ราย และผู้ดูแลจำนวน 32 ราย เป็นเพศชาย 12 ราย และเพศหญิง 20 ราย

ผู้ให้ข้อมูลกรณีที่ 1

ผู้ป่วยเป็นหญิงอายุ 46 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาโท อาชีพพนักงานธนาคารและชายของที่สวนจตุจักรในวันหยุด อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองกับมารดา บิดาหย่าร้างกับมารดาตั้งแต่อยู่ชั้นประถมศึกษา บิดาเสียชีวิตแล้ว พี่ชายเสียชีวิตจากโรคพิษสุราเรื้อรัง และสมองฝ่อ ปกติผู้ป่วยเป็นคนขยันทำงาน ไม่ค่อยหยุดพักผ่อน ชอบบริจาคให้ทาน ทำบุญในโอกาสต่างๆ อยู่เสมอและดูแลมารดาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ รักษาโดยการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด และรังสีรักษา แต่เมื่อปลายปี 2560 ตรวจพบมะเร็งกลับมาอีกครั้ง แต่ไม่ทราบรายละเอียดของโรคที่ชัดเจน แพทย์แนะนำให้รักษาโดยใช้ยามุ่งเป้า 4 ครั้ง แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ต่อมาแพทย์แจ้งว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 4 เมื่อทราบว่า เป็นมะเร็งระยะที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกไม่ค่อยดีและเสียใจ เพราะหลังจาก ที่แพทย์แนะนำให้รักษาโดยใช้ยามุ่งเป้า คาดหวังว่าจะหายแต่กลับพบว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 4 ที่อวัยวะอื่น ยังไม่ยอมเสียชีวิต เพราะเป็นห่วงมารดาที่สูงอายุ แต่บางครั้งเมื่อปวดทุกข์ทรมานมากๆ ก็อยากหลับและเสียชีวิตไปเลย สิ่งที่คาดหวังคือไม่ทุกข์ทรมานกับอาการของโรคและคาดหวังให้มารดาสามารถอยู่คนเดียวได้

ผู้ดูแลเป็นมารดาของผู้ป่วย อายุ 77 ปี เป็นข้าราชการบำนาญ ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี มาดูแลทุกวันในช่วงกลางวัน แต่ตอนกลางคืนต้องกลับไปดูแลบ้านเนื่องจากมีสัตว์เลี้ยงหลายชนิด จึงจ้างพนักงานทำความสะอาดที่รู้จักกัน มาดูแลแทนในช่วงกลางคืน มารดา รู้สึกทุกข์ใจกับอาการป่วยของผู้ป่วย เพราะเดิมคาดหวังว่าจะหายหลังจากการรักษาโดยใช้ยามุ่งเป้า แต่เมื่อรู้ว่าไม่หายก็คาดหวังว่าผู้ป่วยจะไม่ทุกข์ทรมานมาก และยังคงคิดไม่ออกว่าจะอยู่อย่างไรหากผู้ป่วยจากไป

ผู้ให้ข้อมูลกรณีที่ 2

ผู้ป่วยเป็นชายอายุ 51 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพช่างก่อสร้าง อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองกับภรรยาและบุตรสาว 2 คน ตัวบ้านอยู่ในบริเวณเดียวกันกับบิดามารดาและพี่น้อง มารดาป่วยเป็นมะเร็งเต้านมลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลือง แต่ยังไม่มีอาการปวด ปกติเป็นคนขยันทำงาน การทำงานมีวันหยุดไม่แน่นอน บางครั้งก็ไม่ได้หยุด มีการดื่มสุรากับเพื่อนร่วมงาน ดื่มไม่มากแต่ดื่มเรื่อยๆ รับรู้ว่าเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารระยะที่ 4 ซึ่งแพทย์บอกว่าก้อนใหญ่

มาก จนทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบน้ำดี จึงต้องผ่าตัดใส่สายระบายน้ำดี ที่มาโรงพยาบาลครั้งนี้เพราะมีการติดเชื้อที่แผล เนื่องจากสายระบายหลุดและทำแผลเอง ชอบทำบุญในโอกาสสำคัญต่างๆ ชอบเลี้ยงสัตว์ ดูแลครอบครัวเป็นอย่างดี หากช่วงไม่มีงานก่อสร้าง จะไปช่วยภรรยาขายดอกไม้บ้าง เมื่อทราบว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 4 รู้สึกตกใจมากแต่ก็คิดว่าคงเป็นกรรมพันธุ์ เพราะมารดาที่เป็นมะเร็งแต่ยังอยากมีชีวิตอยู่อีกอย่างน้อย 1 ปีเพื่อให้ลูกสาวคนโตเรียนจบมีงานทำ ภรรยาจะได้ไม่เหนื่อยผู้ป่วยจึงพยายามดูแลสุขภาพให้ดี รับประทานอาหารเพิ่มขึ้น เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงพอที่จะไปรับยาเคมีบำบัดเพื่อประคับประคองอาการให้โรคไม่รุนแรงขึ้น สิ่งที่คาดหวังคือไม่ทุกข์ทรมานกับอาการของโรคและครอบครัวอยู่ดีถ้าจากไป

ผู้ดูแลเป็นหญิงอายุ 48 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ปวช. อาชีพขายดอกไม้ อาศัยอยู่ร่วมกับสามีและลูก ปกติจะมาดูแลสามีทุกวันตามเวลาที่เปิดให้เยี่ยม คือ 10.00-20.00 น. ยกเว้นวันพระและก่อนวันพระ 1 วัน (วันโกน) ซึ่งชายดีกว่าวันปกติ จะกลับเร็วเพราะต้องไปดูแลการขายดอกไม้ช่วยลูกจ้าง ส่วนในวันอื่น ๆ จะมีลูกจ้างคอยดูแลอยู่ประจำ ดูแลสามีเป็นอย่างดี หากสามีจากไปก็คิดว่าจะอยู่ได้ เพราะครอบครัวไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว อยู่ท่ามกลางญาติพี่น้อง แต่ตอนนี้อยากให้แพทย์และพยาบาลเข้าใจว่าเวลาสามีปวดท้องจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารนั้นจะปวดมาก อยากให้เอาใจใส่ความรู้สึกของผู้ป่วยและดูแลให้ช่วยหายปวด

ผู้ให้ข้อมูลกรณีที่ 3

ผู้ป่วยเป็นหญิงอายุ 49 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพช่างเย็บซ่อมแซมเสื้อผ้า อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองกับสามี ลูกชายคนเล็กและลูกสะใภ้ ส่วนบุตรสาวคนโตแต่งงานแยกครอบครัวมีบ้านอยู่ฝั่งตรงข้าม อาศัยอยู่กับสามีและลูกสาว 2 คน สามีของผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่บ้าน 6 สมัย ซึ่งผู้ป่วยภาคภูมิใจในการช่วยงานสามีในการเกี่ยวกับเอกสารต่าง ๆ การจดบันทึกรายงานข้อมูลของลูกบ้าน เพราะเป็นคนที่มีลายมือสวยจึงได้ช่วยงานด้านเอกสารเป็นประจำ เมื่อเจ็บป่วยครั้งนี้แพทย์แจ้งว่าโรคมะเร็งทวารหนักมีการกระจายไปอวัยวะอื่นแต่ยังกระจายอยู่ตำแหน่งเดิม คือ ปอดและกระดูก ยังไม่ไปที่อื่น ผู้ป่วยยังต้องการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัดเพื่อประคับประคองอาการ โดยคาดหวังว่าโรคจะไม่กระจายไปที่อื่นมาก เพื่อที่ตนเองจะได้มีชีวิตเพื่อจัดการเรื่องบวชของลูกชายคนเล็กและจัดพิธีแต่งงานให้ลูกชายและลูกสะใภ้ให้ถูกต้องตามประเพณี เพราะหากตนเองไม่อยู่แล้ว มีลูกสะใภ้คนนี้อยู่ด้วยก็สบายใจว่ามีคนดูแลสามีและลูกชาย ตอนนีंपวด

