

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย : กรณีศึกษา  
Application of Peaceful End of Life Theory in caring for patient with the end stage  
cancer: A case study

พัชรรัตน์ อันสีแก้ว<sup>1</sup> กานต์รวี โบราณมูล<sup>2\*</sup>

Patchareerat Anseekaew<sup>1</sup> Gantrawee Boranmoon<sup>2\*</sup>

<sup>1,2\*</sup>อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 44000

<sup>1,2\*</sup>Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, 44000

Corresponding Author: \*E-mail: gantrawee@smnc.ac.th

(Received: 14 February 2023 Revised: 7 July 2023 Accepted: 12 July 2023)

#### บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและไทย มีแนวโน้มจะมีผู้ป่วยรายใหม่และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อโรครุนแรงมากขึ้นจนเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองครอบคลุมทั้งปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ลดความทุกข์ทรมาน ให้จากไปโดยสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลแบบประคับประคองโดยการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ทำให้บทบาทของพยาบาลชัดเจน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการประยุกต์ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ครอบคลุม 5 ด้าน ตามทฤษฎี คือ การไม่อยู่ในความเจ็บปวด การมีประสบการณ์ของความสบาย การมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี การอยู่ในความสงบและการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับความทุกข์ทรมานต่างๆ จากโรคทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผลการดูแลช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของโรค ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่างๆ ลดลง และจากไปด้วยความสงบอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

## ABSTRACT

Cancer is a major public health problem in the world including Thailand. Cancer statistics of new cases and deaths tend to be high . When cancer symptoms develop more severe, cancer patients may elicit hopelessness *and* to become an end stage cancer. Patients with end stage cancer have faced extreme physical and mental suffering until they die. Therefore, palliative care for patient with an end stage cancer is definitely needed from an initial stage of diagnosis until death. This also includes family care after the passing of patients which cover physical, mental, social, and spiritual problems. The main goal of caring is to provide good quality of life for patients during the rest of time without causing pain and suffering and to help them die peacefully with human dignity. In palliative care, it is prominently important to apply nursing theory as a guideline in caring for a patient with an end stage cancer. Thus, the aim of this academic article is to demonstrate an application of peaceful end of life theory in applying for patients with an end stage cancer which cover all five areas based upon the theory including not being in pain, the experience of comfort, the experience of dignity, staying calm, and being close to relatives and loved ones. The case study was patient with the end stage cancer. The patient had faced extreme physical and mental suffering from diseases. The results of caring was provided to good quality of life for patient during the rest of time reduce causing pain and suffering and to help pataint die peacefully with human dignity.

**Keyword :** End stage of cancer patient, palliative care, the peaceful end of life theory

## บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งของโลกและประเทศไทย โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านคนทั่วโลก<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติในปีพ.ศ. 2561 - 2563 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดจำนวน 80,665 คน, 84,073คน และ84,697 คนตามลำดับ<sup>(2)</sup> ผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรคมะเร็งมากถึง 32.6 ล้านคน<sup>(3)</sup> และเมื่อโรครุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถควบคุมได้จะเข้าสู่ภาวะของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกเหนื่อยล้าอ่อนแรง มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และมีอาการเจ็บปวด ซึ่งอาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยและมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง<sup>(4)</sup> ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมผู้ป่วยและครอบครัวจะทุกข์ทรมานมากขึ้นเรื่อยๆ<sup>(5)</sup>

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการเสื่อมและทรุดลงไปเรื่อยๆ ไม่สามารถกลับมาอยู่ในสภาพปกติได้ และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีต่างๆ<sup>(6)</sup> การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยโรคจนถึงระยะการเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลังการจากไปของผู้ป่วยด้วย<sup>(7)</sup> การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีหลักการที่สำคัญได้แก่ การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ<sup>(8)</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ให้จากไปโดยสงบ สมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ และการดูแลจะต้องยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยมีการบูรณาการเข้าร่วมกับการบริการสุขภาพด้านต่างๆ ในการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน<sup>(9)</sup> โดยในประเทศไทยมีการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในแผนป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ<sup>(10)</sup> โดยมีหลักการในการดูแลที่สำคัญคือ ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ต่อเนื่องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยโรค จนถึงการดูแลหลังการเสียชีวิต โดยผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องซึ่งทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม แต่พบปัญหาว่าแนวทางการดูแลแบบประคับประคองบางส่วนยังไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในบริบทของผู้ป่วยบางส่วน ผู้เขียนจึงสนใจนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life ) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

### ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (The peaceful end of Life theory)

ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนั้นผู้ป่วยและครอบครัวควรได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่ด้วยกัน ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำในสิ่งที่ปรารถนา ได้สะสางสิ่งที่ค้างคาใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสุข สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังนั้นจึงต้องอาศัยหลักการหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่สอดคล้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแล ซึ่งทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (The peaceful end of Life theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางซึ่งสร้างขึ้นโดยรูแลนด์และมอร์ในปี ค.ศ.1998<sup>(11,12)</sup> โดยมีแนวคิดว่าคุณค่าของระยะท้ายจะมีประสบการณ์ในระยะท้ายของชีวิตที่สงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม 5 องค์ประกอบดังนี้

#### 1. การดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) มี 2 องค์ประกอบ คือ

##### 1.1 การติดตามและบริหารการบรรเทาความปวด

## 1.2 การประยุกต์กิจกรรมการใช้ยาและการไม่ใช้ยาในการบรรเทาความเจ็บปวด

ซึ่งอาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยและมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง<sup>(4)</sup> เนื่องจากความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย ถือเป็นความปวดที่ครอบคลุมครบถ้วน(total pain)<sup>(13)</sup> ดังนั้น จึงควรดูแลจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยการใช้ยาควบคู่กับการไม่ใช้ยาตามความเหมาะสม

**2. การมีประสบการณ์ของความสบาย (experience of comfort) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่**

2.1 การป้องกัน ติดตามและบรรเทาความไม่สบายทางร่างกาย

2.2 การจัดให้มีการพักผ่อน ผ่อนคลายและการมีความสุข

2.3 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ซึ่งความไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พบบ่อยได้แก่ อาการหายใจหอบ หายใจลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสียและเบื่ออาหาร เป็นต้น<sup>(14)</sup> ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ นอนพักผ่อนไม่เพียงพอ และเกิดภาวะเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น การดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความสบายนั้น เป็นการดูแลเพื่อลดความไม่สบายหรือความทุกข์ทรมาน ที่เกิดจากอาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้เกิดความสงบ สบาย เกิดความพึงพอใจ

**3. การมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity or respect) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ**

3.1 การให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

3.2 การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพ

3.3 การให้ความสนใจต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของชีวิตต้องได้รับการให้คุณค่าและให้ความเคารพในความเป็นมนุษย์ และต้องไม่ทำให้เขาเจอกับสิ่งใดๆ ที่กระทำละเมิดความเป็นตัวตนและคุณค่าของผู้ป่วย

**4. การอยู่ในความสงบ (being at peace) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ**

4.1 การให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์

4.2 การให้การติดตามและให้ยาต้านความวิตกกังวลตามที่ต้องการ

4.3 การสร้างความไว้วางใจ

4.4 การให้คำแนะนำการปฏิบัติต่างๆ แก่ผู้ป่วยหรือคนที่มีความสำคัญทั้งหลาย

4.5 การให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากพวกเขาต้องการ

สภาพจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่รับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองว่าอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หาย พบว่าจะเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด กระวนกระวายใจ เกิดความรู้สึกเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของตนเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย อดทนต่อสิ่งกระตุ้นลดลงและครุ่นคิดเกี่ยวกับการตาย<sup>(15)</sup> จึงควรดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับมุมมองต่อชีวิตให้มีความพร้อมในทางจิตใจก่อนเป็นเบื้องต้น และให้การดูแลแบบประคับประคองอย่างสมศักดิ์ศรีในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้ได้รับความสบาย ตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**5. การมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others)**  
ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

- 5.1 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแล
- 5.2 การใส่ใจดูแลภาวะเศร้าโศก ความกังวลและคำถามของญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน
- 5.3 การเปิดโอกาสสำหรับครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมทรุดลง ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทาง และการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับครอบครัว ญาติมิตร สังคม และส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจได้ด้วย การดูแลจึงควรเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน<sup>(16)</sup>

#### กรณีศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป :** ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพสมรส คู่ อายุ 53 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพ รับจ้างทั่วไป สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**การวินิจฉัยโรค :** Cervical cancer with liver, iliac bone and lung metastasis with end stage renal disease

**อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล :** ปวดเอวข้างซ้ายมาก เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :** 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก จึงไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกและทำการรักษาโดยฉายรังสีรักษา 30 ครั้ง

3 เดือนก่อนมาผู้ป่วยเบื่ออาหาร ผอมลงมาก ท้องอืดบ่อยครั้งและปวดขา จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แพทย์แจ้งว่ามะเร็งมีการกระจายไปที่อวัยวะอื่น และให้การดูแลรักษาตามอาการ

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดเอวข้างซ้ายมาก จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

**ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัว :** ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมีใดๆ ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปฏิเสธประวัติโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคมะเร็งของสมาชิกในครอบครัว มีโรคประจำตัว คือ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

**ลักษณะครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตและแหล่งประโยชน์ :** ผู้ป่วยและสามี มีบุตรด้วยกัน 3 คน บุตรทั้ง 3 คนทำงานรับจ้าง รายได้ไม่แน่นอน ญาติพี่น้องรักใคร่กันดี

**อัตมโนทัศน์ต่อความเจ็บป่วย การเผชิญ ความเครียด การปรับตัว และความเชื่อ :** มีความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ เมื่อทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเรื่องโรค ไม่อยากทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าต้องกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

**การตรวจร่างกายขณะประเมินครั้งแรก :** หญิงไทย วัยผู้ใหญ่ รูปร่างผอมมาก น้ำหนัก 36 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 ซม. BMI 15.78 พูดคุยตามตอบรู้งเรื่องดี หน้าตาเรียบเฉย คิ้วขมวดเล็กน้อย ใบหน้าชูปนม เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย การมองเห็นและการได้ยินปกติ ริมฝีปากซีด ปากแห้ง ภายในปากไม่มีแผล คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ฟังเสียงหัวใจไม่พบ murmur คลำพบตับโต 1 finger base กล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างผอม ลิ้นเล็ก ประเมินความสามารถของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPS)<sup>(17)</sup> = 50% โดยผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง แต่ยังสามารถช่วยตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง เริ่มมีอาการและอาการ

แสดงของโรค ได้แก่ เหนื่อยอ่อนเพลียมากขึ้นโดยไม่สัมพันธ์กับการทำกิจวัตรประจำวัน รับประทานได้น้อยลง มีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติสัญญาณชีพปกติ

### การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา

ผู้ศึกษาได้นำหลักการของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบทั้ง 5 ด้าน ของ รูแลนด์และมอร์มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว โดยยึดหลักตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ตามขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์และขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัว ทำการรวบรวมข้อมูลและประเมินปัญหาด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และรวบรวมรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 วางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นตอนที่ 4 ให้การพยาบาลดูแลช่วยเหลือตามแผน ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการดูแลติดตามอาการและปัญหาที่คงอยู่ เพื่อวางแผนให้การดูแลต่อไป ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ผู้ป่วยจำนวน 7 วัน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้ติดตามดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์เป็นเวลาประมาณ 1 เดือน จนผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมีรายละเอียดในการดูแลดังนี้

**1. การดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด** ผู้ป่วยมีอาการปวดที่เอวและขาข้างซ้าย ปวดตื้อๆ บางครั้งปวดเหมือนถูกบีบ ปวดแปล็บๆ เหมือนถูกแทงด้วยของมีคม ปวดจากเอวและขาซ้ายร้าวไปที่เอวด้านขวา pain score 10/10 คะแนน

การดูแลช่วยเหลือไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวดมีดังนี้

1. การติดตามและบริหารการบรรเทาความปวด โดยใช้แบบประเมินระบบการประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System : ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย<sup>(18)</sup> ใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับใช้ถามผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Patient: POS-P) ฉบับภาษาไทย<sup>(19)</sup> เพื่อประเมินปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการปวดของผู้ป่วยร่วมด้วย

2. การประยุกต์กิจกรรมการใช้ยาและการไม่ใช้ยาในการบรรเทาความเจ็บปวด โดยผู้ศึกษาได้ประสานกับพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้เพื่อการจัดการอาการปวดของผู้ป่วย แพทย์มีการสั่งให้ Paracetamol 500 mg 1 เม็ด รับประทานทุก 6 ชั่วโมง และ Morphine 3 mg vein prn. for pain ทุก 6 ชั่วโมง

ส่วนการดูแลจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แนะนำให้ผู้ดูแลจับหรือบีบนวดมือของผู้ป่วยเบาๆ การสัมผัสจะช่วยให้ลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ ลดการรับรู้ความเจ็บปวดตามทฤษฎีการควบคุมประตู<sup>(20)</sup> ทำให้ลดปวดได้ และได้ใช้วิธีพูดคุยเรื่องที่มีผู้ป่วยสนใจเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมด้วย ซึ่งการพูดคุยกับบุคคลที่ให้อารมณ์ดีและให้แรงสนับสนุนต่างๆ เป็นการดูแลจัดการแบบไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด อาจเป็นเพราะเนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย ส่วนใหญ่อยู่เป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้ดูแลเป็นคู่ชีวิตหรือบุตร ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่ได้รับการปลอบโยนและให้อารมณ์ดีจากบุคคลใกล้ชิดมากที่สุด<sup>(21)</sup> นอกจากนี้ยังได้ใช้วิธีการบรรเทาปวดด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ สอนการหายใจเข้าออกทางปากและการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยเลือกเองตามความชอบและสอดคล้องกับสภาพที่เป็นอยู่<sup>(22)</sup>

ผลลัพธ์ที่ได้ คืออาการปวดขาและเอวข้างซ้ายลดลง pain score ลดลงเหลือ 2-3/10 คะแนน สีหน้าแจ่มใสขึ้น เคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น บอกว่ามีความรู้ในการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้น

**2. การมีประสบการณ์ของความสบาย (experience of comfort)** อาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิตและการดูแลต่างๆ ในผู้ป่วยรายนี้มีดังนี้

ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการจากโรคมะเร็ง (cancer cachexia) เกิดจากเซลล์มะเร็งหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokines) บางชนิดทำให้เกิดการสลายมวลกล้ามเนื้อและเซลล์ไขมัน เร่งกระบวนการเผาผลาญเพิ่มขึ้น กระบวนการเสริมสร้างลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีร่างกายซูบผอม ไม่มีกล้ามเนื้อและไขมัน<sup>(23)</sup> ซึ่งผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 12 กก. ภายใน 3 เดือนจาก 48 กก. เป็น 36 กก. ส่วนสูง 150 ซม. BMI เท่ากับ 15.78 ช่วงที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ได้มีอยู่ 2-3 คำ เนื่องจากเป็นข้าวต้มหมูเป็นอาหารแบบเดิมที่เคยรับประทานตอนที่เข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี เมื่อรับประทานแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การได้รับอาหารแบบเดิมทำให้ผู้ป่วยคิดถึงความรู้สึกเดิม ประกอบกับผู้ป่วยรู้สึกว่าการรับประทานอาหารของโรงพยาบาลมีรสชาติจืดมาก ผู้ป่วยจึงไม่ยอมรับประทาน

การดูแลช่วยเหลือเรื่องภาวะทุพโภชนาการมีดังนี้

1. การป้องกัน ติดตาม และบรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกาย โดยการประเมิน ESAS ชักประวัติ การรับประทานอาหารและคำนวณ BMI พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยกว่าเดิมมานานมากกว่า 7 วัน จึงประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ NT และ NAF<sup>(24)</sup> ได้เท่ากับ 15 และ 13 ตามลำดับ ถือว่า ภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง ผู้ศึกษาจึงประสานกับพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อรายงานแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้ปรับเปลี่ยนเรื่องการเปิดอาหารเป็นข้าวต้มขาว และกับข้าวที่ทำจากไก่และไข่แทนหมู เนื่องจากข้าวต้มหมูเป็นอาหารที่ผู้ป่วยเคยรับประทานตอนที่เข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสีแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การได้รับอาหารแบบเดิมที่ทำจากหมูทำให้ผู้ป่วยคิดถึงความรู้สึกเดิมอาจทำให้รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียนได้ แพทย์มีคำสั่งให้เพิ่มไข่ขาวต้มมีอยู่ 2 ฟอง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และเพิ่มอาหารทางการแพทย์ (Blendera) ให้ดื่มครั้งละ 300 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง

2. การจัดให้มีการพักผ่อน ผ่อนคลายและการมีความสุข โดยแนะนำให้ญาติจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทานร่วมด้วยและรับประทานไปพร้อมกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ทำความสะอาดปากและฟันเข้า-เย็นและหลังมื้ออาหาร

3. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยชั่งน้ำหนักและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามการได้รับยารับประทานตามแผนการรักษา คือ Folic acid , FBC และ Domperidone

ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นเรื่อยๆ น้ำหนักเท่าเดิม แต่เหนื่อยอ่อนเพลียลดลง สดชื่นขึ้น บอกรู้สึกมีความสุขกับการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น คะแนนเบื่ออาหารจากแบบประเมิน ESAS = 3/10

นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับมาตั้งแต่รับรู้ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ส่งผลให้ผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น วิงเวียนเป็นบางครั้ง ซึ่งแพทย์ให้ยา Ativan (0.5 mg.) 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน แต่ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาอยู่

การดูแลช่วยเหลือเรื่องการนอนไม่หลับมี ดังนี้

1. การป้องกัน ติดตาม และบรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกาย โดยให้ความรู้เรื่องสุขลักษณะการนอน และจัดการกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับ<sup>(25)</sup> เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการนอน ปิดไฟ บางดวง และใช้ผ้าปิดตาขณะนอนพักผ่อน

2. การจัดให้มีการพักผ่อน ผ่อนคลายและการมีความสุข โดยประสานพยาบาลเจ้าของไข้ในการย้ายเตียงให้ออกไปอยู่บริเวณระเบียงตามความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากบริเวณที่ผู้ป่วยอยู่เป็นผู้ป่วยหนักที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีเสียงดังรบกวน และรายงานแพทย์ถึงปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ซึ่งแพทย์เพิ่มขนาดยา Ativan จากขนาด 0.5 mg. เป็นขนาด 1 mg. 1 เม็ด

3. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยดูแลความปลอดภัยป้องกันการพลัดตกหกล้ม ด้วยการยกไม้กั้นเตียงขึ้นขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียง แนะนำการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างระมัดระวัง

ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ผู้ป่วยนอนหลับสนิทตลอดคืน ไม่ตื่นกลางดึก อาการเหนื่อยอ่อนเพลียและวิงเวียนดีขึ้น ผู้ป่วยบอกว่ามีสุขมากขึ้นเพราะหลับได้สนิท และไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

ภาวะเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ผู้ป่วยเกิดภาวะเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จากการที่นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และจากการรับประทานอาหารได้น้อย รวมทั้งร่างกายมีการหลั่งสาร cytokines บางชนิดที่ทำให้กระบวนการเสริมสร้างลดลง แต่กระบวนการเผาผลาญเพิ่มขึ้น<sup>(23)</sup> ทำให้ตัวนำออกซิเจนลดลง จึงเกิดภาวะเหนื่อยล้า อ่อนเพลียผลตรวจห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องพบ Hb 9.3 g/dl Hct 28 % Albumin 3 g/dl คะแนน คะแนนเหนื่อยอ่อนเพลียจากการประเมิน ESAS ได้ 8/10 คะแนน

การดูแลจัดการเรื่องภาวะเหนื่อยล้าอ่อนเพลียมีดังนี้

1. การป้องกัน ติดตามและบรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกายโดยใช้แบบประเมิน PPS, ESAS และ POS-P เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและของผู้ป่วยและนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม

2. การจัดให้มีการพักผ่อน ผ่อนคลายและการมีความสุข โดยจัดกิจกรรมให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป

3. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยให้คำแนะนำวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเบาๆ บนเตียง เช่น การยืดเหยียดแขนขา ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพตนเองจะมีความเหนื่อยล้า น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการออกกำลังกายร่วมด้วย<sup>(26)</sup> แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ และติดตามการรับประทานยาตามแผนการรักษาคือ Folic acid และ FBC

ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น คะแนนเหนื่อยอ่อนเพลียจากแบบประเมิน ESAS ลดลงเหลือ 5/10 แต่ยังมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังรวมทั้งภาวะโภชนาการที่บกพร่อง

**3. การมีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี (experience of dignity and respect) ข้อความที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยและการดูแลที่มีดังนี้**

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น ผู้ป่วยบอกว่า “หมอที่รักษากลับมาเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายแล้วมันลามไปที่อื่น อยากรู้การรักษาที่แน่ชัดว่าจะรักษายังไงได้บ้าง” หรือ “มีพยาบาลประจำประคองมาหา แต่ไม่รู้ว่าเขามารักษาอะไร และเพิ่งมาครั้งเดียว ยังไม่ได้คุยอะไรมา”

ให้การดูแลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจร่วมกัน การให้ผู้ป่วยเลือกเองว่าจะอยู่ที่โรงพยาบาลต่อหรือกลับบ้าน แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยในแนวทางการรักษากับแพทย์เจ้าของไข้ และอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลประจำประคอง เพราะการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งควมมีศักดิ์ศรี เป็นการดูแลที่ให้คงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ถึงแม้จะไม่สามารถคาดเดาระยะเวลาที่เหลืออยู่ในระยะสุดท้ายได้ แต่การได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยนั้นมีความหมายและคุณค่าจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ผู้ป่วยอย่างมาก รวมทั้งการส่งเสริมให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน อาจจะเป็นเพื่อนหรือคนที่มีความหมายต่อผู้ป่วยในด้านอื่นๆ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ซึ่งในการดูแลจะต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้<sup>(27,28)</sup>

ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจโรครที่เป็นและแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ป่วยเลือกที่จะรับการดูแลแบบประคับประคอง พร้อมเลือกสถานที่เสียชีวิตเป็นที่บ้าน โดยขอกลับบ้านหลังจากเข้าใจแนวทางการดูแลแล้ว

2) การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพ เช่น “แพทย์ พยาบาลมีหลายคน ทั้งนักศึกษาด้วย ไม่รู้ว่าใครเป็นใคร ไม่มีคนบอกชื่อ มาตรวจและถามเราแล้วก็ไป”

การให้การดูแลเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว พร้อมแสดงป้ายชื่อให้อ่าน พร้อมทั้งแจ้งต่อผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง

ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการพยาบาล กล่าวขอบคุณซักถามแนวทางการดูแลรักษา ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร มีสีหน้าสดชื่นมากขึ้น

3) การให้ความสนใจต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยต้องการขอย้ายเตียงไปอยู่บริเวณระเบียง ซึ่งมีผู้ป่วยอยู่น้อย เงียบสงบ จึงได้ประสานกับพยาบาลเจ้าของไข้ ในการทำตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้ทำกิจกรรมบางอย่างที่ตนเองอยากทำ เช่น การฟังบทสวดมนต์จากโทรศัพท์มือถือ

ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยรู้สึกสงบขึ้น หงุดหงิดรำคาญลดลง อาการอ่อนเพลียก็ลดลงจากการได้พักผ่อนมากขึ้น

**4. การอยู่ในความสงบ (being at peace)** ผู้ป่วยมีปัญหาวิตกกังวลจนนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และบอกว่า “ตอนนี้ก็เข้าใจโรครที่ตัวเองเป็น ว่ารักษาไม่หาย แต่ก็ยังไม่อยากตาย แต่หากต้องตายก็ไม่อยากทรมาน ไม่อยากบ่นหัวใจ อยากอยู่บ้านใกล้ครอบครัว แต่ก็กลัว”

ในการดูแลเพื่อให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความศรัทธา เป็นการดูแลในมิติจิตวิญญาณ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสงบได้<sup>(27,28,29)</sup> จึงได้ให้การดูแลจัดการเรื่องการอยู่ในความสงบมีดังนี้

1. การให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยอธิบายแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยบอกว่าอยากทำบุญตักบาตรเหมือนที่เคยทำที่บ้าน จึงแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าจะมีพระมาบิณฑบาตบางวัน ผู้ป่วยสามารถให้ญาติไปใส่บาตรแทนได้

