

ความพึงพอใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

นางปรารธนา ธรรมบุตร

งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

ปี 2555

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ใน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา นายแพทย์ทนง วีระแสงพงษ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย, นางสาวพรศิริ แซ่เตียว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ได้รับความร่วมมือจากเพื่อนร่วมงาน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องขอขอบพระคุณญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกท่านที่ได้กรุณาตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งต่อท่านอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้แก่อาจารย์ ดร. สมหมาย คชนาม ซึ่งได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการวิจัย ให้คำแนะนำและแนวทางการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ จนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ผู้วิจัยหวังว่ารายงานวิจัยชิ้นนี้ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ใน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ และโดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยในจะได้ใช้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับญาติและผู้ป่วย

ปรารธนา ธรรมบุตร

8 พฤศจิกายน 2555

ชื่อเรื่อง: ศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม
ในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ปี 2555

ผู้วิจัย: นางปรารถนา ธรรมบุตร

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.76 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2555 - 31 ตุลาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Independent test และ ANOVA

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจจำแนกตามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมในระดับที่มากที่สุดคือ การเอาใจใส่ของพยาบาลอย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ เฉลี่ย 2.85

รองลงมาคือความรวดเร็วในการให้การพยาบาลและพอใจในกิจกรรม เฉลี่ย 2.58 ส่วนคะแนนความพึงพอใจที่น้อยที่สุดคือ สถานที่ที่ผู้ป่วยพักฟื้น เฉลี่ย 2.21 รองลงมาคือพอใจในความสะอาดสบายในสถานที่ที่ผู้ป่วยนอน เฉลี่ย 2.26

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ ส่วนความพึงพอใจในระดับน้อยจะเป็นในเรื่องของอาคารสถานที่

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ประโยชน์ที่จะได้รับ	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต	5
ความหมายของความตาย	6
ความกลัวเกี่ยวกับความตาย	7
ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life)	8
ความกลัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	9
ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่เผชิญข่าวร้ายหรือการสูญเสีย	10
ปฏิกิริยาทางจิตใจของญาติเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้าย	12
อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	13
อาการช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last hours of life)	14
หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	16
การบริหารผู้ป่วยใกล้ตาย (Caring for the dying patient)	19
แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)	23
ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง	23
องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	25
หลักการดำเนินงานของการดูแลแบบประคับประคอง	26
บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย	27
แนวคิดการดูแลองค์รวม (Holistic care)	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความหมายการดูแลแบบองค์รวม	29
ปรัชญา “องค์รวม” กับศาสตร์ทางการพยาบาล	30
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) กับผู้ป่วยมะเร็ง	31
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองแบบองค์รวม	32
องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	33
การดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม	35
แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ	37
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
กรอบแนวคิดงานวิจัย	42
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไป	47
ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม	49
การเปรียบเทียบความพึงพอใจจำแนกตามปัจจัยต่างๆ ของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม	51
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	53
อภิปรายผล	54
ข้อเสนอแนะ	55
เอกสารอ้างอิง	56
ภาคผนวก	57

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในเพศชายและเพศหญิง	13
ตารางที่ 2.2 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	14
ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	47
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแล แบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่าง	50
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจจำแนกตามปัจจัยต่างๆ	51

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยโดยการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ลักษณะของโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้เวลานานในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เกิดความเจ็บปวดองค์การอนามัยโลก จัดอันดับ โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประชากรโลก เพราะเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของการตายทั้งหมด สำหรับในประเทศไทยปี 2548 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่งของประชากรคิดเป็นอัตรา 81.4 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และจากการรายงาน Cancer in Thailand Volume IV (1998-2000) ซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2551 พบมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเพศชายและเพศหญิงคิดเป็นอัตรา 127.7 และ 125.5 ต่อแสนประชากร (Khuhaprema T, Srivatanakl.P, Sriplung.H'et al, 2007) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ อาจเป็นเพราะอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมกรรมการบริโภคของมนุษย์ พฤติกรรมทางเพศ และการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของประชากร เป็นต้น ดังเห็นได้จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2552-2554 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 250 ราย 308 และ 410 ราย ตามลำดับ (หน่วยทะเบียน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ในปี 2552, 2553, 2554) และจากข้อมูลของงานบริการผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ในปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยจำนวน 30 ราย, 36 ราย และ 38 รายตามลำดับ

ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือหมดหวังกับการหายของโรคหรือผู้ป่วยใกล้ตาย นอกจากจะประสบกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากการเสื่อมสมรรถภาพ การทำงานของอวัยวะภายในร่างกายลดลง ยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคมและความเครียดเรื่องจิตวิญญาณ จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความรู้สึกลึกลับที่กำลั่งจะเกิดขึ้นกับตนเองและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541) ในอดีตญาติหรือครอบครัวมักจะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใกล้ตาย ที่บ้าน ท่ามกลางลูกหลานที่ดูแลเอาใจใส่ให้ความเอื้ออาทรแก่กันและกัน สภาพการดูแลดังกล่าวมีเพียงแต่มองชีวิตเป็นเพียงร่างกายเท่านั้น แต่ได้หล่อหลอมร่างกายจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณเข้าด้วยกัน โดยผสมผสานกลมกลืนกับสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบตามค่านิยม วัฒนธรรมไทย แต่ในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทาง

วิทยาศาสตร์การแพทย์ได้มีส่วนช่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายให้ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้นเป็นผลก็คือ ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นแต่ในขณะเดียวกันก็มีผลเสียที่อาจเกิดขึ้นคือ การใช้วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีทางการแพทย์ ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมตามมา ได้แก่ การชะลอความตายของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ พิจารณาในด้านดี เป็นการยืดเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวออกไป แต่ขณะเดียวกันคุณภาพชีวิตน้อยลง (วนิดา ตรีวิกุล, 2537) การพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้ จึงต้องตระหนักถึงความต้องการของทางร่างกาย เพื่อให้สุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ และปฏิบัติตัวตามความเชื่อได้ สนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับความตาย สามารถที่จะเตรียมตนเองตายได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี อุดมการณ์ของการแพทย์และการพยาบาลควรมุ่งประโยชน์ที่เกิดแก่ผู้ป่วยโดยตรง อย่างเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยแบบองค์รวมและนำความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้กับผู้ป่วย โดยยังคงคำนึงถึงภาพรวมของความเป็นมนุษย์ สำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนั้น แพทย์และพยาบาลในฐานะผู้ดูแลควรพิจารณาเลือกวิธีการใดๆ ที่จะทำให้ผู้กำลังเผชิญกับความตาย และผู้ใกล้ชิด ไม่หวาดกลัว ทุกข์ทรมาน เจ็บเหงาเดียวดาย แต่กลับมีความสุขและสงบ ซึ่งการดูแลและรักษาเพื่อบรรเทาเป้าหมายดังกล่าวข้างต้น สามารถใช้หลักการของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ดังที่องค์การอนามัยโรคได้ให้คำจำกัดความไว้ หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างแม่นยำ การรักษา ความปวด และปัญหาอื่นๆ ให้ครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นคงไม่ต้องรอ ให้หมดหนทางรักษาเสียก่อน แล้วค่อยพิจารณาเรื่องนี้เป็นอันดับสุดท้าย เราสามารถให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรคพร้อมๆ กับการรักษาอื่นๆ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548)

การดูแลให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในโรงพยาบาล มีความสำคัญยิ่งแก่ผู้ป่วยและญาติมิตร ในทีมสุขภาพอันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และบุคคลอื่นๆ มีบทบาทสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับภาวะวิกฤตในช่วงนี้ให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดีจากการดูแลของทีมสุขภาพ ดังนั้น การปฏิบัติงานของพยาบาลนับเป็นแกนหลักสำคัญของงาน Palliative Care เนื่องจากลักษณะงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและโดยวิชาชีพที่ให้ความสำคัญกับการดูแล (Care) ที่มีความหมายมากกว่าผลจากการรักษา (Cure) (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548) พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั้งในด้านการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยนำแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก มาใช้ในการประเมิน วางแผนในการพยาบาล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องคำนึงถึงอยู่เสมอว่า

แผนการดูแลผู้ป่วยนั้น มีเป้าหมายเป็นการบรรยายเป็นการบรรเทา เพื่อหยุดยั้งความทุกข์ทรมาน และความต้องการของผู้ป่วย

พยาบาลสามารถดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วย ในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ การให้อาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การจับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันอันตราย การช่วยเหลือให้มีความสุขสบาย รวมถึงการดูแลสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

สำหรับการดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์นั้น มีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยารู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และสามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง โดยพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและความตาย ต้องไว ต้องอดทน และสังเกตด้วยความระมัดระวังจากการเป็นผู้ฟังที่ดี แสดงกิริยาตอบรับตามสมควร เปิดโอกาสและให้ความร่วมมือกับผู้ใกล้ชิด ในครอบครัวของผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรม ตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมและสังคมได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยเตรียมผู้ใกล้ชิดในครอบครัวก่อนจะเข้าหาผู้ป่วยวาระสุดท้าย และให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัว ผู้ใกล้ชิดต่อไปหลังผู้ป่วยจากไปแล้ว

จากเหตุการณ์ดังกล่าวเบื้องต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญในปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว รวมถึงความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเผชิญกับวิกฤตินี้ให้ผ่านพ้นไปได้ ด้วยดี ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและไม่ทุกข์ทรมาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่องานบริการของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่องานบริการในด้านการดูแลด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในด้านการบริการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2554-2555

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม หรือมีการกระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย และไม่สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีการใดๆ อาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน

2. การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) หมายถึง การให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยบนพื้นฐานความเชื่อว่า คนเป็นบูรณาการองค์รวม (Integrated Whole) ของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่ไม่สามารถแยกจากกันได้

3. ความพึงพอใจของญาติ หมายถึง ค่าเฉลี่ยจากการบอกความรู้สึกในการได้รับบริการแบบองค์รวมครบทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีรักษาในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ความพึงพอใจมี 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ความพึงพอใจน้อยที่สุด, ระดับ 2 ความพึงพอใจน้อย, ระดับ 3 ความพึงพอใจปานกลาง, ระดับ 4 ความพึงพอใจมาก, ระดับ 5 ความพึงพอใจมากที่สุด

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ได้รูปแบบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม
2. ได้องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม เพื่อสนองนโยบายให้กับบุคลากรสุขภาพ ได้นำความรู้ประสบการณ์ไปใช้ในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ
3. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุข

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ณ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ โดยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต
2. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
3. แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นระยะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับความตาย ความตายเป็นสิ่งที่ทำลายมนุษย์ในเรื่องความหมายของชีวิต ซึ่งทำให้มนุษย์จริงจังในการดำเนินชีวิต ปัจจุบันเราเข้าใจเกี่ยวกับความตายในฐานะที่เป็นกระบวนการ (Death as a Process) มีขั้นตอนเริ่มขึ้นและจุดสิ้นสุดมากกว่าที่จะเข้าใจความตายเป็นเพียงช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (State) เท่านั้น โดยการสิ้นลมหายใจสุดท้ายเป็นการจบกระบวนการของความตาย (เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, 2548) ในส่วนของมุมมองชีวิตในศาสนาพุทธมีความแตกต่างไปจากมุมมองศาสนาอื่นเล็กน้อย โดยมองชีวิตว่าเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อเกิดแล้วต้องมีดับ (เมตตนนุ ภิกขุ, 2548)

ความตายเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือฝัดฝอน มนุษย์โดยทั่วไปหวาดกลัวต่อความตายและไม่ปรารถนาที่จะพูดถึง (สิวลี ศิริวิไล, 2548) ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งในทางลบ เป็นสถานการณ์ที่เลวร้าย เป็นสิ่งที่กระทบรุนแรง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นความรู้สึกที่บอบบางและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตไม่สามารถคาดการณ์ทำนายชีวิต หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ (รัชนิพร คนชุม, 2547) เป็นโรคที่น่ากลัว เป็นสัญลักษณ์แห่งความตาย รวมทั้งการรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน และมีความรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิต (ทิพมาส ชินวงศ์, 2541) ต้องเผชิญกับความสูญเสีย ความเจ็บปวดความทุกข์ทรมาน วิตกกังวล เผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจและกลัวตาย (Halldorsdottir & Hamrin, 1996) อย่างไรก็ตามเมื่อถึงระยะหนึ่งของผู้ป่วยสามารถยอมรับสัจธรรมความเป็นจริงของชีวิต การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยใน

ระยะนี้จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและสำคัญเป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งการดูแลญาติผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยให้สามารถก้าวข้ามระยะทุกข์โศกและสูญเสียไปได้ ทั้งนี้ผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความตายในนานาทัศนะดังนี้

ความหมายของความตาย

บาเพ็ญจิต แสงชาติ (2547) ได้รวบรวมนานาทัศนะแนวทางการคิดเห็นของสังคมโดยรวมเกี่ยวกับความตาย สรุปได้ดังนี้

1. ความตายโดยทั่วไป หมายถึง การที่ชีวิตสิ้นสุดลง ร่างกายหยุดการทำงานที่เพื่อการดำรงชีวิต สามารถรับรู้และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น ไม่เคลื่อนไหว ไม่หายใจ

2. ความตายทางกฎหมาย คือ การตายที่เกิดขึ้นจริง โดยอาศัยหลักทางนิติเวชศาสตร์ และมีบุคคลากรทางการแพทย์ชั้นสูงตรพพลิกศพ กับการตายโดยผลของกฎหมาย เช่น สาบสูญ การกลายเป็นบุคคลสาบสูญ กำหนดระยะเวลาตั้งแต่ 3-7 ปี หากต่อมาพบว่าบุคคลนั้นยังไม่ตาย ศาลก็มีคำสั่งเพิกถอนคำสั่งเดิมได้

3. ความตายในทางสังคม วัฒนธรรม หมายถึง การสิ้นสุดของการเป็นบุคคลของคนในสังคม เป็นการสิ้นชื่อเสียง ไม่มีตัวตนของบุคคลนั้นอีกต่อไป

4. ความตายในทางการแพทย์ หมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของร่างกาย ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น การหยุดหายใจ และการตายของสมอง ซึ่งกำหนดกฎเกณฑ์ตรวจสอบเพื่อยืนยันในการพิจารณาโดยแพทย์สภา ได้แก่ ไม่มีการเคลื่อนไหวได้เอง ไม่มีกิริยาตอบสนอง (Reflex) ของแก่นสมอง ไม่สามารถหายใจได้เอง สภาวะเหล่านี้จะต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 12 ชั่วโมง จึงจะถือว่าสมองตาย

นอกจากนี้ยังมีการจัดกลุ่มความหมายเกี่ยวกับการตายไว้เป็นกลุ่มใหญ่ๆ โดยอิงกับความเชื่อเกี่ยวกับชีวิต คือ (Weissman, 1972 อ้างถึงใน อานนท์ วิทยานนท์ & จารุรินทร์ ปีตานุกงศ์, 2548)

1. ความตายเป็นมายา (Illusion) และเป็นการขยายขอบเขตของชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของชีวิตอีกแบบหนึ่ง ดังนั้นความตายจึงเป็นเพียงการเปลี่ยนสถานภาพไม่ใช่การสิ้นสุด

2. ความตายเป็นความจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของชีวิต เป็นการเผชิญหน้ากับความจริงเรื่องราวสิ้นสุดของการรวมกันของสังขารที่ไม่มีใครหนีได้

3. ความตายเป็นคำอธิบายและการไถ่บาปของชีวิต เป็นการตัดสินใจครั้งสุดท้ายถึงชีวิตที่ผ่านมา โดยการนำมาซึ่งการลงโทษหรือการให้รางวัล

4. ความตายเป็นความพ่ายแพ้ ล้มเหลวและเป็นเหตุถูกเงินของชีวิต เป็น โศกนาฏกรรมทำให้ชีวิตหมดคุณค่า หรือไร้แก่นสาร

นอกจากนี้ ถนอมขวัญ ทวีบุรณ & ชารณี ลิ้มพงศธร (2548) ยังให้ความหมายของความตายตามความหมายทั้งการแพทย์และทางกฎหมาย คือ การสิ้นสุดอย่างถาวรของการทำงานของสมองทั้งหมด ระบบหายใจและระบบไหลเวียน

จะเห็นได้ว่า ความตายมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป ตามความรู้ ความเชื่อ สังคม วัฒนธรรมและศาสนา ทำให้ทัศนคติต่อความตาย ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยเหล่านี้เช่นกัน ความตายจึงเป็นส่วนหนึ่งของวัฏจักรชีวิตที่ไม่สามารถตัดออกจากมนุษย์เราได้ เพราะมันเกิดแล้วจะต้องมีการดับสูญของร่างกาย นั่นคือความตาย ซึ่งความเข้าใจในการตายจะทำให้มนุษย์ตั้งอยู่ในความไม่ประมาท และเมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิตสามารถลงจากโลกไปได้อย่างสงบ ดังนั้นบุคคลากรทีมสุขภาพจึงตระหนักถึงมุมมองในการให้ความหมายเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อให้เข้าใจและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพและลึกซึ้งเพียงพอ

ความกลัวเกี่ยวกับความตาย

บุคคลเมื่อทราบว่าจะตนเองกำลังจะเสียชีวิต ซึ่งเป็นสถานการณ์ในการปรับตัวใหม่ที่ทำให้ยากที่สุดของมนุษย์ และความกลัวเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อพูดถึงความตาย อาจเนื่องมาจากไม่ทราบว่าเมื่อตายแล้วจะเป็นอย่างไร ความรู้สึกสำนึกคิดของผู้ป่วยแต่ละรายย่อมไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานและปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์การเรียนรู้ในชีวิตที่แตกต่างกันไป จิตที่หวาดกลัวก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด โดยจะแสดงออกถึงความกลัวตายที่มีลักษณะต่างกันไป ความกลัวตายสามารถแบ่งออกเป็นดังนี้ (จำลอง ดิษยวิช, 2547)

1. ความตายเป็นความเจ็บปวด (Painful) ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมักทำให้เกิดอาการเจ็บปวด (Pain) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง โดยมีอาการแสดงทางร่างกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ไอ หายใจลำบาก ท้องเดิน บวมตามแขนขา เวียนศีรษะ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจตามมา

2. ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ไร้ศักดิ์ศรี (Undignified) ความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้การรักษาผู้ป่วยดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกระอวยใจและอึดอัดใจที่จะเผชิญกับความตาย คิดว่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องอาศัยแพทย์ พยาบาลและบุคคลากรอื่นๆ มาช่วยเหลือทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและศักดิ์ศรี

3. ความตายเป็นภาระต่อคนอื่น (Burden to Others) บางคนกลัวความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะมาถึง จะทำให้ตนเองเป็นภาระต่อบุคคลอื่น ต้องให้บุคคลอื่นมาช่วยดูแล ซึ่งบางคนเต็มใจในการดูแล แต่ผู้ป่วยบางคนอาจแสดงความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และไม่อยากดูแลรับผิดชอบ

ต่อไป นำไปสู่การสูญเสียเวลาและทรัพย์สินเงินทองในการรักษาและอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวตามมาได้

4. ความตายเป็นการสูญเสียชีวิต (Loss of Life) ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ความตายหลายราย มีความรู้สึกที่ตนเองยังไม่พร้อมที่จะตายในช่วงเวลานี้ มีความปรารถนาที่จะยืดเวลาออกไปอีก เช่น มีภารกิจบางอย่างที่ยังไม่เสร็จ อยากให้บุตรได้รับปริญญาหรือแต่งงานก่อน หรืออยากเห็นบุตรหลานที่จะเป็นผู้สืบทอดวงศ์ตระกูลต่อไป บางคนอาจรู้สึกโกรธหรือซึมเศร้าที่ไม่มีโอกาสทำงานให้เสร็จตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้ได้ นอกจากนี้การสูญเสียชีวิตยัง หมายถึง การพลัดพรากอย่างถาวรจากบุคคลและสิ่ง ที่ตนรัก

5. การไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นหลังความตาย (What Happens After Death) การตาย หมายถึง การทำลายของร่างกายแต่คนส่วนมากมีความเชื่อว่า ยังมีอีกส่วนหนึ่งที่หลงเหลืออยู่ สิ่งนี้คือ “จิต” “วิญญาณ” หรือ “เจตภูต” บางทีเรียกว่า “Soul” หรือ “Self” ความเชื่อในสิ่งเหล่านี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละศาสนาวัฒนธรรมและประเพณี บางคนเชื่อว่าตายแล้วสูญ เหลือแต่ซากอันจะเน่าเปื่อยหรือถูกเผาให้เป็นถ่านเท่านั้น ไม่มีความรู้สึกคิด สุข ทุกข์อะไรสืบทอดไปอีก สำหรับคติทางพุทธศาสนามีความเชื่อในเรื่องสังขารวัฏ คือ การเวียนว่ายตายเกิดไปตามเหตุปัจจัยที่มาปรุงแต่ง ตราบใดที่คนเรายังมีกิเลส กรรมและวิบากเหลืออยู่ ก็ยังต้องไปเกิดอีกชาติหน้า ส่วนศาสนาที่มีศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า (God) จะมีแนวคิดเกี่ยวกับภาวะหลังความตายที่แตกต่างกันไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยระยะระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยกำลังเผชิญกับความตาย ผู้ป่วยมักแสดงอาการต่างๆ ออกมาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะรุนแรงแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล สังคม วัฒนธรรมและความเชื่อต่างๆ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหวาดกลัวและหวาดวิตกเกี่ยวกับความตายจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยพยาบาลควรประเมินอาการ การแสดงออกของผู้ป่วยและค้นหาสาเหตุของพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง และสามารถก้าวผ่านช่วงสภาวะนี้ไปได้

ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life)

ผู้ป่วยระยะระยะสุดท้าย หากมองและทำความเข้าใจเหมือนกับว่าผู้ป่วยใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การรับรู้ทราบกับการเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความแตกต่างกันไป ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ยอมรับ เพราะคิดว่ายังไม่ใช่ช่วงเวลานี้ และทำใจไม่ได้ในสิ่งที่ต้องจากญาติและครอบครัวไป หรือกลัวความตายที่จะมาถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงต้องอาศัยความร่วมมือของทีมบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาในการวางแผนและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างความเป็นความตาย ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และตระหนักดีว่าจะมีชีวิตได้ไม่นาน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวังจากโรค เป็นความเจ็บป่วยจึงไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้หายจากโรคและมีสุขภาพดังเดิม แต่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีค่ามากที่สุด ได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รักอบอุ่น หลุดพ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล และความเจ็บป่วยเพื่อจากไปอย่างสงบ (วันดี โภคะกุล, 2543)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรคไปอย่างมาก แพทย์ลงความเห็นว่าการของโรคเกินกว่ารักษาให้หายขาดได้ และเป็นที่น่าเศร้าที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตในเวลาอันสั้น (สันต์ หัตถิรัตน์, 2544)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามประกาศแพทยสภา หมายความว่า “ผู้ป่วยที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่าการรักษาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับในขณะนั้นหรือที่ได้รับต่อไปไม่สามารถทำให้มีชีวิตรอดอยู่ได้นานพอในระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” (ประกาศแพทยสภา อ้างถึงใน แสง บุญวิภาส, 2547)

อาจจะสรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ไม่มีทางรักษาด้วยวิธีการใดๆ ให้หายได้และอาการผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทรุดลงเรื่อยๆ อวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายเสื่อมหน้าที่ ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้และเสียชีวิตในที่สุด

ความกลัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักทราบว่าจะตนเองจะเสียชีวิต ซึ่งนอกจากการเกิดปัญหาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายจากการเสื่อมของการทำหน้าที่แล้ว ยังก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงด้านจิตใจและอารมณ์อาจมีพฤติกรรมแสดงออก ได้แก่ วิตกกังวล เครียด กลัวตาย กลัวการสูญเสียต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้อาจมีความรุนแรงต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับพื้นฐานและปัจจัยส่วนบุคคล และประสบการณ์การเรียนรู้ชีวิตเป็นสำคัญ โดยความกลัวเกิดได้จากกลายสาเหตุ เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวทุกข์ทรมาน กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครดูแลเป็นภาระของผู้อื่น รวมทั้งการกลัวความตายที่จะมาถึง ซึ่งลักษณะกลัวจะมีความแตกต่างกันออกไป โดยได้รายงานไว้ใน Chronic-living-dying phase ไว้ดังนี้ (Garfield, 1978 อ้างถึงใน อรพรรณ ทองแดง, 2544)

1. Fear of Unknown ไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น จะมีชีวิตอยู่ได้นานเท่าใด จะเกิดอะไรขึ้นอีกต่อร่างกาย ญาติและครอบครัวจะมีปฏิกิริยาอย่างไรต่อความเจ็บป่วยและการตายจากไปครอบครัวจะอยู่กันอย่างไรหลังจากนั้น

2. Fear of Loneliness กลัวการอยู่คนเดียวโดดเดี่ยว กลัวการตายคนเดียวความรู้สึกนี้จะมากขึ้นถ้าบุคคลในครอบครัวพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย ทอดทิ้งผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้ไม่ได้เกิดจากการสูญเสียเท่านั้น แต่เกิดจากการถูกแยกจากบุคคลที่รักหรือบุคคลที่เป็นที่พึ่งพาด้วย เช่น การต้องการเข้ารับการรักษาตัวโรงพยาบาล เป็นต้น

3. Fear of Sorrow กลัวที่จะต้องโศกเศร้าเสียใจ มนุษย์ทุกคนไม่ชอบที่จะต้องเผชิญกับความเสียใจ โศกเศร้า ถ้าเป็นไปได้ทุกคนจะพยายามเลี่ยง แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเลี่ยงได้ และจะต้องพบกันกับความสูญเสียมากมาย ทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า “Anticipatory grief” เกิดขึ้นคือ มีความทุกข์ใจเสียใจไว้ล่วงหน้าตลอดเวลาในช่วงก่อนจะถึงวันตายจาก

4. Fear of loss of family and friend สูญเสียครอบครัวและเพื่อน เพราะผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการต้องจากกันเนื่องจากโรคร้าย รอคอยวันนั้นด้วยความทุกข์และโศกเศร้า

5. Fear of loss of body สูญเสียร่างกาย โดยเฉพาะส่วนสำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่ มีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงาน เปลี่ยนแปลงรูปร่าง ทำให้มีการสูญเสียความภูมิใจในตนเองรู้สึกมีปมด้อยอยู่ในสภาพที่ไม่สมบูรณ์ หรือ ดูพิกลพิการ

6. Fear of loss self-control กลัวเสียการควบคุมตนเอง ขณะที่โรคร้ายคุกคามร่างกายไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะควบคุมตนเองได้น้อยลง ขาดพลัง ขาดความเข้มแข็ง ขาดความมีชีวิตชีวา

7. Fear of loss of identity กลัวการสูญเสียเอกลักษณ์ของตนเอง สูญเสียการสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งเป็นการเน้นให้เห็นว่าเราเป็นใคร กับครอบครัวเป็นการเน้นว่าเรามีใครบ้างมีบทบาทอย่างไร กับร่างกาย-จิตใจ เป็นการแสดงความเป็นเจ้าของตัวเราเอง แต่ความเจ็บป่วยจะ ไปคุกคาม ทำให้สูญเสียสิ่งต่างๆ ดังกล่าวไป

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนอกจากจะมีปัญหาด้านร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว ยังส่งผลต่อความทุกข์บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา ในการวางแผนและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่เผชิญข่าวร้ายหรือการสูญเสีย

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคร้ายและมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล โดย Kubler-Ross (1969) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคร้าย ประกอบไปด้วยปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ และสามารถสลับเปลี่ยนไปมาได้คือ

1. ภาวะปฏิเสธ (Denial)

ปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคร้าย เป็นภาวะที่ผู้ป่วยพยายามรักษาสมดุลและปกป้องจิตใจของตนเองไม่ให้บาดเจ็บกับข่าวร้ายที่ได้รับ การปฏิเสธถือเป็นกลไกการปกป้องตนเองของบุคคลในระดับต้นๆ ผู้ป่วยบางคนอาจจะตกใจ ทำอะไรไม่ถูก พุดไม่ออก เมื่อได้สติรู้ตัว จะรู้สึกขมขื่นใจเกินกว่าที่จะทนรับรู้ได้ สิ่ง que แสดงออกมาคือ ปฏิเสธความจริงนี้ไว้ก่อนหรือลืมเรื่องนี้ไปก่อน (ทศนีย์ ทองประทีป, 2549) ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้การดูแลควรปฏิบัติตนให้เป็นกลาง ไม่แสดงถึงการเห็นด้วยหรือช่วยเสริมการปฏิเสธของผู้ป่วยหรือพยายามโน้มน้าวหรือบีบบังคับให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดตามไปในทิศทางที่เห็นชอบด้วย (สถาพร ลีลานันท์ทกิจ, 2547)

2. ภาวะโกรธ (Anger)

กล่าวโทษทุกสิ่งทุกอย่างที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เนื่องจากในขณะนั้นจิตใจของผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับและมีความโกรธแค้นในโชคชะตาของตนเองที่ทำให้เจ็บปวด จึงต้องระบายอารมณ์สู่คนรอบข้าง เพื่อต้องการลดการกระตุ้นจากโลกภายนอกที่กำลังเผชิญอยู่ โดยหวังว่าจะไม่ให้ตนเองเจ็บปวดไปมากกว่าที่เป็นอยู่ นอกจากนี้อาจมีอารมณ์และความรู้สึกหลายๆ อย่างรวมกัน เช่น ความคับข้องใจ รู้สึกสะเทือนใจ และมีความกลัว อารมณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเพราะไม่คาดคิดมาก่อนว่า ชีวิตของตนเองจะต้องเผชิญกับการสูญเสียหรือการเจ็บป่วย ที่ทำให้มีอายุสั้นแบบนี้ (ทศนีย์ ทองประทีป, 2549) การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ ผู้ดูแลควรเข้าใจผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายออก โดยไม่ได้โต้แย้งหรืออธิบายเหตุผลและรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ

3. ภาวะต่อรอง (Bargaining)

การต่อรองเป็นอีกขั้นตอนที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักนำมาใช้ แม้ว่ามีโอกาสเพียงเล็กน้อยก็ตาม เป็นการต่อสู้เพื่อความอยู่รอด โดยเริ่มจากการใช้ความพยายามในการให้คำมั่นสัญญาว่า ถ้าหายจะทำหรือปฏิบัติตนเองให้ดีขึ้น เช่น ละเลิกการดื่มเหล้า เลิกบุหรื เป็นต้น นอกจากนี้อาจไปบนบานหรือให้คำมั่นสัญญากับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองเคารพ ศรัทธา ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่อว่าจะทำให้ชีวิตของตนเองอยู่ได้นาน

ทศนีย์ ทองประทีป (2549) กล่าวว่า ในระยะนี้หากแพทย์/พยาบาลผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจนมาถึงระยะต่อรองนี้ ผู้ป่วยมักยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

4. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า รู้สึกหมดหวัง อ่างว่าง โดดเดี่ยว เพราะเริ่มมองเห็นภาพของตนเองและความจริงเกี่ยวกับความตายที่ตนเองพยายามหลีกเลี่ยงหนีชัดเจนขึ้น (จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์, 2548)

ผู้ป่วยอาจแสดงอาการซึมเศร้าออกมาในลักษณะแยกตนเอง ไม่สนใจใคร เบื่อหน่าย หรืออาจรุนแรงขึ้นทำร้ายตนเองได้ (อรพรรณ ทองแดง, 2544) การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและโดดเดี่ยวพยาบาลควรให้เวลาอยู่เป็นเพื่อนและรับฟังสิ่งที่เป็นทุกข์ กังวลใจ อาจนั่งอยู่ข้างๆ หรือใช้การสัมผัสแทนการพูดคุย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549)

5. ระยะเวลายอมรับ (Acceptance)

เป็นระยะสุดท้ายที่กลไกทางจิตใจทำหน้าที่ได้สำเร็จ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างช่วงเวลาผู้ป่วยระยะสุดท้ายรับว่าจะต้องจากไป ผู้ป่วยที่สามารถยอมรับความจริงได้ว่า ไม่สามารถต่อสู้กับความตายที่กำลังจะมาถึง ผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับด้วยความสงบจิตใจ ไม่ทรมานทรมาย ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีชีวิตอยู่กับความหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ (อรพรรณ ทองแดง, 2544)

ปฏิกิริยาทางจิตใจของญาติเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้าย

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเอง บุคคลที่ต้องเผชิญกับความโศกเศร้า สูญเสียไม่น้อยไปกว่าผู้ป่วยก็คือ ครอบครัว ญาติผู้ใกล้ชิด ซึ่งปฏิกิริยาทางจิตใจของญาติเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายจะมีความคล้ายคลึงกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยที่รับทราบข่าวร้ายของตนเอง แต่อาจมีข้อแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย กล่าวคือ (จารุรินทร์ ปิตานพวงษ์, 2548)

