

Sharing Experience of Palliative Care

การแบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

Penchan Sittipreechachan, RN, MNS¹

เพ็ญจันทร์ สิริปรีชาชาญ, พย.ม.¹

Abstract

What is the last thing that everyone desires before passing away? The answers may vary among individuals depending upon a degree of readiness to face their own death. Each individual is different in terms of his/her own rationale, perspective, and experience about death. Therefore, he/she could not be judged whether he/she is right or wrong. If someone is being asked “If you have the last 24 hours in your life and can have one blessing, what will you wish the last time?” The answer of more than ninety percent of persons being asked will be “going to die without any suffering”. We can make our wish of death without suffering come true with palliative care, involving physical, psychological, social and spiritual care. Nurses as healthcare provider have an important role in such palliative care.

Keyword: palliative care, role of nurses in palliative care

บทคัดย่อ

อะไรคือสิ่งสุดท้ายที่ทุกคนปรารถนาก่อนจะหลับตาลาโลกนี้ คำตอบที่ได้คงมีหลากหลายขึ้นอยู่กับเกิดขึ้นกับใคร ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย ซึ่งแต่ละคนจะมีเหตุผล มุมมอง และประสบการณ์ที่แตกต่างกันไม่สามารถตัดสินได้ว่าเหตุผลของบุคคลใดถูกหรือผิด แต่ถ้าตั้งคำถามใหม่ว่า ถ้าภายใน 24 ชั่วโมงก่อนที่จะลาโลกนี้ไป ให้ขอพรได้ 1 ข้อ เราปรารถนาอะไรเป็นสิ่งสุดท้าย คำตอบของคนส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 คงเป็นขอให้สุขสบายไม่ต้องทนทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต สิ่งสำคัญที่จะทำให้ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต เป็นสิ่งที่เราทุกคนสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ แต่ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ต้องพึงการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: penchan.sit@mahidol.ac.th

อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ในสังคมไทยปัจจุบันได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากระบบบริการด้านสุขภาพมีการพัฒนาดีขึ้น จากความเจริญก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์การแพทย์และการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ที่ทันสมัยมากขึ้น ทำให้วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี ส่งผลให้ผู้ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ประกอบกับโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นประเทศไทยต้องกลับมาให้ความสนใจกับการวางระบบการดูแลสุขภาพให้รัดกุมมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสถานะสุขภาพของประชากรไทย¹ นอกจากนี้ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการดูแลเชิงรับ เป็นการดูแลเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรม ตลอดจนปลูกฝังความคิดเรื่องสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของทุกคน ทุกภาคส่วน² ซึ่งการดูแลสุขภาพ 4 มิติ ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ อาจยังไม่เพียงพอกับความต้องการดูแลสุขภาพคนไทย เรื่องการดูแลรักษาควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายเพื่อให้ตอบรับและสอดคล้องกับสถานะสุขภาพของประชากรไทย

ต้นแบบของการดูแลแบบประคับประคอง ในประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดจากการศึกษารูปแบบการดูแล เรียนรู้วิธีการทำงานจากประเทศสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย ที่มีรูปแบบการดูแลคล้ายคลึงกันและมาจากการประยุกต์องค์ความรู้ และการทำงานประสานเครือข่ายของหลายวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ผู้นำศาสนา มาพัฒนารูปแบบ โดยแต่ละวิชาชีพจะมีบทบาทหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน มีการแลกเปลี่ยนมุมมองในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด³

