

บทความวิชาการ

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดี
ในผู้ป่วยมะเร็ง: ทบทวนวรรณกรรม
End-of-Life-Care Program for Enhancing Good Death
Among Cancer Patients: A literature review

วารสาร อ่อนนงค์* เยาวรัตน์ มัชฌิม^๒
Waraporn Onanong^{1*} Yaowarat Matchim²

¹นักศึกษานิพนธ์โท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
¹Master student (Adult nursing), Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand.

*Corresponding author: waraporn.ona@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอและอภิปรายโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยมะเร็ง โดยได้สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล ได้แก่ CINAHL Plus with Full text, Sciences Direct, ProQuest, PubMed, และ Wiley ระหว่างปี ค.ศ. 2007-2017 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ cancer patients OR oncology patients OR patients with cancer AND palliative care program OR end of life program OR effective palliative care program AND good death OR quality of death และได้คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ทั้งหมด 7 เรื่อง ทำการวิเคราะห์และพบว่า แนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมมี 7 แนวคิด ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 2) การจัดการรายกรณี 3) การจัดการตนเอง 4) การสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเอง 5) การจัดการอาการ 6) การบำบัดทางจิต และ 7) แนวทางการสื่อสาร กิจกรรมการดูแลในโปรแกรม ประกอบด้วย การจัดการอาการปวดและความไม่สบายทั้งทางร่างกาย และจิตใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การพูดคุยเพื่อลดความกังวลหรือซึมเศร้า และการติดตามทางโทรศัพท์ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมครั้งละ 30-60 นาที ระยะเวลาตลอดโปรแกรมอยู่ในช่วง 2 ถึง 6 เดือน ผลของโปรแกรม พบว่า ระดับความปวด ความไม่สบายดีขึ้น คุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และมีความสุขในระยะท้ายของชีวิตเพิ่มขึ้น โปรแกรมเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในคลินิกเพื่อส่งเสริมการตายดี

คำสำคัญ: การดูแลระยะท้าย; การตายดี; ตายสงบ; โปรแกรมการดูแล; ผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

The proposes of this article were to present and discuss end-of-life-care programs for enhancing good death among cancer patients. Research articles were retrieved from the following database: CINAHL Plus with Full text, Sciences Direct, ProQuest, Pub med and Wiley from 2007-2017. Keywords used in searching included cancer patients OR oncology patients OR patients with cancer AND palliative care program

OR end of life program OR effective palliative care program AND good death OR quality of death. Only the articles related to end-of-life care program among cancer patients were selected for the analysis (n=7). The findings found there were 7 concepts/models used for developing the programs. These concepts included: 1) chronic care model, 2) case management, 3) self-management, 4) empowerment, 5) symptom management, 6) psychotherapeutic therapy, and 7) communication guide. Program activities included symptom management for relieving pain and uncomfortable symptoms, empowerment, communication for alleviating anxiety and depression, and follow-up via telephone calls. The program last from for 30-60 minutes each time; the program duration lasts from 2 months to 6 months. The effects of the programs were reported in terms of relieving symptoms and promoting quality of life in physical, psychological and spiritual aspects. These programs can be used in clinics for enhancing good death in end-of-life care.

Keyword: cancer patients; good death; peaceful death; palliative care; program

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็ง เป็นโรคที่สามารถพบได้มากเป็นอันดับ 2 ของโลก และยังเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายของประชากรมากกว่าร้อยละ 50 ต่อปี อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของประชากรโลกมีมากถึง 8.2 ล้านคนต่อปี¹ สถิติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2015 มากถึง 15.2 ล้านคน² และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นถึง 24 ล้านคนในปี ค.ศ. 2035 ด้วยจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามีการรักษาที่หลากหลายทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว บางครั้งช่วยชะลอความตาย แต่ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ในระยะท้ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง และมีการดำเนินของโรคที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายขาด ด้วยวิธีการใดๆ³ ตลอดจนไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้น มีการลุกลามของโรคเพิ่มขึ้น อาการทรุดลงเรื่อยๆ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องการคนคอยช่วยเหลือดูแล และระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงมีอาการง่วงซึมสับสน⁴ และมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน⁵ โดยการรักษาจะมุ่งเน้นไปที่การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการ และมีการดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะภายหลังการสูญเสีย ถึงแม้ระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยระยะท้ายจะไม่มากนัก แต่ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอย่างมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งมีการดำเนินของโรคที่มากขึ้น หรือมีการแพร่กระจายไปยัง

