

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
Holistic End - Of - Life Care Model Development
Sappasitthiprasong Regional Hospital Ubonrajchathani

Nuanjan Prakenree

นวลจันทร์ ประเคนรี พย.บ.*

Somporn Thepsuriyanon

สมพร เทพสุริยานนท์ พย.บ.**

Patchanee Thongprasert

พัชนี ทองประเสริฐ วทม.***

ABSTRACT

- Background** : Suffering, the important problems of end of life patients, they should be offered a range of physical, emotional, spiritual and social support by collaboration for good death
- Objective** : To develop a holistic care model for the end of life (EOL) patients
- Setting** : Sappasitthiprasong Regional Hospital, Ubonrajchathani.
- Research design** : The Participation Action Research (PAR)
- Methods** : The participants included 67 nurses, 60 EOL patients and their families from October 2008 to December 2009. Process divided into 4 phases as 1) Situational analysis to assess factors associated of EOL care. 2) Develop a holistic EOL care model and guideline. 3) Implementation the model and guideline, revised and re-implementation as a cycle. 4) Model evaluation. Data collection by interviewed, observation, sharing experience. Summarized as frequency, percentage, qualitative content analysis and interpreting.
- Results** : Holistic EOL care model consisted of 1) Enhancement of nurses competency, spiritual practice, sharing experience, learning and reflection, supervision and practice evaluation. 2) Continuous improvement by collaboration between health care team, patients and their families, improve guideline, innovation, and presentation. 3) Communication and continuing of care to community network by Holistic center and Home Health care center.
- Conclusion** : Factors associated of EOL care, to promote learning and changing experience, communication, collaboration, networking and evaluation. Model efficiency was appropriated, provider satisfaction (88.62%), good for changing experience (87.69%), involved their families and decision making (92.31%), communication and relationship (87.38%), disciplinary collaboration (81.85%), almost facing end of life, peace of death, and their families find meaning in the dying and satisfaction 90.15%.
- Key words** : Holistic, End Of Life, Model development

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยวีเอชกรวม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทคัดย่อ

เหตุผลในการทำวิจัย : ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับภาวะสุดท้ายของชีวิต และการดูแลแบบมีส่วนร่วม ครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม และเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

สถานที่วิจัย : โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research)

วิธีการวิจัย : ผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 67 คน ผู้ป่วย และครอบครัว 60 คน ใน 13 หน่วยงาน จาก 7 แผนก คือ อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม หน่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โสต ศอ นาสิก และงานการแพทย์ทางเลือก จากตุลาคม 2551 - ธันวาคม 2552 แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) พัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติ 3) นำแผนสู่การปฏิบัติ ลักษณะเป็นวงจร คือ วางแผน นำแผนสู่การปฏิบัติ สังเกต สะท้อนการปฏิบัติ และนำมาปรับปรุงจนได้รูปแบบการดูแลที่เป็นความต้องการร่วมกัน 4) ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาได้ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการตอบแบบสอบถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการสรุปจากข้อเท็จจริง ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย : รูปแบบที่พัฒนาได้ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาสมรรถนะผู้ให้บริการ ได้แก่ เพิ่มองค์ความรู้ ฝึกปฏิบัติพัฒนาจิต เรียนรู้ร่วมกันโดยการประชุมสะท้อนคิด สะท้อนการปฏิบัติ สะท้อนความรู้สึกที่แท้จริง และสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การนิเทศติดตาม และประเมินการปฏิบัติ 2) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพ พัฒนานวัตกรรมแนวทางปฏิบัติ และจัดเวทีนำเสนอเพื่อเผยแพร่ 3) การประสานส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายในชุมชน ร่วมกับศูนย์องค์รวม (จิตอาสาชุมชน) ศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่อง และศูนย์ดูแลที่บ้าน

สรุป : ปัจจัยสำคัญในการดูแลเป็นองค์รวม คือ การส่งเสริมการเรียนรู้ การสื่อสาร การมีส่วนร่วม ประสานเครือข่ายการดูแล และประเมินผลการปฏิบัติ ประสิทธิภาพของรูปแบบ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่าผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 88.62 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร้อยละ 87.69 ครอบครัว/ญาติได้มีส่วนร่วมดูแล ร้อยละ 92.31 ได้แสดงความคิดเห็นและมีการตัดสินใจร่วมกัน ร้อยละ 90.15 เกิดช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัวและสมาชิกในทีมสุขภาพ ร้อยละ 87.38 เกิดความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ร้อยละ 81.85 เกิดเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐฐานะ เผชิญกับภาวะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และเสียชีวิตอย่างสงบ ครอบครัวมีความพึงพอใจ ร้อยละ 90.15

