

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย:
บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล
**Palliative Care in Critical and Terminally Ill Patients :
Challenges of the Nurse's Roles**

วัลภา คุณทรงเกียรติ * พย.ด.
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.

บทคัดย่อ

ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญ โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีโอกาสเสียชีวิตได้มาก พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จึงควรมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับระยะสุดท้ายได้อย่างมีความสุข สงบและสบาย โดยอาศัยแนวทาง 4 ประการคือ ความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสร้างสรรค์บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลระยะสุดท้าย การพัฒนาการสื่อสารเรื่องราวระยะสุดท้าย และการดูแลแบบใจถึงใจ

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

Abstract

Human has to confront with death, especially critically patients who have a high chance to die. Critical care nurses should have guidelines in caring patients and families to cope with terminal stage with happiness, peace, and comfort. The guidelines consisted of 4 principles ; Self-awareness in beliefs about end-of-life care, create an atmosphere and an environment that promote end of life

care, improve communication in end-of-life care, and caring with heart to heart

Key words : Palliative care, critical and terminally ill patients

บทนำ

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตต่างๆ หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าวโดยภาวะนี้อาจเกิดจากอวัยวะหนึ่งๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือภัยอันตรายต่างๆ ได้ (ไซขรัตน์ เพิ่มพิบูล, 2543) ซึ่งเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและซับซ้อนเพื่อช่วยชีวิตหรือยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุด จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในหน่วยวิกฤต แต่ยังคงมีผู้ป่วยวิกฤตอีกจำนวนหนึ่งที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีความผิดปกติรุนแรงซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้อาการดีขึ้นได้ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายล้มเหลวจนผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (ดุสิต สดาวร, 2548) ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าว บางครั้งอาจได้ผลในการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยไปได้ระยะหนึ่ง แต่ก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงความตายได้และอาจเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้เกิดกับผู้ป่วย

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

และครอบครัวเพิ่มมากขึ้น (สิวลี ศิริไล, 2543) ดังนั้นจึงเริ่มมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm) ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายจากการดูแลแบบวิกฤต (critical care) มาเป็นประคับประคอง (palliative) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เปลี่ยนจากแนวคิดเชิงวิทยาศาสตร์ที่มองคนแบบแยกส่วน ลดส่วน (reductionism) มาเป็น แนวคิดมนุษยนิยม (humanism) ที่ให้ความสำคัญกับความเป็นองค์รวมมากขึ้นในหน่วยงานวิกฤต (Jane, 2008) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นภาวะนี้ได้อย่างเหมาะสม (Levy & Randall, 2001)

อย่างไรก็ตาม จากลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าว ทำให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจึงเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นอย่างดี มีหลักสูตรอบรมเฉพาะทางและมีประกาศนียบัตรรับรองความสามารถดังกล่าว ภายในหอผู้ป่วยจะมีการจัดทำแผนภูมิทางเลือก แนวปฏิบัติ มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบต่างๆ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ แต่เมื่อกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายและครอบครัวแล้ว ยังมีคำถามตามมาว่า พยาบาลในหน่วยวิกฤตสามารถให้การดูแลได้จริงหรือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตหลายคนแสดงทัศนคติว่า ในขณะนี้การฝึกฝนพยาบาล การจัดทำแผนภูมิทางเลือก แนวปฏิบัติ มาตรฐานการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายและครอบครัวยังคงมีน้อย (Levy & Randall, 2001) พยาบาลหลายคนยังไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chapple, 1999) และมีจำนวนไม่น้อยที่อาจรู้สึกลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือใกล้ตาย เนื่องจากภาวะดัง

กล่าวของผู้ป่วยอาจกระตุ้นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้รักษาเองหรืออาจรู้สึกล้มเหลวที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หรือมองไม่ออกว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในระยะนี้อย่างไร ทำให้รู้สึกท้อใจหรืออึดอัดใจ พยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา โดยให้เวลากับผู้ป่วยน้อยลงหรือหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากขาดความมั่นใจที่จะเข้าไปในสถานการณ์เช่นนั้น เพราะขาดความรู้ขาดการสนับสนุนและการฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญ (Shannon, 2004) รวมถึงขาดแนวทางการปฏิบัติที่จะช่วยให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ จุดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอยู่ที่การทำความเข้าใจและเอาใจใส่ความรู้สึกอึดอัดใจของตนเอง โดยมองให้เห็นถึงสิ่งที่พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ บทความนี้จะนำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายและครอบครัว เพื่อให้พยาบาลที่สนใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างเหมาะสม

แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลเพื่อประคับประคองอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลที่มีความเฉพาะเพื่อให้มีความครอบคลุมความเป็นองค์รวมของบุคคลและสามารถตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวได้ (Ciccarello, 2003) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ได้เน้นให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลในสิ่งที่เป็นการบูรณาการทางธรรมชาติที่คนทุกคนต้องเผชิญซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือให้อยู่อย่างปราศจากความเจ็บปวด

ที่นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทางร่างกาย มีระบบการประคับประคองที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างดี トラบจนสิ้นชีวิต มีระบบสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยเผชิญกับระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับที่ท่านพุทธทาสได้กล่าวไว้ว่า หน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์คือ ทำให้ผู้ป่วยหายใจและตายดี (อ๋างใน อังกณา สรียากรณ์, 2548) ซึ่งการทำให้ตายดีนี้คือ การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับได้ว่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว เพื่อที่เขาจะได้เตรียมตนเอง ให้เผชิญกับความตายได้อย่างสงบ ถ้าหากผู้ป่วยสามารถยอมรับได้และมีกรเตรียมตนเอง จะทำให้ครอบครัวพลอยสงบ ไม่ทรมานทราญ โสภเสรว์จนเกินไป และมีสติที่จะรับมือกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ดี ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่ผสมผสานระหว่างการรักษา (cure) กับการดูแล (care) ไว้ด้วยกัน

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดเพราะจะอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงจะต้องเผชิญกับการตัดสินใจในการดูแลและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ตลอดเวลา แต่ในขณะที่เดียวกันก็จะเป็นผู้ที่ผู้ป่วยและครอบครัวหวังพึ่งพิงในระยะสุดท้ายมากที่สุด ดังนั้น พยาบาลจึงควรเตรียมความรู้และทักษะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายและครอบครัวเพื่อสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านภาวะที่ยากลำบากนี้ไปได้ได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยแนวทางดังต่อไปนี้

1. การสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Self-awareness in beliefs about end-of-life care)
2. การสร้างสรีรบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลระยะสุดท้าย (Create an atmosphere and an environment that promote end-of-life care)

3. การพัฒนาการสื่อสารเรื่องราวระยะสุดท้าย (Improve communication in end-of-life care)

4. การดูแลแบบใจถึงใจ (Caring with heart to heart)

การสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สิ่งแรกที่พยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวควรมี คือ การตระหนักรู้ในตนเองหรือการทำความรู้จักตนเอง ซึ่งหมายถึง การทำความเข้าใจกับตนเองในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวระยะสุดท้าย เพราะการที่จะเข้าใจพฤติกรรม ความต้องการ และยอมรับการแสดงออกของคนอื่นได้ พยาบาลต้องเข้าใจตัวเองก่อนว่า พยาบาลคิดอย่างไรหรือเชื่ออย่างไรกับสิ่งนั้นๆ เพราะคนที่ทำความเข้าใจกับตนเองได้อย่างแท้จริง จะเป็นคนที่เข้าใจได้ถึงความแตกต่างระหว่างคน เป็นคนใจกว้าง ยอมรับและเคารพในความแตกต่าง ทำให้ทำความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ง่ายขึ้น (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548; Faber-Langendoen & Lanken, 2000) ดังนั้น พยาบาลจึงควรเริ่มทำความเข้าใจตนเองในเรื่องของระยะสุดท้าย ด้วยการเริ่มต้นคิดว่า พยาบาลรู้สึกอย่างไรกับคำว่า “ระยะสุดท้าย” - กลัว รู้สึกไม่ชอบหรือไม่อยากไปยุ่งเกี่ยว-พยาบาลมีความเชื่ออย่างไรกับ “ระยะสุดท้าย” - เป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่มีเกิดย่อมมีดับ พยาบาลเข้าใจคำว่า “ตายดี (good death)” “ตายอย่างสมศักดิ์ศรี (dignity death)” ว่าเป็นอย่างไร แล้วลองนำไปเปรียบเทียบกับ ถ้าพยาบาลต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือมีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจะคิดเช่นไร พยาบาลต้องการอะไร การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวควรเป็นอย่างไร เมื่อพยาบาลทำความเข้าใจกับตนเองแล้ว

พยาบาลจะเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวระยะสุดท้าย ที่อยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลมากขึ้น

