



การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :
 มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล



ที่มา: Béphage G, 2009

สุวคนธ์ กุรัตน์
 พัชรี ภาระโช
 สุวิริยา สุวรรณโคตร

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
 สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

หนังสือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล เล่มนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล และผู้สนใจใช้เป็นคู่มือประกอบการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพัฒนาไปสู่การศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ คณะผู้เขียนขอขอบพระคุณ นายแพทย์สิริชัย นามทรศนีย์ วุฒิบัตรแสดงความเชี่ยวชาญทางด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ นางวไลพร ปักเคราะห์กา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม และนางปณณณช ธรรมวงษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานบริหารดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) โรงพยาบาลมหาสารคาม ในการตรวจทานและแก้ไขหนังสือให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

คณะผู้เขียน

พฤษภาคม 2556

สารบัญ

หัวข้อ บทนำ เนื้อหา	หน้า
	1
1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1
2. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	9
3. การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	14
4. การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย	18
5. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	22
- ด้านร่างกาย	
- ด้านจิตใจ	
- ด้านสังคม	
- ด้านจิตวิญญาณ	
6. ประเด็นทางด้านกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	35
7. การจัดบริการดูแลรักษาแบบประคับประคองในชุมชน	35
8. พินัยกรรมชีวิต (Living will)	38
9. กรณีศึกษาเรื่องเล่าจากประสบการณ์จริง	40
บทสรุป	42
บรรณานุกรม	43
ภาคผนวก	
แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale)	47
แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)	51
ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข	53
คณะผู้เขียน	57
ผู้ทรงคุณวุฒิ	58

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล

บทนำ

“ ปัจจุบันมนุษย์มีโอกาสดูจะตายอย่างสงบตามธรรมชาติน้อยมาก ด้วยเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์และเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่รุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว มนุษย์สามารถเอาชนะธรรมชาติในหลายด้าน รวมทั้ง การยืดชีวิตคนเจ็บป่วยและผู้สูงอายุ จนทำให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไป คาดหวังและตั้ง ความหวังไว้ว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษาเยียวยาแล้ว จะต้องหายหรืออย่างน้อยจะต้องยืดให้ ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ แพทย์ส่วนหนึ่งถือเป็นความล้มเหลว ถ้าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเสียชีวิตลง บุคคล ทั่วไปก็ตั้งความหวังไว้กับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไว้สูงมาก เมื่อญาติหรือตนเองเจ็บป่วยก็หวังว่าต้อง หายหรืออย่างน้อยต้องไม่ตาย เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหมายก็เกิดความผิดหวังอย่างรุนแรง หลายคนตั้ง คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนำไปสู่การฟ้องร้อง ดังนั้นทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องจึงต่างพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใด หรือผู้ป่วย จะอยู่ด้วยคุณภาพชีวิตอย่างไร ” (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2547)

“การรักษาพยาบาลใด ๆ ที่เพิ่มความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายหรือดีขึ้นจากโรคจนสามารถช่วยตนเองได้ ย่อมเป็นการทรมานมากกว่าการดูแลรักษา (Care) ผู้ป่วย แล้วยังเป็นการเบียดเบียนประโยชน์จากผู้ป่วยอื่น ๆ และสังคม” (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552)

จากคำกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นมิติใหม่ที่ทำนายบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ต้องทราบบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในทุกระดับของการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลาย ดังนี้

สมิธและโบเนท (Smith & Bohnet, 1983) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่หมดหวังจะหายขาดจากโรค อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายด้วยวิธีใดๆ อาการทรุดลงไปเรื่อยๆ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมๆได้และเสียชีวิตในที่สุด

วิลเลียม ซัลลิแวน (William Sullivan, 2003) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยการรักษาทางการแพทย์ ทำได้เพียงเยียวยาในสิ่งที่ทำได้ เช่น เรื่องของจิตวิญญาณ

สันต์ หัตถิรัตน์ (2543) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวัง ที่ป่วยด้วยโรคทางกายและหรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นความทุกข์ทรมานและไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

ห้องสิน ตระกูลทิวากร (2553) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีชีวิตอยู่ได้ภายใน 6 เดือน

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคอง ในเรื่องของการเจ็บปวด และอาการอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อยๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด

มีคำศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลาย ดังนี้

Palliative care คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และมีปัญหาด้านอื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (WHO, 2005 อ้างถึงในศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553) Palliative care เป็นการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่รู้ผลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์

End of life care คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยที่รู้ว่ามีระยะเวลาเหลือจำกัด ส่วนใหญ่จะนับระยะเวลาประมาณ 6 เดือนก่อนเสียชีวิต

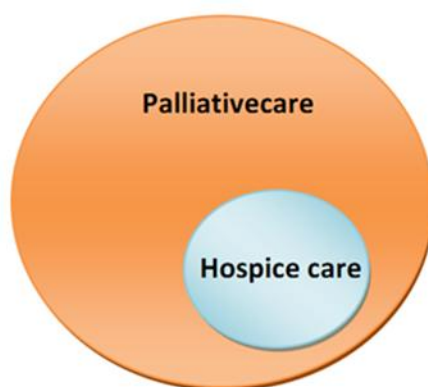
Terminal care คือการดูแลผู้ป่วยช่วงใกล้เสียชีวิต ประมาณ 1 สัปดาห์สุดท้าย หรือเรียกช่วงนี้ว่า ระยะใกล้ตาย (Dying)

องค์การอนามัยโลก (2002 อ้างถึงในสันต์ หัตถ์รัตน์, 2552) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึงวิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มคุณภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ด้วยการป้องกัน ประเมิน รักษาความเจ็บปวด และปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต รวมไปถึงถึงครอบครัวของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมาน และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น (WHO, 2002; กวีวัฒน์ วีรกุล, 2554) เป็นการเยียวยาคนทั้งคนโดยรวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เยียวยาทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2552)

ความแตกต่างของ Hospice care กับ Palliative care

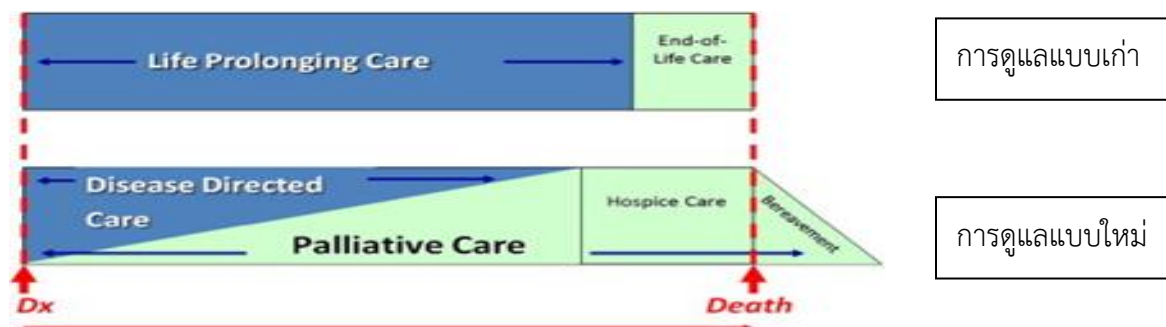
Hospice care คือการให้การดูแลประคับประคองอาการในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งรักษาไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้ คำนึงถึงคุณภาพชีวิตในชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่า และจะมุ่งเน้นการรักษาที่รักษาคุณภาพชีวิตเป็นหลัก ซึ่งจะไม่เร่งรัดหรือยืดความตายออกไป (National Hospice Organization, 1993) สำหรับ Palliative care ก็มีเป้าหมายเช่นเดียวกับ Hospice care คือเป็นการดูแลประคับประคองอาการ แต่จะต่างกันตรงที่ระยะเวลาในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย กล่าวคือ Hospice care ส่วนใหญ่จะทำในผู้ป่วยที่พยากรณ์โรคแล้วว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน แต่สำหรับ Palliative care นั้นจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตเหลืออยู่นานเท่าไร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความแตกต่าง

are

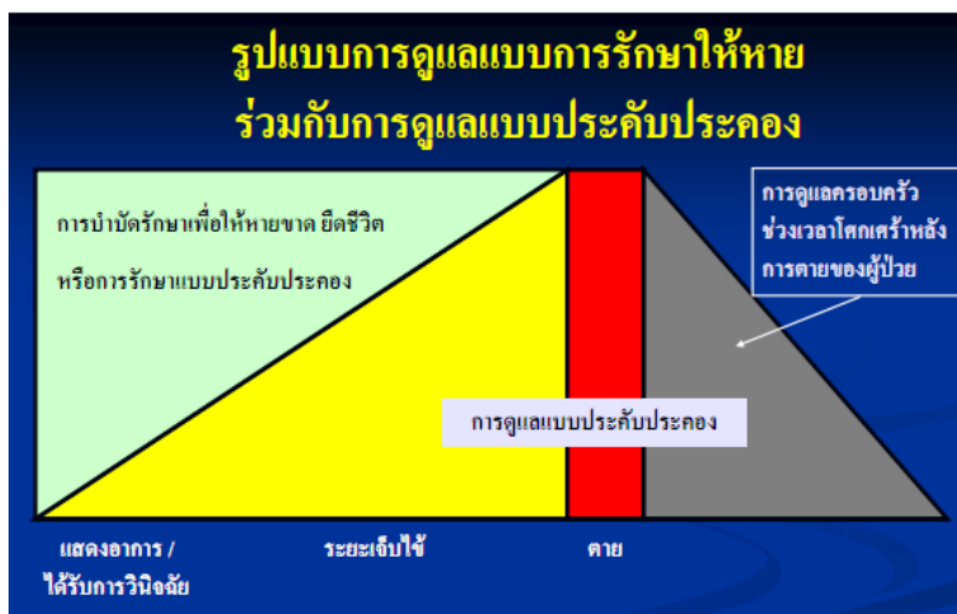
การดูแลรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ควรเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลจะครอบคลุมไปจนถึงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต (WHO, 2002; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), มปป.) ดังภาพที่ 2 และ 3



ภาพที่ 2 รูปแบบการให้การดูแลแบบประคับประคอง
ที่มา: WHO., 2002

การดูแลแบบเก่า เน้นการดูแลรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นหลักให้มากที่สุด นับแต่เริ่มต้นการวินิจฉัยโรค และการรักษาจะสิ้นสุดลงเมื่อร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา

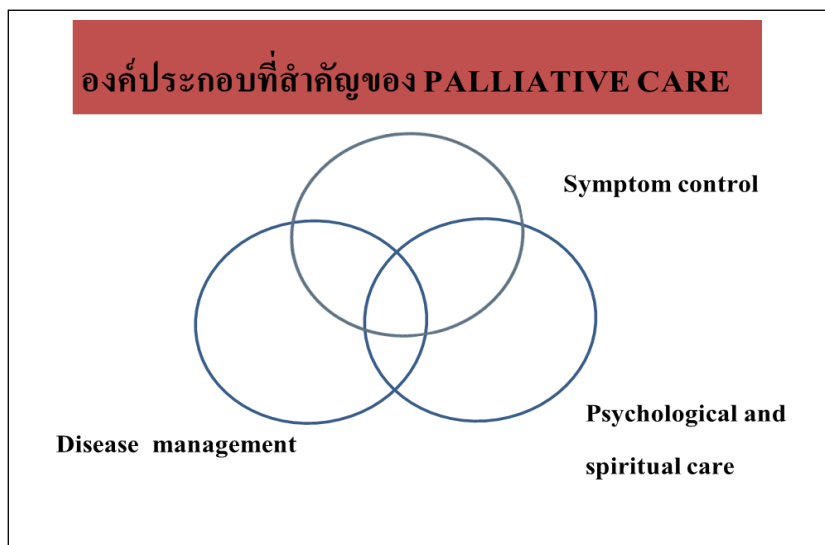
การดูแลแบบใหม่ เน้นการดูแลแบบประคับประคองเริ่มต้นตั้งแต่การวินิจฉัยโรค และดำเนินไปควบคู่กับการรักษาหลักไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และครอบคลุมจนถึงหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เพื่อดูแลภาวะทุกข์ทรมานจากการสูญเสียของครอบครัว



ภาพที่ 3 แสดงรูปแบบการดูแลแบบ Curative care กับ Palliative care
ที่มา: WHO, 2002

องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative care

องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative care (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2555) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การควบคุมอาการไม่สบาย (Symptom control) 2) การรักษาโรค (Disease management) และ 3) การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual care) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงองค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative care
ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553

1. การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (Symptom control) ได้แก่ อาการปวด (Pain) เบื่ออาหาร (Anorexia) ผอมแห้ง (Cachexia) หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea) คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) อ่อนแรงหรือเหนื่อยล้า (Weakness/fatigue) ปากแห้ง (Dry mouth) ถ่ายเหลวหรือท้องผูก (Diarrhea/ constipation) และปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล (Ulcers) ผื่นคัน (Pruritus)

2. การรักษาโรค (Disease management) ได้แก่ การรักษาในสภาวะที่แก้ไขได้ (Reversible condition) และการรักษาแบบประคับประคอง (Incurable condition)

3. การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual care)

การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ความสนใจ งานอดิเรก ศาสนา อาชีพ ครอบครัว ความเชื่อ ความสัมพันธ์การดูแลด้านจิตวิญญาณได้แก่ การค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย คุณค่า การให้อภัย ความรัก ความเข้าใจ และความเชื่อทางศาสนา

องค์ประกอบขั้นต่ำสุดของ Palliative care ตามองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) กำหนดองค์ประกอบไว้ดังนี้ คือ

1. การบรรเทาความปวด
2. การช่วยเหลือด้านจิตใจ
3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วย

เมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะทนทุกข์ทรมานจากการรักษา เมื่อถึงระยะเวลานั้นการยื้อชีวิตผู้ป่วยจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ Palliative care เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อระยะสุดท้ายมาถึงการดูแลแบบ Palliative care เป็นการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ไม่เน้นเรื่องการรักษาตัวโรคที่เป็นสาเหตุ เพราะอยู่ในภาวะที่โรคลุกลามมากหรือเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การมุ่งเน้นคุณภาพชีวิต หมายความว่า อาการทางกายต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาการที่มีความสำคัญมากคือ อาการปวด อาการหายใจไม่อิ่ม (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553) นอกจากอาการทางกายแล้ว การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ก็เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตเช่นกัน

ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบ Palliative care ได้แก่ผู้ป่วยต่อไปนี้

1. มะเร็งระยะสุดท้าย (Advance cancers)
2. โรคระยะสุดท้ายที่การพยากรณ์โรคไม่ดี (Advance diseases with poor prognosis) เช่น
 - 2.1 โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (End stage heart failure)
 - 2.2 โรคปอดระยะสุดท้าย (End stage lung disease)
 - 2.3 โรคไตวายระยะสุดท้าย (End stage renal failure)
 - 2.4 โรคทางระบบประสาทระยะสุดท้าย (End stage neurological disease)
3. ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Severe cortical dementia)
4. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคเอดส์ระยะสุดท้าย (Advance HIV/AIDS)

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเป้าหมาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างสบาย ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถทำให้ผู้ป่วยปล่อยวางทุกสิ่งให้เป็นไปตามธรรมชาติ โดยไม่มีความเป็นตัวกูของกูเหลืออยู่การดูแลให้ตายดี จึงไม่ได้อยู่ที่การมีทีมดูแลให้สบาย (Palliative care team) หรือการมีสถานพยาบาลระยะสุดท้าย (Hospice) เพื่อผลึกภาะความรับผิดชอบในการดูแลไปให้ผู้อื่น และผลึกใสผู้ป่วยให้ไปตายอย่างไม่สงบในสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับการตายและความตายตามธรรมชาติ ความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและหรือทางใจจะลดลง และมักจะทำให้เกิดความสุขสงบขึ้นในจิตใจตน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยทีมงานในการดูแล ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตาย อาจรวมถึงญาติมิตรผู้คุ้นเคยที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล พระหรือนักบวช (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2552) ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แสดงการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ
ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553

บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว (เดิมศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550)

บทบาทของแพทย์ ความรับผิดชอบโดยตรงของแพทย์คือ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลที่ครบถ้วน สามารถเข้าใจได้ง่าย และการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้แพทย์จะต้องมีความรู้ความสามารถที่ทันสมัยในการดูแลรักษาอาการต่าง ๆ แล้ว ยังต้องให้ความสนใจให้ความสำคัญกับคำพูด ลักษณะท่าทางและอาการแสดงของผู้ป่วย แพทย์ควรสอบถามผู้ป่วยถึงลำดับของอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้มากที่สุด และสนใจดูแลรักษาอาการเหล่านั้นอย่างครบถ้วน

บทบาทของพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินสภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล แผนการดูแลนั้นมีเป้าหมายเพื่อการบรรเทาอาการหรือหยุดยั้งความทุกข์ทรมาน และต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญ ความรุนแรงอาการ และความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลสามารถดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น ดูแลการรับประทานอาหารและน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันอันตราย การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและความตาย ต้องไวต่อความรู้สึก อุดหนุน และสังเกตด้วยความระมัดระวัง เป็นผู้ฟังที่ดี แสดงกิริยาตอบรับพอสมควร เปิดโอกาสและให้ความร่วมมือกับผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ทำกิจกรรมตามความเชื่อและประเพณี วัฒนธรรม สังคม ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยเตรียมความพร้อมของญาติในครอบครัวก่อนจะเข้าหาผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และให้กำลังใจครอบครัวในการดำเนินชีวิตต่อไป แม้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว

บทบาทของเภสัชกร เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยาระงับปวด โดยเฉพาะ morphine รูปแบบต่าง ๆ มีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารยา ปฏิกริยาของยาต่างๆ

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้ การให้ความช่วยเหลือทางสังคมโดยให้คำปรึกษานับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน การทำความเข้าใจหลักการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประสานงานการเข้าออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน การติดต่อประสานงานองค์กรให้ความช่วยเหลือในภูมิภาคของผู้ป่วย การฝึกทักษะที่สามารถหารายได้ การติดตามญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงที่ขาดการติดต่อ การปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยก่อนและหลังการเสียชีวิต และการจัดกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

บทบาทของผู้นำศาสนา สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตจากความเจ็บป่วยและความตายได้โดยความต้องการและสมัครใจของผู้ป่วย ด้วยการให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการดำรงชีวิต หรือสวดมนต์ไหว้พระ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ จากการได้ทำบุญหรือร่วมในพิธีกรรมตามความเชื่อ การได้พบพระหรือผู้นำทางศาสนาเพื่อปลดปล่อยความขัดแย้งทางจิตวิญญาณหรือบาปที่ฝังใจอยู่ก่อนเสียชีวิต

