

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยส่งผลให้มนุษย์มีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2553) พบว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี ของประชากรไทย เพิ่มขึ้นจากปี 2549 โดยชายเพิ่มขึ้นจาก 19.1 ปี เป็น 19.4 ปี ในปี 2552 และหญิงเพิ่มขึ้นจาก 21.5 ปี เป็น 21.9 ปี ในปี 2552 ส่งผลให้เกิดภาวะประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.6 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 11.5 ในปี 2552 การเพิ่มขนาดของประชากรผู้สูงอายุนี้เองทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสนใจในประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย ประกอบกับการสัมผัสกับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลายโรคเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้มากกว่าวัยอื่น จากข้อมูลในต่างประเทศพบว่า โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกในปี 2007 ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอัลไซเมอร์ และโรคเบาหวาน (Heron, 2011) สำหรับประเทศไทยพบลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 5 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม-ปวดข้อ และโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2551) ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา และนับเป็นสาเหตุการตายในระดับต้นๆ ของประชากรไทยในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน มีอาการ อาการแสดงที่ไม่แน่นอนและไม่สามารถระบุระยะเวลาของการเกิดโรคได้ เป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย แต่อาจทำให้บรรเทาหรือสงบลงได้ ซึ่งอาจมีความรุนแรงและมีการกำเริบของโรคเป็นระยะ เป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆ และถาวร ต้องการการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 3 เดือนหรือชั่วชีวิต (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ทั้งนี้ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

นอกจากมีการดำเนินโรคดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุเดิมร่วมด้วย ทำให้ความรุนแรงของอาการที่กำเริบเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเกิดโรคมามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยอื่น โดยโรคเรื้อรังจะดำเนินต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะท้ายของโรคและเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตในที่สุด ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายมีความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะต่างๆ เป็นอย่างมาก จนไม่สามารถฟื้นตัวได้อีกและเสียชีวิตในที่สุด (Amella, 2003; Lynn & Adamson, 2003)

ทั้งนี้จากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นตามสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้มีมากขึ้น โดยมีรูปแบบการดูแลในลักษณะการดูแลระยะยาวที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองได้ และเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตก็ได้รับการดูแลให้มีความสุขสบายมากที่สุดและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลระยะยาวและการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จึงเป็นบริการด้านสุขภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง และบริการนั้นต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพจึงจะสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้การดูแลในวาระสุดท้ายนั้นเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องมาจากการดูแลระยะสุดท้าย โดยการดูแลระยะสุดท้ายจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค โดยมีการดูแลแบบผสมผสานกันระหว่างการดูแลรักษาโรค ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง จนกระทั่งการเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการใดอีก และถือเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะที่บุคลากรสุขภาพต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายอย่างดี รวมไปถึงต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

แนวคิดของการดูแลในวาระสุดท้ายที่ใช้ในปัจจุบันเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ที่ให้ความสำคัญกับการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย (World Health Organization [WHO], 2005) ซึ่งพบว่า ด้านร่างกายผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจะมีความทุกข์ทรมานจากการดำเนินของโรค โดยจะมีอาการต่างๆเกิดขึ้นซึ่งจะแตกต่างกันไปตามโรคที่เป็น อาการที่มักพบในผู้ป่วยได้แก่ อาการเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อ่อนล้า ความอยากอาหารลดลง และมีอาการบวมของอวัยวะต่างๆ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง (Goodridge, 2006) สำหรับด้านจิตใจ จากการศึกษาของ แกรดเนอร์ และแกรมเมอร์ (Gradner & Kramer, 2009) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีความกลัวต่อการเผชิญความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทางกายที่เกิดขึ้นวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่หรือการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่อาจไม่เพียงพอจาก

บุคลิกภาพ สุขภาพ ความรู้สึกไม่แน่นอนของอาการที่เกิดขึ้น กังวลที่ต้องกลายเป็นภาระให้กับครอบครัว และกังวลเกี่ยวกับภาระด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เพิ่มขึ้น

นอกจากปัญหาดังกล่าวแล้วพบว่า ผู้ป่วยมักแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากอาการและอาการแสดงของโรคที่กำเริบบ่อยครั้งและรุนแรงมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลัวการออกไปนอกบ้าน ผู้ป่วยบางรายเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและถูกทอดทิ้ง (Goodridge, 2006) ในด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสำคัญ และมองคุณค่าของตนเองต่ำลง (Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ จะรู้สึกถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลดลง ผู้ป่วยบางรายจึงปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยหายใจและร้องขอให้ถอดยาเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน (กรแก้ว กัมพลศิริ, 2542) จะเห็นได้ว่าปัญหาต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสงบสุขของผู้สูงอายุลดลงและหายไป

การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายคือ การตายดี (good death) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังและครอบครัว คาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติจากบุคลิกภาพอย่างดีและมีคุณภาพ ไม่ยึดชีวิตไว้ทั้งที่มองไม่เห็นทางที่จะกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และคาดหวังที่จะได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการดำเนินของโรคเพื่อวางแผนแนวทางการรักษา และวางแผนชีวิตในวาระสุดท้ายได้อย่างทันที่ (Heyland, Dodek, Rucker, Groll, Gafni, et al., 2006)

