

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนในระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา

Nursing Care of Pancreatic Cancer Patients at the End of Life: Case Study

ธีระชล สาทสิน* ปิยะพงษ์ หาร์ศรี** ชญานิศ ชอบอรุณสิทธิ*** ธนิดา พุ่มท่าอิฐ****

Theerachol Satsin* Phiyapong Harnsri** Chayanis Chobarunsitti*** Thanida Pumthait****

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย เนื่องจากอาการและอาการแสดงของโรคส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยพบในระยะลุกลามแล้วนั้น ลักษณะอาการของการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยอาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป จนอาการทรุดลงเรื่อย ๆ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 12 เดือน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด บทความวิชาการฉบับนี้ผู้เขียนทบทวนวิชาการเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ระยะของโรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย และให้การพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีกรณีศึกษาเป็นตัวอย่างประกอบเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาล/ ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน/ การดูแลระยะสุดท้าย

Abstract

Pancreatic cancer patients have generally approached to the advanced stage as they were diagnosed by presenting signs and symptoms of metastatic cancer. The advanced stage symptoms could be acute or gradual chronic until the worsened clinical symptoms. Survival rate for pancreatic cancer patients were not more than 12 months. Therefore, nurses should be able to gain knowledge in order to provide end of life care as nurses are fostered closeness to the patients. This review provides insight on pathophysiology, signs and symptoms, stage of disease, treatment, dimensional changes of the patients at the end of life, and nursing care with a practice scenario. It is a nursing guidance in caring for patients at the end of life which promotes a good quality of life.

Key Word: Nursing Care/ Pancreatic cancer patients/ End of Life care

*corresponding author อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, E-mail:

Theerachon_sar@dusit.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

***อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

****อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

วันที่รับบทความ: 15 สิงหาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ: 20 ธันวาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ: 24 ธันวาคม 2564

บทนำ

การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 12 เดือน (General Medical Council, 2010) พยาธิสภาพของโรคมีความรุนแรง และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคอง หรือการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ทั้งนี้การกำหนดช่วงระยะเวลาว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน มักใช้กับผู้ป่วยมะเร็งซึ่งการพยากรณ์เกี่ยวกับช่วงเวลาที่เหลืออยู่ค่อนข้างแม่นยำ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้คำจำกัดความของผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมผู้ป่วยทุกประเภท ปัจจุบันผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงถูกให้ความหมายว่า ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 12 เดือน โดยผู้ป่วยมีลักษณะ 3 ประการดังนี้ 1) เป็นโรคที่กำลังมีการดำเนินของโรคมามากขึ้นเรื่อย ๆ (active, progressive disease) 2) เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (life-threatening disease) และ 3) การพยากรณ์โรคจำกัด (limited prognosis) คือ สามารถคาดคะเนระยะเวลาที่จะเสียชีวิตได้ (ปกรณ ทองวิไล, 2556; General Medical Council, 2010; Satsin, Matchim, & Thongthawee, 2017) พยาธิสภาพ และการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหา และความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาทางด้านร่างกาย หรือ อาการที่ปรากฏทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย อาการปวด เหนื่อยล้า หายใจลำบาก สับสน กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก (กิตติกร นิลมานัต, 2555; อีระชล สาดสิน และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2560) ส่วนปัญหาด้านจิตใจได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หดหู่ วิตกกังวล กลัวความตาย และกลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (พระไพศาล วิสาโล, 2552) เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (WHO, 2002) ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ลักษณะอาการอาจเป็นแบบเฉียบพลัน หรือแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป จนอาการทรุดลงเรื่อย ๆ ในที่สุดมาถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด จึงควรมีความรู้ และสามารถบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Martins Pereira, Hernández-Marrero, Pasman, Capelas, Larkin, & Francke, 2021)

บทความวิชาการนี้ทบทวนวิชาการเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการ และอาการแสดง ระยะของโรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย และการพยาบาล โดยมีกรณีศึกษาเป็นตัวอย่างประกอบเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีชีวิตอยู่ในช่วงเวลาที่จำกัดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต

พยาธิสรีรวิทยา มะเร็งตับอ่อนชนิดอะดีโน และชนิดอื่น ๆ สามารถพบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 90 ของมะเร็งตับอ่อนทั้งหมด ประมาณร้อยละ 60-70 ของมะเร็งตับอ่อนจะเกิดขึ้นที่บริเวณส่วนหัวของตับอ่อน ส่วนที่เหลือพบในโครงสร้างร้อยละ 15% และส่วนท้ายร้อยละ 15% ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่การวินิจฉัยพบมะเร็งตับอ่อนจะมีการลุกลาม หรือแพร่กระจายแล้ว ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งตับอ่อนส่วนใหญ่ ได้แก่ อายุมากกว่า 55 ปี เพศชายมากกว่าเพศหญิง พันธุกรรม (Family history and genetic susceptibility) หมู่เลือด เอ บี โอ (ABO blood groups) เชื้อจุลินทรีย์ในลำไส้ (Gut Microbiota) โรคเบาหวาน (Diabetes) มีปัจจัย

เสี่ยงที่สนับสนุนการเป็นมะเร็งตับอ่อน ได้แก่ การสูบบุหรี่ (Smoking) ดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol drinking) ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (Chronic pancreatitis) โรคอ้วน (Obesity) และการติดเชื้อ ชนิด *Helicobacter pylori* (H-pylori) (Mc Guigan, Kelly, Turkington, Jones, Coleman, & McCain, 2018)

อาการและอาการแสดง ระยะแรกมักไม่มีการแสดง แต่เมื่อมะเร็งลุกลามไปมากแล้วก็จะทำให้เกิดอาการปวดท้องส่วนบน และปวดร้าวไปที่หลัง ซึ่งมักจะปวดเวลาหลังอาหารหรือนอนลง เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง มีอาการแบบอาหารไม่ย่อย ภาวะดีซ่าน จะมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง คันตามตัว ปัสสาวะสีเข้ม ซึ่งเกิดจากก้อนมะเร็งกดเบียดท่อน้ำดีจากตับเข้าสู่ลำไส้เล็ก จึงเกิดการคั่งของน้ำดีในตับ และทำให้เกิดอาการดีซ่านขึ้นมา อูจจาระสีซีด (เนื่องจากก้อนมะเร็งอุดกั้นทางเดินน้ำดี) คันตามผิวหนัง อาจลำไส้ได้ก้อนในท้อง ตับโต ถุงน้ำดีโต คลื่นไส้อาเจียน (เนื่องจากลำไส้ถูกกันจากก้อนมะเร็ง) มีอาการของโรคเบาหวาน (เนื่องจากมะเร็งไปยับยั้งการผลิตอินซูลิน) ท้องเสียเรื้อรัง (เนื่องจากผลิตเอนไซม์ย่อยอาหารได้น้อย ทำให้การดูดซึมผิดปกติ) หรือมีอาการที่เกิดจากมะเร็งแพร่กระจายไปยังที่อื่น เช่น ลำไส้ กระเพาะอาหาร ปอด ตับ กระดูก สมอง (Saad, Turk, Al-Husseini, & Abdel-Rahman, 2018)

ระยะของโรค

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่พบมะเร็งเกิดขึ้นในตับอ่อนเท่านั้น ยังไม่ลุกลามออกนอกตับอ่อน

ระยะ IA มะเร็งมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร

ระยะ IB มะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มะเร็งอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อ และอาจแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

ระยะ IIA ยังไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

ระยะ IIB มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามออกนอกตับอ่อนและเข้าสู่หลอดเลือดใหญ่ที่อยู่ใกล้ตับอ่อน อาจมี/ไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มะเร็งอาจมีขนาดโตก็ได้และมีการลุกลามไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกลออกไป เช่น ตับ ปอด ช่องท้อง (ที่พบได้บ่อยคือ ตับ) และอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้ตับอ่อนหรือแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

การรักษา

ระยะที่ 1-2 การรักษาจะมีตั้งแต่การผ่าตัด (Surgery) แล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) หรือการผ่าตัดแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด (Chemo therapy) คู่กับการใช้รังสีรักษา (Radiation therapy) ส่วนวิธีการรักษาอยู่ในระหว่างการทดสอบทางคลินิก คือ การให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy), การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับยารักษาตรงเป้า (Targeted therapy) และการให้ยาเคมีบำบัดและ/หรือการใช้รังสีรักษา (Radiation therapy) ก่อนการผ่าตัด

ระยะที่ 3 การรักษาจะมีตั้งแต่การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative surgery), การให้ยาเคมีบำบัดแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดคู่กับการใช้รังสีรักษา (Chemo radiotherapy), การให้ยาเคมีบำบัดคู่กับการใช้รังสีรักษาแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy), การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับหรือไมร่วมกับยา

รักษาตรงเป้า (Targeted therapy) ส่วนวิธีการรักษาอยู่ในระหว่างการทดสอบทางคลินิก คือ การใช้รังสีรักษาแบบภายใน (Internal radiation therapy)

ระยะที่ 4 การรักษาจะมีตั้งแต่การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการปวด, การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative surgery) และการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับหรือไม่ร่วมกับยารักษาตรงเป้า (Targeted therapy)

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 4 จะมีการปรับเปลี่ยนจากแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคองบุคคลเข้าสู่ระยะสุดท้าย พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังนี้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ทานน้อยลง ตื่นนอนน้อยลงหรือไม่ตื่น ไม่รู้สึกตัว ร้องครวญคราง มีเสมหะมาก อาจมีอาการเพ้อ ประสาทหลอน 24-72 ชั่วโมง ก่อนเสียชีวิตจะมีสภาวะหลังในระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดเสียงสั่นของลมหายใจ เป็นเสียงที่มีลักษณะเฉพาะที่ไม่สามารถกลืนหรือไอได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะล้างน้ำลายที่เรียกว่า death rattle และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เครียด กังวล กลัว อารมณ์โกรธ หงุดหงิด เสียใจ ซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลตามหลักทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (theory of peaceful end of life) (พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม และหทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล, 2563) ประกอบไปด้วย

1. ไม่อยู่ในความเจ็บปวด (Not being in pain)
2. มีประสบการณ์ของความสบาย (Experience of comfort)
3. มีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (Experience of dignity)
4. อยู่ในความสงบ (Being at peace)
5. มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (Closeness to significant other)

กรณีศึกษา (ข้อมูลนี้ได้รับการยินยอมจากบุตรชายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย)

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาปริญญาตรี อาชีพข้าราชการครูบำนาญชำนาญการพิเศษ อาศัยอยู่กับสามีและบุตรที่จังหวัดอุบลราชธานี มีบุตร 2 คน สหิการักษาเบิกจ่ายตรงสวัสดิการข้าราชการ ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี ประวัติการผ่าตัด ปี พ.ศ. 2556 เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP) ปี พ.ศ. 2559 เข้ารับการผ่าตัดดูก้อนเนื้อบริเวณตับอ่อนเพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา การวินิจฉัยแรกรับ มะเร็งตับอ่อน (Pancreatic Cancer) การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย มะเร็งตับอ่อน ระยะที่ 4 (End stage Pancreatic Cancer) ปี พ.ศ. 2556 เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีตามแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Service Plan) ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีก้อนเนื้อในทางเดินน้ำดีและก็ได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้อง

ปี พ.ศ. 2559 มีอาการปวดหลังแน่นท้อง เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) พบว่า มีก้อนที่ตรงบริเวณส่วนหางของตับอ่อน (Tail of Pancreas) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช รักษาโดยการผ่าตัดในระยะแรก พบว่า มีก้อนมะเร็งที่บริเวณตับอ่อนและมีก้อนเล็กอยู่บริเวณรอบ ๆ เป็นอันตรายหากทำการผ่าตัด จึงเปลี่ยนวิธีการรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด ระยะแรก ขนาดของก้อนมะเร็งจาก 2.4 ซม. ลดลงเหลือ 1.1 ซม. ผลการตรวจค่า Ca19-9 ในกระแสเลือดพบว่าจากค่า 1021 units/mL ลดลงเหลือ 57 units/mL

ปี พ.ศ. 2560 หลังจากให้เคมีบำบัดครั้งแรกเป็นระยะเวลา 2 เดือน เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) เพิ่มเติม พบก้อนมะเร็งโตขึ้นจาก 1.1 ซม. เป็น 1.8 ซม. แพทย์ให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 หลังได้รับยา พบว่า ก้อนมะเร็งมีขนาดโตเพิ่มขึ้นจาก 1.8 ซม. มา 2 ซม. และแพทย์ให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3 ให้ยา 6 วงรอบ แต่พบความรุนแรงของการลุกลามของโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงเปลี่ยนการรักษาให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งระบบทางเดินอาหารตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการส่งเซลล์มะเร็งย้อมสีทางห้องปฏิบัติการ และทำการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) อีกครั้ง ก้อนมะเร็งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์เจ้าของไข้จึงได้คุยกับผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนจากแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง

จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ แบบองค์รวม (Holistic care) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) เมื่อพิจารณารายด้าน (ธีระชล สาทสิน และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2560)

พฤติกรรมสุขภาพ และความ เชื่อด้านสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)	ข้อมูลจากกรณีศึกษา
ด้านร่างกาย	ปวดท้อง ท้องอืด รู้สึกปวดแต่ไม่ทราบตำแหน่งที่ปวดแน่นอน ท้องผูก เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย
ด้านจิตใจ	ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง เนื่องจากมีการเตรียมตัวด้านจิตใจมาอย่างดี ได้รับกำลังใจจากครอบครัว ผู้ป่วยมีเพียงสิ่งที่ค้างคาใจ คืออยากไปหาผู้ เป็นพ่อ ที่จังหวัดศรีสะเกษ
ด้านสังคม	ขณะพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านผู้ป่วยได้ไปพบปะญาติพี่น้องอยู่เสมอ และมีผู้ มาเยี่ยมอยู่เสมอ
ด้านจิตวิญญาณ	ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคือพระพุทธศาสนา ยึดหลักคำสอนของ พระพุทธเจ้ามาปฏิบัติ บุตรชายได้บวชเพื่อทดแทนบุญคุณบิดาและ มารดาหลังทราบจากแพทย์เจ้าของไข้ในการปรับเปลี่ยนจากแผนการ รักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง หลังบุตรชายบวชผู้ป่วยรู้สึก ปลื้มใจ บอกว่า “นอนตายตาหลับแล้ว”

จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมีอาการ และอาการแสดงเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Satsin, et al. 2017)

การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระยะท้าย	การเปลี่ยนแปลงที่พบ
ด้านร่างกาย	เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนเสียชีวิต 1 วัน ระดับความรู้สึกตัวลดลง (GCS) E1V1M1 หายใจ มีเสียง Death rattle
ด้านจิตใจ	มีความสุข เนื่องจากอยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต
ด้านสังคม	ครอบครัวและเพื่อนที่รักอยู่พร้อมหน้าก่อนผู้ป่วยจะหมดลมหายใจ
จิตวิญญาณ	ต้องการกำลังใจการช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ได้ทำในสิ่งที่ค้างคาใจ ต้องการตายอย่างสงบ ได้ทำบุญถวายสังฆทาน ตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

จากข้อมูลพบว่า ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (theory of peaceful end of life) เปรียบเทียบกับผู้ป่วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเชื่อมโยงทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (theory of peaceful end of life) สู่กรณีศึกษา (กิตติกร นิลมานัต, 2555, พชรรัตน์ อันสีแก้ว และคณะ, 2563)

ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ	พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ไม่อยู่ในภาวะเจ็บปวด (Not being in pain)	เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด ผู้ป่วยจะได้รับการบรรเทาอาการปวดโดยการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งมียาพาราเซตามอล (paracetamol), มอร์ฟินชนิดน้ำ (morphine syrup) , กาบาเพนติน (gabapentin), เฟนทานิลชนิดแผ่นแปะ (fentanyl patch) ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “หากมีอาการปวดไม่มากจะเลือกทานเป็นยาพาราเซตามอล (paracetamol) แทน และมีการบำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยาโดยใช้ธรรมชาติบำบัด และดนตรีบำบัด ช่วยในการลดปวดร่วมด้วย”
มีประสบการณ์ของความสุขสบาย (Experience of comfort)	ผู้ป่วยได้พักผ่อน ผ่อนคลาย การมีความสุข บุตรชายจะจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เพียงพออยู่เสมอ ได้รับการตอบสนองความต้องการในทุก ๆ ด้าน
มีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี (Experience of dignity)	ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยทุกอย่างได้ให้การดูแลอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอก เห็นใจและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย
อยู่ในความสงบ (being at peace)	มีการสร้างความไว้วางใจ แนะนำแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติคนในครอบครัวมีการให้การดูแลและสนับสนุนด้านอารมณ์
มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant other)	มีการส่งเสริมให้มีการร่วมมือของบุคคลสำคัญ ให้ใส่ใจดูแลภาวะโรคเรื้อรัง กังวล ซึ่งผู้ป่วยมีครอบครัวดูแลและอยู่ด้วยตลอดเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนวาระสุดท้ายของชีวิต

จากกรณีศึกษาพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการวางแผนให้การพยาบาลตามหลักการของกระบวนการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังต่อไปนี้

วินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะการดูแล

ระยะที่ 1 การดูแลแบบประคับประคอง วินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวด

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลงและผลข้างเคียงของยา

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

ระยะที่ 2 ระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต วินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เหนื่อยหอบเนื่องจากพร่องออกซิเจน

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 การจากไปอย่างสงบทางกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

