

## บทบาทพยาบาลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษา ในระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต : กรณีศึกษา

กนกพร จิวประสาท พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)\*

### บทคัดย่อ

การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต (ไอ ซี ยู) มีความสำคัญเพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและเหมาะสม โดยการเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลจากการรักษาเพื่อการฟื้นหายเป็นการดูแลแบบประคับประคอง แม้ว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ดี แต่ในความเป็นจริง ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอาจไม่มีความพร้อมในการตัดสินใจด้วยตนเองเนื่องจากปัญหาเรื่องการสื่อสารที่ถูกจำกัด ครอบครัวและญาติจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างแพทย์หรือพยาบาลกับครอบครัวและญาติและการสื่อสารในรูปแบบของการประชุมครอบครัวสามารถช่วยครอบครัวและญาติให้ได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจ แพทย์มีบทบาทที่ชัดเจนในสนับสนุนการตัดสินใจระยะสุดท้ายโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการรักษา พยาบาลมีบทบาทเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผู้อำนวยการความสะดวกให้กับครอบครัวและญาติ เป็นตัวแทนปกป้องสิทธิผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และเป็นพี่ปรึกษาที่ดีแก่ครอบครัวและญาติ ทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาระยะสุดท้ายที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** การตัดสินใจระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยวิกฤต, การประชุมครอบครัว, บทบาทพยาบาล

---

\* อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

## **Nursing roles and support in end-of-life decision making for critically ill patients : a case study**

***Kanokporn Jiewprasat M.N.S. (Adult Nursing)\****

### **Abstract**

In the intensive care unit, providing treatment options for patients whose conditions have reached the end of life phase is essential as it turns the treatment goal from curative care to palliative care. Although supporting the patients' treatment decisions seems worthwhile in terms of enhancing patient dignity, the fact appears to be that patients are unable to select preferred options by themselves due to limitations of communication. Consequently, surrogate decisions are always made by family members. Effective communication between healthcare providers and family members in terms of family conferences will help families to make informed decisions with adequate information on treatment options for end-stage patients. In order to respond based on patients' needs, physicians have a clear role in definite decision-making by providing information about the disease and treatment progress. Nurses play a vital role in information exchanging, facilitators and patient advocating for good quality outcomes. In addition, nurses also act as good consultants to promote family to have appropriate decision making and responding to patients' needs of end of life care.

**Keywords :** end of life decision-making, critically ill patients, family conference, nursing role

---

\* Instructor, Adult and Geriatric Nursing Department, The Thai Red Cross College of Nursing

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรักษาดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) เป็นการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการ การดำเนินของโรค และการตอบสนองต่อการรักษา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะและต้องใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า<sup>1</sup> มีเป้าหมายเพื่อการรักษาชีวิตและภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 20 เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>2</sup> เนื่องจากภาวะของโรคและความผิดปกติที่รุนแรงยากที่จะดูแลรักษาให้อาการดีขึ้นได้ จากสิ่งแวดล้อมในการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เน้นการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสงบได้น้อย<sup>1</sup> ดังนั้นการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยโดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ทีมผู้ดูแลได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมตามความต้องการ<sup>1</sup> ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ยอมรับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างสงบ บทความนี้นำเสนอบทบาทของพยาบาลในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายในการสนับสนุนครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ด้วยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต และนำเสนอกรณีศึกษาเพื่อเป็นตัวอย่างการดูแลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาลต่อไป

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 72 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้วยปัญหาการติดเชื้อในกระแสโลหิตและไตวายเฉียบพลัน

6 เดือนก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แพทย์คุยกับ

ญาติว่ามะเร็งลุกลามไปที่ตับแล้ว การรักษาทำได้เพียงบรรเทาอาการไม่สามารถทำให้หายจากโรคได้ ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยการฉายรังสี 10 ครั้งแล้วจึงผ่าตัด โดยไม่รู้ว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็ง รับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคเนื่องจากในลำไส้ การฉายรังสีและการผ่าตัดจะช่วยรักษาให้เนื้องอกหายขาดได้ ไม่มีการเตรียมตัวหรือบอกความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของตนเองกับญาติทั้งในรูปแบบของการบอกเล่าและการเขียนหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต

แรกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตวันแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยได้ประโยคสั้นๆ ต่อมามีอาการเหนื่อยหอบ มีค่า Oxygen saturation 90% มีไข้สูง 39 องศาเซลเซียส หายใจเร็ว 36 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำ 60/40 มม.ปรอท ร่วมกับมีอาการปัสสาวะออกน้อย แพทย์คุยกับภรรยาและบุตรชาย 3 คนของผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ภายหลังจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัว สายหน้าไปมา พยายามดึงท่อช่วยหายใจออกจากพยาบาลขออนุญาตผูกมือผู้ป่วยไว้กับเตียง ภายหลังจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยยังคงมีความดันโลหิตต่ำและไม่คงที่ ต้องให้ยาเพิ่มความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องจนความดันโลหิตเริ่มคงที่ มีปัญหาปัสสาวะไม่ออก ต้องทำการล้างไตอย่างต่อเนื่อง

ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตวันที่ 2 ถึงวันที่ 4 ภรรยา และบุตรชายทั้ง 3 คนของผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลมาก ผลัดกันมาเฝ้าอยู่ข้างเตียงตลอดเวลาที่อนุญาตให้เยี่ยมผู้ป่วยได้ ภรรยาของผู้ป่วยคอยเฝ้ามองว่าพยาบาลทำอะไรให้กับผู้ป่วยและมักถามคำถามพยาบาลว่าเมื่อไหร่ผู้ป่วยจะดีขึ้น การตัดสินใจให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในกับผู้ป่วยหรือไม่

ต่อมาในวันที่ 5 ของการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง มีระดับการรู้สติลดลง

ซึมหลับ ปลุกตื่น เหนื่อยมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ และไม่คงที่ ต้องเพิ่มระดับยาเพิ่มความดันโลหิต บัสสวาระไม่ออก ยังทำการล้างไตอย่างต่อเนื่อง ภรรยาและบุตรชายคนเล็กของผู้ป่วยบอกพยาบาลว่าไม่อยากทำอะไรให้ผู้ป่วยเจ็บอีกแล้ว เนื่องจากเห็นผู้ป่วยต่อต้านและพยายามดิ้นท้อช่วยหายใจออก คิดว่าผู้ป่วยทรมาณ อยากให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ แต่ลูกชายคนโตและคนรองอยากให้การรักษาต่อให้ถึงที่สุด เพราะพ่อเพิ่งมีอาการหนักในระยะเวลาไม่นาน การทุ่มเทรักษาอย่างเต็มที่อาจจะมีส่วนช่วยให้พ่อหายจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ได้

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ปรีक्षाและมีความเห็นว่าควรจัดประชุมครอบครัว (Family Conference) จึงนัดภรรยาและบุตรชายทั้ง 3 คนของผู้ป่วย ในการประชุมครอบครัว แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน พยาบาลเป็นผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังข้อมูลความต้องการของญาติ ญาติรับรู้ผู้ป่วยอาการหนักและมีความเสี่ยงในการเสียชีวิต บุตรชายคนโตของผู้ป่วยรู้สึกผิดที่ไม่ได้บอกพ่อตั้งแต่แรกว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไม่ได้ให้โอกาสพ่อในการตัดสินใจทำผ่าตัดด้วยตนเอง ในขณะนี้พ่ออาการหนักทำให้ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ แพทย์จึงให้ครอบครัวช่วยกันคิดถึงความต้องการในขณะที่เจ็บป่วยและความต้องการเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ภรรยาของผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยเคยพูดว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่ถ้าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วย ได้ข้อสรุปดังนี้<sup>3</sup>

1. เน้นการดูแลเพื่อความสบายโดยการให้ยาหรือการรักษาพยาบาลตามอาการ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยจะให้ยานอนหลับ

2. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3. ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่าง

สงบ ไม่เพิ่มระดับยาเพิ่มความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำและยุติการล้างไตอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจะไม่ทำการช่วยฟื้นชีวิต

4. ให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวและได้ทำตามความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อทางศาสนา

