

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยสูงอายุ
 - รูปแบบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.2 โรคเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต
 - 2.1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการตายดี
 - กิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายดี
3. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายกับผู้สูงอายุ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจ ที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน มีอาการ อาการแสดง และเวลาของการเกิดอาการที่ไม่แน่นอน และไม่สามารถระบุระยะเวลาของการเกิดโรคที่แน่นอนได้ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่หายขาดแต่สามารถทำให้อาการทุเลา ไม่ปรากฏอาการ หรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ อย่างไรก็ตามอาจมีการกำเริบหรือมีอาการรุนแรงของโรคเป็นครั้งคราว เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆ และถาวร ทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ภาวะนี้จึงเป็นภาวะที่ต้องการการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 3 เดือนหรือตลอดชีวิต รวมทั้งต้องการการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกายและป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น (จารุวรรณมานะสุวรรณ, 2544)

สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

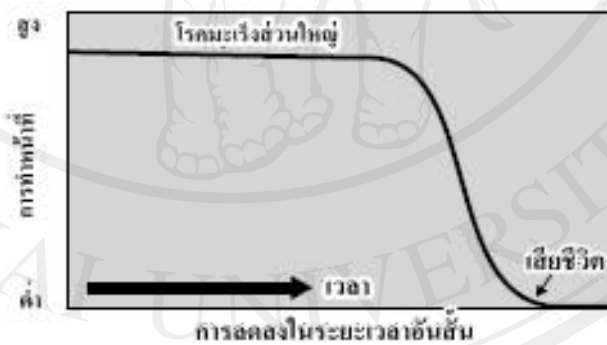
จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค (Miller, 2003) ซึ่งในต่างประเทศโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอัลไซเมอร์ และโรคเบาหวาน (Heron, 2011) และจากการสำรวจสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกในปี 2004 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) พบว่าประชากรในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงมีสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่างและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประชากรร้อยละ 70 ของกลุ่มประเทศเหล่านี้ล้วนเป็นผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยพบลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 5 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม-ปวดข้อ และโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2551) ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่จัดเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆ ของประชากรไทยในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย ร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีการทำลายโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆ และถาวร ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงและ อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ซึ่งจำนวน โรคหรือภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ ร่วมกับการลดลงของ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ได้ถูกนำมาใช้ในการทำนายอัตราการรอด ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วย โดยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหลายโรคและมีภาวะเสี่ยงมาก โอกาส รอดชีวิตก็จะลดลง (Coventry, Grande, Richards, & Todd, 2005; Espaullella, Arnau, Cubi, & Amblas, & Yanez, 2007)

รูปแบบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะการดำเนินของโรคอยู่ 3 รูปแบบ (Lynn & Adamson, 2003) ซึ่งสามารถแยกได้ตามกลุ่มโรคต่างๆ คือ

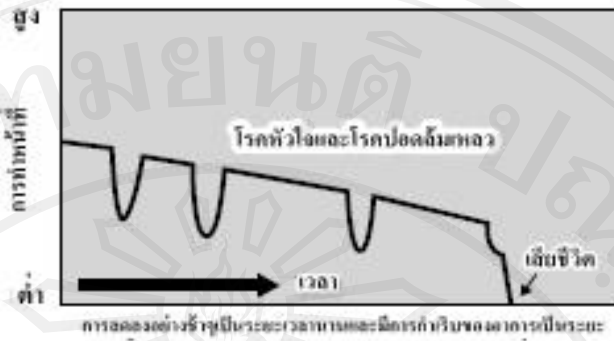
1. รูปแบบการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง การดำเนินของโรคจะคงที่เป็นระยะเวลานาน ทั้ง ความสุขสบายและความสามารถในการทำงานของร่างกาย แต่การทำหน้าที่ของร่างกายในช่วง ระยะเวลาอาทิตย์สุดท้ายหรือวันสุดท้ายก่อนเสียชีวิตจะลดลงอย่างรวดเร็ว



รูปภาพที่ 1. การลดลงของการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างรวดเร็วในช่วงสุดท้ายของชีวิต

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก “living well at the end of life,” by Lynn & Adamson, 2003.

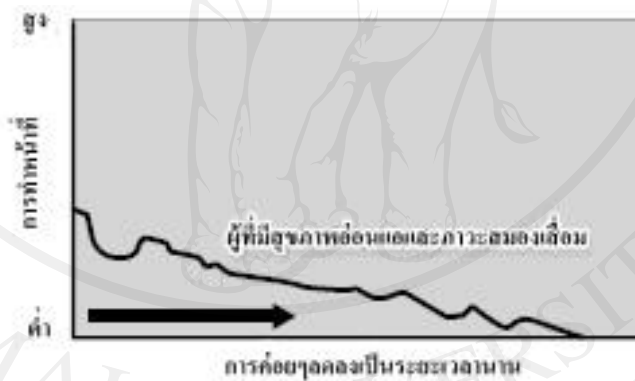
2. รูปแบบการเจ็บป่วยจากโรคหัวใจ หรือ โรคในระบบทางเดินหายใจ เป็นลักษณะที่มีการทำลายของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆและมีอาการกำเริบของอาการเป็นระยะ ตลอดเวลาของการเจ็บป่วยและจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และเสียชีวิตได้ในทุกช่วงที่มีการกำเริบของโรค



รูปภาพที่ 2. การลดลงของการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆ และมีการกำเริบของอาการเป็นระยะจนกระทั่งเสียชีวิต

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก “ living well at the end of life,” by Lynn & Adamson, 2003.

3. รูปแบบการดำเนินของโรคที่มีความเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกายอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิตเช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง และในผู้สูงอายุ เป็นต้น



รูปภาพที่ 3. การเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกายอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิต

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก “ living well at the end of life,” by Lynn & Adamson, 2003.

ทั้งนี้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจะมีการดำเนินของโรคใน 2 รูปแบบร่วมกันเสมอคือ รูปแบบที่มีการเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกายอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการสูงอายุ ร่วมกับรูปแบบของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีการทำลายของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายอย่างต่อเนื่องหรือรูปแบบการดำเนินของโรคที่มีอาการคงที่เป็นระยะเวลานาน ทั้งความสุขสบายและความสามารถในการทำงานของร่างกาย แต่การทำหน้าที่ของร่างกายในช่วงระยะเวลาอาทิตย์สุดท้ายหรือวันสุดท้ายก่อนเสียชีวิตจะลดลงอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคที่เป็น

การเปลี่ยนแปลงจากการสูงอายุ

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายตามกระบวนการสูงอายุ โดยจะมีการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายของระบบต่างๆ ดังนี้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2550 ; Maas, Buckwalter, Hardy, Tripp-Reimer, Titler, et al., 2001)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะมีการสะสมของคอลลาเจน (collagen) ในกล้ามเนื้อหัวใจ การเกาะของแคลเซียมบริเวณลิ้นหัวใจ ซึ่งมีผลให้หัวใจบีบตัวแบบ ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการสะสมของไขมันและแคลเซียม ที่ผนังหลอดเลือดรวมไปถึงการเสื่อมลงของเนื้อเยื่ออีลาสติก (elastic tissue) บริเวณผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้ความต้านทานบริเวณหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ความสามารถในการส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย จึงเป็นไปได้ยาก หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานมากกว่าปกติ เกิดการหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ร่วมกับการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจก็มีน้อยจากเส้นเลือดดำที่หนาตัว และขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงทั้งช่วงซิสโตลิกและไดแอสโตลิก นอกจากนี้ในผู้สูงอายุจะมีการลดลงและการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต้นกำเนิดกระแสไฟฟ้าของหัวใจ ซึ่งทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติได้

การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ ผู้สูงอายุจะมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและมีการเกาะของแคลเซียมบริเวณกระดูกอ่อนทำให้การขยายตัวของทรวงอกมีน้อย ผู้สูงอายุต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าถุงลมส่วนปลายจะมีการขยายตัวมากขึ้น และมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้ปริมาตรอากาศที่ไหลออก หลังการหายใจเข้าลดลง ส่งผลให้มีการค้างของอากาศในถุงลมมากขึ้นเกิดความไม่สมดุลของการไหลเวียนก๊าซและการแลกเปลี่ยนก๊าซของการหายใจ ทั้งนี้พบว่า การตอบสนองต่อภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูงและออกซิเจนในเลือดต่ำของผู้สูงอายุจะลดลงถึงร้อยละ 40-50 ซึ่งผู้สูงอายุจะตอบสนองต่อภาวะดังกล่าวโดยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวมากกว่าการหายใจลำบาก

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท โครงสร้างและกล้ามเนื้อ พบการลดลงของเซลล์ประสาทและสมอง ทำให้ขนาดของร่องสมอง (ventricles) กว้างขึ้นและมีการสะสมของโปรตีนในสมอง (tangles และ amyloid plaque) ส่งผลให้ความสามารถในการสื่อสารของสมองลดลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของ white matter ที่ควบคุมการตอบสนองในระดับจิตใต้สำนึกและการหนาตัวของเยื่อหุ้มสมองทำให้ deep tendon reflex ช้าลง มีการสูญเสียการควบคุมการทำงานภายใต้ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทส่วนกลาง เช่น การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การควบคุมความดันโลหิต เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีการลดลงของขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

มีการลดลงของมวลกระดูกจากการสลายของแคลเซียมและการสร้างกระดูกที่ลดลง การเสื่อมของกระดูกอ่อนบริเวณข้อ มีการงอกหรือหนาตัวของกระดูก กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นขาดความยืดหยุ่นทำให้มีการฝึกขาได้ง่าย จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม และได้รับอันตรายที่รุนแรงกว่าวัยอื่น

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารและต่อมไร้ท่อ ผู้สูงอายุจะมีการหลั่งรังของพิน การเสื่อมของต่อมรับรส มีการหลั่งของน้ำลายลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวหรือการกลืนอาหารลดลง ในกระเพาะอาหารและลำไส้ จะมีการหลั่งน้ำย่อยและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีการฝ่อของเยื่อในกระเพาะและลำไส้ร่วมกับจำนวนเลือดที่มาเลี้ยงกระเพาะอาหารลดลงทำให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารลดลง และจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ลดลงจะทำให้อาหารผ่านลำไส้ใหญ่ยาวนานขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีปัญหาท้องผูกง่าย นอกจากนี้จากการที่ตับมีขนาดเล็กลงจากการตายของเซลล์ตับและการไหลเวียนของเลือดที่ลดลง ทำให้ความสามารถในการกำจัดของเสียมีประสิทธิภาพลดลงตามไปด้วย เกิดการสะสมของของเสียหรือพิษในร่างกาย การลดขนาดลงของต่อมไร้ท่อ ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่างๆลดลง การเปลี่ยนแปลงของตับอ่อนร่วมกับการเผาผลาญอาหารที่น้อยลงและความสามารถในการเก็บน้ำตาลในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ในผู้สูงอายุมีระดับน้ำตาลสูงกว่าวัยอื่น อย่างไรก็ตามอาจตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะของผู้สูงอายุ เนื่องจากระดับความทนของไต (renal threshold) ต่อดระดับน้ำตาลสูงขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ จะมีการลดลงของหน่วยไตร่วมกับการไหลเวียนของเลือดสู่ไตน้อยลง ทำให้อัตราการกรองของเสียลดลง นอกจากนี้ในผู้สูงอายุพบว่าคุณภาพของกระเพาะปัสสาวะ กล้ามเนื้อหูรูดและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความยืดหยุ่นและความแข็งแรงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้

การเปลี่ยนแปลงจากโรคเรื้อรัง

รูปแบบของการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นในลักษณะที่มีการทำลายของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆ และมีการกำเริบของโรคเป็นระยะ โดยการกำเริบของโรคในแต่ละครั้งโอกาสในการฟื้นตัวของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า และต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่นานขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เช่น การเกิดข้อติดแข็ง แผลกดทับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล บางรายอาจมีภาวะทุพพลภาพเกิดขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม การถูกจำกัดการเยี่ยมชมทำให้

ผู้ป่วยสูงอายุสูญเสียสัมพันธภาพและเครือข่ายทางสังคม ปัญหาต่างๆเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น บุคลากรสุขภาพจึงควรให้ความสนใจในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากขึ้น

โรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

ที่ผ่านมาได้มีการให้ความหมายและคำจำกัดความตามลักษณะทางคลินิกของการเจ็บป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายชนิดต่างๆตามกลุ่มโรคไว้ ดังนี้ ผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอยู่ในระดับ 4 ตามการแบ่งของ New York Heart Association [NYHA] หรือมีการเจ็บป่วยอยู่ในระดับ 3-4 ที่มีความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) เท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท หรือมีประวัติความดันโลหิตต่ำโดยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา และผู้ที่มีหัวใจวายอย่างรุนแรงที่มีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจใน 1 ครั้ง (ejection fraction [EF]) น้อยกว่าร้อยละ 20 (Zaman, 2001) คาโป (Kapo, 2006) กล่าวถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีค่าของจำนวนอากาศที่สามารถหายใจออกมาได้ใน 1 วินาที เมื่อหายใจอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ (Forced Expiratory Volume in One second [FEV1]) น้อยกว่า 1.0 หรือมีค่าลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 40 มิลลิตรใน 1 ปี มีอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง (exercise capacity) นานักลดและมีจำนวนโรคร่วมหลายโรค ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนจาก The Functional Assessment Staging Tool [FAST] อยู่ในระดับ 7 คือ มีความบกพร่องในการสื่อสารและต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด สำหรับผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่พักอยู่ในสถานพยาบาล (nursing home) ใช้ตัวชี้วัดระยะสุดท้ายคือ ค่าโปรตีนในเลือดที่มีค่าลดลงมากกว่า 1.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรใน 1 ปี มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living [ADLs]) ลดลงตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไปใน 1 ปี แต่อย่างไรก็ตามการกำหนดค่าดังกล่าว ไม่สามารถบอกการดำเนินโรคหรือช่วงเวลาที่เหลืออยู่ในวาระสุดท้ายได้อย่างแน่ชัด ใช้เป็นเพียงตัวชี้วัดที่ทำให้สามารถคาดเดาความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองได้มากขึ้นเท่านั้น ซึ่งที่ผ่านมาพบว่ามีคนพยายามให้คำจำกัดความ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายไว้มากมาย เช่น

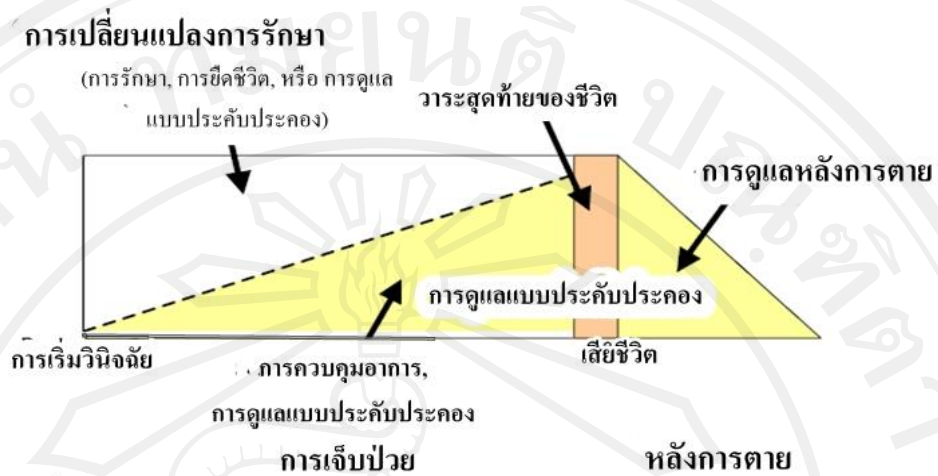
สถาพร ลีลานั้นทกิจ (2552) ได้กล่าวถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่ามิใช่ภาวะการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเป็นการป่วยไข้ที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ไม่มีวิธีรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้นำเอามาตรการการบำบัดชนิดต่างๆ เท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หายได้นำมาใช้จนหมดสิ้น

The National Institutes of Health State-of-the-Science (2004) กล่าวถึง ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตว่า เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีลักษณะของการเจ็บป่วยที่เกิดจาก โรคเรื้อรัง มีอาการแสดงหรือความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร โดยอาจมีการกำเริบของอาการที่รุนแรงเป็นระยะ ซึ่งอาการนั้นเป็นผลมาจาก โรคประจำตัวที่ไม่สามารถรักษาให้หายหรือคืนสภาพได้ และต้องการการดูแล ทั้งที่เป็นทางทางการแพทย์และไม่เป็นทางการแพทย์ ทั้งนี้อาการที่กำเริบดังกล่าวสามารถนำไปสู่การตายได้

จะเห็นว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย คือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค และโรคนั้นจะมีการดำเนินต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งไม่สามารถรักษาด้วยวิธีใดได้อีกนอกจากการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต และจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 พ.ศ. 2550 ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า วาระสุดท้ายของชีวิตไว้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในเวลาอันใกล้ และให้ความหมายรวมไปถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากการตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องมาจากการดูแลระยะสุดท้ายโดยบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัคร ซึ่งเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 6 เดือน การให้การดูแลจึงเน้นการดูแลในด้านของจิตใจและจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วยตามแนวคิดของการตายดี และมุ่งเน้นด้านคุณภาพการดูแลมากกว่าปริมาณของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน ได้ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี (National Institutes of Health [NIH], n.d.; Sanjo, Miyashita, Morita, Hirai, Kawa, et al., 2007) การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายจึงมีเป้าหมายที่สำคัญคือ คุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว สามารถควบคุมและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้ โดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงของชีวิตขณะเจ็บป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมไปถึงการป้องกันและจัดการกับความโศกเศร้าของครอบครัวภายหลังการตายด้วย (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2552)



รูปภาพที่ 4. รูปแบบของการดูแลในช่วงเวลาต่างๆ ของการเจ็บป่วย

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก “The education for physicians on end of life care.” by Emanuel, von-Gunten, & Ferris, 1999.

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตทั้งในผู้สูงอายุและไม่สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาและความต้องการทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่อาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคลซึ่งอาการที่เป็นจะคล้ายคลึงกับอาการที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย แต่จะมีความรุนแรงและความถี่ของอาการมากขึ้นตามการดำเนินของโรค โดยสามารถแยกออกเป็นรายด้านได้ดังนี้

ปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายตามลักษณะของโรคที่เป็นอยู่ เช่น อาการที่พบในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรังในวาระสุดท้าย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก บวมตามอวัยวะส่วนปลาย มีผลทำให้ผิวหนังตึงและก่อให้เกิดอาการปวดตามมา อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ อ่อนล้า กลืนอาหารจะปัสสาวะไม่อยู่ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจากการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ เป็นต้น (Zaman, 2001) ในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่อยู่ในวาระสุดท้าย อาการที่พบก็จะมีความคล้ายคลึงกันคือ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก และมีอาการปวด (Isacc & Curtis, 2009) จากการศึกษาความชุกของอาการในวาระ

สุดท้ายของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และไตวายเรื้อรัง ของเจนเซนและคณะ (Janssen, Spruit, Wouters, & Schols, 2008) พบว่า อาการที่พบได้บ่อยในสาม โรคนี้ คือ อาการหายใจลำบาก อาการปวด อ่อนล้าและนอนไม่หลับ นอกจากอาการต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วยังมีอาการสับสนเฉียบพลัน (delirium) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและชั่วคราวเนื่องจากความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมองโดยทั่วไป ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความคิด ความจำ และระดับความรู้สึกตัว (วัลย์พร นันทศุภวัฒน์, 2551) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียอย่างมาก (fatigue) มีการกลืนลำบาก ตื่นน้ำลดลง เกิดภาวะขาดน้ำ เยื่อของอวัยวะต่างๆ แห้ง ตัวเย็น เป็นจ้ำตามตัว ความดันโลหิตต่ำ ปริมาณปัสสาวะลดลง และการทำงานของหูดต่างๆ จะเสียไป กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ รูปแบบการหายใจที่คล้ายหายใจไม่ออก (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2547) ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อทั้งผู้ป่วยและญาติทั้งสิ้น

ทั้งนี้จากการศึกษาของเรสนิกและแอนดริวส์ (Resnick & Andrews, 2002) พบว่าในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพหรือการฟอกไต และผู้สูงอายุเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการที่จะได้รับอาหารเสริมหรือสารน้ำแบบพิเศษ แต่ยังคงการได้รับยาปฏิชีวนะ ยาบรรเทาปวดและการตรวจรักษาที่เหมาะสมรวมไปถึงการได้รับเลือดและการผ่าตัดที่จำเป็นอยู่

ปัญหาและความต้องการด้านอารมณ์

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จะมีความรู้สึกวิตกกังวลว่าจะไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่หรือบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เพียงพอจากบุคลากรสุขภาพ วิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย กลัวการพลัดพราก กลัวการเผชิญกับความเจ็บปวด (Gardner, & Kramer, 2009) มีความรู้สึกไม่แน่นอนของการมีชีวิตอยู่ โดยจากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 96 ของอาการทั้งหมด ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและมะเร็ง ทั้งนี้เนื่องจากความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและรุนแรงขึ้น (Hill, Geist, Goldstein, & Lacasse, 2008; Zerwekh, 2006) ผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลที่ต้องกลายเป็นภาระแก่บุคคลใกล้ชิดรวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ครอบครัวต้องแบกรับจากการรักษาที่ต่อเนื่องด้วย (ปราณี กาญจนวรงค์, 2539) ร่วมกับในผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกโศกเศร้าจากการสูญเสียสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่ผ่านมามากมาย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และความมั่นใจในตัวเองจากภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียเครือข่ายทางสังคมมากกว่าเมื่อเทียบกับวัยอื่นซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะ

โศกเศร้าตามมา อย่างไรก็ตามภาวะโศกเศร้า (grief) เป็นภาวะปกติที่พบได้ในผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย โดยคูเบอร์-รอสได้แบ่งระยะของการปรับตัวต่อการตายเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้าและระยะยอมรับ (Kubler-Ross, 1969)

1. ระยะปฏิเสธ (stage of denial and isolate) เป็นระยะแรกเมื่อรับทราบว่าตนเจ็บป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีภาวะซ็อก ปฏิเสธการวินิจฉัย และนำกลไกการป้องกันตัวมาใช้ เช่น การมองว่าไม่เป็นความจริง หรือต้องมีความผิดพลาดเกิดขึ้น

2. ระยะโกรธ (stage of anger) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับข้อวินิจฉัย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธบุคคลรอบข้าง และมักมีคำถามว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” ผู้ป่วยจะบ่นหรือแสดงความไม่พอใจต่อสิ่งต่างๆ หรือการกระทำของบุคคลรอบข้าง

3. ระยะต่อรอง (stage of bargaining) เมื่อผ่านระยะปฏิเสธและโกรธแล้ว ผู้ป่วยจะเริ่มมีการต่อรองด้วยความหวัง การให้สัญญาหรือสิ่งแลกเปลี่ยนกับพระเจ้าหรือแพทย์เพื่อให้ช่วยรักษาให้มีชีวิตต่อไปอีก

4. ระยะซึมเศร้า (stage of depression) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจว่าตนเองต้องตาย ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการเข้าเยี่ยม ต้องการอยู่ตามลำพัง หรือร้องไห้เพื่อระบาย

5. ระยะยอมรับ (stage of acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและความตาย ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขและรู้สึกว่าเป็นพักครั้งสุดท้ายหลังจากการใช้ชีวิตมาอย่างยาวนาน

ผู้ป่วยอาจอยู่ในระยะใดระยะหนึ่งหรืออาจมีหลายระยะในเวลาเดียวกัน และจะมีการกลับไปกลับมาของระยะต่างๆ อยู่เสมอ ทั้งนี้อาการโศกเศร้านั้นอาจพัฒนาไปสู่อาการซึมเศร้าตามมาได้ หากไม่ได้รับการประคับประคองที่ดีพอ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลงและปัญหาสัมพันธภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (Hill, et al., 2008) ทั้งนี้การอยู่รับฟัง การให้สัมผัสจะช่วยลดปัญหาความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และความกลัวของผู้ป่วยได้ (Hess, 2004) การให้ความรู้เกี่ยวกับความจริงของกระบวนการสูงอายุและการดำเนินของโรคเรื้อรังแก่ผู้ป่วยและญาติจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติยอมรับการเปลี่ยนแปลงและยอมรับต่อการตายที่จะมาถึงได้ และยังช่วยรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติ ผู้ป่วยและทีมผู้รักษาอีกด้วย (Lo, et al., 2010)

ปัญหาและความต้องการด้านสังคม

เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและต้องการการพึ่งพิงที่มากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Warring, & Krieger-Blake, 2006) ความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นตามระยะของโรคนั้น ทำให้ผู้ป่วยบางคนกลัวการออกไปนอกบ้าน เนื่องจากกลัวการกำเริบของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงถูกแยกตัวออกจากสังคมโดยปริยาย ร่วมกับในสังคมปัจจุบัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กันตามลำพังมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยบางคนเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและถูกทอดทิ้ง (Goodridge, 2006) ซึ่งหากผู้ที่ให้การดูแล (caregiver) ไม่มีความเข้าใจและไม่มีการปรับตัวที่ดี อาจทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเป็นภาระของทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ และส่งผลต่อสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติได้ ซึ่งบุคลากรสุขภาพสามารถเข้าให้การช่วยเหลือในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายในชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึง (Warring, & Krieger-Blake, 2006) ซึ่งจะช่วยลดช่องว่างของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติได้ ทั้งนี้การสนับสนุนหรือปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมจะมีส่วนช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วยและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ (กรแก้ว กำพลศิริ, 2547; Zerwekh, 2006)

ปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจะมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง ไม่สามารถควบคุมอาการได้ มีการสูญเสียความสามารถด้านต่างๆ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ความเชื่อในอำนาจภายในตนเองลดลงอย่างมาก โดยพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายจะมีความเคารพนับถือในตัวเองลดลงและเกิดความรู้สึกไร้ค่า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่จะรู้สึกถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลดลง ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและร้องขอให้แพทย์ฉีดยาเพื่อให้พ้นความทุกข์ทรมาน (กรแก้ว กำพลศิริ, 2542; Hess, 2004) อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกต่างๆ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการดูแลของผู้ให้การดูแลด้วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของดีเทอร์ริง แอนคอค ริค และคณะ (Deterring, et al., 2010) ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยหรือการรักษาใดๆ จากแพทย์ หรือการที่แพทย์ให้ข้อมูลเฉพาะกับญาตินั้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีรู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสำคัญและมองคุณค่าของตัวเองต่ำลง อย่างไรก็ตามการ

เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องประสบกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นระยะเวลานานนั้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีการทบทวนเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมาและพยายามค้นหาความหมายและคุณค่าของชีวิต

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ต้องการการให้อภัย หวังที่จะได้ทำตามความต้องการของตนเองเพื่อรู้สึกถึงความสมบูรณ์ของการมีชีวิต มีโอกาสเลือกตัดสินใจในชีวิตของตนเองในวาระสุดท้าย (ปิยะพันธ์ นันตา, 2545; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Brener, 2007) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยจากผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ความสามารถ ที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ และได้รับความสุขสบายเท่าที่เป็นไปได้ ต้องการคงไว้ซึ่งการสื่อสารและได้รับความหวังใจจากบุคคลรอบข้าง ได้อยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลานและครอบครัว รวมไปถึงความต้องการความสนุกสนานบางครั้งเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการคงไว้ซึ่งความมีตัวตน (sense of self) และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่จำเป็น และไม่ยื้อชีวิตไว้หากต้องอยู่ในสภาพที่ไม่รับรู้หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (Gardner, & Kramer, 2009; Heyland, et al., 2006; Nelson, 2010) และในประเทศไทยจากการศึกษาของสุภารัตน์ สิทธิสมบัติ เลิฟ และสิทธิอมร (Sittisombut, Love, Sitthi-amorn, 2005) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุ มีแนวโน้มในการปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่าวัยอื่นและผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็มีแนวโน้มในการปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่าผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันเช่นกัน ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญและใส่ใจกับความต้องการ ความหวังและการให้ความหมายของการมีชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงให้การพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ตามแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ได้ใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายตามความต้องการและส่งเสริมให้มีการตายดีในผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับการตายดี

การดูแลในวาระสุดท้าย มีแนวคิดที่มุ่งสนับสนุนแนวคิดการตายดีของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ (สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2552) ที่ผ่านมามีการให้ความหมายของการตายดีไว้มากมาย สถาบันการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้ความหมายของการตายดี คือ การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรมและจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม” (Institute of Medicine [IOM], 1997) นอกจากนี้การตายดีอาจหมายถึง การได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ได้ตายใน

สถานที่ที่ชอบ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้การรักษาและครอบครัว การคงไว้ซึ่งความหวังและความสุข ไม่เป็นภาระของผู้อื่น สามารถควบคุมร่างกายและจิตใจของตนเองได้ มีชีวิตที่สมบูรณ์บรรลุในการทำบทบาทของตนเองและมีการเตรียมตัวรับกับความตายที่ดี โดยการให้ความหมายของการตายดีของแต่ละบุคคลจะมีความสัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ต่างกัน เช่น ผู้ที่มองว่าการตายดี คือการคงไว้ซึ่งความหวังและความสุข ได้ตายในสถานที่ที่ชอบ จะเลือกใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่บ้าน ส่วนผู้ที่มองการตายดี คือการที่สามารถควบคุมชีวิตหรืออนาคตของตนเองได้ มักจะเลือกที่จะรับทราบเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและต่อรองการรักษากับแพทย์ผู้รักษา ส่วนผู้ที่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียสมาชิกครอบครัวในสถานดูแลเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จะเลือกได้รับยานอนหลับหรือการรักษาที่ช่วยให้จากไปอย่างสงบ เป็นต้น (Sanjo, et al., 2007) การตายอย่างสงบ คือการมีจิตใจที่สงบ ได้รับการตอบสนองความต้องการและความหวังปราศจากเรื่องกังวลใจ ในใจนึกถึงแต่สิ่งที่น่ายินดี คุณความดีที่ได้ทำหรือสิ่งที่ยึดเหนี่ยวหรือศรัทธาปราศจากความทุกข์ทรมาน ไม่ยื้อเวลาการตายโดยการรักษาที่คุกคาม หรือการช่วยคืนชีพ การยอมรับการตายที่จะมาถึงของญาติ ไม่อยู่อย่างโดดเดี่ยว มีผู้อยู่ใกล้ซัดไม่ว่าจะเป็นบุคคลอันเป็นที่รัก ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยในวาระสุดท้าย (Kongsuwan, Keller, Touhy, & Schoenhofer, 2010)

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การตายดี หมายถึงการตายอย่างสงบ ไม่มีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการตอบสนองความต้องการเท่าที่เป็นไปได้ มีการเตรียมพร้อมเพื่อยอมรับการตายที่จะมาถึงของผู้ป่วยและญาติ ไม่ยื้อเวลาการตายโดยการรักษาที่คุกคาม รวมไปถึงการมีบุคคลที่รักอยู่เคียงข้างในวาระสุดท้าย บุคลากรสุขภาพจึงควรตระหนักถึงความคิดและความเชื่อของผู้ป่วยร่วมกับเข้าใจถึงความคิดและความเชื่อของตนเองด้วย ทั้งนี้นอกจากแนวคิดของการส่งเสริมการตายดีซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมแล้วนั้น ยังมีประเด็นของสิทธิทางกฎหมายมาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งจากพระราชบัญญัติสุขภาพ ปี 2552 มาตรา 12 กล่าวว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” การดูแลในวาระสุดท้ายที่มีคุณภาพ บุคลากรสุขภาพนอกจากการตระหนักและใส่ใจในความต้องการของผู้ป่วยแล้ว จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ มีความรู้ในสิทธิการเลือกแนวทางการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต (Just, Schulz, Bongartz, & Schnell, 2010) มีทักษะในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมสุขภาพเพื่อการวางแผนการดูแลในวาระสุดท้ายร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ไม่ทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ต้องการหรือเกินความจำเป็น

กิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายดี

เฮนเดอร์สัน (Henderson, 2004) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Advance Practice Nurse) ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีเป้าหมายของการดูแล 2 ประการ คือ ผู้ป่วยมีความสุขสบายและสามารถกำหนดชีวิตของตัวเองได้ (self-determined) โดยเป้าหมายทั้งสองถือเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดการตายดีในผู้ป่วยได้ ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการตายดีประกอบด้วยกิจกรรม 5 ข้อ ดังนี้

1. การประเมินสภาพความเป็นอยู่ ที่อยู่อาศัย (assessment of the living situation) เพื่อประเมินลักษณะของที่อยู่อาศัยในการตอบสนองต่อระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลในวาระสุดท้ายของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

2. การจัดการอาการและการเพิ่มคุณภาพชีวิต (symptom management and enhancement of quality of life) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังขั้นสูง (advanced chronic illness) การให้กิจกรรมการดูแลแบบประคับประคอง และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลือกตัดสินใจสำหรับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

3. การวางแผนเตรียมการล่วงหน้า (advanced care planning) ประกอบด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับวาระสุดท้ายของชีวิต และเตรียมทางเลือกให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะต้องเปิดโอกาสเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยความรู้สึก การพูดคุยเกี่ยวกับความหวังและสิ่งที่เป็นกังวลเกี่ยวกับการตายรวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ซึ่งต้องมีการพูดคุยร่วมกันกับตัวแทนด้านสุขภาพ (a health care power of attorney) เกี่ยวกับความต้องการในการดูแลรักษาในวาระสุดท้าย เช่น การไม่ปั๊มหัวใจ ไม่อยู่โรงพยาบาล หรือการไม่ใส่สายให้อาหาร เป็นต้น ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา ก็ควรให้ความเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้นั้น ก็สามารถให้ญาติตัดสินใจแทนได้

4. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (patient and family counseling emotion, social, and spiritual) เป็นการให้บริการในลักษณะของการส่งเสริมหรือช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้ตระหนักถึงสภาวะหรือการดำเนินของโรคในขณะนั้น ว่าอยู่ในระยะที่มีการคุกคามต่อชีวิต การให้คำปรึกษาด้านอารมณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น อารมณ์โศกเศร้า โกรธ รู้สึกผิดหรือข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นทั้งในตัวผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำไปสู่การยอมรับความจริงและการรักษาช่วงเวลาสำคัญเพื่อการอยู่กับครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการพิจารณาในการส่งต่อ

ปัญหาให้กับนักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาโดยตรง ซึ่งอาจรวมไปถึงพระหรือนักบวชด้วย

5. การดูแลต่อเนื่อง การสื่อสาร และการประสานงานในการดูแล (continuity, communication, and coordination of care) การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายต้องมีความต่อเนื่องในการดูแล มีการส่งต่อปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย ระหว่างสาขาวิชาชีพและสถานที่หรือหน่วยงานที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะเริ่มของการกำเริบของอาการ จนกระทั่งการจำหน่ายเพื่อกลับบ้านหรือย้ายกลับ โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือสถานที่อื่นๆ

การจัดการอาการ

การจัดการอาการมีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการหรือผลทางลบจากอาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยใช้วิธีทางด้านการแพทย์ วิชาชีพ และการจัดการตนเอง ทั้งนี้การจัดการอาการ จะประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, et al., 2001) คือ

1. ประสบการณ์หรือการรับรู้อาการของบุคคล ซึ่งได้แก่ การรับรู้อาการหรือการที่บุคคลรับรู้การเปลี่ยนแปลงของความรู้สึก เป็นการให้ความหมายและประเมินถึงคุณลักษณะของอาการ ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับความรุนแรง ความถี่ของอาการและผลกระทบที่ได้รับ รวมไปถึงการตอบสนองของบุคคลต่ออาการนั้นๆ

2. วิธีการจัดการอาการ เริ่มตั้งแต่การประเมินการรับรู้อาการของผู้ป่วยและวิธีการจัดการที่หลากหลายตามองค์ความรู้ที่มีอยู่ขณะนั้น โดยเลือกการจัดการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพที่สุด โดยต้องมีการติดตามผลของการจัดการอย่างต่อเนื่อง

3. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการอาการบุคลากรสุขภาพควรมุ่งถึงในการจัดการอาการ ซึ่งให้ความสำคัญกับปัจจัย 8 ประการ ได้แก่ ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ภาวะทางอารมณ์ อัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตัวเอง และการใช้บริการด้านสุขภาพ

ซึ่งสอดคล้องและคณะได้กล่าวถึงปัจจัยหรือเงื่อนไขในการเกิดอาการไว้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (person domain) ได้แก่ สภาพร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคม ที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการ เช่น ระยะพัฒนาการ เพศ เป็นต้น ซึ่งในผู้สูงอายุการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการต่างๆ จะน้อยลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารเช่น การพูด การได้ยิน หรือการมองเห็น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถบอกความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ได้ทั้งหมด ผู้สูงอายุบางรายรับรู้ว่าการเจ็บปวดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นตามวัย การให้ความหมายของการเจ็บปวดก็จะลดลง บางรายลังเลในการรายงานอาการทุกข์ทรมาน

ต่างๆ เนื่องจากกลัวจะถูกกล่าวหาว่าอ่อนแอ กลัวการรักษาที่อาจเพิ่มขึ้นหรือกังวลกับอาการดังกล่าว ว่าเป็นอาการที่บ่งบอกถึงอาการที่แย่งและไม่อยากให้คุณคนในครอบครัวรับทราบ

2. ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) ได้แก่ ภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงหรือธรรมชาติของโรค ผู้ป่วยที่มีโรคที่ต่างกัน การรับรู้อาการก็จะต่างกันตามสาเหตุของการเกิดโรค เช่น ประสบการณ์การหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ (pulmonary disease) ชนิดต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อการเลือกวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันออกไป ในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของความคิด ความจำ (cognitive impairment) จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือทักษะในการประเมินอาการที่มากขึ้น ในผู้สูงอายุจะมีการทำงานของตับและไตลดลงและจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้รับยาหลายชนิดเป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีการสะสมของยาในร่างกายมากจนเกิดความเสี่ยงในการเกิดพิษจากยาและเกิดการแพ้ยาได้ง่ายกว่าวัยอื่น การใช้ยาในผู้สูงอายุจึงควรนึกถึงผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้นให้มาก หากจำเป็นต้องใช้ยาควรเริ่มให้ยาจากขนาดต่ำ (low dose) และปรับขนาดยาขึ้นลงตามการตอบสนองของผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการให้ยาแบบต่อเนื่องโดยไม่จำเป็น (MacLean, 2000)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (envelopment domain) เป็นปัจจัยด้านกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านกายภาพ หมายถึง สถานที่อยู่ในขณะเจ็บป่วย เช่น บ้าน โรงพยาบาล หรือสถานที่ทำงาน ด้านสังคม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านวัฒนธรรม คือ การให้คุณค่าและความเชื่อที่ผู้ป่วยมี การยอมรับในวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ และการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรสุขภาพ

การจัดการอาการในผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

ที่ผ่านมามีการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จะมีเป้าหมายคือ การจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ ซึ่งในแต่ละอาการก็จะมีวิธีการจัดการที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. อาการหายใจลำบาก เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย หายใจไม่โล่งและผู้ป่วยรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานนั้น เป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกเอง ทั้งนี้อาการหายใจลำบากอาจไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงหรืออาการที่สามารถตรวจพบได้ เช่น อัตราการหายใจ หรือ ปริมาณออกซิเจนที่วัดได้ (กิติพลนาควิโรจน์, 2011) ในผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตการให้ยาแก้ปวดประเภท opioids และการใช้ออกซิเจนถือเป็นตัวเลือกที่เหมาะสมที่สุดที่ใช้ในการช่วยลดความรู้สึกของการหายใจลำบาก (Pantilat & Isaac, 2008) เนื่องจากยาจะช่วยลดการรับรู้ถึงการหายใจเหนื่อย และลดการหายใจ ช่วย

ลดอัตราการไหลเวียนของอากาศ ที่ตอบสนองต่อภาวะขาดออกซิเจน หรือคาร์บอนไดออกไซด์ที่มีในเลือดสูง สำหรับผู้ป่วยที่มีการหายใจลำบากจากการอักเสบร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืดจะพิจารณาการใช้ยาพ่นที่เป็นสเตอรอยด์ช่วย (inhaled corticosteroids) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนร่วมด้วยอาจพิจารณาการรักษาโดยไม่ใช้ยาได้แก่ การจัดให้อยู่ในที่ที่มีอากาศสดชื่น เย็นสบายหรือมีการระบายอากาศที่ดี เช่น การเปิดหน้าต่างหรือการใช้พัดลมเพื่อให้ความรู้สึกโล่งและสบาย (MacLean., 2000; National Guideline Clearinghouse [NGC], 2008) ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือมีอาการรุนแรงจนสูญเสียความสามารถในการกลืนอาจมีการคั่งค้างของเสมหะ เกิดเสียงดังเวลาหายใจเข้าออก การดูแลช่วงนี้คือการงดน้ำและอาหารทางปาก และลดการให้ยาละลายเสมหะ เพื่อลดการหลั่งน้ำลายและสารคัดหลั่ง ทั้งนี้อาจพิจารณาการเคาะปอด (postural drainage) แต่หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดูดเสมหะ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยระคายเคืองเจ็บและไม่สงบได้ (สุมาลี นิมมานนิตย์, 2547)

2. อาการปวด หมายถึงประสบการณ์ด้านการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จะถูกรายงานหรืออธิบายโดยผู้ป่วยเอง ทั้งนี้การรายงานถึงระดับความเจ็บปวดจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และการให้ความหมายของผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในวาระสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บปวดชนิดเรื้อรัง โดยอาการแสดงจะเป็นในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น อาการซึมเศร้า แยกตัว อยู่นิ่งๆลดการเคลื่อนไหว ทำกิจกรรมได้ลดลงและนอนหลับได้น้อย ในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของระดับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีการแสดงออกทางสีหน้าและเสียง และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่เคยทำอยู่ประจำ (MacLean., 2000) แต่ทั้งนี้การแสดงออกของความเจ็บปวดทางสีหน้าและเสียงนั้นมักคล้ายคลึงกัน กับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ในบางครั้งการเจ็บปวดอาจแสดงออกโดยมีชีพจรเต้นเร็วร่วมด้วย แต่หากแยกไม่ออก อาจพิจารณาการให้ยามอร์ฟินได้ แต่ควรระมัดระวังในการใช้ยาเนื่องจาก อาจมีการสะสมของยาในร่างกายได้ (สุมาลี นิมมานนิตย์, 2547) โดยในการพิจารณาการให้ยาแก้ปวดในผู้สูงอายุในวาระสุดท้าย ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด การให้ยาอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง และมีการปรับยาตามความเหมาะสมสำหรับรายที่มีการเจ็บปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การสัมผัสการใช้เสียงเพลง เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดและพยายามค้นหาสาเหตุของการเจ็บปวดให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณและมีการติดตามผลของการรักษาอยู่เสมอ (MacLean, 2000) หากไม่ดีขึ้นอาจใช้ยา acetaminophen, aspirin และยาแก้อักเสบช่วย ทั้งนี้ควรระมัดระวังการใช้ยาแก้อักเสบในผู้ป่วยโรคหัวใจเลือดคั่งเนื่องจากอาจเร่งให้อาการกำเริบขึ้นได้ (Pantilat & Isaac, 2008)

3. อาการอ่อนล้า (fatigue) เป็นความรู้สึกเหนื่อย เมื่อย่ำหรืออ่อนเพลียอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีการทำกิจกรรมลดลง เหนื่อยง่าย (tiredness) ทั้งนี้สาเหตุอาจเกิดได้ทั้งจากภาวะการเจ็บป่วย เช่น ในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ร่างกายมีการเผาผลาญของพลังงานอย่างมาก แต่รับประทานอาหารได้น้อยลง อาการปวดที่มีการรบกวนแบบแผนการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้าและจากการได้รับยาในการรักษาบางชนิด เป็นต้น การรักษาจะใช้วิธีการรักษาตามสาเหตุ และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ่อนล้าแก่ผู้ป่วย ปรับปรุงกิจวัตรประจำวัน โดยจัดให้มีช่วงเวลาการพักระหว่างวัน อาจมีการออกกำลังกายเล็กน้อยเป็นช่วงเวลานั้นๆ ในแต่ละวัน เพื่อลดความรู้สึกและการรับรู้ของภาวะอ่อนล้าของผู้ป่วย ในบางรายอาจพิจารณาการใช้ psychostimulants ซึ่งพิจารณาให้ในช่วงเช้าของวัน (NGC, 2008) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามการดำเนินของโรค จนในที่สุดผู้ป่วยก็ไม่สามารถขยับตัวได้ ทำให้เกิดการยึดติดของข้อและเอ็น ผู้ป่วยอาจเกิดการปวดข้อและเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ สิ่งที่ต้องทำคือ ดูแลพลิกตะแคงตัว บริหารข้อต่างๆ และป้องกันผิวหนังจากการเกิดแผลกดทับ (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2547)

4. อาการสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและชั่วคราว เนื่องจากความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมองโดยทั่วไป ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความคิด ความจำ และระดับความรู้สึกตัว (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2551) เป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งแสดงออกใน 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายมาก (difficult road) และรูปแบบที่มีระดับความรู้สึกตัวน้อยลงจนกระทั่งหมดสติและตายในที่สุด (usual road) ในรูปแบบแรก มักเป็นรูปแบบอาการที่ถูกกละเลยในการวินิจฉัย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ถูกคิดว่าเป็นภาวะสับสนหรือภาวะหลงลืมตามอายุ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างถูกต้อง (คาริน จุฑรภัทรพร, 2011) ทั้งนี้ในผู้สูงอายุอาการสับสนอาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของสมอง การเปลี่ยนแปลงของระบบเผาผลาญของร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงของสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและการได้รับยาบางชนิด การรักษาคือการจัดการสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิด การบอกให้ทราบถึงภาวะปัจจุบันเสมอ พิจารณาการหยุดยาบางชนิดที่มีผลให้เกิดอาการ หรือให้ญาติอยู่ข้างๆ หากเป็นไปได้ การป้องกันอันตรายต่างๆ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มตกเตียง ซึ่งอาจพิจารณาให้ยา haloperidol ในขนาดต่ำตามความเหมาะสม หลีกเลี่ยงการผูกมัดโดยไม่จำเป็น (NGC, 2008) สำหรับผู้ป่วยในรูปแบบที่ 2 จะให้การดูแลโดยปล่อยให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะยังสามารถรับรู้หรือได้ยินอยู่เพียงแต่ไม่สามารถโต้ตอบได้ บุคลากรสุขภาพและญาติไม่ควรพูดคุยเรื่อง que ผู้ป่วยไม่สบายใจ ทำให้เหมือนผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี อาจพูดคุยให้กำลังใจ หรือนำาให้ญาติบอกให้ผู้ป่วยคลายกังวล ไม่ต้องห่วงคนข้างหลัง หรือให้การสัมผัส เป็นต้น (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2547)

5. อาการเบื่ออาหารหรือขาดสารอาหาร (anorexia/cachexia) คือ ภาวะที่ร่างกายมีความอยากอาหารลดลง รับประทานได้น้อยหรือมีการเผาผลาญพลังงานมาก น้ำหนักลดโดยเฉพาะจากมวลของร่างกายที่ลดลง ผู้ป่วยวาระสุดท้ายจะมีการเผาผลาญพลังงานจากไขมันมาใช้มากขึ้น ซึ่งทำให้ปริมาณคีโตน (ketone) ในเลือดสูง ผู้ป่วยจึงมีความอยากอาหารลดลง ดังนั้นไม่ควรบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานหากผู้ป่วยไม่ต้องการ นอกจากนี้ในภาวะขาดน้ำและอาหาร ร่างกายจะมีการหลั่งสารเอนโดฟินเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและบรรเทาความเจ็บปวดได้ (Heuberger, 2010) สำหรับการให้สารอาหารหรือสารน้ำแบบพิเศษแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้าย พบว่าไม่มีประโยชน์ในทางการแพทย์แต่อย่างใด แต่อาจก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาต่างๆ มากขึ้น ทั้งนี้ในวาระสุดท้าย ควรพิจารณาการให้สารอาหารและสารน้ำให้น้อยที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) หรืออาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย น้ำท่วมปอด (plural effusion) ซึ่งมีผลต่อความสบายของผู้ป่วยได้ (Pantilate & Isaac, 2008) การดูแลในระยะนี้คือ หมั่นทำความสะอาดและรักษาความชื้นของปาก ดูแลความชุ่มชื้นเยื่อของอวัยวะต่างๆ เช่น ริมฝีปาก จมูกและดวงตาไว้ โดยการใช้สำลีชุบน้ำแตะปาก ริมฝีปาก จมูก หรือใช้สารหล่อลื่นทาริมฝีปากไว้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถหลับตาได้ ให้ใช้น้ำตาเทียมหยอดตาทุก 15-30 นาที หรือใช้เจลหล่อลื่นตา ป้ายตาทุก 3-4 ชั่วโมง (สุมาลี นิมนานิตย์, 2547)

6. อาการท้องผูก คือ ภาวะที่ร่างกายมีการขับถ่ายลำบากต้องใช้แรงในการเบ่งถ่ายและมีการถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยในวาระสุดท้าย รองจากอาการปวดและเบื่ออาหาร (กิตติพล นาควิโรจน์, 2011) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่และโครงสร้างของร่างกายไม่ว่าจะเป็น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่มีผลต่อการขอมตามของทวารหนักและแรงเบ่งที่ลดลง รวมไปถึงระดับความรู้สึกเกี่ยวกับความอยากถ่ายที่ลดลงด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง การรับประทานอาหารที่มีกากใยและการได้รับน้ำลดลง ระดับความรู้สึกตัวและการได้รับยาบางชนิด เช่น มอร์ฟีนที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง รวมไปถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นส่วนตัว ล้วนมีผลทำให้การขับถ่ายของผู้สูงอายุลำบากมากขึ้น ในผู้ป่วยในวาระสุดท้ายการให้อาหารหรืออาหารเสริมที่มีส่วนประกอบของเส้นใยอาหารบางครั้งไม่สามารถช่วยให้อาการท้องผูกดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำทางปากได้น้อย การนวดหน้าท้องหรือการกระตุ้นการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกายเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทนได้และการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นอีกวิธีที่พบว่ามีประสิทธิผลในการช่วยในการขับถ่ายได้ดี นอกจากนี้อาจพิจารณาให้ยาที่ช่วยให้อุจจาระอ่อนตัว หรือยาที่ช่วยเพิ่มมวลของอุจจาระ ยาระบายเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้ป่วยที่ให้การรักษาโดยไม่ให้ยาไม่สำเร็จ (Best Practice, 2008; NGC, 2008)

7. อาการโศกเศร้า (grief)/ ซึมเศร้า (depression) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโศกเศร้า การอยู่รับฟังผู้ป่วยเพื่อระบายความรู้สึก การให้สัมผัส จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะเสี่ยงควรพิจารณาส่งต่อรักษาทางจิตเวชต่อไป (Pantilat & Isaac, 2008)

ทั้งนี้การให้ยาในผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต บุคลากรสุขภาพควรทบทวนการให้ยาและลดยาให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น และให้สำหรับรักษาตามอาการเท่านั้น และควรเลือกวิธีบริหารยาที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยที่สุด จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นจะแตกต่างจากช่วงเวลาอื่น บุคลากรสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจพยาธิสภาพ เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม และสามารถอธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับอาการต่างๆ และเหตุผลของการปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้อง และแนะนำให้ญาติได้ปฏิบัติและรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแลในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยด้วย

ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

ความรู้ของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

ความรู้นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติการดูแล โดยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งเข้าใจวิธีการปฏิบัติที่จำเป็นในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายจะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แนวคิดและวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา เกี่ยวกับความรู้ของบุคลากรสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตกลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความรู้ที่ไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจากการศึกษาของพันทิลโลและคณะ (Puntillo, et al., 2001) พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในสหรัฐอเมริกามีการรับรู้ว่าการดูแลในวาระสุดท้ายเป็นเพียงการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการจัดการอาการเจ็บปวดและการหยุดหรือยกเลิกการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชายเรท (Schairer, 2009) ที่ทำการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของพยาบาลในรัฐหนึ่งทางตะวันออกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา ก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย เช่นเดียวกับ

การศึกษาในประเทศไทยของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ อัจฉริยา ปทุมวัน สมทรง จุไรทัศนีย์ และ อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2011) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดี มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายก่อนการอบรมอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นการศึกษาการดูแลในวาระสุดท้ายชีวิตในบุคคลทั่วไปและยังไม่พบการศึกษาในบุคลากรสุขภาพระดับอื่นหรือความรู้ที่เฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตแต่อย่างใด

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย ได้แก่

1. การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมสัมมนาอย่างต่อเนื่องจะมีคะแนนความรู้สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญ (Caton & Klemm, 2006; Morita, Fujimoto, Imura, Nanba, Fukumoto, & et al., 2006)
2. ประสบการณ์การทำงานและจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เคยให้การดูแล จากการศึกษารูขของพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร จำนวน 270 คนของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) พบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกกับประสบการณ์การทำงานของพยาบาล แต่จะมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับจำนวนผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่เคยให้การดูแลอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ นากาซาวา และคณะ (Nakazawa, et al., 2009) พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การทำงานของพยาบาลแต่อย่างใด ทั้งนี้พบเพียงความสัมพันธ์ทางบวกของคะแนนความรู้กับจำนวนผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่เคยให้การดูแลเท่านั้น
3. ความตระหนักในความสำคัญของการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งส่งผลต่อความต้องการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อจะสามารถให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม (Gorman, Ahern, Wiseman, & Skrobik, 2005)

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนใหญ่ใช้การทดสอบความรู้ในลักษณะของแบบสอบถาม และจากการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้เครื่องมือการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของรศพร ประทุมวัน (2534) มีคำถามจำนวน 22 ข้อ เนื้อหาครอบคลุม 6 หัวข้อ คือ จุดประสงค์ของการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต กระบวนการของการปรับตัวในวาระสุดท้าย การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ การดูแลครอบครัวและสังคม และการสื่อสารกับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้คะแนน 1 ตอบผิดให้คะแนน 0 มีการแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 50 ถึงต่ำกว่าร้อยละ 75 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง เครื่องมือนี้มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 ต่อมาเครื่องมือนี้ได้นำมาใช้ในงานวิจัยของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) เพื่อวัดความรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐใน กรุงเทพมหานคร และได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออีกครั้ง โดยวิธี KR-20 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.59

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของ มอริต้า และคณะ (Morita, et al., 2008) มีคำถามจำนวน 18 ข้อ เนื้อหาครอบคลุม 6 หัวข้อ คือ อาการปวด 3 ข้อ หายใจลำบาก 3 ข้อ ภาวะสับสน (delirium) 3 ข้อ การสื่อสาร 3 ข้อ ระยะของการตาย 3 ข้อและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 3 ตัวเลือกคือ ถูก ผิด ไม่แน่ใจ คะแนนรวมอยู่ช่วง 0-18 คะแนน คะแนนที่สูงบ่งบอกถึงระดับความรู้สูง เครื่องมือนี้มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.64-0.93

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (The Palliative Care Knowledge Test [PCKT]) ที่พัฒนาขึ้น โดย นากะซาวา และคณะ (Nakazawa, et al., 2009) จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) จน ได้ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง 2 ข้อ อาการปวด 6 ข้อ หายใจลำบาก 4 ข้อ ปัญหาด้านจิตวิทยา 4 ข้อและปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือกคือ ถูก และผิด ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธี KR-20 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 773 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายใน

(internal consistency) เท่ากับ 0.81 และค่าความสัมพันธ์ (intraclass correlation) จากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ 0.88 และ 0.61-0.82 ในแต่ละด้าน

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองของนางะซาวาและคณะ (Nakazawa, et al., 2009) เนื่องจากมีเนื้อหาและคำจำกัดความตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ทัศนคติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

ทัศนคติ คือ ความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เรื่องใดเรื่องหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง แล้วทำให้มีปฏิกิริยาตอบกลับทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบ ส่งผลให้เกิดความโน้มเอียงให้เกิดการปฏิบัตินั้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520; อัญชลี ศรีสมุทร, 2552) ทัศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านปัญญา ซึ่งเป็นส่วนของความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ ที่แสดงออกในรูปแบบของการรับรู้และความเชื่อ องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก เป็นส่วนของอารมณ์ ความรู้สึก ที่เป็นตัวเร้าความคิดอีกต่อหนึ่ง และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติในลักษณะของการส่งเสริมหรือขัดขวาง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520) ทัศนคติของบุคลากรสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยจากการศึกษาของ แครมเมอร์ และคณะ (Cramer, McCorkle, Cherlin, Johnson-Hurzel, & Bradley, 2003) พบว่าทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจะช่วยให้พยาบาลมีความสบายใจในการพูดคุยและยอมรับถึงประโยชน์ของการดูแลในวาระสุดท้าย เช่นเดียวกับ การศึกษาของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่พบว่าทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของบุคลากรสุขภาพ ที่ผ่าน มาพบว่าบุคลากรมีทัศนคติต่อการดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก โดยจากการศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลมหานาคนครเชียงใหม่ จำนวน 579 คน ของ ทักษิณา มหามานุภาพ นันทา เล็กสวัสดิ์ และ กนกพร สุคำวัง (2541) พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างใน โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครจำนวน 270 คน มีทัศนคติที่ดีมากที่สุดต่อการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย การศึกษาของ ชายเรท (Schlairer, 2009) พบว่าพยาบาลมีทัศนคติด้านบวก ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้าย การศึกษาของ อาลี และเอยูบ (Ali & Ayoub, 2010) พบว่าพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในแมนเชสเตอร์ ประเทศอียิปต์มีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมการดูแลเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและญาติ แต่ทั้งนี้ครั้งหนึ่งกลับไม่ต้องการพูดคุยเกี่ยวกับความตายและไม่ยอมรับการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย การศึกษาของ ลอยด์-วิลเลียมส์ และ โดกรา (Lloyd-Williams & Dogra, 2004) พบว่านักศึกษาแพทย์มีทัศนคติทางด้านบวกในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยเห็นว่าผู้รักษาควรให้เวลาในการรับฟังปัญหาหรือฟังเรื่องราว ประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยและผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยโดยไม่ถูกกีดกันจากญาติ และเห็นด้วยหากผู้ป่วยจะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ ชูว์แมนกรีน และคณะ (Schulman-Green, et al., 2005) พบว่าแพทย์และพยาบาลยังคงมีความรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องเป็นฝ่ายเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับการตายก่อน ทั้งนี้เกิดจากการที่ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นความรับผิดชอบของตนในการเป็นผู้นำเข้าสู่การสนทนาเกี่ยวกับความตาย โดยแพทย์ยังต้องการให้การรักษาต่อและพยาบาลเองก็มีความต้องการที่จะคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายและญาติอยู่ การศึกษาของ คลาร์ก และ รอส (Clark & Ross, 2006) พบว่าแพทย์และพยาบาลมีความกลัวในเรื่องของการสื่อสารเกี่ยวกับการตายกับผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากกลัวปฏิกิริยาตอบสนองจากผู้สูงอายุและมองว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่บอบบาง กลัวว่าผู้ป่วยสูงอายุจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกและสถานการณ์ได้ จึงเลือกที่จะพูดคุยกับญาติมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลและแพทย์มีทัศนคติเกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกัน แพทย์ให้คุณค่าและความหมายของการตายเป็นเรื่องของการล้มเหลวทางการรักษา แต่พยาบาลมองการตายเป็นเรื่องธรรมดาที่ต้องเกิดขึ้น

สำหรับทัศนคติในด้านกิจกรรมการดูแลวาระสุดท้าย จากการศึกษาของ ลาทัร์ ฟูลบรูค และอัลบารัน (Latour, Fulbrook, & Albarran, 2009) เกี่ยวกับทัศนคติและความเชื่อของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้าย พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าผู้ป่วยและญาติควรได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมโดยไม่จำกัดเวลาและระยะเวลาในการเข้าเยี่ยม การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ผู้ป่วยควรได้รับการบรรเทาปวดหรือให้ยาระงับความรู้สึกและได้รับสารน้ำเพื่อรักษาระดับน้ำในร่างกายอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการบริหารร่างกายบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย (passive limb exercise) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไบโต และเอซัย (Bito & Asai, 2007) ที่พบว่าแพทย์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่รู้สึกตัว (comatose state) และไม่เห็นด้วยในการยกเลิกการให้อาหารทางสายยางในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือที่ยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้มากกว่า 6 เดือน แม้แพทย์เองจะยอมรับว่าการให้อาหารทางสายยางเป็นการรักษาเพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยก็ตาม ส่วนการใช้ท่อช่วยหายใจนั้น

แพทย์บางส่วนเห็นด้วยในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่รู้สึกตัว ที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดปอดติดเชื้อรุนแรง สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของ สุดารัตน์ ติทธิสมบัติ และคณะ (Sittisombut, et al., 2009) พบว่าแพทย์กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลมหาราช านครเชียงใหม่ บางส่วนเห็นด้วยในการให้ข้อมูลหรือพูดคุยในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีวิตกับผู้ป่วยที่อยู่ในที่เจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของโรคทุกรายที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและอนุญาตให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าได้ ในขณะที่แพทย์บางส่วนจะพิจารณาเป็นรายๆ ไป แต่ก็มีแพทย์ บางส่วนที่ไม่เห็นด้วยกับการกระทำดังกล่าว

ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติในการดูแลในวาระสุดท้าย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติในการดูแลวาระสุดท้ายของ บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ระดับการศึกษา การ ฝึกอบรมการดูแลในวาระสุดท้ายและแผนกที่ปฏิบัติงาน

1. อายุ จากการศึกษาทัศนคติของนักศึกษาแพทย์จำนวน 149 คนเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของ ลอยด์-วิลเลียม และ โดกรา (Lloyd-Williams & Dogra, 2004) พบว่าอายุของนักศึกษาแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) ที่ศึกษาทัศนคติของ พยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครจำนวน 270 คน แล้วพบว่าอายุของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายเช่นกัน อย่างไรก็ตามจาก การศึกษาของ ทัศนมา มหานุภาพ และคณะ (2541) พบว่าช่วงอายุที่แตกต่างกันของพยาบาลไม่มีผล ต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแต่อย่างใด

2. ระดับการศึกษา จากการศึกษาทัศนคติของพยาบาลในแมนชูลาของ อาลี และเอยูป (Ali & Ayoub, 2010) พบว่าระดับการศึกษาของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลวาระสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอนเดอร์สัน วิลเลียม โบส และบาร์นาร์ด (Anderson, Williams, Bost, & Barnard, 2008) ที่พบว่านักศึกษาแพทย์ ในระดับปริญญาตรีที่มีทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย มีทัศนคติในด้านบวกมาก ขึ้นเมื่อเข้ารับการศึกษาในระดับปริญญาโท

3. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย จากการศึกษาของ ทัศนมา มหานุภาพ และคณะ (2541) พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อาลี

และเอฮูบ (Ali & Ayoub, 2010) ที่พบว่าทัศนคติของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่เคยให้การดูแลอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามในการศึกษาของปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) กลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายกับทัศนคติของพยาบาลแต่อย่างใด

4. ความรู้หรือการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มทัศนคติของบุคลากรสุขภาพได้เป็นอย่างดี (จินตฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ, 2011: Caton & Klemm, 2006: Lloyd-Williams & Dogra, 2004)

5. วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติการดูแล ซึ่งได้แก่ การให้ความสำคัญและแนวคิดของสมาชิกภายในหอผู้ป่วยหรือสถานที่ทำงานในเรื่องของการดูแลในวาระสุดท้ายของสมาชิกภายในทีม ที่จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือ และสนับสนุนให้การปฏิบัติเกิดขึ้น (Clarke & Ross, 2006) ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกว่าการดูแลในวาระสุดท้ายเป็นเรื่องของภาระและหน้าที่ และก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีตามมา

การประเมินทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

การประเมินทัศนคติส่วนใหญ่เป็นการประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ส่วนใหญ่จะวัดโดยใช้แบบวัดซึ่งอาจมีลักษณะต่างกัน เช่น เป็นลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า หรือเป็นแบบข้อความที่แตกต่าง (Semantic differential) ซึ่งในแบบวัดจะใช้คำคุณศัพท์ในทิศทางตรงกันข้ามกันเช่น ชอบ-ไม่ชอบ เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย และอาจมีการเรียงลำดับของความมากน้อย จากด้านหนึ่งไปสู่ด้านหนึ่ง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520) สำหรับการวัดทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายที่ผ่านมาพบว่าใช้แบบวัดซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ดังนี้

1. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของฟรอมเมต (the Frommelt Attitude Toward Care of Dying scale [FATCOD]) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนทางบวกตั้งแต่ 1-5 คะแนนตามลำดับ ส่วนคะแนนทางลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยมีจำนวนข้อทางลบและทางบวกเท่ากัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 30-150 คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูงจะแสดงถึงการมีทัศนคติทางบวก เครื่องมือมีการทดสอบคุณภาพ โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ 0.94 เครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปใช้ใน

การศึกษาอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ โดยในการศึกษานี้วัดค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำ ได้ค่าเท่ากับ 0.92 (Frommelt, 2003) และในการศึกษาทัศนคติของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแมนซูลา ประเทศอียิปต์ ทดสอบความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำ ได้เท่ากับ 0.90 (Ali & Ayoub, 2010)

2. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตายของทัศน มหานุภาพและคณะ (2541) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนทางบวก ตั้งแต่ 1-5 ตามลำดับและคะแนนทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม เครื่องมือมีการทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.64 ซึ่งแบบสอบถามนี้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาของปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) อีกครั้งเพื่อทดสอบทัศนคติของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ โดยในการศึกษานี้ได้มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเช่นกัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.62

4. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของ แบลดเลย์ และคณะ (Bradley, et al., 2000) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้แนวคิดพื้นฐาน 3 ข้อ คือ แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ตามหลักการของแพทย์ ความเชื่อในการดูแลในวาระสุดท้าย และประโยชน์ในการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและความสำคัญของการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) จนได้ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เฉยๆ เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายจำนวน 4 ข้อ ประสิทธิภาพของการดูแลในวาระสุดท้ายจำนวน 5 ข้อ การสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินโรค การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยและการจัดการอาการปวดจำนวน 3 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่างแพทย์และพยาบาล 50 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.61-0.76 ในแต่ละหัวข้อและได้ค่าความสัมพันธ (intraclass r coefficients) จากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ 0.86 และ 0.75-0.85 ในแต่ละหัวข้อ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ แบลดเลย์ และคณะ เนื่องจากมีค่าจำกัดความตรงตามที่ผู้วิจัยสนใจ และมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของบุคคลากรสุขภาพ

การปฏิบัติเป็นการกระทำหรือความประพฤติของบุคคลที่แสดงออกต่อสิ่งต่างๆ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในวาระสุดท้ายของบุคคลากรสุขภาพคือ การกระทำที่บุคคลากรสุขภาพกระทำต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในการปฏิบัติการดูแลในวาระสุดท้ายนั้น ผู้ดูแลต้องประเมินปัญหาและอาการไม่สุขสบายต่างๆ เพื่อนำไปวางแผนการจัดการอาการ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานเป็นหลัก เน้นความปลอดภัย และตระหนักถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะด้านของความทนต่ออาการต่างๆ และความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Brenner, 2007) การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายจะใช้หลักของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งจะเน้นการดูแลแบบองค์รวม และครอบคลุมการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

ในการปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตที่ดีพอ ซึ่งจะได้รับดูแลแบบประคับประคองก็ต่อเมื่อหนึ่งสัปดาห์ก่อนเสียชีวิต ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สั้นเกินไป ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับประโยชน์จากการดูแลในวาระสุดท้ายเท่าที่ควร ผู้สูงอายุบางรายได้รับการรักษาที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น และมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นจากการรักษา (Lo, et al., 2010) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีการให้การรักษาเต็มที่ทุกรูปแบบจนกว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการตอบสนองใดๆ จึงหยุดการให้การักษา (Zomorodi & Lynn, 2010) คาลแมน และคณะ (Kalman, Rolland, & Seton, 2005) ได้ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยโรคปอด โรคไตวายเรื้อรังและโรค amyotrophic lateral sclerosis [ALS] จำนวน 124 คน ที่ควรได้รับประโยชน์จากการดูแลในวาระสุดท้าย พบว่ามีเพียงร้อยละ 7.3 ที่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่นเดียวกับข้อมูลการเข้ารับรักษาในหอฉุกเฉินของโรงพยาบาลคิง คอลเลจและโรงพยาบาลโรมัสส์ในประเทศอังกฤษในปี 2006-2007 ของ เบนอน และคณะ (Beynon, Gomes, Murtagh, Glucksman, Parfitt, et al., 2010) ที่พบว่าจากจำนวนผู้เสียชีวิตในหอฉุกเฉิน 281 คน ซึ่งร้อยละ 46.3 เป็นผู้สูงอายุ โดยเมื่อพิจารณาจากข้อวินิจฉัยและอาการของโรคแล้ว จัดว่าอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่พบว่ามีเพียง 8 รายที่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้จากการศึกษาของ คีทติ้ง และคณะ (Keating, Landrum, Rogers, Baum, Virnig, et al., 2010) พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะยังไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางหรือรูปแบบการรักษาในวาระสุดท้าย หรือการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือถามถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยอยากใช้ชีวิตอยู่ก่อนตายในผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่แพทย์ยังเห็นว่าอาการคืออยู่ แต่จะรอจนผู้ป่วยมีอาการแย่งและไม่สามารถให้การรักษาได้อีก เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย ของ สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ และ

คณะ (Sittisombut, et al., 2009) เกี่ยวกับการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เลือกที่จะให้ข้อมูลอาการของผู้ป่วยกับญาติมากกว่า และร้อยละ 38.2 จะบอกเพียงอาการสำคัญกับผู้ป่วย มีเพียงร้อยละ 20 ที่บอกข้อมูลทั้งหมดกับผู้ป่วย ในขณะที่ร้อยละ 10.9 จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเฉพาะบางคนเท่านั้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ ซาลาฮุดดีน และคณะ (Salahuddin, et al., 2008) เกี่ยวกับการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในปากีสถานเกี่ยวกับการดูแลวาระสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 137 คนพบว่าแพทย์กลุ่มตัวอย่างยังให้การรักษาต่อเนื่องอยู่ โดยร้อยละ 72.3 เลือกใช้ยากระตุ้นหัวใจ ร้อยละ 83 เลือกการล้างไต และมีเพียงร้อยละ 17.5 เลือกที่จะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจโดยร้อยละ 72.6 จะมีการปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมก่อน และอีกร้อยละ 28.3 พิจารณาการปฏิบัติจากความคุ้มค่าหลังจากการให้การรักษามีเพียงร้อยละ 8 ที่ใช้เหตุผลทางศาสนาว่าเป็นสิ่งตัดสินใจเลือกปฏิบัติและเมื่อต้องหยุดการรักษา แพทย์เลือกที่จะหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนในขณะที่พยาบาลเลือกหยุดการใช้ยากระตุ้นหัวใจก่อน ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความหมายของความสุขสบายในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ต่างกันระหว่างแพทย์และพยาบาล

การปฏิบัติดูแลนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลด้านร่างกายพบว่า จากการศึกษาของ อรรถพร อมรพรหมภักดี (2547) พยาบาลกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลรามธิบดีและศูนย์มะเร็งแห่งชาติ จำนวน 270 คนมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทองทิพย์ พรหมสอน (2551) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย โดยผลการศึกษาพบว่า การให้การปฏิบัติดูแลในวาระสุดท้ายของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากเช่นกัน การปฏิบัติดูแลด้านจิตสังคม พบว่าการปฏิบัติดูแลด้านจิตสังคมของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง โดยกิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้อยู่กันตามลำพัง รองลงมาคือการให้คำปรึกษาและชี้แนะแหล่งประโยชน์ในการใช้สิทธิ์การรักษา แต่สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำเรื่องที่ยังค้างคาใจให้สำเร็จลุล่วงในขอบเขตของความเป็นจริง หรือหาวิธีช่วยเหลือเกี่ยวกับเรื่องเศรษฐกิจ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาตินั้นมีการปฏิบัติเพียงบางส่วนเท่านั้น อย่างไรก็ตามการดูแลด้านจิตวิญญาณ พบว่าการปฏิบัติพยาบาลในด้านนี้อยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติส่วนมากคือการให้ข้อมูลกฎระเบียบและขั้นตอนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เปิดโอกาสให้ญาติเลือกสถานที่ที่อยู่ในวาระสุดท้ายและเปิดโอกาสให้การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา แต่มีส่วนน้อยที่เปิดโอกาสให้ตัวผู้ป่วยเองได้เลือกสถานที่ที่อยู่ในวาระสุดท้าย นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลบางส่วนได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ได้มีการแจ้งเจตจำนงไม่ประสงค์ช่วยฟื้นคืนชีพไว้แล้วด้วย อย่างไรก็ตามในปี 2553 จากการศึกษาของ พานี ซี ลัลเบอร์ก และเพชรรัตน์ เกอดอนฟาก (C-Lundberg & Kerdonfag, 2010) พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ โดยการอำนวยความสะดวกในการทำพิธีตามความเชื่อและศาสนา การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและให้บุคคลในครอบครัวได้เป็นส่วนหนึ่งของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการดูแลในวาระสุดท้ายของบุคลากรสุขภาพ

ชุลีพร พรหมพหากุล กิตติกร นิลมานัต และวราภรณ์ คงสุวรรณ (Prompahakul, Nilmanat, & Kongsuwan, 2011) ได้แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ ออกเป็น 3 กลุ่มคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเทคโนโลยี และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน การฝึกอบรมและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย จะส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติของพยาบาลแต่ละคนที่แตกต่างกัน

1.1 อายุ เนื่องจากพยาบาลที่มีอายุมากจะมีมุมมองของชีวิตมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยทำให้การปฏิบัติในแต่ละอายุจะแตกต่างกันออกไป ซึ่งจากการศึกษาของ คีทติ้ง และคณะ (Keating, et al., 2010) ที่ศึกษาการให้ข้อมูลในการรักษาของแพทย์ในสหรัฐอเมริกาพบว่า แพทย์กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกของการรักษาในวาระสุดท้ายมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าอายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลในวาระสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญ (อรรถพร อมรพรหมภักดี, 2547; Prompahakul, et al., 2011) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalakon, 2005) ก็พบว่าอายุของพยาบาลนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลในวาระสุดท้ายแต่อย่างใด

1.2 ประสบการณ์การทำงานและความเชี่ยวชาญ ผู้ที่มีประสบการณ์มากจะทำให้เกิดการสะสมความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน โดยผู้ที่มีประสบการณ์มากจะมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีกว่า (Prompahakul, et al., 2011) และจากความเชี่ยวชาญในสาขาที่ต่างกันจะทำให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันด้วย เช่น การศึกษาของ คีทติ้ง และคณะ (Keating, et al., 2010) พบว่า แพทย์กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกหรือมะเร็ง (Oncologists) จะมีการให้ข้อมูลด้านการดำเนินของโรคในขณะนั้น แต่แพทย์ที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ใช่โรคมะเร็งส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ และแนวทางการดูแลในวาระสุดท้ายกับผู้ป่วย การศึกษาในประเทศไทย อรรถพร อมรพรหมภักดี (2547) ก็พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างประสบการณ์การทำงานกับพฤติกรรมการดูแลในวาระสุดท้ายของพยาบาลโดยพยาบาลที่มีอายุการทำงานมากกว่า 5 ปีจะมีคะแนนการปฏิบัติโดยรวมสูงกว่าเมื่อเทียบกับพยาบาลที่มีอายุการทำงาน

น้อยกว่า 5 ปี อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalakon, 2005) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลกลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงานกับคะแนนของพฤติกรรมปฏิบัติแต่อย่างใด

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายจากการศึกษาของ จอห์นสัน และสลานินกา (Johnson & Slaninka, 1999) พบว่าการขาดความรู้หรือการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายเป็นอุปสรรคในการให้การดูแล ซึ่งพบว่าผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้น รับรู้ว่าการดูแลวาระสุดท้ายเป็นรูปแบบการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากโรคมะเร็งเท่านั้น การดูแลวาระสุดท้ายจึงเป็นทางเลือกสุดท้ายที่จะให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้จากการศึกษาของ คีทติ้ง และคณะ (Keating, et al., 2010) พบว่าความรู้ที่แตกต่างกันจะมีการปฏิบัติที่ต่างกัน แพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายจะให้ข้อมูลในการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ป่วยและญาติ แต่แพทย์ที่ไม่มีความรู้เพียงพอจะสนทนากับการดำเนินของโรคในขณะนั้นเท่านั้น ทั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายจะทำให้บุคลากรเห็นประโยชน์ของการดูแลในวาระสุดท้ายและนำหลักการดูแลมาปฏิบัติกับผู้ป่วยได้มากขึ้น (Prompahakul, et al., 2011)

1.4 ประสบการณ์ตรงในครอบครัว ผู้ที่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายในครอบครัวของตนเองจะมีการเรียนรู้ เข้าใจความรู้สึก และรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้มีคะแนนการปฏิบัติมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Prompahakul, et al., 2011) แต่จากการศึกษาของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalakon, 2005) กลับพบว่า ประสบการณ์ดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติดูแลในวาระสุดท้ายแต่อย่างใด

1.5 ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระบบการคิดที่ดีกว่า มีทักษะในการค้นคว้าความรู้ใหม่ๆ และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (Prompahakul, et al., 2011) โดยพบว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับปริญญาโทขึ้นไปมีคะแนนการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ทองทิพย์ พรหมสอน, 2551; อรรถพร อมรพรหมภักดี, 2547)

1.6 การตระหนักในตนเอง การตระหนักในบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและการรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองจะทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้เป็นอย่างดี (Prompahakul, et al., 2011)

1.7 ทักษะคิดและความบีบคั้นทางจิตใจ ได้แก่ ทักษะคิดที่แตกต่างกันระหว่างแพทย์และพยาบาลในการให้การดูแลรักษา (Clark & Ross, 2006) ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ความขัดแย้งในสิ่งที่ต้องทำและควรทำ ความสับสนระหว่างในการให้การรักษาในภาวะวิกฤตและการรักษา

ที่สูญเสียไป ความสับสนในหน้าที่หรือความเหลื่อมล้ำในบทบาทระหว่างแพทย์และพยาบาล (Prompahakul, et al., 2011; Riet, Higgins, Good, & Sneesby, 2008) ความรู้สึกบีบคั้นจากสถานการณ์ดังกล่าว ล้วนทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรสุขภาพเองและอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายที่ล่าช้าและไม่ได้รับประโยชน์การดูแลในวาระสุดท้ายที่ดีพอ

2. ปัจจัยทางเทคโนโลยี บุคลากรที่ปฏิบัติในสถานที่ที่มีความสะดวกของเทคโนโลยีในการประเมินและดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลของผู้ป่วย ทำให้เวลาที่ใช้ในการทำหัตถการต่างๆ ลดลง และมีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ในทางกลับกันเทคโนโลยีอาจทำให้บุคลากรให้ความสนใจในงานที่ได้จากเครื่องมือต่างๆ มากกว่าการประเมินจากผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจต้องการพูดคุยหรือซักถามจากบุคลากร โดยตรง (Prompahakul, et al., 2011)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ในการปฏิบัติงาน บุคลากรสุขภาพที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จะมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายน้อยกว่าหอผู้ป่วยทั่วไปเนื่องจากภาระหน้าที่และการให้ความสำคัญต่อผู้ที่มีภาวะวิกฤตและต้องการการดูแลที่มากกว่า ส่งผลให้ไม่สามารถใช้เวลาเพื่อประเมินผู้ป่วยในด้านของจิตใจ หรือไม่สามารถอยู่เคียงข้างเพื่อรับฟังผู้ป่วยระบายความรู้สึกร่างกายได้ นอกจากนี้จากระเบียบของหอผู้ป่วยวิกฤตที่จำกัดคนเข้าเยี่ยม ทำให้ผู้ป่วยและญาติถูกแยกจากกัน ผู้ป่วยสูญเสียการติดต่อสื่อสารทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและจิตสังคมได้ นอกจากนี้บรรยากาศในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีเสียงดังของเครื่องมือต่างๆ ตลอดเวลา ก็สามารถส่งผลกระทบต่อกระบวนการนอนหลับของผู้ป่วยได้ (Prompahakul, et al., 2011) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีวงจรของการหลับที่แตกต่างจากวัยอื่น ทั้งนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมยังรวมไปถึงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานที่จะผลักดันให้เกิดการปฏิบัติดูแลที่มีคุณภาพให้เกิดขึ้นด้วย

การประเมินการปฏิบัติดูแลในวาระสุดท้าย

ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการประเมินโดยใช้แบบวัดที่เป็นลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งในแบบวัดจะมีการใช้ข้อความในทิศทางตรงกันข้าม เช่น เคยปฏิบัติ-ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีการเรียงลำดับของความมากน้อย จากด้านหนึ่งสู่ด้านหนึ่ง สำหรับแบบวัดการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายที่ผ่านมาก็เป็นการใช้แบบวัดในลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่าทั้งสิ้น ซึ่งได้แก่

1. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของ วิชาวัฒน์ บุญมานุช (2543) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 70 ข้อ สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัดสัน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนวัดค่า 4 ระดับคือปฏิบัติ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ เครื่องมือนี้มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 และแบบวัดนี้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาของ ปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (Pokpalagon, 2005) อีกครั้งเพื่อทดสอบการปฏิบัติของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 270 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.98

2. แบบวัดการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ทองทิพย์ พรหมสอน (2551) สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยคำถามจำนวน 62 ข้อ แยกเป็น 4 ด้าน คือร่างกาย 24 ข้อ จิตใจ 11 ข้อ สังคม 8 ข้อ และจิตวิญญาณ 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีการแปลผลคะแนนแยกเป็น 3 ระดับคือ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ระดับปานกลางและระดับมาก เครื่องมือมีการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือทั้งหมด เท่ากับ 0.97 ส่วนค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าด้านร่างกายเท่ากับ 0.99 ด้านจิตใจ 0.94 ด้านสังคมเท่ากับ 0.94 และด้านจิตวิญญาณเท่ากับ 1.00

3. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลระยะสุดท้ายของ สุภาพร ดาวดี (2537) ที่สร้างขึ้นโดยการดัดแปลงบางส่วนจากแบบวัดการประเมินพฤติกรรมการดูแล (Caring Behavior Assessment [CBA]) ของ โครนิน และฮาร์รินสัน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัดสัน ประกอบด้วยคำถามจำนวน 65 ข้อ แยกเป็น 10 ด้านคือ สร้างค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและเมตตาต่อผู้อื่นจำนวน 5 ข้อ สร้างความศรัทธาและความหวัง 5 ข้อ ไวต่อการรับรู้ตนเองและผู้อื่น 5 ข้อ สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน 9 ข้อ แสดงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ 5 ข้อ ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ 8 ข้อ ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน 5 ข้อ ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคมและจิตวิญญาณ 6 ข้อ ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล 11 ข้อ และเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-195 คะแนน แปลผลคะแนนแยกเป็น 3 ระดับคือ มีพฤติกรรม

อยู่ในระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง เครื่องมือมีการตรวจสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาล จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 ต่อมาเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ ซึ่งได้หาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือกับพยาบาลจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 (อรรถพร อมรพรหมภักดี, 2547)

4. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยระยะสุดท้าย (the Caring Behaviors for Dying Patients scale [CDPs]) (สุภาพร ดาวดี, 2551) ซึ่งถูกพัฒนาจากแบบวัดการดูแลระยะสุดท้ายของสุภาพร ดาวดี ในปี 2537 โดยปรับเพิ่มแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตอบสนองต่อความตายของคูเบอร์ รอส มีคำถามทั้งหมด 50 ข้อ แยกเป็น 12 ด้าน คือ ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้สุขสบาย 12 ข้อ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเอง 5 ข้อ เคารพผู้ป่วย 4 ข้อ รักษาสัมพันธภาพที่ไว้วางใจกัน 4 ข้อ ช่วยผู้ป่วยจัดการความรู้สึก 4 ข้อ สนใจผู้ป่วย 5 ข้อ เอื้ออาทรอย่างจริงใจ 4 ข้อ ช่วยเหลือในระยะเวลาต่างๆของกระบวนการความตาย 3 ข้อ เคารพต่อความเชื่อของผู้ป่วย 2 ข้อ เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย 2 ข้อ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 3 ข้อ และส่งเสริมการสื่อสาร 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย เครื่องมือนี้ได้มีการทดสอบความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) ในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 40 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.95

5. แบบวัดการปฏิบัติดูแลแบบประคับประคอง (The Palliative Care self reported Practices scale [PCPs]) ที่พัฒนาขึ้นโดย นากะซาวา และคณะ (Nakazawa, et al., 2010) เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติดูแลแบบประคับประคองสำหรับแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) จนได้ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลในระยะใกล้ตาย 3 ข้อ การดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 3 ข้อ การดูแลอาการปวด 3 ข้อ อาการหายใจลำบาก 3 ข้อ อาการสับสนเฉียบพลัน 3 ข้อ และการสื่อสาร 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติพอๆกับไม่ปฏิบัติ บ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 797 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80-0.91 ในแต่ละหัวข้อ และค่าความความสัมพันธ์ (intra class correlation) จากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ 0.64- 0.74 ในแต่ละหัวข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวัดการปฏิบัติแบบประคับประคองของ นากะซาวา และคณะ (Nakazawa, et al., 2010) เนื่องจากมีคำจำกัดความและเนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ และมีค่าความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้

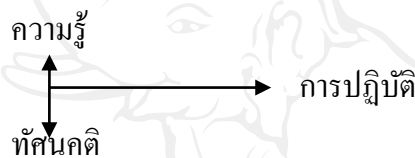
ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

ชวาร์ท (Schwartz, 1975) ได้เสนอรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติไว้ 4 รูปแบบ คือ

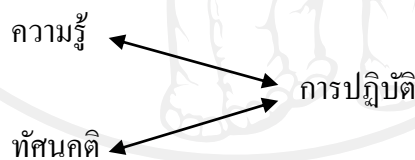
1. ความรู้และการปฏิบัติมีผลต่อกัน โดยมีทักษะทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ



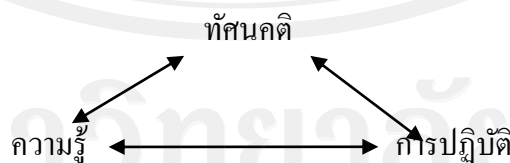
2. ความรู้และทักษะ มีผลร่วมกันทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่การปฏิบัติไม่มีผลต่อทั้งความรู้และทักษะ



3. ความรู้และทักษะต่างกันมีผลทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่ความรู้และทักษะไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน



4. ความรู้และทักษะมีผลต่อกันและต่างมีผลต่อการปฏิบัติ รวมทั้งต่างได้รับผลจากการปฏิบัติ

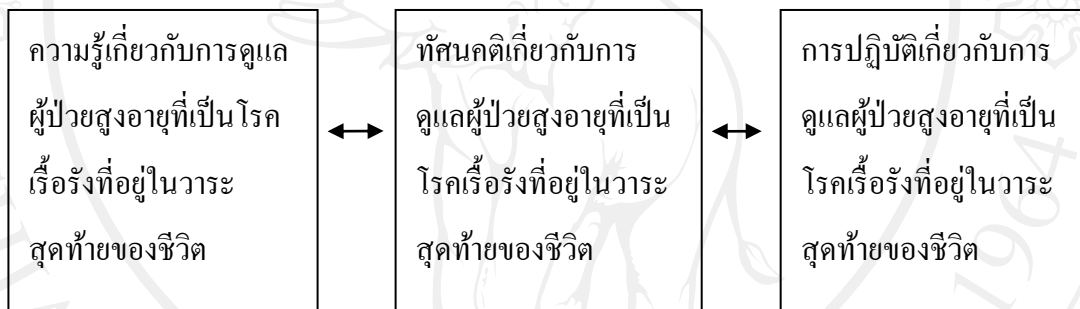


จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษาเกี่ยวกับการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ มากมาย โดยวัลภา บินสมประสงค์ (2526) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรของมารดากับการพัฒนาการของเด็กวัยเด็กตอนต้น ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบความสัมพันธ์ของทั้งสามตัวแปรแต่อย่างใด แต่

ต่อมาจากการศึกษาของปาริชาติ ประวัตติเมือง (2535) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของทันตแพทย์กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการปฏิบัติหรือความรู้กับการปฏิบัติแต่อย่างใด การศึกษาของ ซาเบาไฮ และคณะ (Sabouhi, Babae, Naji, & Zadeh, 2010) ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 234 คน กับการใช้บริการทางสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการใช้บริการมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่พบความสัมพันธ์ของความรู้กับทัศนคติและการปฏิบัติแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาของ พรพรรณ เขียรปัญญา (2535) เกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ และการศึกษาของ สิกา จิตตภิรมณ์ (2537) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทั้งต่อทัศนคติและการปฏิบัติ ส่วนทัศนคติก็มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ โดยทั้งความรู้และทัศนคติต่างมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแพทย์เกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในเรื่องการควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับทั้งทัศนคติและการปฏิบัติ และทัศนคติก็มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้วยเช่นกัน (Peimani, Tabatabaei-Malazy, Heshmat, Amiri-Moghaddam, Sanjari, & et.al, 2010) การศึกษาของปิยวรรณ โภคพลากรณ์ (2005) พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอื่นแต่อย่างใด จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่าในความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ยังไม่ชัดเจนนัก และสำหรับความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่วาระสุดท้ายของชีวิตนั้นก็ยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ ชวาร์ท (Schwartz, 1975) ที่กล่าวว่าความรู้และการปฏิบัติมีผลต่อกัน โดยมีทัศนคติทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ หากบุคลากรสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การจัดการอาการไม่สบายต่างๆ ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว จะทำให้บุคลากรสุขภาพมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยและญาติ สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และส่งเสริมการตายดีของผู้ป่วยได้ และการปฏิบัตินั้นได้ผลดีน่าพึงพอใจ ก็จะส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพมีทัศนคติที่ดีเกิดการเรียนรู้และค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการปฏิบัติต่อไป ซึ่งอธิบายเป็นภาพได้ดังนี้



รูปภาพที่ 5. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต