



Application of Peaceful End-of-Life Theory: The Context of the Intensive Care Unit

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ: บริบทหอผู้ป่วยวิกฤต

Kiratiya

Wongkalasin*

กิริติยา

วงศ์กาฬสินธุ์*

Chanon

Khanantai**

ชานนท์

ขนานใต้**

Abstract

End-of-life care for critically ill patients is a process focusing on alleviating symptoms and reducing patient suffering. The primary goal is to ensure the best possible quality of life during their remaining time. This encompasses physical, psychological, social, and spiritual care as well as supporting the patient's family.

This article presents the theory of peaceful end-of-life, which includes five key components: 1) Not being in pain; 2) Experience of comfort; 3) Experience of dignity/respect; 4) Being at peace; and 5) Closeness to significant others/persons who care. When applied in critical care settings, this approach is user friendly, simple, clearly presented, and productive for patients and families. Therefore, it may be an appropriate framework for nursing terminally ill patients in critical care environments.

Keywords: End-of-life; Peaceful end-of-life; Critically ill patients; Nursing care

* Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Corresponding author, Registered Nurse, Vajira Hospital, Faculty of Medicine, Navamindradhiraj University;
e-mail: Chanon.khanantai@gmail.com

Received 2 March 2025; Revised 12 May 2025; Accepted 19 May 2025



บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต เป็นกระบวนการที่เน้นการบรรเทาอาการและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาที่เหลือ การดูแลในระยะนี้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวของผู้ป่วย

บทความนี้ นำเสนอทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ คือ 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด 2) การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย 3) ประสบการณ์ของการให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) การอยู่ในความสงบ/อยู่ในภาวะสุขสงบ และ 5) การดูแลให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน การประยุกต์ใช้ทฤษฎีกับการดูแลผู้ป่วยในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า เป็นทฤษฎีที่ใช้ได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ให้แนวทางที่ชัดเจน และเกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทฤษฎีดังกล่าว จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

คำสำคัญ: ระยะท้าย ระยะท้ายที่สงบ ผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
e-mail: Chanon.khanantai@gmail.com

วันที่รับบทความ 2 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 12 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 19 พฤษภาคม 2568

บทนำ

ระยะท้ายของชีวิต เป็นช่วงเวลาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นสถานที่สำคัญที่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหรือมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต เป็นการดูแลที่ถูกเปลี่ยนผ่านจากการดูแลเพื่อรักษาให้หายขาดหรือยืดชีวิตสู่การมุ่งเน้นเพื่อควบคุมอาการ ให้เกิดความสุขสบายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤตอาจมีความเชื่อมโยงใกล้ชิดกับการไม่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ การไม่เริ่มใช้เครื่องช่วยพยุงชีพ และการหยุดใช้เครื่องพยุงชีพ ซึ่งทั้งหมดจะดำเนินการหลังจากมีการหารือและตกลงร่วมกันระหว่างทีมดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย (Divatia, 2020) ปัจจุบัน หอผู้ป่วยวิกฤตอาจถือได้ว่าเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงในโรงพยาบาล (Maluangnon et al., 2023) เมื่อการดูแลเพื่อยืดชีวิตถูกจำกัดหรือไม่เกิดประโยชน์อีกต่อไป การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตในบริบทนี้จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ การดูแลจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงมิติทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีและจากไปอย่างสงบมากที่สุด (Kongsuwan, 2016)

ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Peaceful End-of-Life Theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาเพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจและออกแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ทฤษฎีนี้เน้นการสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อความสงบ ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Ruland & Moore, 1998)

ในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต การดูแลแบบประคับประคองต้องเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ เช่น ความซับซ้อนของการรักษาทางการแพทย์ ความคาดหวังของครอบครัวต่อการรักษา และข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรของบุคลากร (Effendy et al., 2022; Maeroh et al., 2017) ซึ่งเป็นความท้าทายที่จะนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาประยุกต์ใช้ อย่างไรก็ตาม การบูรณาการทฤษฎีนี้ในการดูแลบริบทอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ส่งเสริมการตัดสินใจที่มีความหมาย และทำให้การจากไปของผู้ป่วยเป็นไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีมากขึ้น (Anseekaew et al., 2020; Onanong et al., 2020; Wongkalasin et al., 2024) ดังนั้น บทความนี้จึงนำเสนอการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต โดยพิจารณาถึงแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำมาใช้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงแนวทางในการลดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบภายใต้การดูแลที่มีคุณภาพและให้ความเคารพต่อคุณค่าของชีวิต

ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบและการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล

ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลระดับกลาง (middle-range theory) ที่สร้างขึ้นมาเพื่อดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย (terminal phase) พัฒนาโดย คอร์เนเลีย รูแลนด์ และ เซอร์เลย์ มอร์ ในปี ค.ศ. 1998 โดยทฤษฎีสร้างมาจากมาตรฐานการดูแล หลักฐานเชิงประจักษ์ ความรู้ส่วนบุคคล และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก จุดมุ่งเน้นของทฤษฎีนี้ คือ การสร้างความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ไม่ได้จำกัดแค่การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิตเพียงอย่างเดียว รวมถึงการดูแลนั้นต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ruland & Moore, 1998) ทฤษฎีนี้ระบุว่าเพื่อให้ผู้ป่วยในระยะท้ายมีชีวิตอย่างสงบ จำเป็นต้องได้รับการดูแล 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด 2) การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย 3) ประสบการณ์ของการให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) การอยู่ในความสงบ/อยู่ในภาวะสุขสงบ และ 5) การดูแลให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

1. การไม่อยู่ในความเจ็บปวด (Not being in pain) ความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เกิดจากการทำหัตถการ หรือการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ (iatrogenic causes) ปัจจัยหลักมาจากการล่าช้าในการยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย ซึ่งในหอผู้ป่วยวิกฤตมักให้ความสำคัญกับการกู้ชีพ หรือรักษาชีวิต มากกว่าการดูแลเพื่อความสบาย การทำความเข้าใจและจัดการความปวดจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแล (Green et al., 2023) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1.1 การติดตามและบริหารการบรรเทาความปวด การประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่สื่อสารได้แนะนำให้แบบประเมินความปวดด้วยตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) แต่สำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ เช่น ผู้หมดสติหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ แนะนำใช้เครื่องมือที่ประเมินด้วยการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออก เช่น Behavioral Pain Scale (BPS) และ Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) (Ramsburg et al., 2024) การติดตามประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายไม่มีระยะเวลาที่แน่ชัด แต่มาตรฐานการประเมินความปวดจำเป็นต้องประเมินอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หรือตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้จัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมในรายบุคคล (Seo et al., 2022)

1.2 การประยุกต์กิจกรรมการใช้ยาและการไม่ใช้ยาในการบรรเทาความปวด การจัดการความปวดในบริบทนี้มุ่งเน้นที่การใช้ยา (pharmacologic pain management) ในรูปแบบของยาฉีดเป็นหลัก กลุ่มยาที่ใช้เป็นอันดับแรก คือ 1) โอปิออยด์ (Opioids) เช่น มอร์ฟีน (Morphine) และเฟนทานิล (Fentanyl) 2) ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (Non-Opioid) เช่น พาราเซตามอล และกลุ่มยาด้านการอักเสบ (Non-steroidal anti-inflammatory

drugs: NSAIDs) ใช้สำหรับความเจ็บปวดที่ไม่รุนแรงหรือร่วมกับโอปิออยด์ 3) ยาเสริม (Adjuvant Analgesics) เช่น คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) ยาต้านชัก (Anticonvulsant drugs) เป็นต้น (Ramsburg et al., 2024) หรือหากอาการไม่ดีขึ้นอาจพิจารณาร่วมกับยากล่อมประสาท (Sedative drug) ได้แก่ Midazolam หรือ Propofol เป็นต้น และการบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา (nonpharmacologic pain management) เช่น การประคบร้อน/เย็น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ การจัดทำดนตรีบำบัด การนวด การเปิดโอกาสให้ครอบครัวอยู่ร่วมกัน และการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ (Ferrell & Paice, 2019; Nathan et al., 2021)

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต อาจกังวลว่าการให้ยาแก้ปวดในปริมาณสูงเพื่อบรรเทาความปวดจะเป็นการเร่งการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามหลักการ “ผลลัพธ์สองด้าน” (double-effect) อธิบายว่า การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด แม้อาจทำให้การเสียชีวิตเกิดเร็วขึ้นโดยไม่เจตนา ถือเป็นการปฏิบัติที่เหมาะสมทางจริยธรรม หากเป้าหมายหลัก คือ การลดความทุกข์ทรมาน ไม่ใช่เร่งให้เสียชีวิต (Durán-Crane et al., 2019; Ferrell & Paice, 2019) ทั้งนี้ คณะกรรมการจริยธรรมในบางประเทศยืนยันว่า ไม่มีหลักฐานชัดเจนถึงการใช้ยาเหล่านี้ เพื่อการดูแลแบบประคับประคองจะเร่งการเสียชีวิต แต่หากคำนึงถึงหลักการผลลัพธ์สองด้านจะช่วยให้สามารถจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเหมาะสม โดยเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Durán-Crane et al., 2019)

2. การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย (Experience of comfort) การจัดการความไม่สุขสบายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ อาจรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ เช่น ดนตรีเบา ๆ หรือกลิ่นหอมที่ช่วยผ่อนคลาย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 การป้องกัน ติดตาม และบรรเทาความไม่สุขสบายทางกาย การจัดการกับอาการที่สร้างความทุกข์ทรมาน การประเมินและติดตามอาการไม่สุขสบายสามารถใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ประเมินความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 9 อาการ โดยคะแนน 0 (ไม่มีอาการ) ถึง 10 (รุนแรงที่สุด) กรณีผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้อาจพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือที่เฉพาะกับอาการ บทความนี้ผู้เขียนขอกล่าวถึงอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย ได้แก่

2.1.1 หายใจลำบาก/การหายใจที่ผิดปกติ (Dyspnea/Respiratory distress) มักเป็นสาเหตุหลักที่นำผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อาการหายใจลำบากสามารถประเมินจากหลายมิติ เช่น ลักษณะการหายใจ เสียงหายใจ การแสดงออกทางสีหน้า การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ และในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจพบการหายใจของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Patient-ventilator desynchrony) หรือการหายใจแบบที่เครื่องช่วยหายใจเข้าใหม่ ในขณะที่การหายใจออกของครั้งก่อนยังไม่สมบูรณ์ (Breath stacking) (Ferrell & Paice, 2019; Nathan et al., 2021) การจัดการอาการหายใจลำบากผู้เขียนเน้นไปที่การใช้ยาเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้แก่ 1) ยาโอปิออยด์ (Opioids) เช่น Morphine เพื่อช่วยลดความรู้สึกหายใจไม่อึด 2) ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) เช่น Midazolam และ Lorazepam เพื่อลดความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย 3) ยากล่อมประสาท (Sedative drugs) เช่น Propofol และ Dexmedetomidine และ 4) ยาในกลุ่มอื่น เช่น ยาขยายหลอดลม คอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาต้านโคลิเนอร์จิก ยาขับปัสสาวะ และยาปฏิชีวนะ (Ferrell & Paice, 2019; Nathan et al., 2021; Ramsburg et al., 2024)

ปัจจุบัน การช่วยหายใจเพื่อการประคับประคอง (Palliative ventilation) มีความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต การช่วยหายใจเพื่อประคับประคองไม่ได้มุ่งรักษาโรคที่เป็นสาเหตุหลัก แต่เป็นการช่วยหายใจที่ช่วยลดอาการหายใจลำบากเพื่อช่วยค่าออกซิเจนปลายนิ้วให้อยู่ในระดับร้อยละ 90 (Ramsburg et al., 2024) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ (Do-Not-Intubate: DNI) ซึ่งอาจเลือกใช้เครื่องช่วยหายใจ



แบบไม่ใส่ท่อ (Noninvasive Ventilation: NIV) วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ลดอาการหายใจลำบาก ชะลอการเสียชีวิตในขณะที่ครอบครัวมาถึงเพื่อบอกกล่าว หรือให้เวลาแก่ผู้ป่วยเติมเต็มความปรารถนาที่หายไป สำหรับข้อห้ามในการใช้ NIV คือ ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บหรือความผิดปกติของใบหน้า หมดสติ ต้องการสื่อสารพูดคุย ไม่แนะนำให้ใช้ NIV และกรณีที่ NIV ไม่สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยได้ (Tripodoro et al., 2019) หรืออาจพิจารณาการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (High flow nasal cannula: HFNC) ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.1.2 ภาวะสับสน กระสับกระส่าย (Delirium/Agitation/Restlessness) เกี่ยวเนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ความเจ็บปวด การพร่องออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำ และยาอื่น ๆ เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสับสน ได้แก่ Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) หรือ Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) (Ramsburg et al., 2024) สำหรับจัดการด้วยวิธีการใช้ยากล่อมประสาท ได้แก่ Propofol, Dexmedetomidine ยากลุ่ม Antipsychotic drugs ได้แก่ Haloperidol ยากลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Lorazepam, Midazolam เป็นต้น และควรให้การดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายร่วมด้วย ได้แก่ การจัดการความปวดอย่างเพียงพอ การย้ายเตียงวันเวลาสถานที่และบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดเสียงรบกวน ส่งเสริมการนอนหลับ และให้ญาติอยู่เคียงข้าง (Ferrell & Paice, 2019; Nathan et al., 2021)

2.1.3 วิตกกังวล (Anxiety) ผู้ป่วยวิกฤตมักเผชิญกับความเจ็บป่วยขั้นรุนแรงและความไม่แน่นอนในการรักษา จึงต้องมีการประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินที่เหมาะสม ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวเลือกใช้แบบประเมิน Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) เมื่อพบว่า มีความวิตกกังวลมากควรมีการจัดการภาวะวิตกกังวลอย่างเหมาะสมอาจเลือกวิธีการดูแลโดยไม่ใช้ยา เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การยืนยันความรู้สึกของผู้ป่วย การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกหายใจ สร้างสภาพแวดล้อมที่สงบ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ จะช่วยลดความวิตกกังวล และการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยกับผู้นำทางศาสนา นักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ ส่วนการใช้ยาบรรเทาอาการวิตกกังวลที่แนะนำ คือ ยากลุ่ม Benzodiazepines เช่น Lorazepam และยากลุ่ม Antipsychotics เช่น Haloperidol (Ferrell & Paice, 2019; Ramsburg et al., 2024)

2.1.4 คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea/Vomiting) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ผลข้างเคียงของยา การเปลี่ยนแปลงในระบบย่อยอาหาร หรือการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ การประเมินทำได้โดยการสังเกตอาการ หรือใช้แบบประเมิน ESAS เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการ การใช้ยาเป็นวิธีการบรรเทาอาการคลื่นไส้-อาเจียนที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยระยะท้าย โดยการใช้ยาหลายกลุ่ม เช่น ยากลุ่ม 5-HT₃ serotonin-receptor antagonists Ondansetron ยากลุ่ม Benzodiazepines เช่น Lorazepam ยากลุ่ม Dopamine receptor antagonists เช่น Metoclopramide ยากลุ่ม Phenothiazines เช่น Promethazine และ Prochlorperazine และยากลุ่ม Corticosteroids เช่น Dexamethasone เป็นต้น (Ramsburg et al., 2024)

2.1.5 กระหายน้ำ (Thirst) พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย ปัจจัยกระตุ้นสำคัญ ได้แก่ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ยาขับปัสสาวะ การจำกัดอาหารและน้ำ และการใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินอาการกระหายน้ำเป็นประจำในผู้ป่วยที่สามารถรายงานตนเองได้ การตรวจสอบปาก และลิ้นเพื่อหาสัญญาณของความแห้งหรือรอยแตก สันนิษฐานว่าผู้ป่วยอาจมีอาการกระหายน้ำ และให้การดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ควรเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม เช่น การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเย็น สเปรย์น้ำ หรืออมน้ำแข็ง การเพิ่มความชุ่มชื้นด้วยลิปมัน การใช้น้ำลายเทียม และการเพิ่มอุณหภูมิของความชื้นในผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC (Flim et al., 2025)



นอกจากนี้ยังมีการอื่น ๆ ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย เช่น นอนไม่หลับ ท้องผูก การกลืนลำบาก เบื่ออาหาร และเสมหะปริมาณมาก ซึ่งควรได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ มีความหมายในช่วงเวลาสุดท้าย และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต (Kesecioglu et al., 2024; Pan et al., 2023; Ramsburg et al., 2024)

2.2 การจัดให้มีการพักผ่อน การผ่อนคลาย และการมีความสุขสบาย ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ ลดเสียงรบกวน และปิดการแจ้งเตือนที่ไม่จำเป็น พิจารณาถอดถอนอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นเพื่อลดความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ควรพิจารณายุติหัตถการที่ไม่จำเป็นเพื่อคงไว้ซึ่งการเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ซึ่งจะได้กล่าวถึงรายละเอียดในลำดับถัดไป

2.3 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และให้การดูแลความสุขสบายพื้นฐาน เช่น ทำความสะอาด ร่างกาย พลิกตะแคงตัว และดูแลหลังการขับถ่าย เพื่อลดความเสี่ยงแผลกดทับและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้

3. ประสบการณ์ของการให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Experience of dignity/ respect)
เคารพความต้องการและค่านิยมของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1 การให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแล กรณีที่ผู้ป่วยต้องเผชิญสถานการณ์วิกฤตและคาดว่าจะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิน 2 วัน การทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย โดยการประชุมครอบครัว (family meeting) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในกระบวนการตัดสินใจ การจัดประชุมครอบครัวตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่องเป็นระยะ ช่วยสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนระหว่างทีมดูแลและครอบครัว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงเจตนาได้ ควรมอบหมายให้ตัวแทนผู้ป่วย (surrogates) ตัดสินใจโดยยึดเป้าหมายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered goal of care) (Kesecioglu et al., 2024) การประชุมครอบครัว จำเป็นต้องค้นหาความสำคัญ เป้าหมายการดูแลและความชอบหรือความปรารถนาของผู้ป่วย (patient preference) การระบุบุคคลที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทน (proxy nomination) รวมถึงค้นหาการแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (advance decisions) และการจัดทำหนังสือแสดงเจตจำนงไม่ประสงค์รับบริการทางการแพทย์หรือหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (living will หรือ advance directives) (Tipkanjanaraykha et al., 2017)