ระยะที่ 3 ระยะหลังผู้ป่วยเสียชีวิต วินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ญาติและผู้ดูแลอยู่ในภาวะเศร้าโศกกับการจากไปของผู้ป่วย

ระยะที่ 1 ระยะการดูแลแบบประคับประคอง ข้อวินิจฉัยประกอบไปด้วย

วินิจัยการพยาบาลข้อที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data (SD): ผู้ป่วยบอกว่า “มีความรู้สึกปวดแต่ไม่ทราบตำแหน่งที่ปวด” ลูกชายบอกว่า “เวลาปวดโยมแม่จะร้องแล้วก็หลับไม่ได้เลย”

Objective data (OD): Pain score = 8 คะแนน, แบบประเมิน ESAS ระดับความปวดเท่ากับ 8, ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งแบบฉีดและแบบรับประทาน, ขนาดของก้อนมะเร็ง 2 ซม. ตำแหน่งห่างของตับอ่อน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อาการปวดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลงจากเดิม
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
3. มีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงถึงความเจ็บปวด ไม่ร้องไห้ครวญคราง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ verbal numeric rating scales (VNRS) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (mild) ค่าคะแนนความปวด 1-3, ระดับปานกลาง (moderate) ค่าคะแนนความปวด 4-6 และระดับรุนแรง (severe) ค่าคะแนนความปวด 7-10 (ปาริฉัตต์ นิลแย้ม, ลัดดา เพิ่มผลประเสริฐ, ปาริชาติ อภิตะชากุล และชัชฌา รุ่งจินตามัย, 2559) และแบบประเมินอาการรบกวนในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ESAS) (Bruera et al., 1991) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการปวด และประเมินปัญหาความไม่สุขสบายพื้นฐานของผู้ป่วยโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ การดูแล และการรักษาอาการปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวและครอบครัวเข้าใจสาเหตุของอาการปวด และการจัดการกับความปวดอย่างถูกวิธี

3. แนะนำการบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยา การทำสมาธิบำบัดแบบฝึกการผ่อนคลาย โดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ SKT 8 (relaxation technique) (นิตยา ภูริพันธุ์, ดวงมล ดีทองคำ และ ปณิศา คุณสาระ, 2563) นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ หรือปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เมื่ออาการปวดทุเลาลงให้จัดให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบำบัด เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจตามความชอบ เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด หวีเราะบำบัด เป็นต้น (ควรทำหลังการจัดการอาการด้วยยา)

4. แนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแบบใช้ยาโดยให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ หากมีอาการปวดเล็กน้อย pain score 1-3 ให้รับประทานยาพาราเซตามอล (paracetamol) หากมีอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ตามหลักของ WHO (1996) ให้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ 1. ยา ترامาดอล (tramadol) 1 cap ทุก 4-6 ชั่วโมงต่อครั้ง เพื่อลดอาการปวด 2. ยามอร์ฟินแบบน้ำ (morphine syrup) ขนาด 2 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร ให้ได้ 3-4 ชั่วโมงต่อครั้งเพื่อลดอาการปวด (ทบทวนการใช้ยา กลุ่ม Opioids อีกครั้ง) 3. ยาเฟนทานิล (fentanyl) แบบแผ่นแปะ ซึ่งจะออกฤทธิ์ได้นานถึง 3 วัน และ 4. ติดตามผลการใช้ยาและผลข้างเคียงหลังการใช้ยาติดตามผลการระงับปวดและประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง) และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจนผู้ป่วยไม่รู้สึกปวด

5. แนะนำให้ดูแลผู้ป่วยให้ได้พักผ่อนให้เพียงพอจัดสภาพแวดล้อมให้มีโอกาสถ่ายเทสะดวก หากนอนกลางคืนได้น้อยควรจัดให้ได้นอนพักผ่อนในตอนกลางวันเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เพียงพอ

การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลงจากเดิม pain score อยู่ระหว่าง 1-2
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
3. มีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงถึงความเจ็บปวด ไม่ร้องไห้ครวญคราง

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลงและผลข้างเคียงของยา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data (SD): ผู้ป่วยบอกว่า “มีปัญหาท้องผูกปกติจะถ่ายทุกวัน แต่ทุกวันนี้ถ่าย 2 วันต่อครั้ง” “เมื่อดีสเลื่องกับเขี้ยว ยาแก้ปวดเมื่อทานลงไปแล้วจะท้องผูก”