เวลาทำแผลที่หน้าท้องและแผลที่ก้น และไม่มีใครมาถามว่าปวดมากหรือเปล่าเลยไม่กล้าบอก ปกติเป็นคนพูดน้อย แต่ถ้ากับคนที่สนิทแล้วจะคุยทุกเรื่อง

ผู้ดูแลเป็นหญิงอายุ 23 ปี เป็นแฟนของลูกชาย ที่มาอยู่ด้วยผู้ใหญ่อายุ 2 ฝ่ายแต่ยังไม่ได้จัดพิธีแต่งงานเพราะต้องมาดูแลผู้ป่วยก่อน นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพขายของออนไลน์ อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากต้องมาดูแลผู้ป่วย ปกติจะอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งที่อยู่โรงพยาบาลและอยู่บ้าน ดูแลจัดหาอาหารให้รับประทานและทำงานบ้านแทนทุกอย่าง รักเหมือนเป็นแม่ตัวเอง ไม่อยากให้ผู้ป่วยกังวลเรื่องอื่นใด สงสารผู้ป่วยเวลาทำแผลเพราะเห็นผู้ป่วยปวดมาก แต่ผู้ดูแลก็กลัวแผลไม่กล้าอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเวลาแพทย์ทำแผลให้ และผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย อยากให้ผู้ดูแลเรื่องปวดแผลและอาหาร

ตัวอย่างบันทึกการเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกรณีที่ 1

ครั้งที่ 1

หลังจากได้รับข้อมูลของผู้ป่วยจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และศึกษาข้อมูลจากชาร์ตผู้ป่วยแล้วจึงเข้าพบผู้ป่วยและญาติ ผลการเข้าพบมีดังต่อไปนี้

1. แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยอนุญาตให้เรียกว่าพี่ ญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นมารดาของผู้ป่วยแทนตัวว่ายายและแม่ ผู้วิจัยขออนุญาตเรียกว่า แม่ และแทนตัวผู้วิจัยด้วยชื่อเล่น
2. ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง นั่งเป็นบางครั้ง พลิกตะแคงตัวได้เองบ้าง เวลาซบถ่ายหรือลุกนั่งบนเตียงต้องมีคนคอยช่วยเหลือ รับประทานอาหารได้ลดลง เพราะเจ็บคอเวลากลืน ญาติผู้ป่วยแจ้งว่า หมอรับทราบแล้วและบอกว่าเป็นแผลในปากบริเวณช่วงคอด้านใน รับประทานเป็นโจ๊ก ที่โรงพยาบาลจัดหาให้ได้น้อย 2-3 คำเพราะกลืนยากและไม่อร่อย สามารถดื่มนมเอนซัวร์ ที่ญาติจัดหาเอง ได้ประมาณครึ่งละ ¼ แก้ว และดื่มบ่อยๆ เพราะผู้ป่วยรู้สึกหิว มีนมถั่วเหลืองหรือเครื่องดื่มและขนมหรือผลไม้เป็นอาหารว่าง เนื่องจากเป็นเตียงพิเศษรวมจึงมีอาหารว่างให้ แนะนำให้ญาติเปลี่ยนแก้วที่ใส่นมให้ผู้ป่วยเป็นแก้วสแตนเลสที่มีหูหิ้ว แทนแก้วเซรามิกเพราะหนัก ผู้ป่วยจับยากเสี่ยงต่อตกแตก ประเมิน PPS ได้ 50 เปอร์เซนต์
3. ในขณะที่แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและความไว้วางใจ ผู้ป่วยปวดท้องอุจจาระผู้วิจัยจึงช่วยกันกับญาติในการช่วยเหลือเหมือนนอนเนื่องจากผู้ป่วยรูปร่างอ้วน สูงใหญ่ และมีอาการปวดขาข้างซ้ายพลิกเองได้เป็นบางครั้ง จึงปิดม่านและออกมานั่งคุยกับญาติผู้ป่วยที่เตียงใกล้กันที่ไม่มีผู้ป่วยอื่น

4. ขณะที่ผู้ป่วยขับถ่ายญาติผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่าทราบว่าคุณเป็นมะเร็งระยะที่ 4 แต่ยังไม่อยากจะเชื่อว่าจะไปถึงระยะที่ 4 เพราะหมอที่รักษาคนก่อนบอกว่าเป็นมะเร็งลำไส้ระยะที่ 3 รักษาามาหมดทั้งผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษา แต่ช่วงเดือนธันวาคมปี 2560 หมอบอกว่ามะเร็งกลับมาอีกแต่ไม่บอกแน่ชัดว่าเป็นที่ไหน เข้าใจว่าเป็นที่ลำไส้เหมือนเดิม หมอก็ชักชวนให้รักษาด้วยยามุ่งเป้า ให้ไป 4 ครั้ง เฉพาะตัวยา หมดครั้งละ 280,000 บาท รวม 4 ครั้ง หมดค่ารักษารวมทุกอย่าง 1,400,000 ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเสียตายนเงินมาก ถ้ารู้ว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 4 และไม่ได้เป็นที่ลำไส้เหมือนเดิมแต่เป็นที่รังไข่ ก็คงไม่รักษาเพราะเสียตายนเงิน ซึ่งเงินเก็บของผู้ป่วยก็ไม่พอสต้องใช้เงินเก็บของญาติด้วย ญาติบอกว่า “รู้สึกโกรธหมอคนนั้นมาก อย่างที่มารักษาตอนนี้ตอนแรกก็อยู่อีกตึก เพราะคิดว่าเป็นโรครเดิม ต่อมาเขาตรวจเจอว่ามะเร็งมันเป็นที่รังไข่เขาก็ย้ายมาที่ตึกนี้ หมอคนเดิมไม่เคยมาเยี่ยมเลยตอนนี้ไม่รู้มะเร็งมันไปไหนบ้าง คงไปหลายที่ เห็นหมอบอกว่าไปในท้องและกระดูกขาซ้ายด้วย”