คำสำคัญ

: องค์รวม ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนารูปแบบ

บทนำ

ความตื่นตัวในการดูแลผู้ป่วยที่เผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญความตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการตระหนักถึงข้อจำกัดและความจำเป็นในการปรับกระบวนการทัศนในการบริการ ใส่ใจกับองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ส่งผลถึงกันด้วยมุมมองแบบองค์รวมและมีมิติที่กว้างกว่าการดูแลเฉพาะโรคหรือการรักษา ซึ่งมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพไม่ว่าจะเป็นมิติทางกาย จิตใจ สังคม และมิติทางจิตวิญญาณ ล้วนสำคัญต่อชีวิตของบุคคลทั้งสิ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิต ผู้ดูแลต้องปรับวิถีคิดโดยมองชีวิตและสุขภาพให้เชื่อมโยงกับการส่งเสริมสุขภาวะในทุกมิติอย่างรอบด้าน เนื่องจากเป้าหมายในการดูแลแตกต่างจากผู้ป่วยรูปแบบอื่น ๆ ที่เป็นการจัดการกับตัวโรคให้หายขาด มาเป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกาย ประคับประคองส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ให้สามารถอยู่กับโรคที่รักษาไม่หายได้อย่างเหมาะสมเผชิญกับวาระสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรี^{1,2,3,4,5,6}

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงขนาด 1,051 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพกับผู้ป่วยและประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ และจากจังหวัดใกล้เคียงที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา เช่น ศรีสะเกษ ยโสธร อานาจเจริญ มุกดาหาร และนครพนม ในปี พ.ศ. 2550-2551 มีผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยรุนแรงเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล 2,658 และ 2,781 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มว่าในอนาคตจะมีผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายที่โรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากระบบการดูแลในปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากในการรักษาทางกาย การใช้เทคโนโลยีจึงกลายเป็นสิ่งสำคัญในการ

ยืดชีวิต หากแต่สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการมากที่สุดนั่น คือ กำลังใจ และความรัก ไม่เฉพาะจากญาติมิตร ครอบครัว แต่กำลังใจ ความเมตตา และการใส่ใจจากบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งหย่อน^{1,2,3,5,7}

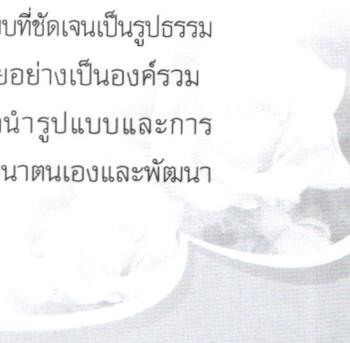
จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วย พบว่ารูปแบบการให้บริการมุ่งบำบัดอาการของโรคและผลลัพธ์ในการรักษา วิธีปฏิบัติอยู่ในลักษณะของงานประจำ ดูแลรักษาตามปัญหาที่เน้นทางด้านร่างกาย และจำกัดอยู่ที่ผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลหรือสภาวะของผู้ป่วยขาดการประเมินการรับรู้และการติดตามสภาพจิตใจ ทั้งการประเมินไม่รอบด้าน บางหน่วยงานมีการพัฒนาให้เป็นองค์รวมแต่ไม่ครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจากการดูแลแบบองค์รวมยังไม่ได้เป็นเรื่องที่ปฏิบัติเป็นปกติ จำกัดเฉพาะผู้สนใจ อยู่ในลักษณะต่างคนต่างทำ และภาระงานที่หนัก ต้องการความรวดเร็วในการดูแลรักษาทำให้ขาดโอกาสในการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในวางแผนการดูแลร่วมกัน ทำให้ครอบครัวขาดความเข้าใจไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม ซึ่งจะพบว่ามี การทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลอยู่เสมอ และจากไปอย่างโดดเดี่ยวในที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. โรงพยาบาลมีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม
2. บุคลากรสามารถนำรูปแบบและการเรียนรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการพัฒนาตนเองและพัฒนา งานอย่างต่อเนื่อง



3) อำนวยความสะดวก ยืดหยุ่นในกฎระเบียบต่าง ๆ ให้เข้าเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ ไม่อยากให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง หรือรู้สึกโดดเดี่ยว

4) อยากทำกิจกรรมที่เป็นความเชื่อของครอบครัว เช่น การเรียกขวัญ การทำพิธีขอมาสิ่งที่ได้ล่วงเกินที่เป็นผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือพิธีอื่น ๆ ทางศาสนา หรืออู่อะที่ค้างคาอยู่อยากให้ผู้ป่วยไปสบายหมดห่วง