Objective data (OD): ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ซึ่งยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการท้องผูก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่เกิดอาการท้องผูก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยถ่ายได้ปกติในทุกวันหรือ 1-3 วันต่อครั้ง
2. ไม่มีอาการของท้องผูก คือ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง รู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการ ปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะท้องผูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุปนิสัยในการขับถ่ายอุจจาระของของผู้ป่วย และประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะท้องผูก คือ ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ผู้ป่วยอาจรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก เพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของภาวะท้องผูกของผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เพื่อให้ขับถ่ายได้สะดวกและป้องกันภาวะท้องผูก
3. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร เพื่อให้อุจจาระอ่อนตัวและขับถ่ายง่าย
4. ให้จิบน้ำอุ่นบ่อย ๆ เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

5. จัดเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลาเดิมตามสุขนิสัยของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยถ่ายทุกครั้งที่ปวดอุจจาระ เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก

6. ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการทำงานของลำไส้

7. แนะนำการปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 7 ซึ่งเป็นท่าที่ลดอาการท้องผูก (บังอร ไทเกตุ, 2556) ประกอบไปด้วย 1. ยืนตัวตรง แยกเท้าทั้งสองข้างพอประมาณ ค่อยๆหลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 5 รอบ 2. ค่อยๆยกมือ แขน ข้อศอกทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว หันฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ขยับฝ่ามือเข้าหากัน ช้า ๆ นับ 1-3

8. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาซิโนคอต (Senokot) 2 tab ทางปากก่อนนอน ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อรักษาอาการท้องผูก ช่วยในการขับถ่าย และติดตามผลข้างเคียงหลังการได้รับยา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทุกวัน
2. ไม่มีอาการของท้องผูก คือ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง รู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุดหรือถ่ายไม่ออก
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการ ปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะท้องผูก

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data (SD): ผู้ป่วยว่า “สักวันก็ต้องตาย ทำใจไว้แล้ว” “ไม่มีอะไรค้างคาในใจ” “พินัยกรรมทำให้ทุกคนไว้หมดแล้วไม่ห่วงใคร”

Objective data (OD): แพทย์ผู้ดูแลคุยกับผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนจากแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยเขียนพินัยกรรมชีวิต “ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่กดขนาดหัวใจ” การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale for Adult Suandok หรือ PPS Adult Suandok (Chewaskulyong, Sapinun, Downing, et al., 2012) ร้อยละ 30 ได้แก่ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ และมีการลุกลามของโรค ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด รับประทานอาหารลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับสิทธิผู้ป่วย ตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเข้าใจและทวนกลับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้อง

2. อธิบายการได้รับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าผู้ป่วยทุกคนได้รับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า (ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และพิชัย จันทร์ศรีวงศ์, 2561) ประกอบไปด้วย 1. Advance

decisions ความต้องการ รับหรือไม่รับ การดูแลรักษาเมื่อถึงระยะสุดท้าย/ทุกข์ทรมานจากโรคเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง คือ การไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่กดนวดหัวใจ 2. Living will หรือ Advance directive สำคัญของมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ คือ เลือกการไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (No ETT) และไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ (No CPR) และ 3. Proxy nomination การเลือก “บุคคลใกล้ชิด” แสดงเจตนาแทน คือ ผู้ป่วยกำหนดเป็นบุตรชายคนเล็ก (ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน

3. อธิบายประโยชน์หรือข้อดีของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2556) ประกอบไปด้วย 1. สิทธิผู้ป่วย ตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย 2. ครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้องกับคนไข้ ไม่ต้องหนักใจ เป็นภาระในการตัดสินใจ 3. เป็นจุดเริ่มต้นการสนทนาเรื่องสำคัญอื่น ๆ ความรู้สึก เป้าหมายของชีวิต 4. ผู้ป่วยมีโอกาสสมปรารถนามากกว่า ได้รับการรักษาที่ไม่ต้องการน้อยกว่า 5. เสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคนไข้-ครอบครัว-บุคลากรสุขภาพ 6. บุคลากรสุขภาพมีแผนการดูแลรักษาที่ตรงความต้องการของคนไข้ และ 7. ความพึงพอใจ ของคนไข้หรือผู้เกี่ยวข้องในภาวะเศร้าโศก มากขึ้น

4. ทวนคำแนะนำซ้ำเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและพิกษสิทธิผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกประโยชน์หรือข้อดีของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ได้ 5 ใน 7 ข้อ

ระยะที่ 2 ระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต วินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เหนื่อยหอบเนื่องจากพร่องออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data (SD): ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อย หายใจไม่ออก พาไปโรงพยาบาลหน่อย”