5. ผู้วิจัยจะช่วยเหลือความสะอาดหลังการขับถ่ายให้แต่ผู้ป่วยบอกว่าขอให้ญาติเป็นคนเช็ดทำความสะอาดให้แล้วเดี๋ยวค่อยช่วยเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป ญาติบอกว่า “ปกติก็ทำเอง บางครั้งกดออกเรียกหลายครั้งแต่พยาบาลก็ไม่มา บางที่ต้องเดินไปตาม โดยเฉพาะพยาบาลที่ดูแลวันนี้ หน้าบึ้ง พูดไม่มีหางเสียง เวลาจะทำอะไรให้ก็ไม่บอกทำให้ทำอะไร ไม่บอกรายละเอียด พยาบาลหลายคนก็ดูแลดี ส่วนผู้ช่วยพยาบาลดีเกือบทุกคน พยาบาลบางคนมาแต่เวลาให้ยา บางทีไปขอยาแก้ปวดก็ไม่ให้และไม่ค่อยบอกอะไร บอกแต่ว่ายังไม่ถึงเวลาให้ยาอีก ให้ทนไปก่อน มันปวดจะทนได้อย่างไร ไปบอกบ่อยๆ กลัวเขารำคาญและดูแลเราไม่ดี เลยตัดปัญหาจ้างคนมาช่วยอยู่เฝ้าตอนกลางคืน เป็นพนักงานทำความสะอาดที่ตึกนี้แหละ สลับกัน 2 คน ขนาดกลางวันพยาบาลก็ยังไม่ค่อยมาช่วย ถ้าเป็นกลางคืนก็ไม่กล้าปล่อยไว้ เพราะยายต้องกลับไปนอนเฝ้าบ้านตอนกลางคืน จริงๆ ไม่อยากให้ลูกรู้ว่าเขาป่วยเป็นอะไร ยายก็ยังไม่แน่ใจว่าเขารู้หรือยัง แต่คิดว่าเขารู้ในตัวเอง” ผู้ป่วยจึงพูดออกมาจากในมานานว่า รู้แล้วว่าเป็นอะไรแต่ไม่ต้องห่วงหรอก ห่วงแต่แม่ว่าจะอยู่อย่างไรถ้า...(ผู้ป่วยชื่อตัวเอง)เป็นอะไร

6. ผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมิน ESAS ประเมินก่อน พบปัญหาที่ต้องจัดการอย่างเร่งด่วนคือ ปวดระดับ 10 เหนื่อย อ่อนเพลียและไม่สบายกายไม่สบายใจระดับ 9 เบื่ออาหาร ระดับ 8 ท้องผูก ระดับ 7 ซึ่งญาติบอกว่า “ไม่ถ่ายมา 5 วัน เมื่อสักครู่ก็ถ่ายออกมานิดเดียว ก่อนหน้านี้บางทีมีถ่ายสีดำๆ มีถ่ายปนเลือด ซึ่งแพทย์รับทราบแล้ว แต่ไม่รู้เรื่องท้องผูกไม่ถ่ายแพทย์รู้หรือยัง” รู้สึกอึดอัดแน่นท้อง ฟังเสียงลำไส้ได้ 4 ครั้งต่อวันที่ เหนื่อยหอบและวิตกกังวลระดับ 6 ซึมเศร้าระดับ 5 ส่วนอาการอื่นๆ ต่ำกว่า 5 ซึ่งอาการปวดผู้ป่วยระบุว่าปวดบริเวณท้อง ท้วท้อง ปวดหนักๆ ตึง แต่จะปวดมากตรงท้องน้อยด้านซ้าย และปวดขาข้างซ้ายด้วย บางทีปวดมากจนยกไม่ได้ ยาที่ฉีดไปอาการปวดที่ขาไม่ค่อยดีขึ้น บางครั้งมีปวดซาๆ แสบๆ

7. ผู้วิจัยจึงประสานกับพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาที่ประเมินพบ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด การตามแผนการรักษาที่แพทย์มีคำสั่งไว้แล้วคือ มอร์ฟิน 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเวลาปวดห่างกันทุก 6 ชั่วโมง เวลาประมาณ 16.30 น. (ช่วงที่ไปประสานเป็นช่วงของเวรเข้าต่อเวรพยาบาลเวรเข้ากำลังส่งเวรและแจ้งว่าจะให้พยาบาลเวรจ่ายฉีดให้) พร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าแพทย์มีคำสั่งให้ยามอร์ฟินแก้ปวด สามารถขอได้เมื่อปวดแต่ต้องห่างกันทุก 6 ชั่วโมง การมีการปรับการให้ยาก็จะมีการแจ้งรายละเอียดอีกครั้งจากแพทย์หรือพยาบาล

8. ผู้วิจัยแจ้งผู้ป่วยและญาติว่าการทำแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ค่อยทำในช่วงที่ผู้ป่วยและญาติสะดวก ซึ่งผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดในการทำแบบประเมินให้เข้าใจ ซึ่งผู้ป่วยและญาติได้ทำแบบประเมินให้หลังจากที่ได้รับยาแก้ปวดแล้ว

9. ในช่วงที่รอพยาบาลมาฉีดยาแก้ปวด ผู้วิจัยจึงดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน cannula 5 ลิตรต่อนาที ซึ่งมีคำสั่งไว้แล้ว บางครั้งผู้ป่วยรำคาญจึงถอดออกและประเมินอาการพร้อมสอบถามผลที่เกิดขึ้นผู้ป่วยบอกว่า ก็ช่วยทำให้เหนื่อยน้อยลงได้ จึงอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าหากยังเหนื่อยหอบมากให้แจ้งพยาบาลเพราะจะมีออกซิเจนแบบหน้ากากที่จะช่วยให้ได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นและแนะนำการใช้พัดลมตัวเล็กเป่าอ้อมบริเวณปากกับจมูก ก็จะช่วยทำให้สบายขึ้นได้ ซึ่งญาติบอกว่าที่บ้านมี พุ้งนี้จะเอามา ผู้ป่วยจึงบอกว่าเหนื่อยก็เหนื่อย แต่ไม่เท่าปวด เวลาฉีดยาก็ช่วยบรรเทาได้ แต่ถ้าไม่บอก พยาบาลเขาก็ไม่ค่อยมาถาม บางทีไปบอกว่าปวด เขาก็บอกว่าเพิ่งฉีดยา ยังไม่ถึงเวลาฉีดยาอีก เราก็ต้องทนปวดไป ก็หงุดหงิด ถ้าคุณ(ชื่อเล่นผู้วิจัย)มาช่วยตรงนี้ได้ก็จะดีมาก ส่วนเรื่องอื่น ๆ ก็ขอให้ช่วยประสานถ้าช่วยได้ วันนี้ก็พอแค่นี้ก่อนก็ได้ ค่อยแวะกลับมาเอาแบบประเมินที่หลังคุณจะได้ไม่ต้องรอ

10. ผู้วิจัยจึงอธิบายระยะเวลาที่มาดูแล พร้อมอธิบายกิจกรรมคร่าวๆ หากสิ้นสุดการประเมินแล้วก็ยังตามดูแลต่อ และแจ้งผู้ป่วยและญาติว่า วันนี้จะประสานเกี่ยวกับการดูแลความปวด ท้องผูก อาหาร และปัญหาอื่น ๆ ที่ประเมินได้ ซึ่งต้องดูรายละเอียดตามแบบสอบถามอีกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยยินดีที่จะมีคนมาช่วยดูแลและคอยประสานงาน รับฟังปัญหาอย่างใกล้ชิด