อวัยวะต่างๆ รวมถึง อาการข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงหรือไม่สามารถทำได้ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในระบบต่างๆ ที่เสื่อมโทรมลงเรื่อยๆ รวมถึงวิธีการรักษาบางอย่างก็ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายได้ โดยอาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นบ่อย ได้แก่ อาการเจ็บหรือปวดบริเวณใดบริเวณหนึ่ง ในบางรายอาจมีอาการปวดทั่วร่างกายก็เป็นได้ อาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย หดเหี่ยวแรง อาการทางระบบประสาท เช่น สับสน ความจำลดลง ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถรับรู้วันเวลา สถานที่ได้ ท้องผูก เป็นต้น ทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะรู้สึกแย่ เบื่อหน่าย หรือท้อแท้⁶ ด้วยโรคที่เป็น และความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่เผชิญ ภาวะวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในความคิดของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกกระวนกระวาย รู้สึกไม่สงบ เช่น กังวลเรื่องการรักษา กลัวเจ็บ กลัวตาย ทั้งที่ยังไม่ได้เตรียมตัวหรือไม่ได้จัดการสิ่งที่ค้างคาใจ หรือบางครั้งความกังวลเกิดจากความไม่รู้ ทำให้เกิดความกลัวและความกังวลเพิ่มมากขึ้น หรืออาการกลัวความตาย ผู้ป่วยมักกลัวในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยถูกปิดกั้นจากการรับรู้ หรือเข้าใจเกี่ยวกับความตาย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความรู้สึกกลัวกับความตายที่จะเกิดขึ้น เป็นต้น ทางด้านจิตสังคม ผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่นจากการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและความสามารถในการทำกิจกรรมได้ลดลง ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา และสุดท้ายผลกระทบต่อทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสิ่งที่ถูกกระทบ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา⁷ ความรู้สึกขัดแย้งในใจที่สวนทางกับความเชื่อ ความหวัง

ความรัก ความศรัทธา เป้าหมายชีวิต และการแสดงออกของพฤติกรรมต่อความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของบุคคล ซึ่งจะถูกจำกัดด้วยความเจ็บป่วย หรือการรักษาต่อภาวะโรค ซึ่งสามารถสะท้อนออกมาให้เห็นถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ การไม่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ หมดความห่วงกังวล¹⁰ รวมถึงการได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่รักและผูกพัน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความอบอุ่นใจไม่รู้สึกว้าวุ่นอย่างโดดเดี่ยว¹¹ ครอบครัวมีส่วนในการดูแลไม่ทอดทิ้ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจากไปได้อย่างสงบ ซึ่งการตายที่ดี ตายสงบนั้นเป็นจุดหมายสุดท้ายที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องการให้เกิดขึ้น^{11,12}

จากผลกระทบและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ทำให้เห็นว่าสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องการนั้นไม่ใช่เพื่อการหายขาด แต่เพื่อบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น รวมถึงความหมดห่วงและกังวล โดยหวังว่าในวาระสุดท้ายจะสามารถจากไปได้อย่างสงบ (peaceful death) หรือเกิดการตายที่ดี (good death) ดังนั้น การตายดี หรือตายสงบ ซึ่งเป็นคำที่ใช้แทนกันได้¹³ จึงเป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งต่างๆ ที่ค้างคาใจสามารถแสดงเจตนารมณ์ของตนเองได้ว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไร ในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์¹⁴ การส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีการจัดทำโปรแกรมต่างๆ จากหลากหลายแนวคิด และทฤษฎีที่เลือกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย โดยโปรแกรมส่วนใหญ่จะจัดกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และได้สะสางสิ่งที่ค้างคาใจ ไม่เร่งการตายและไม่ยื้อ

ชีวิตโดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี รวมถึงได้รับการเคารพและให้คุณค่าจนถึงวาระสุดท้าย โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทยและต่างประเทศ อาจจะมีบางกิจกรรมที่ต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริบท สังคม วัฒนธรรม¹⁵ บทความนี้จะขอนำเสนอเนื้อหาสาระของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามความเหมาะสมในบริบทของตนเองต่อไป

วิธีการ

จากการสืบค้นงานวิจัยที่มีการเผยแพร่ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2007-2017 ใช้ฐานข้อมูลในการสืบค้น ได้แก่ CINAHL Plus with Full text, Sciences Direct, ProQuest, PubMed, และ Wiley กำหนดการสืบค้นตามรูปแบบ PICOT คำที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ cancer patients OR oncology patients OR patients with cancer AND palliative care program OR end of life program OR effective palliative care program AND good death OR quality of death และประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยอ้างอิงของ Polit and Beck¹⁶ ได้งานวิจัยจำนวน 88 เรื่อง แต่มีงานวิจัยที่ซ้ำกันในฐานข้อมูล และบางเรื่องเป็นการศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่ใช่ระยะท้าย จึงคัดออก และสุดท้ายได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยมะเร็งมาทั้งหมด 7 เรื่อง สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย แต่ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจึงไม่นำมาวิเคราะห์ โดยสรุปงานวิจัยที่ศึกษา ดังตาราง 1