1. **ช็อก (Shock)** โดยปกติภาวะนี้เกิดเพียงชั่วขณะหนึ่งเช่นเดียวกับที่พบในผู้ป่วยปฏิเสธความจริง (Denial) เป็นปฏิกิริยาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มบิดามารดา ที่มีบุตรป่วยเป็นโรคร้ายแรง ปฏิกิริยาแบบนี้อาจส่งผลต่อความคิดและการปรับตัวของผู้ป่วยให้ไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงได้

2. **ต่อรอง (Bargaining)** เป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่พบได้บ่อยเพราะโดยปกติญาติทุกคนมีความปรารถนาดี ต้องการที่จะช่วยเหลือและหยิบยื่นสิ่งที่ดีที่ตนเองคิดว่าดีที่สุดให้กับผู้ป่วย จึงพยายามค้นหาวิธีทางที่คิดว่าน่าจะได้ผลต่อโรคของผู้ป่วย ได้ผลต่อโรคของผู้ป่วย ให้ได้มากที่สุดเท่าที่ตนจะทำได้ตามความรู้ ตามบริบทความเข้าใจของตน

3. **โกรธ (Anger)** อาจเป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกมาบนพื้นฐานของความวิตกกังวลต่อโรคของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าจากการดูแล หรืออาจเป็นปฏิกิริยาของความขัดแย้งของความต้องการที่จะช่วยเหลือ ควบคุมสถานการณ์หรือปกป้องผู้ป่วยที่มากเกินไปแต่ไม่ได้รับการสนองตอบตามที่อยากจะให้เป็น

4. **รู้สึกผิด (Guilt)** เป็นปฏิกิริยาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะถ้าญาติรู้สึกที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่รู้สึกว่าคุณอาจจะเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น บิดามารดา

ที่รู้สึกผิดต่อการป่วยของบุตรที่เป็นโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือเป็นความรู้สึกผิดของผู้ที่เป็นโรคเดียวกันแต่มีพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วย สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ใกล้เคียงปกติ (Survivor)

5. ยอมรับ (Acceptance) เป็นการยอมรับว่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ คงต้องพยายามอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและโรคร้าย โดยวิธีการประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านวิกฤตต่างๆ เท่าที่จะทำได้ดีที่สุด

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ไม่ได้หมายถึงการดูแลเฉพาะตัวผู้ป่วยแต่ยังรวมถึงครอบครัว ญาติที่เป็นผู้ดูแลอีกด้วย ทั้งนี้ทีมสุขภาพควรตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทั้งการเตรียมตัวเตรียมใจของผู้ป่วยให้ยอมรับอาการของโรคและทำใจกับการที่จะต้องจากไป และผู้ดูแลเองได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ แม้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยก็ตาม และเตรียมใจในการจากไปของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเคยรักษาหายแล้ว ต่อมาเกิดมีโรคมะเร็งเป็นซ้ำใหม่หรือมีโรคมะเร็งกระจายไกลไปตามอวัยวะต่างๆ และรักษาไม่หาย มีการกระจายของโรคมะเร็งมากขึ้น ทำให้อวัยวะต่างๆ เสื่อมหน้าที่ซึ่งนี้พบรายงานอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในเพศชายและเพศหญิงดังนี้ (Lan Maddocks, 1997) (ตารางที่ 2.1)

อาการ	ลักษณะ		
	ชาย	หญิง	รวม
ปวด	76.5	73.1	74.7
น้ำหนักลด	71.4	69.6	70.4
เบื่ออาหาร	66.2	58.9	62.3
ไอ	57.9	27.4	41.4
หายใจลำบาก	55.0	40.8	47.3
ท้องผูก	45.3	46.8	45.8
คลื่นไส้/อาเจียน	37.6	45.5	41.8
บวม/ท้องบวม	37.6	37.5	37.6
เหนื่อย	33.7	30.9	62.2

ตารางที่ 2.1 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในเพศชายและเพศหญิง

นอกจากนี้ จากการศึกษากับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้านภายใต้การดูแลของ Home care services สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 129 ราย พบผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการที่ก่อให้เกิด ความทุกข์หรือทรมาน อยู่ที่ 2-12 อาการ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 6.3 อาการ อาการที่พบประกอบด้วย (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2547) (ตารางที่ 2.2)

Pain	78.49 %	Paralyse	15.38%
Weakness	66.15%	Pleural effusion	15.38%
Insomnia	60.00%	Depression	13.85%
Anxiety	49.23%	Incontionence	12.31%
Anorexia	47.69%	Bed sore	12.31%
Weight loss	40.00%	Hemorrhage	10.77%
Catheter	27.69%	Drowsiness	10.77%
Palor	26.15%	Dysphagia	9.23%
Cough	21.54%	Ascites	7.69%
Edema	16.92%	Nausca	7.69%

ตารางที่ 2.2 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

และอาการที่เด่นชัดใน 2 วันสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย 129 รายนี้ ประกอบด้วยอาการ กระสับกระส่าย ครวญคราง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้แม้แต่การกลืน มีเสียงครืดคราดในลำคอ ไม่สามารถกลืนอุจจาระและปัสสาวะได้ อาการดังกล่าวส่วนใหญ่ล้วนเป็นปัญหาการเสื่อมในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางด้านศาสนาในการเตรียมพิธีการต่างๆ ของคนในครอบครัวกับตัวผู้ป่วยหลังตาย ซึ่งนอกจากมีรายงานอาการที่พบบ่อยแล้ว ยังมีรายงานถึงอาการช่วงสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบบ่อยดังนี้

อาการช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last hours of life)

Librach, 2000 อ้างถึงใน สายพิน หัตถิรัตน์, 2546 ได้กล่าวถึงอาการช่วงสุดท้ายของชีวิตที่พบบ่อย และเพื่อเป็นการเตรียมให้ทุกฝ่ายได้รับทราบถึงอาการผิดปกติของร่างกาย ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงก่อนตาย อาการที่พบบ่อยมีดังนี้

1. อ่อนเพลีย ง่วงซึม เกิดจากอวัยวะต่างๆ เสื่อมโทรมลง สารเคมี ความเป็นกรดต่างในร่างกายไม่สมดุล ผู้ป่วยจะใช้พลังงานน้อยลงและหลับเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม ไม่ควรทิ้งผู้ป่วยไว้

ตามลำพัง เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่ค่อยตื่น แต่จะรับรู้ความรู้สึกได้ ควรใช้เวลาดังกล่าวพูดคุย ร้องไห้ กอด หรืออยู่ใกล้ซิด

2. กินหรือดื่มน้ำได้น้อยลง เกิดจากร่างกายไม่สามารถย่อยอาหารหรือดูดซึมได้เหมือนเดิม สมอจึงสั่งให้รับประทานได้ลดลง การพยายามเพิ่มปริมาณอาหารให้ทางปากหรือทางสายยาง มีแต่ จะเพิ่มความทรมานให้ผู้ป่วย เนื่องจากการย่อยอาหารไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ท้องอืดได้ง่าย ซึ่งการ ไม่ให้อาหารไม่ใช่การปล่อยให้ผู้ป่วยตาย แต่ตรงกันข้าม การเพิ่มปริมาณอาหารอาจทำให้เกิดการ ลำลักและท้องอืดได้ง่าย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ดังนั้นจึงควรให้ปริมาณอาหารแต่พอควร เท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ หากไม่รับประทานก็เป็นเพราะร่างกายไม่สามารถรับได้แล้ว

3. ปากและนัยน์ตาแห้ง เกิดจากผู้ป่วยเริ่มอ้าปากหายใจและนัยน์ตาก็จะหลับไม่สนิท เนื่อง จากการหลับตาให้สนิทต้องใช้พลังงานกล้ามเนื้อหลายมัด ซึ่งผู้ป่วยระยะนี้ใช้พลังงานลดลง ปากและ ตาจึงแห้งง่าย ควรช่วยหยอดน้ำหรือเช็ดในปากให้พอชุ่มชื้น ไม่แห้งผาก ปากควรทาลิปมันหรือ วาสลินไม่ให้แตกแห้ง ตาควรปิดพอควรหรือหยอดน้ำตาเทียมบ้าง

4. ความรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง เกิดจากกระบวนการที่ร่างกายเริ่มเสื่อมสภาพ การรับสัมผัสสาร สื่อประสาทจึงลดลง พบว่า ผู้ป่วยระยะนี้เจ็บปวดน้อยลง ยาแก้ปวดประสิทธิภาพสูงอย่างมอร์ฟีนจึง อาจเป็นพิษได้ง่าย แพทย์ควรพิจารณาปรับลดขนาดยาลง เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการประสาท หลอน ท้องผูกอย่างรุนแรง และอาจเกิดอาการพิษอื่นๆ ได้ การสังเกตอาการปวดระยะนี้ควรสังเกตที่สี หน้า หากมีสีหน้าแสดงอาการเจ็บปวด หน้าผากย่น แสดงว่าผู้ป่วยปวดจริงหากสีหน้าไม่บ่งบอก แต่ กลับมีอาการครางเจ็บปวด แสดงว่าไม่ใช่อาการปวด เพราะระยะนี้กลองเสียงและหลอดลมเริ่มอ่อน แรงเสียงที่ลอดออกมาจึงฟังคล้ายเสียงร้องทั้งที่ไม่ได้ร้อง

5. กระสับกระส่าย ประสาทหลอน ระยะนี้ผู้ป่วยหลายรายมีอาการเพื่อ เห็นผี เห็นภาพเก่า เห็นญาติที่เสียชีวิต เห็นความผิดบาปในอดีต แพทย์ควรประเมินว่าเกิดจากผลข้างเคียงของยาทั้งหมดที่ ให้หรือไม่ ควรปรับลดขนาด หากไม่เกิดจากพิษยา ก็อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาทั้งหมดที่ให้หรือไม่ ควรปรับลดขนาด หากไม่เกิดจากพิษยา ก็อาจเกิดจากความเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองเอง ควร ทำความเข้าใจกับญาติ หากมีอาการรุนแรงก็ควรให้ยานอนหลับร่วมด้วย

6. หายใจไม่เป็นจังหวะ ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะมีอาการหายใจสะดุด ดิดขัด ถี่ห่างเป็นช่วงๆ หรือเป็นชุดๆ ได้ เพราะความผิดปกติของกรด-ด่างในร่างกาย การให้ออกซิเจนจะไม่ช่วยให้การ ดิขึ้น เพราะไม่ได้ไปหยุดการตายของอวัยวะภายในร่างกายที่เสื่อมเพราะหมดสภาพได้

7. ต้งเสียงคล้ายตำลึงในคอ กลองเสียงและหลอดอาหารของผู้ป่วยเริ่มไม่ทำงาน ไม่บีบตัว ตามระบบประสาทอัตโนมัติที่เสื่อมลงด้วย การกลืนจึงไม่สมบูรณ์ ทั้งที่ต่อมน้ำลาย น้ำเมือกยังทำงาน อยู่ไม่ควรใช้เครื่องดูดเสมหะบ่อยเพราะทำให้เจ็บคอและคอยแต่จะสำรอก การไม่แก้ไขอาการ

ดังกล่าวไม่ใช้การปล่อยให้สำคัญจนตาย เสียงที่เกิดขึ้นจะคล้ายเสียงสำคัญ แต่ไม่ใช่เพราะร่างกายกลืนลงไปไม่ได้ น้ำลายและน้ำเมือกจึงล้นออกมา ญาติสามารถช่วยตะแคงกึ่งคว่ำหน้าผู้ป่วยลง เพื่อให้ น้ำลายไหลออกมาเอง และดูไม่อุจาดตาเกินไป

8. มือและเท้าเย็น ผิวเป็นจ้ำ หลอดเลือดที่ไหลเวียนไปตามส่วนปลายของร่างกายเริ่มไม่ทำงาน ผิวหนัง แขน ขา จึงมีลักษณะเป็นจ้ำๆ สีออกม่วงแดงได้ แสดงให้เห็นถึงเนื้อเยื่อเริ่มขาดออกซิเจนและเน่าสลาย

9. ตาเบิ่งไร้แวว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่รู้สึกรู้สึกตัว สายตาเลื่อนลอยไร้แวว ไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจลุกมานั่งตาสงสารได้ พูดได้ เหมือนหายแล้วในวันสุดท้ายปรากฏการณ์ดังกล่าวพบได้ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ เชื่อกันว่าอาจจะเป็นพลังงานครั้งสุดท้ายที่ผู้ป่วยพยายามจะตื่นขึ้นมาเพื่อให้ญาติได้รู้สึกรู้สึกขึ้น และมีโอกาสได้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดูแลให้อาหารและน้ำก่อนตาย (จำลอง ดิษยวณิช, 2547) คุณลักษณะเช่นนี้จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้

ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในทีมสุขภาพทุกสาขา โดยมีหลักในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Cassem (1997) ได้อธิบายถึงลักษณะที่จำเป็นที่ทีมรักษาพยาบาลควรมี 9 ประการคือ

1. Concern คือ ความห่วงใยและเอาใจใส่ในตัวผู้ป่วย พร้อมทั้งจะช่วยจัดการหรืออำนวยความสะดวกให้กับทุกสิ่งที่เป็นต่อชีวิตในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

2. Competence คือ ความสามารถทางคลินิกที่รวมทั้งความรู้และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทีมรักษาพยาบาลควรมี ไม่เพียงแต่เรื่องอาการทางด้านร่างกายแต่ควรรวมถึงอาการทางจิตใจและจิตวิญญาณด้วย ตลอดจนการจัดการกับอาการที่มีอาการได้บ่อยๆ ในระยะสุดท้ายของชีวิต

3. Comfort คือ การผ่อนคลาย ปลอดภัยเพื่อให้บรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4. Compassion คือ ความกรุณาและปรารถนาอย่างจริงใจที่จะให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ ทั้งนี้รวมถึงความพยายามในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

5. Communication คือ การสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา เปิดเผยและจริงใจ ทั้งนี้รวมถึงการสื่อสารโดยภาษากาย ไม่ว่าจะเป็นท่าทาง แววตา การยิ้ม สัมผัสหรืออื่นๆ ที่แสดงถึงความห่วงใยเอื้ออาทรที่มีต่อผู้ป่วย

6. Children คือ การที่ผู้ป่วยมีเด็กๆ ที่เป็นลูกหลานมาอยู่ใกล้ชิด มาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ หรือปลอบขวัญแก่ผู้ป่วย

7. Cohesion คือ ความผูกพันในลักษณะเชื่อมั่นแน่นของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิก ครอบครัวและกับทีมงานรักษาพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวในการจัดสนใจ ร่วมกัน และในขณะที่เดียวกันจะช่วยคลายความวิตกกังวลและความว่าเหว้ทั้งที่เกิดกับตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ

8. Cheerfulness คือ ความสดใสหรือมีอารมณ์ขันที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสบายขึ้นหรือคลายเศร้าได้ ควรหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล เบื่อหน่าย และสิ้นหวัง

9. Consistency คือ ความสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง คงเส้นคงวาในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งนี้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องความเล็งเลสงสัยที่รู้สึกว่าคุณเป็นภาระของผู้อื่นกับความรู้สึกกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลได้

นอกจากนี้ จำลอง ดิษยวณิช (2547) ได้เพิ่มหลักการดูแลสำหรับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้

1. Empathy หมายถึง ความร่วมรู้สึกหรือการมีอารมณ์ร่วม เข้าทำนอง “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” ถ้าแพทย์ทำตัวเสมือนหนึ่งว่าตัวเองเป็นผู้ป่วยที่กำลังจะตาย เขาจะรู้สึกอย่างไร มีความต้องการอะไร และอยากให้ผู้อื่นช่วยอะไรบ้าง ความรู้สึกเช่นนี้ จะช่วยทำให้แพทย์ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยดีขึ้น

2. Encouragement หมายถึง การสนับสนุนเป็นลักษณะทางการให้กำลังใจ ผู้รักษาคอยสนับสนุนความพยายามของผู้ป่วยทุกอย่างเพื่อควบคุมความเจ็บปวด อาการอื่นๆ รวมทั้งความกลัว ความวิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้า สอนให้เขารู้จักอดทน ไม่ควรหมดหวังหรือ ทอดอาลัยชีวิต และคอยช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

3. Equanimity หมายถึง อุเบกขา คือ ความมีใจเป็นกลาง เป็นการมองสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง โดยวางจิตเรียบสม่ำเสมอ มั่นคง เทียงตรงจุดดั่ง แพทย์จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด แต่ขณะเดียวกันก็ต้องวางใจเป็นกลางไม่แสดงความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความเบื่อหน่าย และความสิ้นหวัง คุณลักษณะเช่นนี้ จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

และจารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์ (2548) ได้เสนอหลักในการดูแลเพื่อให้ได้ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดีที่สุดที่มาจากญาติหรือทีมรักษาพยาบาลดังนี้

1. Sharing คือ ให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการรับฟังความคิด สัมผัสอารมณ์และความรู้สึกที่รับรู้ประสบการณ์ตรงทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและ

จากญาติเป็นระยะๆ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และที่สำคัญอาจส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมแสดงออก

2. Show information คือ ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งทีมรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย แนวทางการรักษาพยาบาล และระยะของการรักษาที่ตรงกันและชัดเจน แต่ทั้งนี้ต้องยึดถึงเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในเบื้องต้นด้วย นอกจากนี้ทีมรักษาพยาบาลควรเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ชี้แจงข้อสงสัยทั้งจากตัวผู้ป่วยและญาติอยู่ตลอดเวลา

3. Strength คือ การหาจุดแข็งและโอกาสที่ผู้ป่วยและญาติจะสามารถพัฒนาได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตามสิ่งที่พึงระลึกไว้เสมอก็คือ เราไม่สามารถระบุได้ว่าวิธีการใดควรใช้สถานการณ์ใดได้ตายตัว กลยุทธ์หรือวิธีการดำเนินการจะต้องปรับเปลี่ยนไปตามสภาพความเหมาะสมของสถานการณ์นั้นๆ ปกติปฏิริยาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมรักษาพยาบาลจะส่งผลซึ่งกันและกัน รวมทั้งส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย ดังนั้นทุกฝ่ายควรมีแนวทางที่จะเข้าใจและปรับเข้าหากัน

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์หรือทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลจะต้องตอบคำถามจำนวนหนึ่ง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพัทธ์กุล, 2546)

ขั้นตอนแรก ที่จำต้องพิจารณา “ประเด็นทางสุขภาพ” ของผู้ป่วยในขณะนั้น

1. เป็นโรคที่ไม่อาจบำบัดรักษาให้หายขาดหรือดีขึ้น และอยู่ในระยะท้ายของการดำเนินของโรคจริงหรือไม่

2. สภาพจิตอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร บุคลิกภาพและบทบาทในครอบครัวที่มีมาแต่เดิมของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

3. ความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอกเหนือจากตัวโรคเป็นอย่างไร

4. ผู้ป่วยทราบสถานการณ์ของภาวะสุขภาพและการพยากรณ์หรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 ที่ต้องทำการประเมินคือ “ความคาดหวังและความต้องการ” ซึ่งประกอบไปด้วย

1. ความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

2. ความคาดหวังและความต้องการของญาติเป็นอย่างไร

3. ในกรณีผู้ป่วยยังไม่ทราบสถานการณ์ทางสุขภาพที่แท้จริงของตนเองศักยภาพและความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ญาติมีความเห็นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 คือ การประเมินสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มญาติและระหว่างญาติกับผู้ป่วย

1. ในกลุ่มญาติ ใครเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วย
2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติเป็นอย่างไร ใครที่ผู้ป่วยไว้วางใจหรือยึดติดมากที่สุด
3. สัมพันธภาพในกลุ่มญาติเป็นอย่างไร มีสัญญาณความขัดแย้งหรือไม่จากนั้นจึงทำการกำหนดแผนการจัดการดูแล โดยให้เป็นไปตามลำดับความสำคัญและต้องเป็นไปในมุมมองแบบเป็นองค์รวม แผนการจัดการดูแลต้องพิจารณาเป็นสองระยะคือ แผนระยะสั้น (ใน 1-2 สัปดาห์) และแผนระยะปานกลาง (2 สัปดาห์ขึ้นไป)

หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตายเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนนอกจากเน้นการควบคุมความทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกายแล้ว การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นแพทย์/พยาบาล/เภสัชกร/นักสังคมสงเคราะห์ และอื่นๆ ซึ่งทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การบริหารผู้ป่วยใกล้ตาย (Caring for the dying patient)

ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายขึ้นอยู่กับความตระหนักรู้ (Awareness) เจตนาคติ (Attitude) และความเข้าใจ (Understanding) ของผู้รักษาซึ่งมีต่อการตายหรือการเสียชีวิต ผู้รักษาบางราย รวมทั้งแพทย์ อาจมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตายและผู้ป่วยใกล้ตาย ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกอบรมทางการแพทย์ในปัจจุบันเน้นที่การควบคุม (Control) และการขจัด (Eradication) โรคให้หายโดยสิ้นเชิงทำให้รู้สึกอึดอัดใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เพราะผู้ป่วยเป็นเสมือนตัวแทนแห่งความล้มเหลวและอาจสะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนและข้อจำกัดของผู้รักษา เจตคติที่ไม่ดีเหล่านี้มักก่อให้เกิดปัญหาตามมาคือผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง หรือทำให้ผู้รักษารู้สึกหงุดหงิด คิดว่าตนไร้ความสามารถและกลัวความตายที่จะมาถึง

ความรู้สึกในจิตใจไร้สำนึกของผู้รักษาจัดว่าเป็นสิ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยเช่นกัน ความรู้สึกที่ตนเองยิ่งใหญ่ (Omnipotence) สามารถหยุดยั้งการตายได้ อันมีสาเหตุมาจากความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าไปไกลมากหรือในทางตรงกันข้ามความรู้สึกกลัวตายในระดับจิตไร้สำนึกอาจทำให้ผู้รักษาเหล่านี้วิตกกังวลที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายผู้รักษาอาจพยายามหลีกเลี่ยงการพบผู้ป่วยหรือไม่ยอมพูดคุยเกี่ยวกับความกลัว ความกังวลและความรู้สึกของผู้ป่วย

หน้าที่หลักของผู้รักษาในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายคือ การให้ความเห็นอกเห็นใจและการประคับประคองผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รูปแบบของการดูแลที่เหมาะสม คือ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การสบตา การสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม การฟังสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องการพูด และการยินดีตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมาว่าผู้ป่วยเป็น โรคมะเร็ง แต่ก็ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยอาจอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยร้อยละ 15 ที่สามารถมีชีวิตเกิน 5 ปี (แม้ว่าผู้ป่วย ร้อยละ 85 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี) และเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่ต้องการรู้ความจริงที่น่ากลัว จำนวนไม่น้อยที่ต้องเสียชีวิตด้วยความปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ นอกจากนี้การดูแลด้านจิต สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ แม้ว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่การดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน เนื่องจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นทีมสุขภาพ ผู้ป่วย หรือครอบครัว ผู้ป่วย ต่างก็ต้องการเลือกการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่เนื่องจากมนุษย์มีคุณค่า (Values) ความเชื่อ (Beliefs) ประสบการณ์และมุมมองเกี่ยวกับชีวิตและความตายที่แตกต่างกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมักก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรมอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Lan Maddocks (1997) ได้กล่าวถึงหลักจริยธรรมที่สำคัญซึ่งประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถเป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปตามเป้าหมายได้แก่ ความเป็นอิสระ (Autonomy) การทำในสิ่งที่ดี/เป็นประโยชน์ (Beneficence) การไม่ทำอันตราย (Non-maleficence) ความยุติธรรม/เสมอภาค (Justice) การบอกความจริง (Veracity : telling) ความซื่อสัตย์ (Fidelity) เป็นที่ไว้วางใจ/เป็นความลับ (Confidentiality) และความเป็นส่วนตัว (Privacy) อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็อาจก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรม (Ethical issues) ที่เกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมดังกล่าวดังต่อไปนี้

- ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ อาทิ แพทย์ พยาบาล ควรจะต้องมีทักษะ (สถาพร ลีถำนันทกิจ, 2547) ดังต่อไปนี้
- มีทักษะในการสื่อสารและเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ที่ได้รับการดูแล
- จะต้องมีความรู้ในความเป็นมนุษย์ (ในฐานะการเป็นบุคคล) ซึ่งจะต้องมีความเข้าใจถึงเรื่องของภาวะทุกข์โศกและการสูญเสีย
- มีความไวต่อความรู้สึกและให้ความเห็นอกเห็นใจ
- มีความสามารถที่จะอยู่กับผู้ใกล้ตายโดยไม่จำเป็นต้องช่วยทำอะไร
- เข้าใจและตระหนักถึงข้อจำกัดและความแตกต่างของแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ กิตติกร นิลมานัต (2548) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยดังนี้

1. พยาบาลในฐานะผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแหล่งประโยชน์ (Nurse as an information provider) การรับทราบเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แผนการรักษาในอนาคต สิ่งที่สามารถคาดหวังได้ รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกควบคุมต่อเหตุการณ์ สามารถวางแผนอนาคตได้และช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าพยาบาลอาจไม่ใช่บุคคลแรกที่จะแจ้ง “ข่าวร้าย” แก่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่โดยทั่วไปพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งประโยชน์อื่นๆ ใดๆก็ตามการให้ข้อมูลไม่ได้หมายความถึง “การบอก” สิ่งที่ต้องพิจารณาได้แก่เนื้อหาของข้อมูลที่จะให้ วิธีการที่จะถ่ายทอดข้อมูลบุคคลที่จะให้ข้อมูลและบุคคลรับข้อมูล นอกจากนี้พยาบาลจะต้องคำนึงถึงบริบทด้านเวลาและสถานที่เมื่อต้องการให้ข้อมูลโดยทั่วไป พยาบาลควรประเมินการรับรู้สถานการณ์และความต้องการข้อมูลของครอบครัวก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง และมีความไวถึงสิ่งที่ครอบครัวพยายามสื่อสารออกมาทั้งทางคำพูดและหรือท่าทางรวมทั้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ถ่ายทอดให้หรือได้รับจากครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากในบางสถานการณ์ ครอบครัวอาจจะตกอยู่ในภาวะช็อก ตกใจ ทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลน้อยลง พยาบาลควรให้ข้อมูล/หรืออธิบายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจและควรสอบถามข้อสงสัยที่อาจเกิดขึ้นจากครอบครัวทุกครั้งเมื่อสิ้นสุดการให้ข้อมูล

2. พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (Nurse as a carer) ในที่นี้หมายถึง การให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จากทบทวนความต้องการของครอบครัวข้างต้น จะเห็นได้ว่าครอบครัวให้ความสำคัญกับการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการอื่นๆ อย่างดีที่สุด พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุดและช่วยจัดการควบคุมกับอาการต่างๆ ให้ลดลงมากที่สุด รวมทั้งให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวคลายความกังวลใจ ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตของครอบครัว ผลจากการมีภาวะความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและยาวนานอาจมีผลทำให้ผู้ให้การดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวอื่นๆ มีปัญหาสุขภาพ พยาบาลต้องให้ความเอาใจใส่ดูแลภาวะสุขภาพของครอบครัวทั้งในลักษณะรายบุคคลและทั้งระบบ สำหรับการดูแลครอบครัวพยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาลให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลเช่นเดียวกันการให้การพยาบาลผู้ป่วย

3. พยาบาลในฐานะผู้ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพอื่นและ/หรือหน่วยงานอื่น (Nurse as a care co-coordinator) ขณะที่ครอบครัวเห็นว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ความยากลำบากในการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพและระหว่างบุคลากรสุขภาพด้วยกัน ทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการพยากรณ์ของโรค และความเจ็บป่วย รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการเหล่านี้สูง ดังนั้นพยาบาลควรเป็นสื่อกลางระหว่างครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพและ/หรือหน่วยงานอื่นๆ นอกจากนี้ในกรณีที่มีการขัดแย้งด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยภายในครอบครัว หรือกรณีที่มีช่องว่างในการสื่อสารในครอบครัวเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวรู้สึกลำบากใจที่จะพูดความจริงที่เจ็บปวดต่อกัน พยาบาลจะประสานงานให้มีโอกาสได้พูดคุยกัน (Family meeting) เพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อคลายเครียด อึดอัดใจหรือความขัดแย้งภายในครอบครัว

4. พยาบาลในฐานะผู้ฟัง (Nurse as an active listener) ในภาวะที่ครอบครัวต้องเผชิญกับความตึงเครียดจากการดูแล การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความทุกข์และความตึงเครียด พยาบาลอาจใช้ทักษะการสื่อสารทั้งที่เป็นคำพูด โดยการใช้เทคนิคการสะท้อนคิดหรือการสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น การพยักหน้ารับฟัง สบตาหรือการสัมผัส เพื่อให้ครอบครัวรู้ว่าพยาบาลให้ความสนใจรับฟังเรื่องราวความทุกข์ของครอบครัว และไม่ใช้ทัศนคติหรือความเชื่อของพยาบาลไปประเมินตัดสินใจเรื่องที่ครอบครัวเล่าให้ฟัง จะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกคลายความทุกข์ใจลงได้ระดับหนึ่ง การเล่าเรื่องเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นครอบครัว เชื่อว่าจะช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสได้พิจารณาความเป็นไปของชีวิต และค้นหาความหมายของชีวิต ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการฟังเป็นส่วนหนึ่งของการเยียวยาทางจิตวิญญาณแก่ครอบครัว

5. พยาบาลในฐานะผู้สนับสนุน (Nurse as a supporter) พยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหรือสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวอาจไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการสาธิตวิธีการหัดการต่างๆ แก่ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต การให้ญาติอยู่กับผู้ป่วย หรือช่วยในการอาบน้ำศพ เชื่อว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวยอมรับในความสูญเสียและความตายที่เกิดขึ้น

6. พยาบาลในฐานะผู้จัดการสิ่งแวดล้อม (Nurse an environment facilitator) พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการสร้างบรรยากาศของการดูแลบนพื้นฐานของความไว้วางใจและอบอุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสุขใจ การอยู่เป็นเพื่อนในยามที่ครอบครัว

รู้สึกทุกข์ใจ เพื่อไม่ให้ครอบครัวรู้สึกโดดเดี่ยว และเมื่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วยใกล้มาถึง พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบและเป็นส่วนตัว อาจปฏิบัติโดยการกั้นม่านและให้ครอบครัวได้มีโอกาสในการกล่าวลาซึ่งกันและกัน รวมทั้งการอนุญาตให้ครอบครัวได้ทำพิธีตามความเชื่อทางศาสนา

จะเห็นได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความหลากหลาย ซึ่งการแสดงบทบาทการช่วยเหลือเกิดขึ้นอยู่กับบริบทและความต้องการที่เกิดขึ้นในขณะนั้นของครอบครัว และยึดหลักให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล นอกจากนี้การให้การช่วยเหลือครอบครัวให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุดได้แก่ พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การรักษามุ่งเน้นการเยียวยาตามอาการของโรคที่แสดงออกซึ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาที่เหลืออยู่

2.2 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

2.2.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีกำลังใจยอมรับความเป็นจริง และสามารถเผชิญกับความเป็นจริงที่เป็นอยู่และเกิดขึ้นต่อไปได้ การดูแลดังกล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่เน้นการดูแลคือความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมในการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน มีผู้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

Oxford English Dictionary (1975) อ้างถึงใน Berry M.Kingbrunner, 2005 ให้ความหมายของคำว่า Palliative Care หมายถึง เป็นการดูแลบรรเทาอาการของโรคไม่ใช่การรักษาโรค

Bruco, 1996 อ้างถึงใน เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, 2548 การดูแลประคับประคอง หมายถึง การให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ โดยที่การรักษามุ่งเน้นการเยียวยาตามอาการของโรคที่แสดงออก ซึ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี

WHO, 2006 อ้างถึงใน ลักขมี ชาญเวชช์, 2549 ได้ให้คำนิยามของ Palliative Care คือ การดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต การให้การดูแลจัดการด้านความปวดและความไม่สุขสบายทางกาย พร้อมไปกับการดูแลปัญหาทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าประสงค์หรือ

คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยตระหนักถึงกระบวนการตายของผู้ป่วยที่เป็นปกติโดยไม่เร่งหรือยืดชีวิต

วันดี โภคะกุล (2543) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การใส่ใจดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องทนทุกทรมาน เช่น การให้ยาระงับปวดหรืออื่นๆ เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนการเอื้ออาทร ปลอดภัย ซึ่งแนะผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงสภาพความเป็นจริงของโรค

สายพิน หัตถ์รัตน์ (2546) Palliative Care หมายถึง การดูแลรักษาอย่างเต็มที่ด้วยความรักและเมตตา เพื่อลดความทุกข์ทรมาน และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

ลักษณะ ชาญเวช (2547) Palliative Care หมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ จุดมุ่งหมายสำคัญของการดูแลคือ การให้ผู้ป่วยได้พบวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของมนุษย์เป็นหลักมิใช่มุ่งรักษา