11. ผู้วิจัยบอกช่องทางการติดต่อและนัดหมายการพบครั้งต่อไป ซึ่งผู้ป่วยและญาติสะดวกช่วงตั้งแต่ 10.00-17.00 น. จึงนัดหมายเวลา 11.00-12.00 น.ในวันที่ 2

12. ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลเจ้าของไข้ในเวรจ่าย เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งสอบถามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของหอผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลแจ้งว่าแล้วแต่แพทย์เจ้าของไข้ และใกล้สิ้นเดือนแล้วอาจจะต้องรูดก่อน ในแต่ละเดือนจะมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ที่ดูแล แต่จะรายงานแพทย์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและข้อมูลที่ได้รับจากผู้วิจัยไว้ก่อน ซึ่งข้อมูลที่ส่งต่อให้พยาบาลมีดังนี้

- การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองหรือการส่งปรึกษาแพทย์
เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลแบบประคับประคอง

- อาการปวดซึ่งจากการประเมินผู้ป่วยบอกว่าหลังฉีดยาแก้ปวดอยู่ได้ไม่ถึง 6 ชั่วโมง
ก็ปวดอีก ประมาณ 4-5 ชั่วโมงจะเริ่มปวดอีกและปวดแรงขึ้นเรื่อยๆ อาการปวดที่ขาผู้ป่วยบอกว่ายาที่
ฉีดไม่ค่อยช่วยลดอาการปวดที่ขา บางครั้งมีอาการปวดขาๆ แสบๆ (อาการปวดอาจจะเกิดจาก
มะเร็งที่แพร่กระจายไปที่กระดูกรวมทั้งอาจมีอาการปวดที่ปลายประสาทจากการถูกกดทับ)

- ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยมากเพราะมีแผลในปาก เจ็บเวลากลิ่น
รับประทานโจ๊กได้ประมาณ 2-3 คำ ดื่มนมเอนซัวร์ที่ชงเองพอได้ ญาติขอให้พิจารณาปรับเปลี่ยน
อาหารเป็นนมทุกมื้อ ส่วนอาหารว่างที่เป็นนมผู้ป่วยและญาติพึงพอใจที่จัดมา ผู้วิจัยจึงขอเบิกน้ำเกลือ
ให้ผู้ป่วยอมบ้วนปากและพยาบาลรายงานแพทย์เรื่องการให้ยาทาแผลในปาก

- ผู้ป่วยท้องผูก ถ่ายออกน้อย รู้สึกถ่ายไม่หมดเหมือนมีก้อนอุจจาระ (ในแผ่นบันทึก
สัญญาณชีพมีการบันทึกว่าผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทุกวัน ซึ่งจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติบอกว่าถ่าย
จริงแต่ถ่ายออกน้อย บางครั้งก้อนเหนียว ๆ เท่าปลายนิ้ว บางทีออกมาเป็นลมและน้ำๆ แต่หลังถ่ายก็
ไม่สบายท้อง เป็นมาประมาณ 5 วัน)

- เรื่องการช่วยพลิกตะแคงตัวเวลาขับถ่ายและการช่วยดูแลทำความสะอาด ถึงแม้จะมี
มีคนดูแลที่ถูกจ้างมาแต่ผู้ป่วยรูปร่างท้วม จะพลิกตัวลำบาก ช่วยพลิกตัวเองได้บางครั้ง แต่ถ้าเวลาปวด
ขามากๆ ก็จะไม่พลิกตะแคงเองไม่ได้ และในตอนกลางวัน มารดาเป็นผู้สูงอายุและตัวเล็กผอมบาง ทำให้
บางครั้งการพลิกตัวและทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยต้องการให้มีคนช่วย หากได้ยินเสียงขออดขอให้
ไปช่วยดูแล ซึ่งมีการทดสอบถอดถอด ปรากฏว่าถอดไม่ตั้ง

13. ผู้วิจัยรับแบบสอบถามจากผู้ป่วยและญาติและอธิบายให้เข้าใจว่าปัญหาทุกอย่าง
ได้รายงานพยาบาลแล้ว และถอดที่ไม่ตั้งจะมีการแก้ไข ในช่วงนี้ที่รอหากมีปัญหาให้แจ้งเวลาที่ผู้ช่วย
พยาบาลไปวัดสัญญาณชีพหรือเวลาที่พยาบาลไปดูดูแลให้ยาหรือถ้าเร่งด่วนให้เดินไปแจ้งที่เคาน์เตอร์
พยาบาล

ครั้งที่ 2

1. ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าหอผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่ง
ที่อาจทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งญาติเป็นคนให้ข้อมูล ดังนี้

- บางครั้งเวลาปวดแล้วไปบอกพยาบาล พยาบาลแจ้งว่ายังไม่ถึงเวลาฉีดยา ให้ทนไป
ก่อน ซึ่งผู้ป่วยทรมาณกับอาการปวด ไม่ควรต้องให้ทน

- มีพยาบาลบางคนเวลามาดูแลไม่ยิ้มแย้ม พูดห้วนๆ ทำให้เสีรี่ๆ ไป เหมือนเรามา
เป็นภาระเขา รู้สึกไม่สบายใจ

- มีการถามคำถามซ้ำ ๆ จากแพทย์และนักศึกษาแพทย์ แต่ละคนมาไม่พร้อมกัน มาถามแล้วก็ไป ไม่ค่อยอธิบาย รู้สึกเบื่อและเหนื่อย เหมือนมาเอาแต่ข้อมูลไปศึกษา

- ไม่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับยาต่าง ๆ ว่าฉีดเพื่ออะไร ต้องฉีดเมื่อไหร่บ้าง

- ก่อนหน้านี้ไม่รู้ระยะของโรค หมอให้ความหวังการรักษา ชวนให้รักษา ยาเคมีแบบมุ่งเป้า 4 ครั้ง รู้สึกผิดหวังกับการรักษา หมอคนที่สั่งให้ยาแพงๆ ไม่สนใจมาดูแลและไม่เคยพูดอะไรเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่ได้ผล มารู้ทีหลังว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 4 ระยะสุดท้ายแล้ว ถ้ารู้แบบนี้จะไม่รักษา มุ่งเป้า รู้สึกโกรธหมอ (ชื่อหมอ) มาก เป็นอะไรก็อยากรู้ความจริง ไม่อยากหวังลมๆ แล้งๆ

2. ประสานกับพยาบาลเจ้าของไข้และสอบถามถึงปัญหาของผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไว้เมื่อวานพร้อมขออนุญาตดูชาร์ตผู้ป่วย ซึ่งได้รับข้อมูลดังนี้

- แพทย์มีการพูดคุยกันถึงการดูแลแบบประคับประคองและการส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลแบบประคับประคองแต่ยังไม่มีกรเขียนเป็นคำสั่งไว้ในชาร์ต อาจต้องรอแพทย์ทีมใหม่ที่จะเปลี่ยนมาดูแลในวันที่ 1 มิถุนายน 2561 ซึ่งแพทย์มีการแจ้งรายละเอียดให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ชัดเจนว่าเป็นการรักษาตามอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีวิธีการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โรคอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และจะส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ทีมใหม่ที่จะมาดูแลต่อ