ตาราง 1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังท้าย

ชื่อผู้ศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/แนวคิด	กิจกรรมในโปรแกรม	ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการศึกษา
Xiao, et al. ¹⁷	ผู้ป่วยระยะเรื้อรังรายใหม่ระยะลุกลามในประเทศจีน ระดับคุณภาพวิจัย Level 2	Random Control Trials (RCT) - กลุ่มทดลอง 40 ราย - กลุ่มควบคุม 40 ราย	1. Erikson's theory ของอีริกสัน คือ ทฤษฎีพัฒนาการทางสังคม เน้นที่การแสดงออกทางพัฒนาการที่ต่อเนื่องในชีวิของบุคคลตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต	พยาบาลเป็นผู้จัดกิจกรรมทั้งหมดโดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมดังนี้ 1) จัดการอาหารทางด้านการกายที่เกิดขึ้น 2) ให้การพยาบาลตามปกติ 3) วางแผนการรักษาร่วมกัน 4) ให้คำปรึกษาทางด้านอารมณ์ 5) ดูแลให้ออกกำลังกาย 6) ให้การสนับสนุนทางสังคม 7) เยี่ยมบ้าน 8) สนับสนุนการเรียนรู้คุณค่าของการใช้ชีวิต	- ครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง - เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล สัปดาห์ - รวมระยะเวลา 4 เดือน	1. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) 2. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) 3. The Quality of Life at the End of Life-cancer Scale (QUAL-EC)	- กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลง มีสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิดดีขึ้น - คุณภาพชีวิตภาพรวมดีขึ้น
Greer, et al. ¹⁸	ผู้ป่วยระยะเรื้อรังรายใหม่ระยะลุกลามในประเทศอเมริกา ระดับคุณภาพวิจัย Level 2	Random Control Trials (RCT) - กลุ่มทดลอง 77 ราย - กลุ่มควบคุม 74 ราย	1. Symptoms management ของดอดด์ และคณะ (Dodd, et al.)	1. ติดตามเยี่ยมและสอบถามอาการทางร่างกาย และจิตใจ โดยพยาบาล 2. อธิบายถึงกระบวนการรักษาอย่างชัดเจนโดยแพทย์ผู้ดูแลและมีการกำหนดเป้าหมายในการรักษาร่วมกัน โดยทีมสุขภาพ (แพทย์และพยาบาล) 3. สอบถามความต้องการและจัดการอาการที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและญาติโดยทีมสุขภาพ (แพทย์และพยาบาล)	- ไม่ระบุระยะเวลาที่ชัดเจน - เก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 3 สัปดาห์ และระยะติดตาม 1 เดือน เป็นแบบระยะสั้น - สำหรับระยะยาวจะติดตามต่อเนื่อง 18 เดือน หรือ จนผู้ป่วยเสียชีวิต - รวมระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน	1. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) 2. Length of stay (LOS)	- กลุ่มทดลองมีอาการทางกายและทางจิตใจดีขึ้นในระยะยาว - อากาศทางกายและจิตใจไม่แตกต่าง - จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงเมื่อเทียบกับก่อน

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้ศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/แนวคิด	กิจกรรมในโปรแกรม	ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการศึกษา
Bakitas, et al. ¹⁹	ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกชนิดประเทศอังกฤษ ระดับคุณภาพวิจัย Level 2	Random Control Trials (RCT) - กลุ่มทดลอง 161 ราย - กลุ่มควบคุม 161 ราย	1. Chronic care model 2. case management 3. Self-management ของ เครียร์ (Creer) 4. empowerment ของ กิบสัน (Gibson)	1) ดูแลตอบสนองตามความต้องการการรายบุคคล 2) ให้ความรู้พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ 3) ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย 4) เสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยโดยการพูดคุยและให้ความรู้ ความเข้าใจและให้คำแนะนำ	- ครั้งละ 30 นาที จำนวน 4 ครั้ง - เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะติดตาม 3 เดือน - รวมระยะเวลา 4 เดือน	1. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) 2. Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) 3. The Function Assessment of Chronic Illness (FACI)	- กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต และการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ความซึมเศร้าลดลง - ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อประเมินด้วย ESAS เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจะมีอาการไม่สุขสบายทางด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีการจัดการบรรเทาอาการไปแล้ว แต่อาการดังกล่าวก็ยังคงอยู่และอาจเพิ่มขึ้นได้ตามระยะเวลา ทำให้ผลลัพธ์ที่แสดงออกมาไม่แตกต่างกัน
Lo, et al. ²⁰	ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศแคนาดา ระดับคุณภาพวิจัย Level 2	Random Control Trials (RCT) - กลุ่มทดลอง 121 ราย - กลุ่มควบคุม 121 ราย	1. Symptom management ของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al.) 2. Psychotherapeutic therapy เป็นการรักษาทางจิตเน้นที่การพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกภายใน สิ่งกังวล หรือยังต้องการภายในจิตใจได้ สำนักที่ผู้ป่วยกอดเก็บไว้	1) ดูแลจัดการอาการที่เกิดขึ้นและพูดคุยสื่อสารให้คำแนะนำจากผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพ โดยทีมสุขภาพและจิตแพทย์ 2) พยายามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเองและความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น โดยทีมสุขภาพ 3) พยายามถึงจุดประสงค์หรือเป้าหมายที่ต้องการในชีวิตโดยจิตแพทย์ 4) พยายามถึงอนาคตและการจัดการตนเอง โดยพยาบาล	- ครั้งละ 45-60 นาที จำนวน 3 ครั้ง - เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 6 เดือน - รวมระยะเวลา 6 เดือน	1. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) 2. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) 3. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 4. The Function Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) 5. The Quality of Life at the End of Life-cancer Scale (QUAL-EC)	- กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ ความรู้สึกในมโนลายเพิ่มขึ้น รวมถึงความทุกข์ทรมาน ทางด้านร่างกายและจิตใจลดลง