5) อยากให้ช่วยเหลือ ดูแล และแนะนำเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

1.4 ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปลงได้ดังนี้

1) องค์ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของพยาบาล สหวิชาชีพ และการประสานการทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกัน

2) การสื่อสาร โดยเฉพาะกับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการคำอธิบาย หรือซักถามให้เกิดความเข้าใจ แต่ด้วยภาระงานประจำที่หนักทำให้การสื่อสาร หรือการอธิบายไม่สามารถทำได้เต็มที่

3) การดำเนินการร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน ไม่มีความซับซ้อนสามารถประสานการดูแลได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานที่ปฏิบัติอยู่

2. การวางแผนกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ผู้วิจัยได้นำปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมา กำหนดรูปแบบการดูแลที่เป็นองค์รวม ดังนี้

2.1 การพัฒนาสมรรถนะผู้ให้บริการ ได้แก่ เพิ่มองค์ความรู้ ฝึกปฏิบัติพัฒนาจิต การเรียนรู้ร่วมกัน โดยประชุมสะท้อนคิด สะท้อนการปฏิบัติ สะท้อนความรู้สึกที่แท้จริง และสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การนิเทศติดตาม และประเมินการปฏิบัติ

2.2 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ การมอบหมายการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี มีพยาบาลเป็นผู้จัดการประสานกับสหวิชาชีพและครอบครัว เน้นการสื่อสาร การให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลง พัฒนานวัตกรรม แนวทางปฏิบัติและการติดตาม การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และจัดเวทีนำเสนอเพื่อเผยแพร่ผลงานทั้ง 13 หน่วย

2.3 การประสานส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายในชุมชนร่วมกับศูนย์องค์รวม (จิตอาสาชุมชน) ศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องและศูนย์ดูแลที่บ้าน

จากรูปแบบที่ได้กำหนดขึ้นร่วมกัน ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะและองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่ร่วมโครงการจำนวน 67 คน ทุก 3 เดือน รวม 3 ครั้ง ๆ ละ 2-3 วัน รวม 8 วัน โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ให้ความรู้ สะท้อนคิดและปฏิบัติพร้อมกับปรับเปลี่ยนและขยายแนวคิดเป็นระยะเมื่อได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มมากขึ้น ผลการประเมินตนเองในการนำไปใช้ 3 รอบ เท่ากับร้อยละ 94.75, 96.0 และ 96.0 ตามลำดับ พร้อมกับมีการติดตามความก้าวหน้าการนำแนวทางไปปฏิบัติ และพัฒนาตามบริบทของแต่ละแผนก โดยมีแกนนำที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส ทำการนิเทศติดตาม ประเมินผล และนำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติ

ระยะที่ 3 นำแผนสู่การปฏิบัติ เป็นการบูรณาการกิจกรรมการดูแลใน 13 หน่วยงาน มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการ และประสานการดูแลระหว่างสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยา โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์ประสานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ศูนย์องค์รวม (จิตอาสา) และชมรมจริยธรรม

ซึ่งสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ในลักษณะคิดไปทำไป โดยใช้วิธีการประชาธิปไตย มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริงภายใน และนำเสนอกรณีตัวอย่างที่ได้ปฏิบัติของแต่ละหน่วย มีผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมสหวิชาชีพร่วมสะท้อนการปฏิบัติ และเสริมองค์ความรู้ ติดตามการปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ ทีมแกนนำดำเนินงานในหอผู้ป่วย มีการมอบหมาย การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี และร่วมทบทวนเพื่อวางแผนดูแล ร่วมกันตามลักษณะปัญหาที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยทุกวัน จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่ได้มาสรุปเป็นรูปแบบและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ซึ่งรับผิดชอบโดยทีมดูแลผู้ป่วยที่เป็นสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัว ซึ่งสรุปได้ว่าการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้นในภาพรวม ประกอบด้วย

1) ด้านร่างกาย เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมาน เช่น ปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย หอบหายใจลำบาก และช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบาย เช่น ความสะอาดของร่างกาย ปาก และฟัน อาหารการนอนหลับ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะความปวดเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นลำดับต้น ๆ การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติมักจะส่งผลดีหากผู้ป่วยทุเลาอาการปวดลง จะสามารถเข้าไปพูดคุยให้ข้อมูล การเจ็บป่วย ให้การปรึกษา รับฟังปัญหา รวมถึงการอธิบายสำหรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เตรียมตัวเผชิญกับสถานการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และเตรียมวิธีรับมือกับปัญหาในอนาคต ดังเช่น

“phenว่ามันไปกระดูก ตายบ่ย่านดอก ย่าน แต่ปวดนี่ล่ะ”