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO)⁴ ได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตโดยการป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหาอาการความเจ็บปวด และปัญหาต่างๆทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้นและให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น ส่วน Wuttibhum, Peungratsamee, Sarttamurak⁵ ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดความทรมานจากการเจ็บปวด ให้การรักษาเท่าที่จำเป็น ตอบสนองต่อจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของ WHO ในความคิดเห็นของผู้เขียน การดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลผู้ป่วย โดยใช้องค์ความรู้ ข้อมูล ทักษะ ประสบการณ์ ความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน เห็นอกเห็นใจ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่มาจากความร่วมมือในการดูแลของสหสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุข ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นแกนหลักสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง เพราะเนื่องจากที่พยาบาลเป็นงานที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นงานที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง วางแผนการดูแล ประเมินปัญหาให้การพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จัดลำดับความสำคัญของการให้การดูแลตามอาการและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนติดตามประเมินผลเป็นระยะ สิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เข้าถึง เข้าใจผู้ป่วยมากที่สุดคือสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยบอกความต้องการต่อพยาบาล ที่สำคัญการดูแลของพยาบาลมีรูปแบบที่หลากหลาย สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการและบริบทของผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องเป็นการดูแลเฉพาะในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว สามารถปรับให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วย และภาระหน้าที่ของพยาบาลได้ เช่น ให้การดูแลเมื่อออกเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน หรือการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ เป็นต้น การดูแลดังกล่าวพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องหลักการสำคัญพื้นฐานการดูแลแบบประคับประคอง ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ข้อมูลของผู้ป่วย ทักษะ ประสบการณ์ ร่วมกับความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน เห็นอกเห็นใจ ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นวัตถุประสงค์ของบทความนี้เป็นการนำเสนอความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง หลักการสำคัญพื้นฐานในการดูแลแบบประคับประคอง บทบาทของพยาบาลที่ผสมผสานการดูแลแบบ

องค์รวมเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วย

Jevon⁶ เสนอหลักการสำคัญพื้นฐานที่พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ในการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย ดังนี้

1. การให้ผู้ป่วยคลายจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่จะเกิดขึ้น

2. การบูรณาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพร้อมๆ กับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค และสามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ดีขึ้น

3. การใช้แนวคิดทางบวกในการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปสู่การค้นหาโอกาสในช่วงวิกฤติที่จะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

4. การผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม โดยดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

5. การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วยให้ลดน้อยลงหรือหมดไป

6. การแนะนำแหล่งสนับสนุน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนเสียชีวิต

7. การใช้ทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้คำปรึกษา

8. การดูแลแบบประคับประคองที่จะไม่เร่งความตายให้เร็วขึ้น หรือยืดระยะเวลาความตายออกไปให้นานขึ้น

9. การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าชีวิต และกระบวนการความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา และเป็นช่วงหนึ่งของวงจรชีวิตมนุษย์ทุกคน

นอกจากนี้ Peungratsamee⁷ ได้กล่าวถึงหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง สรุปได้ดังนี้

1. การดูแลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางความสุขสบายและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด

2. ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากบรรเทาอาการทุกข์ทรมานแล้ว ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก ความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ตลอดจนความต้องการ

เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง

3. การปฏิบัติงานร่วมกัน ของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม การดูแลระยะท้ายต้องการการประสานงานที่ดีของเครือข่ายผู้ให้การดูแล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

4. ความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ การดูแลควรครอบคลุมต่อเนื่องตลอด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และดูแลครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว

Cassem และ Brendel⁸ ได้อธิบายถึงหลักการพื้นฐานที่สำคัญ 9 ประการสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาล Massachusetts General Hospital ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีรายละเอียดครอบคลุมมากยิ่งขึ้นและพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1. มีความรู้ในการดูแลโรคของผู้ป่วย สามารถจัดการกับอาการผิดปกติทางกายและจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแนวทางการรักษา และใช้การมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจในการรักษา

2. มีความห่วงใย เอาใจเขามาใส่ใจเรา การดูแลต่างๆ ที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ถึงความรัก การรักษาในช่วงวาระสุดท้ายที่การรักษาทางกายหมดหนทางในการรักษา แต่พยาบาลสามารถทำสิ่งดีๆ ที่มีคุณค่าต่อชีวิตจิตใจของผู้ป่วยได้ ความกล้าการเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว สามารถลดทอนได้จากความรัก และกำลังใจจากพยาบาลและคนรอบข้าง เกิดขึ้นจากคำพูดที่อ่อนโยนและการสัมผัสที่นุ่มนวล

3. การทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยมีภาวะของ “การตายดี” (good death) เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ และอยู่บนพื้นฐานจริยธรรม มาตรฐานการรักษา

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุ้ย โดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี ให้ความใส่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยระยะท้ายพูดถึง จะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการปฏิบัติก่อนต้องจากไป แม้บางครั้งการพูดบางอย่างอาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ยาก พยาบาลอาจมีวิธีการอื่นๆ เช่น ให้ผู้ป่วยเขียนและนำไปให้กับบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารทราบ

5. การนำบุตรหลาน ญาติมิตร และบุคคลที่ผู้ป่วยรัก มาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้ป่วย แต่ต้องเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม เพราะถ้ามาในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวการพลัดพลาดจากสิ่งที่รักได้ พยาบาลสามารถแก้ไขได้ โดยการพูดคุยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสัจธรรม แนะนำให้มองชีวิตตามจริงมีการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป

6. การเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง กล้าที่จะข้ามผ่านจากมิตินี้ไปสู่อีกมิตินี้ และยังช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้

7. การมีจิตใจแจ่มใสร่าเริง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใสมีจิตใจที่สุขสบายคลายจากความกลัวและวิตกกังวลได้

8. ความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการดูแล เพราะผู้ป่วยระยะท้ายมีความกลัวการต้องเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อคลายความกังวลของผู้ป่วยลงได้ และเป็นประโยชน์กับพยาบาลด้วย เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ได้เตรียมความพร้อมของจิตใจด้วย ดังนั้นเมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยนอกจากไปดูแลผู้ป่วยแล้ว ต้องตระหนักว่าได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้ป่วยด้วย

9. พยาบาลผู้ดูแลต้องมีจิตใจที่สงบ สามารถเผชิญและปฏิบัติกับอาการแสดงที่เกิดกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ไม่หวาดหวั่นหรือเฉยเมย

นอกจากความรู้เรื่องหลักการสำคัญพื้นฐานการดูแลแบบประคับประคองแล้ว พยาบาลยังต้องเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในบทความนี้ผู้เขียนแยกการดูแลออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ต้องการการดูแลไปพร้อมๆ กัน

ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจะเข้ามามีส่วนสำคัญตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง แต่มีสัดส่วนของการรักษา และการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน จะใช้เวลาเริ่มและเวลาในการดูแลไม่เท่ากัน และเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพที่ดีพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้เสียชีวิต

ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีรูปแบบการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่หลากหลาย บทความนี้ผู้เขียนขอเสนอ 3 รูปแบบ อย่างไรก็ตามรูปแบบเหล่านี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกโรค ผู้อ่านอาจพบรูปแบบเดียว แบบผสม หรือแบบผสมทั้ง 3 รูปแบบก็ได้ ดังนี้

1. อาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังทรงตัวในระดับที่มั่นคง แต่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงแบบกะทันหันและเสียชีวิตในที่สุด เป็นลักษณะการเสียชีวิตแบบทันทีทันใด

2. อาการป่วยค่อยๆ ทรุดลงมีการดำเนินของโรคช้าๆ และผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเวลาเพียงพอในการปรับตัว

3. อาการป่วยเป็นแบบทรงและทรุดสลับกัน บางครั้งดีขึ้นบางครั้งทรุดลงต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ในที่สุดผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ชีวิตเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน อาจเสียชีวิตได้ไม่วันใดก็วันหนึ่ง

Addington-Hall และ Higginson⁹ ได้ยกตัวอย่างการดูแลแบบประคับประคองในโรคเรื้อรังแต่ละโรค ซึ่งมีความแตกต่างกันและพยาบาลสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมอง มีความต้องการการดูแลเรื่องการสื่อสาร การรับประทานอาหาร การกลืน ปัสสาวะไม่ได้ รวมถึงภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลเกี่ยวกับความพิการ

2. กลุ่มอาการโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ มีความต้องการการดูแลเรื่องทางเดินหายใจ การใช้ออกซิเจน การใช้ยาขยายหลอดลม การใช้สเตียรอยด์ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด

3. โรคสมองเสื่อม มีความต้องการการดูแลเรื่องพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง การไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การหลงออกจากบ้าน

4. โรคตับ มีความต้องการการดูแลเรื่อง อาการบวม

ความไม่สุขสบายจากการมีน้ำในช่องท้อง การจำกัดน้ำและเกลือ ภาวะตัวตาเหลือง อาการคัน และภาวะสับสนจากการมีของเสียคั่ง

5. โรคไตวายเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือด มีความต้องการการดูแลเรื่อง การจำกัดน้ำและเกลือ การเพิ่มโปรตีน (ไข่ขาว) การดูแลเรื่องการติดเชื้อ และอุดตัน ของ