การพัฒนาการสื่อสารเรื่องราวระยะสุดท้าย

การพัฒนาการสื่อสารเรื่องราวระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเพราะเปรียบเสมือน เป็นการแจ้งข่าวร้ายที่จะต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทราบ เพื่อช่วยให้ทั้งคู่ได้มีการเตรียมตัวได้เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การสื่อสารที่เกิดขึ้นในระยะนี้ มักจะเป็นการสื่อสารกับครอบครัวมากกว่าเพราะผู้ป่วย ภาวะวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักจะไม่สามารถ ที่จะรับรู้หรือสื่อสารได้รวมถึงอาจไม่สามารถทำการตัดสินใจใดๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาได้ ครอบครัวจะเป็น ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากภาวะดังกล่าว จึงจะเป็นผู้ที่รับข่าวสารและทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยเฉพาะการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลิกใช้ อุปกรณ์ช่วยชีวิต ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ยากลำบาก ของครอบครัว (Kirchhoff & Faas, 2007) นอกจากนี้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งผลดี และผลเสียที่จะเกิดขึ้นถือว่าเป็นความรับผิดชอบ ด้านจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้อง คำนึงด้วย ดังนั้น การสื่อสารจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลระยะสุดท้าย

พยาบาลวิกฤตจึงควรต้องฝึกฝนทักษะในการ สื่อสารเรื่องนี้โดยเฉพาะ เพราะถึงแม้แพทย์จะเป็น ผู้บอกข่าวร้ายนี้เป็นคนแรก แต่ผู้ป่วยและครอบครัว มักจะไม่ค่อยถามรายละเอียดกับแพทย์ แต่จะมีคำถาม ในรายละเอียดปลีกย่อยกับพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดเขา มากกว่า จากการศึกษาของซูเลย์และคณะ (Azoulay et al. 2000) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจะไม่เข้าใจ คำอธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการรักษาภายหลังการพูดคุยกับแพทย์ แต่จะเข้าใจ เรื่องดังกล่าวมากขึ้นภายหลังการพูดคุยกับพยาบาลที่ ข้างเตียงเป็นรายวัน ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

ให้พยาบาลให้ความรู้และชี้แนะแนวทางในการเผชิญ กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปด้วย (Miller, Forbes & Boyle, 2001)

การสื่อสารมีได้ 2 แบบ คือ การสื่อสารด้วย คำพูดกับการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด แต่ไม่ว่าจะเป็น แบบใด หลักของการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ก็ต้องเต็มไปด้วยความเข้าใจ ความจริงใจ เน้น ความซื่อสัตย์ ความจริงและความเป็นไปได้ของการ ดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Teno, 2001) ไม่ให้ความหวัง ที่เป็นไปไม่ได้เพื่อให้เกิดความสบายใจเพียงชั่วคราว เพราะโดยทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิได้รับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ของคน แต่ผู้ป่วยแต่ละคนก็อาจต้องการรับรู้ความจริง ไม่เท่ากัน การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจึงควรพิจารณาให้ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีจุดมุ่งหมายว่า จะ พยายามบอกความจริงแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่ ผู้ป่วยต้องการหรือสามารถรับได้ (เฮนา นิลชัยโกวิทย์, 2537) ดังนั้น พยาบาลจึงต้องฝึกฝนตนเองเรื่อง การสื่อสารทั้งแบบใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด กล่าวคือ การให้ข้อมูลหรือคำพูดที่พิจารณาอย่างดีแล้ว ผนวก กับการใช้สายตา ท่าทางที่ให้เห็นถึงความเอาใจใส่ และห่วงใย

การสร้างสรรค้บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมเพื่อ ส่งเสริมการดูแลระยะสุดท้าย

การดูแลระยะสุดท้ายจะเป็นไปได้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพได้ ควรอยู่ในบรรยากาศและสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความ สุข สงบ และสบาย (Kirchhoff & Faas, 2007) การที่จะสร้างสรรค้บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสมดังกล่าวได้ พยาบาลต้องเริ่มต้นที่จะคิด ใหม่ เพื่อทำใหม่ คือ ประการแรก ให้คิดว่าผู้ป่วย และครอบครัวคือหน่วยเดียวกันของการดูแล (unit of care) นั่นคือ เป็นคนที่เราจะต้องให้ความสำคัญ