- มีการปรับยาแก้ปวด จากมอร์ฟิน 3 มิลลิกรัมให้ทางหลอดเลือดดำเวลาปวดห่างกันทุก 6 ชั่วโมง เป็นห่างกันทุก 4 ชั่วโมง ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม 2562 ช่วงเวรบ่าย ส่วนยาแก้ปวดอื่น ที่จะช่วยอาการปวดของกระดูกและกล้ามเนื้อซึ่งเป็นยากลุ่ม NSAID แพทย์ไม่ได้สั่งให้เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร

- อาหารที่เบิกให้ยังคงเป็นโจ๊ก แต่มีการปั่นให้ละเอียดกว่าเดิมและเบิกรวมเพิ่มให้ทุกมื้อ มีน้ำเกลือสำหรับให้ผู้ป่วยอมบ้วนปากและมียาสำหรับทาแผลในปาก

- มียาระบายมะขามแขก (senokot 2 เม็ด ก่อนนอนทุกวัน ไม่ให้สวนหรือล้วงอุจจาระเพราะเสี่ยงต่อการมีเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนล่าง

- มีการแก้ไขออกให้ใช้งานได้ มีพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเข้าไปช่วยดูแลบ่อยครั้งขึ้น

3. ผู้วิจัยจึงอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลที่มีการปรับเปลี่ยนพร้อมทั้งเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก บอกเล่าปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเตรียมตัวในการวางแผนในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าหากมีการดูแลที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นก็ไม่กังวลอะไร เพราะแพทย์ได้บอกรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค แต่ตอนนี้ก็ยังรู้สึกว่าอาการปวดก็ไม่ได้หายไป ยาแก้ปวดก็ช่วยได้บ้าง เมื่อหมดฤทธิ์ก็ปวดอีก มอร์ฟินเคยได้รับตอนหลังผ่าตัดครั้งก่อน ตอนนั้นปวดแผล พอได้ยามอร์ฟิน อาการปวดก็จะหายไปเลย

ซึ่งต่างจากครั้งนี้ แต่ก็พอเข้าใจ เพราะโรคยังอยู่ที่เลยปวด สิ่งที่ยากได้รับการดูแลก็คือขอให้ช่วยให้ไม่ทรมาณมาก หากจะไปก็อยากไปแบบไม่ทรมาณ ขอไม่ป้มหัวใจ ไม่ใส่ท่อ ส่วนตัวเอง ถึงจะกลัวแต่ก็ไม่กังวลอะไรขอแต่ไม่ทรมาณ แต่ที่ห่วงคือมารดาที่จะไม่มีผู้ดูแล

4. เนื่องจากในวันแรก ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความปวดและไม่สบายทางกาย ได้ดำเนินการดูแลช่วยเหลือตามปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงยังไม่ได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับรายละเอียดในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยและญาติบอกว่า ไม่สะดวกในการอ่านคู่มือ จึงอธิบายให้ทราบถึงแนวทางการดูแลตามโปรแกรมการดูแลและระยะท้ายให้ครอบคลุมพร้อมดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้นดังนี้

1) ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด

- ผู้วิจัยสอบถามและแลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดและวิธีการลดความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้และได้ผล ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า ถ้าปวดเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ ก็จะได้รับประทานยาพาราเซตามอล ส่วนปวดประจำเดือนจะรับประทานยาพอนสแตน ที่ปวดมากๆ ตอนผ่าตัด ก็ได้ฉีดยามอร์ฟินและก็มีจะนอนนิ่ง ๆ นอนฟังเสียงจากทีวี จนนอนหลับไปเลย ในช่วงปวด ไม่ชอบทำอย่างอื่น ซึ่งเมื่ออยู่โรงพยาบาลญาติผู้ป่วยก็จะเปิดทีวีเสียงเบาๆ ไว้ตลอดยกเว้นตอนกลางคืนดึกๆ ที่ผู้ป่วยหลับแล้ว จะบอกให้ผู้ดูแลที่จ้างมาปิดทีวี เพราะกลัวรบกวนผู้ป่วยอื่น

- ผู้ป่วยและญาติบอกว่าพึงพอใจการดูแลการปวดที่มีการปรับเปลี่ยนใหม่ แต่อยากให้มีการให้ยาลดอาการปวดอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่รอให้ผู้ป่วยปวดแล้วไปบอก เพราะกว่าพยาบาลจะมาฉีดยา กว่าจะออกฤทธิ์ ก็ต้องทนกับการปวดเหมือนเดิมแม้จะไม่ต้องทนปวดนานเหมือนเดิมก็ไม่อยากปวด

2) ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย

- ผู้ป่วยได้รับการช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อผู้ป่วยต้องการมีพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลมาคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น ยกเว้นการดูแลขณะขับถ่ายที่ผู้ป่วยจะให้ญาติหรือผู้ดูแลที่จ้างมาช่วยล้างทำความสะอาดให้เพราะมีความคุ้นชินมากกว่า เนื่องจากมี 1 คนที่เคยดูแลตั้งแต่การผ่าตัดครั้งที่ผ่านมา ผู้ดูแลที่จ้างมา มี 2 คน สลับกันเฝ้าแต่ละวันในตอนกลางคืน

- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา แต่บางครั้งที่ไม่เหนื่อยมาก ผู้ป่วยก็ถอดออกจากรูจมูกเอง และถ้ารู้สึกเหนื่อยเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะจับใส่จมูกเอง และนอนหลับพักผ่อนฟังเสียงทีวีที่เป็นรายการข่าว

- ผู้วิจัยสอนการหายใจให้หายใจเข้าทางจมูกรับ 1 และ 2 ในใจ หายใจออกโดยค่อยเป่าลมหายใจออกทางปากพร้อม นับ 1 และ 2 และ 3 และ 4 ในใจ ซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติตามบอกว่ารู้สึกหายใจอึดและผ่อนคลายมากขึ้น ส่วนการใช้พัดลมตัวเล็กเป่าบริเวณใบหน้ารอบๆ จมูกเหนือริมฝีปากบนโดยห่างประมาณ 15 เซ็นติเมตร ผู้ป่วยบอกว่า เมื่อยมือที่ต้องถือพัดลม จึงแนะนำ

ให้หาบริเวณวางให้ลมเป่ามาตรงบริเวณปากและจมูก เช่น ถ้านอนหงายก็วางตรงบริเวณหน้าท้องแถวสะดือ ปรับให้ลมพัดให้ตรงตำแหน่งที่ต้องการ ผู้ป่วยใช้สลับกับการสูดดมออกซิเจน มีการจัดท่าเป็น semi และ low fowler's position เนื่องจากผู้ป่วยสุขสบายในท่านี้ ไม่ชอบศีรษะสูงมาก เพราะไม่ผ่อนคลายตรงท้อง

- กิจกรรมผ่อนคลายที่ผู้ป่วยชอบ คือ การนอนฟังทีวี การมีคนมานั่งคุยกัน ไม่รำคาญ เพราะมีเพื่อนตลอดเวลาแต่อย่าหัวเราะหรือส่งเสียงดังมาก