บริเวณหลอดเลือดที่ใช้สำหรับฟอกเลือด

นอกจากนี้ Ferrell และ Coyle¹⁰ และ Nimmanit¹¹ ได้สรุปการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้เสียชีวิต และการดูแลที่ควรปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 1 พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อให้สามารถเผชิญและให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้เสียชีวิตและการปฏิบัติการพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	การพยาบาล
1. อ่อนเพลีย รู้สึกง่วง อาจนอนหลับตลอดเวลา	- ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เต็มที่ - ไม่ควรปลุกให้ตื่น เพื่อมาดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหาร - จัดทำอนศิระสูงเล็กน้อย
2.ริมฝีปากแห้งตาแห้ง	- แนะนำให้ทาวาสลิน - แนะนำให้หยอดน้ำตาเทียม
3. ร้องครวญคราง หรือหน้าตาบิดเบี้ยว	- ควรประเมินหาสาเหตุ และให้การดูแลที่เหมาะสม อาจสัมผัสเบาๆ เพื่อให้ผ่อนคลาย
4. การได้ยินจะสูญเสียเป็นลำดับสุดท้าย	- แนะนำญาติว่าผู้ป่วยจะสูญเสียการรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้งห้าเป็นลำดับ แต่เฉพาะการได้ยินจะสูญเสียเป็นลำดับสุดท้าย ดังนั้นญาติไม่ควรพูดคุยสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือเป็นกังวล

ความรู้ และการดูแลระยะท้ายตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ สามารถนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยทุกช่วงวัยตั้งแต่เด็กผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามอาจมีประเด็นบางอย่างที่แตกต่างกันบ้างในการดูแลผู้ป่วยแต่ละช่วงวัยที่พยาบาลควรตระหนักถึง ดังนี้

1. การดูแลระยะท้ายในผู้ป่วยเด็ก การดูแลควรให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของเด็กกับครอบครัว โดยใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ให้พี่น้องรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก รวมถึงแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครองให้ความสนใจและดูแลลูกคนอื่นๆ ด้วย

2. การดูแลระยะท้ายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ การดูแลควรให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการดูแล เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา ต้องให้เกียรติ ทำให้ไม่รู้สึกว่าคุณป่วยเป็นภาระกับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ ให้อยอมรับการพึ่งพิงสลับกับการช่วยเหลือตัวเอง ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

และพยายามคงสัมพันธ์ในครอบครัวให้เหมือนเดิม

3. การดูแลระยะท้ายในผู้ป่วยสูงอายุ การดูแลต้องผสมผสานรูปแบบการดูแลระหว่างการดูแลผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่ ต้องให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแล หรือมาเยี่ยมเยียนบ่อยๆ ต้องใช้ความเคารพอ่อนน้อม ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเป็นที่รัก ไม่ทำให้รู้สึกว่าคุณป่วยเป็นภาระกับผู้อื่น ควรให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเองตามกำลังความสามารถที่มีอยู่โดยไม่ใช้การบังคับให้ทำ และควรมีผู้ดูแลเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ⁷

ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

นอกจากการดูแลทางด้านร่างกายให้ได้รับความสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานแล้ว การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน พยาบาลต้องเข้าใจผู้ป่วยว่าผู้ป่วยแต่ละคนยอมรับข่าวร้ายได้ไม่เท่ากัน ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับระยะการยอมรับของผู้ป่วย

และครอบครัวซึ่ง Elisabeth Kübler-Ross¹² เขียนถึง 5 ขั้นตอนของการยอมรับข่าวร้าย ที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ ประเมินการยอมรับข่าวร้ายของผู้ป่วย และมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. ปฏิเสธ (denial) เป็นกระบวนการปกป้องตนเองทางจิตใจ มีอาการช็อก และซาเป็นอาการเริ่มต้น มีความสับสนปฏิเสธการยอมรับความจริง เช่น ปฏิเสธว่าสิ่งนี้ต้องไม่เกิดขึ้นกับตัวเรา การดูแลแบบประคับประคองในระยะนี้ คือ การเป็นผู้ฟังที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้

2. โกรธ (anger) การแสดงความโกรธมี 2 รูปแบบ คือ การเก็บกดอารมณ์โกรธอยู่ภายในใจ หรือแสดงอารมณ์โกรธออกมาให้ผู้อื่นรู้ อาจโกรธแพทย์ โกรธครอบครัว หรือโกรธตัวเองก็ได้ เช่น คิดว่าทำไมต้องเป็นตัวเราที่เป็นโรคนี้นี้ เพราะเราปฏิบัติตัวไม่ดี หรือแพทย์อาจวินิจฉัยโรคผิด การดูแลที่ดีในระยะนี้คือ การให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาให้มากที่สุด เช่นเดียวกับระยะปฏิเสธ