2. การให้การติดตามและให้ยาต้านความวิตกกังวลตามที่ต้องการ โดยประสานกับพยาบาลให้รายงานแพทย์ ซึ่งแพทย์เพิ่มขนาดยา Ativan เป็น 1 mg. 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน

3. การสร้างความไว้วางใจ โดยการติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ช่วยเหลือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยทันทีที่พบ ให้กำลังใจและชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดี

4. การให้คำแนะนำการปฏิบัติต่างๆ แก่ผู้ป่วยหรือคนที่มีความสำคัญทั้งหลาย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยพิจารณาลมหายใจเข้า-ออกและกล่าวคำพุทธ-โธ ก่อนเข้านอน หรือสามารถทำได้ตลอดเมื่อต้องการ รวมทั้งการฟังบทสวดมนต์ที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่

5. การให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากพวกเขาต้องการ โดยอธิบายแนวทางการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ดูแลทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจแนวทางการดูแลแบบประคับประคองและการปฏิบัติตัวผู้ป่วยยิ้มแย้มมากกว่าเดิม บอกว่ายังกลัวและไม่อยากตายแต่สบายใจมากขึ้น สามารถพูดคุยและวางแผนเกี่ยวกับวาระสุดท้ายในชีวิตตนเองกับ แพทย์ พยาบาลและญาติได้

**5. การมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others)** การดูแลระยะท้ายของชีวิต ต้องยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการ

วางแผนดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการยืดหยุ่นกฎระเบียบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเวลาร่วมกันอยู่ในสภาพที่อบอุ่นไม่โดดเดี่ยว<sup>(30)</sup> จึงให้การดูแลผู้ป่วย 3 ข้อ ตามลำดับดังนี้

1. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากการปวดแหวและขา การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ใส่ใจท่าทีของผู้ป่วย

2. การใส่ใจดูแลภาวะเศร้าโศก ความกังวลและคำถามของญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน โดยประเมินภาวะซึมเศร้าและจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

3. การเปิดโอกาสสำหรับครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ญาติพี่น้องมาเยี่ยมพร้อมอำนวยความสะดวก

ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยและครอบครัวสดชื่น แจ่มใสมากกว่าเดิม มีญาติและเพื่อนบ้านมาเยี่ยมผู้ป่วยเกือบทุกวันและได้นำอาหารที่ผู้ป่วยชอบจากบ้านมาให้ผู้ป่วยรับประทาน มีญาติเฝ้าอยู่ตลอดเวลา

หลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ยังมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และมีทีมการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลออกเยี่ยมเป็นระยะ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบที่บ้านของผู้ป่วยเอง

### อภิปรายผลการศึกษา

การนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการมีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี และด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน เพราะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เข้าใจในโรคที่เป็นและแนวทางการรักษามากขึ้น รู้สึกสดชื่นแจ่มใสมากกว่าเดิม ส่วนด้านที่ทำให้ความทุกข์ทรมานต่างๆ ลดลงมากแต่ยังพบปัญหาเหลืออยู่คือด้านการดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย และด้านการอยู่ในความสงบ โดยผู้ป่วยยังมีความเจ็บปวดระดับเล็กน้อย ยังมีกลัวและไม่อยากตาย แต่สามารถพูดคุยวางแผนเกี่ยวกับวาระสุดท้ายในชีวิตได้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น แต่ยังคงมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นอาการที่พบได้บ่อยและมากที่สุด เป็นความปวดที่ครอบคลุมครบถ้วน (total pain)<sup>(13)</sup> ประกอบกับผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยและภาวะโภชนาการบกพร่องเรื้อรัง ถึงแม้การดูแลจัดการอาการต่างๆ เหล่านี้จะครอบคลุมทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช่อย่างเหมาะสมแล้ว แต่ยังคงมีปัญหาเหลืออยู่ ซึ่งถ้าจะบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เหล่านี้ให้ดียิ่งขึ้นไปให้ครบทุกด้านควรจะต้องมีการบูรณาการการดูแลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพในการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนต่อไป

### สรุปผลการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายต่างๆ โดยการดูแลนั้นต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิด บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และการพยาบาลตามแนวทางของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบทั้ง 5 องค์ประกอบ ซึ่งจากการดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความทุกข์ทรมานจากปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของโรค และจากไปด้วยความสงบอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

## เอกสารอ้างอิง

1. J. Ferlay, M. Colombet, I. Soerjomataram, C. Mathers, D.M. Parkin, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019 Apr 15;144(8):1941–53.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สรุปลสถิติที่สำคัญพ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https:// spd.moph.go.th/wp content /uploads/ 2023/05/ statistical-2564.pdf](https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/statistical-2564.pdf).
3. Lindsey A. Torre, Freddie Bray, Rebecca L. Siegel, Jacques Ferlay, Joannie Lortet-Tieulent, Ahmedin Jemal. Global cancer statistics, 2012: Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015 Mar;65(2):87–108.
4. Paice, J. A., & Fine, P. G. . Pain at the end of life. In B. R. Ferrell & N. Coyle , editor. *Textbook of palliative nursing*. 2nd ed. New York: Oxford;2006.131-154
5. วาสิณี วิเศษฤทธิ์. การสื่อสารและการให้การปรึกษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัว. ใน: *ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์, บรรณาธิการ. คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองแบบพกพา*. เชียงใหม่: Good Work Media;2559. หน้า 27-38.
6. อภิชัย ลีละศิริ. การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 2554;64(2):97-102.
7. อรณู มกรภิรมย์และอันธิกา คระระวานิช. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพและการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายแบบองค์รวม. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 2558;32(4):348-363.
8. World Health Organization. Palliative care. [Internet]. 2016 [cited 2021 April 20]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
9. World Health Organization. Palliative care. [Internet]. 2015 [cited 2021 April 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
10. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *แผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
11. Ruland, C.M. & Moore,S.M. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*. 1998;46(4):169-175.
12. วราภรณ์ คงสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี. *สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์*; 2558.
13. Jimmie P. Leleszi, Jeanne G. Lewandowski. Pain management in end-of-life care. *J Am Osteopath Assoc*. 2005 Mar;105(3 Suppl 1):S6-11.
14. Joao Paulo Solano, Barbara Gomes, Irene J. Higginson. A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Jan;31(1):58–69.

15. สมพร ปานผดุง. ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักของพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
16. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556;23(1):80-90.
17. บุชยามาส ชิวสกุลยงและลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok) (PPS Adult Suandok). ใน: บุชยามาส ชิวสกุลยง, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care. เชียงใหม่:กลางเวียงการพิมพ์; 2556.หน้า 35 - 45.
18. ดาริน จตุรภัทรพรและคณะ. ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 20]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/3OverviewFM.pdf>
19. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2557.
20. นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช. การจัดการอาการปวดแบบผสมผสานจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ใน: บุชยามาส ชิวสกุลยง, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556. หน้า 283–287.
21. Pokpalagon, P. et al. Comparison of care strategies and quality of life of advanced cancer patients from four different palliative care settings. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2012;16(4):326-342.
22. Bausewein, C. et al Nonpharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases (review) [Internet]. 2013. [cited 2021 April 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6564079/>.
23. Paolo Mazzotta, Christa M. Jeney. Anorexia-Cachexia Syndrome: A Systematic Review of the Role of Dietary Polyunsaturated Fatty Acids in the Management of Symptoms, Survival, and Quality of Life. J Pain Symptom Manage. 2009 Jun;37(6):1069–77.
24. Chittawatanarat, K. Health Intervention and Technology Assessment Program. Policy Brief. 2017;4(39):1-4.
25. Nancy S. Redeker, Andrea K. Knies, Christopher Hollenbeak, H. Klar Yaggi, John Cline, Andrews L, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in stable heart failure: Protocol for a randomized controlled trial. Contemp Clin Trials. 2017 Apr;55:16–23.
26. จินพิชญ์ชา มะมม. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2555;12(1):61-69.
27. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2557.
28. สุวคนธ์ กุรัตน์ และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2556.

29. โรงพยาบาลสงฆ์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: สนิทวีการพิมพ์; 2551.
30. พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิมและหทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;21(2):315-323.