บทบาทของครอบครัว ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บิดามารดา หรือบุตรคนใดคนหนึ่ง มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลเป็นกำลังใจ สนับสนุน ชี้แนะแนวทาง พยาบาลควรทราบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลต่าง ๆ กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เพื่อใช้พิจารณาดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วย เช่น การได้พบบุตรที่อยู่ห่างไกลเพื่อกล่าวคำอำลา เป็นต้น ญาติพี่น้องควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา และพยากรณ์โรค และมีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาให้มากที่สุด โดยเฉพาะในประเด็นที่มีทั้งผลดีผลเสียหรืออาจมีความขัดแย้งในอนาคตได้ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อหรือสายต่าง ๆ ในร่างกาย สถานที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติพี่น้องควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการสำคัญต่าง ๆ และการช่วยเหลือดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้แบ่งเบาภาระงานครอบครัว ได้ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจเมื่อต้องให้การช่วยเหลือที่บ้าน นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ และสนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้ได้มีโอกาสแสดงความรู้สึก และให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลาย ได้พักทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

2.1. การประเมินด้านร่างกาย

การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย จะประเมินจากอาการไม่สุขสบาย ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก แล้วจึงประเมินการตรวจร่างกาย ซึ่งการตรวจร่างกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีถึงความเอาใจใส่ที่ตระหน่วงบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย โดยต้องคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วยและรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการปวด (Pain) เบื่ออาหาร (Anorexia) ผอมแห้ง (Cachexia) หายใจหอบหรือหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea) คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) อ่อนแรงหรือเหนื่อยง่าย (Weakness/fatigue) ปากแห้ง (Dry mouth) ถ่ายเหลวหรือท้องผูก (Diarrhea/constipation) และปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล (Ulcers) ผื่นคัน (Pruritus) เป็นต้น

ปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิตคือ ความปวด ดังนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพควรประเมินและจัดการกับอาการปวด (Pain management) สิ่งที่ต้องประเมินเกี่ยวกับอาการปวดคือ 1) ตำแหน่ง 2) ลักษณะของความปวด 3) ความรุนแรงของความปวด 4) ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด 5) ผลต่อความสามารถในการทำงาน 6) ผลของการรักษาต่อความปวด และ 7) ความเห็นของผู้ป่วยต่อความปวด (สุปราณี นิรุตติศาสตร์, 2550)

2.2. การประเมินด้านจิตใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ 3 อย่าง (ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) คือ 1) ภาวะซึมเศร้า (Depression) 2) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และ 3) ภาวะสับสน (Delirium)

1) ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ อาการทุกข์ทรมานทางกายโดยเฉพาะอาการปวดที่ยังควบคุมไม่ได้ การนอนไม่หลับ การนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความพิการ ผลจากโรคเช่น โรคมะเร็งบางชนิด ผลจากยารักษา เช่น เคมีบำบัดบางตัว ได้แก่ Vincristin, vinblastine, L-asparaginase เป็นต้น และยาในกลุ่ม Steroids ยากลุ่ม Beta-blocker ยารักษาโรคพาร์กินสัน (Antiparkinson) และยา Amphotericin B

2) ภาวะวิตกกังวล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความวิตกกังวลจะส่งผลทำให้แสดงออกทางด้านร่างกาย คือ กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย และมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น มือสั่น หายใจไม่สะดวก หน้ามืด มึนงง กลืนลำบาก ท้องอืดเฟ้อ หรือท้องผูก บางรายมีความเครียดเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันเช่น หายใจไม่ออกกะทันหัน หัวใจ หรือรู้สึกใจเสียดกลายเป็นบ้าถ้าควบคุมไม่ได้

3) ภาวะสับสน เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติทั้งในด้านการรับรู้ การคิด และการแสดงออก โดยเฉพาะการแสดงออกของผู้ป่วยมีทั้งรูปแบบที่สับสน วุ่นวายมากขึ้น (Hyperactive delirium) และแบบที่ซึ่มลง (Hypoactive delirium) ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น ย้ำคิดย้ำทำ โวยวายอาละวาดหรือซึมเศร้า มีอาการสับสน การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ไม่ตรงตามความจริง

ตัวอย่างคำถามในการประเมินด้านจิตใจ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดอารมณ์ มุมมอง ความคาดหวังได้อย่างอิสระ เช่น

- “คุณรู้สึกอย่างไรบ้างกับเรื่องนี้”
- “ตอนนี้คุณคิดอะไรอยู่หรือคะ”
- “ตอนนี้คุณมองปัญหาอย่างไร”
- “แล้วคุณอยากให้เป็นอย่างไร”

2.3. การประเมินด้านสังคม

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิต โดยเฉพาะผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินทางด้านสังคม (Social assessment) จึงมีความสำคัญโดยจะต้องประเมินในเรื่องต่อไปนี้

1) บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เพราะบทบาทจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวหรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่าง ๆ เช่น กรณีสามีซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลักเสียชีวิตลง มักส่งผลให้ภรรยาต้องรับภาระของครอบครัว ไม่สามารถจัดการกับปัญหาเรื่องของตัวเองได้ ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สินตามมา เป็นต้น

2) ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยหนักและทราบว่าตนเองจะต้องเสียชีวิตลง อาจทำให้รู้สึกกระวนกระวายใจ การมีโอกาสได้ปรับความเข้าใจและแสดงออกถึง

ความรักความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น ลดความรู้สึกคับข้องใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความสวยงามของชีวิต แม้ว่าจะต้องจากและสูญเสียคนที่รัก

3) ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) การประเมินเรื่องผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ท่ามกลางคนที่รัก ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องเข้าใจและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับบ้าน จะต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร การสังเกตอาการป่วย เป็นต้น

4) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การประเมินเรื่องที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน

5) เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยครอบครัวหรือญาติ เพื่อนบ้าน หน่วยงาน หรือองค์กร กลุ่มทางศาสนา อาสาสมัคร การค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่องจากเครือข่ายทางสังคมอย่างไร เช่น การให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ การให้คำแนะนำ ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว

6) ความต้องการของครอบครัว ในสังคมไทยสถาบันครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคลที่สุด ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย บางครั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจสร้างความขัดแย้งกับผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกัน การค้นหาว่าใครมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้และสามารถทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าเป็น “ทีม”เดียวกับผู้ดูแลรักษาจะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุดข้อควรคำนึงในการประเมินด้านสังคมคือ ต้องคำนึงถึงความแตกต่างในองค์ประกอบของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ศาสนา ความเชื่อ การรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้น

2.4 การประเมินด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับปรัชญาชีวิต เป้าหมายชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าสูงทางจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญกับชีวิต ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเองนับถือ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะคงไว้ในเรื่องความผูกพันกับพระเจ้าของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งชั่ว (Henderson, 1977 อ้างถึงใน เชิดชัย เลิศจิตเลขา, 2547) สามารถสรุปได้ ดังนี้

1) ความต้องการความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness) ความรักเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์มีความจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของบุคคลในหลายๆด้าน ทั้งความคิดความรู้สึก โดยเฉพาะความรักความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหาย ของใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ (Hall, 1997 อ้างใน ทศนีย์ ทองประทีป, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับ Bolanders (1994) และ Highfield & Cason's (1983 cited in Ross 1997) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจะต้องการความรักความผูกพัน (Need for Love and relatedness love) การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่โรงพยาบาล ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ยิ่งรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและกำลังจะตายจึงรู้สึกเศร้าโดดเดี่ยว และท้อแท้ ย่อมต้องการความรักและความสัมพันธ์ที่ดีจากทั้งญาติและแพทย์ พยาบาลผู้ดูแล

2) ความต้องการค้นหาความหมายชีวิตและการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness) มนุษย์ไม่สามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้ ทุกคนต้องการอยู่อย่างมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนเองรักหรือทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ดำรงอยู่ ความเอื้ออาทร ความรักความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย มนุษย์ที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง จะสนใจศาสนาหรือมีปรัชญาในการดำเนินชีวิต ซึ่งแสดงออกในรูปพฤติกรรมคือ การดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง และแสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เมื่อยามเจ็บป่วยจะใช้วิกฤติในชีวิตครั้งนี้ค้นหาความหมายของชีวิตว่าจะใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างไรก่อนตาย

การตระหนักถึงความหมายของชีวิตในขณะที่เหลืออยู่มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วย เช่น ในขณะนี้ผู้ป่วยมีชีวิตเพื่อใคร เป็นต้น ผู้ป่วยระยะนี้อาจจะตั้งคำถามที่สำคัญๆที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมานและความตาย เช่น ทำไมต้องเกิดความทุกข์ทรมานกับตนเอง ชีวิตข้างหน้าจะเป็นอย่างไร (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; Brusco A ,1996 อ้างถึงใน เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, 2547)

3) ความต้องการการอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness) บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและอยู่ในระยะสุดท้าย มักจะพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาทั้งเรื่องราวของความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นที่ยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่คิดว่าตนเองคงไม่มีโอกาสได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชยเพราะเวลาเหลือน้อยเต็มที จะทำให้มีความทุกข์และซึมเศร้าจิตใจมาก ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มองย้อนกลับในอดีตบางครั้งสับสนและขัดแย้งในระยะนี้ผู้ป่วยมีโอกาสสำนึกผิดได้ง่าย ต้องการสารภาพผิดของตนเพื่อการได้รับอภัย ต้องการพบบุคคลที่ตนเองต้องการกลับคืนดี การอโหสิกรรมแก่ผู้ที่เคยเป็นศัตรูกันมาก่อนต้องการได้ขอโทษหรือได้รับการให้อภัย (อโหสิกรรม) การขออโหสิกรรมของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ หรือการได้สารภาพบาปในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์นั้น เป็นการกระทำที่มีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; Brusco A ,1996 อ้างถึงใน เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, 2547)

4) การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (Religious practice) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายนั้นการปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนามีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม การมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย และการได้ระลึกถึงคุณความดี กุศล หรือการสวดมนต์ให้จิตใจสงบ สภาพจิตใจที่ตั้งงามจะส่งผลให้ชีวิตหลังการตายไปของผู้ป่วยสุภภูมิที่ดี (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

5) ความต้องการความหวัง (Hope) การมีความหวังเป็นความต้องการและเป้าหมายชีวิตในทางบวกจะทำให้ชีวิตมีความสุข เปรียบเสมือนเป็นน้ำทิพย์ชโลมใจ ความหวังอาจเป็นความฝันหรือแรงบันดาลใจ หรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลพยายามดำเนินชีวิตต่อไปซึ่งแบ่งได้ 2 ชนิดดังนี้

5.1) หวังในสิ่งที่เป็นรูปธรรม (Concrete hope) เช่นผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความคาดหวังว่าโรคของตนเองคงไม่ทรุดลงไปกว่านี้ อาการคงดีขึ้น หวังว่าจะช่วยเหลือตนเองได้ อยากกลับบ้านไปอยู่กับลูกหลาน หวังได้ทำบุญหรือทำภารกิจที่สำคัญให้สำเร็จได้

5.2) ความหวังหรือความปรารถนาที่เป็นนามธรรม (Abstract hope) เป็นความหวังที่เป็นปรัชญาเช่นหวังได้ขึ้นสวรรค์ หรือถูกจดจำจากคนทั่วไป บางครั้งอาจรวมไปถึงชาติหน้าว่าจะได้เกิดมาร่วมกับครอบครัวเดิมหรือพบเจอกันในภพภูมิหน้า บางรายวาดหวังจะได้ไปสู่สวรรค์

6) ความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง จะสนใจศาสนาหรือมีปรัชญาในการดำเนินชีวิต ซึ่งแสดงออกในรูปพฤติกรรมคือ การดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง และแสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เมื่อยามเจ็บป่วยจะใช้วิกฤติในชีวิตครั้งนี้ค้นหาความหมายของชีวิตว่าจะใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างไรก่อนตาย

รู้สึกว่าคุณถูกคุกคามทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ จากวิธีการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใช้เครื่องมือต่างๆที่ทันสมัย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่าตกอยู่ในอำนาจบางอย่างที่ตนเองไม่สามารถเอาชนะได้ รู้สึกถูกคุกคามจากโรคร้ายและความตาย ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลใน

ฐานะบุคคลที่มีคุณภาพชีวิต (Quality of life) ในช่วงชีวิตของตนเองที่กำลังเหลืออยู่ (Brusco A ,1996 อ้างถึงใน เชิตชัย เลิศจิตรเลขา, 2547)

7) ความต้องการในสิ่งที่เป็นอมตะ ผู้ป่วยในระยะนี้มีความต้องการที่จะเป็นอมตะที่เป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของชีวิตที่กำลังเผชิญอยู่ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะเริ่มถามเกี่ยวกับชีวิตหน้า ความเป็นอมตะของชีวิตหน้า ความสุขในชีวิตหน้าที่สอดคล้องกับความเชื่อศาสนาที่ตนเองนับถือ(Brusco A ,1996 อ้างถึงใน เชิตชัย เลิศจิตรเลขา,2547)

8) ความต้องการที่จะสิ้นชีวิต เนื่องจากชีวิตเป็นศูนย์รวมของการพลัดพรากและการจากลา ที่มีความหมายสำคัญที่สุดคือ ความตาย ผู้ป่วยต้องการที่จะสิ้นชีวิตอย่างมีความสุข หรือตายดีคือตายที่ปลอดภัย ความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ได้ทำกิจกรรมที่ต้องการที่เกี่ยวข้องกับบุญกุศล ความดีงาม และเมื่อผู้ป่วยมีความสุขใจก็สามารถที่จะลาจากโลกนี้ไปอย่างสงบ (Brusco A ,1996 อ้างถึงใน เชิตชัย เลิศจิตรเลขา ,2547 ; สุมาลี นิมนานิตย์, 2552)

จากคำกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ มีความรู้สึกปลอดภัย ต้องการได้รับการยอมรับ สามารถให้และได้รับความรัก ไม่ถูกมองว่าเป็นภาระของญาติมิตรหรือบุคลากรทางการแพทย์ สามารถได้รับการอธิบายถึงอาการที่เป็นอยู่และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พยาบาลต้องทำความรู้จักผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยแต่ละคนในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อจะได้สามารถให้การดูแลประคับประคองใจที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การซักประวัติครอบคลุม 4 ด้านของจิตวิญญาณ ใช้คำย่อว่า FICA (กฤษณะ สุวรรณภูมิ, 2552) ดังนี้

Faith and belief	“คุณมีความเชื่อด้านจิตวิญญาณหรือศาสนาหรือไม่” หรือ “คุณมีความเชื่อด้านจิตวิญญาณอะไรหรือไม่ ที่ช่วยให้คุณรับมือกับความเครียดได้” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “ไม่” ก็ถามต่อว่า “อะไรที่ทำให้ชีวิตคุณมีความหมาย” โดยผู้ป่วยบางรายอาจตอบว่าครอบครัว การงานหรือธรรมชาติ
Importance	“อะไรที่มีความสำคัญต่อความศรัทธาหรือความเชื่อในชีวิตคุณ” “ความเชื่อของคุณเคยมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่” “ความเชื่อที่คุณมี มีผลทำให้สุขภาพของคุณดีขึ้นอย่างไร”
Community	“คุณเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนด้านจิตวิญญาณหรือความเชื่อหรือไม่ ถ้ามี ชุมชนดังกล่าวมีส่วนช่วยคุณหรือไม่ อย่างไร” “มีกลุ่มคนที่คุณรักหรือมีความสำคัญต่อตัวคุณหรือไม่” ตัวอย่างของชุมชน ได้แก่ กลุ่มคนในวัดในพุทธศาสนา โบสถ์ในคริสต์ศาสนา มัสยิดในศาสนาอิสลาม
Address in care	“คุณรู้สึกอย่างไรต่อเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ดูแลคุณ” “คุณมีความต้องการอะไรหรือไม่”

สรุปการประเมินในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้หลัก “LIFESS” ดังนี้

L = Living wills คือ พินัยกรรมชีวิต

I = Individual belief คือ ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความตาย หรือการเสียชีวิต

F = Function คือ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง PPS (Palliative Performance scale)

E = Emotion and Coping คือ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย วิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เผชิญกับความรู้สึกดังกล่าว

S = Symptoms คือ ความไม่สบายทางร่างกายและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

S = Social and support คือ ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย

3. การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีหลักสำคัญ 2 ประการคือ 1) การบอกผลวินิจฉัยระยะสุดท้าย หรือการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย และ 2) การพูดคุยเสริมกำลังใจระหว่างการดูแลรักษา

1. การบอกผลวินิจฉัยระยะสุดท้ายหรือการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย ทักษะในการสื่อสารข่าวร้ายมีความจำเป็นมาก เป็นบทบาทสำคัญของแพทย์ เนื่องจากข่าวร้ายเป็นเรื่องที่ไม่ดีสำหรับทุกคน แนวทางปฏิบัติในการสื่อสารที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย ใช้แนวปฏิบัติของ Robert Buckman (6 step protocol for communicating bad news) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมตัวเจรจา (Getting start)

ขั้นตอนที่ 2 สำนวนว่ารู้แค่ไหน (What does the patient know)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินใจอยากรู้แน่ (How much the patient want to know)

ขั้นตอนที่ 4 เผยแพร่ข้อมูลให้ตรงจริง (Sharing information)

ขั้นตอนที่ 5 ไม่ทอดทิ้งนึ่งดูตาย (Responding to patient and family)

ขั้นตอนที่ 6 นัดหมายไว้ภายหลัง (Planning and follow-up)

ใน 3 ขั้นตอนแรกเป็นเรื่องการเตรียมตัวและประเมินผู้ป่วยก่อนการบอกข่าวร้าย ขั้นตอนที่ 4 คือการบอกผล ขั้นที่ 5 และ 6 เป็นการตอบสนองต่อปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติรวมถึงการดำเนินการในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมตัวเจรจา

เรื่องที่ต้องพูดคุยควรเป็นเนื้อหาที่สรุปบทวนดีแล้ว ถูกต้องตามหลักการทางการแพทย์จริง ๆ อาจต้องเตรียมข้อมูลเกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยอาจซักถามไว้ล่วงหน้า ควรเตรียมเวลาที่จะให้กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เนื่องจากเรื่องที่ต้องคุยอาจไม่จบในเวลาที่กำหนด ควรปิดอุปกรณ์สื่อสารเนื่องจากอาจเป็นการรบกวนการสนทนา ซึ่งจะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก การสนทนาควรจะนั่งคุยดีกว่ายืนคุย ซึ่งจะทำให้ดูเหมือนว่าแพทย์มีเวลาน้อย แพทย์ควรให้เวลากับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ รวมทั้งมีพฤติกรรมแสดงออกที่สามารวมให้เกียรติผู้ป่วยและตั้งใจจริง ควรบอกผู้ป่วยอย่างชัดเจนว่าจะพูดคุยกันถึงเรื่องโรคให้ผู้ป่วยฟัง และควรมีญาติหรือผู้อื่นร่วมฟังด้วย ถ้าผู้ป่วยอยู่กับญาติจะทำให้บรรยากาศมั่นคงปลอดภัยมากกว่า ถ้ามีบุคคลที่แพทย์คิดว่าควรเข้าร่วมการสนทนาด้วย เช่น พยาบาล ผู้ดูแลตามกฎหมาย ควรต้องนัดหมายล่วงหน้า

ขั้นตอนที่ 2 สำนวนว่ารู้แค่ไหน

เริ่มต้นสนทนาเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม โดยต้องถามจากผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์นี้อย่างไรตัวอย่างคำถามเช่น

“อาการที่คุณเป็นอยู่ เข้าใจว่าเป็นจากอะไร เรียกว่าโรคอะไร คุณหมอบอกว่าอย่างไร”

“คุณเข้าใจว่าต้องรักษาอย่างไรบ้าง คุณได้รักษาอย่างไรไปแล้วบ้าง”

“ที่ผ่านมาการรักษาให้ผลเป็นอย่างไรบ้าง สบายขึ้นอย่างไร เกิดผลข้างเคียงอย่างไร พอใจหรือไม่พอใจอย่างไร”

“อาการช่วงนี้เป็นหนักหรือเบาอย่างไร คุณมองว่าตัวคุณเป็นอย่างไร”

การสนทนาในขั้นนี้ควรดูการตอบสนองของผู้ป่วย อาจจะค่อย ๆ ถามและรอให้ผู้ป่วยค่อย ๆ พูด หรือแพทย์อาจช่วยสรุปประเด็น แต่ควรเป็นฝ่ายตั้งคำถามและรับฟัง ไม่ควรแย้งสิ่งที่ผู้ป่วยพูดในทันที ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าจะพูดในเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติม ถ้าผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทางอารมณ์มากหรือไม่อยู่ในสภาวะที่พร้อมที่จะสนทนาต่อ ควรสรุปเรื่องที่พูดคุยให้เข้าใจตรงกันและจบการสนทนา

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินใจอยากรู้แน่

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นสิทธิผู้ป่วยที่มีสิทธิรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตนเองทั้งหมด และต้องประเมินว่าผู้ป่วยอยากรู้จริงหรือไม่ ในกรณีของญาติควรประเมินว่าใครเป็นผู้มีส่วนตัดสินใจมากน้อยต่างกันอย่างไร ควรชี้แจงใครหรือต้องชี้แจงญาติคนไหนบ้าง ถ้าญาติมีหลายคนควรนัดพูดคุยพร้อมกันไม่ให้เข้าใจคลาดเคลื่อน ถ้าสามารถสื่อสารกับญาติได้ดี ญาติจะเข้าใจและร่วมมือกับแพทย์ ตัวอย่างคำถามเช่น

“คุณอยากรู้ไหมครับว่าที่ป่วยนี้ คือโรคอะไร ชื่อทางการแพทย์ว่าอย่างไร”

“ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนี้ ถ้าผลออกมาเป็นโรคที่รุนแรง คุณอยากให้หมอแจ้งคุณทันทีหรือไม่” ยังไม่ตัดรอนความหวังของผู้ป่วย และเป็นการถามที่เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมใจ

“คุณอยากทราบสาเหตุและการวินิจฉัยโรคหรือเปล่า” ผู้ป่วยอาจตอบว่าเก็บไว้ก่อน แต่ส่วนใหญ่จะนิ่งแทนการปฏิเสธ ถ้าคุณไม่อยากรู้ในตอนนี้ อยากให้หมอบอกใครแทนคุณ คุยกับใครแทนคุณก่อนไหม ผู้ป่วยอาจอยากให้มีใครในครอบครัวช่วยรับรู้หรือตัดสินใจแทน

“ผู้ป่วยบางรายอยากให้หมอบอกผลวินิจฉัยกับตัวเอง แต่บางรายอยากให้หมอคุยกับครอบครัวเขาก่อน สำหรับคุณ คุณอยากให้เป็นอย่างไร” การใช้คำว่า “บางราย” ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกละอายใจเพราะมีคนอื่นคิดเหมือนเขา และคำถามตอนท้ายเป็นการให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือก

ผู้ป่วยที่อยากรู้จะบอกกับแพทย์ว่าอยากรู้ทันที เมื่อแพทย์ได้เปิดประเด็นเรื่องนี้ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่อยากรู้จะมีวิธีปฏิเสธแพทย์หลายรูปแบบ เช่น อาจบอกแพทย์ว่า “แล้วแต่หมอ จะเป็นอะไรก็ขอให้หมอช่วยเต็มที่” บางครั้งอาจตัดบทหรือทำเป็นชวนคุยเรื่องอื่น ๆ หรือนิ่งเงียบไป แพทย์ควรสำรวจความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วยก่อน เช่น “พอหมอบอกถึงเรื่องนี้คุณนิ่งไป คุณรู้สึกอย่างไรบ้างครับ คุณคิดถึงเรื่องอะไรอยู่หรือครับ” แพทย์ไม่ควรถามต่อว่าตกลงอยากรู้หรือไม่ ควรแสดงความเห็นใจกับผู้ป่วยที่ตัดสินใจรับฟังผลวินิจฉัยได้ยาก เช่น “หมอเข้าใจว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่สำหรับคุณ” “หมอเชื่อมั่นว่าคุณ ถ้าผลออกมาเป็นโรคร้ายแรง” และเสนอโอกาสให้ผู้ป่วยถามได้ถ้าอยากรู้ในโอกาสต่อไป เช่น “ถ้าคุณกลับไปคิดทบทวนดูแล้วถ้าคุณเกิดเปลี่ยนใจอยากทราบผล ก็ไม่เป็นไรครับ หมอยินดีจะคุยด้วยใหม่เสมอ”

หากผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรับรู้ผลทันที แต่มีท่าทางลังเล หมายถึงภายในใจผู้ป่วยกำลังขังน้ำหนักระหว่างการรู้ความจริงกับความเครียดที่จะเกิดขึ้น นอกจากการสำรวจความรู้สึกและแสดงความเห็นใจแล้ว ควรบอกข้อดีในการได้รู้ข้อมูล เช่น “บางทีถ้าคุณรู้อะไรชัดเจนขึ้นน่าจะเป็นผลดีกับคุณมากกว่า เราจะได้อุ่นใจได้อย่างเต็มที่ ไม่ต้องสื่อสารกันอย่างอ้อมค้อม” “ส่วนใหญ่ที่หมอสังเกตมา ผู้ป่วยที่รู้ผลการวินิจฉัย จะ

มีผลการรักษาดีกว่าเพราะจะจัดการกับชีวิตได้ชัดเจน” “หลายครั้งคนเราจะจินตนาการในสิ่งที่ไม่รู้ จนน่ากลัวเกินกว่าความเป็นจริง ถ้ารู้ให้แน่ชัด อาจจะน่ากลัวน้อยกว่าที่กังวลไปก่อนก็ได้ครับ”

ถ้าญาติผู้ป่วยไม่ยากให้แพทย์บอกผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยอาจจะมาขอแพทย์ภายหลัง ถ้ามผลการรักษา “เป็นมะเร็งหรือเปล่า” จากนั้นก็ขอร้องว่าอย่าบอกให้ผู้ป่วยทราบ แพทย์บางรายที่เห็นด้วยก็ไม่แจ้งผู้ป่วย บางรายอาจมองว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะต้องรับรู้ จึงไม่เห็นด้วยและอาจรำคาญญาติผู้ป่วย ทางออกที่ดีคือต้องทำการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยก่อน เริ่มจากการเข้าใจมุมมองและสภาวะอารมณ์ของญาติขณะนั้น ซึ่งมักจะกลัวเหมือนกับผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยเป็นทุกซีให้น้อยที่สุด เข้าใจว่าการบอกผลจะทำให้ผู้ป่วยทรุดลง ไม่มีกำลังใจต่อสู้กับชีวิตต่อไป แพทย์ควรแจ้งความจริงให้ญาติทราบว่าการปกปิดผู้ป่วยหรือหลอกว่าเป็นโรคร้ายจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์มากกว่า และควรชี้แจงให้ญาติทราบว่าถ้าเขาเหล่านั้นอยู่ในสถานการณ์เดียวกับผู้ป่วย เขาจะอยากให้มีคนปิดบังข้อมูลหรือไม่ สิ่งที่ญาติคิดว่าดีอาจจะไม่ใช่สิ่งเดียวกับที่ผู้ป่วยต้องการก็ได้ ผู้ป่วยที่ทราบข่าวร้ายอาจทำใจไม่ได้ในช่วงแรก แต่มักทำใจได้และร่วมมือในการรักษาได้ชัดเจนเมื่อรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร แพทย์และญาติยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขได้แม้ว่ามีเวลาเหลืออยู่อย่างจำกัด

ขั้นตอนที่ 4 เผยแพร่ข้อมูลให้ตรงจริง

การสนทนาควรเริ่มจากการทบทวนในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจแล้วในขั้นตอนที่ 2 พร้อมกับให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ทราบแล้ว เช่น ผลการวินิจฉัย หรือสาเหตุที่เป็นไปได้ แนวทางการรักษาคร่าว ๆ เลือกใช้คำที่เข้าใจง่าย ตรงกับระดับการศึกษาของผู้ป่วย เช่น

“ผลตรวจออกมาไม่ค่อยดีเท่าไร .. ขึ้นเนื้อที่ตัดมา เป็นเนื้อร้ายครับ” ขณะพูดควรสังเกตการตอบสนองจากผู้ป่วยว่าตามเรื่องที่กำลังพูดถึงอยู่หรือไม่ เช่น “ตามหมอทันไหมครับ” “เรื่องผลชิ้นเนื้อ ผลเลือด มีตรงไหนที่หมอพูดแล้วคุณยังสงสัยไหมครับ ถ้าสงสัยถามได้เลยครับ”

ขั้นตอนที่ 5 ไม่ทอดทิ้งนิงดูตาย

แพทย์ต้องสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร เมื่อใดที่ผู้ป่วยไม่พยักหน้า ไม่สบตา ซักสีหน้า หรือร้องไห้ ควรหยุดรอก่อน อาจทิ้งช่วงการสนทนาให้เงียบสงบสักระยะ (Silence technique) เพื่อรอให้ผู้ป่วยทำใจ อาจใช้การสำรวจความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วย และควรเตรียมกระดาษทิชชูไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องไห้ ซึ่งเป็นกรยอมรับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องธรรมดา และอาจแสดงความเห็นอกเห็นใจ ตัวอย่างคำถาม เช่น

“คุณรู้สึกอย่างไรบ้างครับ”

“คุณคิดถึงเรื่องอะไรอยู่ครับ”

หรือสะท้อนความรู้สึกที่เราเข้าใจว่าผู้ป่วยอาจกำลังรู้สึกอยู่ เช่น

“คุณคงลำบากใจ ทำอะไรไม่ถูกหรือเปล่าครับ”

“คุณคงตกใจมาก โดยปกติไม่มีใครคิดว่าตัวเองจะต้องเป็นร้ายแรงแบบนี้”

“เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องเล็ก ๆ คุณต้องการเวลาทำใจสักหน่อยไหม ก่อนที่เราจะคุยกันต่อ”

การให้เวลากับผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังภายหลังที่ทราบข่าวร้าย จึงควรนัดญาติมาด้วย แพทย์หรือบุคลากรควรอยู่กับผู้ป่วยสักช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือผู้ป่วยหยุดร้องไห้แล้ว และพูดคุยสรุปความเข้าใจก่อนจบการสนทนา

ขั้นตอนที่ 6 นัดหมายไว้ภายนอก

ภายหลังให้ข้อมูลทั้งหมดแล้ว ควรถามผู้ป่วยเพื่อสรุปความเข้าใจให้ตรงกัน เช่น แนวทางการรักษาชนิดต่าง ๆ ระหว่างนี้ควรปรับตัวอย่างไร มีใครช่วยดูแลได้บ้าง ถ้ามีปัญหาต่าง ๆ จะทำอย่างไร ควรชี้แจงผู้ป่วยว่าทางการแพทย์ไม่ทอดทิ้ง แต่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้มีความสุขได้มากที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่

ก่อนการจบการสนทนา ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติซักถามข้อสงสัย และนัดหมายการมาพบครั้งต่อไป ตัวอย่างคำถาม เช่น

“หลังจากการคุยกันถึงตรงนี้แล้ว หมออาจจะขอให้คุณลองสรุปดูว่า คุณเข้าใจเรื่องทั้งหมดอย่างไรบ้าง”

“วันนี้คุณคงมีเรื่องต้องคิดอีกเยอะ วันนี้คงเป็นวันที่หนักมากสำหรับคุณ หมอคิดว่าคุณคงต้องการเวลากลับไปค่อย ๆ ทบทวนและทำความเข้าใจ หรือตัดสินใจกับเรื่องต่าง ๆ อีกสักวันก่อนไหมครับ เราค่อยมาพบกันอีกครั้งนะคะ”

“วันนี้พักผ่อนนะครับ หมอจะมาเยี่ยมอีกครั้งในวันพรุ่งนี้ ในวันที...”

ถ้าผู้ป่วยดูสับสนหรือเศร้ามาก ควรรีบสำรวจความรู้สึกและความคิดต่อทันที ถ้าผู้ป่วยดูสิ้นหวังมาก อาจต้องประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจช่วยเหลือโดยตามญาติมารับกลับบ้าน หรือหากคิดว่ามีความเสี่ยงสูง ควรดูแลอย่างใกล้ชิดขึ้นและควรส่งปรึกษาจิตแพทย์ช่วยประเมินภาวะซึมเศร้า ตัวอย่างคำถาม เช่น

“หมอสังเกตว่าคุณท้อแท้มาก คุณรู้สึกท้อแท้จนไม่อยากอยู่ต่อหรือไม่”

“คุณคิดถึงเรื่องการฆ่าตัวตายหรือไม่”

4. การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีแนวทางดังนี้ (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552; สุมาลี นิมนานนิตย์, 2547)

4.1 การกล่าวหาความจริงของการป่วยหรือการแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news)

เมื่อวินิจฉัยโรคได้แล้ว เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องบอกการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ การแจ้งข่าวร้ายต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องมีความรู้ความสามารถมีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีจิตใจที่ดีงาม มีอารมณ์ที่มั่นคง มีความสังเกต วัตถุประสงค์ของผู้อื่น มีไหวพริบ มีจิตใจหนักแน่นมั่นคง มีเมตตา กรุณา และอุเบกขา แนวทางในการแจ้งข่าวร้ายได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องตามจริง รวมทั้งทางเลือกเกี่ยวกับการรักษา มีความรู้ทางด้านทางการแพทย์ รู้ว่าควรแจ้งกับใคร (ผู้ป่วยหรือญาติ) เมื่อใด (ผู้รับแจ้งต้องอยู่ในสภาพที่รับได้หรือไม่) และควรมีใครเข้าร่วมอยู่ด้วย มีการกำหนดเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว ควรจัดที่นั่งให้สบาย เตรียมกระดาษทิชชูไว้ให้พร้อมเสมอ และไม่ควรแจ้งข่าวร้ายทางโทรศัพท์ 2) กระบวนการแจ้งข่าวร้าย ก่อนเริ่มการสนทนาควรสร้างบรรยากาศให้คู่สนทนา รู้สึกผ่อนคลาย มีความเป็นกันเอง มีการรับฟังอย่างใส่ใจ ก่อนให้ข้อมูลควรสอบถามเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยและญาติรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคร้ายไข้เจ็บมากน้อยเพียงใด มีพื้นฐานด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและอารมณ์อย่างไร ควรเกริ่นนำเพื่อให้ผู้รับข่าวมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจ เช่น อาจเกริ่นนำว่า “เรื่องที่จะบอกอาจจะทำให้คุณรู้สึกไม่สบายแต่ข้อมูลที่ให้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาของคุณ” แล้วหยุดรับฟัง พร้อมสังเกตปฏิกิริยาที่จะเกิดขึ้น ข้อมูลที่ต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องเท่าที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ ใช้ภาษาที่ง่ายคนทั่วไปเข้าใจได้ ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ควรให้ข้อมูลอย่างกระชับและชัดเจน การให้ข้อมูลมากเกินไป ผู้ฟังมักรับไม่ได้และไม่เกิดประโยชน์อันใด กรณีผู้ป่วยและญาติปฏิเสธและไม่เชื่อและไม่ยอมรับความจริงในช่วงแรกที่ได้รับข้อมูล ควรเคารพความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ควรให้เวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึก ความกลัวของผู้ป่วย เปิด

โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4.2 การทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับกลไกแห่งความตายตามธรรมชาติ ดังนี้

- 1) ยอมรับความจริงของชีวิต คือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย
- 2) ลดความหลงใหลในความเป็นของเรา
- 3) สิทธิในชีวิตและสิทธิในการเลือกวิธีการรักษาเป็นของผู้ป่วย (หรือของญาติสายตรงกรณีไม่รู้สึกรู้สีกตัว) ตามกฎหมาย
- 4) การตายอย่างสุขสงบในบ้านที่ตนรัก ท่ามกลางญาติมิตรที่ตนรักและรักตน
- 5) การตายที่โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เต็มไปด้วยคนแปลกหน้า และความทรมานจากการรักษาต่าง ๆ ที่ทำไปด้วยความหวังดีที่จะยื้อชีวิตออกไปให้นานที่สุด
- 6) แพทย์และพยาบาลไม่ยึดถือคติ “ยื้อสุดชีวิต” จนผู้ป่วยต้อง “ตายคามือ”
- 7) การยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่อย่างทรมานไปเรื่อย ๆ หรือช่วยดูแลให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุดและสั้นที่สุด

4.3 การบรรเทาความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ

ผู้ป่วยยอมรับการตายตามธรรมชาติ จะเป็นไปอย่างสุขสงบ เนื่องจากเบื่ออาหาร ทำให้ขาดน้ำ ขาดอาหาร ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphine) คีโตน (Ketone) และอื่น ๆ ออกมาทำให้รู้สึกสุขสบาย เจ็บปวดน้อยลง ซึมลง และหลับ จนกระทั่งหมดสติ ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับกลไกการตายตามธรรมชาติ จะประสบกับความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ค่อนข้างมากการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย (Symptom management) (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2547) ได้แก่

- 1) ความเจ็บปวด (Pain) ความปวด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญ ในการประเมินความปวดต้องประเมินความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ระยะเวลาที่ปวด สิ่งที่มีผลต่อความปวด อาการร่วมอื่น ๆ ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การบำบัดความปวดเป็นเรื่องสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงอยู่ตลอดเวลา แนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่ยังเหลืออยู่ จำเป็นต้องดูแลความปวดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีวิธีการบรรเทาความปวดอยู่หลากหลายที่ไม่ใช่ยา เช่น การนวด การทำสมาธิ แต่การใช้ยาเพื่อบำบัดความปวดรุนแรงยังเป็นสิ่งจำเป็น เพราะให้ผลแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพสูง ถ้าให้อย่างถูกหลักการ ผลข้างเคียงต่างๆ ก็สามารถควบคุมได้ และการให้ร่วมกับการบำบัดความปวดอื่นๆ ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นดังคำกล่าวที่ว่า “ควบคุมอาการปวดให้ได้ดีเสียก่อนที่จะให้การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าใจเหตุผลของชีวิต トラบใดที่ยังป่วยไข้และปวดทุกข์ทรมาน” (พงศภารดี เจาตะเกษตริน, 2554) ความปวดมีหลายมิติ ความปวดและอาการอื่น ๆ อาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ที่มิโรคลุกลาม ดังนั้นควรทำการประเมินความปวดในผู้ป่วยทุกราย และต้องเชื่อที่ผู้ป่วยบอก

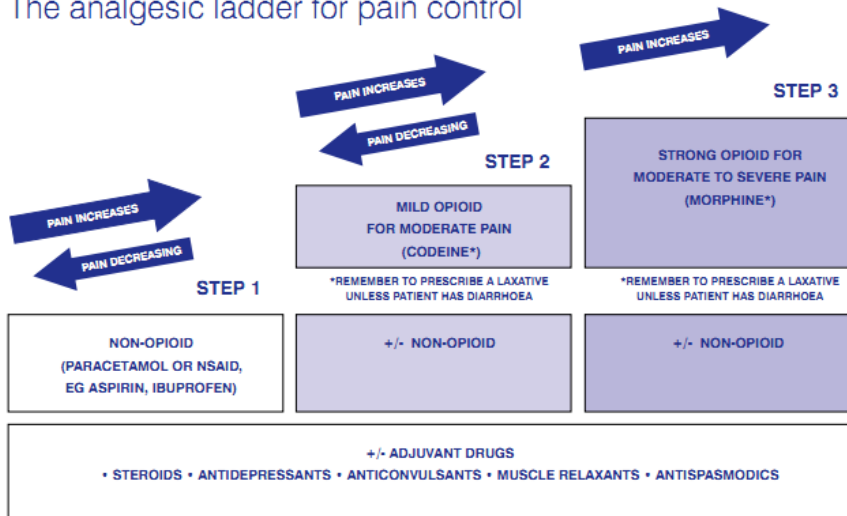
การรักษาอาการปวดใช้หลักบันได 3 ขั้น (The World Health Organization three-step analgesic ladder) ดังภาพที่ 6 ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 เริ่มจากการให้ยากลุ่ม Non-opioid และยาเสริม (Adjuvant drug) ซึ่งมีการออกฤทธิ์ระงับปวดไม่แรง ไม่เสพติด และมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

บันไดขั้นที่ 2 หากอาการปวดไม่บรรเทา (Persistent and increasing pain) ให้พิจารณาใช้ยากลุ่ม Weak opioid ร่วมกับยาเสริม

บันไดขั้นที่ 3 ถ้าอาการปวดยังคงอยู่ (Resistant) ให้พิจารณายาในกลุ่ม Strong opioid ร่วมกับยาเสริม ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการให้ยาแก้ปวด ตัวอย่างยาเสริมที่นิยมใช้ได้แก่ ยาแก้อาเจียน (Antiemetics) ยาต้านภาวะซึมเศร้า (Antidepressants) และยา Corticosteroids

The analgesic ladder for pain control



Source: World Health Organization

ภาพที่ 6 การรักษาอาการปวดใช้หลักบันได 3 ขั้น

ที่มา: WHO, 2002

2) ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้ง (Anorexia and cachexia) มักไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากวัฒนธรรมและความเชื่อ ความรุนแรงของน้ำหนักที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับพยากรณ์โรค ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่ได้มีความหิวอย่างที่คุณอื่นเข้าใจ การฝืนให้อาหารมีผลเสียหลายประการ เช่น เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาจสำลักอาหารจนเกิดอันตรายได้ ถ้าผู้ป่วยมีความอยากอาหาร ผู้ป่วยจะยอมรับประทานอาหารเองโดยไม่ต้องคอยกระตุ้น จากการศึกษาพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะจะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะให้ความเจ็บปวดบรรเทา และผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น พยาบาลควรชี้แจงให้ญาติเข้าใจผลเสียจากการฝืนให้อาหารและค้นหาวิธีการดูแลอย่างอื่นที่สามารถทำได้

3) การหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea) ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีการหายใจเปลี่ยนแปลงเหมือนหายใจไม่ออก ทำให้ญาติเกิดความตื่นตระหนกและทนเห็นไม่ได้ เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับความทรมานและวิตกกังวลจากการขาดออกซิเจน แต่ในความเป็นจริง ผู้ป่วยใกล้ตายไม่ได้รู้สึกอย่างที่ญาติเข้าใจ และการให้ออกซิเจนก็ไม่มีประโยชน์เพิ่มขึ้น

4) อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) ในระยะสุดท้ายความสามารถในการกลืนจะหายไป ทำให้มีน้ำลายและสิ่งคัดหลั่งจากช่องปากและคอ (Oropharynx) คั่งค้าง เกิดเสียงดังเวลาหายใจออก บางครั้งเหมือนเสียงสำลัก เรียกว่า "Death rattle" ทำให้ญาติเกิดความตื่นตระหนกและทนไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้ ต้องหยุดให้อาหารและน้ำทางปาก และควรให้ยาลดเสมหะ เพื่อลดการหลั่งน้ำลายและสารคัดหลั่งจากช่องปากและคอก่อนจากนั้นอาจจัดท่าระบายเสมหะ (Postural drainage) แต่ไม่ควรใช้เครื่องดูดเสมหะ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยระคายเคืองและไม่สงบ ญาติผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ

5) ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Weakness/fatigue) ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้น จนในที่สุดจะมากขึ้นจนผู้ป่วยไม่สามารถขยับตัวได้ ทำให้เกิดการยึดติดของเอ็นและข้อหรืออาการปวดข้อและเกิดแผลกดทับได้ อาการเหนื่อยล้า มีลักษณะจำเพาะคือไม่ตอบสนองต่อการนอนพักผ่อน อาการไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรม เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะช่วงท้ายของชีวิต มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตและกิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การดูแลที่ควรทำ คือ การช่วยขยับและบริหารข้อต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย การพลิกตัวผู้ป่วยบ่อย ๆ และการปรับขนาดบริเวณที่สัมผัสที่นอนก่อนและหลังการพลิกตัว จะทำให้รู้สึกสบายและทำให้เลือดมาเลี้ยงส่วนนั้นดีขึ้น แต่ไม่ควรปรับขนาดผิวหนังที่แดงหรือถลอกหรือเป็นแผลอยู่แล้ว และควรให้การดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

6) อาการปากแห้ง (Dry mouth) ผู้ป่วยใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลงหรือดื่มน้ำน้อยลง ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น จึงไม่ควรฝืนให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ แต่ควรดูแลทำความสะอาดและรักษาความชื้นของปาก ริมฝีปาก จมูก และตาไว้ โดยอาจใช้สำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก จมูก หรือทาเจลที่ริมฝีปากเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งหรือแตก ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำได้ให้หยอดน้ำตาเทียมหรือน้ำเกลือทุก 15-30 นาที

7) การขับถ่ายผิดปกติ อาจมีอาการถ่ายเหลว กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากการทำงานของหูรูดเสียไป ควรอธิบายให้ญาติเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวล และให้การดูแลรักษาผิวหนังให้สะอาด ถ้าไม่จำเป็นไม่ต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ เพราะในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีปริมาณปัสสาวะน้อยมาก

4.4 การบรรเทาอาการทางใจ

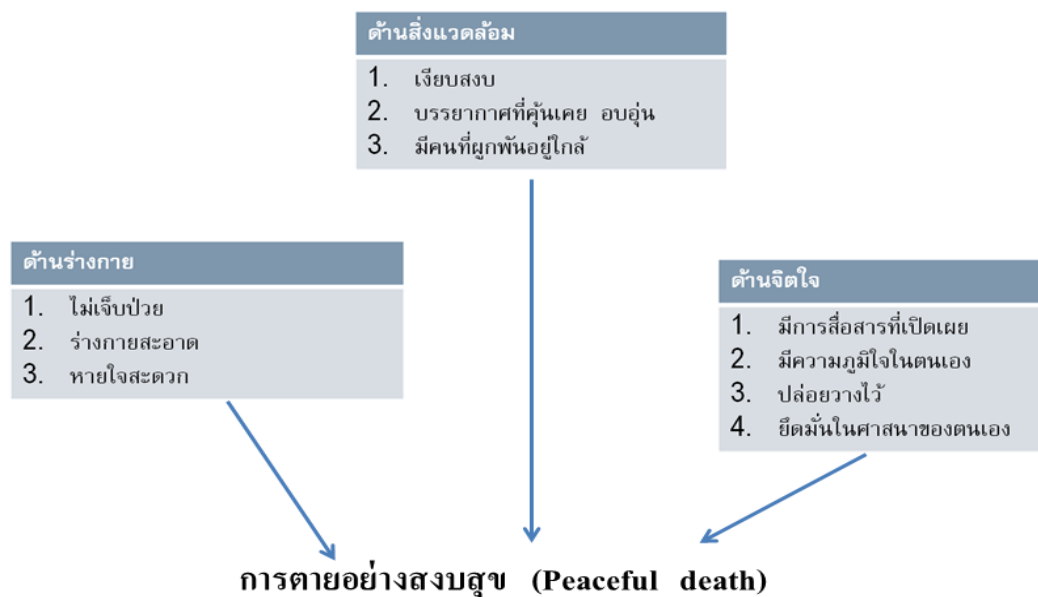
ญาติมักไม่ยอมให้ผู้ป่วยรู้ความจริง กลัวจะบั่นทอนกำลังใจ ผู้ป่วยจำนวนมากจึงไม่ทราบความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายแรงของตน ทำให้ไม่มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจ และสะสมสิ่งค้างคาใจให้หมดห่วงหมดกังวลก่อนวาระสุดท้าย หลักการบรรเทาอาการทางใจได้แก่ ต้องบอกความจริงการเอาใจใส่ดูแลและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยการรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วย

4.5 การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

4.6 การตั้งสติและการปล่อยวาง

4.7 การกล่าวลาและการบอกทาง

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พยาบาลต้องตระหนักถึงการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ญาติในเรื่องการบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารและน้ำของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องอธิบายและชี้แจงให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและวิธีการดูแลที่เหมาะสมรวมทั้งเหตุผลของการดูแล เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวลและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ หรืออาจแนะนำทางเลือกอื่นที่ญาติยังสามารถทำให้ผู้ป่วยได้ ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ที่มา: ดวงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, 2553

5. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1) ปัญหาสุขภาพช่องปาก

ปัญหาในช่องปากที่สำคัญ คือ ภาวะปากแห้ง เยื่อบุปากอักเสบ แผลในปาก มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายแสง หรือการได้รับยาบางอย่างที่ทำให้ปากแห้ง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้เกิดความสบายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลที่สำคัญคือ การประเมินสุขภาพของช่องปาก ติดตามประเมินความผิดปกติของเยื่อบุช่องปาก ป้องกันภาวะปากแห้งโดยการให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ให้จิบน้ำบ่อย ๆ ดูแลให้ริมฝีปากชุ่มชื้น หากมีเลือดออกจากแผลในช่องปาก ควรให้ออมและบ้วนปากด้วยน้ำเย็น หรือใช้ผ้าก๊อสดกเพื่อหยุดเลือด ลดอาการปวด โดยรับประทานยาแก้ปวด ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนหรือเย็นเกินไป และอาหารรสจัด บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ทุก 2-4 ชั่วโมง และหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง

2) อาการอ่อนล้า (Fatigue)

อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค อาการข้างเคียงจากการรักษา สภาพทางอารมณ์ หรือเป็นอาการที่สัมพันธ์กับอาการอื่น ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไข้ เหนื่อยหอบ หรือนอนไม่หลับ การจัดการกับอาการอ่อนล้า ควรปฏิบัติดังนี้ 1) ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการรักษาที่ได้รับ 2) สนับสนุนด้านข้อมูล 3) การรักษาอาการผิดปกติ 4) การรักษาโดยการใช้จ่ายยา 5) รักษาสมดุลของการทำกิจกรรมและการพักผ่อน และ 6) การจัดการอาการอื่น ๆ ที่เกิดร่วมกับอาการอ่อนล้า

3) อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรให้การดูแล ดังนี้
1) อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสาเหตุ การรักษาที่ได้รับ และการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาการ

2) ประเมินอาการ และสาเหตุของการเกิด 3) ดูแลให้ได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษา 4) การปรับเปลี่ยนประเภทอาหารเป็นอาหารย่อยง่าย โดยให้รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส ลดอาหารมัน ของทอด อาหารหวานจัด และอาหารที่มีกลิ่นแรง ถ้ามีอาการมาก อาจต้องงดอาหาร 5) หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนและหลังอาหาร 6) จัดทำให้นั่งหรือนอนศีรษะสูงหลังรับประทานอาหาร 7) หลีกเลี่ยงกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ 8) จัดสภาพแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้ดี 9) ใช้การดูแลแบบผสมผสาน ได้แก่ จินตภาพบำบัด ดนตรีบำบัด การเบี่ยงเบนความสนใจ และการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ให้ปรับตัวกับความตายที่กำลังเผชิญอยู่

4) การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence)

การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ด้านร่างกาย จะทำให้ผิวหนังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เกิดการระคายเคือง เป็นผื่นแดง ปวดแสบมาก เนื่องจากน้ำปัสสาวะที่มีฤทธิ์เป็นด่างอ่อน ๆ ส่วนด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกอับอาย คุณค่าในตนเองลดลง หงุดหงิด และเครียด เป็นต้น ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ควรปฏิบัติดังนี้ 1) สอนผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น 2) การดูแลผิวหนังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ต้องให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ ทุกครั้งที่ผิวหนังเปื้อนน้ำปัสสาวะ ต้องล้างทำความสะอาด และซับให้แห้ง และใช้ยาทาป้องกันผิวหนังถูกทำลาย 3) ฝึกการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา 4) บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการฝึก Kegel exercise 5) ในกรณีใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ต้องให้ความสำคัญในเรื่องการทำความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 6) ในกรณีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว สามารถสอนผู้ป่วยและญาติทำเองได้ ด้วยเทคนิคสะอาด (Clean-catheterization) หรือการใช้ผ้ามีอนวดหน้าท้อง โดยวางมือทั้งสองข้างลงบนหน้าท้องบริเวณสะดือ ลูบลงมาถึงแนวของกระเพาะปัสสาวะ ทำ 5-6 ครั้ง แล้วออกแรงกดที่ปลายนิ้ว กดลงบริเวณหัวเหน่า จะทำให้ปัสสาวะไหลออกมาได้หมด

5) การดูแลแผลกดทับ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโอกาสเกิดผิวหนังถูกทำลายจากการกดทับ ดังนั้นการดูแลที่สำคัญคือการป้องกันการเกิดแผลกดทับ แต่หากเกิดขึ้นแล้ว ควรปฏิบัติดังนี้ 1) ประเมินและขจัดสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลาย 2) การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 3) ประเมินสีผิว อุณหภูมิ ความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของผิวหนัง ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 4) ใช้ผ้ารองตัวผู้ป่วย เมื่อยกตัวหรือเปลี่ยนท่าเพื่อลดการเสียดสี 5) ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับ เช่น ที่นอนเตียงลม หมอน เป็นต้น 6) ผ้าปูที่นอนต้องสะอาด แห้ง ฟูให้ดี 7) หลีกเลี่ยงการนวดปมกระดูก โดยเฉพาะที่มีรอยแดง เพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณที่นวดลดลง 8) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย โดยผู้ดูแลควรช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย 9) ดูแลภาวะโภชนาการและสารน้ำ ให้อาหารที่มีพลังงานสูง วิตามินและโปรตีน ช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อ 10) ทำความสะอาดร่างกาย หลีกเลี่ยงสบู่ที่ทำให้เกิดการระคายเคือง ควรใช้โลชั่นหรือครีมทาผิว เพื่อป้องกันผิวหนังแตกแห้ง 11) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ ควรทำความสะอาดทุกครั้งด้วยความนุ่มนวล และซับให้แห้ง 12) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและการป้องกัน

6) ภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Dyspnea and death rattle)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักพบอาการหายใจลำบาก เนื่องจากมีเสมหะจำนวนมากในทางเดินหายใจ ไม่สามารถขับเสมหะออกมาได้ ทำให้มีอาการกระสับกระส่าย ทุกข์ทรมานมาก ดังนั้น ควรให้การดูแลผู้ป่วยดังนี้ 1) ดูแลให้ยาลดสารคัดหลั่ง ยาลดอาการหายใจลำบาก ยาลดความวิตกกังวล 2) การจัดทำนอนศีรษะสูง และนอนตะแคง 3) จัดสภาพแวดล้อมให้มีการระบายอากาศที่ดี 4) ดูแลดูดเสมหะให้เมื่อจำเป็นและควรทำ

ด้วยความนุ่มนวล 5) ดูแลให้ออกซิเจนเมื่อมีภาวะขาดออกซิเจน ควรให้ทางจมูก (Nasal cannula) เพราะไม่รบกวนผู้ป่วยมากนัก 6) ดูแลความสะอาดช่องปาก เนื่องจากการเหนียวหอบทำให้ปากแห้งและเกิดการติดเชื้อมิได้ง่าย ให้การดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิโดยการฝึกหายใจ การใช้จินตภาพบำบัดให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความทุกข์ทรมาน และอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น การรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล

5.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ

1) ความหมายของจิตวิญญาณ

สิวลี ศิริไล (2548) จิตวิญญาณ หมายถึง สิ่งที่สำคัญที่สุดของชีวิตมนุษย์ เป็นส่วนที่ทำให้เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวา

ประเวศ ะสี (2552) จิตวิญญาณ หมายถึงสิ่งอะไรก็ตามที่มีค่าสูงทางจิตใจ

ทัศนีย์ ทองประทีป (2549) จิตวิญญาณ หมายถึง สิ่งธรรมชาติที่มีอยู่จริงในทุกคน เป็นศูนย์รวมพลังความคิด ความหวังและกำลังใจทำหน้าที่ค้นหาคุณค่าหรือความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว เช่น ความงาม ความดี ความรัก ความสุขความทุกข์ การให้อภัย การเจ็บป่วย

ชนิกา เจริญจิตต์กุล (2552) จิตวิญญาณ หมายถึง พลังที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีชีวิตจิตใจ ผดุงชีวิตและให้ความสำคัญแก่ชีวิต พร้อมทั้งแสดงพฤติกรรมออกมาจากความเชื่อทางจิตวิญญาณของบุคคล

เชลลี (Shelly, 2000) จิตวิญญาณ หมายถึง สิ่งที่เป็นองค์รวมของบุคคลที่สัมพันธ์กับพระเจ้าอย่างเป็นพลวัตร

ฮิลล์และสมิธ (Hill & Smith, 1985) จิตวิญญาณ หมายถึง องค์ประกอบของสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตอยู่เปรียบเสมือนลมหายใจแห่งชีวิต เกี่ยวข้องกับ ปรัชญาและเป้าหมายของชีวิต ความรักพระเจ้าที่บุคคลเคารพและเชื่อถือสิ่งที่เหลือเชื่อเกี่ยวกับตนเอง ประสบการณ์สูงสุดของชีวิต ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตัวเองโดยสัญชาตญาณ การปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีกรรมต่างๆ การให้พลังแก่ชีวิตของโลกและสิ่งต่างๆ รอบตัวอย่างมีคุณค่า และมีความหมาย ความสร้างสรรค์ การมีความสนุกสนานกับการมีชีวิต ความตระหนักในความรับผิดชอบ จิตวิญญาณอาจไม่ใช่เป็นเรื่องของศาสนาโดยตรง แต่การปฏิบัติทางศาสนาช่วยทำให้บุคคลมีภาวะจิตวิญญาณที่สมบูรณ์ขึ้น

เบอกฮาท (Burkhart, L., 2005) จิตวิญญาณ หมายถึง มิติหนึ่งของชีวิต และจะต้องรวมเข้าเป็นหนึ่งเดียวกับมิติอื่นๆ เป็นภาวะสุขภาพของบุคคล

สมัชชาอนามัยโลก (1996) จิตวิญญาณ หมายถึง ปรัชญาการณในส่วนที่ไม่ใช่วัตถุ แต่หมายถึงขอบเขตของความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และจริยธรรม ที่ก่อเกิดขึ้นในจิตใจและมโนธรรมของมนุษย์ โดยเฉพาะความคิดดีๆทั้งหลาย

วิกิพีเดีย (Wikipedia, 2010) จิตวิญญาณ หมายถึง ความจริงที่สูงที่สุดที่ไม่มีตัวตน เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ทำให้สามารถค้นหาสิ่งที่สำคัญที่สุดของการดำรงอยู่ของตน หรือ เป็นคุณค่าและความหมายที่ลึกซึ้งของมนุษย์ในการมีชีวิตอยู่

สรุปได้ว่า จิตวิญญาณ หมายถึง องค์ประกอบของสุขภาพ เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุดและมีความหมายที่ลึกซึ้งต่อการมีชีวิตของมนุษย์ เป็นพลังยิ่งใหญ่ของจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อชีวิตมักเกี่ยวข้องกับ ปรัชญาและเป้าหมายของชีวิตขอบเขตของความคิด ความเชื่อ ค่านิยม จริยธรรมและศาสนา

2) คุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ

พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้ที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เป็นแหล่งสนับสนุนทางมิติจิตวิญญาณ (Spiritual support) ของผู้ป่วย การที่พยาบาลมีความรู้ทางทฤษฎีและปฏิบัติทางการพยาบาลมากมาย แต่ถ้าไม่เข้าใจในมิติของจิตวิญญาณซึ่งเป็นมิติที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยก็จะเป็นการพยาบาลเพียงร่างกาย จิตใจ และสังคมเท่านั้น

เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ได้รับการตอบสนองความต้องการในมิติจิตวิญญาณ สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ พยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงควรเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะที่เหมาะสม ซึ่งจากสังเคราะห์ความรู้ในเรื่องดังกล่าวสามารถสรุปคุณลักษณะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ความรู้สึกร่วมตาย สงสาร ด้วยความรู้สึกร่วมเข้าใจและเห็นใจต่อสภาวะผู้ป่วย ความรู้สึกร่วมตาย สงสารจะนำไปสู่ความอดทนและเพียรทำสิ่งที่ดีกับผู้ป่วย
2. มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือจิตใจนั้นแสดงออกทั้งกาย วาจา ที่คนใกล้ตายสามารถสัมผัสและรับรู้ได้
3. รู้เขา รู้เรา รู้เขาคือรู้จักผู้ป่วยเพื่อให้เราสามารถช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รู้เราคือ รู้จักความสามารถของตนเองและรู้จักสภาพจิตใจของตน เข้าใจตนเอง ยอมรับขีดจำกัดของตนเองและศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้มีความรู้มากขึ้นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือต้องมีจิตใจที่มั่นคงและมีสติตั้งมั่น
4. เอาใจเขามาใส่ใจเรา การเอาใจเขามาใส่ใจเราจะทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น ทำให้เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมตามธรรมชาติของบุคคลยามปกติ และยามเจ็บป่วยซึ่งจะสามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีขึ้น
5. การตระหนักถึงความสำคัญของการตอบสนองด้านจิตวิญญาณซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พยาบาลต้องให้คุณค่าแก่เรื่องนี้และตระหนักว่าเป็นสิ่งเดียวที่จะ “อยู่กับผู้ป่วย” (Being with them) เมื่อกระบวนการรักษาทางร่างกายไม่อาจทำอะไรได้แล้ว
6. มีความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของบุคคลโดยรวมให้เข้าใจทั้งส่วนของร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคลิกภาพแตกต่างกันไป พยาบาลจะต้องสำรวจความรู้สึกนึกคิดของตัวเอง ทำความเข้าใจกับศาสนาและความรู้สึกนึกคิดในเรื่องชีวิต ตอบคำถามของการค้นหาความหมายของชีวิตให้ได้และยอมรับว่าจิตวิญญาณเป็นพลังหรือแรงผลักดันของชีวิตที่สำคัญในการดำเนินชีวิต
7. เข้าใจวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษา และศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
8. ความเคารพในความเป็นบุคคล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้และตอบสนองได้อย่างปกติทั่วไป แต่ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ยังคงอยู่และเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลอย่างดีจนวาระสุดท้าย รวมทั้งเป็นสิทธิทางจริยธรรม (Moral right) ที่ผู้ป่วยพึงได้รับการปฏิบัติด้วยดี
9. การให้อภัย ในภาวะสุดท้ายของชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและญาติอยู่ในสภาพทุกขเวทนา อารมณ์การแสดงออกอาจเป็นไปในทางที่ไม่ดีและไม่เหมาะสม พยาบาล จำเป็นต้องมีความอดทนและการให้อภัย
10. มีทักษะการสื่อสาร เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ทักษะการสื่อสาร อย่างมากพยาบาลต้องฟัง และสังเกตผู้รับบริการอย่างระมัดระวัง เนื่องจากภาวะจิตวิญญาณของบุคคลมีลักษณะเฉพาะและมีความละเอียดอ่อนมาก

11. เป็นผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุขในทุกอณูของร่างกาย เป็นความสุขที่เกิดจากความดี ไม่เห็นแก่ตัวเป็นภาวะที่จิตสงบ มีเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา มีปัญญาที่เข้าใจ แยกแยะได้ในเหตุผล ดี ชั่ว บาปบุญคุณโทษ ยึดมั่นในศีลธรรม ความจริง ซื่อสัตย์สุจริต ทั้งทางกาย วาจา ใจ จิตที่ลดละความเห็นแก่ตัวลง เสียสละ เห็นแก่ส่วนรวมมากขึ้น

12. การทำงานเป็นทีม การให้การดูแลมิติจิตวิญญาณไม่อาจปฏิบัติได้ตามลำพังของผู้ใดผู้หนึ่ง แต่จะต้องอาศัยความเข้าใจที่ตรงกัน มีจุดมุ่งหมายเดียวกันและร่วมมือร่วมใจปฏิบัติโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สิ่งสำคัญต้องไม่พยายามกำหนดสิ่งใดตายตัวในเรื่องของจิตวิญญาณที่ไม่อาจกำหนดได้

สรุปคุณลักษณะที่จำเป็นของผู้ดูแลระยะสุดท้าย คือ การปรับท่าทีของบุคลากรที่มีต่อความตายการสร้างทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม การฟังอย่างลึกซึ้ง ไม่ตัดสินถูกผิด สร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพูดคุยกับครอบครัว สถานที่สงบมีความเป็นส่วนตัว

ความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะต้องมี 9 ประการ หรือ 9C ดังนี้ (Cassem HN, 1975 อ้างถึงในสถาพร ลีลา นันทกิจ, 2547)

1. **Competence** : มีความสามารถในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการรักษา

2. **Concern** : ให้ความสนใจ ใส่ใจต่อความรู้สึกและอารมณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว

3. **Comfort** : ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความสบาย ไม่เกิดความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. **Communication** : มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วย พูดในเรื่องที่เหมาะสม จริงใจ ถูกต้องกับกาลเทศะ การสื่อสารควรเป็นไปในรูปแบบของฐานะความเป็นบุคคลที่เท่าเทียมกัน ไม่ใช่ฐานะบุคลากรการแพทย์กับผู้ป่วย

5. **Children** : หากอาการเจ็บป่วยไม่ใช่โรคติดต่อน่ากลัว การให้ลูกหลานที่อยู่ในวัยเด็กได้มีโอกาสเข้ามาเยี่ยมเยียน เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ควรถามความสมัครใจของญาติด้วย เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ

6. **Cohesion and integration** : การจัดให้คนในครอบครัวและคนสนิทได้มีโอกาสอยู่ร่วมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายตลอดเวลา ความอบอุ่น ความผูกพัน ความแนบแน่นในครอบครัว ช่วยประคับประคองจิตใจ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง

7. **Cheerfulness** : ให้การปลอบใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดการผ่อนคลาย

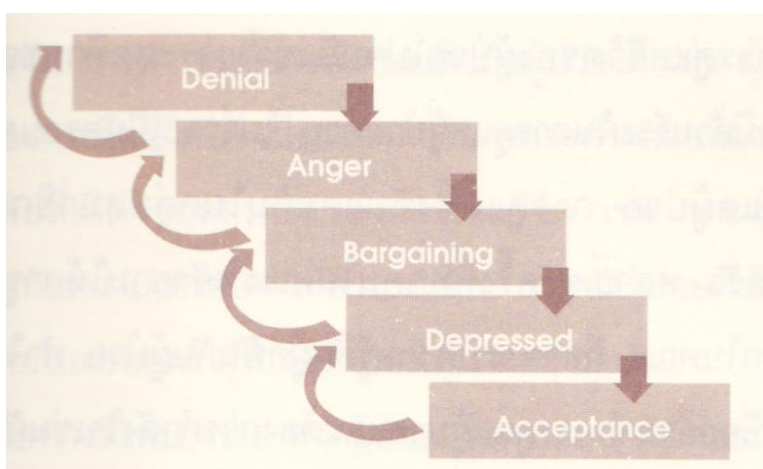
8. **Consistency and perseverance** : ให้การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการไปเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้

9. **Calmness of mind and temper (Equanimity)**: จัดหาสิ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสุขทั้งด้านจิตใจและอารมณ์

จากคำกล่าวที่ผ่านมาสรุปลงได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะสุดท้าย ได้แก่ พยาบาลต้องสามารถสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกที่อุ่นใจแก่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม รู้วิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างเอาใจใส่ ไกล่ลี้ชิต คำนี้ถึงความต้องการศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เข้าใจปฏิกริยาของผู้ป่วยและญาติหลังทราบความจริงของโรค ช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยมีจิตใจสบายขึ้น สามารถผ่านวาระสุดท้ายได้สงบ สมศักดิ์ศรี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ จัดเวลาเยี่ยมให้เหมาะสม

5.3 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

การพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการเผชิญความตายของคูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ การประเมินปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยตามทฤษฎีของ Kubler-Ross แบ่งออกเป็น 5 ระยะ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, มปป.; มาลินี วงศ์พานิช, 2525) ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แสดงปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวจากทฤษฎีของคูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross) ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, มปป.

ระยะที่ 1 ปฏิเสธ (Denial) เมื่อบุคคลรู้ว่าความตายใกล้เข้ามา บุคคลจะมีปฏิกิริยาปฏิเสธความจริง เช่น พูดว่า “มันไม่ใช่ความจริง” พฤติกรรมอื่น ๆ ที่พบคือผู้ป่วยจะแสวงหาการรักษาจากที่ต่าง ๆ การดูแลในระยะนี้คือการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยด้วยความจริงใจ

ระยะที่ 2 โกรธ (Anger) ผู้ป่วยรู้สึกโกรธ เช่น พูดว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกใจไปเสียหมด ไม่มีอะไรถูก เช่น พูดว่า “พยาบาลทำไมมาซ้ำจ้ง” การพยาบาลในระยะนี้คือ ประเมินพฤติกรรม ยอมรับพฤติกรรมและมองว่าเป็นการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยครอบครัวให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อทำให้ครอบครัวรู้สึกสบายขึ้น ช่วยในการสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 3 การต่อรอง (Bargaining) เมื่อไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความตายเป็นกำลังจะมาถึง ผู้ป่วยจะพยายามต่อรองให้ความตายเลื่อนออกไป

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (Depression) การพยาบาลในระยะนี้คือ ประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ ช่วยครอบครัวให้เข้าใจภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

ระยะที่ 5 การยอมรับความตาย (Acceptance) การพยาบาลในระยะนี้คือ การสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ช่วยครอบครัวผู้ป่วยให้เข้าใจผู้ป่วยและช่วยกันประคับประคองผู้ป่วย

ต่อมา มีนักวิชาการที่มีความคิดเห็นหรือข้อโต้แย้งในเรื่องปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความตายตามทฤษฎีของ คูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross) (ภุขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) ดังนี้

1. ระบบจิตใจของมนุษย์มักไม่ชัดเจน ยากที่จะแบ่งตามระยะเวลา ไม่สามารถจัดเป็นลำดับที่แน่นอนได้
2. มนุษย์อาจมีอารมณ์ความรู้สึกหลายอย่างในเวลาเดียวกันได้ เช่น อาจปฏิเสธความจริงและโกรธ หรือโกรธและเศร้าร่วมกัน
3. ระยะต่อรอง (Bargaining) ไม่น่าจะแยกต่างหาก เพราะมนุษย์มักพยายามหาทางเลือกต่าง ๆ ให้กับชีวิตตลอดเวลา ในทุกระยะอยู่แล้ว เป็นด้านที่แยกต่างหากของวิธีการจัดการกับความเครียดและสถานการณ์ของบุคคลมากกว่า
4. มีอารมณ์อื่น ๆ เช่น อารมณ์กลัว ความรู้สึกผิด ซึ่งพบได้บ่อยและเป็นอุปสรรคต่อความสุขสงบในระยะสุดท้ายของชีวิต และอารมณ์อื่น ซึ่งไม่ใช่เป็นการปฏิเสธความจริงหรือประชดชีวิตเสมอไป แต่จะเป็นผลดี ลดความตึงเครียด มีมุมมองกับชีวิตในแง่ที่สดใสและมีความหวังมากขึ้น

Robert Buckman ได้เสนอทฤษฎีของปฏิกิริยาทางจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ (ภุขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) ดังนี้

1. ระยะแรก (Initial stage) เผชิญกับความจริง (Facing with threat) ระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งขึ้นกับลักษณะนิสัย ประสบการณ์เดิม และกลไกการปรับตัวที่เคยชินสำหรับตนเอง เช่น อาจมีความรู้สึก กลัว โกรธ ตกใจ เครียด กังวล อาจเกิดทีละอย่างหรือผสมกัน และใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธความจริง การโทษสิ่งต่าง ๆ นอกตัว การหลีกเลี่ยง เป็นต้น
2. ระยะต่อมา (Chronic stage) ป่วยเรื้อรัง (Being ill) ปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระยะแรก ๆ อาจลดลง ทำใจยอมรับได้ ระยะนี้ผู้ป่วยอาจซึมเศร้า เบื่อหน่าย รอรณะเวลาสุดท้ายที่จะมาถึง บุคคลรอบข้างเห็นว่าสภาพจิตใจดูดีขึ้น คงยอมรับได้แล้ว ก็อาจวางตัวห่างไป ภาวะซึมเศร้าจึงพบได้มากในช่วงนี้
3. ระยะสุดท้าย (Final stage) ยอมรับ (Acceptance) ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังมาถึงได้ มีการแสดงออกที่เป็นปกติ พูดคุยสื่อสารได้ดี มีการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ ยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นประโยชน์สูงสุด จะต้องลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้มากที่สุด เป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้ มีโอกาสบอกลา หรือขออโหสิกรรมแก่ญาติมิตร และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนนับถือ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความหวังว่าจะได้เกิดในสุคติภูมิ หรือสู่ดินแดนของพระเจ้า พยาบาลควรให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย (สันต์ หัตถ์รัตน์, 2543; พระไพศาล วิสาโล, 2549; ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) สรุปได้ดังนี้

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงเจ็บปวดทางกายรุมเร้าเท่านั้น หากถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวจะถูกทอดทิ้ง กลัวสิ่งที่อยู่ข้างหน้าหลังสิ้นลม ดังนั้นความรักและกำลังใจจากญาติ ลูกหลานเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะจะช่วยลดความกลัวและช่วยให้เขาเกิดความมั่นคงในจิตใจ พึงระลึกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเปราะบางอ่อนแออย่างมาก เขาต้องการใครสักคนที่สามารถพึ่งได้และพร้อมจะอยู่กับเขายามวิกฤต หากมีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มที่ หรืออย่างไม่มีเงื่อนไข เขาก็จะมีกำลังใจเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นทุกประการ

พยาบาลต้องไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่หมดหวัง ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นแต่ผู้ป่วยต้องการความรัก ความอบอุ่นและการเอาใจใส่จากญาติและจากแพทย์ พยาบาลเหมือนผู้ป่วยอื่นๆ พยาบาล

ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักและความผูกพันต่อสิ่งต่างๆ ความสุขที่ได้เล่าให้ใครสักคนได้รับรู้ถึงอดีตที่เป็นความทรงจำที่ดีหรือความสำเร็จในชีวิต หรืออาจเป็นความรู้สึกที่แท้จริงบางอย่างที่เก็บซ่อนไว้นานแล้ว บางเรื่องไม่สามารถพูดให้สมาชิกครอบครัวฟังได้ พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นคนกลางได้ดีในการรับรู้ความรู้สึกดังกล่าว ผู้ป่วยระยะนี้ญาติที่มีความหมายแก่ผู้ป่วยคือญาติสนิท คนที่ผู้ป่วยรักจึงควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แม้ไม่สามารถพูดคุยได้ การสัมผัสทางกายหรือการนวดผิวหนึ่งเป็นครั้งคราวก็เป็นสื่อถึงความรักและความห่วงใยที่ดีวิธีหนึ่ง ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตบางรายไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ แต่อาการสับสน อาการกระวนกระวายใจคล้ายจะรอคอยใครบางคน ในหมู่ญาติใกล้ชิดจะรู้ว่าผู้ป่วยคอยใคร ซึ่งถ้าญาติคนนั้นได้มาบอกเล่าเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางเรื่องราวต่างๆ ผู้ป่วยก็จะสิ้นลมหายใจได้อย่างสงบ พยาบาลควรตระหนักในบทบาทดังกล่าวเพื่อจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับญาติ (สันต์ หัตถิรัตน์ ,2543 ; พระไพศาล วิสาโล, 2549 ; ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552; Narayanasamy & Owens ,2001)

2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตนใกล้เข้ามา ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่ อย่างไรก็ตามการเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้ายโดยไม่ได้เตรียมใจไว้ก่อนก็อาจทำให้อาการทรุดลงกว่าเดิม ดังนั้นแพทย์ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญจึงควรสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือให้ได้รับความไว้วางใจกับผู้ป่วย รวมทั้งต้องเป็นผู้ที่มีความอดทนพร้อมที่จะฟังความในใจของผู้ป่วย โดยรับฟังด้วยใจที่เปิดกว้างและเห็นอกเห็นใจ พร้อมจะยอมรับเขาตามที่เป็นจริงและให้ความสำคัญกับการซักถามมากกว่าเทศนาสั่งสอน ในการบอกข่าวร้ายสิ่งที่ควรทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าญาติ แพทย์และพยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่ การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมีประโยชน์อีกอย่างคือช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตนมีอาการหนัก จะให้แพทย์ยืดชีวิตไปให้ถึงที่สุดโดยใช้เทคโนโลยีทุกอย่างที่มี หรือให้งดวิธีดังกล่าว ช่วยเพียงแค่ประทังอาการและปล่อยให้ค่อยๆ สิ้นลมอย่างสงบ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตนเอง ผลคือเมื่อเข้าสู่ภาวะหยุดหายใจ ญาติจึงไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากการขอให้แพทย์แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุดซึ่งมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยมีผลเพียงยืดความตายให้ยาวออกไปและไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเลย ซ้ำยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดและความรู้สึกให้มากที่สุด ทุกครั้งที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นการป้อนอาหาร น้ำ การเช็ดตัวและการเปลี่ยนที่นอนหากผู้ป่วยใช้โอกาสนี้เป็นผู้รับฟังที่ดี ทำความรู้จักและเรียนรู้ชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ใช้เทคนิคการสนทนาช่วยสะท้อนความคิดของผู้ป่วยมากขึ้น พยาบาลควรค้นหาแหล่งของความหวังและกำลังใจหรือแหล่งสนับสนุนจิตใจจิตวิญญาณของผู้ป่วย การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในความหมายของคุณค่าของชีวิต เป็นการสัมผัสคุณค่าของมนุษย์ที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้การดูแล (พระไพศาล วิสาโล, 2549; ทัศนีย์ ทองประทีป ,2552)

3. พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลที่เป็ความจริงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเจ้าหน้าที่ทุกคน ความจริงอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติตกใจ ผิดหวังและเจ็บปวดบ้างในตอนแรก การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอร่วมกับประคับประคองจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับความจริงได้ในที่สุดและมีการวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่อย่างสมเหตุสมผล บางรายอาจต้องใช้เวลาในการทำใจยอมรับกับความจริงบ้าง พยาบาลต้องให้เวลาอดทน และยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในขณะที่กำลังเผชิญกับความยากลำบากนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

4. ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสุข และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ซึ่งการน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงาม เช่นการนำเอาพระพุทธรูป ตลอดจนภาพครู อาจารย์ที่เคารพนับถือมาไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชวนให้ผู้ป่วยได้สวดมนต์ เปิดเทปธรรมะ หรือบทสวดมนต์ การนิมนต์พระมาเยี่ยม หากนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ สัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสนาในศาสนาตนย่อมมีผลต่อจิตใจได้ดีที่สุด

นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ป่วยน้อมใจเป็นกุศลอาจทำได้โดยให้ผู้ป่วยได้ทำบุญ บริจาคทรัพย์เพื่อการกุศล หรือทำความดีตามหลักบุญกิริยาวัตถุ 10 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่างกายอาจไม่สามารถทำอะไรได้มากนัก แต่เราสามารถทำความดีได้เสมอ เพราะความดีและบุญกุศลคือสิ่งที่เกิดจากใจเป็นหลัก ไม่ว่าจะร่างกายจะเป็นเช่นไร ขอแค่มีจิตใจที่รับรู้ได้ มีสติ สมาธิอยู่กับความดีงามและพระเจ้า ก็เป็นบุญเป็นการทำความดีที่ใช้ต้นทุนทางใจเท่านั้น บุญกิริยาวัตถุ 10 คือสิ่งอันเป็นที่ตั้งแห่งการทำบุญ สิบประการ คือ 1) การให้ทาน ทั้งให้ทานในรูปแบบของวัตถุสิ่งของ หรือให้เวลา ให้ความคิด ให้กำลังใจ ในทางพุทธศาสนาการทำทานที่เชื่อว่าได้บุญมากคือการทำสังฆทาน 2) การรักษาศีล ซึ่งเป็นหนทางในการฝึกตนให้ลด ละ เลิกความชั่ว ไม่เบียดเบียนผู้อื่น และตนเอง 3) การเจริญภาวนา เป็นการพัฒนาจิตใจและปัญญา ทำให้จิตสงบ ผู้ที่เจริญภาวนาเป็นประจำจะมีความสุขและจิตสงบ ทำให้ร่างกายแข็งแรงยืนยาวตัวเองได้ดีขึ้น 4) ความอ่อนน้อม เป็นคุณธรรมที่ขัดเกลาอัตตาตัวตน เราควรเรียนรู้ความอ่อนน้อมกับสภาวะธรรมคือการเจ็บป่วยและความตายที่กำลังเกิดขึ้น การอ่อนน้อมและยอมรับความจริงจะทำให้เราคลายความเครียด ความกังวลและสามารถมีชีวิตอยู่จนกระทั่งวินาทีสุดท้ายอย่างสงบ 5) การช่วยเหลือสังคม ยอมรับใช้ 6) เปิดโอกาสให้ผู้อื่นทำความดีกับเรา 7) ยอมรับและยินดีในการทำความดีหรือทำบุญของผู้อื่น ซึ่งญาติสามารถบอกกับผู้ป่วยให้อนุโมทนาบุญ ยินดีกับการทำความดีของผู้อื่น 8) ฟังธรรม ควรหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฟังธรรมเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ เข้าใจชีวิตและยอมรับความตายอย่างสงบ 9) แสดงธรรมหรือให้ธรรมเป็นทาน ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสามารถทำให้คนรอบข้างเข้าใจสังขารธรรมชีวิตได้ 10) การทำความเห็นให้ถูกต้องและเหมาะสม การปรับความคิดเห็นให้เข้าใจตามความเป็นจริง ยอมรับการเจ็บป่วยและความตาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดพยายามหาหนทางหรือญาติชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปิติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วยและบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสู่สุคติ (พระไพศาล วิสาโล, 2549 ; กรรณจรียา สุขรุ่ง, 2551: Narayanasamy & Owens, 2001))

5. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นทุกข์ใจ และทำให้ให้ไม่อาจตายอย่างสงบได้ก็คือความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจเป็นภารกิจการทำงานที่ยังค้างคา ทรัพย์สินที่ยังแบ่งไม่เสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจหรือโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิด ความปรารถนาที่จะพบใครบางคนเป็นครั้งสุดท้ายโดยเฉพาะคนที่ตนเองรักหรือคนที่ตนปรารถนาจะขออโหสิกรรม ซึ่งสิ่งค้างคาใจเป็นสิ่งที่ควรได้รับการปลดเปลื้องอย่างเร่งด่วน เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่สงบ ซึ่งในทางพุทธศาสนาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไปสู่สุคติแทนที่จะเป็นสุคติ(พระไพศาล วิสาโล, 2549 ; กรรณจรียา สุขรุ่ง, 2551)

6. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับความจริง เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติ แพทย์ พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางต่อสิ่งต่างๆให้มากที่สุด ไม่ยึดติดโดยให้ความมั่นใจว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลอย่างดีหรือเตือนสติแก่เขาว่าทรัพย์สินสมบัติเป็นของเราเพียงชั่วคราวเมื่อถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่นดูแลไป และการยึดติดที่ลึกซึ้งที่สุดคือการยึดติดในตัวตน ความตายของคนบางคนหมายถึงการดับสูญของตัวตน เป็นสิ่งที่ทนไม่ได้และทำใจยาก ซึ่งการจะละซึ่งตัวตนได้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตพอสมควรแต่ก็ไม่เกิดวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาที่จะทำได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2549 ; กรรณจรียา สุขรุ่ง, 2551)

7. พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเจ็บปวดและพิจารณาการให้ยาแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษา เพื่อลดความเจ็บปวดและความทรมานของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ การให้ยาแก้ปวด ควรกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ระดับยาแก้ปวดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต การประเมินอาการหลังการให้ยาเพื่อรายงานแพทย์ในการปรับระดับยาอย่างเหมาะสมจึงมี การบริหารยาที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสติรู้ตัวในระดับที่จะสามารถปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือได้ เช่นการทำบุญ และการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ การทำสมาธิ การภาวนา หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์ความสงบสุข การเจริญสติและทำสมาธิภาวนาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยสมานและเยียวยาร่างกายได้ (สันต์ หัตถิรัตน์ , 2543; ทศนีย์ ทองประทีป ,2552; กรรณจรียา สุขรุ่ง, 2551)

8. สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสงบและปล่อยวางสิ่งที่ค้างคาใจได้นั้นบรรยากาศที่สงบย่อมเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งบรรยากาศในที่นี้คือสภาพแวดล้อมรวมถึงผู้แวะเวียนอยู่ใกล้ๆผู้ป่วยควรเป็นบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น อบอุ่นด้วยความรักและมิตรภาพ ควรเป็นห้องพักที่ไม่พลุกพล่าน มีต้นไม้ ดอกไม้ อาจมีแจกันดอกไม้หรือรูปวิวสวยๆ สบายตา หรืออาจใช้ภาพพระหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เปิดเพลงเบาๆ เสียงธรรมชาติหรือเสียงสวดมนต์ มีกลิ่นที่นุ่มนวลที่ผู้ป่วยชอบ ผู้ดูแลควรรักษาใจให้เบิกบาน มีอารมณ์มั่นคง ผู้มาเยี่ยมอาจต้องคัดกรองผู้ใกล้ชิด จิตใจสงบพอที่จะคุยหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี อารมณ์ขันเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้บรรยากาศไม่ตึงเครียดและเศร้าสลดเกินไป ช่วยให้ผู้ป่วยมองความตายเป็นเรื่องธรรมดาหากผู้ป่วยสนใจเรื่องสมาธิ สวดมนต์ ให้ครอบครัว เพื่อนร่วมกันนั่งสมาธิหรือสงบนิ่งพร้อมกับผู้ป่วย หากผู้เลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน ควรจัดบรรยากาศของบ้านให้น่าอบอุ่นใจสู่ความสงบ เช่นอาจนำรูปที่ผู้ป่วยเคารพบูชามาวางใกล้ๆ เปิดเพลง เทปธรรมะหรือบทสวดมนต์เบาๆ และญาติไม่ควรทะเลาะกันต่อหน้าผู้ป่วย (พระไพศาล วิสาโล, 2549; กรรณจรียา สุขรุ่ง, 2551)

9. กล่าวคำอำลา ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายการนั่งสมาธิให้ผู้ป่วยมุ่งต่อสิ่งดีงามเป็นสิ่งสำคัญ โดยชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีที่มีต่อเขา พร้อมทั้งขอขมาในกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลมากขึ้น ให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ รวมทั้งตัวตนและหลังจากนั้นก็กล่าวอำลาพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และความกังวลใจต่างๆผู้ป่วยบางรายอาจมีเรื่องขมขื่นใจ อาจฝันร้ายหรือเห็นภาพหลอนเรื่องราวต่างๆ การปลอบโยนและให้กำลังใจจะช่วยให้ความทุกข์หรือความอันอันในใจลดลง พยาบาลควรช่วยจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความหมายเพื่อกล่าวคำขอโทษขอโหสิกรรม ได้กล่าวคำอำลาต่อกัน

พยาบาลควรช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แนะนำการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแก่ญาติ เช่น แนะนำให้ญาติสัมผัสผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณซอกคอหรือผิวแก้ม แทนการสัมผัสที่มือหรือเท้า เพราะการไหลเวียนของเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกายจะลดลงทำให้การสัมผัสในบริเวณดังกล่าวเสียไป การกล่าวคำอำลาหรือขอโหสิกรรมญาติควรกล่าวด้วยน้ำเสียงดังพอสมควร ไม่ควรกระซิบข้างหูเพราะผู้ป่วยได้ยินไม่ชัดเจน การได้ยินจะเป็นการรับรู้สุดท้ายที่จะสูญเสียชีวิต ดังนั้นการพูดคุยข้างเตียงจึงควรระมัดระวัง ควรพูดในเรื่องที่ดี แนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์หรือเอ่ยนามพระเจ้าที่ผู้ป่วยนับถือญาติผู้ป่วยและพยาบาลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตด้วยความเคารพ (พระไพศาล วิสาโล, 2549 ; ทศนีย์ ทองประทีป,2552; Narayanasamy et al. ,2004)

การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการมิติจิตวิญญาณที่กล่าวมาไม่ใช่สูตรสำเร็จที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกราย พยาบาลต้องประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคล หาแนวทางที่ชัดเจนในแต่ละสถานการณ์ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ตามชุมชนท้องถิ่น

วัฒนธรรมความเชื่อ ซึ่งการจะตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ดี ขึ้นอยู่กับความเอื้ออาทร และความใส่ใจที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

5.4 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธหรือศาสนาอื่น ๆ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ (พระไพศาล วิสาโล, 2550) โดยได้นำคำสั่งสอนของ พระพุทธเจ้ามาเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า จำแนกเป็น 2 ส่วนคือ 1) การนอบจิตให้มีศรัทธาในพระรัตนตรัย และความมั่นใจในศีล หรือความดีที่ได้ บำเพ็ญมา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการน้อมจิต ให้ระลึกถึงสิ่งที่ตั้งงาม และ 2) การละความห่วงใยและปล่อยวางใน สิ่งทั้งปวง เพราะแลเห็นด้วยปัญญาว่า ไม่มีอะไรที่จะยึดถือไว้ได้เลย จากคำสั่งสอนดังกล่าวสามารถนำมา ประยุกต์ใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตาย สำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ มีความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยน ให้อภัย และมีเมตตาจิต เช่น การใช้มือสัมผัสผู้อื่นด้วยความอ่อนโยน จับมือแขนขาบีบเบา ๆ กอดไว้ พร้อมกับแผ่ ความปรารถนาดีให้แก่ผู้ป่วย ขณะที่สัมผัสให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบ และมีสมาธิ จะเป็น พลังให้ผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้ การแผ่เมตตาคือการน้อมใจนึกหรืออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ ให้ มีความรู้สึกว่า สิ่งศักดิ์สิทธิ์เหล่านั้นปรากฏเป็นภาพนิมิตอยู่เหนือศีรษะของผู้ป่วย จากนั้นจินตนาการว่าท่าน เหล่านั้นได้เปล่งรังสีแห่งความกรุณาและการเยียวยาเป็นลำแสงอันนุ่มนวล อาบรดทั่วร่างของผู้ป่วย จนร่าง ของผู้ป่วยผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับลำแสงนั้น ขณะที่น้อมใจนึกภาพดังกล่าว เราอาจสัมผัสมือของผู้ป่วย ไปด้วย

2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง

3. ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงาม ช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสุขสงบ ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น วิธีที่พระพุทธเจ้าและพระสาวกมักแนะนำให้ผู้ใกล้ตายปฏิบัติก็คือ การระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัยคือพระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ ตั้งตนอยู่ในศีล และระลึกถึง สิ่งที่ได้บำเพ็ญมา

4. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ

5. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ

6. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

7. กล่าวคำอำลา

5. การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต มีแนวทางดังนี้

1. กระทำด้วยความนุ่มนวล สมศักดิ์ศรี

2. ควรดูแลทันทีก่อนที่เนื้อเยื่อจะผิรุปร่างหรือถูกทำลาย

3. ดูแลจัดสภาพผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่ดีก่อนให้ญาติเข้าเยี่ยม

4. อุปกรณ์ต่าง ๆ ควรถอดออกจากผู้ป่วย

5. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบายคล้ายผู้ป่วยกำลังหลับ

6. ทำความสะอาดร่างกาย ใส่ฟันทบอบ หวีผม แต่งตัวให้เรียบร้อย

7. ใช้เวลาแก่ญาติบอกกล่าวผู้ป่วย

สรุปหลักการดูแลแบบประคับประคอง มีแนวทางดังนี้

1. ช่วยจัดการความปวดและอาการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย

2. ช่วยประคับประคองชีวิตและกระบวนการตายให้เป็นไปอย่างธรรมชาติ

3. ไม่มุ่งหวังที่จะเร่งรัดหรือยืดการตายออกไป แต่เป็นการดูแลโดยใช้เวลาของชีวิตนั้นเป็นไปตามปกติที่ควรจะเป็น
4. เป็นการดูแลแบบผสมผสาน โดยการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
5. ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนถึงวาระสุดท้าย
6. ช่วยประคับประคองญาติผู้ป่วยต่อการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย ตลอดจนความทุกข์ทรมานของญาติต่อการจากไปหรือสูญเสียผู้ป่วย
7. เป็นการดูแลที่ประกอบด้วยทีมให้บริการ ที่จะช่วยให้สามารถตอบสนองความประสงค์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม
8. จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และอาจช่วยให้ผลการดูแลการเจ็บป่วยเป็นไปในทางที่ดี โดยเฉพาะหากสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ ร่วมกับการรักษาหลักอื่น ๆ ของโรค

6. ประเด็นทางด้านกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

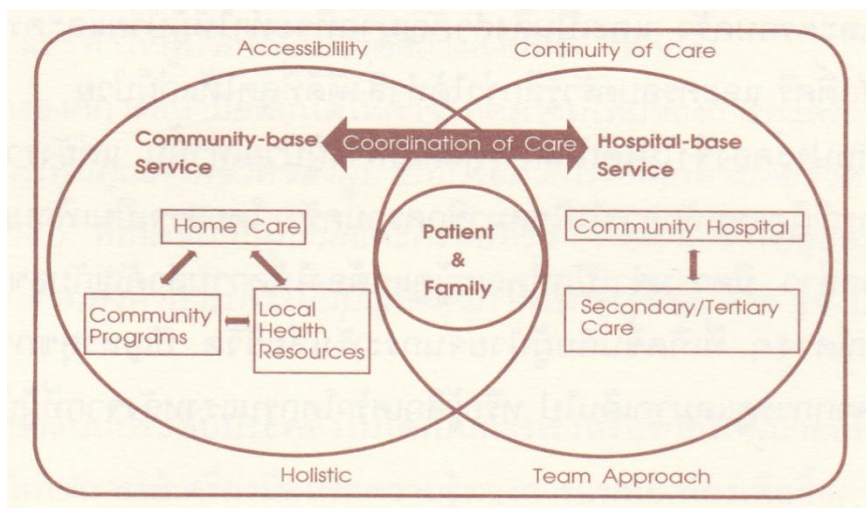
การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีประเด็นกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยมีการออกกฎหมายว่าด้วยสิทธิที่จะตาย (The right to die laws) ขึ้นในสหรัฐอเมริกา สำหรับในประเทศไทยปัจจุบันมีแนวคิดในเรื่องพินัยกรรมชีวิต (Living will) คือให้มีการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าได้ หรือเรียกว่า Advance directives คือ การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ สำหรับประเทศไทยได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวในร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในมาตรา 12 ดังนี้

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง ”

การกำหนดสิทธิให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องที่กำหนดให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างธรรมชาติ ไม่ถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือจากเทคโนโลยีต่าง ๆ จนอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “ฟื้นก็ไม่ได้อ ตายก็ไม่ลง” ส่วนข้อความที่กล่าวถึง “ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ก็เป็นข้อความที่กฎหมายรัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ ”

7. การจัดการบริการดูแลรักษาแบบประคับประคองในชุมชน

ในแต่ละส่วนของการดูแล ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ควรมีการประสานงานร่วมกัน (Coordination of care) เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (Accessibility) มีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ , มปป.) ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 แสดงรูปแบบการจัดบริการการดูแลรักษาแบบประคับประคองในชุมชน
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ , มปป.

การดูแลสุขภาพที่บ้าน มีแนวทางดังนี้

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและผู้ป่วย
2. การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาวะครอบครัว
3. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจร่างกายทั่วไป อาการและอาการแสดง ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณระยะสุดท้ายที่บ้าน
4. ระบุปัญหาและแผนการพยาบาล ได้นำข้อมูลที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวางแผนวิธีที่จะนำไปสู่ภาวะสมดุลของผู้ป่วย

5. ปฏิบัติการพยาบาลโดยการดูแลสุขภาพที่บ้านตามแผนการพยาบาล

6. ประเมินผลการพยาบาลโดยการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่

7. บันทึกการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหรือระยะสุดท้าย มีแนวทางดังนี้

1. ให้การดูแลแบบประคับประคอง บรรเทาทุกข์ทรมานหรือความเจ็บป่วย
2. ให้การดูแลรักษาระยะสุดท้ายของชีวิตที่จำเป็น
3. เตรียมครอบครัวให้พร้อมรับมือกับภาวะโศกเศร้า
4. ประกาศการเสียชีวิต

การเข้าถึงบริการด้าน Palliative care (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2552) มีดังนี้

1. ความต้องการการพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้และการดูแลผู้ป่วยมีมาก ควรจัดให้มีการฝึกอบรมด้านนี้เป็นรูปธรรม

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญของ Palliative care โดยกำหนดการบริการนี้อยู่ในตัวชี้วัดมาตรฐานของโรงพยาบาล

3. การจัดการกับอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ปัญหาที่พบคือ ความกลัวและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟิน รูปแบบของยามีจำกัด การเข้าถึงยา

4. ควรจัดบริการด้าน Palliative care อย่างทั่วถึง การใช้ทรัพยากรชุมชนมาใช้ในการจัดบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตที่บ้าน โดยเฉพาะประเพณีวัฒนธรรมชาวอีสานซึ่งมีความเชื่อทางจิตวิญญาณว่าคนควรเสียชีวิตที่บ้าน

5. จัดรูปแบบให้เหมาะกับสภาพความเป็นอยู่และวัฒนธรรม ได้แก่ 1) จัดให้บริการแบบ Community-based palliative care รูปแบบการเยี่ยมบ้านเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในชนบท ครอบคลุมใหญ่ ไม่อยู่โดดเดี่ยว 2) ควรมีวิจัยระบบสุขภาพที่เหมาะสม 3) การผลักดันระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศ ให้มีงบประมาณลงมากระตุ้นการดำเนินงานได้อย่างมีระบบ

6. การบริการ Palliative care ที่ดี ผู้ป่วยต้องมีการเตรียมตัวในระยะสุดท้ายที่จะมาถึง ผู้ป่วยต้องได้รับรู้ความจริง ตั้งแต่แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย การดูแลต้องมีการวางแผนล่วงหน้า

7. รมรณรงค์ให้ความรู้แก่สังคมให้รู้จักการรักษาแบบ Palliative care ให้เห็นความสำคัญของการตายดี โดยการรณรงค์ พรบ.สุขภาพมาตรา 12 “Living will” ควรมีการจัดการศึกษาด้านระบาศาตววิทยา สํารวจและวิจัยสภาพปัญหาและวิจัยระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและสามารถเข้าถึงได้

8. กำหนดตัวชี้วัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างกรณีศึกษา Palliative care ของโรงพยาบาลหัวทะเล (สายลักษณะ พิมพ์เกาะ, 2554)

โรงพยาบาลมีงานให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งตลอด 24 ชม.และจัดตั้ง OPD palliative care , Home ward มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. แพทย์ทบทวนแฟ้มประวัติข้อมูลผู้ป่วย การวินิจฉัย การพยากรณ์โรคยืนยันให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบ Palliative care

2. ประสานทีมพยาบาลที่ร่วมดูแลรับทราบ ตกลงแนวทางร่วมกัน

3. ทีมแจ้งข้อมูลให้กับญาติที่ใกล้ชิด เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ

4. ค้นหาปัญหาผู้ป่วย จัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

5. กรณีโรคลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ดำเนินการทำ Discharge plan จัดหาสิ่งสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์บางอย่างเพื่อส่งต่อให้ PCU ดูแลต่อ

ข้อเสนอแนะด้าน Home care

1. ประสานงานกับทีม Discharge planning จากหอผู้ป่วย

2. จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

3. ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver)

4. ประสานติดต่อกับชุมชน และสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

5. มีผลงานวิจัยและการจัดการความรู้เรื่อง Palliative care

ปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน ได้แก่ ปัญหาการใช้ยามอร์ฟิน แพทย์มีความสำคัญในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควรได้รับการรักษาแบบ Palliative care แล้ว ประเพณี ความเชื่อและวัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีโอกาสรับรู้ความจริง ทำให้ขาดการเตรียมตัว เตรียมใจกับระยะสุดท้ายเพื่อให้การจากไปอย่างสงบ

สรุปข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ

1. รณรงค์ให้สังคมรู้จัก Palliative care ให้มากขึ้น
2. การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่ทีม Palliative care ของโรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถทำได้ ซึ่งศาสนาพุทธสอนให้มีการปล่อยวางและใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ
3. การดูแลต้องรวมครอบครัวของผู้ป่วยมาเป็นหน่วยของการดูแล
 - 1) ต้องพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย
 - 2) ต้องมีการบริการครบวงจรที่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้านได้ เพราะโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยสำหรับผู้ป่วย และก่อให้เกิดความโดดเดี่ยว ขาดญาติพี่น้องมาอยู่ใกล้ซิด

8. พินัยกรรมชีวิต (Living will)

การยอมรับคุณค่าความเป็นมนุษย์ส่วนหนึ่งคือการปฏิบัติตามแนวเวชศาสตร์เรื่อง Autonomy ซึ่งหมายถึงบุคคลมีทางเลือกอิสระในการตัดสินใจทางเดินชีวิตตน (Self-determination) กระบวนการสำคัญคือการขอความยินยอมในการรักษา (Informed consent) สิ่งนี้จะมีความสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบ 3 ส่วน (Etchells et al, 1996 อ้างถึงในพรเลิศ ฉัตรแก้ว , 2552) คือ

1. Capacity ผู้ป่วยมีความสามารถในการแยกแยะผลดีและผลเสียในการรักษาหลักเทียบกับการรักษาอื่น ๆ หรือไม่รักษาได้
 2. Disclosure ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอย่างมากเพียงพอที่จะสร้างความเข้าใจสำหรับตัดสินใจเลือกที่เหมาะสม
 3. Voluntariness ผู้ป่วยตัดสินใจโดยปราศจากการขู่ข่มบังคับทั้งทางตรงและทางอ้อม
- ในประเทศไทยได้มีออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ซึ่งกล่าวไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

ตัวอย่างพินัยกรรมชีวิต (Living will)

NO.
DATE / /

พินัยกรรม

เขียนที่ โรงพยาบาลรามคำแหง วันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2552

ข้าพเจ้า นายสินธุ์ ชัยศิริรัตน์ อายุ 70 ปี ได้ทำพินัยกรรมนี้ในขณะที่ข้าพเจ้า
มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยังสามารถเข้าใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ
แห่งประเทศไทย และประจักษ์ต่อคุณธรรมวินัยและสัจจะธรรมและสัจจะความจริงใจ
ประกอบอาชีพและครอบครัว ตามหลักศาสนาพุทธนิกายเถรวาท เป็นดังนี้

พินัยกรรมนี้ครอบคลุมถึง "พินัยกรรมชีวิต" (Living Will) ด้วย คือ
ถ้าข้าพเจ้าเจ็บป่วยด้วยสาเหตุใดก็ตาม ที่ทำให้ไม่สามารถทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถ
1. ช่วยตนเอง (เช่น กิน-นอน-ถ่าย-ชำระล้างร่างกาย ด้วยตนเอง) ได้ หรือ
2. สื่อสารใช้มือเท้าใช้สติความจำในการใช้ความทุกข์ทรมานของข้าพเจ้าได้
กรุณาใช้การรักษายุติ รวมทั้งการใช้อาหาร ยา หรือสิ่งอื่นใด เมื่อถึงเวลา
ที่ข้าพเจ้าทุกข์ทรมานหนักขึ้นหรือหนักขึ้น หรือถ้าใช้การรักษาแล้วไม่ช่วย ปรณายในการ
รักษาแล้วนั้น แต่กรุณาใช้ยาหรือการรักษานั้นที่ข้าพเจ้าขอร้องไว้
โดยไม่ต้องแจ้งให้แพทย์ แพทย์สามารถใช้วิธีนั้นที่ข้าพเจ้าขอร้องไว้
หากมีข้อสงสัยใดๆ ให้ถามทางวิสัญญีแพทย์ ชัยศิริรัตน์ ซึ่งเป็นลูกของข้าพเจ้า
และเจ้าโรคไตเรื้อรังของข้าพเจ้าอย่างตั้งใจ

เมื่อข้าพเจ้ามีสติ ให้รีบแจ้งภรรยาที่อาศัยอยู่ที่ โรงพยาบาลศิริราช
(โทร. 0-2419-7030) หรือ (โทร. 0-2419-7028) ทันที เพื่อรับคำสั่งของข้าพเจ้าไปใช้เมื่อมีประโยชน์ในการ
วินิจฉัยของแพทย์และ/หรือนักสังคมศาสตร์ โดยไม่ต้องมีพิธีกรรม (เช่น ระตือรือร้น
คำสั่งของข้าพเจ้า) และใช้การตัดสินใจของแพทย์วินิจฉัยเพื่อเป็นหน้าที่ของแพทย์
สันติภาพและ/หรือผู้ดูแลชีวิตแล้วแล้วสิ้นชีวิต

ข้อควรระวังสิ่งหนึ่งที่แพทย์ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอขอร้องให้แพทย์ทั้งสองคน
คือ นางวิมลวิมล ชัยศิริรัตน์ และนางวิมลวิมล ชัยศิริรัตน์ โดยให้
ทางวิสัญญีแพทย์ ชัยศิริรัตน์ เป็นผู้ดูแลการปฏิบัติ

ลงนาม สินธุ์ ชัยศิริรัตน์ ผู้เขียนพินัยกรรม
(นายสินธุ์ ชัยศิริรัตน์)

ลงนาม วิมลวิมล ผู้รับมอบอำนาจ
(นางวิมลวิมล ชัยศิริรัตน์)

ลงนาม สินธุ์ วิมลวิมล พยาน
(น.ส. สินธุ์ น.ส.วิมลวิมล)

9. กรณีศึกษาเรื่องเล่าจากประสบการณ์จริง

กรณีศึกษาที่ 1 เรื่องเล่าจากผู้เขียน

ดิฉันมีประสบการณ์จริงในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ เมื่อประมาณต้นปีพ.ศ.2549 ญาติผู้ใหญ่ของบุคคลที่ดิฉันสนิทคุ้นเคย ดิฉันขออนุญาตเรียกกรณีศึกษาที่ว่า “คุณแม่แสง” (นามสมมติ) ซึ่งในขณะนั้นคุณแม่มีอายุได้ 76 ปี ท่านได้จากไปอย่างสงบ มีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เพราะท่านได้สิ้นลมหายใจท่ามกลางลูกหลานและญาติมิตรที่รักท่าน และท่านรัก ดิฉันยังจำเหตุการณ์ในคำคืนวันนั้นได้ดี ในวันนั้นตรงกับวันอาทิตย์ที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 คุณแม่แสงของลูก ๆ และหลาน ๆ ได้จากโลกนี้ไปอย่างไม่มีวันกลับ ท่านจากไปในอ้อมกอดของลูกชายคนเล็กที่ท่านรักและรักท่านมากที่สุด คุณแม่เป็นผู้เลือกตัดสินใจที่จะกลับมาตายที่บ้าน โดยท่านให้เหตุผลว่า “แม่ขอกลับไปตายที่บ้าน เพราะแม่คงไม่มีโอกาสที่จะรักษาหายได้ อย่าให้แม่ต้องมานอนทรمانอยู่ที่โรงพยาบาลอีกเลย” ในครั้งแรกลูกชายคนเล็กของคุณแม่ไม่ต้องการที่จะนำคุณแม่กลับบ้าน เพราะเขามีความเชื่อที่ว่า “อยากรักษาคุณแม่ให้ดีที่สุด” หรือที่พูดกันว่า “ให้อยู่ในมือหมอ นั้นแหละดีที่สุด” ในครั้งนั้นคุณแม่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดด้วยปัญหาการติดเชื้อมีกระแสเลือด เพราะคุณแม่มีโรคประจำตัวคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นมาประมาณ 20 กว่าปี โดยได้รับการรักษามาอย่างต่อเนื่องด้วยการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์มาโดยตลอด ซึ่งท่านเป็นคนที่คุณดูแลตนเองเป็นอย่างดี เช่น การควบคุมอาหาร และการมาตรวจตามนัด ถึงแม้บางครั้งลูกหลานติดภารกิจไม่สามารถพาคุณแม่ไปโรงพยาบาลได้ แต่ท่านก็จะเดินทางไปเองคนเดียวโดยรถประจำทาง ต่อมาได้เกิดโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง อาทิเช่น นิ้วที่โต และเคยรับการผ่าตัดนิ้วที่โตออกหนึ่งข้างมาก่อน หลังจากนั้นก็เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย โรคนี้ในถุงน้ำดี โรคหัวใจขาดเลือด นิ้วที่ท้อปัสสาวะ โดยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นระยะ สุดท้ายก็เกิดการติดเชื้อจนต้องส่งตัวจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด ไปที่โรงพยาบาลศูนย์

คุณแม่เข้าอนรักษที่โรงพยาบาลศูนย์ประมาณ 1 สัปดาห์ ต้องใช้อุปกรณ์ทางแพทย์สอดใส่เข้าสู่ร่างกาย ทั้งสายยางให้อาหาร ทำการเปิดเส้นเลือดดำให้สารน้ำ (Cut down) เมื่อลูกหลานไปเยี่ยม ท่านได้ขอร้องให้นำตัวกลับบ้าน เนื่องจากทุกข์ทรมานมาก และคิดว่าคงไม่สามารถรักษาหายได้

ดิฉันได้ให้คำแนะนำแก่ลูกชายคนเล็กของคุณแม่ซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจว่า ควรนำคุณแม่กลับบ้านตามความต้องการ โดยให้เหตุผลว่า คุณแม่ควรได้กลับไปอยู่กับลูกหลานและญาติ ๆ เพราะเป็นการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ท่านจะได้จากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เพราะในที่สุดเราคงไม่สามารถจะยึดชีวิตคุณแม่ต่อไปได้ ควรให้ท่านจากไปตามธรรมชาติ วิญญาณที่จากไปจะได้ไปอย่างสงบ ไม่กระวนกระวาย

ในที่สุดลูกชายคนเล็กและญาติ ๆ จึงได้ตัดสินใจนำคุณแม่กลับไปที่บ้าน โดยในขณะนั้นได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากลูก ๆ หลาน ๆ และญาติ ๆ มานอนเฝ้าที่บ้านทุกวันโดยท่านสามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 1 สัปดาห์ จนในที่สุด อาการของท่านก็ทรุดลง การหายใจเริ่มผิดปกติ หายใจช้าลง ๆ ไม่สม่ำเสมอ ลูกหลานได้เข้าไปให้กำลังใจ ทำพิธีขอขมาและบอกกล่าวให้คุณแม่ไม่ต้องห่วงลูกหลาน ทั้งนี้เพื่อให้ดวงวิญญาณของท่านจากไปอย่างสงบหรือเป็นการส่งวิญญาณขึ้นสวรรค์ สุดท้ายท่านก็ได้จากไปอย่างสงบในคืนวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 เวลาประมาณ 22.00 น.ท่ามกลางลูกหลานและญาติ ๆ ที่มาให้กำลังใจ

จากกรณีศึกษาที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับความตายได้อย่างกล้าหาญ มีความพร้อมที่จะตาย และให้ญาติมีส่วนร่วมในการยอมรับความจริงว่าความตายเป็นมิติหนึ่งของชีวิต และควรให้เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่ควรยึดชีวิตต่อไป เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยตายท่ามกลางความรักความอบอุ่น สันติสุข และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้ในที่สุด

กรณีศึกษาที่ 2 เรื่องเล่าจากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมหาสารคาม

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 45 ปี นอนรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ด้วยอาการ ปวดขาทั้ง 2 ข้าง วินิจฉัยโรคเป็น มะเร็งเต้านม แพร่กระจายไปกระดูก ดิฉันได้รับการปรึกษาจากหน่วยงานศัลยกรรม ไปตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ประเมินความสามารถผู้ป่วย (PPS) ได้ 70 % มีอาการปวดแสบร้อนที่ขาทั้ง 2 ข้าง ประเมิน Pain score เท่ากับ 10 คะแนน ได้รับการบำบัดอาการปวดด้วย ยามอร์ฟิน ผู้ป่วยวางแผนล่วงหน้าไว้ว่า จะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ปั๊มหัวใจ ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ประเมินด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เข้าใจและยอมรับ ผู้ป่วยบอกว่า ไม่กลัวตาย แต่กลัวความเจ็บปวดผู้ป่วยแยกทางกับสามี มีลูกชาย 1 คน อายุ 23 ปี ซึ่งอยู่กับผู้ป่วย แต่ลูกชายไม่ค่อยมีเวลาได้ดูแลแม่ ผู้ป่วยมีความรู้สึกน้อยใจลูกชาย บางครั้งน้ำตาไหล แต่ผู้ป่วยจิตใจจดจ่ออยู่กับการสวดมนต์ ทำให้ความรู้สึกดีขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพื่อนบ้านและพี่ชายสลับกันดูแล ผู้ป่วยเคยทำงานเป็น หมอนวดแผนโบราณ ประจำสถานีอนามัย มีนิสัย ชอบช่วยเหลือผู้อื่น จึงเป็นที่รักใคร่ของคนทั่วไป

ดิฉันติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกวัน เพื่อติดตามประเมินผลอาการปวด และพูดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยนอนรักษาประมาณ 3 วัน ควบคุมอาการปวดได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ให้อายมอร์ฟินกลับไปกินที่บ้าน ต่อมาประมาณ 2 สัปดาห์ ดิฉันโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก จึงนัดเข้าคลินิกดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อปรับยาบำบัดอาการปวดใหม่ ควบคุมอาการปวดได้สักระยะ ต่อมาอาการปวดควบคุมไม่ได้ ปวดมากจนขยับตัวไม่ได้ อาการทรุดลงมาก ประเมินความสามารถผู้ป่วย (PPS) ได้ 20 % ดิฉันได้ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับแพทย์ 3 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทุกวัน ปรับขนาดยาปวดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งใช้ขนาดยาปวดสูงมาก จนควบคุมอาการปวดได้ อาการปวดลดลงมาก จึงสามารถขยับตัวได้ ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น สภาพจิตใจดีขึ้น วันต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ โดยไม่มีอาการทรมานทรมาย

จากเรื่องเล่าจะเห็นได้ว่า การจัดการอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานด้านร่างกาย มีส่วนสำคัญทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และต้องควบคู่ไปกับการดูแลด้านจิตใจด้วย

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวได้อย่างครอบคลุม จัดการสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมด้วยความเมตตา และเอื้ออาทรดูจญาติมิตร โดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและใช้ศักยภาพสูงสุดของทรัพยากรในชุมชน พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้การสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลที่จำเป็น ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ติดตามสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและให้การจัดการช่วยเหลือเฉพาะอย่างเหมาะสม โดยมีการพัฒนาศักยภาพและการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในเครือข่ายทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่าง

ต่อเนื่อง และทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วนที่ทุกคนต่างเป็นส่วนหนึ่งซึ่งกันและกัน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวตามบทบาทของตน

จากคำกล่าวที่ผ่านมาข้างต้นสรุปได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะสุดท้าย ได้แก่ พยาบาลต้องสามารถสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกที่อุ่นใจแก่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม รู้วิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างเอาใจใส่ ใกล้ชิด มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ จัดเวลาเยี่ยมให้เหมาะสมคำนึงถึงความต้องการศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยและญาติหลังทราบความจริงของโรค ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีจิตใจสบายขึ้น เพื่อให้สามารถผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตไปได้อย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี

บรรณานุกรม

- กรรมกรจรียา สุขรุ่ง (2551) **สุขสุดท้ายที่ปลายทาง**. พิมพ์ครั้งที่3, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามลดา.
- กฤษณะ สุวรรณภูมิ. (2552). การซักประวัติด้านจิตวิญญาณในเวชปฏิบัติ. **ข่าวคณะแพทย์**, มิถุนายน 52.
- กิติพล นาควิโรจน์ และดาริน จตุรภัทรพร. (2556). **การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care)**. ค้นหาได้ที่ <http://portal.in.th/ms-pcare>
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2552). **จิตวิญญาณ: การดูแล**. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2552 เข้าถึงได้ที่ www.academic.hcu.ac.th/forum/board_possts.asp
- เชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2547). **ความต้องการและการอภิบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ใกล้ตาย**. ใน ภัคภร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ). **รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). **กิจกรรมการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ**. **วารสารสภาการพยาบาล**, 15(3), 55-64.
- . (2544). **ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติพยาบาลมิติจิตวิญญาณ**. **วารสารสภาการพยาบาล**, 16(4), 12-27.
- . (2545). **การพยาบาลด้านจิตวิญญาณกับกระบวนการพยาบาล**. **วารสารสภาการพยาบาล**, 17(1): 1-12
- . (2549). **พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- . (2549). **จิตวิญญาณ: มิตินึ่งของการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ ศุภกิจเจริญ. (2552). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ**. เอกสารประกอบการสอน.
- ประเวศ วสี. (2544). **“สู่สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ”** สารสำคัญจากการเสวนาเรื่องสู่สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ ณ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม. กรุงเทพฯ.
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน. (2554). **Pain management in palliative care**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- พระไพศาล วิสาโล (2549). **การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ**. กรุงเทพฯ : เครือข่ายพุทธิกา.
- ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). **Psychiatric assessment and management in palliative care** ใน **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying)**. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- มาลินี วงศ์พานิช. (2525). **ความตายกับภาวะใกล้ตาย (On death and dying by Elisabeth Kubler-Ross)**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล.(2553). **เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2547). **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2,

- กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสมรรถนการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สันต์ หัตถ์รัตน์. (2552). **การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี**. กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี.
- _____. (2543). **สิทธิ์ที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง**. พิมพ์ครั้งที่2, กรุงเทพฯ: วิชาการพิมพ์
- สายลักษณ์ พิมพ์เกาะ. (2554). จะเริ่มต้นอย่างไรให้เป็นจริง ภาค 3 โครงการ Palliative care โรงพยาบาล หัวทะเล ในยุวเรศมคธ สิริวิชาญบัญชา และคณะ, บรรณาธิการ. **การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (มปป). **คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข: กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะสุดท้าย**. นนทบุรี: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สิวลี ศรีโล. (2548). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปราณี นิรุติศาสน์. (2550). Holistic assessment and communication : physical aspect **ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying)**. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุมาลี นิมนานนิตย์. (2552). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุมาลี นิมนานนิตย์. (2546). “ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย” ในหนังสือที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพนายจรัส นิมนานนิตย์ (กรณีพิเศษ) วันที่ 23 สิงหาคม 2546.
- อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. (2546). **สุขภาพจิตทางวิญญาณ**. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2553 เข้าถึงได้ที่ [http:// www.jogandjoy.com/Html/Columns_March/Soul.html](http://www.jogandjoy.com/Html/Columns_March/Soul.html).
- Béphage G (2009). **Nursing & Residential Care**, 2009 Sep; 11 (9): 463-6.
- Kubler-Ross E. (1969). **On death and dying**. New York, NY: The Macmillian company.
- Lavy, Vicky & Bond, Charlie & Wooldridge, Ruth. (2008). **Palliative care toolkit: improving care from the roots up in resource-limited settings**. London: Help the hospice.
- Burkhart, L. (2005). **A click away: Documenting spiritual care**. Journal of Christian Nursing, 22(1), 6-12.
- Shelly, J.A. (2000). **Spiritual care: A guide for caregivers**. Downer’s Grove, IL: Intervarsity Press.
- Hill,L, & Smith, N. (1985). **Self-care nursing : Promotion of health** . Norwalk : Appleton & cang.
- Narayanamy, A., & Owens. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. **Journal of Advanced Nursing**, 33.
- Narayanamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thonpson, D., Annasamy, S. & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. **Journal of Advanced Nursing**, 48(1), 6-16.
- Kuuppelomaki, M. (2001). Spiritual support for terminally ill patients : nursing staff assessments. **Journal of clinical Nursing**, (10), 660 – 670.
- Narayanamy, A., & Owens. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the

spiritual needs of their patients. **Journal of Advanced Nursing**, 33.

World health organization. (2002). WHO definition of palliative care. Available from www.who.int/cancer/palliative/definition/en

World health organization. (2002). Pain relief and palliative care. In: National cancer control programmer policies and management guidelines. 2nd ed., WHO Geneva: 83-91.

ภาคผนวก

แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale)

คำแนะนำเรื่องการใช้ Palliative Performance Scale (PPS)

Palliative Performance Scale หรือ (PPS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539) โดย Anderson และคณะที่ Victoria Society (VHS) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสถานะของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันโดยดัดแปลงมาจาก Karmofsky Performance Scale

การให้คะแนน PPS ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว เมื่อรักษาภาวะบางอย่างของผู้ป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการซึมเศร้า อาการปวด ทำให้คะแนน PPS ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

วิธีการใช้ PPS

ประเมินสถานะผู้ป่วยในขณะนั้นตามความเป็นจริง ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวางไล่จากซ้ายไปขวา โดยยึดคอลัมน์ทางซ้ายเป็นหลัก หากคอลัมน์ทางขวาได้คะแนนมากกว่าทางซ้าย จะให้คะแนนตามคอลัมน์ซ้าย

ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลาง เช่น 65 % ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 60% หรือ 70% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาประเมินมากที่สุด สามารถใช้ประเมินได้ในหลายที่ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

ผู้ประเมินจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์สาขาใดก็ได้ที่มีความรู้ความเข้าใจ เรื่องการใช้ PPS

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok) PPS Adult Suandok

ตารางที่ 1 Palliative Performance Scale ฉบับ 2 (PPS version 2) ฉบับภาษาไทย

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม	การทำกิจวัตร	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
-----------	---------------	-------------------	--------------	-------------------	--------------------

ร้อยละ		และการดำเนินโรค	ประจำวัน	อาหาร	รู้สึกตัว
100	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	การเคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้งหรือบางเรื่อง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใดๆและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือว่างซึ่ม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใดๆและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใดๆและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารทางปากไม่ได้	รู้สึกตัวดี

0	เสียชีวิต	-	-	-	-
---	-----------	---	---	---	---

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมีหรือไม่มีอาการ

จากการศึกษาทวิเคราะห์ (Meta-analysis) โดยดาวนิง (Downing) และคณะ ที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 1,808 คน จากทั้งหมด 4 การศึกษาได้ข้อสรุปว่า PPS สามารถบอกพยากรณ์โรคได้ค่อนข้างแม่นยำในเรื่องเวลาของการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินคะแนน PPS น้อย มักเหลือเวลาของการมีชีวิตอยู่น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS มากกว่า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปจำนวนวันโดยประมาณที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เมื่อเทียบกับคะแนน PPS

PPS(%)	จำนวนวันที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่จนกระทั่งเสียชีวิต
10	2-5
20	4-10
30	13-24
40	24-36
50	37-47
60	48-77
70	78-90

หลังการประเมิน จะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 0% หมายถึง เสียชีวิต จนถึงคะแนนเต็ม 100 % หมายถึง ผู้ป่วยมีสุขภาพเป็นปกติ โดยสามารถแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0-30 %) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (PPS 40-70%)

จุดประสงค์ของการใช้ PPS

1. เพื่อสื่อสารอาการปัจจุบันของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในคณะที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มองเห็นภาพของผู้ป่วยและพยากรณ์โรคไปในทางเดียวกัน
2. เพื่อประเมินพยากรณ์โรคอย่างคร่าวๆ และติดตามผลการรักษา
3. ใช้เป็นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าดูแลในสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice)
4. ใช้บอกความยากของภาระงานของบุคลากรทางแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน 0 – 40 % หมายถึงว่า ผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านกายภาพมากขึ้นและญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น
5. ใช้ในการทำวิจัยโดยเป็นการวัดเปรียบเทียบผลหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีข้อควรระวังว่าจำนวนวันที่สามารถกะประมาณจากคะแนน PPS นั้นเป็นเพียงค่าเฉลี่ยที่ได้จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากงานวิจัย ไม่สามารถนำมาเป็นตัวเลขการคาดการณ์ที่แน่นอนสำหรับผู้ป่วยทุกคนได้ จึงไม่ควรบอกตัวเลขที่ได้จากตารางกับผู้ป่วยโดยตรง PPS เพียงช่วยให้บุคลากรในคณะสามารถสื่อสารกันได้สะดวกมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อถึงเวลาที่ทุกคนต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น สิ่งที

สำคัญกว่าการบอกระยะเวลาคือให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการและทำในสิ่งที่ยังติดค้างอยู่เมื่อเราประเมินผู้ป่วยได้คร่าวๆว่าผู้ป่วยเหลือเวลาในชีวิตอย่างจำกัด

หมายเหตุ วิธีแยกการช่วยเหลือตัวเองของระดับ 40 – 60 % ดังนี้

60% : ผู้ป่วยเดินไปห้องน้ำได้แต่ต้องการช่วยเหลือเป็นบางครั้ง

50% : พาผู้ป่วยไปห้องน้ำแต่ผู้ป่วยสามารถแปรงฟันเองได้

40% : ต้องพาผู้ป่วยไปห้องน้ำและต้องอาบน้ำแปรงฟันให้ผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยใส่ NG Tube ให้ใช้ความสามารถของผู้ป่วยในการกินอาหารก่อนใส่ NG tube ในการให้
คะแนน

แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

คำแนะนำในการใช้ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ESAS เป็นเครื่องมืออันดับหนึ่งที่เรานำมาใช้ในการประเมินติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ESAS มีชื่อเต็มว่า Edmonton Symptom Assessment System ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมิน อาการที่ประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการ											มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย											มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการคลื่นไส้											มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการซึมเศร้า											มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่วิตกกังวล											วิตกกังวลมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการร่วงซึม/สะลึมสะลือ											มีอาการร่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่เบื่ออาหาร											เบื่ออาหารมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
สบายดีทั้งกายและใจ											ไม่สบายกายและใจเลย
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ											มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่.....											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

เหตุผลที่ควรประเมินอาการเหล่านี้ทุกครั้งที่ทำการประเมินผู้ป่วย เนื่องจากอาการทั้งหมดเป็นอาการที่พบได้บ่อย หากผู้ประเมินไม่ได้ใช้แบบประเมิน ESAS อาจลืมนำในบางอาการได้ ทำให้ประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วนและอาจจะทำให้เกิดความผิดพลาดในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

คำแนะนำที่สำคัญในการใช้ ESAS

1. ESAS เป็นเพียงเครื่องมือที่ทำให้แพทย์หรือคณะที่ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีเบื้องต้นและนำไปสู่การวินิจฉัยสาเหตุต่อไป
2. ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเองหรืออาจให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยประเมินเองไม่ได้และให้ประเมินคะแนน ณ เวลาที่ทำการประเมินหลักเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อาจจะมีปัญหาเรื่องความจำ ซึ่งเกิดได้จากตัวโรคเองและการรักษา ดังนั้นคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินในเวลานั้นเป็นคะแนนที่น่าเชื่อถือที่สุด หากเป็นไปได้ให้ทำการทดสอบ Thai MMSE ควบคู่ไปกับ ESAS ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการสับสนหรือมีปัญหาความจำ
3. หากมีผู้ทำแบบสอบถามแทนผู้ป่วย ให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ซึมเศร้า กังวล และภาวะความสบายของกายและใจ
4. ภาวะอื่นๆ เชื้อ อากาศปวด อากาศเบื่ออาหาร อากาศคลื่นไส้อาเจียน และอาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จากการสังเกตภายนอก
5. นอกจากการให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของแต่ละอาการเป็นหมายเลข 0-10 แล้ว หากเป็นไปได้ แนะนำให้ผู้ประเมินถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลของการประเมินที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ยกตัวอย่าง เช่น หากผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดในขณะที่ประเมินเท่ากับ 10 ผู้ประเมินอาจจะถามเพิ่มว่าหลังได้รับยาแก้ปวดแล้วอาการปวดลดลงหรือไม่และอยู่ในระดับเท่าใด
6. เมื่อใช้ ESAS ในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำ ควรถามคำถามง่ายๆ เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทุกครั้งเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล เช่น หากผู้ป่วยบอกว่าปวดเท่ากับ 10 แต่เมื่อถามว่าปวด 10 คะแนนเป็นปวดมาก ปานกลาง หรือปวดน้อย ผู้ป่วยกลับตอบว่าปวดน้อยอาจต้องสงสัยว่าคะแนนที่ได้อาจไม่น่าเชื่อถือ
7. สามารถใช้ ESAS ในการตั้งเป้าหมายการรักษาได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าปวด 10 คะแนน ให้ลองถามผู้ป่วย ระดับที่ผู้ป่วยพอใช้หรือระดับที่ผู้ป่วยพอจะใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดเพื่อตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกัน
8. การประเมินอาการด้วย ESAS เป็นความเห็นส่วนบุคคล (Subjective) จึงมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่งผู้ป่วยอาจให้คะแนนเท่ากัน แต่ความรุนแรงของอาการอาจไม่เท่ากัน
9. หลังจากประเมิน ESAS แล้ว ผู้ประเมินควรทำการบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการติดตามการรักษา

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....อายุ.....ปี

บัตรประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ที่ทำงาน.....

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใด ๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็น และเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้ลงชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

- การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- การเข้ารักษาในห้อง ไอ ซี ยู (I. C. U.)
- การกระตุ้นระบบไหลเวียน
- กระบวนการฟื้นคืนชีพหัวใจหยุด
- การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใด ๆ
-
-
-

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อหาความในหนังสือ แสดงเจตนาฉบับนี้ หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้น กรุณาหยุดการ บริการ (Withdraw) ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
-

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความ เหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- การเยียวยาทางจิตใจ (กรณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)
-

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล)ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่ อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และ พยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาใน สถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มี ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ 1

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ 2

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

คณะผู้เขียน

อาจารย์สุวคนธ์ กุรัตน

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วุฒิการศึกษา : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์พัชรี ภาระไช

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วุฒิการศึกษา : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.สุวิริยา สุวรรณโคตร

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มวิชาการบริหารและพื้นฐานการพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วุฒิการศึกษา : ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาหลักสูตรและการเรียนการสอน)
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์สิริชัย นามทรศนีย์

- ตำแหน่ง : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์
 หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์และบริการปฐมภูมิ
 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
- วุฒิการศึกษา : แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 วุฒิบัตรแสดงความเชี่ยวชาญทางด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

นางวไลพร ปักเคราะห์กา

- ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
 อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
- วุฒิการศึกษา : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

นางปุณณุช ธรรมวงษา

- ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 หน่วยงานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care)
 โรงพยาบาลมหาสารคาม
 อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
- วุฒิการศึกษา : ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)