3. ตอรอง (bargaining) เมื่อผู้ป่วยอารมณ์เย็นลง อาจเริ่มมีการตอรอง เช่น ขอให้ตัวเองมีชีวิตอยู่ต่อ การดูแลในระยะนี้ คือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเย็นลงพอที่จะรับฟังข้อมูลต่างๆ ได้ ต้องให้ข้อมูลที่สำคัญๆ ก่อน เช่น ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้จากการเข้ารับการรักษาโรค ควรมีการเสนอทางเลือกการรักษาอื่นๆ ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ เพราะการมีทางเลือกหลายๆ ทางจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีทางเลือก ไม่ถูกจำกัดด้วยการรักษาเพียงวิธีเดียว

4. ซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะเริ่มต้นที่จะเข้าสู่ขั้นการยอมรับ ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นมาก่อน เช่น ผู้ป่วยอาจพูดน้อยลง สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง การดูแลในระยะนี้ ต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยผ่านระยะนี้เข้าสู่ระยะการยอมรับให้ได้เร็วที่สุด

5. ยอมรับ (acceptance) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงได้ ยอมเข้ารับการรักษา การดูแลในระยะนี้ ต้องให้คำชมเชยที่ผู้ป่วยยอมเข้ารับการรักษ และให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่จำเป็นต้องผ่านทั้ง 5 ระยะตามลำดับที่เรียงไว้ อาจมีการแสดงออกข้ามระยะได้ หรือมีการสลับกลับไปกลับมาระหว่างแต่ละระยะ ผู้ป่วยแต่ละคนใช้เวลาไม่เท่ากัน ขึ้นกับประสบการณ์การเผชิญกับความ

โศกเศร้า การสูญเสีย สิ่งสำคัญที่สุดสำหรับพยาบาล คือ การช่วยให้ผู้ป่วยผ่านไปถึงระยะการยอมรับให้เร็วที่สุด เพราะจะทำให้ได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วทั้งที่ การแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจ และพร้อมที่จะเดินเคียงข้างดูแลผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่เป็นจริงในสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มกระบวนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับได้เร็วขึ้น

นอกจากนี้ Keegan และ Drick¹³ ได้ให้ข้อสังเกตว่า พยาบาลควรให้ความสนใจเรื่องความแตกต่างทางด้านความเชื่อ ศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งพยาบาลสามารถผสมผสานความเชื่อต่างๆ นกับการดูแลแบบประคับประคองได้ ตัวอย่างเช่น

ศาสนาพุทธมีคำสอนให้ละความชั่วทั้งปวง ทำความดีให้ถึงพร้อม และทำจิตใจให้บริสุทธิ์ผ่องใส มีจุดมุ่งหมายสูงสุด คือ การดับทุกข์หรือพ้นทุกข์ ก่อนจะสิ้นชีวิตให้มีสติไม่หลงตายนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ความดีงามต่างๆ เพื่อให้ใจผ่องใสเป็นกุศล และให้ญาติพี่น้อง ลูกหลาน เพื่อนฝูงท่องเที่ยวตามนต หรือเปิดเทพธรรมให้ฟังเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว¹⁴

ศาสนาคริสต์ นิกายโรมันคาทอลิก เชื่อว่าชีวิตมนุษย์มาจากพระเจ้า พระเจ้าเป็นผู้กำหนดเวลาที่จะก้าวไปสู่โลกที่สมบูรณ์กว่า ชาวโรมันคาทอลิกให้ความสำคัญกับช่วงเวลา ก่อนตายมาก จึงมีหลักปฏิบัติทางศาสนาสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ โดยให้บาทหลวงอ่านคัมภีร์ตอน ที่กล่าวว่าพระเจ้านิเมตตา ให้อภัยเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ อ่านคัมภีร์เกี่ยวกับเรื่องความตายให้ฟังเพื่อให้ผู้ป่วยมีสติ นอกจากบาทหลวงแล้วยังมีญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงผู้เป็นที่รัก จะมาให้กำลังใจ เพื่อให้รู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว¹⁵

ศาสนาอิสลาม เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างมนุษย์ขึ้นมา มีการกำหนดเวลาเกิดและเวลาตายไว้แล้ว ความตายไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิตแต่เป็นการย้ายชีวิตเพื่อไปอยู่กับพระเจ้า จึงมีหลักปฏิบัติทางศาสนาสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงพระเจ้า และกล่าวคำว่า “ลาอิลลา ฮาอิล ลาลลอฮ์” มีความหมายว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่ฉันเคารพนับถือนอกจากอัลลอฮ์” และจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวา หรือนอนหงายหันหน้าไปทาง “กิบลัต” ทิศตะวันตกเฉียงไปทางเหนือเล็กน้อย ซึ่งเป็นที่ตั้งของนครมักกะฮ์ และให้ญาติอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน บท “ญะซีน” ให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสงบสุขทางจิตใจ¹⁶

จากที่กล่าวมาข้างต้นการดูแลแบบประคับประคอง

เป็นการประยุกต์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจ ควรคำนึงถึงความแตกต่างด้านศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย โดยมีหลักการที่คล้ายคลึงกัน คือการให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายมีความสุขสบาย สงบอบอุ่น ไม่รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว หรือถูกทอดทิ้งให้ต้องเสียชีวิตอยู่คนเดียว และให้ครอบครัวและบุคคลที่รักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลก่อนที่จะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

จากหลักการความรู้ที่กล่าวมาแล้ว ขอยกกรณีตัวอย่างและการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลโดยประยุกต์ใช้หลักการพื้นฐาน 9 ประการของ Cassem และ Brendel⁹ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย เพื่อแสดงถึงการประยุกต์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง โดยวิธีการเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

กรณีตัวอย่าง: ผู้ป่วยชายอายุ 70 ปี ครอบครัวคนจีน นับถือศาสนาพุทธ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ในระยะ 2 ปีแรกได้รับการรักษาโดยการให้ยารับประทาน และติดตามผลเลือดการทำหน้าที่ของไตทุก 3 เดือน เมื่อภรรยาและบุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลทราบผลการวินิจฉัยโรคครั้งแรก ผู้ดูแลวิตกกังวลมากให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มงวดมากปฏิบัติทุกอย่างตามคำแนะนำของแพทย์ จำกัดน้ำดื่มวันละ 1,000 cc. ตวงปัสสาวะทุกวัน จำกัดเกลือในอาหาร ใส่ซีอิ้วหรือซอสประมาณ 2-3 หยดในอาหารแต่ละมื้อ เพิ่มโปรตีนโดยให้รับประทานไข่ขาวต้มวันละ 5 ฟอง ช่วงสัปดาห์แรกผู้ป่วยพยายามรับประทานอาหารที่ผู้ดูแลจัดให้สามารถรับประทานได้บ้าง แต่เมื่อเข้าปลายสัปดาห์ที่สองผู้ป่วยเริ่มเบื่ออาหารและน้ำหนักลดลงเรื่อยๆ ประมาณ 3 กิโลกรัม/ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยบอกว่า “แค่ได้กลืนไข่ก็รู้สึกอยากจะทำเงิน”

การดูแลของพยาบาลในระยะนี้ คือการตรวจสอบและประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนบอกความรู้สึกในสิ่งที่กระทำแต่ละฝ่ายทราบ หาข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ เสนอแนวทางการดูแล โดยการแนะนำเมนูการประกอบอาหารจากไข่ขาวที่หลากหลาย แจ้งผู้ดูแลให้ขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลาเมื่อมีข้อสงสัย หรือเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย ผลที่เกิดขึ้นคือ ผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานไข่ขาววันละ 2 ฟอง และเป็นเมนูที่หลากหลาย

ผู้ป่วยและผู้ดูแลเริ่มเข้าใจและพูดคุยกันมากขึ้น

สองปีต่อมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า BP 110/70 mmHg BUN = 108 mg/dl C = 12 mg/dl K⁺ = 4.5 mEq/L แม้ว่าจะได้รับการดูแลอย่างเข้มงวดตามคำแนะนำของแพทย์ แต่แพทย์พิจารณาเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการฟอกเลือดทางหลอดเลือดที่แขน (arteriovenous fistula) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง การดูแลของพยาบาลในระยะนี้ คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงการรักษาที่จะเกิดขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีข้อจำกัด และสิ่งที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาโดยวิธีฟอกเลือดอธิบายเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินโรคไตวายเรื้อรังให้ผู้ดูแลทราบให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัยและตัดสินใจยอมรับการรักษาด้วยตัวเอง หลังจากผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดครั้งแรกและมีการช็อก แต่แพทย์และพยาบาลที่ห้องไตเทียมสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ ผู้ดูแลรู้สึกกลัววิตกกังวลไม่มั่นใจในวิธีการรักษา การดูแลของพยาบาลในระยะนี้ คือการประสานกับพยาบาลห้องไตเทียมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเฝ้าผู้ป่วยในระหว่างการฟอกเลือดได้ ให้กำลังใจและความเชื่อมั่นในการรักษา มาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะในระหว่างการฟอกเลือดที่โรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัยและไปเยี่ยมบ้านทุก 3 เดือน ผลที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความไว้วางใจและเกิดความศรัทธาต่อพยาบาล ทำให้กล้าที่จะพูดคุยปรึกษาปัญหาเพิ่มขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

อีกสองปีต่อมาแพทย์ได้ปรับเพิ่มการฟอกเลือดเป็น 3 ครั้ง/ สัปดาห์ ผู้ดูแลได้เพิ่มความเข้มงวดเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำดื่มของผู้ป่วยขึ้น โดยเพิ่มไข่ขาววันละ 5 ฟองเหมือนเดิม บ่อยครั้งที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีปากเสียงกัน ในมุมมองของผู้ป่วยรู้สึกถูกบังคับ ลิดรอนสิทธิในเรื่องการรับประทานอาหาร ส่วนมุมมองของผู้ดูแลคิดว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี การดูแลของพยาบาลในระยะนี้ คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนบอกความรู้สึกในสิ่งที่กระทำให้ทราบ อธิบายเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินโรคไตวายเรื้อรังให้ผู้ดูแลทราบ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัย หาข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ ซึ่งการให้ข้อมูลข้ามมีความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งแนะนำให้ภรรยาและบุตรพูดคุยสอดส่อง ร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เปิดเพลงเย็นๆ

สบายๆ เทปธรรมะให้ผู้ป่วยฟังสลับกับการดูโทรทัศน์ และให้ผู้ป่วยร่วมใส่บาตรกับภรรยาและลูกๆ ในวันพระ”

ตลอดระยะเวลา 12 ปีที่ผู้ป่วยรักษาโดยการฟอกเลือดทางหลอดเลือดที่แขน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน 5 ครั้ง ครั้งที่ 1 ติดเชื้อในกระแสเลือด ครั้งที่ 2 ติดเชื้อราในกระแสเลือด ครั้งที่ 3 ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี (เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องรับประทานแคลเซียมแต่ผู้ป่วยดื่มน้ำน้อยเพราะจำกัดน้ำดื่ม) ครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการสับสนจากภาวะตับแข็ง และครั้งสุดท้ายผู้ป่วยเจ็บหน้าอกหายใจไม่สะดวก (ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน 4 ครั้งที่ผ่านมาผู้ป่วยกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง พุดซ้ำๆ คำเดิมว่า “ยังไม่อยากตาย ถึงเวลาที่จะต้องตายแล้วหรือ” ไม่นอนหลับในเวลากลางคืน แต่การเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในครั้งสุดท้าย พบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นจากการประยุกต์ใช้การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมีสติพูดกับบุตรหลานและผู้มาเยี่ยมว่า “พรุ่งนี้หมออนุญาตให้กลับบ้านได้” แต่ในช่วงเวลาประมาณ 02.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยมากเจ็บหน้าอกหายใจไม่สะดวก บอกกับบุตรสาวว่า “สงสัยร่างกายจะไม่ไหวแล้วเพราะรู้สึกเหนื่อยมาก” แพทย์มาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ ลูกสาวได้บอกกับผู้ป่วยว่าให้ทำใจให้สบาย หายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ กุมมืออยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยตลอด และโทรศัพท์ตามภรรยา บุตรคนอื่นๆ และหลานมาอยู่กับผู้ป่วย ประมาณ 2 ชั่วโมงผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ โดยแพทย์ลงความเห็นสาเหตุของการเสียชีวิตว่า หัวใจล้มเหลว ลingsสุดท้ายที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยรายนี้คือการไปร่วมงานศพของผู้ป่วย

จากการณตัวอย่างจะเห็นว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังต้องเผชิญปัญหาทุกด้าน ด้านร่างกาย ผู้ป่วยเจ็บปวดจากการเปิดหลอดเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 บริเวณฟอกเลือดอย่างน้อย 6 ครั้ง/ สัปดาห์ การถูกจำกัดน้ำและอาหาร มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว รวมถึงสภาพร่างกายที่อ่อนแอลงจากการดำเนินของโรค ด้านจิตใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกเศร้าหดหู่เมื่อทราบข่าวการจากไปของเพื่อนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รู้จักและนอนฟอกเลือดในช่วงเวลาเดียวกัน รวมถึงเกิดความขัดแย้งกันในเรื่องการจำกัดอาหารและน้ำดื่ม ด้านสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปเที่ยวพักผ่อนที่อื่นติดต่อกันเป็นเวลานานได้ เนื่องจากข้อจำกัดที่ต้องฟอกเลือด 3 ครั้ง/ สัปดาห์ สุดท้ายด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลัวการสูญเสียพลัดพรากจาก

คนเป็นที่รัก ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการใช้เวลาผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมตัว เตรียมใจก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาลควรยึดหลักทางสายกลางในการดูแล คือไม่เข้มงวดหรือหย่อนเกินไป ปรับให้เหมาะกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย ประยุกต์ใช้ศาสตร์ คือความรู้ที่เป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น และศิลป์ คือความละเอียดอ่อนให้ความสนใจ เอาใจใส่ ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนให้การพยาบาลด้วยสติ ไหวพริบ ปฏิญาณ มีเมตตา ความนุ่มนวล และสม่ำเสมอ มุ่งที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่น้อยของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณค่ามากที่สุด และให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Singha S. An Account in verse of a journey to Sydney: Travel in the world of palliative care. Bangkok: Siam Publishing Company; 2011. (in Thai).
2. Wiboolpholprasert S. Report of public health in Thailand (2008-2010). Bangkok: War Veterans Organization Publishing Company; 2011. (in Thai).
3. Huda Huijer Abu-Saad. Evidence-based palliative care across the lifespan. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2001.
4. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication; 2002 [cited 2010 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
5. Wuttibhum W, Peungratsamee T, Sarttamurak S. A path to relieve distress & mental suffering: Palliative care. Bangkok: Pimdee Publishing Company; 1999. p.3-10. (in Thai).
6. Jevon P. Care of the dying and deceased patient: A practical guide for nurses. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2010.

7. Peungratsamee T. Palliative care: End of life care improving care of the dying. Bangkok: Augsornsampan Publishing Company; 2007. p.16-23. (in Thai).
8. Cassem NH, Brendel RW. End of life issue: Principle of care and ethics. In: Stern TA, et al. Massachusetts general handbook of general hospital psychiatry. 5th ed. Philadelphia: Mosby. 2004.
9. Addington-Hall JM, Higginson IJ. Palliative care for non-cancer patients. 1st ed. New York: Oxford University Press Inc; 2001.
10. Ferrell B, Coyle N. Oxford Textbook of palliative nursing. 3rd ed. New York: Oxford University Press Inc; 2010.
11. Nimmannit S. Understanding of dying state: End of life care improving care of the dying. Bangkok: Augsornsampan Publishing Company; 2007: p.24-32. (in Thai).
12. Kübler-Ross E. On Grief and Grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss. London: Simon & Schuster UK Ltd; 2005.
13. Keegan L, Drick C. End of life: Nursing solutions for death with dignity. New York: Springer Publishing Company; 2011.
14. Khunnawaro K. Helping to die quick or helping to die well: Review of knowledge in end of life care. Bangkok: War Veterans Organization Publishing Company; 2011: p.11-29. (in Thai).
15. Lerdjittakha C. Spiritual need and care in dying people: Review of knowledge in end of life care. Bangkok: War Veterans Organization Publishing Company; 2011: p.30-49. (in Thai).
16. Warearree D. Holistic life and health - Muslim teachings and attitudes of death: Review of knowledge in end of life care. Bangkok: War Veterans Organization Publishing Company; 2011: p.52-70. (in Thai).