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้ศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/แนวคิด	กิจกรรมในโปรแกรม	ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการศึกษา
Wallace & Epstein. ²¹	ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศฮ่องกง	Clinical Data-Mining study จำนวน 10 ราย	1.Symptoms management ของดอดด์ และคณะ (Dodd et al.)	พยาบาลเป็นผู้จัดกิจกรรมทั้งหมด โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมดังนี้ 1. ดูแลจัดการอาการทางกายและทางจิตใจของผู้ป่วย 2. ให้คำปรึกษาด้านอารมณ์ 3. วางแผนการรักษาาร่วมกัน 4. สนับสนุนทางสังคมร่วมกับเยี่ยมบ้าน	- ครั้งละ 60-90 นาที ไม่ระบุจำนวนครั้งแน่ชัด - เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง - รวมระยะเวลา 4 เดือน	1. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)	- กลุ่มทดลองมีอาการทางด้านร่างกายลดลง และความวิตกกังวลลดลง - ผู้ป่วยได้พูดคุยกับครอบครัวอย่างเปิดเผย ทำให้สัมพันธภาพดีขึ้น
Bernack, et al. ²²	ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกชนิดในประเทศอเมริกา	Prospective cluster randomized controlled trail - กลุ่มทดลอง 213 ราย - กลุ่มควบคุม 213 ราย	structured communication guide คือ การพูดคุยสื่อสาร โดยเน้นทักษะการพูดคุยในระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้ายใช้หลักการพูดคุยให้กำลังใจ เป้าหมายเป็นรายบุคคล	พยาบาลเป็นผู้จัดกิจกรรมทั้งหมด โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมดังนี้ 1) พุดคุยกับผู้ป่วยและให้การดูแลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น การรักษา และความรู้สึกด้านจิตใจของผู้ป่วย 2) พุดคุยและจัดการทางด้านอารมณ์และให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการคำแนะนำหรือจัดการ	- ไม่ระบุระยะเวลาที่ชัดเจน - เก็บข้อมูล 4 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และระยะติดตามทุก 2 เดือน อย่างน้อย 2 ครั้ง - รวมระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน	1. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) 2. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 3.Quality of dying and death (QODD)	- กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิตและเกิดการตายดี - วิตกกังวลลดลง
Bakitas, et al. ²³	ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลในประเทศอังกฤษ	Prospective Randomized Controlled Trail - กลุ่มทดลอง 395 ราย - กลุ่มควบคุม 394 ราย	1. Case management 2. Symptoms management ของดอดด์ และคณะ (Dodd et al.)	1. บรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ ความซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวตอบสนองตามความต้องการรายบุคคลโดยพยาบาล 2. ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกอาทิตย์โดยพุดคุยกับผู้ป่วยและญาติใน 4 ด้าน คือ	- ครั้งละ 30-40 นาที จำนวน 4 ครั้ง - เก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 2 ครั้ง - รวมระยะเวลา 6 เดือน	1. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) 2. Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) 3. The Function Assessment of Chronic Illness (FACI)	- กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านการทำหน้าที่ ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจลดลง - ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ทางด้านอารมณ์ดีขึ้น

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้ศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/แนวคิด	กิจกรรม	ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการศึกษา
				ความสุขสบายทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และ คุณภาพ ชีวิต 3) ให้คำปรึกษาในเรื่องที่ผู้ ป่วยต้องการ 4) ดูแลจัดการอาการของผู้ ป่วย 5) วางแผนการดูแลที่ซับซ้อน และให้การสนับสนุนทางสังคม			