เท่าๆ กันทั้งคู่ เพราะทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ไม่อาจเยียวยาได้ และยังคงเผชิญกับบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยอาทิเช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการรักษา ความเร่งรีบ ความตายของผู้ป่วยอื่น เป็นต้น และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตายแล้ว ครอบครัวยังคงเผชิญกับการพลัดพราก ความเศร้าโศกสูญเสียอีก ประการที่ 2 คือ สายสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลระยะสุดท้าย ประการที่ 3 คือ ให้คิดว่าการดูแลระยะสุดท้ายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประจําวันที่พยาบาลต้องปฏิบัติและควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตหรือเมื่อมีอาการที่บ่งบอกว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตแล้ว และ ประการสุดท้ายคือ พยาบาลเปรียบเสมือนตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะประสานงานกับทีมสหสาขาอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เมื่อมีหลักคิดเช่นนี้ พยาบาลก็จะสามารถจัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้พบกับความสุขสงบ และสบาย ดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกันมากที่สุดและบ่อยที่สุด นั่นคือการขีดหยุ่เรื่องเวลาและจำนวนคนในครอบครัวที่จะเข้าเยี่ยม โดยการเปิดโอกาสให้เยี่ยมมากที่สุด ไม่ควรปิดกั้นหรือแยกผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับครอบครัวมากเกินไปเพราะเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว (Byock, 2006) และการเปิดโอกาสให้เยี่ยมยังเป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวได้พบกับคนอันเป็นที่รัก ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและยังเป็นโอกาสให้ได้มีการกล่าวอำลา สั่งเสียหรือให้อโหสิกรรมด้วยกัน สำหรับรายที่มีความผูกพันกับลูกหลานที่เป็นเด็กก็ควรเปิดโอกาสให้ได้เข้าเยี่ยม นอกจากนั้น ยังเป็นช่วงเวลาที่ดีที่ครอบครัวจะได้สังเกตและมีส่วนร่วมในการดูแลรวมถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรทาง

การแพทย์เพื่อความเข้าใจอันดีด้วย (Johansson, Fridlund & Hildingh, 2005)

2. การจัดบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัวและมีบรรยากาศเหมือนอยู่บ้านเพื่อให้ทั้ง 2 คน ได้แสดงความเอาใจใส่กันและกัน โดยอาจจะมีการกั้นม่านหรือจัดให้อยู่ห้องแยก หรือมุมของหอผู้ป่วย สุดความพึงพอใจ การจัดบริเวณให้ครอบครัวได้พักผ่อนหรือผ่อนคลายจากความเครียด ความเศร้าโศก นอกจากนั้นอาจจะอนุญาตให้นำสิ่งของที่ผู้ป่วยมีความผูกพันมาไว้ใกล้ตัวรวมถึงอนุญาตให้ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อที่ไม่เป็นอันตราย การจัดให้มีมุมหรือบริเวณที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อได้จะเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งทางด้านจิตวิญญาณซึ่งจะทำให้เกิดความสุขและสงบได้

3. การส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล อาทิเช่น การเช็ดตัว การพูดปลอบประโลม การช่วยเหลือขณะมีกิจกรรมการรักษายาบาล เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้ครอบครัวได้รู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกที่ดีที่ได้ดูแลคนที่รัก และได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่ด้วยกันอย่างเต็มที่ รวมถึงเข้าใจสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ทำให้กับผู้ป่วยได้ดีขึ้น

4. ในผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ ควรจัดหน้าเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่สามารถพูดคุยหรืออยู่เคียงข้างผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายได้

5. เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ควรจัดเวลาให้ครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยหลังเสียชีวิตแล้ว เพื่อแสดงความเสียใจร่วมกันรวมถึงการทำพิธีกรรมตามความเชื่อตามความเหมาะสม

6. เปิดโอกาสให้บุคลากรในหอผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงความเสียใจกับครอบครัวหรือกล่าวขอขมากับศพผู้ป่วยภายหลังการเสียชีวิต

7. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้พบกับทีมสุขภาพเพื่อระบายความรู้สึกและสอบถามข้อมูลบาง

ประการ หากต้องการ

การดูแลแบบใจถึงใจ

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายจะแตกต่างจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วไปคือ มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางด้านเทคโนโลยีที่อาจต้องติดตัวตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ ที่นำมาซึ่งความต้องการการดูแลด้านร่างกายเป็นอันดับแรก และเป็นบทบาทที่พยาบาลวิกฤตคิดถึงเป็นอย่างแรก แต่จากการศึกษาของสไตน์ฮาวเซอร์และคณะ (Steinhauser et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สำคัญในการดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น พบว่า ผู้ป่วยที่ใกล้ตายได้จัดอันดับการดูแลที่เขาต้องการเรียงตามลำดับดังนี้ การทำให้ปราศจากความเจ็บปวด การทำให้ปราศจากความวิตกกังวล การทำให้ปราศจากการหายใจลำบาก การมีร่างกายสะอาด และการได้รับการสัมผัส จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้ต้องการเพียงการดูแลด้านร่างกายเท่านั้น หากแต่ทางด้านจิตใจก็ยังเป็นสิ่งที่เขาต้องการเช่นกัน ซึ่งในความจริงจะพบว่า ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น สิ่งที่ทำได้มากคือ การช่วยบรรเทาอาการ แต่ในบางครั้งแม้แต่การบรรเทาอาการ ก็ไม่สามารถทำได้ อาทิเช่น การทำให้ปราศจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แต่สิ่งที่พยาบาลสามารถทำได้เสมอและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากและสามารถรับรู้ได้คือ การดูแลด้วยความเอาใจใส่และความเอื้ออาทร การที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ได้ถึงดูแลดังกล่าวสามารถทำได้ด้วยการทำให้เขารู้สึกถึงการมีพยาบาลอยู่ด้วย (being with) ไม่ใช่รับรู้แค่ว่ามีพยาบาลมาทำสิ่งต่างๆ ให้ แต่ไม่มีความผูกพันหรือสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ทุกอย่างเป็นไปตามหน้าที่ประจำวันเท่านั้น