- ผู้ป่วยมีการถ่ายอุจจาระออกมามากกว่าทุกวัน ลักษณะเหนียว แข็ง ถ่ายยากแต่ผู้ป่วยบอกว่ายังรู้สึกว่ายถ่ายไม่หมด แต่ก็สุขสบายขึ้น แนะนำให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้นและพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงและสามารถดื่มนมเปรี้ยวร่วมด้วย เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการขับถ่าย

3) ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี

- ผู้ป่วยและญาติได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับโรค อาการและแนวทางการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ไปว่าหากหยุดหายใจไม่ขอปั๊มหัวใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ขอไม่ทรมาณก็พอแต่ยังไม่มีการเซ็นตีใบปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ (ที่หอผู้ป่วยไม่มีใบแสดงเจตนาการรักษาล่วงหน้า)

- ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการได้รับยาบรรเทาปวดว่าหากมีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น ก็จะมีการปรับให้เหมาะกับระดับความเจ็บปวด และเมื่อเริ่มเดือนใหม่ จะมีการเปลี่ยนแพทย์ที่ดูแลใหม่แต่จะมีการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

- ในการพูดคุยเกี่ยวกับอาการ การรักษาหรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย มีการพูดคุยต่อหน้าผู้ป่วยให้ได้ยินด้วย ร่วมในการรับฟังและร่วมตัดสินใจทุกครั้ง ไม่คุยลับหลังและไม่คุยกันเสียงดังเกินไป

- พยาบาลมีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง อธิบายให้ผู้ป่วยฟังเกี่ยวกับการให้ยาแต่ละชนิด หน้าตาเข็มแฉับเมื่อมาดูแล ซึ่งปกติทีมพยาบาลจะมีทำที่เป็นมิตรในการดูแล ยกเว้นมีเพียงบางคนที่ไม่ค่อยพูด ไม่ยิ้มแฉับและพูดห้วน ๆ ซึ่งมีการปรับปรุงตัวและยิ้มเพิ่มขึ้นแต่ยังคงพูดน้อย ไม่ได้คุยกับผู้ป่วยเรื่องอื่นนอกจากบอกเกี่ยวกับยาที่นำมาให้

- สิ่งที่ผู้ป่วยอยากให้ทำคือ การนำสิ่งของที่ผู้ป่วยซื้อไว้และตั้งใจจะนำไปบริจาคให้กับสถานที่ต่างๆ แต่ไม่ทันได้นำไปเนื่องจากป่วยก่อน เช่น ผ้านอนามัย เสื้อผ้า เป็นต้น และจัดการขายหรือแจกจ่ายชู้ก้า ไกเดอร์หรือกระรอกบิน ซึ่งเป็นสัตว์ที่ผู้ป่วยเคยเลี้ยงและเพาะพันธุ์ไว้ขาย เพราะกลัวเป็นภาระของมารดา ซึ่งมารดาของผู้ป่วยจะจัดการให้

4) ด้านการอยู่ในความสงบ

- ผู้ป่วยและญาติบอกว่าหลังจากได้รับทราบแนวทางที่ชัดเจนก็ทำให้โล่งใจขึ้นว่าจะมีแนวทางการดูแลอย่างไร แต่ญาติและผู้ป่วยก็ยังคงกลัว ไม่อยากจากกัน แต่ก็ต้องยอมรับธรรมชาติ

- ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการฟังเสียงสวดมนต์ตลอดเวลา ปกติก็ทำบุญไหว้พระ มีการสวดมนต์บ้าง แต่ไม่ชอบฟังตลอดเวลา มีการเปิดฟังเสียงสวดมนต์และบรรยายธรรมจากทีวี ในช่วงเช้ามีด แต่ญาติมีการอ่านหนังสือธรรมะทั้งที่มีของตนเองและหนังสือที่ผู้วิจัยนำไปให้ ญาติมีการไปทำบุญใส่บาตรโดยนำของที่จะไปถวายพระมาให้ผู้ป่วยจับยกเหนือหัวและอธิษฐานก่อน

- ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น รู้สึกสบายและผ่อนคลายมากขึ้น พูดคุยกับผู้วิจัย มารดาและญาติโดยบอกความต้องการของตนเอง

5) ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน

- เปิดโอกาสให้ญาติและบุคคลสำคัญของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพลิกตะแคงตัว การดูแลการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น

- ญาติผู้ป่วยมีการพูดคุยกับผู้วิจัยทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการจากไปของผู้ป่วย บางครั้งมีการร้องไห้และบอกว่าจะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด จะไปอยู่ด้วยให้มากที่สุด ยกเว้นช่วงกลางคืนเพราะห่วงบ้านและสัตว์เลี้ยง

- มีเพื่อนบ้านของผู้ป่วยมาเยี่ยม ซึ่งเป็นเพื่อนบ้านที่สนิทกันมาก คอยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อนบ้านได้บอกผู้ป่วยว่าจะคอยดูแลมารดาให้ผู้ป่วยและช่วยเหลือทุกอย่างเต็มที่ ส่วนการเดินทางไปทำธุระในที่ต่างๆ ที่ ไกลบ้าน ก็จะเรียกแท็กซี่คันที่เคยรับ-ส่งประจำผู้ป่วยประจำ ตอนผู้ป่วยไปทำงานให้เป็นคนพาไป เนื่องจากสนิทกันกับผู้ป่วยและมารดาและใช้บริการมาหลายปี

- ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลเจ้าของไข้ เรื่อง การตัดสินใจไม่ขอรับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหยุดหายใจ เนื่องจากจะมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ที่ดูแล เพื่อให้มีการดูแลต่อเนื่องและทำตามเจตนาของผู้ป่วย แพทย์ที่จะมาดูแลต่อเนื่องควรมีการพูดคุยอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่แน่นอนชัดเจนและมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

4. ญาติผู้ป่วยนัดหมายให้มาในช่วงเย็นประมาณ 16.00-17.00 น.ในวันถัดไป เพราะช่วงกลางวันผู้ป่วยจะนอนพักผ่อน และบางครั้งญาติจะมาช่วงบ่าย จนถึงช่วงเวลาประมาณ 16.00-17.00 น. ญาติจะอยู่ตลอดเวลาและกลับบ้านในเวลาประมาณ 18.00 น.

ครั้งที่ 3

1. เป้าหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในช่วงเวลาที่เหลืออยู่คือ ต้องการได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความสุขสบาย มีคนมาช่วยพลิกตะแคงตัวและทำกิจวัตรประจำวัน เพราะมารดาหรือคนดูแลที่จ้างมาทำคนเกียวกไม่ได้ ซึ่งปัจจุบันทีมพยาบาลมีการช่วยดูแลดีขึ้น มาช่วยอาบน้ำให้ มาช่วยพลิกตะแคงตัวตามเวลาหรือเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ เวลาที่พยาบาลมาให้การดูแลหรือเวลาที่ผู้ช่วยพยาบาลมาวัดสัญญาณชีพ มีการพูดคุยสอบถามความเป็นอยู่เพิ่มมากขึ้น ต้องการลดอาการปวด ซึ่งผู้ป่วยต้องการให้มียาที่ลดปวดที่สามารถลดปวดได้ตลอดเวลา ไม่ต้องรอให้ปวดแล้วค่อยไปขอ ซึ่งญาติบอกว่า วันนี้มีแพทย์ที่ไม่เคยเห็นหน้ามาตรวจ แต่ไม่ได้บอกว่าเป็นแพทย์ที่เปลี่ยนมาดูแลใหม่ ซึ่งผู้ป่วยและญาติคิดว่าน่าจะเป็นทีมแพทย์ทีมใหม่ เพราะผู้วิจัยและพยาบาลที่หอบผู้ป่วยเคยแจ้งไว้ ยังไม่มีโอกาสได้บอกหมอเรื่องยาแก้ปวดที่อยากได้ เพราะส่วนใหญ่หมอมามในสิ่งที่อยากรู้ ก็เข้าใจ หมอ