“ปวดตึงบ่ได้เลย ปวดหลายคุณหมอ”

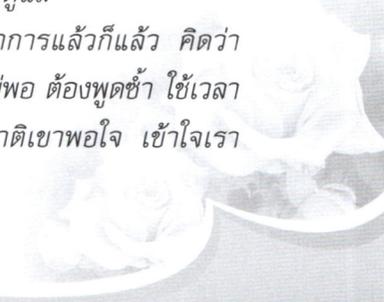
การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย เช่น ทำความสะอาด อาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย ซึ่งพยาบาลและผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ร่วมกันได้

“ก็สอนญาติในการเช็ดตัว ทำความสะอาด ปากฟัน การพลิกตัว พอทำได้เขาก็ช่วยเราได้มาก เขาเองก็ตั้งใจที่ได้ช่วยคนไข้”

2) ด้านจิตใจ เน้นการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ เกี่ยวกับการดูแลรักษา กำลังใจ และให้ความสำคัญกับความรู้สึก ความเครียด ช่วยแก้ไขในสิ่งที่ทำได้ เช่น สื่อสารกับญาติ หรือสิ่งที่ต้องการทำ ซึ่งการให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แก่ครอบครัวด้วยคำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจเป็นสิ่งจำเป็นและถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพราะความเครียดจากการไม่รู้และไม่เข้าใจจะทำให้เกิดความขัดแย้ง เนื่องจากคนที่เขารักหรือผู้ที่เป็นหลักและมีความสำคัญในครอบครัวกำลังอยู่ในภาวะวิกฤติของชีวิต จึงต้องการคำอธิบายสำหรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งมาลาคริดา และคณะ⁸ ได้ทำการศึกษาสิ่งที่ไม่พึงพอใจในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 390 คน พบว่าไม่พึงพอใจต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเมื่อความตายใกล้เข้ามา โดยมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่บอกข้อมูลอย่างละเอียดและชัดเจน

“ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ค่อยดี ก็จะมีญาติให้คุยกับแพทย์โดยตรง หรือถ้าญาติมีข้อสงสัยอยากคุยกับแพทย์ เราก็จะมีญาติแพทย์ให้ หลังจากนั้นจะประเมินการรับรู้ของญาติซ้ำแล้วให้การปรึกษา แนะนำการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแล”

“แต่ก่อนพอบอกอาการแล้วก็แล้ว คิดว่าเขาเข้าใจ แต่บางทีไม่ใช่ ไม่พอ ต้องพูดซ้ำ ใช้เวลาให้การปรึกษา แต่ก็ดี ญาติเขาพอใจ เข้าใจเรามากขึ้น”



3) ด้านสังคม เน้นการอำนวยความสะดวก ยืดหยุ่นในกฎระเบียบ อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมหรือ ฝ้าผู้ป่วยได้เป็นกรณีพิเศษ และส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือและแนะนำ ปรึกษาให้กำลังใจ และมีการทำกิจกรรมร่วมกันในวันสำคัญระหว่างผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ หรือกิจกรรมทางศาสนา เช่น การนิมนต์พระมาให้ธรรมเทศนา การตักบาตร สวดมนต์ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลและครอบครัวเป็นรายบุคคล และหาแนวทางดูแลแก้ไขระหว่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลหรือครอบครัว และสังเกตพฤติกรรมกรณีมีส่วนร่วม การส่งต่อเครือข่าย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านกรณีจำหน่าย การติดตามเยี่ยมและให้การปรึกษาเพื่อช่วยเหลือส่งเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล

ซึ่งการได้เข้าเยี่ยมและได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง อยู่เพียงลำพัง และเสียชีวิตอย่างไม่โดดเดี่ยว เช่น

“ปกติให้เข้าเยี่ยมตามเวลา ตอนเช้า 05.00-07.00 น. บ่าย 11.30-18.00 น. ไม่ให้ญาติเฝ้า แต่ถ้าผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้หรืออยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตก็จะให้เฝ้าได้เป็นกรณีพิเศษ หรือให้เข้ามาเป็นครั้งคราว หลังจากหมดเวลาเยี่ยมแล้ว”

“ตาเขาอยู่กับยายสองคน พอยายกลับบ้าน กลางคืนตาเขาก็จะมอมหา ตุกรวนกระวาย นอนไม่หลับ ตอนหลังก็เลยให้ยายอยู่ด้วย จัดที่นอนให้นอนข้าง ๆ เดียงของตา ตื่นขึ้นมาตาก็จะได้มองเห็นยายเลย ตาเขาก็ดูสบายใจขึ้น”