นอกจากนี้ บัญญัติในมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กล่าวว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (National Health Commission Office, 2022) การยุติหรือการถอดถอนหัตถการหรือการรักษาเพื่อยื้อชีวิตที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (withholding and withdrawing life-sustaining treatment) เช่น การถอดถอนอุปกรณ์ช่วยชีวิต การหยุดการทำหัตถการบางอย่าง การติดตามด้วยอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ การหยุดยากลุ่มบีบหลอดเลือดหรือยากระตุ้นหัวใจ และยาปฏิชีวนะ ควรตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมดูแลและครอบครัว และจำเป็นต้องลงบันทึกอย่างชัดเจน (Chanvej et al., 2021) อย่างไรก็ตาม การปฏิเสธหรือถอนการใช้เครื่องช่วยหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการใช้สิทธิของบุคคลที่เลือกที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องมีการใช้เครื่องมือใด ๆ เพื่อยื้อชีวิต ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจากไปตามธรรมชาติซึ่งไม่ขัดต่อหลักศาสนาและกฎหมาย (Sriakkapokin, 2019) ซึ่งในปัจจุบัน ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและระบุความต้องการไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นการใช้สิทธิตามกฎหมาย



3.2 การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจ และเคารพ ผู้ป่วยต้องได้รับการปฏิบัติด้วยศักดิ์ศรี และความเคารพในทุกสถานการณ์ รักษาความเป็นส่วนตัว เคารพในความเชื่อ ค่านิยม หรือศาสนาของผู้ป่วย แสดงออกถึงความเข้าใจและยอมรับความเหมือนและความแตกต่างของแต่ละบุคคล การดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจใช้ทั้งภาษาและอวัจนภาษา เช่น การยิ้มทักทาย การสื่อสารด้วยความรักและห่วงใย การฟังอย่างตั้งใจ และการดูแลที่สุภาพ อ่อนโยน รวดเร็ว และใส่ใจในรายละเอียดช่วยให้ช่วงเวลาที่ทุกข์ทรมานให้กลายเป็นช่วงเวลาที่ยึดมั่นและมีคุณค่า การดูแลที่จริงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งในช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดของชีวิต

3.3 การให้ความสนใจต่อความต้องการ ความปรารถนาของผู้ป่วย งานวิจัยในต่างประเทศนำเทคนิคพรสามประการ (3 wishes) มาใช้ในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย โดยถามผู้ป่วยว่า “หากขอพรได้ 3 ข้อ อยากขออะไร” พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ขอพรแทนผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 51.60 รองลงมาร้อยละ 39 คือ ครอบครัวผู้ป่วย ส่วนคำขอจากตัวผู้ป่วยเองมีเพียงร้อยละ 6.90 เนื่องจากข้อจำกัดด้านสติสัมปชัญญะ คำขอเหล่านี้ถูกจัดเป็น 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) การทำให้สภาพแวดล้อมอบอุ่นเหมือนอยู่บ้าน 2) การให้เกียรติผู้อื่น 3) การสร้างสายสัมพันธ์ในครอบครัว 4) การจัดพิธีกรรมและประเพณี และ 5) การเป็นผู้ให้ แนวทางนี้ช่วยส่งเสริมการดูแลแบบให้เกียรติ (Dignity-conserving care) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าแม้ในช่วงสุดท้าย ครอบครัวผู้ป่วยลดความเครียดและความเศร้าโศกในระยะยาว ช่วยให้ช่วงเวลาสุดท้ายของผู้ป่วยเป็นที่จดจำในทางบวก ไม่ใช่เพียงการสูญเสีย นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ของทีมสุขภาพ และทำให้การทำงานมีความหมายยิ่งขึ้น (Cook et al., 2015)

4. การอยู่ในความสงบ/อยู่ในภาวะสุขสงบ (Being at peace) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและไม่หวาดกลัวต่อความตาย โดยการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณหรือศาสนา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

4.1 การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายมักเผชิญกับความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล การสนับสนุนทางอารมณ์สามารถทำได้ผ่านการฟังอย่างตั้งใจ การพูดคุยให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา และการจัดสภาพแวดล้อมที่สงบ รวมถึงการส่งเสริมกิจกรรมที่มีความหมาย และความหวังของผู้ป่วย และครอบครัว กิจกรรมตามความเชื่อและศาสนา การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว (Ruland & Moore, 1998)

4.2 การติดตามและให้ยาต้านความวิตกกังวลตามความต้องการของผู้ป่วย อาจเกิดจากความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นหลังความตาย ความกลัวการสูญเสียตัวตน ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดในระยะท้าย หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อคนที่รัก เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด และความไม่สงบ จึงต้องประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นระยะ (Yildirim et al., 2024) และติดตามการให้ยาต้านความวิตกกังวลเพื่อบรรเทาอาการอย่างมีประสิทธิภาพ (การจัดการความวิตกกังวลกล่าวในข้อ 2.1.3)

4.3 การสร้างความไว้วางใจ ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้รู้สึกมั่นคงและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ นอกจากบริการพยาบาลที่ดีแล้ว การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีส่วนสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ (Kesecioglu et al., 2024) การสนับสนุนด้านอารมณ์และการให้คำแนะนำช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจแนวทางการรักษาตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน ไปจนถึงอนาคต ข้อมูลที่ชัดเจนและตรงตามความต้องการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับมือกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น ลดความซับซ้อน และคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นได้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลระยะท้าย และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ถือเป็นแหล่งพลังทางสังคมที่ช่วยลดความกังวลและเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Wongkalasin et al., 2024)

4.4 การให้คำแนะนำในการปฏิบัติต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีความสำคัญของผู้ป่วย การช่วยเหลือให้เข้าใจและสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นครอบคลุมถึงการจัดการอาการต่าง ๆ การใช้ยา และการดูแลด้านจิตใจ การสื่อสารที่ชัดเจนและเป็นมิตรจะช่วยลดความวิตกกังวลและความสับสน เสริมความมั่นใจในการรับมือกับช่วงระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วย

4.5 การให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากต้องการ ด้วยการให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วย จัดการอาการ และการดูแลช่วงท้ายชีวิต สนับสนุนด้านเศรษฐกิจ พร้อมแนะนำแหล่งทรัพยากร เช่น สังคมสงเคราะห์หรือทีมสหสาขา เพื่อลดความเครียด และรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างมั่นใจ (Ruland & Moore, 1998)

5. การดูแลให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (Closeness to significant others/ persons who care) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูแลกับครอบครัวและคนที่รัก ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการกล่าวลาอย่างสงบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

5.1 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแล การสอบถามถึงบุคคล สิ่งของ หรือสัตว์เลี้ยงที่มีความหมายต่อผู้ป่วย ส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม และอนุญาตให้เยี่ยมผ่านวิดีโอคอลเมื่อมีข้อจำกัด (Kesecioglu et al., 2024)