สถาพร ลีลานั้นทกิจ (2547) กล่าวว่า การดูแลประคับประคอง คือ การดูแลในแบบที่ช่วยให้เกิดการบรรเทาอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบาย โดยเฉพาะความปวด การดูแลในรูปแบบนี้แม้จะใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยในทุกระยะของอาการป่วยไข้ แต่จะเน้นให้การดูแลในรูปแบบนี้เมื่อโรคที่ผู้ป่วยไข้อยู่ นั้น การบำบัดให้หายขาดไม่อาจกระทำได้อีกต่อไป จุดมุ่งหมายของการบำบัดแบบนี้คือ การทำให้ความเจ็บปวดเป็นอยู่บรรเทาบางลง ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ซึ่งรวมถึงสภาวะต่างๆ ที่เกิดทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคมรวมถึงปัญหาทางด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นพร้อมกับการป่วยไข้ในระยะท้ายๆ

เมธินี ไหมแพง (2549) ประเด็นสำคัญของ Palliative care คือ การดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยบุคลากรหลายฝ่ายเพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำและแสดงความเข้าใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติทราบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย และมีการแสดงความเสียใจ เห็นใจในการสูญเสียแก่ญาติหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

เกษิณี เพชรศรี (2549) กล่าวว่า การดูแลและประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาในเชิงรุกที่ครอบคลุมถึงการควบคุมอาการเจ็บปวด และการแสดงอาการต่างๆ ของโรค การดูแลด้านจิตใจ สังคม และที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยมีหลักการดูแลที่มุ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นหลัก การลดความเจ็บปวดและทุกทรมาน มีการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยตลอด ณ วาระสุดท้ายของชีวิตที่สอดคล้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม และได้มีการนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อาจสรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่ผสมผสานเอาหลายแนวคิดนำมาบูรณาการกัน ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ความไม่สบายต่างๆ ตลอดจนให้กำลังใจ เข้าใจ และเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยและญาติกรณีผู้ป่วยจากไป โดยมี

จุดมุ่งหมายสำคัญของการดูแลคือ การให้ผู้ป่วยได้พบวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของมนุษย์เป็นหลัก มิใช่มุ่งรักษาโรค

2.2.2 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

องค์ประกอบภายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเน้นการทำงานเป็นทีม ทีมผู้ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care team) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาแตกต่างกัน การช่วยเหลือจึงควรเตรียมให้พร้อมในทุกด้าน ซึ่งการให้การรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยทีมสุขภาพ ที่มีความสามารถแตกต่างกันและมีศิลปะที่จะให้การรักษายาบาลได้อย่างสอดคล้องกันและทำงานเป็นทีม ซึ่งอาจแยกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

- การรักษายาบาลจากทีมผู้รักษาที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์และพยาบาลซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาทางด้าน Palliative care โดยเฉพาะ

- การรักษายาบาลจากโดยทีมผู้รักษาทั่วไป เช่น แพทย์และพยาบาลที่ทำงานในสาขาวิชาอื่นที่ผู้ป่วยใช้บริการรักษาในระยะแรก เช่น ศัลยกรรม วิทยุวิทยุวิทยา รังสีวิทยา อายุรศาสตร์ เป็นต้น

- การเกื้อหนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านความเป็นอยู่ทั่วไป รวมทั้งด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ในมุมมอง ทีมสุขภาพที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่คือ ผู้ที่ให้การรักษายาบาลทั่วไปเฉพาะรายที่มีปัญหาคือ มีความซับซ้อนเท่านั้นที่จำเป็นต้องใช้บริการของทีมผู้รักษาที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางโดยต้องมีระบบเชื่อมโยงที่ดี อาสาสมัครและเครือข่ายเป็นกลุ่มให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย และยังมีส่วนเกื้อหนุนการรักษายาบาลที่ให้โดยทีมแพทย์และพยาบาลด้วย ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ Palliative care ประกอบด้วย แพทย์ : เวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ครอบครัว Palliative care specialist และแพทย์สาขาอื่นๆ ที่เห็นความสำคัญและสนใจ

- พยาบาล : ทั่วไปและผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของส่วนอนามัยชุมชน โรงพยาบาล หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น สังคมสงเคราะห์ นักกายภาพ นักอาชีวบำบัด นักจิตวิทยา เภสัชกร นักโภชนาการและนักฝึกพูด

- อาสาสมัคร

- ทีมสนับสนุนต่างๆ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ที่ว่างใจให้ดูแลผู้ป่วยและนักบำบัดอื่นๆ

- ผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีความโศกเศร้าภายหลังการสูญเสีย (Bereavement counselors)

- ผู้ดูแลความเชื่อ ศาสนา และจิตวิญญาณ

- ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีบำบัด นวด กลิ่นบำบัด

- นักบริหารจัดการ

- Financial planning, นักกฎหมาย, ผู้จัดการงานศพและพิธีกรรมต่างๆ

2.2.3 หลักการดำเนินงานของการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการให้ความสะดวกสบาย ลดความทรมาน ความเจ็บปวด รักษาเท่าที่จำเป็น ตอบสนองทางจิตวิญญาณ และให้เกียรติต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ (วิรัช วุฒิภูมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ และสิรินทร์ ศาสตราภรณ์, 2542) ซึ่งมีหลักการสำคัญดังนี้

1. มุ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่ตัวโรค
2. มุ่งช่วยลดอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ในวาระสุดท้ายของชีวิต
3. ดูแลครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
4. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนวาระสุดท้าย เพื่อเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบและพึงพอใจ
5. ดูแลครอบคลุมถึงผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งในระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และหลังจากเสียชีวิตแล้ว
6. ถือว่าความตายเป็นสังขาร เป็นกระบวนการปกติ เป็นธรรมชาติซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บปวดหรือไม่ก็ได้
7. ไม่ควรพยายามเร่งรัด หรือเหนี่ยวรั้งความตายจนเกินกว่าเหตุ (Neither prolonger hasten death)

หัวใจหรือหลักการสำคัญของ Palliative care สามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น “4C” ดังนี้ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2548)

1. Centered at patient and family :

ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการ หรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้นควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุดเช่นการใส่ท่อให้อาหาร ทารให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำได้ผิวหนังรวมไปถึงปฏิบัติการกู้ชีวิต

2. Comprehensive :

ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษา และความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ เช่น ความกลัวการได้รับเลือดผู้อื่น การปรนนิบัติบิดามารดา ด้วยตนเองของบุตร หรือความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านตนเอง โดยไม่ใช่เครื่องช่วยชีวิต ฟังระลึกเสมอว่ามีมติและมุมมองทางการแพทย์ เป็นเพียงมิติหนึ่งทางสังคมไม่สามารถอธิบายหรือ

แก้ปัญหาทั้งหมดได้ตามลำพัง มีบางครั้งเท่านั้นที่จำเป็นต้องอธิบายให้ความรู้ แกไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเพราะความไม่รู้ของผู้ป่วย

3. Coordinated:

เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม งานหลายด้าน ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วม ในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูงดูแล สนับสนุน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก เช่น ผู้นำทางศาสนา สมาคมและอาสาสมัครต่างๆ

4. Continuous

มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ การดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อเสียชีวิตไปแล้ว ไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคน ในสถานการณ์การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษาจึงขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะเนื่องจากสภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

2.2.4 บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลในรูปแบบการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักประชาสัมพันธ์ ผู้นำทางศาสนา และอื่นๆ เป็นการบูรณาการความรู้ ทั้งศาสตร์และศิลป์เพื่อการดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ด้านเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (วิรัช วุฒิภูมิ, เต็มศักดิ์ พิงษ์ศรี, สิริรินทร์ ศาสตรานุรักษ์, 2542) และเต็มศักดิ์ พิงษ์ศรี (2548) ได้กล่าวถึงบทบาทของบุคลากรในทีมสุขภาพดังนี้

บทบาทของแพทย์ แพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งในฐานะผู้ให้การรักษา ในฐานะเพื่อนมนุษย์ที่พึงปฏิบัติต่อกัน และในฐานะส่วนหนึ่งของการดูแลในระบบทั้งหมด

บทบาทของพยาบาล พยาบาลนับเป็นแกนหลักสำคัญของงาน Palliative care เนื่องจากลักษณะงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และโดยวิชาชีพให้ความสำคัญกับการดูแล (Care) ที่มีความหมายมากกว่าผลรักษา (Cure)

พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ในด้านการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักมาใช้ในหารวางแผนการให้พยาบาล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548)

บทบาทของเภสัชกร

เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยาระงับปวด โดยเฉพาะ Morphine รูปแบบต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารยา ปฏิกริยาของยาต่างๆ ของเภสัชกร จะช่วยให้การดูแลของแพทย์มีประสิทธิภาพดีขึ้น

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์

บทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการเงิน และการสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้ และอีกบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญมากเช่นกันคือ ความช่วยเหลือทางสังคม โดยให้คำปรึกษาสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน การติดต่อประสานงานหรือเป็นแหล่งข้อมูลต่างๆ หรือองค์กรให้ความช่วยเหลือในภูมิภานาของผู้ป่วย

บทบาทของผู้นำทางศาสนาและความเชื่อ

ในที่นี้หมายความรวมถึง ผู้ที่มีวุฒิภาวะที่สามารถชี้นำผู้อื่นได้ด้วยคำสอน หลักธรรมทางศาสนา ความเชื่อ ศรัทธา ขนบธรรมเนียมประเพณี หรือวิถีชีวิต อาจจะเป็นพระ นักบวช ผู้สูงอายุในชุมชน ครู หรือผู้ที่ป่วยให้ความเคารพนับถือก็ได้ บุคคลกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญภาวะวิกฤติของชีวิตจากความเจ็บป่วยและความตายได้โดยความต้องการและความสมัครใจของผู้ป่วย

บทบาทของอาสาสมัคร

อาสาสมัครมีบทบาทสำคัญในการเติมช่องว่างที่เกิดจากการขาดแคลนผู้ดูแลรักษาหลัก หรือในกรณีผู้ป่วยขาดญาติพี่น้องเฝ้าดูแลเอาใจใส่ด้วยความผูกพัน ความเป็นเพื่อน การเป็นผู้ฟังที่ดี จะสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วยด้วย สำหรับตัวอาสาสมัครเอง ก็เป็นการค้นพบคุณค่าของตนเอง มีความเข้าใจชีวิตและเพื่อนมนุษย์มากขึ้น

บทบาทของผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูง

ญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงต่างมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย ทั้งในเรื่องความช่วยเหลือดูแลเป็นกำลังใจสนับสนุน ชี้แนะแนวทาง ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแล อาการสำคัญต่างๆ จะได้ให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องและมั่นใจขณะรักษาตัวอยู่ที่บ้าน

นอกจากบทบาทของครอบครัวต่อผู้ป่วยแล้ว ในทางกลับกัน สภาพและความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอง ก็มีผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดครอบครัวไม่มากนักน้อย ผู้ดูแลใกล้ชิดที่สำคัญที่สุด ซึ่งอาจเป็นสามี ภรรยา บิดามารดา หรือบุตรคนใดคนหนึ่งนอกจากต้องรับภาระด้วยร่างกายแล้ว ยังเป็นผู้รับรู้

ปฏิกิริยาของผู้ป่วยมากที่สุดอีกด้วย จึงควรให้ความสำคัญ กำลังใจและสนับสนุน บุคคลดังกล่าวให้ได้ มีโอกาสแสดงความรู้สึก และหาทางผ่อนคลายความรับผิดชอบในบางโอกาส ให้ผู้นั้นได้พักผ่อน ร่างกายและจิตใจของตนเองบ้าง

จะเห็นได้ว่า บุคลากรทางทีมสุขภาพทุกฝ่ายล้วนมีบทบาทสำคัญทั้งสิ้น ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสามารถแตกต่างกันและมีศิลปะที่จะให้การรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ

2.3 แนวคิดการดูแลองค์รวม (Holistic care)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ด้านไปพร้อมกัน ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวทางในการพัฒนาผู้ป่วยซึ่งแนวทางที่กำลังเป็นที่นิยม คือ หลักการรักษาพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเลือกวิธีการขยายผลแบบองค์รวม (Holistic approach) กล่าวคือ การให้ความสนใจผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับความตาย (เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, 2548)

ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง คือ ให้ “การดูแลแบบองค์รวม” ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า เป็นแนวคิดการดูแลการฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วยที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวให้ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในตลอดระยะของความเจ็บป่วย (Illness continuum) มีการฟื้นฟู/ฟื้นฟูสภาพสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยใช้ศักยภาพสูงสุดของคนที่มียู่ ทั้งนี้ในการดูแลผู้ป่วยมุ่งคำนึงถึงคุณภาพของการดูแล (Quality of care) ความครอบคลุม (Comprehensive care) และความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of care)

2.3.1 ความหมายการดูแลแบบองค์รวม

คำว่า “องค์รวม” หรือ “Holism” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก Holos หมายถึง หน่วยรวม หรือองค์รวม (Whole) คำว่า Holism, Wholism, หรือ Whole และความหมายได้เช่นเดียวกันและอาจใช้แทนกันได้ ปัจจุบันมีการนำคำว่า holistic มาใช้เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพกันมาก ซึ่งความหมายที่ใช้ค่อนข้างสับสนและมีความหมายแตกต่างกัน

ความหมายที่ 1 เป็นความหมายที่ถูกต้องตามปรัชญาขององค์รวมที่มีมาแต่เดิมคือ ความหมาย Holistic หรือองค์รวม หมายถึง ส่วนรวมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการพึ่งพาภายในของส่วนประกอบย่อยต่างๆ ถ้ากล่าวในมนุษย์หมายถึง ร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ภายใต้อารมณ์/สิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยจะใช้การรักษาแบบองค์รวม (Holistic

medicine) ซึ่งใช้วิธีการรักษาได้หลายแบบทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือร่วมกับการแพทย์ทางเลือก (Alternative therapy) หรือการรักษาเสริม (Complementary therapy) อื่นๆ

ส่วนความหมายที่ 2 เป็นความหมายที่แตกต่างไป เริ่มต้นในยุคหลังประมาณปลาย ค.ศ. 1960-1970 คำว่า “องค์รวม” ในความหมายที่สองนี้ ถูกใช้ในความหมายเช่นเดียวกันกับ “การรักษาทางเลือก” (Alternative therapy) ซึ่งมีความหมายการบำบัด/กิจกรรมการเยียวยาต่างๆ (Healing practices) ที่ไม่ใช้การรักษาในแนวคิดของวิทยาศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน สรุปความหมายตามแนวนี้ holistic medicine เป็นการรักษาแบบอื่นที่ไม่ใช่ Western Medicine (สุกัญญา เตชะ โสภณวิวัฒน์ , 2544)

ปรัชญา “องค์รวม” กับศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล

ปรัชญาองค์รวม (Holism) ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อ คนเป็นหน่วยรวมหน่วยเดียว ซึ่งมีความหมายมากกว่าและแตกต่างไปจากผลรวมของหน่วยย่อยต่างๆ มารวมกัน (Man as whole is more than and different from the sum of its parts) และมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือแสดงออกในลักษณะขององค์รวม ซึ่งเป็นผลการทำงานอย่างผสมผสานของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ อยู่ในสังคม & สิ่งแวดล้อม เป็นการแสดงออกของคนทั้งคนเสมอ มิใช่การตอบสนองของส่วนใดส่วนเดียว แต่เป็นการแสดงออกที่เป็นหน่วยรวม (Man is always response as a unified whole) ดังนั้น การทำความเข้าใจมนุษย์จึงต้องทำความเข้าใจในฐานะขององค์รวมเท่านั้น นอกจากนี้ นักปราชญ์องค์รวมความเชื่อ มนุษย์เป็นองค์รวมทางวิญญาณซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญคือ จิตใจ และคุณค่าทางศีลธรรมจรรยา สิ่งที่มีค่าของความเป็นมนุษย์คือ การได้ตัดสินใจด้วยตนเอง การเป็นอิสระ การบรรลุถึงเป้าหมายของความสำเร็จแห่งตนคือ การมีความสุข พึงพอใจและประจักษ์ในคุณค่าแห่งตนเอง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546)

ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล : น โนมติเกี่ยวกับคนในฐานะองค์รวม ปรัชญาองค์รวมดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐาน ที่ถือเป็นทัศนะแม่บท (Metaparadigm) ของศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลที่ได้รับการเห็นชอบ ยอมรับและยึดเป็นหลักปฏิบัติในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของพยาบาลทั้งหมดเป็นเวลานานตลอดระยะเวลาของการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล กล่าวคือ มีความเชื่อว่า “คน” มีฐานะองค์รวม (Integrated whole) ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (Body-mind-spirit) ที่ไม่อาจแยกจากกัน เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีความสามารถในการคิด เรียนรู้ ตัดสินใจในการคิด เรียนรู้ ตัดสินใจปรับปรุงวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมของตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะทางสภาวะทางสุขภาพ (Health) ซึ่งสภาวะสมดุลระหว่างกาย จิตและจิตวิญญาณที่แสดงถึงการดำรงอยู่ของบุคคล การตอบสนองของบุคคลในกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในมุมมองแบบองค์รวมนี้อาจเกิดในทางบวกที่เสริมให้เกิด