Objective data (OD): สัญญาณชีพแรกที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส, ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 118/68 มิลลิเมตรปรอท และค่าความอิ่มตัวออกซิเจน ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์

อาการเหนื่อยหอบลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ โดยเฉพาะ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที และค่าความอิ่มตัวออกซิเจนมากกว่า ร้อยละ 96
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
3. มีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงถึงอาการเหนื่อยหอบ ไม่ร้องไห้ครวญคราง

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลเน้นหลักการการคุมอาการและความทุกข์ (Symptoms and Suffering Management)

1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา และให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากากชนิดถุงลม (Mask with Bag) 8-10 LPM ตามแผนการรักษา

2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง อ่อนเพลีย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Weakness & Fatigue Decrease level of consciousness) พลิกตะแคงตัวห่าง ๆ หรืออาจใส่สายสวนปัสสาวะก็ได้

3. ถ้าผู้ป่วยมีความปวดลดลง ปรีक्षाแพทย์ผู้ดูแลในการพิจารณาหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ยาแก้ปวดเป็นทางใต้ผิวหนัง (Sc: Subcutaneous)
4. ถ้าผู้ป่วยมีอาการทานอาหารได้น้อย (Decrease Intake & food/fluid) ป้อนด้วยหลอดหรืออมน้ำแข็ง หรือปรีक्षाแพทย์ผู้ดูแลในการพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
5. ถ้าผู้ป่วยมีเยื่อตาและปากแห้ง (Dry Membranes) เช็ดปากด้วยก๊อช หยอดน้ำตาเทียม

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่กระสับกระส่าย นอนหลับพักผ่อนได้ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที และค่าความอิ่มตัวออกซิเจน ร้อยละ 97

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 การจากไปอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data (SD): บุตรชาย “บอกว่าเขานี้ผู้ป่วยไม่พูด”

Objective data (OD): เสียงหายใจ death rattle ปลายมือปลายเท้าเย็น ผิวเป็นจ้ำ ตาเบิ่งไว้แว

วัตถุประสงค์

ไม่ทุกข์ทรมาน

เกณฑ์การประเมินผล

จากไปอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง ไม่ดูดเสมหะ เพิ่มการขยายตัวของทรวงอก
2. ให้การช่วยเหลือดูแลตอบสนองปัญหา และความต้องการขั้นพื้นฐานด้วยความนุ่มนวลเอื้ออาหารต่อผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมานต่าง ๆ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย ปากฟัน อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับญาติตามลำพัง และกั้นม่านให้ตามความเหมาะสม บรรยากาศเงียบสงบ
4. ส่งเสริมให้ญาติและผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อในศาสนาพุทธ ให้ผู้ป่วยและญาติได้ถวายสังฆทานและฟังบทสวดมนต์
5. วางแผนการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ระบายเวลาผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ให้เวลาผู้ป่วยได้มีเวลาสงบจิตใจ และพิจารณาตนเอง

6. เมื่อผู้ป่วยจากไปพยาบาลกล่าวแสดงความเสียใจกับญาติผู้ป่วย และให้เวลากับญาติในการแสดงความอาลัยกับผู้ป่วยประมาณ 15–30 นาที หรือเมื่อพร้อม ผู้ช่วยพยาบาลจะเข้าไปทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัวให้ตามที่ญาติจัดเตรียมเสื้อผ้ามาให้

การประเมินผล

ผู้ป่วยจากไปช่วงเวลากลางคืนท่ามกลางครอบครัวที่อบอุ่นและบุคคลอันเป็นที่รัก บุตรชายและบุตรสาวแต่งตัว ทาเล็บ ใส่ชุดเสื้อผ้าสวยงามที่ผู้ป่วยชอบ

ระยะที่ 3 ระยะหลังผู้ป่วยเสียชีวิต วินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ญาติและผู้ดูแลอยู่ในภาวะเศร้าโศกกับการจากไปของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data (SD): บุตรชายกล่าวด้วยเสียงสั่นเครือ “แม่ไม่อยู่แล้ว”

Objective data (OD): ญาติทุกคนร้องไห้ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจากไป สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 35.4 องศาเซลเซียส, ชีพจร 58 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 76/38 มิลลิเมตรปรอท และค่าความอิ่มตัวออกซิเจน ร้อยละ 72 ระดับความรู้สึกตัว (Neuro signs) E1V1M1, pupils non reaction to light both eye