4) ด้านจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อ หรือศรัทธา หรือมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น จัดห้องพระสำหรับสวดมนต์

ทำสมาธิ มุมสงบพบพระธรรม นำพระพุทธรูปวางที่หัวเตียง สวดมนต์ ฟังเทศธรรมะ อ่านหนังสือธรรมะ อธิษฐาน ตักบาตร จัดกิจกรรมทางศาสนา ฟังธรรมเทศนา หรือสิ่งที่อยากทำ เช่น การขอมารวมถึงให้การช่วยเหลือประสานในการทำธุระที่ยังติดค้าง¹⁰ ดูแลแนะนำและช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ โดยมีเจ้าหน้าที่สนับสนุนและร่วมทำกิจกรรม เช่น

“ป้าเพื่อนเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ไตไม่ทำงานแล้ว ยังรู้ตัวได้อยู่ ช่วยตัวเองไม่ได้ ก็เข้าไปคุยด้วยถามปกติชอบไปวัดฟังเทศน์ไหม เพื่อนว่าชอบ เลยเอาเทป บ้านที่แท้จริง (กล่าวถึงสังขาร ความไม่เที่ยงของชีวิต) ไปเปิดเบา ๆ ใกล้หัวเตียงให้ฟังสังเกตดูตอนฟังป้าเขาจะพนมมือขึ้นไหว้ อยู่กับเรา 3 วัน อารมณ์เพื่อนจะนิ่งมาก ไม่แสดงอาการปวดหรือทรมานทรมายให้เห็นเลย พอวันที่ 4 เริ่มไม่รู้สึกตัว เรียกไม่ลืมตา แต่คิดว่าคงได้ยิน พอแพทย์ให้ข้อมูลกับญาติแล้ว เขาก็ตัดสินใจพาเพื่อนกลับบ้าน อาทิตย์ต่อมาญาติเขาก็มาส่งข่าวว่าป้าเพื่อนเสียชีวิตแล้วหลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 วัน คิดว่าป้าเขาคงไปดีแล้วละ”

เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเวลาที่จำกัด ทำให้คิดว่าไม่สามารถทำอะไรได้ตามที่หวังและยังมีห่วงต่าง ๆ อีกมาก เหมือนกับสำนวนไทยที่ว่า “ตายตาไม่หลับ” ในการดูแลแบบองค์รวมจึงได้มีการประเมินในเรื่องนี้ด้วยว่า ผู้ป่วยยังอยากทำอะไร มีอะไรที่ยังค้างคาใจ? หากช่วยได้จะทำให้ผู้ป่วยปล่อยวาง มีความสบายใจ และหมดห่วง สามารถรับมือกับความตายได้อย่างสงบ เช่น

“อ่อน...ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย สามิมีเมีย น้อย เก็บความทุกข์ไว้ในใจมานานหลายปี ดูเหมือนไม่มีอะไร ก็อยู่กับไปตามปกติ แต่อ่อนบอกว่ามันเจ็บฝังใจใจไม่มีวันลืมได้ อ่อนรู้ว่าตัวเองจะอยู่ได้อีกไม่นาน สามิพาภรรยาอีกคนมาเยี่ยมที่โรงพยาบาล



แต่ให้รออยู่ข้างนอก พยาบาลช่วยอ่อนกับสามีได้ พุดคุยกันอย่างเปิดเผย บอกกับสามีว่า ถ้าอ่อนตายไปแล้วขอให้มีคนนี้เป็นคนสุดท้าย อย่าทำให้เขาเข้าใจเหมือนที่เท่ากับอ่อน สามีร้องไห้เสียใจมาก และสัญญาว่าจะไม่มีคนใหม่อีก อ่อนบอกสบายใจหมดห่วงแล้ว”

5) การสงเคราะห์ ครอบครัวผู้ป่วยบางรายจะมีความกังวลเรื่องการเดินทางกลับบ้าน การมาเยี่ยม หรือการจัดการกับศพหลังจากเสียชีวิต เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงเกินฐานะ

“บ่อยพอใช้ดอก มาแต่ละเทือกะหีบขี้เฒ่า ญาติพี่น้องมา ค่อยผ่อนใช้เพินเอา”

ระยะที่ 4 สิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ และสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ผลการประเมินพบว่า การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานมีการปฏิบัติร้อยละ 98.07 ด้านจิตใจ ร้อยละ 97.76 ด้านสังคม ร้อยละ 93.28 และได้มีโอกาสปฏิบัติทางศาสนาหรือตามความเชื่อ เช่น ฟังธรรมะ/อ่านหนังสือธรรมะ ร้อยละ 88.06 สวดมนต์/ไหว้พระ ร้อยละ 85.07 ทำธุระที่ค้างคา ร้อยละ 70.15 พิธีกรรมต่าง ๆ ร้อยละ 62.69 และช่วยเหลือจัดการศพ ร้อยละ 59.70