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

ชนิดของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 7 เรื่อง พบว่ามี 4 เรื่อง เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trail: RCT)¹⁷⁻²⁰ 1 เรื่อง เป็นการศึกษาข้อมูลทางคลินิก (clinical data-mining study)²¹ ซึ่งเป็นการใช้โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ทราบถึงปัจจัยและข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตายดี โดยพบว่า ปัจจัยทางด้านอายุมีผลต่อการรับรู้การตายดี ซึ่งช่วงอายุที่สามารถรับรู้การตายดีได้จะอยู่ในช่วง 40-65 ปี²² โดยเพศหญิงจะรับรู้การตายดีได้มากกว่าเพศชาย²³ และประสบการณ์ที่ผ่านมา จะเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้การตายดี โดยบุคคลที่ผ่านประสบการณ์การดูแลบุคคลอื่นในระยะสุดท้ายที่ให้อาการไปอย่างสงบ จะไม่กลัวต่อการตาย และสามารถยอมรับการตายได้ดีกว่าบุคคลที่เคยเห็นญาติบุคคลในครอบครัวที่มีการจากไปอย่างไม่สงบหรือมีความทรมานก่อนการตาย งานวิจัย 1 เรื่อง เป็นการศึกษาแบบทดลองมีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบไปข้างหน้า โดยกำหนดช่วงเวลา (prospective cluster randomized controlled trail)²⁴ ซึ่งเป็นการศึกษาในช่วงระยะเวลาที่มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจน อีก 1 เรื่อง เป็นการศึกษาแบบทดลองมีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบไปข้างหน้า (prospective randomized controlled trail)²⁵ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในงานวิจัย 6 เรื่อง ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมาก เนื่องจากการศึกษาแบบ RCT ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 80-785 ราย ขึ้นอยู่กับการออกแบบงานวิจัยและระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษา แต่มีเพียงงานวิจัยเดียวที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเพียง 10 ราย²¹ เนื่องจากการเป็นการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องและศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก จากการทบทวนงานวิจัยทั้ง 7 เรื่อง พบว่า ตัวแปรหลักในการศึกษาทั้ง 7 เรื่อง เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย เช่น การจัดการอาการ ความทุกข์ทรมาน และทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น อารมณ์ของผู้ป่วย ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกในระยะท้ายของชีวิต รวมถึงคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วย

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

แนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การดูแลที่มุ่งเน้นไปที่การจัดการอาการ และ 2) การพูดคุย เพื่อบรรเทา

อาการ การดูแลทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษา ได้แก่ แนวคิดการจัดการอาการ (symptom management) แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model) ซึ่งแต่ละแนวคิดจะเป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เน้นที่การจัดการอาการ ความไม่สบายต่างๆ ให้บรรเทาลง ช่วยส่งเสริมให้สามารถดูแลและจัดการตนเอง ร่วมกับการเสริมแรง โดยประยุกต์ใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเอง (empowerment) ให้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลความไม่สบายทางด้านร่างกายและจิตใจด้วยตนเอง ลักษณะที่ 2 ที่นำมาใช้ในการจัดโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายคือ แนวทางการสื่อสารในระยะท้าย (communication guide) เป็นการดูแลที่เน้นการสื่อสาร พูดคุย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบาย หรือพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ณ ขณะนั้น เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายจะมีความรู้สึกกลัวกับความตาย บางครั้งเกิดการไม่ยอมรับในความตายทั้งผู้ป่วยและญาติ ทำให้มีการรักษาที่มากเกินไปเกินความต้องการ ไม่มีการพูดคุยถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลอย่างไรในระยะท้าย ดังนั้น การพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายด้วยเทคนิคต่างๆ²⁶ จึงมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการจัดการอาการทางด้านร่างกาย ซึ่งการพูดคุยจะช่วยลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจได้ โดยในบางกรณีก็มีความจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิต (psychotherapeutic therapy) โดยจิตแพทย์มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อลดภาวะซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลที่มากขึ้นโดยพยาบาลและแพทย์ไม่สามารถจัดการได้ให้อาการเหล่านั้นบรรเทาลงได้ จึงใช้การพูดคุยสื่อสาร²⁶ มาช่วยบำบัดหรือให้ผู้ป่วยได้ระบายความในใจ และได้ช่วยค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยระยะท้ายยังค้างคาใจ และต้องการการช่วยเหลือ หรือต้องการจัดการให้สิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาสำเร็จลุล่วง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณและส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบอีกด้วย โดยโปรแกรมการดูแลในระยะท้ายทุกโปรแกรมมีการนำครอบครัว หรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลที่เกิดขึ้นคือ สามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง เนื่องมาจากญาติเป็นคนใกล้ชิดและเข้าใจผู้ป่วยได้ดี หากมีญาติมามีส่วนร่วมในการดูแลจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรืออ้างว้างจากการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล²⁷