5.2 การใส่ใจภาวะเศร้าโศก ความกังวล และคำถามของญาติ ระยะท้ายนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือสื่อสารได้ การสื่อสารจึงมุ่งไปที่ครอบครัวเป็นหลัก การสูญเสียเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเศร้าโศก โดยเฉพาะในครอบครัวที่ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะใส่ท่อช่วยหายใจหรือทำหัตถการที่รุกราน รวมถึงทีมดูแลขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษานั้นสามารถลดความเศร้าโศกได้ (Pattison et al., 2021) มีการศึกษาพบว่า การแสดงความเสียใจหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การโทรศัพท์หรือส่งจดหมาย ไม่ช่วยลดความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า (Showler et al., 2023) แต่การสนับสนุนตั้งแต่ออกการสูญเสียโดยให้ข้อมูล การสื่อสารที่จริงใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ พูดถึงแนวทางการดูแลที่เป็นไปได้แทนการให้ความหวังที่ไม่อาจเป็นจริง ช่วยลดภาวะเศร้าโศกได้ (Kesecioglu et al., 2024)

5.3 การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิด โดยออกแบบห้องพักให้เป็นส่วนตัว ช่วยลดเสียงรบกวน มีพื้นที่ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมดูแลพูดคุยให้คำปรึกษา สร้างบรรยากาศให้คล้ายบ้านอาจมีรูปหรือการ์ดข้อความติดบริเวณเตียงผู้ป่วย ลดบรรยากาศของโรงพยาบาล และลดการประเมินสิ่งที่ไม่จำเป็น (Sagha Zadeh et al., 2018)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

บทความนี้ ผู้เขียนประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบผ่านกรณีศึกษาบนพื้นฐานของกระบวนการพยาบาล และประเมินผลโดยใช้แบบประเมินการดูแลระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นโดย พัชรรัตน์ อันสีแก้ว และคณะ (Anseekaew et al., 2020) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นในระดับสูง มีจำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล คือ น้อยที่สุด 0-20% น้อย 20-40% ปานกลาง 40-60% มาก 60-80% มากที่สุด 80-100% ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ทำการรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมิน ก่อนเริ่มให้การดูแลตามทฤษฎี กับภายหลังสิ้นสุดการดูแลหรือภายหลังการเสียชีวิตเพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษา สติการรักษาระก้นสุภาพถ้วนหน้า

การวินิจฉัยโรค: ภาวะช็อกจากพิษเหตุติดเชื้อ (septic shock)

อาการสำคัญที่มารักษา: ถ่ายเป็นมูกเลือดสีแดงคล้ำปริมาณมาก 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล



ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการถ่ายเป็นลักษณะมูกเลือดดำปนเนื้อแดง ประมาณ 3-4 ครั้ง เต็มแผ่นรองซับ ไม่รู้สึกปวดท้อง ไม่มีลักษณะหยุดเลือดไหลตามมา ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีจุดเลือดออกตามร่างกาย มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร กินได้น้อยลงไม่มีไข้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายเป็นมูกเลือดสีแดงคล้ำปริมาณมาก มีอาการปวดท้องแบบบิดไปมา และหอบเหนื่อยจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัว: มีประวัติเป็นวัณโรคชนิดแพร่กระจาย (Disseminated Tuberculosis) รักษาด้วยยาต้านวัณโรคสูตร HRZE ระยะเวลา 6 เดือน และมีภาวะลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ (Mitral Stenosis) ระดับ Functional class II

การรักษาที่ได้รับก่อนย้ายรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ขณะรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสามัญผู้ป่วยมีภาวะเหนื่อยหอบมากขึ้น ระดับออกซิเจนปลายนิ้วต่ำ และภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบว่า มี Reticulonodular infiltration เพิ่มขึ้นทั่วปอด แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) และให้ Fentanyl 50 mcg/hr. เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับค่าความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะค่า Mean arterial pressure (MAP) ต่ำกว่า 65 mmHg. ปัสสาวะไม่ออก และมีภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) แพทย์วินิจฉัยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จึงให้สารน้ำ และยานอร์อิพิเนพรีน (Norepinephrine) เพื่อป้องกันการลดการกระตุ้นความดันโลหิต ร่วมกับใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central venous catheter) สายสวนหลอดเลือดแดง (Arterial line) เพื่อติดตามความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง สายยางให้อาหารทางจมูก (Nasogastric tube) และสายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) เพื่อติดตามปริมาณปัสสาวะ

ครั้งนี้ ผู้ป่วยย้ายมารักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต ทีมดูแลวางแผนฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (Continuous renal replacement therapy: CRRT) แต่ครอบครัวมุ่งเน้นรักษาเพียงใช้ยาอย่างเต็มที่ ปฏิเสธการทำหัตถการเนื่องจากต้องการทำตามเจตนาของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการทำหัตถการรุกราน แรกเริ่มเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตประเมินคะแนน Acute Physiologic Assessment and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) เท่ากับ 42 คะแนน หมายถึง มีโอกาสเสียชีวิตถึงร้อยละ 85 ทีมดูแลจึงเริ่มคุยแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง ทั้งนี้ครอบครัวมีความเห็นตรงกัน และเลือกการรักษาแบบประคับประคอง

1. การดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด (Not being in pain) ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องมือ BPS ประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางสีหน้าว่ามีความวิตกกังวลเล็กน้อยเท่ากับ 3 คะแนน มีการงอแขนบางส่วนเท่ากับ 2 คะแนน และไอและขยับแบบกระสับกระส่าย หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 2 คะแนน รวมเท่ากับ 7 คะแนน หมายถึงว่าผู้ป่วยเกิดความปวด โดยตำแหน่งที่ปวด คือ บริเวณทั่ว ๆ ข้องท้อง จึงได้รายงานแพทย์ปรับเพิ่มขนาดยา Fentanyl เป็น IV 75 mcg/hr. หากคะแนน BPS มากกว่า 5 คะแนน ให้ Fentanyl 25 mcg. IV prn q 4 hr. และมีการนัดสัมผัสเบา ๆ บริเวณมือและขาวันละ 10 นาที วันละ 3 ครั้ง ซึ่งการสัมผัสและนวดนั้น จะส่งสัญญาณผ่านเส้นประสาทขนาดใหญ่ (A-beta fibers) ไปยังไขสันหลัง ซึ่งจะยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณความปวดจากเส้นประสาทขนาดเล็ก (C-fibers และ A-delta fibers) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดน้อยลง (Groninger et al., 2023) กิจกรรมนี้ได้ส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

การประเมินผล ภายหลังได้รับยาแก้ปวดและประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง พบว่า ภายหลังได้รับยาผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย และมีการหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ BPS scale อยู่ในช่วง 3-4 คะแนน

2. การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย (Experience of comfort) เนื่องจากผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้การสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาการไม่สุขสบายประเมินได้จากการสังเกต คือ

2.1 อาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยรายนี้หายใจเร็วอัตรา 30-35 ครั้งต่อนาที และพารามิเตอร์เครื่องช่วยหายใจแบบ Double triggering เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีการให้ยา Fentanyl IV drip 75 mcg/hr. ซึ่งหวังผลทั้ง



ด้านการจัดการความปวดและลดอาการหอบเหนื่อย กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ การติดตามอาการหอบเหนื่อย จากลักษณะการหายใจที่ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ อาการหิวอากาศ (Air hunger) และพารามิเตอร์ของเครื่องช่วยหายใจ

2.2 อาเจียน ผู้ป่วยมีน้ำย่อยและเศษอาหารท้นออกทางปาก ดูแลต่อสายให้อาหารทางจมูกกับถุงเพื่อระบายของเหลวที่อยู่ในกระเพาะอาหาร งดน้ำอาหารทางปาก รวมถึงพิจารณาให้ยา Metoclopramide 5 mg. IV q 6 hr. ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยลดอาการอาเจียนและเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ รวมถึงจัดทำศีรษะสูง ป้องกันการสำลักน้ำย่อยลงสู่ทางเดินหายใจ และดูแลช่องปากให้มีความสะอาด

2.3 การดูแลพื้นฐาน เช่น พิจารณาดูดเสมหะเมื่อจำเป็น การพลิกตะแคงตัว การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และจัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงให้มีความสะอาด

การประเมินผลพบว่า อาการหอบเหนื่อยดีขึ้นหลังได้รับยา Fentanyl หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ระดับออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ช่วงร้อยละ 90-91 และไม่มีอาการอาเจียนภายหลังได้รับการดูแล

3. ประสบการณ์ของการให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Experience of dignity/respect) ประเด็นสำคัญหลักของการดูแลผู้ป่วยรายนี้ คือ

3.1 การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเคยพูดกับลูกไว้ว่า “ไม่อยากทรมาน ไม่อยากใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่ต้องกดหน้าอกปล่อยให้ไปแบบสบาย” เนื่องจากผู้ป่วยมีประสบการณ์ดูแลสามีที่เคयरรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และกลับไปเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ปัจจุบันผู้ป่วยมีสติและการรับรู้ลดลง การตัดสินใจหลักมาจากบุตร พยาบาลทำหน้าที่ประสานงานประชุมครอบครัวเพื่อพูดคุยแผนการรักษา ทีมดูแลมีการนำเสนออาการปัจจุบันและสิ่งที่ได้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแต่อาการไม่ตอบสนองและทรุดหนักขึ้น และมีอาการบางอย่างที่ไม่สามารถจัดการได้ (Refractory Symptoms) ร่วมกับสอบถามประเมินความต้องการและเป้าหมายการดูแลในผู้ป่วยรายนี้กับครอบครัว รวมถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

การประเมินผล ครอบครัวมีความเห็นเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองไม่ทำหัตถการที่รุกรานหรือการรักษาที่ไม่ได้ประโยชน์ เช่น การเจาะเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ และไม่ขอรับยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง รวมถึงยาขับหลอดเลือด แต่ยังคงการให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อบรรเทาอาการและจัดการอาการไม่สบายโดยเฉพาะอาการหอบเหนื่อย และอาการปวดแบบการให้ยากดประสาทเพื่อประคับประคอง

3.2 การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจ และเคารพ แม้ว่าผู้ป่วยรับรู้สติลดลง ก่อนทำหัตถการพยาบาลได้มีการแนะนำตัว แจ้งผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้ง ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล พูดคุยแสดงความห่วงใยสมาชิกในครอบครัว เช่น การสอบถามการเดินทางมาโรงพยาบาล การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร เป็นต้น

การประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจแผนการรักษา ให้ความร่วมมือการพยาบาล มีการสื่อสารย้อนกลับกับทีมดูแลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร มีสีหน้าสดชื่นมากขึ้น

3.3 การให้ความสนใจต่อความต้องการ ความปรารถนา ผู้ป่วยรายนี้พยาบาลใช้เทคนิคพรสามประการกับครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ก่อนป่วยผู้ป่วยเคยกล่าวไว้ ข้อที่หนึ่ง “หากเป็นอะไรไปก็ขออย่ายื้อฉันไว้เลย ให้ไปสบาย ๆ ไม่เอากลับบ้านแบบพิการเด็ดขาด” ข้อที่สอง “งานฉันไม่ต้องจัดนาน ขอเอากระดูกไว้ที่วัด” ข้อที่สาม “ก่อนตายถ้ายังทำได้ขอให้ได้ไหว้พระก่อนสักครั้ง”

การประเมินผล พยาบาลจัดการความปรารถนาของผู้ป่วยรายนี้ได้ 2 ข้อ คือ การดูแลตามความปรารถนาของผู้ป่วยในข้อที่หนึ่ง และความปรารถนาข้อที่สามพยาบาลได้อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ให้ครอบครัวนิมนต์พระสงฆ์รูปที่ผู้ป่วยนับถือมาสวดมนต์และทำสังฆทาน

4. การอยู่ในความสงบ/อยู่ในภาวะสุขสงบ (Being at peace) ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ

4.1 การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีสติลดน้อยลง พยาบาลได้จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ และย้ายผู้ป่วยเข้าห้องแยกเดี่ยว เพื่อให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดและลดการรบกวนจากเสียง นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เปิดเทปธรรมะไว้บริเวณเตียงเบา ๆ ข้างหัวผู้ป่วย ตามความต้องการของครอบครัวซึ่งเชื่อว่า หากเสียชีวิตเสียงธรรมะจะนำทางสู่สวรรค์

4.2 การติดตามและให้ยาต้านความวิตกกังวลเพื่อให้ผู้ป่วยสงบนั้นเป็นไปได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยมี ภาวะรู้สึกลดน้อยลง และมีอาการเหนื่อยหอบที่ควบคุมได้ยาก ทีมแพทย์พิจารณาการให้ยาระงับประสาทแบบลึก (Deep sedative palliative care) (Surges et al., 2024) ใช้ยา Midazolam IV drip 2 mg/hr. ควบคู่กับยา Fentanyl (หัวข้อ 1. การดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด) และตั้งเป้าหมายให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยโดยใช้ RASS อยู่ระหว่าง -3 ถึง -4

4.3 การสร้างความไว้วางใจ อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย เช่น แผนการรักษาและอาการของ ผู้ป่วยในปัจจุบัน รวมถึงอธิบายตัวเลขสัญญาณชีพบนจอมอนิเตอร์อย่างง่าย เพื่อช่วยให้ครอบครัวคาดการณ์ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้ข้อมูลผ่านโทรศัพท์ในช่วงที่ครอบครัวไม่สะดวกเยี่ยม

4.4 การให้คำแนะนำ และช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในด้านการจัดเตรียมเอกสารรับร่างผู้ป่วย ภายหลังเสียชีวิต และหน่วยงานหรือขั้นตอนภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย RASS เท่ากับ -4 ตามแผนการรักษา ได้อยู่ท่ามกลาง บรรยากาศที่สงบ ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจ นำข้อมูลที่ได้จากพยาบาลวิเคราะห์คาดการณ์สถานการณ์ดำเนินโรค และสามารถเตรียมความพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

5. การมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (Closeness to significant others/ persons who care) หลังการประชุมครอบครัว ครอบครัวสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาการเสียชีวิต และประสงค์ อยู่กับผู้ป่วยจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ประการ ดังนี้

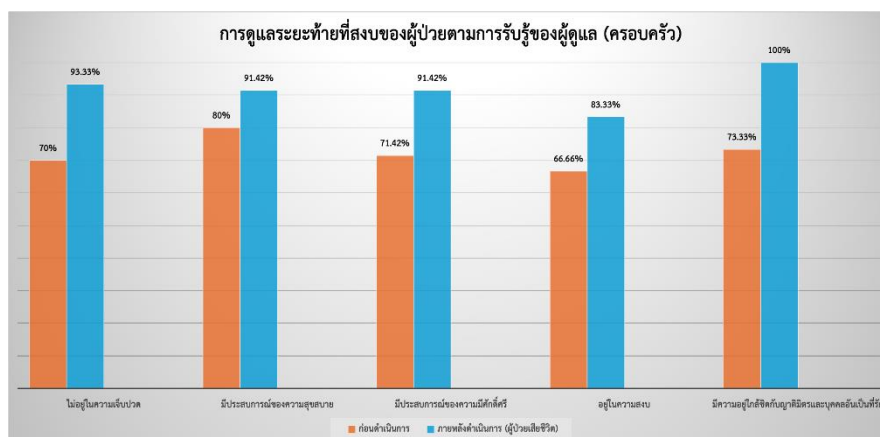
5.1 ยืดหยุ่นเวลาและจำนวนสมาชิกครอบครัวที่เข้าเยี่ยม เพื่อให้ครอบครัวมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลเพิ่มเติม

5.2 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เช่น การเช็ดตัว พลิกตะแคงตัว หรือจัดทำเพื่อ ช่วยให้การครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ รู้สึกมีคุณค่า และเข้าใจบทบาทของพยาบาลมากขึ้น

5.3 เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้กล่าวอำลา พยาบาลสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีการกล่าวอำลาก่อนจะ มีการเสียชีวิต แสดงความเสียใจ ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ และภายหลังการเสียชีวิตเปิดโอกาสให้แสดง ความอาลัย พร้อมให้ทีมดูแลร่วมแสดงความเสียใจและขอขมาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

การประเมินผล ครอบครัวเฝ้าดูผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา และขอบคุณพยาบาลที่เปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมและ มีส่วนร่วมในการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต

หลังจากได้รับการดูแลตามแนวทางระยะท้ายที่สงบเป็นเวลา 3 วัน ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ท่ามกลาง ครอบครัวและบุคคลที่รัก ภายหลังผู้เขียนได้ประเมินคุณภาพการดูแลระยะท้ายของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ดูแล โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงคะแนนการดูแลระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล

บทสรุป

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบเหมาะสมต่อบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่เข้าใจง่าย มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทฤษฎีนี้ไม่เพียงช่วยลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเน้นการดูแลแบบมนุษยธรรมลดการรักษาที่ไม่จำเป็น และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การดูแลตามแนวทางของทฤษฎีนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารเกี่ยวกับการยุติการรักษา พยาธิ การใช้ยาบรรเทาอาการ และการสนับสนุนครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวล ท้ายที่สุด การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้จึงเป็นแนวทางที่ช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการของทฤษฎีแก่บุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะพยาบาลและทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและความพร้อมในการปฏิบัติ
2. ควรพัฒนาโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ทฤษฎีนี้เป็นกรอบหลัก ซึ่งสามารถใช้ร่วมกันได้ในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลมีมาตรฐานเดียวกันและเกิดความต่อเนื่อง
3. กรณีนำทฤษฎีไปใช้ควรกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการใช้ทฤษฎีในทางปฏิบัติ เช่น ระดับความพึงพอใจของครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้าย หรืออัตราการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น
4. ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลลัพธ์และพัฒนาารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละหน่วยบริการ

References

- Anseekaew, P., Matchim, Y., & Ratanabunjerdkul, H. (2020). The effects of an end-of-life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(2), 315-323. (in Thai)
- Chanvej, L., Chanthong, P., Nagaviroj, K., & Thisayakorn, P. (2021). *Textbook of palliative care (No.1-2)*. Thai Palliative Care Society. (in Thai)



- Cook, D., Swinton, M., Toledo, F., Clarke, F., Rose, T., Hand-Breckenridge, T., Boyle, A., Woods, A., Zytaruk, N., Heels-Ansdell, D., & Sheppard, R. (2015). Personalizing death in the intensive care unit: The 3 Wishes Project: A mixed-methods study. *Annals of Internal Medicine*, 163(4), 271-279. <https://doi.org/10.7326/M15-0502>
- Divatia, J. V. (2020). End-of-life care in the intensive care unit: Better late than never? *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(6), 375-377. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23496>
- Durán-Crane, A., Laserna, A., López-Olivo, M. A., Cuenca, J. A., Díaz, D. P., Cardenas, Y. R., Urso, C., O'Connell, K., Azimpoor, K., Fowler, C., Price, K. J., Sprung, C. L., & Nates, J. L. (2019). Clinical practice guidelines and consensus statements about pain management in critically ill end-of-life patients: A systematic review. *Critical Care Medicine*, 47(11), 1619-1626. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003975>
- Effendy, C., Yodang, Y., Amalia, S., & Rochmawati, E. (2022). Barriers and facilitators in the provision of palliative care in adult intensive care units: A scoping review. *Acute and Critical Care*, 37(4), 516-526. <https://doi.org/10.4266/acc.2022.00745>
- Ferrell, B. R., & Paice, J. A. (2019). *Oxford textbook of palliative nursing* (5th ed.). Oxford University Press.
- Flim, M., Rustøen, T., Blackwood, B., & Spronk, P. E. (2025). Thirst in adult patients in the intensive care unit: A scoping review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 86, 103787. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103787>
- Green, L., Capstick, A., & Oyeboode, J. (2023). Iatrogenic suffering at the end of life: An ethnographic study. *Palliative Medicine*, 37(7), 984-992. <https://doi.org/10.1177/02692163231170656>
- Groninger, H., Nemati, D., Cates, C., Jordan, K., Kelemen, A., Shipp, G., & Munk, N. (2023). Massage therapy for hospitalized patients receiving palliative care: A randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(5), 428-441. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.011>
- Kesecioglu, J., Rusinova, K., Alampi, D., Arabi, Y. M., Benbenishty, J., Benoit, D., Boulanger, C., Cecconi, M., Cox, C., van Dam, M., van Dijk, D., Downar, J., Efstathiou, N., Endacott, R., Galazzi, A., van Gelder, F., Gerritsen, R. T., Girbes, A., Hawyrluck, L., ... Azoulay, E. (2024). European society of intensive care medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 50(11), 1740-1766. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>
- Kongsuwan, W. (2016). *Nursing for critically ill patients at the end stage of life with technology* (2nd ed.). Hanmuang Press. (in Thai)
- Maeroh, N., Kongsuwan, W., & Yodchai, K. (2017). Barriers in providing palliative care in intensive care units: Nurses' experiences. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(3), 74-82.
- Maluangnon, C., Kanogpotjananont, P., & Tongyoo, S. (2023). Comparing outcomes of critically ill patients in intensive care units and general wards: A comprehensive analysis. *International Journal of General Medicine*, 16, 3779-3787. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S422791>



- Nathan, I. C., Marie, T. F., Stein, K., Russell, K. P., & David, C. C. (2021). *Oxford textbook of palliative medicine* (6th ed.). Oxford University Press.
- National Health Commission Office. (2022). *Thai standards for advance care planning*. Pimsiripattana. (in Thai)
- Onanong, W., Matchim, Y., Chatrkaw, P., & M. Armer, J. (2020). The effects of a peaceful end-of-life-care program on peaceful death as perceived by end-stage cancer patients receiving chemotherapy. *Science & Technology Asia*, 25(3), 131–140. <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/SciTechAsia/article/view/220261>
- Pan, H., Shi, W., Zhou, Q., Chen, G., & Pan, P. (2023). Palliative care in the intensive care unit: Not just end-of-life care. *Intensive Care Research*, 3(1), 77-82. <https://doi.org/10.1007/s44231-022-00009-0>
- Pattison, N. A., White, C., & Lone, N. I. (2021). Bereavement in critical care: A narrative review and practice exploration of current provision of support services and future challenges. *Journal of the Intensive Care Society*, 22(4), 349-356. <https://doi.org/10.1177/1751143720928898>
- Ramsburg, H., Fischer, A. G., Greenle, M. M., & Fehnel, C. R. (2024). Care of the patient nearing the end of life in the neurointensive care unit. *Neurocritical Care*, 41(1), 749-759. <https://doi.org/10.1007/s12028-024-02064-5>
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175. [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0)
- Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J., Kennedy, L., Hon, E., & Basara, A. (2018). Environmental design for end-of-life care: An integrative review on improving the quality of life and managing symptoms for patients in institutional settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), 1018-1034. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.011>
- Seo, Y., Lee, H. J., Ha, E. J., & Ha, T. S. (2022). 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. *Acute and Critical Care*, 37(1), 1-25. <https://doi.org/10.4266/acc.2022.00094>
- Showler, L., Rait, L., Chan, M., Tondello, M., George, A., Tascone, B., Presneill, J. J., MacIsaac, C. M., Abdelhamid, Y. A., & Deane, A. M. (2023). Communication with bereaved family members after death in the ICU: The cathartic randomised clinical trial. *Critical Care and Resuscitation*, 24(2), 116-127. <https://doi.org/10.51893/2022.2.OA2>
- Sriakapokin, P. (2019). *Summary of the academic seminar: "Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment"*. National Health Commission Office. Pimsiripattana. <https://peacefuldeath.co/wp-content/uploads/2019/03/seminer.pdf> (in Thai)



- Surges, S. M., Brunsch, H., Jaspers, B., Apostolidis, K., Cardone, A., Centeno, C., Cherny, N., Csikós, Á., Fainsinger, R., Garralda, E., Ling, J., Menten, J., Mercadante, S., Mosoiu, D., Payne, S., Preston, N., Van den Block, L., Hasselaar, J., & Radbruch, L. (2024). Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliative Medicine*, 38(2), 213-228. <https://doi.org/10.1177/02692163231220225>
- Tipkanjanaraykha, K., Saleekul, S., Apisitwasana, N., & Thiammok, M. (2017). Advance care planning for peaceful death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 138-145. (in Thai)
- Tripodoro, V. A., Rabec, C. A., & De Vito, E. L. (2019). Withdrawing noninvasive ventilation at end-of-life care: Is there a right time? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 13(4), 344-350. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000471>
- Wongkalasin, K., Matchim, Y., Kanhasing, R., & Kanan, P. (2024). Effects of end-of-life care program on illness uncertainty and distressing symptoms in patients with lung cancer. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 16(1), 59-78. (in Thai)
- Yildirim, D., Akman, O., Ozturk, S., & Yakin, O. (2024). The correlation between death anxiety, loneliness and hope levels in patients treated in the cardiac intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 29(3), 486-492. <https://doi.org/10.1111/nicc.13007>