ประสิทธิผลของรูปแบบ ผู้ปฏิบัติพอใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 88.62 ประโยชน์ที่พบคือ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร้อยละ 87.69 ครอบครัวหรือญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแล ร้อยละ 92.31 ได้แสดงความคิดเห็นและมีการตัดสินใจร่วมกัน ร้อยละ 90.15 เกิดช่องทางการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพญาติและครอบครัว ร้อยละ 87.38 เกิดความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ร้อยละ 81.85 และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ ร้อยละ 90.15

วิจารณ์สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม⁹ ควรปฏิบัติให้ครอบคลุมต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะกำลังเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ถือเป็นความสำเร็จในการดูแลหากจิตใจของผู้ป่วยได้รับการใส่ใจไม่น้อยกว่าร่างกาย แม้ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ และจะเป็นความซาบซึ้งต่อครอบครัวและญาติมิตรของผู้ป่วยที่แพทย์พยาบาลดูแลเอาใจใส่ช่วยให้คนที่เขารักได้จากไปอย่างสงบ อย่างไรก็ตามไม่มีสูตรสำเร็จหรือคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกคนในทุกสถานการณ์ การดูแลช่วยเหลือจึงขึ้นกับสถานการณ์ที่ต้องมีการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน และมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ Ned Cassem¹¹ ที่ได้แนะนำไว้ คือ

ปัญหาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน อาการต่าง ๆ เกิดได้หลายสาเหตุ ทั้งปัญหาทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ ผู้ดูแลจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้และประสบการณ์อยู่เสมอ และวางตัวกับผู้ป่วยอย่างเพื่อนมนุษย์ ด้วยความเมตตา กรุณา เข้าอกเข้าใจและห่วงใย คำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก การดูแลจึงเน้นที่บรรเทาอาการปวดและอาการไม่สบายตัวต่าง ๆ และจัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่สบาย รวมถึงการสื่อสารจะขาดไม่ได้ไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วยในรูปแบบใด และในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความสำคัญเนื่องจากมีประเด็นด้านจิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณมาเกี่ยวข้องมาก จึงต้องสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักรู้สึกถูกละทิ้งได้ง่ายจากความตายซึ่งกำลังเกิดขึ้นกับตนคนเดียว ไม่มีใครเผชิญด้วยญาติจึงควรมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอหรือมีการ



นัดหมายที่ชัดเจน เวลาเล็กน้อยของผู้มาเยี่ยมหรือมาดูแลนั้นมีคุณค่ามากสำหรับผู้ป่วยที่เวลาในชีวิตกำลังจะหมดลง การมาเยี่ยมพร้อมหน้าสมาชิกครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรักที่ครอบครัวมีให้อย่างเต็มที่ ความผูกพันปรองดองในครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยไม่หวังว่าครอบครัวจะมีปัญหาเมื่อตนไม่อยู่ และไม่ควรกังวลในการพาเด็กเข้าเยี่ยม การมีลูกหลานเล็ก ๆ ที่มาเข้าเยี่ยมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีความภูมิใจที่มีบุคคลเป็นช่วงต่อชีวิตและผู้ดูแลควรวางตัวอารมณ์ดี มีสีหน้าแจ่มใสมากกว่าท่าทีห่วงกังวล หรือซีมีเศร้า เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดที่เป็นต้นเหตุของความเศร้า ความเครียด สุดท้ายความสงบสุขทางใจอย่างลึกซึ้งเกิดจากการเติมเต็มความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย จิตสุดท้ายก่อนจะลาโลกนี้ไปเป็นสิ่งสำคัญ