กิจกรรมในการดูแล

กิจกรรมที่จัดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จะแบ่งออกเป็นการจัดการอาการทางด้านร่างกาย และการจัดการทางด้านจิตใจ ซึ่งจะรวมทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เข้าไปด้วย โดยกิจกรรมทางด้านร่างกายจะเน้นสำคัญที่การบรรเทาอาการความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน⁷ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเกือบทุกราย สำหรับทางด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ กิจกรรมจะเน้นไปที่ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้าง หรือสมาชิกในครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการดูแล วางเป้าหมายในการรักษาร่วมกัน อีกทั้งยังมีการพูดคุยเกี่ยวกับอนาคตความตาย และความเชื่อหลังการตาย เพื่อให้เกิดการยอมรับ สามารถเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยกันมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี²² ลดช่องว่างหรือความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวในผู้ป่วยได้²⁷ และสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ ญาติ ซึ่งหากกิจกรรมที่จัดขึ้นญาติมีส่วนร่วมในการดูแล จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง มั่นใจในการทำกิจกรรมมากขึ้นให้ความร่วมมือที่ดี²³ และการที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้มั่นใจได้ว่าหากเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติก็สามารถที่จะช่วยกันดูแลและจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้²⁰ และสุดท้ายการติดตามอย่างต่อเนื่องในการดูแลและประเมินอาการทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมให้ผู้ป่วยเป็นคนกำหนดการเข้าพบเองตามต้องการ หรือการเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามให้การดูแล พร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเต็มที่^{17,21}

ระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการดูแล จากการศึกษา พบว่าอาจมีหลายงานที่ไม่ระบุระยะเวลาที่แน่ชัดในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัย ความสะดวก ความพร้อมและความสบายใจ รวมถึงอาการ ณ ขณะนั้น และข้อจำกัดที่จะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ระยะเวลาที่งานวิจัยส่วนใหญ่นิยมใช้ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง คือ 30-60 นาที เนื่องจากระยะเวลาที่บุคคลจะมีสมาธิและให้ความสนใจในการรับรู้จะไม่เกิน 60 นาที สำหรับจำนวนครั้งในการจัดโปรแกรมเพื่อเข้าพบผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3-4 ครั้ง เพื่อให้เกิดการ

ดูแลอย่างต่อเนื่อง ระยะห่างของแต่ละครั้งสามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท หรือลักษณะอาการของผู้ป่วยเป็นหลักที่จะสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามความเหมาะสม และงานวิจัยส่วนใหญ่มีการติดตามต่อเนื่องในระยะสั้น อย่างน้อย 2 เดือน จนถึง 6 เดือน สำหรับในระยะยาวจะมีการติดตามถึง 18 เดือน หรือจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งการติดตามในระยะยาวจะสามารถแสดงผลลัพธ์ในการดูแลและคุณภาพชีวิตตอนตายโดยผ่านมุมมองของญาติได้อย่างดี¹⁸

การประเมินผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การดูแลและรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) เครื่องมือประเมินผลทางด้านร่างกาย 2) เครื่องมือประเมินผลทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ และ 3) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ในการดูแลและรักษา ซึ่งมักเป็นเครื่องมือที่ออกแบบเฉพาะสำหรับประเมินผลลัพธ์การดูแลและรักษา เช่น คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความผาสุกและความสงบในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเครื่องมือทั้ง 3 ประเภทนี้สามารถเลือกนำไปใช้ในงานวิจัยได้ โดยขึ้นอยู่กับตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือประเมินผลทางด้านร่างกาย ได้แก่ 1) Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาทางด้านร่างกายของผู้ป่วยได้ ประกอบด้วย 9 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย และสามารถนำมาใช้ในการประเมินผลลัพธ์ว่าอาการเหล่านี้ได้ลดลงจากเดิมหรือไม่ มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ 0.8^{19,21,23} เป็นแบบประเมินที่นิยมและมีการใช้ที่แพร่หลายในผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย 2) แบบประเมิน The Function Assessment of Chronic Illness (FACI) เป็นเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเรื้อรังในระยะประคับประคอง มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ 0.80²³, 0.89¹⁹ และ 3) แบบประเมิน The Function Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-being (FACIT-SW) ซึ่งเป็น FACI ที่ได้รับการพัฒนาให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิต ความผาสุก และความสงบในระยะท้ายได้ เพิ่มจากการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยเรื้อรัง มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ 0.74²⁹ เครื่องมือได้มีการนำไปแปลเป็นภาษาต่างๆ มากมาย และใช้อย่างแพร่หลายจำนวน 45 ภาษา รวมถึงประเทศไทยด้วย³⁰