หากแต่พยาบาลต้องเริ่มต้นคิดว่า พยาบาลจะสามารถทำอะไรเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้บ้าง อาทิเช่น การใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวให้มากขึ้น การเปิดโอกาสให้เขาได้ถ่ายทอดเรื่องราว/ปัญหาของตนเอง การแสวงหาทางช่วยเหลืออย่างเต็มที่ การแสดงความเคารพในศักดิ์ศรีของมนุษย์ตามความเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยความตั้งใจจริง ความรับผิดชอบ ความไว้วางใจ ความเปิดเผย การฟังอย่างตั้งใจ จึงจะสามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้สึกถึงการดูแลแบบใจถึงใจ และเป็นการเพิ่มความมีชีวิต ให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย โดยให้การดูแลอย่างเต็มที่ทั้งร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้การจากไปของเขาเป็นไปอย่างที่เราเรียกว่า *ตายดี*

สรุป

การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นการพยาบาลที่พยาบาลควรระมัดระวังและให้ความสนใจเพราะผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย และมีจำนวนมากที่เสียชีวิตไปโดยไม่ได้มีการเตรียมตัวทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพที่ให้การดูแล ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). ศิลปะการดูแลด้านจิตวิญญาณ. ใน *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล* (หน้า 6). กรุงเทพฯ : บริษัทบุญญสิริการพิมพ์ จำกัด.
- ชนา นิลชัยโกวิทย์. (2537). *เทคนิคการให้คำปรึกษาผู้ป่วย HIV*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ลิ่งคณา สิริยากรณ์.(2548). องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต. *การประชุม*

วิชาการประจำปี เรื่อง การเสริมสร้างองค์ความรู้สู่
คุณภาพชีวิตในระยะสุดท้าย ณ หอประชุมศักรินทร์กัณฑ์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย กรุงเทพฯ

Azoulay, E., Chevret, S., Lelcu, C., et al. (2000). Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*, 28, 3044-3049.

Byock, I. (2006). Where do we go from here? A palliative care perspective. *Critical Care Medicine*, 34(11, Supple.), s416-s420.

Chapple, H.S. (1999). Changing the game in the intensive care unit: Letting nature take its course. *Critical Care Nurse*, 19, 25-34.

Ciccarello, G.P. (2003). Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(5), 216-222.

Daly, B.J. (2001). Organizational change and improving the quality of palliative care in the ICU. In J.R. Curtis & G.D. Rubenfeld. *Managing death in the ICU* (pp. 257-272). New York : Oxford University Press.

Faber-Langendoen, K., & Lanken, P.N. (2000). Dying patients in the intensive care unit : Forgoing treatment, maintaining

care. *Annual Internal Medicine*, 133, 886-893.

Kirchhoff, K.T., & Faas, A.L. (2007). Family support at the end of life. *Advanced Critical Care*, 18(4), 426-435.

Levy, M.M. (2001). Making a personal relationship with death. In J.R. Curtis & G.D. Rubenfeld. *Managing death in the ICU* (pp. 1-36). New York : Oxford University Press.

Shannon, S.E. (2003). Helping families prepare for and cope with death in the ICU. In J.R. Curtis & G.D. Rubenfeld. *Managing death in the ICU* (pp. 165-182). New York : Oxford University Press.

Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C. et al. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. *JAMA*, 284, 2476-2482.

Teno, J.M. (2001). Advance care planning in the outpatient and the ICU setting. In J.R. Curtis & G.D. Rubenfeld. *Managing death in the ICU* (pp. 75-82). New York : Oxford University Press.

World Health Organization. (2002). *Definition of palliative care*. Retrieved on January 2008, from <http://www.who.int/dsa/justpub/cpl.htm>.