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทยนั้นเกิดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน สำหรับการดูแลในโรงพยาบาลนั้น บางโรงพยาบาลได้จัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย (จิตราวดี จิตจันทร์, 2550) และมีการจัดอบรมบุคลิกภาพให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย เพื่อให้บุคลิกภาพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตของผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 7 ปี พบว่าในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นแหล่งของการศึกษาด้านสุขภาพ มีผู้ป่วยหลายโรคที่เข้าทำการรักษาและส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคมะเร็ง และพบว่าบุคลิกภาพบางส่วนยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลในวาระสุดท้ายเท่าที่ควร แต่จะทำงานตามหน้าที่ที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายบางรายไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ต้องการ บางรายได้รับการดูแลเพื่อยืดเวลาการตายต่างๆ ที่ผู้ป่วยไม่ประสงค์และได้แจ้งความจำนงไว้แล้ว เพียงเพราะผู้ให้การรักษาเห็นว่าควรจะให้

การรักษาต่อไป นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตที่ประสงค์จะออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปใช้ชีวิตที่บ้านนั้น บางรายไม่ได้รับการดูแลรักษาตามที่เคยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล บางรายไม่ได้รับยาบรรเทาปวด หรือบรรเทาอาการอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานส่งผลให้จิตไม่สงบและไม่เกิดการตายดี สถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพอาจมีความจำกัดของความรู้ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติด้วย

ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต บุคลากรสุขภาพต้องมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะของการดำเนินโรคร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ แนวคิดและหลักการดูแลในวาระสุดท้าย รวมไปถึงความรู้ในการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานได้ แต่จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าบุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ยังมีความรู้ที่ไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยในต่างประเทศจากการศึกษาของ พันทิลโล และคณะ (Puntillo, Benner, Drought, Drew, Stotts, et al., 2001) พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในสหรัฐอเมริการับรู้ว่าการดูแลในวาระสุดท้ายเป็นเพียงเรื่องของกิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด และเป็นกรปฏิบัติเกี่ยวกับการหยุดหรือยกเลิกการรักษาที่ให้อยู่เท่านั้น และการศึกษาของ ชายเรท (Schlairet, 2009) ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากไม่ได้รับการเรียนการสอนในหลักสูตรปริญญาตรีและไม่ได้รับศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลางและการศึกษาของ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ อัจฉริยา ปทุมวัน สมทรง จุไรทัศน์ย์ และ อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2011) ก็พบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลรามิชิบดัก่อนเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

สำหรับการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความคิดเห็น ความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย ซึ่งพบว่าทัศนคติของบุคลากรสุขภาพนั้นจะแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของ ซูว์แมน กรีน และคณะพบว่าพยาบาลมีความรู้สึกที่หลากหลายเกี่ยวกับการสนทนากับผู้ป่วยในเรื่องความตายหรือการเตรียมตัวเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต บางกลุ่มมองว่าการสนทนาเกี่ยวกับความตายเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความล้มเหลวของการรักษาและอาจทำให้ผู้ป่วยหมดหวัง (Schulman-Green, Macorkle, Cherlin, Hurzeler, & Bradley, 2005) และสำหรับในผู้ป่วยสูงอายุที่อาจรับไม่ได้ในสถานการณ์ดังกล่าว พยาบาลจะเลือกสนทนากับญาติมากกว่า (Clark & Ross, 2006) นอกจากนี้จากการศึกษาในกลุ่มแพทย์พบว่า กลุ่มตัวอย่าง



แพทย์ไทยส่วนใหญ่มีทัศนคติทางด้านลบเกี่ยวกับการทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนาล่วงหน้า (advance directives) และการให้ข้อมูลเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเมื่อแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ และคณะ (Sittisombut, Maxwell, Love, & Sitthi-Amorn, 2009) เกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายที่ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 34.5 ที่เห็นด้วยกับการให้ข้อมูลการช่วยฟื้นคืนชีพและการทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนาล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตทุกรายที่เข้ารับรักษา ในโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างบางส่วนจะมีการพิจารณาเป็นรายบุคคลไป ซึ่งจากการศึกษาของ บรูคเนอร์ ชูมาคเกอร์ และชไนเดอร์ (Brueckner, Schumacher, & Schneider, 2009) พบว่าในแต่ละสถานที่และความชำนาญที่ต่างกัน บุคลากรสุขภาพจะมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายที่ต่างกันด้วย ซึ่งความแตกต่างนั้นอาจทำให้เกิดความขัดแย้งทางความคิดภายในทีม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