ความคิดปกติสุขของบุคคล ซึ่งต้องพลังในการบำบัดเยียวยา (Healer) ให้ฟื้นหายและปรับเข้าสู่ภาวะสมดุล

2.3.3. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) กับผู้ป่วยมะเร็ง

แนวความเชื่อเรื่ององค์รวมได้เข้ามามีบทบาทในด้านสุขภาพและการบริการในปัจจุบัน ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) เป็นแนวคิดสุขภาพที่มองบุคคลทั้งชีวิต โดยพิจารณาที่คนทั้งคน ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจและวิญญาณ รวมถึงปัจจุบันทางสังคมสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้น มีความสมดุลและบูรณาการเป็นหนึ่งเดียวกัน (ประเวศ วสี, 2536) การมีสุขภาพดีในความหมายขององค์รวม หมายถึง การผสมผสานขององค์ประกอบด้านของบุคคล และบุคคลนั้นสามารถพัฒนาการทำหน้าที่ในฐานะองค์รวมให้สูงขึ้นเรื่อยๆ ตามศักยภาพที่มีในทิศทางที่จะคงความผาสุกสูงสุดในชีวิตของตนไว้ การมีสุขภาพดีแบบองค์รวมจึงไม่ได้หมายถึง การปราศจากความเจ็บป่วยเท่านั้นแต่หมายถึง กระบวนการปรับแก้ไขและพัฒนาให้เกิดภาวะสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง

หัวใจหรือแก่นของวิธีของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมคือ การเยียวยา (Healing) ร่างกายและจิตวิญญาณของมนุษย์ หลักการพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวมได้แก่

1. เน้นการสร้างและรักษาสุขภาพจิตเชิงรุก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคเพื่อพัฒนาระดับสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อยๆ เพื่อการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น
2. เน้นการดูแล “คน” ไม่ใช่โรคหรืออาการของโรค
3. สนับสนุนการดูแลพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ตามแนวคิดที่ว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบพื้นฐานของผู้เป็นเจ้าของ
4. ให้ความสำคัญของคุณค่าด้านวิญญาณซึ่งครอบคลุมความเชื่อด้านศาสนา ปรัชญา หรือสิ่งที่มีมนุษย์ยึดเป็นเป้าหมายของชีวิต
5. สนับสนุนการรักษาแบบผสมผสานโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน (Multidimensional approach)
6. มองแง่ดีของความเจ็บป่วยว่า เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็น โอกาสที่ทำให้บุคคลได้เจริญพัฒนาไปสู่การเข้าใจถึงความหมายและเป้าหมายอันจริงแท้ของชีวิต
7. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันร่วมเป็นทีมทั้งในวิชาชีพและสาขา

ปัจจุบันมีการนำวิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ผสมผสานกับการดูแลสุขภาพสมัยใหม่มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง จากข้อจำกัดการแพทย์แผนปัจจุบันที่ยังรักษาโรคมะเร็งส่วนใหญ่ไม่หายขาดและความจำกัดของการบริการในระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วย/ญาติในระดับที่พึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติแสวงหาทางเลือกหรือการรักษาเสริมอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน มาใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น วิธีที่ได้รับความนิยมสูง เช่น การใช้พืช/สมุนไพร (Herb medicine) การใช้เทคนิคสะท้อน

กลัป (Bio-feedback) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) การใช้พลังสัมผัส (Therapeutic) การอบซาวน่า (Sauna) ดนตรีบำบัด (Musical therapy) การออกกำลังกาย (Exercise) ฯลฯ อย่างไรก็ดี การนำวิธีรักษาดังกล่าวมาใช้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ยังมีประเด็นปัญหาที่ควรพิจารณาอยู่หลายด้าน ประเด็นที่สำคัญได้แก่ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการใช้ในแต่ละวิธี เนื่องจากส่วนใหญ่ยังขาดการพิสูจน์ทดสอบทางวิทยาศาสตร์ในรูปของการศึกษาวิจัยอย่างพอเพียง การใช้การรักษาทางเลือก/การรักษาเสริมในบ้านเรายังค่อนข้างเป็นเรื่องเฉพาะบุคคลขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้ใช้ในการเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง

2.3.4 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองแบบองค์รวม

การดูแลแบบองค์รวมหมายถึง การให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยบนพื้นฐานความเชื่อว่าเป็นบูรณาการองค์รวม (Integrated whole) ของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ แนวคิดนี้เป็นที่ยอมรับกันมาช้านาน ในวิชาชีพพยาบาล ตั้งแต่สมัย Miss Florence Nightingale พยาบาลคนแรกและผู้นำในการพัฒนาความก้าวหน้าวิชาชีพพยาบาลว่า เป้าหมายหลักของการพยาบาลคือ การเอาใจใส่ดูแล “คนทั้งคน” ในฐานะบุคคลเป็นองค์รวม เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการการผู้ป่วยได้ครบถ้วนทุกด้าน ทั้งกาย-จิต-สังคม-จิตวิญญาณ ทำให้การพยาบาลได้บรรลุเป้าหมายสูงสุด ทฤษฎีทางการพยาบาลต่างๆ ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น ล้วนอยู่บนพื้นฐานความเชื่อในการมองคนเป็นองค์รวมทั้งสิ้น แตกต่างกันแต่วิธีการในการให้พยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมายความเป็นองค์รวมโดยมีผู้ให้ความหมายของการดูแลแบบองค์รวมต่างๆ ดังนี้

การดูแลแบบองค์รวมเป็นการประมวลเอาการดูแลพื้นฐาน และการปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมาไว้ด้วยกัน โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่คำนึงถึงแต่โรคและการวินิจฉัยโรค การดูแลแบบองค์รวมจึงเป็นการดูแลทั้งหมดไม่ใช่เฉพาะบางส่วนเท่านั้น การพยาบาลแบบองค์รวมจึงเป็นการดูแลความสมดุลทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวมไว้หลายแบบด้วยกันดังนี้

การดูแลแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลรักษาที่ครอบคลุมทุกมิติของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ มิติทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ (Clarke, et al., 1991; คูสิต สถาวร, 2548)

การดูแลแบบองค์รวมคือ การครอบคลุมถึงการพยาบาลทั้งหมดที่สามารถก่อให้เกิดการเยียวยา และกระบวนการพื้นฐานของบุคคลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต (Holistic nursing embrace all nursing that has the enhancement of healing the whole person from birth to death as its goal) จากมุมมองที่ให้ความสำคัญของความเชื่อมโยงของมิติด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม และจิต

วิญญาณของบุคคล โดยคำนึงถึงความเป็นทั้งหมดของบุคคล ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Dossy, 2000 อ้างถึงใน เจียมจิต แสงสุวรรณ, สมจิต แคนศรีแก้ว & สุมณ ปิ่นเจริญ, 2547)

การดูแลแบบองค์รวมหมายถึง การให้ดูแลรักษาพยาบาลด้วยความเชื่อว่ามนุษย์เป็นองค์รวมหน่วยเดียวอย่างผสมผสานของร่างกาย จิตใจ วิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งการทำความเข้าใจบุคคลไม่สามารถแยกทำความเข้าใจออกเป็นส่วนๆ ได้ (บาเพ็ญ แสงชาติ และคณะ, 2547)

สรุปได้ว่า การดูแลแบบองค์รวมนั้นผู้ให้การพยาบาลจะต้องมองให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและบริเวณรอบๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนเน้นการมีส่วนร่วมอย่างมีสัมพันธภาพที่ระหว่างทีมผู้พ้วยกับทีมสุขภาพ อันประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในทุกๆ ด้าน จึงได้นำเอาอาการดูแลแบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อีกทั้งการดูแลจำเป็นต้องครอบคลุมทุกด้านไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลดังกล่าวไม่ใช่เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Care giver) ด้วยเช่นกัน เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว ไม่กลัวถูกทอดทิ้ง รวมทั้งอาจช่วยลดความกลัวในการพลัดพรากและสามารถเตรียมตัวเตรียมใจได้บ้างเนื่องจากได้ อยู่ท่ามกลางคนที่รัก เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ อันจะทำให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน ยอมรับความตายที่กำลังมาถึงและจากไปอย่างสงบได้ โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

Holmes, et al, 1997 อ้างถึงใน สิวลี สิริไล, 2547 ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญในการให้การดูแลแบบองค์รวม มีดังต่อไปนี้

1. การมุ่งกระทำเพื่อผู้ป่วย (Doing “things” for the patient) ในช่วงของภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไป สิ่งใดที่เป็นสิ่งดีมีคุณค่าแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลพึงเมตตากระทำเป้าหมายของการกระทำจึงมุ่งประโยชน์สุขที่เกิดแก่ผู้ป่วยเหนือกว่าเรื่องอื่นใดทั้งสิ้น

2. การช่วยเหลือให้เกิดภาวะสุขใจ (Psychological well-being) เป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง

3. การดำรงสภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (Maintain quality of life) เป็นการยากที่จะให้คำอธิบายชัดเจนและเป็นมาตรฐานว่าสภาวะอย่างไร จึงเรียกว่าเป็นสภาวะของชีวิตโดยทั่วไปแล้วถือว่าการ

ได้รับการดูแลทางร่างกายการบรรเทาความเจ็บป่วยทุกขเวทนาที่เกิดขึ้นสามารถรับรู้ถึงการดูแล
เอื้ออาทรที่ญาติมิตรให้แก่นั้น สิ่งเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายก่อนจากไป

4. การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (Integrated family onto care) ความรู้สึกผูกพัน
กับครอบครัวเป็นจิตวิญญาณประการหนึ่งของบุคคล การมีบุคคลที่ตนรักผูกพันมาอยู่ใกล้ชิดดูแลใน
ยามที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวิกฤติใกล้จะจากไป เป็นการตอบสนองหาจิตวิญญาณและทำให้เกิดความรู้สึก
อบอุ่นทางจิตใจ

5. การได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะดวกสบาย สงบเงียบ (Quiet comfortable environment)
โดยความเป็นจริงทั่วไปในโรงพยาบาล ผู้ป่วยวาระสุดท้ายจะได้รับการจัดให้อยู่ในที่แยกจากผู้ป่วยคน
อื่น ได้รับการดูแลให้ความสะดวกสบายทางกายตามกระบวนการของการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ช่วย
ไม่ให้เกิดการรบกวนผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วผู้ที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยวาระสุดท้าย ควรเป็นผู้ที่มีความสนิท
ผูกพันกับผู้ป่วยจริง และไม่ควรถ้าการใดๆ ที่เป็นกระบวนการกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

6. ให้มีโอกาสได้ส่งเสียดำลาผู้ที่เป็นที่รัก (Providing the opportunity to say good buy) การ
ได้ทำสิ่งสุดท้ายที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

7. การช่วยทำให้บรรยากาศเป็นไปด้วยดี (Make time as pleasant as goodbye) ช่วยบรรเทา
ความทุกข์โศกของญาติมิตรครอบครัว และช่วยทำให้บรรยากาศ ไม่เศร้าหมองหดหู่เพื่อให้ผู้ป่วยได้
อยู่ท่ามกลางบรรยากาศที่ดี เอื้ออาทรและอบอุ่น

8. ให้ผู้ป่วยมีโอกาสตัดสินใจ การดูแลรักษาในช่วงสุดท้าย ควรให้ผู้ป่วยมีโอกาสร่วม
ตัดสินใจในการรักษา โดยอธิบายบอกข้อมูลให้รู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจยอมด้วยตนเอง
(Informed consent)

9. การบรรเทาทุกข์ทรมานอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective symptom relief) ความเจ็บปวด
ทุกข์ทรมานทางกายด้วยอาการของโรค เป็นสิ่งที่จะต้องได้รับการบรรเทาให้เบาบางอย่างมี
ประสิทธิภาพควบคู่กับการปลอบโยนบรรเทาทุกข์ทางใจ

10. เคารพในความประสงค์ของผู้ป่วย (Respect patient's wishes) การรับฟังความปรารถนา
ของผู้ป่วยที่แสดงออกและตอบสนองตามที่ต้องการเป็นการตอบสนองทางจิตวิญญาณที่สำคัญ

11. การอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ (Comprehensive information) ความหมายของเรื่องนี้คือ
การพูดคุยอธิบายเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย หรือหยุดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยวิตกกังวลสอบถามปัญหาที่
เกิดขึ้น ก็คือการพูดคุยเรื่องใด และควรพูดคุยมากน้อยอย่างไร ที่จะไม่เป็นการเพิ่มความเพิ่มทุกข์
ทรมานแก่ผู้ป่วย

2.3.6 การดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

การดูแลแบบองค์รวมประกอบด้วยมิติด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทีมสุขภาพจะต้องตระหนักและเข้าใจการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การดูแลทีมสุขภาพจึงต้องวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติมากที่สุด ซึ่ง ทศนีย์ ทองประทีป (2549) ได้กล่าวถึงดังต่อไปนี้

การดูแลด้านร่างกาย เป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาลคือ การดูแลซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายคอยเฝ้าระวังเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน อันอาจเกิดขึ้นจากกระบวนการรักษาหรือจำกัดการเคลื่อนไหว และการป้องกันการติดเชื้อต่างๆ ในกิจกรรมการดูแลดังกล่าว พยาบาลต้องใช้แรงกาย ไม่ว่าจะป้อนนม/ยอกหรือพุงตัวผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนท่านอนต่างๆ การเช็ดตัวเพื่อลดไข้การอาบน้ำให้ผู้ป่วยบนเตียง รวมทั้งการนวดผิวหนังหรือการช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย

การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ การดูแลด้านจิตวิญญาณนั้น พยาบาลจะคำนึงความหวัง/กำลังใจ ระบบความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักศาสนา/วัฒนธรรมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความหมายของชีวิต และการเจ็บป่วย ช่วยสะท้อนความคิดและความรู้สึก รวมทั้งการปลุกปลอบใจให้ยอมรับได้กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

Truog, et, 2001 อ้างถึงใน คุณิต สดถาวร, 2548 ได้ศึกษาถึงความต้องการของครอบครัวและญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการดังต่อไปนี้เป็น 10 อันดับแรก ได้แก่

1. ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย
2. รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์กับผู้ป่วย
3. ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. เข้าใจว่าทีมสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรให้กับผู้ป่วยเพื่ออะไร
5. ได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยหรือทุกข์ทรมาน
6. ได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ
7. ได้มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจ
8. ได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปแล้วถูกต้อง
9. ได้เรียนรู้ความหมายของการตายของคนที่คุณเองรักและเคารพ
10. ได้รับประทานอาหารและการพักผ่อนที่เพียงพอ

นัชชา ศรีวัง (2548) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน เขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปรากฏนบุรี นครนายก นนทบุรี และปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านร่างกาย เป็นความต้องการการช่วยแก้ปัญหาที่สร้างความทุกข์ทรมาน

ในทันทีเมื่อมีปัญหา เช่น ปวด เหนื่อย หายใจลำบาก ทางด้านจิตอารมณ์ต้องการให้มีผู้รับฟังปัญหา และระบายความรู้สึก การต้องการคำแนะนำ คำปรึกษา การเยี่ยมให้กำลังใจ ทั้งจากครอบครัว ผู้ป่วยเองและบุคลากรทางสุขภาพ ด้านจิตสังคม ต้องการให้เพื่อนบ้านเข้าใจเห็นใจอาการเจ็บป่วยโรคมะเร็ง ไม่อยากให้อารมณ์ในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ด้านจิตวิญญาณต้องการโอกาสในการทำบุญ ไหว้พระ ไปเที่ยวพักผ่อนและต้องการจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน

แสมพ์, 1975 อ้างถึงใน วิจิตตรา กุสุมภ์, 2544 ได้ศึกษาความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในสภาวะวิกฤติและระยะใกล้ตายพบว่ามีความต้องการ 8 ด้าน คือ

1. อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา
2. ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย
3. ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย
4. ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น
5. ระบายความรู้สึกทางอารมณ์
6. ให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นจากการประทับประคองสมาชิกในครอบครัว
7. การยอมรับและความเห็นอกเห็นใจจากแพทย์และพยาบาล

Loise (2002) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและคุณภาพชีวิตผู้รับบริการในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า สิ่งที่ได้รับบริการต้องการมากที่สุด เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ

1. ต้องการการเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองได้
2. ต้องการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ดูแล
3. ต้องการความรักเอาใจใส่จากครอบครัวและบุคคลซึ่งเป็นที่รัก
4. ความต้องการความช่วยเหลือให้ปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
5. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