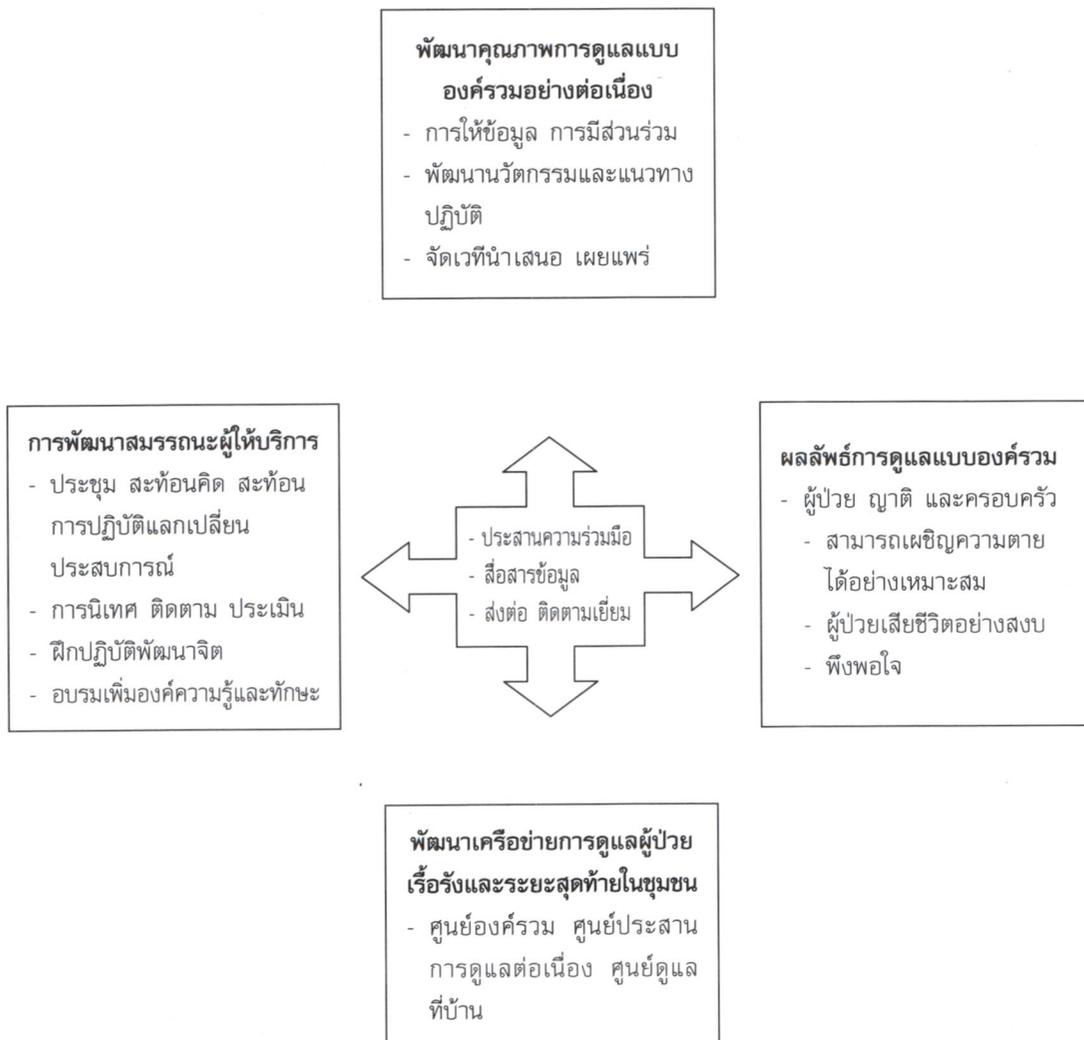
มากในเกือบทุกศาสนา^{10,11} ผู้ดูแลควรจะได้ประเมินถึงมิติทางจิตวิญญาณนี้ สิ่งที่เป็นทุกข์สำหรับผู้ป่วย สิ่งที่เป็นห่วงกังวลของผู้ป่วย สิ่งที่เป็นความต้องการเพื่อความสงบสุข ให้ผู้ป่วยพิจารณาชีวิตที่ผ่านมาทั้งหมดแล้วรู้สึกพึงพอใจ ถ้าผู้ป่วยไม่มีสิ่งใดค้างคาใจหรือไม่คิดยึดมั่นถือมั่นกับสิ่งใดแม้กระทั่งตนเองแล้วย่อมได้รับความสงบสุข

กิตติกรรมประกาศ

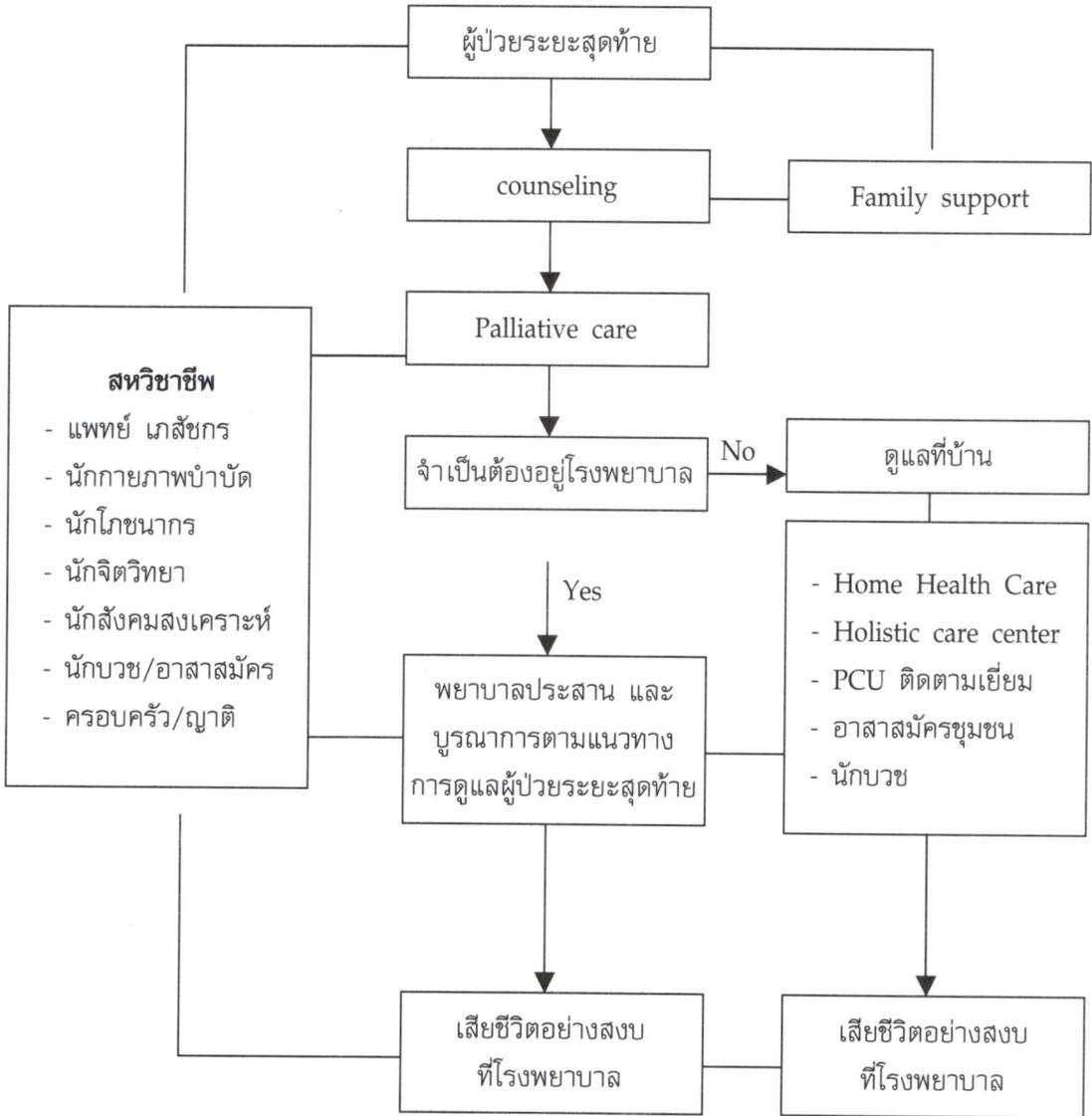
ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ชมรมจริยธรรม สหวิชาชีพ หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการทำกิจกรรมจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



ภาพที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



บรรณานุกรม

1. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์; 2550.
2. สกล สิงหกละ. Palliative care : how to improve your care. ใน : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์; 2550.
3. สุมาลี นิมนานิตย์. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ใน : ก่อนวันผลัดใบ. ใน ไพศาล ลีมสถิตย์ และ อภิราชย์ ชันธเสน บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : บริษัท เอ็ม เอนเตอร์ไพรส์ จำกัด ; 2551.
4. อัมพรพรรณ อีรานุต ดลวิวัฒน์ แสนโสม นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ วาสนา รวยสูงเนิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2552; 27(2) : 65-76.
5. พัทธนี ทองประเสริฐ, ชมพู่ ขาววงศ์, พัทธกร มิ่งไชย และคณะ. โครงการรักษาใจยามป่วยไข้ : การดูแลองค์รวมวิถีพุทธ. อุบลราชธานี. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ; 2549. (อัตสำเนา)
6. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The education for physicians on End-of-Life Care (EPEC) curriculum, Participant Handbook, Elements and Models of End-of-Life Care; 1999.
7. สีฟ้า เวหะชาติ ปันตดา ลี้มองเจริญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2550 ; 15(2) : 47-60.
8. Malacrida, R. Reason for dissatisfaction : A survey of relatives of intensive care patients who died. Critical Care Nursing Medicine 1998; 26(7) : 1187-93.
9. ภูขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์; 2550.
10. สิวลี ศิริโล. การพยาบาลแบบองค์รวมใน จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551: 152-93.
11. Cassem NH, Brendel RW. End of Life Issues : Principles of Care and Ethics. In Stern TA, et al. อ้างใน ภูขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใน : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์; 2550. 114-33.