2. เครื่องมือประเมินผลทางด้านจิตใจ ได้แก่ 1) Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) เป็นได้ทั้งแบบคัดกรองและแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะท้ายแบบง่าย และสั้น สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลหรือไม่ มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ 0.83²⁰ เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้กันมากเนื่องจากสั้น กระชับ และง่ายในการประเมิน เป็นที่ยอมรับ อีกทั้งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว 2) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) เป็นแบบคัดกรองภาวะทางด้านจิตใจ นำมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็นอย่างดี โดยผลการประเมินสามารถคัดกรองเบื้องต้น และประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ 0.73²⁰ และ 3) Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) เป็นแบบประเมินระดับอารมณ์ความรู้สึกและอารมณ์ซึมเศร้า มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ 0.84^{19,23} โดยเครื่องมือที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นการใช้เพื่อประเมินอาการทางจิตใจทั้งสิ้น การเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับงานวิจัยขึ้นอยู่กับตัวแปรตามที่ต้องการศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ในการดูแลระยะท้าย ได้แก่ 1) The Quality of Life at the End of Life-Cancer Scale (QUAL-EC) เป็นแบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และมีความเฉพาะต่อผู้ป่วยระยะท้ายค่อนข้างมาก 2) The Function Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-being (FACIT-SW) เป็นแบบประเมินที่สามารถนำมาวัดผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะท้ายได้ โดยแบบประเมินนี้จะแสดงให้เห็นถึงความผาสุก และคุณภาพชีวิตในช่วงท้ายได้ และ 3) Quality of Dying and Death (QODD) มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ 0.63²² เป็นแบบประเมินคุณภาพภาวะใกล้ตายและการตาย โดยเครื่องมือนี้วัดผลจากการสังเกตโดยบุคคลใกล้ชิด หรือประเมินโดยบุคคลอื่นในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ทั้งนี้ในการประเมินจะครอบคลุมทั้งก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต และภายหลังเสียชีวิตแล้ว ทำให้ทราบได้ว่าการตายผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร มีความทุกข์ทรมาน หรือจากไปอย่างสงบหรือไม่ รวมถึงมีความพร้อมสำหรับการตายและในระยะใกล้ตายอย่างไร ซึ่งจะได้จากมุมมองของครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่สามารถให้ข้อมูลได้ และข้อมูลที่ได้สามารถนำมาปรับใช้ในการสร้างกิจกรรม หรือการดูแลที่เหมาะสมในผู้ป่วยระยะท้ายรายอื่นต่อไป

สรุป

บทความนี้แสดงให้เห็นถึงรูปแบบในการจัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ครอบคลุมแนวคิด/ทฤษฎี กิจกรรม ระยะเวลา และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งองค์ประกอบสำคัญในการจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากเพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ และเพื่อสนองตามความต้องการทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ แล้วยังควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วย เพื่อลดช่องว่างหรือความรู้สึกถูกทิ้งจากครอบครัว เพราะการได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวหรือบุคคลที่รัก คือสิ่งที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการ หากบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ มีการวางแผน และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแล ก็จะสามารถพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อส่งเสริมการตายดีได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

นำองค์ความรู้เอาไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยการออกแบบโปรแกรมนั้นควรมีหลัก ดังนี้

1 เลือกกรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่เหมาะสมในการนำมาเป็นหลักเพื่อออกแบบโปรแกรม และสามารถนำแนวคิด/ทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมได้มากกว่า 1 แนวคิด

2 กิจกรรมในการจัดโปรแกรม ควรมีความหลากหลาย สามารถจัดการและบรรเทาอาการผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน มีการติดตามเยี่ยม ติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน หรือเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เพื่อที่จะสามารถติดตามช่วยเหลือและสามารถประเมินผลลัพธ์ในการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และสิ่งที่สำคัญ คือ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและเข้าร่วมในกิจกรรม เพื่อลดความรู้สึกถูกทอดทิ้งและเป็นภาระ อีกทั้งยังช่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้นได้อีกด้วย

3 ระยะเวลาที่ใช้การจัดกิจกรรมการดูแลแต่ละครั้ง ควรอยู่ระหว่าง 30-60 นาที จำนวนครั้งในการจัดโปรแกรม เพื่อเข้าพบผู้ป่วย ระหว่าง 3-4 ครั้ง สำหรับระยะห่าง

ของแต่ละครั้ง สามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทหรือลักษณะอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก ที่จะสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามความเหมาะสม และการติดตามต่อเนื่องในระยะสั้นคือ 2 เดือน จนถึง 6 เดือน สำหรับในระยะยาวคือ 18 เดือน หรือจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตโดยผ่านมุมมองของญาติ