พยาบาลรับทราบและวางแผนการพยาบาลตามข้อสรุป โดยให้การดูแลเพื่อเน้นความสบายและดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ในเช้าวันรุ่งขึ้นได้นิมนต์พระมาเพื่อให้ผู้ป่วยใส่บาตร และผู้ป่วยได้ยกมือขึ้นพนมเพื่อรับพรจากพระ จัดสถานที่ในหอผู้ป่วยวิกฤตให้เป็นสัดส่วนโดยการกั้นม่าน อนุญาตให้ครอบครัวและญาติเยี่ยมผู้ป่วยนอกเวลาที่อนุญาตให้เข้าเยี่ยม และสามารถเฝ้าผู้ป่วยอยู่ข้างเตียง ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบในวันถัดมาโดยมีภรรยาและบุตรชายทั้ง 3 คนเฝ้าอยู่ข้างเตียง

#### การประชุมครอบครัว (Family Conference)

การสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยการประชุมครอบครัว เพื่อเตรียมการวางแผนการรักษาในระยะสุดท้าย (advance care plan) คือ การวางแผนเตรียมการล่วงหน้าเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดเป้าหมายที่ชัดเจน ประโยชน์สูงสุดและเป็นไปตามความปรารถนาของผู้ป่วยมากที่สุด<sup>4</sup> โดยเน้นที่กระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น คนในครอบครัว และผู้ดูแลรักษา คือบุคลากรสุขภาพ ผลลัพธ์ที่ควรติดตาม คือ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามที่แสดงเจตนาไว้หรือไม่<sup>5</sup>

การวางแผนการรักษาในระยะสุดท้าย (advance care plan) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วนคือ<sup>5</sup>

1. Patient preference สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและให้ความสำคัญ เป้าหมายการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของตนเอง ซึ่งจะรู้ได้ ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยรับรู้

แล้วว่า ตนเองเป็นโรคอะไร ถึงขั้นไหนแล้วและการรักษาได้ผลเป็นอย่างไร<sup>5</sup>

2. Advance decisions หรือ advance directive คือการแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะไปจนไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ด้วยตนเองแล้ว<sup>5</sup>

3. Proxy nomination การเลือกบุคคลใกล้ชิดแสดงเจตนาแทน ภายหลังจากที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง<sup>5</sup>

จากการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับองค์ประกอบเรื่อง Patient preference สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการก่อนที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยรับรู้ตัวตนเองป่วยเป็นอะไร และถึงขั้นไหนแล้ว ทำให้ไม่ได้แสดงเจตจำนงด้านการรักษาในระยะสุดท้ายทั้งในรูปแบบของการบอกกล่าวและลายลักษณ์อักษร ทำให้ญาติไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมทั้งไม่ได้มีการเลือกบุคคลใกล้ชิดให้แสดงเจตนาแทน อาจเกิดจากอุปสรรคในการเริ่มต้นให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์และครอบครัวของผู้ป่วยกลัวว่าจะเป็นการทำลายความหวังหากมีการพูดคุยเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการดำเนินโรค กลัวผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการได้รับข่าวร้าย<sup>1,6</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 32<sup>7</sup> และผู้ป่วยมีไตวายเรื้อรังเพียงร้อยละ 10<sup>8</sup> เคยวางแผนเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายกับแพทย์ ผู้ป่วยเหล่านี้มีเป้าหมายที่จะมีชีวิตอยู่มากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับความตาย บางครั้งผู้ป่วยมีความต้องการวางแผนการรักษาในระยะสุดท้ายกับแพทย์แต่ไม่ทราบว่าคุยกับแพทย์คนไหน รวมถึงไม่ทราบวิธีการรักษาที่ควรปฏิบัติในขณะที่ตนเองป่วยหนัก<sup>7</sup> การศึกษาที่ประเทศแคนาดาพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 11.3 มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการช่วยฟื้นคืนชีพภายหลังหัวใจหยุดเต้น<sup>9</sup>

การศึกษาดังกล่าวอาจสอดคล้องกับกรณี

ศึกษาที่ไม่ได้มีการวางแผนการรักษาในระยะสุดท้าย ก่อนที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่เจ็บป่วยรุนแรงทางร่างกาย มีความสามารถในการสื่อสารและการตัดสินใจลดลง เนื่องจากมีไข้สูง 39°C เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำ 60/40 มม.ปรอท แพทย์พิจารณาแล้วว่าถ้าต้องการการรักษาต่อเนื่องควรใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย ในขณะนั้นมีภรรยาและบุตรชาย 3 คนซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย การช่วยญาติให้มีการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเป็นบทบาทสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการสื่อสารและการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ญาติเป็นแหล่งข้อมูลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบว่าคุณผู้ป่วยมีความต้องการอย่างไร ญาติส่วนหนึ่งมีความต้องการความเห็นจากทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับเรื่องการยุติการรักษาในระยะสุดท้าย<sup>10</sup> หากครอบครัวและญาติมีข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอจะทำให้การตัดสินใจนั้นมีโอกาสผิดพลาดน้อย<sup>11</sup> การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูล ได้รับการยอมรับ และการตอบสนองความต้องการมีความพึงพอใจในการดูแลมากกว่าญาติของผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>12</sup> ดังนั้นการสื่อสารของครอบครัวและญาติกับทีมสหสาขาวิชาชีพจึงทำให้เกิดความพึงพอใจและเกิดความผิดพลาดในการตัดสินใจน้อยที่สุด

การสื่อสารในรูปแบบของการประชุมครอบครัว (Family Conference) เป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายสำคัญเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและระยะของโรค รวมไปถึงการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยในอนาคต รวมทั้งประเมินความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>11</sup> เป็นวิธีที่ช่วยให้เกิดการสื่อสาร รับฟังข้อมูลระหว่างกัน ชักถามข้อสงสัย และวางแผนการรักษาระหว่างสมาชิก

ในครอบครัวของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบของการประชุม<sup>13</sup> เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่การวางแผนหรือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยมีครอบครัวของผู้ป่วยเป็นหลักในการตัดสินใจโดยใช้รูปแบบของการประชุมปรึกษาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง<sup>1</sup> ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย ก่อนการประชุม ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการพูดคุยกันเพื่อให้ข้อมูลมีความชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน<sup>4</sup> เนื้อหาการประชุมได้แก่ อาการของผู้ป่วย แนวทางการรักษาและผลที่อาจเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและความตาย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยจัดประชุมในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว นั่งล้อมวงและใช้เวลาในการพูดคุยกัน โดยมีกลยุทธ์ที่นำไปสู่ความสำเร็จคือ<sup>13</sup>

1. การเริ่มทำการประชุมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา<sup>2</sup> โดยเริ่มทำภายใน 72 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือเมื่ออาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง<sup>13</sup> แต่ไม่ควรรอจนภาวะฉุกเฉินที่อาการผู้ป่วยทรุดลงจนทำให้ต้องตัดสินใจในเวลาที่ยึดมั่น<sup>2</sup> การตัดสินใจของครอบครัวที่ได้จากการประชุมครอบครัวสามารถเปลี่ยนแปลงและสามารถจัดการประชุมซ้ำได้ ถ้าสถานการณ์ของผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนแปลงไป<sup>14</sup>

2. ทีมผู้ดูแลที่เข้าร่วมประชุมได้แก่ แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ หรือล่ามที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ควรมีการเตรียมพร้อมก่อนการประชุมให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยไปในทางเดียวกัน<sup>13</sup>

3. จัดประชุมในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว กระตุ้นให้ทุกคนได้มีโอกาสพูด ลักษณะการนั่งประชุม

ควรเป็นวงกลม แนะนำผู้เข้าร่วมประชุมในเรื่องของบทบาทที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย<sup>13</sup>

4. อธิบายประเด็นสำคัญของการประชุมได้แก่ ชี้แจงเป้าหมายของการประชุม การตัดสินใจของญาติและสรุปการตัดสินใจร่วมกัน<sup>14</sup>

5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดำเนินโรค แลกเปลี่ยนกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในมุมมองของญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความตาย และการรักษาที่เคยได้รับ<sup>2</sup> ข้อมูลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา ความต้องการและไม่ต้องการที่แตกต่างกัน สิ่งที่ยากให้โรงพยาบาลอำนวยความสะดวกให้<sup>14</sup>

6. เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัยและแสดงความคิดเห็น<sup>13</sup>

7. ประชุมปรึกษาเพื่อวางเป้าหมายในการรักษาโดยพิจารณาพร้อมกับความต้องการของผู้ป่วยทางเลือกในการรักษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ อธิบายเหตุผลในกรณีที่ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่หวัง<sup>13</sup>

8. สนับสนุนและให้ความมั่นใจกับการตัดสินใจของญาติ ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยให้ความสำคัญกับความสบายและการจัดการกับอาการของผู้ป่วย<sup>2</sup>

**บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต**

ปัญหาที่พบได้บ่อยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตได้แก่ ความวิตกกังวลของครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วย และความคิดเห็นในครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในระยะสุดท้ายไม่ตรงกัน จากกรณีศึกษาพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการ

สนับสนุนผู้ป่วย และ/หรือครอบครัวในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต สามารถเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาด้านการตัดสินใจได้ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ครอบครัวมีความวิตกกังวลกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้กับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย<sup>3</sup>

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ภรรยาถามว่า “เมื่อไหร่ผู้ป่วยจะดีขึ้น การตัดสินใจให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ดีที่สุดกับผู้ป่วยหรือไม่” “ผู้ป่วยเคยพูดว่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ถ้าช่วยเหลือตนเองไม่ได้”

O: ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีอาการเหนื่อย หอบ หายใจเร็ว ทำให้มีความยากลำบากในการสื่อสาร

O: ผู้ป่วยกระสับกระส่าย สายหน้าไปมา พยายามดึงท่อช่วยหายใจออก

O: ภรรยา และบุตรชาย 3 คน มีสีหน้าเครียดและวิตกกังวล ผลัดกันมาเฝ้าอยู่ข้างเตียงตลอดเวลาที่อนุญาตให้เยี่ยมผู้ป่วยได้

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ครอบครัวคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาให้กับผู้ป่วย

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเลือกการวางแผนการรักษาในระยะสุดท้ายได้

ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ตามความปรารถนาในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>3</sup>

2. อธิบายเหตุผลของพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ญาติได้รับทราบเพื่อช่วยให้ญาติเข้าใจและคลายความวิตกกังวล<sup>3</sup>

3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความ

เข้าใจว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาของทุกคนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ปัญหา หลีกเลี่ยงการตำหนิหรือการทำให้คนใดคนหนึ่งรู้สึกผิด<sup>3</sup>

4. สนับสนุนและให้ความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของญาติว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้น<sup>3</sup>

5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว<sup>3</sup> นำไปสู่การบอกเล่าความต้องการทางจิตสังคม จิตวิญญาณ ความปรารถนาในระยะสุดท้าย<sup>15,16</sup> เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย<sup>3</sup>

6. เป็นแหล่งสนับสนุนข้อมูลทางการแพทย์ให้กับครอบครัวและญาติผู้ป่วย<sup>3</sup> โดยการตอบคำถามและอธิบายเข้าใจในสิ่งที่ญาติและครอบครัวสงสัย ช่วยในการทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ และแปลความหมายคำศัพท์เทคนิคเฉพาะทางการแพทย์บางคำที่ยังไม่เข้าใจชัดเจน<sup>15</sup> เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การยุติการรักษา เป็นต้น

7. พิจารณาเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับเวลาและสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น ช่วยลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นจากการดูแลที่อาจไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย<sup>17</sup> เช่น การให้ความสำคัญกับการดูแลทางด้านจิตใจของญาติ การเลื่อนเวลาการพลิกตัวในขณะที่ยาตีเฝ้าอยู่ข้างเตียง การเลื่อนเช็ดตัวออกไปในขณะที่ยาตีเฝ้าอยู่ข้างเตียง การทำหัตถการเท่าที่จำเป็น จะช่วยให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นความทรงจำที่ดีของญาติและครอบครัวที่เกิดขึ้นในวาระสุดท้ายของบุคคลอันเป็นที่รัก<sup>17</sup>

8. ส่งเสริมให้ญาติได้อยู่กับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมเพื่อให้ญาติสามารถอยู่กับผู้ป่วยได้นานขึ้น<sup>17</sup> ดูแลความสบาย เช่น จัดหาเก้าอี้ให้ญาตินั่งข้างเตียงของผู้ป่วย จัดสถานที่

ให้เป็นสัดส่วน และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยการช่วยทำกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยาก<sup>18</sup>

9. ให้การดูแลแบบองค์รวม อำนาจความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติทำตามความเชื่อทางศาสนาและความศรัทธา เช่น การนิมนต์พระมาบรรพชาหรือทำพิธีกรรมข้างเตียง อนุญาตให้สามารถทำในสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาได้ถ้าไม่ขัดต่อแนวทางการรักษา<sup>4,17</sup>

10. ช่วยให้ครอบครัวและญาติยอมรับการตายของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น โดยการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงในปัจจุบันเป็นระยะๆ เช่น สภาวะของผู้ป่วย สัญญาณชีพ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ญาติเข้าใจการดำเนินโรคของผู้ป่วยและยอมรับการตายได้มากขึ้น นำไปสู่การเตรียมพร้อมของครอบครัวและญาติเพื่อเผชิญกับความตายของผู้ป่วย<sup>15</sup>

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเลือกการวางแผนการรักษาในระยะสุดท้ายได้โดยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อความสุขสบาย ไม่เพิ่มระดับยาเพิ่มความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำและยุติการล้างไตอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยจะให้ยานอนหลับ ถ้าหัวใจหยุดเต้นจะไม่ทำการช่วยฟื้นชีวิต

2. ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ตามความปรารถนาในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีภรรยา และบุตรชายทั้ง 3 คนอยู่เคียงข้างตลอดระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในระยะสุดท้ายให้กับผู้ป่วย<sup>3</sup>

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ภรรยาและบุตรชายคนเล็กบอกว่า “ไม่อยากทำอะไรให้ผู้ป่วยเจ็บอีกแล้ว คิดว่าผู้ป่วยทรมานอยากให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ”

S: ลูกชายคนโตและคนรอง “ให้รักษาต่อให้ถึงที่สุด เพราะพ่อเพิ่งมีอาการหนักในระยะเวลาไม่นาน

การทรมานรักษาอย่างเต็มที่อาจจะมีทางช่วยให้พ่อหายจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ได้”

O: ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยกระสับกระส่าย สายหน้าไปมา และพยายามดึงท่อช่วยหายใจออก

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

สมาชิกในครอบครัวเลือกการตัดสินใจในแนวทางเดียวกัน

#### เกณฑ์การประเมินผล

สมาชิกในครอบครัวมีการตัดสินใจในแนวทางเดียวกัน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ และให้การยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว<sup>15,16</sup> นำไปสู่การบอกเล่าความต้องการของครอบครัวแต่ละคน เพื่อดำเนินการลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นถ้าสามารถทำได้ หรือเป็นแหล่งข้อมูลให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การวางแผนการจัดการกับความขัดแย้งในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา

2. พยาบาลเป็นผู้ประสานกับแพทย์ให้เกิดการพูดคุย หรือให้จัดการประชุมครอบครัว ในกรณีที่ครอบครัวของผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกการรักษาไม่เป็นไปในทางเดียวกัน<sup>4,15</sup>

3. นำแผนการดูแลที่เกิดขึ้นจากการประชุมครอบครัวสู่การปฏิบัติตามข้อสรุป<sup>15</sup>

#### ประเมินผลการพยาบาล

ภายหลังการประชุมครอบครัวได้ข้อสรุปแนวทางการตัดสินใจที่ตรงกันคือ เน้นการดูแลเพื่อความสบาย ถ้าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจะไม่ทำการช่วยฟื้นชีวิต

#### สรุป

การตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นจุดเริ่มต้นในการกำหนดเป้าหมาย

ที่ทำให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ดียิ่งจะทำให้เลือกการรักษาในระยะสุดท้ายได้ตรงตามความปรารถนาของผู้ป่วยมากที่สุด<sup>18</sup> แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่มีความพร้อมในการตัดสินใจด้วยตนเองเนื่องจากปัญหาเรื่องการสื่อสารที่ถูกจำกัดจากระดับความรู้สติ อาการของโรค และการรักษา แต่ในปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนไม่มากที่เคยมวางแผนการรักษาในระยะสุดท้ายไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ญาติจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้บกพร่องทางกายเจ็บป่วยที่รุนแรง ไม่สามารถใช้สิทธิตัดสินใจด้วยตัวเอง<sup>19</sup> การสื่อสารในรูปแบบของการประชุมครอบครัวระหว่างแพทย์หรือพยาบาลกับญาติ สามารถช่วยญาติให้ได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วย และ/หรือสมาชิกครอบครัวตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพด้วยการใช้ศาสตร์และศิลป์ของวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเผชิญความตายอย่างสงบท่ามกลางความรู้สึกที่ดีของสมาชิกครอบครัวในวาระสุดท้ายของบุคคลอันเป็นที่รัก

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Tullmann DF, Hawkes PB, Enfield EH. The Critical Care Environment. In: Foreman MD, Milisen K, Fulmer TT, editors. Critical care nursing of older adults. 3<sup>rd</sup>ed. New York: Hamilton Printing; 2010. p. 23-45.
2. Siegel MD. End-of-Life decision making in the ICU. Clin Chest Med 2009; 30: 181-94.
3. Vera M. End-of-Life care (hospice care) nursing care plans [Internet]. 2013. [cited 2015 Oct 4]. Available from: <http://nurseslabs.com/4-end-of-life-care-hospice-care-nursing-care-plans/>
4. Moore CD. Advance care planning and End-of-Life decision making. In: Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P, editors. Palliative and End-of-Life care: clinical practice guidelines. 2<sup>nd</sup>ed. Missouri: Saunders Elsevier; 2005. p. 42-62.
5. Termsuk Phungrassami. Advance care plan [Internet]. 2012. [cited 2015 May 7]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/472858>
6. Sullivan DR, Liu X, Corwin DS, Verceles AC, McCurdy MT, Pate DA, et al. Learned helplessness among families and surrogate decision-makers of patients admitted to medical, surgical, and trauma ICUs. Chest 2012; 142(6): 1440-46.
7. Lind R, Nortvedt P, Lorem G, Hevroy O. Family involvement in the end-of-life decisions of competent intensive care patients. Nurs Ethics 2012; 20(1): 61-71.
8. Davison SN. End-of-Life care preferences and needs: Perceptions of patients with chronic kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5: 195-204.
9. Heyland DK, Frank C, Groll D, Pichora D, Dodek P, Rocker G, et al. Understanding cardiopulmonary resuscitation decision making: perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members. Chest 2006; 130(2): 419-28.
10. Osborn TR, Curtis JR, Nielse EL, Back AL, Shannon SE, Engelberg RA. Identifying elements of ICU care that families report as important but unsatisfactory. Chest 2012; 142(5): 1185-92.

11. Hawnyluck L. Palliative care in the intensive care unit. In: Emanuel LL, Librach SL, editors. Palliative care: core skills and clinical competencies. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p. 441-57.
12. Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and nonsurvivors. Chest 2007; 132(5): 1425–33.
13. Gaeta S, Price KJ. End-of-Life issues in critically ill cancer patients. Crit Care Clin 2010; 26: 219–27.
14. Faber-Langendoen K, Lanken PN. Dying patients in the intensive care unit: forgoing treatment, maintaining care. Ann Int ern Med 2000; 133: 886-93.
15. Adams JA, Bailey jr DE, Anderson RA, Docherty SL. Nursing roles and strategies in End-of-Life decision making in acute care: A systematic review of the literature. Nurs Res Pract 2011 [cited 2014 January 14];1-15. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/527834/> ref.
16. Calvin AO, Lindy CM, Clingon SL. The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: a qualitative descriptive study. ICCN 2009; 25: 214-20.
17. Urden LD. Caring for the Critically Ill Patient. In: Urden LD, Stacy KM, Lough ME, editors. Critical care nursing: diagnosis and management. 6<sup>th</sup> ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2010.p.1-7.
18. Saule M, Siegel MD, Haven N. The past, present, and future of advance directives as a guide to End-of-Life decision making. Chest 2012; 141(1): 9-10.
19. The Medical Council of Thailand. Declaration of the patients' rights. [document on the Internet]. 2015. [cited 2015 Oct 4]. Available from: [http://www.tmc.or.th/news\\_file/declaration.pdf](http://www.tmc.or.th/news_file/declaration.pdf).

๙๙ ๙๙ ๙๙ ๙๙ ๙๙