ในด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น บุคลากรสุขภาพควรให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยควรพิจารณาให้การดูแลอย่างเหมาะสมกับเวลาอย่างน้อย 3 เดือนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการดูแลในวาระสุดท้ายอย่างเต็มที่ หลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการรักษาที่เกินความจำเป็น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตที่ดีพอ และจะได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงช่วงเวลาไม่กี่วันก่อนเสียชีวิต ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สั้นเกินไป (Lo, Kwan, Lau, Kwan, Lam, et al., 2010) นอกจากนี้พบว่าในผู้ป่วยบางรายที่ได้มีการแจ้งเจตจำนงไม่ช่วยฟื้นคืนชีพแล้วนั้น แพทย์ผู้รักษาส่วนใหญ่ยังคงให้การรักษาต่อเนื่องอยู่ ไม่ว่าจะโดยการรักษาโดยใช้ยากระตุ้นหัวใจ หรือการล้างไต (Salahuddin, Shafqat, Mapara, Khan, Siddiqui, et al., 2008) และ พบว่าบุคลากรสุขภาพบางกลุ่มละเลยความสำคัญในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุดารัตน์ สิทธิสมบัติและคณะ (Sittisombut, et al., 2009) ที่พบว่าในด้านของการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรือการช่วยฟื้นคืนชีพนั้น แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการในการช่วยฟื้นคืนชีพเลย แต่เลือกที่จะถามและให้ข้อมูลกับญาติแทน

สำหรับในประเทศไทยนั้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลส่วนใหญ่จะมีคะแนนการปฏิบัติกรดูแลในวาระสุดท้ายอยู่ในระดับสูง (ทองทิพย์ พรหมสอน, 2551) แต่ก็พบว่าการปฏิบัตินั้นยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปตามแนวทางการดูแลอย่างแท้จริง โดยพบว่าในด้านร่างกายนั้นส่วนใหญ่เป็นเพียงการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทั่วไปเท่านั้น ส่วนในด้านจิตใจจะเป็น

ลักษณะของการประเมินความรู้สึก แต่ในเรื่องของการอยู่พูดคุยและการสัมผัสจะปฏิบัติกันมาๆ ครั้ง ส่วนการดูแลในด้านสังคมอยู่ในลักษณะของการแจ้งแหล่งประโยชน์ การติดต่อสิทธิบัตรหรือการให้ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการตาย แต่การให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยค้างคาใจส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติเลย และในด้านจิตวิญญาณส่วนใหญ่คือ การให้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และมีเพียงส่วนน้อยที่พยาบาลอยู่เคียงข้างผู้ป่วยและญาติในวาระสุดท้าย นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลบางส่วนมีการช่วยเหลือแพทย์ในการช่วยฟื้นคืนชีวิตผู้ป่วยที่มีการแจ้งเจตจำนงไม่ประสงค์ช่วยฟื้นคืนชีพไว้แล้วด้วย

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีให้กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จะทำให้พยาบาลรู้สึกไม่ลำบากใจเมื่อต้องสนทนากับการตายและสามารถควบคุมอารมณ์ต่างๆ ได้มากขึ้น เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่บีบคั้นทางจิตใจ (Caton & Klemm, 2006; Tyree, Long, & Greenberg, 2005) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของบุคคลากรสุขภาพได้เป็นอย่างดี แต่จากการศึกษาของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) เกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร กลับพบผลที่ไม่สอดคล้องกัน โดยพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลวาระสุดท้ายนั้นไม่มีความสัมพันธ์ต่อทั้งทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเท่านั้นแต่ในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีม ความรู้และทัศนคติที่ต่างกันของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (Clark & Ross, 2006; Zomorodi & Lynn, 2010) นอกจากนี้ยังไม่พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยตรง ซึ่งผู้สูงอายุเองถือเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตอยู่แล้ว บุคลากรสุขภาพที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อาจมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุที่ต่างไปจากวัยอื่นได้

ผู้วิจัยเห็นว่าความรู้และทัศนคติของบุคลากรสุขภาพซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการตายดีของผู้ป่วยด้วย แต่เนื่องจากข้อมูลการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวในปัจจุบันยังไม่ชัดเจนและมีจำกัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย

ของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในปัจจุบัน และผลการศึกษาก็จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตระหว่างบุคลากรสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

### คำถามในการวิจัย

1. บุคลากรสุขภาพมีความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างไร
2. บุคลากรสุขภาพ มีความแตกต่างของความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ อย่างไร
3. ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะท้ายของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรักษาใด

**บุคลากรสุขภาพ** หมายถึง แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ที่ปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยใน ของ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

**ความรู้ของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต** หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจในข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตของบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการปวด อาการหายใจลำบาก ปัญหาด้านจิตวิทยา ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของนากะซาวาและคณะ (Nakazawa, Miyashita, Morita, Umeda, Oyagi, et al., 2009)

**ทัศนคติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลในวาระสุดท้าย และความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับบทบาทและการตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ตามหลักการของแพทย์ ความเชื่อในการดูแลในวาระสุดท้าย และประโยชน์ในการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและความสำคัญของการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย ซึ่งวัดได้จากแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดของเบลคเลย์และคณะ (Bradley, Cicchetti, Rousseau, Johnson-Hurzeler, & Horwitz, 2000)

**การปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต** หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่บุคลากรสุขภาพแสดงออกหรือกระทำในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ในด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย การดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดูแลอาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการสับสน เหงิบปลิ้น และด้านการสื่อสาร ซึ่งผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดการปฏิบัติดูแลแบบประคับประคองของนากะซาวาและคณะ (Nakazawa, Miyashita, Morita, Umeda, Oyagi, et al., 2010)