4 การประเมินผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรเลือกเครื่องมือที่เฉพาะและมีการหาความตรง และความเที่ยง หรือค่า Cronbach alpha เพื่อที่จะได้มั่นใจว่าเครื่องมือที่ใช้มีคุณภาพและเหมาะสมกับงานที่ต้องการศึกษา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 1) เครื่องมือประเมินผลทางด้านร่างกาย 2) เครื่องมือประเมินผลทางด้านจิตใจ และ 3) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ในการดูแลระยะท้าย ซึ่งสามารถนำมาใช้ร่วมกันเพื่อให้เกิดการประเมินที่ครอบคลุม โดยการเลือกเครื่องมือชนิดใดไปใช้ในแต่ละงาน จะขึ้นอยู่กับตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษาในงานนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. World Health Organization 2014: Cancer. [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. American Association for Cancer Research. AACR cancer progress report 2016. Clin Cancer Res 2016; 22 (supplement 1): s1-s137. Doi: 10.1158/1078-0432.CCR-16-1993
3. Leelasiri A. End of life care. RTA Med J. 2554; 64: 97-102. Thai.
4. Victoria Hospice Society. The Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2) tool. J Pall Care. 1996; 9(4): 26-32.
5. Kurat S, Parakho P, Suwannakoat S. End of life care: New dimension challenges the role of nurse. Nonthaburi: Sri Maha Sarakham College of Nursing in Ministry of Public Health; 2013. Thai.
6. Berry PH, Kuebler, K. K., & Heidrich, D. E. End of life care clinical practice guidelines. Philadelphia W.B. Saunders; 2002.
7. Chaithanasarn A. Manual of end of life care and family. Bangkok: Beyond enterprice company; 2016. Thai.
8. Laurujisawat P. Psychiatric assessment and management in palliative care. In: End of life care improving care of the dying. 2 nd ed. Bangkok: Aksorn sampan press; 2010. Thai.
9. Nilmanat K. The end of life care. Orange media: Songkhla; 2012. Thai.
10. Murakawa Y, Nihei Y. Understanding the concept of a 'good death' in Japan: Differences in the views of doctors, palliative and non-palliative ward nurses. Int J Palliat Nurs. 2009; 15(6): 282-9. doi:10.12968/ijpn.2009.15.6.42987
11. Kunsongkeit W. Good death as perceived by the patients'family member. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2015;23(3):41-55. Thai.
12. Kunsongkeit W. Good death as perceived by the patients. The journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2554; 19(2): 1-12.
13. Kongsuwan W. Nursing for critically ill patients at the end stage of life with technology. Songkhla: Chanmuang Press; 2015. Thai.
14. Lertsanguansinchai P, Nuchprayoon I, Chatkaew P, Sittipunt C. End of life care improving care the dying. Bangkok; Aksorn sampan press 1987 Thai.
15. Granda-Cameron C, & Houldin, A. Concept analysis of good death in terminally ill. Am J Hosp Palliat Care. 2012; 29(8): 632-9. doi: 10.1177/1049909111434976
16. Polit & Beck. Resource manual for nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. 9 ed: Lippincott Company; 2012.
17. Xiao H, Kwong E, Pang S, Mok E. Effect of a life review program for Chinese patients with advanced cancer: A randomized controlled trial.

- Cancer Nurs. 2013;36(4):274-83. doi:10.1097/NCC.0b013e318268f7ba
18. Greer JA, Jackson VA, Meier DE, Temel JS. Effect of early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA Cancer J Clin.* 2013; 63(5): 349-63. doi: 10.3322/caac.21192
 19. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. The project ENABLE II randomized controlled trial to improve palliative care for rural patients with advanced cancer: baseline findings, methodological challenges, and solutions. *Palliat Support Care.* 2009; 7(1): 75-86. doi: 10.1017/S1478951509000108
 20. Lo C, Hales S, Rydall A, Panday T, Chiu A, Malfitano C, et al. Managing cancer and living meaningfully: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015; 16(1): 391. doi: 10.1186/s13063-015-0811-1
 21. Chan WCH, Epstein I. Researching "Good Death" in a Hong Kong palliative care program: A clinical data mining study. *OMEGA (westport).* 2012; 64(3): 203-22. doi.org/10.2190/OM.64.3.b
 22. Shao-Yi Cheng SD, Wen-Yu Hu, Ching-Yu Chen, and Tai-Yuan Chiu. Factor affecting the improvement of quality of dying of terminally ill patients with cancer through palliative care: A ten-year experience. *J Palliat Med.* 2012; 15(8): 854-62.
 23. Kehl KA. Moving toward peace: An analysis of the concept of a good death. *Am J Hosp Palliat Care.* 2006; 23(4): 277-86. doi: 10.1177/1049909106290380
 24. Bernacki R, Hutchings M, Vick J, et al. Development of the serious illness care program: A randomised controlled trial of a palliative care communication intervention. *BMJ Open.* 2015; 5(10). doi: 10.1136/bmjopen-2015-009032
 25. Bakitas M, Lyons K, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA.* 2009; 302(7): 741-9. doi: 10.1001/jama.2009.1198
 26. Tongprateep T. Nurse: Being with the dying. 2 nd ed. Bangkok: V print 1991; 2010. Thai.
 27. Tsai J-S, Wu C-H, Chiu T-Y, Hu W-Y, Chen C-Y. Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. *J Pain Symptom Manage.* 2005; 29(4): 344-51. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2004.07.013
 28. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *J Clin Oncol.* 1993; 11(3):570-9. doi:10.1200/JCO.1993.11.3.570
 29. Lyons KD ea. Reliability and validity of the functional assessment of chronic illness therapy-palliative care scale. *J Pain Symptom Manage.* 2009; 37(1): 23-32. doi: 10.1016/j.jpainsymman
 30. Sumdaengrit B, Limthongkul M. Factor predicting quality of life in breast cancer patients after treatment in university hospital. *J Nurs health.* 2014; 32(4): 85-93. Thai.