วัตถุประสงค์

ญาติและผู้ดูแลเข้าใจการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

เกณฑ์การประเมินผล

ญาติและผู้ดูแลยอมรับการจากไปของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. เข้าใจและยอมรับว่าครอบครัวย่อมมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสีย และการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวอาจจะแตกต่างกันไป
2. ให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีคนรบกวน และมีความปลอดภัยจากการที่ญาติอาจทำร้ายตนเอง
3. การติดต่อสื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการประคับประคองทางด้านอารมณ์ของญาติ
4. เปิดโอกาสให้ญาติได้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยยืดหยุ่นกฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล บางครั้งญาติผู้ป่วยหนักจะพบกับความคับข้องใจในกฎระเบียบของการเยี่ยมอย่างมาก
5. ช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติโดยให้การช่วยเหลือตามที่สามารถทำได้
6. เมื่อญาติผู้ป่วยพร้อมในการรับฟังแนะนำเรื่องการจัดเตรียมเอกสาร เพื่อยื่นประกอบการขอรับใบมรณบัตรในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลพร้อมกฎระเบียบและขั้นตอนในการรับศพไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ

การประเมินผล

สามีผู้ป่วยบอกว่า “คนอยู่ก็ต้องสู้ต่อไป” บุตรชาย บุตรสาว และญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วย

สรุป

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของไทย รวมถึงความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้คนมีอายุยืนขึ้นเสียชีวิตช้าลง ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองกระจายอยู่ตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ เพิ่มขึ้น การเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถเผชิญกับความตายและการสูญเสีย ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลให้ตายดี (good death) ครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือให้เผชิญภาวะเศร้าโศก และความสูญเสียให้เป็นไปตามธรรมชาติของปรากฏการณ์ นั่นคือ ยอมรับความสูญเสียได้โดยไม่ทุกข์เกินไป และคลายจากภาวะเศร้าโศกภายใน 6 เดือนภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวจึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาล เนื่องจากต้องใช้ทั้งศาสตร์ หรือองค์ความรู้วิทยาศาสตร์ทางสุขภาพแล้ว ต้องมีการบูรณาการความรู้ด้านศิลปศาสตร์ จริยศาสตร์ เกี่ยวกับ ความเข้าใจธรรมชาติเข้าใจชีวิต และศิลปะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์. (2561). การดูแลโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง. *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 71(2). 141-149.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2556). *Palliative Care ในประเทศไทยและเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์*. ใน บุชยามาส ชิวสกุลยง (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 1-12). เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียง การพิมพ์ จำกัด.
- ธีระชล สาดสิน และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2560). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: บริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. *วารสารการพยาบาล*, 19(1), 1-9.
- นิตยา ฐริพันธุ์, ดวงกมล ดีทองคำ และปณิดา คุณสาระ. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการอาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายด้วยสมาชิกบำบัด SKT-8. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(1), 173-189.
- ปกรณ ทองวิไล. (2553). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทางการแพทย์) “ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง”. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 2(5), 12-16.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). *พระพุทธศาสนาไทยในอนาคต แนวโน้มและทางออกจากวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิโกลมคิมทอง.
- พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม และหทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล. (2563). ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 21(2). 315-323.
- ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และพิชัย จันทร์ศรีวงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ ด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*. 5(1), 112-126.

- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., and Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care Patients. *Journal of palliative care*, 7(2): 6-9.
- General Medical Council. (2010). Understanding the General Medical Council's guidance Treatment and Care Towards the End of Life 2010. Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making. Retrieved from: http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/6858.asp.
- Lippert, F. K., Raffay, V., Georgiou, M., Steen, P. A., & Bossaert, L. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 81(10), 1445-1451.
- Martins Pereira, S., Hernández-Marrero, P., Pasman, H. R., Capelas, M. L., Larkin, P., & Francke, A. L. (2021). Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliative Medicine*, 35(1), 130-141.
- McGuigan, A., Kelly, P., Turkington, R. C., Jones, C., Coleman, H. G., & McCain, R. S. (2018). Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. *World journal of gastroenterology*, 24(43), 4846.
- Saad, A. M., Turk, T., Al-Husseini, M. J., & Abdel-Rahman, O. (2018). Trends in pancreatic adenocarcinoma incidence and mortality in the United States in the last four decades; a SEER-based study. *BMC cancer*, 18(1), 1-11.
- Satsin, T., Matchim, Y., & Thongthawee, B. (2017). Emergency nurses' competency in the provision of palliative care and related factors. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(Supplement), 41-50.
- WHO. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>