และวนิดา ศรีวรกุล (2537) ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง 3 เดือน ผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางคิดเป็นร้อยละ 49 ความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง และปัญหาอุปสรรคระยะสุดท้ายใกล้ตายของผู้ปฏิบัติงาน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับต่ำแสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสังคม และจิตวิญญาณ จึงเป็นความรับผิดชอบและสำนึกทางจริยธรรมและสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมจากบุคลากรทางสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เน้นการดูแลแบบ

ระดับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการบรรเทาและความทุกข์ทรมาน โดยมีเป้าหมายคือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพเป็นสำคัญ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

วิชัย เหลืองธรรมชาติ (2523) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจไว้ว่า ความพึงพอใจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความต้องการของมนุษย์คือ ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อความต้องการของมนุษย์ได้รับความตอบสนอง ซึ่งมนุษย์ไม่ว่าอยู่ที่ใดย่อมมีมีความต้องการพื้นฐานไม่ต่างกัน

พิทักษ์ ทรุษทิบ (2531) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นเพียงปฏิกิริยาด้านความรู้สึกต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นที่แสดงผลออกมาในลักษณะของผลลัพท์ สุดท้ายของกระบวนการประเมินโดยบ่งบอกทิศทางของผลการประเมินว่าเป็นไปในลักษณะทิศทางบวกหรือทิศทางลบ หรือไม่มีปฏิกิริยา คือเฉยๆ ต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น

สมพงศ์ เกษมสิน (2518) บุคคลจะเกิดความพึงพอใจ จะต้องมีการจูงใจ ได้กล่าวถึงการจูงใจว่า การจูงใจเป็นการชักจูงให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม โดยมีมูลเหตุความต้องการ 2 ประการ คือ ความต้องการทางร่างกาย และความต้องการทางจิตใจ

เน่งน้อย พงษ์สามารถ (2519) มีความเห็นว่าความพึงพอใจ หมายถึง ทำที่ทั่วๆ ไปที่เป็นผลมาจากทำที่ที่มีต่อสิ่งต่างๆ 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยเกี่ยวกับกิจกรรม 2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล 3) ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม

จากความหมายของแนวคิดความพึงพอใจที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นคล้ายคลึงกัน ซึ่งพอสรุปได้ว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดจากความสมดุลหรือความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดหวังและสิ่งที่ได้รับจริง หรือจากการที่ความต้องการได้รับการตอบสนอง หรือจากประสบการณ์ที่เข้าไปใช้บริการและประสบการณ์นั้นตรงตามความคาดหวัง

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

อุกกฤษฎ์ ทรงชัยสงวน (2543) ได้รวบรวมกลุ่มแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในรูปแบบของแรงจูงใจไว้ 4 กลุ่ม คือ

1. ทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's Theory motivation) ทฤษฎีนี้เขาได้เสนอความต้องการในด้านต่างๆ กันของมนุษย์เรียงลำดับจากความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อการอยู่รอดไปจนถึงความต้องการทางสังคม และความต้องการการยอมรับนับถือจากกลุ่มว่าตนมีคุณค่าและพัฒนาตนเองให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น มาสโลว์ ถือว่าการเรียงลำดับความต้องการนี้มีความสำคัญ โดยมนุษย์จะมีความต้องการในระดับสูงๆ ได้ก็ต่อเมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนองแล้ว

2. ทฤษฎีการจูงใจ การบำรุงรักษาของ Herz berg ได้กล่าวถึงปัจจัยการจูงใจ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานด้านความพึงพอใจ ได้แก่ โอกาส ความสำเร็จ การยอมรับ ความรับผิดชอบ ความเจริญก้าวหน้า และปัจจัยการบำรุงรักษา ซึ่งเป็นตัวขัดขวางความพึงพอใจ ได้แก่ นโยบายขององค์กร สภาพการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3. ทฤษฎีแรงจูงใจของ Mc Celland ซึ่งแบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 3 ประเภท คือ ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการมีอำนาจ และความต้องการความสัมพันธ์ โดยต้องการความสำเร็จ หรือเรียกว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์นั้น ถ้าบุคคลใดมีสูงจะมีความปรารถนาที่จะทำสิ่งหนึ่งให้ลุ่่วงไปด้วยดี

4. ทฤษฎีการคาดหวังของ Vroom ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแรงใจในการทำงานของบุคคล จะประเมินความเป็นไปได้ของผลที่จะบังเกิดขึ้นแล้ว จึงดำเนินการปฏิบัติที่ตนคาดหวังไว้การจูงใจขึ้นอยู่กับความคิดหวังของมนุษย์ต่อผลที่เกิดขึ้น ทฤษฎีการคาดหวังของ Vroom นี้ ทำนายว่าบุคคลจะร่วมกิจกรรมที่เขาคาดหวังว่าจะได้รับรางวัลหรือสิ่งต่างๆที่เขาปรารถนา

Michael Beer (1965) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า เป็นทัศนคติของคนที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

1. V มาจากคำว่า Valance หมายถึง ความพึงพอใจ

2. I มาจากคำว่า Instrumentality หมายถึง สื่อ เครื่องมือ วิธีทางนำไปสู่ความพึงพอใจ

3. E มาจาก Expectancy หมายถึง ความคาดหวังภายในบุคคลนั้นๆ ซึ่งบุคคลมีความต้องการและมีความหวังในหลายหลายอย่าง ดังนั้นจึงต้องกระทำด้วยวิธีหนึ่งวิธีใด เพื่อตอบสนองความต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังเอาไว้ ซึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วตามที่ตั้งความหวังหรือคาดหวังเอาไว้ บุคคลนั้นก็จะได้ความพึงพอใจ และในขณะเดียวกันก็จะคาดหวังในสิ่งที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาจจะแสดงในรูปสมการได้ ดังนี้

แรงจูงใจ = ผลของความพึงพอใจ + ความคาดหวัง

ซึ่งหมายถึง แรงจูงใจของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ต่อการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ต่อการประเมินผลงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของตน หรือแรงจูงใจที่บุคคลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรใด จะเป็นผลที่เกิดจากทัศนคติองค์กร หรือการทำงานขององค์กรและได้รับการตอบสนองทั้งรูปธรรมและนามธรรมเป็นไปตามที่คาดหมายไว้แรงจูงใจที่จะมีความรู้สึกพึงพอใจก็จะสูง แต่ในทางกลับกัน ถ้ามีทัศนคติในเชิงลบต่องาน และการตอบสนองไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้แรงจูงใจที่จะมีความรู้สึกพึงพอใจก็จะต่ำไปด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีดังนี้
 Singer, Martin & Kelner, 1999 อ้างถึงใน นิการีหมีะ นิจินิการี, 2547 ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการคือ 1) สามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ 2) ต้องการหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เหมาะสมมีผลทำให้ชีวิตความตายออกไป 3) ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต 4) สามารถควบคุมประสาทสัมผัสต่างๆ และไม่เป็นการระต่อผู้ดูแล และ 5) มีสัมพันธภาพที่มั่นคงด้วยความรักจากครอบครัว สังคม และบุคคลรอบข้าง

ขวัญตา บาลทิพย์, พัชรียา ไชยลังกา & อารณีย์ เชื้อประไพศิลป์ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ที่เผชิญกับภาวะใกล้ตาย จำนวน 12 ราย พบว่า ความต้องการที่ผู้ป่วยสะท้อนออกมาเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสรุปได้ดังนี้ 1) ต้องการหายจากการเจ็บปวด 2) ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการบุคคลที่จริงใจและเข้าใจ รับฟังความรู้สึก ต้องการมีเพื่อนอยู่ใกล้ๆ เพื่อคลายเหงา ต้องการสัมผัสที่อบอุ่น ต้องการสั่งลาและฝากภาระที่ค้างค้าง 3) ต้องการให้อภัยและอโหสิกรรมก่อนตาย และ 4) ต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย

จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2548) ได้ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายเป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก บิดา มารดาและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่องตามระบบ วิธีคิด การให้คุณค่าและความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้าย ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน โดยผู้ป่วยเด็ก บิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวจะให้ความหมายการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้าย 4 ลักษณะ คือ เป็นแล้วต้องตาย ไม่รอด เป็นความทุกข์ทรมานเป็นไปตามบุญกรรม และทำอะไรไม่ได้เหมือนเดิม เป็นความหมายที่สะท้อนถึงการกระทำตามการตีความ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว คือ การตรวจสอบประเมินตนเอง จัดการอาการไม่สุขสบาย การทำใจ ดูแลร่างกายให้แข็งแรง ดูแลให้สบายใจและปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ระยะที่มีอาการผิดปกติรุนแรง ครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลร่วมกับบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งการตรวจสอบประเมินอาการ ปรีกษาหารือและร่วมตัดสินใจ การดูแลรักษา จัดการอาการไม่สบายกายใจ และผสมผสานการดูแลรักษา ดูแลร่างกายให้แข็งแรง ดูแลให้สบายใจปฏิบัติตามความเชื่อศาสนา รวมทั้งพามาตรวจที่โรงพยาบาล และเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้ตาย ครอบครัวจะร่วมตัดสินใจใน

การดูแลรักษา จัดการอาการไม่สบาย คุณแลให้สบายใจและมีที่พึ่งทางใจ เมื่อถึงระยะเสียชีวิต ครอบครัวจะดูแลให้สะอาดและสงบ รวมทั้งปรึกษาหรือญาติจัดพิธีศพและทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2548) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการสังเคราะห์พบว่า ในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในมิติต่างๆ คือ ระยะที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และระยะที่ต้องพึ่งพามุคคลอื่น ในระยะที่ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้ คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยจะขึ้นกับ 1) ความสามารถในการทำประโยชน์ให้กับบุคคลอื่น ได้ 2) ด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตในด้านจิตใจได้สะท้อนในลักษณะของความรู้สึก ได้แก่ การมีความหมายและมีคุณค่า ตนเองยังเป็นปกติแม้จะใกล้ตาย มีความสุข เพลิดเพลินกับชีวิต รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และมีความหวังว่าสภาพร่างกายจะดีขึ้น 3) ด้านจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยคือ จิตใจสงบพร้อมที่จะเผชิญความตาย มีความเชื่อและความหวังว่าตนเองจะมีการตายที่ดี ส่วนในระยะที่ต้องพึ่งพามุคคลอื่น คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยในระยะนี้ประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ สามารถควบคุมอาการได้ และมีความสามารถด้านปัญญา รู้คิด ตัดสินใจ 2) ด้านจิตใจ ประกอบด้วย ความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยความรู้สึกมีศักดิ์ศรี และได้รับการเคารพ ยอมรับคุณค่าในฐานะบุคคล รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ รู้สึกได้ปลดเปลื้อง ไม่มีสิ่งที่ห่วงกังวล 3) ด้านจิตวิญญาณคือความรู้สึกสงบในจิตใจ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ ได้อยู่ในสถานที่ที่สามารถให้การดูแลได้ดี และได้อยู่ในบรรยากาศที่เข้าถึงธรรมชาติ สงบ ร่มรื่น 5) ด้านผู้ดูแล คือ การมีผู้ดูแลและได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดด้วยความจริงใจ ไม่มีเงื่อนไข และ 6) ด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยคิดว่าการได้พูดคุยสื่อสารอย่างอิสระเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายมีความสำคัญ

สิดารัตน์ สมักรสมาน (2550) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการศึกษาระดับคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิตค่อนข้างสูง โดยเฉพาะความต้องการใช้ชีวิตที่มีอยู่เกิดคุณค่า พยายามไม่เป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแล และต้องการความเอาใจใส่จากญาติ และต้องการให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษากับทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องการคำแนะนำและเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และต้องรักษาเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และไม่ต้องการให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานก่อนสิ้นชีวิต และเมื่อถึงวาระสุดท้ายผู้ป่วยมีความต้องการจากไปอย่างสงบอยู่ท่ามกลางลูกหลาน ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น สิ่งอื่นสิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตนกลุ่มตัวอย่างซึ่งถือว่าการประพฤติปฏิบัติตามแนวทางของพุทธศาสนา เพราะเมื่อทำบุญแล้วทำให้เกิดความสบายใจ และเชื่อว่าบุญกุศลจะส่งผลให้พวกเขาพบกับสิ่งที่ดี ความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านการมีความหวัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมีความหวังอยู่ในระดับสูง มีความเชื่อว่าคุณงามความดีช่วยให้อาการทุเลา

ลง ไม่ทราบ ต้องการจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานและพบสิ่งที่ดีหลังความตาย ถึงแม้จะไม่ทราบว่าจะมีชีวิตหลังความตายเป็นอย่างไร และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองเห็นว่าศาสนา และบุคคลที่อยู่ใกล้ชีวิตมีส่วนเกี่ยวข้องกับความต้องการและส่วนใหญ่ยอมรับว่าการเกิด การแก่ การเจ็บ และการตาย เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต

เกศินี วุฒินวงศ์ (2550) ได้ศึกษาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวัฒนธรรมล้านนา สรุปว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคมะเร็ง การศึกษาดังกล่าวมีประโยชน์ในการทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งในผู้ป่วยผู้ใหญ่ และผู้ป่วยเด็ก ทำให้ทีมสุขภาพทราบถึงความต้องการที่แท้จริงและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ทั้งนี้หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญจำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม ที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบและสำนึกทางจริยธรรมและสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมจากบุคลากรทางสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการบรรเทาอาการ และความทุกข์ทรมาน โดยมีเป้าหมาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ซึ่งต้องการอาศัยการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพเป็นสำคัญ ดังนั้น หากมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมที่ชัดเจนจะทำให้ทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการต่อผู้ป่วยได้อย่างเฉพาะเจาะจง จึงนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

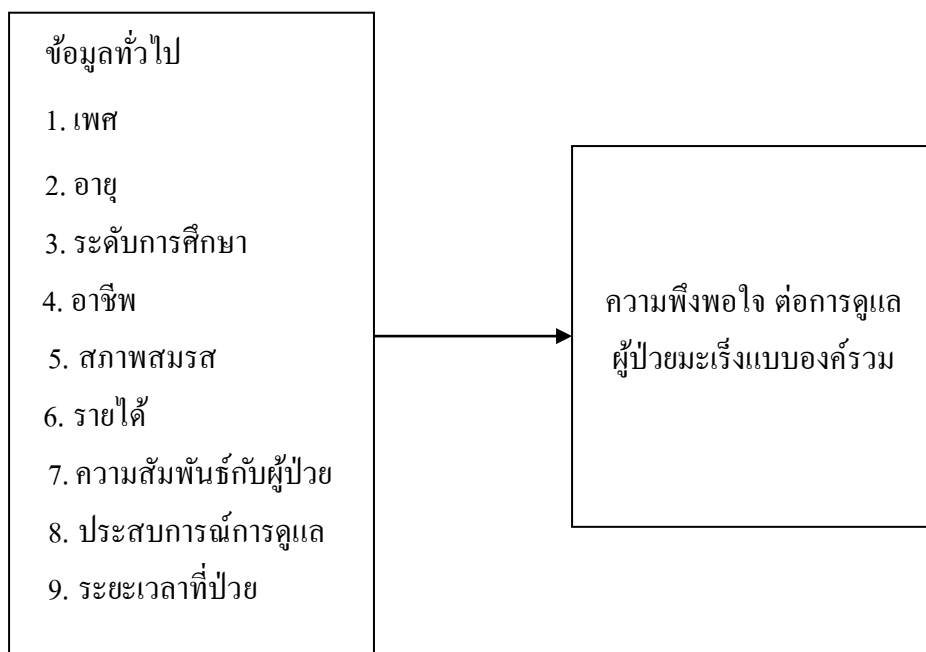
ลักษณะทางประชากรศาสตร์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมะเร็งระยะสุดท้าย

- เพศ
- อายุ
- อาชีพ
- สภาพสมรส
- ระดับการศึกษา

กรอบแนวคิดงานวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2554 - 31 ตุลาคม 2555

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง จากกลุ่มประชากรที่เป็นญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

- แบบสอบถาม 1 ชุด และแบบบันทึกข้อมูลการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม
- สร้างแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ มี 10 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มาก ให้ 3 คะแนน

ปานกลาง ให้ 2 คะแนน

น้อย ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Best (1970) ดังนี้

ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด

จำนวนชั้นที่แบ่ง

เพราะฉะนั้น จัดคะแนนในภาพรวมได้ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00 - 1.66 ระดับสูง/ดี/มาก

คะแนน 1.67 - 2.33 ระดับปานกลาง

คะแนน 2.34 - 3.00 ระดับต่ำ/ไม่ดี/น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเชื่อมั่น นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จำนวน 15 คนแล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค แบบวัดความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น 0.66