2. ผู้วิจัยแนะนำผู้ป่วยและญาติว่า หากใกล้ครบ 4 ชั่วโมงและรู้สึกเริ่มปวดให้รีบแจ้งพยาบาล โดยไม่ต้องรอให้ปวดมากจนทนไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า จริง ๆ อาการปวดท้องและ ปวดทั่วร่างกายอื่นๆ ก็ทุเลาลงมาก เพียงแต่บริเวณขาซ้ายที่เหมือนปวดๆ ซากๆ แสบๆ เรื้อย ๆ และประสานกับพยาบาลเจ้าของไข้ในเวร เรื่อง การบริหารความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทรมาณในช่วงรอยต่อในการให้ยา และอาการปวดขาบริเวณขาซ้าย

3. ผู้ป่วยพูดคุยและบอกปัญหากับผู้วิจัยมากขึ้น แต่ถ้าหากผู้ป่วยจะนอนพักผ่อนหรือเหนื่อย ก็จะบอกว่าเหนื่อยและขอพัก ผู้วิจัยก็จะนั่งเป็นเพื่อนร่วมกับมารดาของผู้ป่วย

4. ผู้วิจัยประสานให้พยาบาลเจ้าของไข้มาอธิบายให้ผู้ป่วยและมารดาทราบว่า วันนี้มีการเปลี่ยนทีมแพทย์ดูแลใหม่ แต่แพทย์เจ้าของไข้ที่เป็นอาจารย์แพทย์ยังเป็นคนเดิม และวันนี้แพทย์ที่เปลี่ยนทีมกำลังดูข้อมูลเพื่อวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลจะรายงานทีมแพทย์ที่เปลี่ยนมาดูแลใหม่เรื่อง การแก้ไขความปวดตามที่ต้องการ พร้อมทั้งการส่งปรึกษาแพทย์ที่ดูแลแบบประคับประคอง

ครั้งที่ 4

1. ผู้ป่วยมีอาการคันเพราะผิวแห้งและชอบการอาบน้ำอุ่น แนะนำมารดาของผู้ป่วยในการอาบน้ำ หากเป็นน้ำอุ่น ให้หยดเบบี้ออยในน้ำที่อาบน้ำและทาครีมหรือโลชั่นให้หลังอาบน้ำ พร้อมจะดูแลตัดเล็บให้ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าเกรงใจ จะรอให้คนดูแลที่จ้างไว้ตัดให้ตอนเย็น

2. การดูแลด้านอื่น ๆ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ แต่ก็อยากให้ผู้ดูแลเรื่องความปวดที่อยากให้มียาแก้ปวดตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยได้ประสานกับพยาบาลในการแก้ไขปัญหาด้านนี้ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้แจ้งว่าจะรายงานแพทย์ให้

3. ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ผู้วิจัยดูแลบางกิจกรรม บอกว่าเกรงใจ เช่น การล้างทำความสะอาดหลังขับถ่าย การตัดเล็บ การช่วยเช็ดตัว เป็นต้น แต่ในบางกิจกรรมผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธและยินยอมให้ช่วยเหลือ เช่น การช่วยนำน้ำเกลือมาให้บ้วนปาก การดูแลให้ดื่มนมและน้ำ การช่วยพลิกตะแคงตัว การจัดทำและการเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

ครั้งที่ 5

1. ผู้วิจัยสอบถามความต้องการ การช่วยเหลือเพิ่มเติมจากสิ่งที่ได้รับตามโปรแกรม และสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยพึงพอใจในการดูแลทุกๆ ไป และแพทย์เจ้าของไข้ มีการปรับเปลี่ยนการให้ยามอร์ฟินจากการฉีด 3 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมงเมื่อปวด เป็นให้ตามเวลาทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยาตามเวลาไม่ต้องไปแจ้งพยาบาล

2. ผู้ป่วยบอกมารดาเกี่ยวกับประกันชีวิตที่ทำไว้หลายกรมธรรม์ โดยเฉพาะที่ทำไว้กับธนาคารที่ผู้ป่วยทำงานอยู่ ซึ่งหัวหน้าจะเป็นผู้ดำเนินการติดตามให้ ส่วนกรมธรรม์บริษัทอื่น ๆ ให้โทรศัพท์ไปแจ้ง ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่อยู่ในกรมธรรม์ ที่เก็บไว้บ้าน มีกรมธรรม์อื่น ๆ ที่สูญหายตอนน้ำท่วม ปี พ.ศ. 2554 แต่มีการส่งเบี้ยประกันอย่างต่อเนื่อง ให้โทรศัพท์ไปแจ้งว่าจะดำเนินการอย่างไรต่อ สัตว์เลี้ยงพวกชูการ์ โกเดอร์ ก็ให้ขายให้กับคนที่เคยมารับซื้อไปขายต่อ ส่วนรถยนต์ของผู้ป่วยแล้วแต่มารดาจะดำเนินการ อาจจะขายเพื่อนำเงินมาใช้

3. ผู้ป่วยบอกว่าหากเป็นไปได้ก็อยากกลับบ้าน แต่ต้องมีคนช่วยมารดาดูแล ซึ่งมารดาผู้ป่วยขอให้ผู้วิจัยช่วยติดต่อศูนย์ดูแลต่าง ๆ ที่ส่งคนออกมาดูแลผู้ป่วยตามบ้าน ผู้วิจัยจึงประสานและขอข้อมูลการทำงานของพนักงานบริบาลไว้เพื่อให้ผู้ป่วยและมารดาตัดสินใจเลือกอีกครั้ง

4. ในขณะที่ไปเยี่ยม หากพบว่าผู้ป่วยและมารดากำลังพูดคุยหรือทำกิจกรรมด้วยกัน จะเปิดโอกาสให้มีเวลาส่วนตัวอยู่ด้วยกัน จะไม่รบกวน เพื่อให้มีโอกาสบอกความในใจต่อกัน ซึ่งจากการสังเกตพบว่า มารดาของผู้ป่วยจะบอกว่ารักผู้ป่วยบ่อย ๆ และบอกว่ามีความสุขที่ได้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยก็จะกล่าวขอโทษมารดา ที่เคยดื้อและเคยเถียงมารดาในบางครั้ง มารดาของผู้ป่วยบอกว่าภาคภูมิใจในตัวลูกที่ทำงานส่งตัวเองจนเรียนจบปริญญาโทมหาวิทยาลัยศรีปทุมและมีหน้าที่การงานที่ดี เป็นที่รักของเพื่อนร่วมงาน และขยันทำงาน เพราะวันหยุดจะไปขายของที่สวนจตุจักร หารายได้เพิ่มเพื่อไม่ให้มารดาลำบาก

ครั้งที่ 6

1. แพทย์เจ้าของไข้มีการเขียนใบส่งปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าจะมีแพทย์ที่มาดูแลจัดการอาการปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในช่วงเวลานี้ เป็นแพทย์ที่ดูแลแบบประคับประคองแพทย์จะมีการให้ยาและดูแลได้ตรงตามปัญหา

ของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นและอาจจะมีการพูดคุยวางแผนในการเตรียมการต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เตรียมการในการตัดสินใจเมื่อพบแพทย์ระดับประคอง เช่น สถานที่เสียชีวิต การแสดงเจตนาในการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพซึ่งต้องมีการเซ็นต์เอกสาร สิ่งที่ต้องการอยากให้คนอื่นทำให้ เป็นต้น

2. มีเพื่อนร่วมงานของผู้ป่วยจากธนาคารที่ผู้ป่วยทำงานอยู่มาเยี่ยม 3 คน ซึ่งก่อนที่จะเข้าเยี่ยมผู้วิจัยประเมินเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งเพื่อนร่วมงานบอกว่าทราบว่าเป็นมะเร็ง อาการค่อนข้างหนัก แต่ไม่ทราบรายละเอียดมากกว่านั้น เพราะพยาบาลที่เคาน์เตอร์แจ้งว่าให้ถามผู้ป่วยและญาติเอง แต่คิดว่าคงหนักกว่าครั้งก่อน ผู้วิจัยจึงขอให้มารดาผู้ป่วยช่วยแจ้งให้เพื่อนร่วมงานทราบเกี่ยวกับอาการป่วย แต่มารดาของผู้ป่วยอนุญาตให้ผู้วิจัยอธิบายแทน เพราะไม่อยากพูดถึงเรื่องนี้บ่อย

จากนั้นผู้วิจัยจึงเตรียมการปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยม และคำพูดบางคำที่อาจจะไม่เหมาะสมที่จะพูด เช่น สู้อะ เดียวก็หาย เป็นต้น อาจจะถามอาการทั่วไป หรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และผู้วิจัยขอให้เพื่อนร่วมงานของผู้ป่วยช่วยอธิบายให้มารดาของผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการขอรับกรรมธรรม์ ซึ่งเพื่อนผู้ป่วยได้แจ้งให้ผู้ป่วยและมารดาทราบว่า จะช่วยดูแลให้รวมทั้งกรรมธรรม์บริษัทอื่น ๆ ด้วยจะช่วยประสานให้ทุกอย่าง ซึ่งในขณะที่พูดคุยกัน ผู้ป่วยมีรอยยิ้มเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถามถึงการทำงานในหน้าที่ของตนเอง เนื่องจากเป็นห่วงกังวลงานเซงัก (ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน) เพื่อนร่วมงานจึงบอกว่า ลูกน้องในแผนกของผู้ป่วยช่วยกันทำเป็นอย่างดี ไม่ต้องเป็นห่วง

4. ผู้ป่วยและและมารดา บอกว่าหากมีการดูแลที่ตรงตามปัญหา ก็จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อยากให้แพทย์ พยาบาล สนใจดูแลผู้ป่วยตามที่เขาต้องการ ไม่ใช่ตามความต้องการของผู้รักษาอย่างเดียวต้องถามผู้ป่วยด้วย ที่ผ่านมาก็ได้รับการดูแลค่อนข้างดี แต่กว่าจะตรงตามความต้องการก็ใช้เวลาพอสมควร

5. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยและผู้ดูแลในครั้งต่อไป ซึ่งผู้ป่วยและญาติยินดีที่มีคนมาดูแลเพิ่มขึ้น คอยช่วยประสานงานและแก้ปัญหาให้

ครั้งที่ 7

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ดูแลแบบประคับประคอง มีการปรับเปลี่ยนการให้ยามอร์ฟินจากการฉีด 3 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมงเป็น Morphine 1:5 ให้หยดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง 5 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และ Gabapentin 300 มิลลิกรัม 3 เวลาหลังอาหาร และมารดาของผู้ป่วยบอกว่ายากเลิกการหาพนักงานบริษัทไปดูแลที่บ้าน เนื่องจากมีการ

วางแผนและพูดคุยกันกับแพทย์ประจำประคองว่าจะอยู่ที่โรงพยาบาลต่อไป เพราะผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาลเนื่องจากกลัวมารดาลำบากในการดูแล

2. ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้นมากไม่ค่อยปวดเพราะมียาให้ตลอดเวลา แต่อาจจะง่วงนอนมากขึ้น แต่ไม่ปวดแล้ว เพียงแต่รู้สึกตัวหนักๆ พลิกตัวเองได้ยากขึ้น พลิกได้แค่ครึ่งตัว ขาซ้ายปวดน้อยลงแต่ยังรู้สึกหนักๆ ตื้อๆ บ้าง ต้องมีคนช่วยพลิกตัว ยังสามารถจับแก้วใส่นมและหลอดดูดนมได้ ไม่ค่อยหิวแต่พอดื่มได้ ไม่อาเจียน ซึ่งผู้ป่วยดูคนมาจากแก้วได้ที่ละน้อย อาการเจ็บในปากลดลงและนอนหลับมากขึ้น

3. ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงการยุติในโครงการวิจัยและขอให้ตอบแบบสอบถามให้แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ส่วนการดูแลจากทางโรงพยาบาลก็จะได้รับเหมือนเดิม หากมีปัญหาหรือความต้องการเพิ่มขึ้นให้แจ้งแพทย์และพยาบาลที่ดูแล ผู้ป่วยและมารดาเข้าใจและยินดีตอบแบบสอบถามให้ โดยบอกให้ผู้วิจัยกลับมารับแบบสอบถามในตอนค่ำๆ ผู้วิจัยบอกช่องทางติดต่ออีกครั้ง และบอกว่าจะมาเยี่ยมจนกว่าผู้ป่วยจะกลับบ้านพร้อมกล่าวขอบคุณ

4. ประเมิน PPS ได้ 40 เปอร์เซ็นต์ ประเมิน ESAS ไม่มีอาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลียลดลงจาก ระดับ 9 เหลือระดับ 5 อาการไม่สบายกายไม่สบายใจลดลงจากระดับ 9 เหลือระดับ 3 เบื่ออาหาร จากระดับ 8 เหลือระดับ 5 ท้องผูกจากระดับ 7 เหลือระดับ 5 ส่วนอาการอื่นๆ ลดลงต่ำกว่า 5 อาการง่วงซึมประเมินระดับ 4 เท่าเดิม แต่ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกง่วงนอนมากขึ้นกว่าตอนที่ได้ยาฉีดแก้ปวดเป็นครั้งแรก

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวพัชรรัตน์ อันสีแก้ว
วัน เดือน ปีเกิด	20 เมษายน 2517
วุฒิการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลศรี มหาสารคาม พ.ศ. 2539
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ประสบการณ์ทำงาน	กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ (พ.ศ.2539-2544) กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (พ.ศ.2545-2547) กลุ่มวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ (พ.ศ.2548-2560) กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (2561-ปัจจุบัน)