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลประจำตึกผู้ป่วย
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2555 - 31 ตุลาคม 2555
3. ดำเนินการลงรหัสข้อมูลบันทึกในแผ่นข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติวิเคราะห์ ใช้ Independent t test และ ANOVA

แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลแบบองค์รวมใน
โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ..... ปี
3. การศึกษาสูงสุด ไม่ได้รับการศึกษา ประถม
 มัธยม อนุปริญญา
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย
 รับราชการ นักเรียน อื่นๆ ระบุ.....
5. สภาพสมรส โสด สมรส
 หม้าย หย่า
6. รายได้ ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท 5,000-10,000 บาท
 10,000-15,000 บาท มากกว่า 15,000 บาท
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 พ่อ-แม่ สามิ-ภรรยา
 บุตร ญาติ อื่นๆ ระบุ.....
8. ประสบการณ์การดูแล
 1-3 เดือน 3-6 เดือน
 7-12 เดือน มากกว่า 1 ปีขึ้นไป
9. ระยะเวลาที่ป่วย
 1-3 เดือน 4-6 เดือน
 7-12 เดือน มากกว่า 1 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ

- น้อย (1) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
- ปานกลาง (2) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ
- มาก (3) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจมาก หรือรู้สึกดี

ลำดับที่	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.	ท่านพอใจในความสะอาดสบายภายในสถานที่ที่ผู้ป่วยนอน			
2.	สถานที่ที่ผู้ป่วยพักพื้นเรียบสงบ อากาศเย็นสบาย สะอาด			
3.	ท่านมีความพึงพอใจในความรวดเร็วในการที่พยาบาลมาให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ			
4.	ท่านพอใจในการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลอย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ			
5.	ท่านพอใจในการบอกกล่าวและขอความร่วมมือก่อนให้การพยาบาล			
6.	ท่านพอใจในการมีโอกาสได้พูดคุย แสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับพยาบาล			
7.	ท่านพอใจในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา			
8.	ท่านพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีกิจกรรมใส่บาตร ,ทำสังฆทาน,และการอธิษฐาน			
9.	ท่านพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีการขอมาศพ ร่วมกับญาติเมื่อเสียชีวิต			
10.	ท่านพอใจในกิจกรรม			

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลแบบองค์รวม ในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม
3. การเปรียบเทียบความพึงพอใจจำแนกตามปัจจัยต่างๆของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.4, มีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 46, มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.7, ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.0, มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.0, มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 51.2, มีประสบการณ์ในการดูแลในช่วงเวลา 1-3 เดือน ร้อยละ 78.0, ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลา 1-3 เดือน ร้อยละ 75.6 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	36.6
หญิง	26	63.4
อายุ (ปี)		
< 30	7	17.1
30-40	19	46.3
41-50	9	22.0
> 50 ปีขึ้นไป	6	14.6
\bar{X} 39.21 S.D. = 10.03		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	7.3
ประถมศึกษา	12	29.3
มัธยมศึกษา	13	31.7
อนุปริญญา	6	14.6
ปริญญาตรี	7	17.1
อาชีพ		
เกษตรกรรม	15	36.6
รับจ้าง	16	39.0
ค้าขาย	6	14.6
รับราชการ	2	4.9
นักเรียน	1	2.4
อื่นๆ	1	2.4
สภาพสมรส		
โสด	8	19.5
สมรส	32	78.0
หม้าย	1	2.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	3	7.3
< 5,000	4	9.8
5,000-10,000	21	51.2
10,000-15,000	10	24.4
> 15,000	3	7.3
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
พ่อ-แม่	5	12.2
สามี-ภรรยา	21	51.2
บุตร	10	24.4
ญาติ	3	7.3

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อื่นๆ	3	7.3
ประสบการณ์การดูแล		
1-3 เดือน	5	78.0
3-6 เดือน	1	12.2
7-12 เดือน	3	2.4
> 1 ปี		7.3
ระยะเวลาที่ป่วย		
1-3 เดือน	31	75.6
4-6 เดือน	8	19.5
7-12 เดือน	2	4.9

2. ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจ ในการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลอย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจอยู่ในระดับมาก เฉลี่ย 2.85 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปน้อยตามลำดับดังนี้ ความพึงพอใจในความรวดเร็วในการที่พยาบาลมาให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ และมีความพอใจในกิจกรรม มีความพึงพอใจมาก เฉลี่ย 2.58, พอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีกิจกรรมใส่บาตร, ทำสังฆทาน และอโหสิกรรม มีความพึงพอใจมาก เฉลี่ย 2.57, พอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีการขอมาศพร้อมกันญาติเมื่อเสียชีวิต มีความพึงพอใจมากเฉลี่ย 2.56, พอใจในการบอกกล่าวและขอความร่วมมือก่อนให้การพยาบาล และพอใจในการมีโอกาสดำเนินการแสดงความรู้สึกหรือกังวลใจกับพยาบาล มีความพึงพอใจมาก เฉลี่ย 2.51, พอใจในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พอใจในระดับมาก เฉลี่ย 2.46, พอใจในความสะอาดสบายภายในสถานที่ที่ผู้ป่วยนอน มีความพึงพอใจในระดับมาก เฉลี่ย 2.26 และพึงพอใจในสถานที่ที่ผู้ป่วยพักผ่อนเงียบสงบ อากาศเย็นสบาย สะอาด มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง เฉลี่ย 2.21 ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม
ของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ ที่	ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับความ พึงพอใจ
1	ท่านพอใจในความสะดวกสบายภายในสถานที่ที่ ผู้ป่วยนอน	2.26	.59	มาก
2	สถานที่ที่ผู้ป่วยพักฟื้นเงียบสงบ อากาศเย็นสบาย สะอาด	2.21	.44	ปานกลาง
3	ท่านมีความพึงพอใจในความรวดเร็วในการที่ พยาบาลมาให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหาหรือ ต้องการความช่วยเหลือ	2.58	.43	มาก
4	ท่านพอใจในการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลอย่างมี น้ำใจและให้กำลังใจ	2.85	.35	มาก
5	ท่านพอใจในการบอกกล่าวและขอความร่วมมือ ก่อนให้การพยาบาล	2.51	.50	มาก
6	ท่านพอใจในการมีโอกาสดูพูดคุยแสดงความรู้สึก หรือความกังวลใจกับพยาบาล	2.51	.59	มาก
7	ท่านพอใจในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษา	2.46	.63	มาก
8	ท่านพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมี กิจกรรมในสัปดาห์, ทำสังฆทานและการอโหสิกรรม	2.57	.54	มาก
9	ท่านพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีการ ขอมาศพร้อมกับญาติเมื่อเสียชีวิต	2.56	.54	มาก
10	ท่านพอใจในกิจกรรม	2.58	.49	มาก

3. การเปรียบเทียบความพึงพอใจจำแนกตามปัจจัยต่างๆ ของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม

การศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างกันกับกลุ่มที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ส่วนกลุ่มการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างกับการศึกษาระดับประถมศึกษาและอนุปริญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

รายได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีรายได้, กลุ่มรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน, กลุ่มที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน และกลุ่มที่มีรายได้ 10,000-15,000 บาทต่อเดือน ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์ที่เป็นบุตรมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างจากความสัมพันธ์ที่เป็นญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วน เพศ, อายุ, อาชีพ, สภาพสมรส, ประสบการณ์การดูแล, ระยะเวลาที่ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจจำแนกตามปัจจัยต่างๆ

กลุ่มที่	ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	t/F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
1	เพศ			1.40	
	ชาย	15.53	2.4		
	หญิง	14.23	3.06		
1	อายุ(ปี)			.79	
	<30	15.8	3.38		
	30-40	14.2	3.39		
	41-50	15.3	1.32		
4	>50	14.0	2.28		

กลุ่มที่	ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	t/F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
	การศึกษา			5.38*	1,2 1,3
1	ไม่ได้รับการศึกษา	11.33	1.15		2,5
2	ประถมศึกษา	15.83	2.03		3,5
3	มัธยมศึกษา	16.07	2.25		
4	อนุปริญญา	14.33	2.42		
5	ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี	12.00	3.46		
	อาชีพ			1.44	
1	เกษตรกรรม	15.33	2.66		
2	รับจ้าง	14.56	3.26		
3	ค้าขาย	15.50	1.97		
4	รับราชการ	10.00	.00		
5	นักเรียน	14.00			
6	อื่นๆ	13.00			

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผล

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจ และเปรียบเทียบ ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.76 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2555 - 31 ตุลาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Independent test และ ANOVA

กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ในระดับที่มากที่สุด คือ การเอาใจใส่ของพยาบาลอย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ เฉลี่ย 2.85 รองลงมา คือ ความรวดเร็วในการที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือและพอใจในกิจกรรม เฉลี่ย 2.58 ส่วนคะแนนความพึงพอใจที่น้อยที่สุด คือ สถานที่ที่ผู้ป่วยพักฟื้นเงียบสงบ อากาศเย็นสบาย สะอาด เฉลี่ย 2.21 รองลงมาคือพอใจในความสะอาดสบายในสถานที่ที่ผู้ป่วยนอน เฉลี่ย 2.26

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จำแนกตามคุณลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีความแตกต่างกันในกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษามีความพึงพอใจน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษา, กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีความพึงพอใจน้อยกว่ากลุ่มที่รายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน, กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์ที่เป็นบุตรมีความพึงพอใจมากกว่าความสัมพันธ์ที่เป็นญาติ ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ, อาชีพ, สถานภาพสมรส, ประสบการณ์การดูแล และระยะเวลาที่ป่วย ไม่มีความเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ความพึงพอใจต่องานบริการของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจในระดับสูง ในเรื่องการให้การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล อย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ เฉลี่ย 2.85 เนื่องจากโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ได้มีโครงการ การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care มีกิจกรรมที่ได้ทำกับผู้ป่วยโดยมีการสวดมนต์, ทำสมาธิ, ใส่น้ำมัน, ทำสังฆทาน, การอโหสิกรรม, การขอขมาศพ และมีการเยี่ยมบ้านติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ส่วนคะแนนความพึงพอใจที่น้อยในเรื่องสถานที่ ที่ผู้ป่วยพักฟื้นเงียบสงบ อากาศเย็นสบาย สะอาด เฉลี่ย 2.21 เนื่องจากตึกผู้ป่วยในจะมีผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่มีห้องเป็นส่วนตัว แออัด และอากาศถ่ายเทไม่สะดวก

2. การเปรียบเทียบความพึงพอใจจำแนกตามปัจจัยต่างๆ ของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีผลการศึกษารายละเอียดดังนี้

ความพึงพอใจแตกต่างจำแนกตามการศึกษา ของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้และการคาดหวังต่อการดูแลจึงทำให้ผู้ที่มีการศึกษาที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจแตกต่างกัน และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.70

ความพึงพอใจแตกต่างจำแนกตามรายได้ของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ < 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 51.21 รองลงมาคือ 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 24.39 และน้อยที่สุดมีรายได้ > 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 7.31 จะเห็นว่าผู้มีรายได้ที่แตกต่างกัน สะท้อนถึงภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและความเป็นอยู่ ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ส่งผลต่อความพึงพอใจในการดูแลที่แตกต่างกัน

ความพึงพอใจแตกต่างจำแนกตามความสัมพันธ์ของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.41 และมีความสัมพันธ์ เป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 78.00 รองลงมาความสัมพันธ์เป็นสามี-ภรรยา ร้อยละ 12.19 และบุตรร้อยละ 2.43 ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันสะท้อนถึงบทบาทการให้การดูแลที่แตกต่างกัน เนื่องจากวัฒนธรรมไทย การเลี้ยงดูบิดา-มารดา เมื่อเจ็บป่วยถือว่าเป็นการได้ตอบบุญคุณ ส่วนสามีและภรรยาเป็นคู่ที่ร่วมสุขร่วมทุกข์เมื่อยามเจ็บป่วยมีพันธะที่ต้องดูแลต่อกัน ดังนั้นความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันจึงส่งผลต่อความพึงพอใจที่แตกต่างกัน

ส่วนเพศ, อายุ, อาชีพ, สภาพสมรส ประสบการณ์การดูแลและระยะเวลาที่ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการดูแลแบบองค์รวม และส่วนน้อยมีความพึงพอใจในด้านอาคารสถานที่และความสะอาดสบายในสถานที่ที่ผู้ป่วยนอน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และจะเสียชีวิตในระยะเวลาไม่นาน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวล พยายามควรจัดตั้งคลินิกหรือห้องให้เป็นส่วนตัว เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการรักษาพยาบาล การดูแลตัวเองที่เหมาะสม อันจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลได้

2. พยายามควรให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาให้มากขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก ความต้องการก่อนถึงวาระสุดท้าย

3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้ของญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเป็นผลต่อความพึงพอใจ พยายามควรส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีการอบรมหรือมีการเข้ากลุ่มกันระหว่างญาติผู้ดูแล เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

4. ควรศึกษาเรื่องการปรับตัวของญาติผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิงที่สำคัญ

- คณิต ดวงหัตถ์. (2537). สุขภาพจิตกับความพึงพอใจในงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน ในเขตเมืองและเขตชนบทของจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตติมา พุทธเจริญ. (2543). ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจจากรูปแบบเว็บเพจที่มีการนำเสนอต่างกัน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เจริญศรี พันปี. (2546). ความพึงพอใจของครูต่อพฤติกรรมคุณธรรมและการบริหารงานของผู้บริหารโรงเรียน สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต การบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี.
- ชรัยพร ภูมา. (2543). ความคาดหวังและความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์จากเครือข่ายคอมพิวเตอร์เพื่อโรงเรียนไทย (School Net) เพื่อพัฒนาการศึกษาและเรียนรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วารสารศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นารีรัตน์ กว้างขวาง. (2547). ความพึงพอใจของประชาชนต่อประสิทธิภาพในการให้บริการของมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. งานวิจัยเศรษฐศาสตร์ธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาการบริหาร, สถาบันมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ.
- วันทยา วงศ์ศิลปกรมย์. (2533). การศึกษาผลสัมฤทธิ์ของนักเรียนที่เป็นผลจากความพอใจในการได้เลือกบทเรียน. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2541). การบริหารการตลาดยุคใหม่. กรุงเทพฯ:เพชรจรัสแสงแห่งโลกธุรกิจ.
- อดุลย์ศักดิ์ สุนทรโรจน์. (2546). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการศึกษา, สถาบันมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- วันทยา วงศ์ศิลปกรมย์. (2533). การศึกษาผลสัมฤทธิ์ของนักเรียนที่เป็นผลจากความพอใจในการได้เลือกบทเรียน. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

ภาคผนวก

เลขที่.....

แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลแบบองค์รวมใน
โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ..... ปี
3. การศึกษาสูงสุด ไม่ได้รับการศึกษา ประถม
 มัธยม อนุปริญญา
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย
 รับราชการ นักเรียน อื่นๆ ระบุ.....
5. สถานภาพสมรส โสด สมรส
 หม้าย หย่า
6. รายได้ ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท 5,000-10,000 บาท
 10,000-15,000 บาท มากกว่า 15,000 บาท
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 พ่อ-แม่ สามเณร-ภรรยา
 บุตร ญาติ อื่นๆ ระบุ.....
8. ประสบการณ์การดูแล
 1-3 เดือน 3-6 เดือน
 7-12 เดือน มากกว่า 1 ปีขึ้นไป
9. ระยะเวลาที่ป่วย
 1-3 เดือน 4-6 เดือน
 7-12 เดือน มากกว่า 1 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ

- น้อย (1) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
- ปานกลาง (2) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ
- มาก (3) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจมาก หรือรู้สึกดี

ลำดับที่	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.	ท่านพอใจในความสะอาดสบายภายในสถานที่ที่ผู้ป่วยนอน			
2.	สถานที่ที่ผู้ป่วยพักพื้นเรียบสงบ อากาศเย็นสบาย สะอาด			
3.	ท่านมีความพึงพอใจในความรวดเร็วในการที่พยาบาลมาให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ			
4.	ท่านพอใจในการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลอย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ			
5.	ท่านพอใจในการบอกกล่าวและขอความร่วมมือก่อนให้การพยาบาล			
6.	ท่านพอใจในการมีโอกาสได้พูดคุย แสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับพยาบาล			
7.	ท่านพอใจในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา			
8.	ท่านพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีกิจกรรมใส่บาตร ,ทำสังฆทาน,และการอธิษฐานกรรม			
9.	ท่านพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีการขอมาศพ ร่วมกับญาติเมื่อเสียชีวิต			
10.	ท่านพอใจในกิจกรรม			

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล นางปรารถนา ชรรมนบุตร

การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย