

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยในหอวิกฤต
2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. การพยาบาลผู้ป่วยในหอวิกฤต

หอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit) เป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคลากรพยาบาลจำนวนเพียงพอ และให้บริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงมีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานนี้จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จะต้องเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความรู้ ความชำนาญและทักษะ โดยเฉพาะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีจำนวนเตียงที่เหมาะสม มีอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษ พร้อมทั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตอย่างเพียงพอ มีระบบที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยสมาชิกทีมประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่ายที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะและประสบการณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้โดยคำนึงถึงผลกระทบที่จะมีต่อผู้ป่วยและครอบครัว (บุญเรือน ชุ่มแจ่ม, 2545)

สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานในระดับตติยภูมิ รับผิดชอบผู้ป่วยที่มีความสลับซับซ้อนของโรค และมีอาการบาดเจ็บรุนแรง มีโรคแทรกซ้อนและโรคที่ต้องอาศัยการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในหลายสาขา มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมการพยาบาลและมีสหสาขาวิชาชีพ (Holloway, 1993) ซึ่งในลักษณะของการให้บริการพยาบาลนั้น มีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปมาก เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของผู้ป่วย ความเร่งด่วนในการดูแลหรือการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน ตลอดจนความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ ซึ่งในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมีความจำเป็นในการใช้น้อยกว่า เนื่องจากในลักษณะการให้บริการในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมุ่งเน้นไปที่การพักผ่อน การฟื้นฟูอาการ และการส่งเสริมสุขภาพ

ลักษณะงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีลักษณะดังนี้ (วรรณวิไล จันทราภา, 2544)

1. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจากการรักษาของแพทย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนชีพ กลับสู่สภาพเดิมได้เร็วที่สุด
2. มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การพยาบาลและรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือและการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ
4. มีการเตรียมความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพตลอดเวลา

5. การทำงานมีการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ต่างๆ มาใช้ให้เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
6. มีการตัดสินใจที่รวดเร็วในกรณีที่อาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน
7. เฝ้ารอวังและสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
8. การเตรียมผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยทั่วไป
9. ติดต่อประสานงานกับแพทย์ ผู้ชำนาญการ หน่วยงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล
10. อธิบายและตอบคำถามแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางจิตใจ

จากบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตของโรค จำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ และมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย ตลอดจนมีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาที่ดี ซึ่งในลักษณะดังกล่าวทำให้หอผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของผู้ป่วย ความเร่งด่วนในการดูแล หรือการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน ตลอดจนความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ ซึ่งในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมีความจำเป็นในการใช้น้อยกว่า เนื่องจากในลักษณะการให้บริการในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมุ่งเน้นไปที่การพักผ่อน พักฟื้น และการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าลักษณะงานและเป้าหมายของการให้การพยาบาลของหอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยทั่วไปมีความแตกต่างกัน

1.1 ลักษณะผู้ป่วยวิกฤต

คำว่า วิกฤต มาจากภาษาอังกฤษ คือ Crisis และ Critical ทั้งสองคำมีความหมายที่ใกล้เคียงกันมากจึงนำมาใช้สลับเปลี่ยนกันเสมอ Critical นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อาการรุนแรงหรือชั้นฉุกเฉินอันตราย Crisis นำมาใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะการณั้คับขัน เป็นจุดวิกฤตของการเป็นโรคที่ทำให้เกิดมีอาการดีขึ้น หรือตายได้ทันที ผู้ป่วยในสภาวะนี้ มีโอกาสของความเป็นความตายได้เท่ากัน (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2536)

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกาย ซึ่งคุกคามต่อชีวิต ต้องการการดูแลและการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเพื่อให้มีชีวิตอยู่ ซึ่งหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตคือ 1) ให้ได้การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว 2) ให้การรักษาทันทีโดยมีการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม 3) ติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอย่างใกล้ชิด 4) ควบคุมเครื่องมือทุกชนิดที่ใช้กับผู้ป่วยให้ทำงานถูกต้องเหมาะสม 5) ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าเกิดขึ้นควรให้การวินิจฉัยโดยเร็วและรักษาทันที ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดเฉพาะอวัยวะหรือเกิดร่วมกัน ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ไต ทางเดินอาหาร หรือสมอง 6)

ประเมินผลลัพธ์ของการรักษาเป็นระยะ 7) ใช้ทีมตัดสินใจรักษาที่สำคัญและเสนอให้ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวได้ร่วมรับรู้และร่วมตัดสินใจ 8) พิจารณาถึงสมดุลระหว่างการให้การรักษาแบบประหยัด คุ่มค่ากับการยื้อเวลาเสียชีวิต และ 9) ตัดสินใจ ไม่ให้ คงไว้ หรือหยุดการรักษานางวิธีอย่างเหมาะสม (นันทา มาระเนตร, 2543)

1.2 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เป็นการพยาบาลเฉพาะทางที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่มีต่อปัญหาทางสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิต (สมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งประเทศไทย, 1984 อ้างถึงใน สิริพร โกวิทเทาวงศ์, 2547) ดังนั้น เป้าหมายสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต คือการช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหที่เกิดจากการเจ็บป่วย ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีจุดเน้นที่การรักษาชีวิต (Life saving) การให้การดูแลแบบองค์รวม (Provide holistic care) โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) การป้องกันโรค (Prevention of disease) และส่งเสริมสุขภาพ (Promotion of health) พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา ซึ่งต้องอาศัยการร่วมมือที่ดีในทีมสหสาขา เพื่อตอบสนองการรักษาพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด (นันทา มาระเนตร, 2543)

สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งประเทศไทย (American Association of Critical Care Nursing: AACN) ได้ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นการพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการดูแลผู้ป่วยทั้งคน ตามการตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วย หรือภาวะเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการดูแลตอบสนองของครอบครัวผู้ป่วย

พวงเพ็ญ ชุณหปราณ (2538) ได้กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต คือการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิต หรือเจ็บป่วยได้รับอันตรายต่อชีวิต โดยพยาบาลจะต้องทำการสังเกต ตรวจสอบสภาวะความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านกายภาพ สรีระภาพ ตลอดจนจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลในอันที่จะทำให้น้ำที่ต่างๆกลับคืนสู่สภาพปกติ

วิจิตรา กุสมภ์ (2544) ได้ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการถูกคุกคามต่อชีวิตโดยเน้นการรักษา (Cure) การดูแลประคับประคอง

(Care) ทั้งร่างกายและจิตใจร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่จะเกิดต่อชีวิตผู้ป่วย

Hayne and Bailey (1982 อ้างถึงใน สายพิณ ปิ่นแก้ว, 2544) ได้ระบุว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต คือการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว การที่พยาบาลมีความเข้าใจในสรีรวิทยาและสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีความเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตซึ่งคุกคามต่อชีวิต ต้องการการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในการประเมินปัญหาและให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามนั้นโดยเร็วที่สุดและปราศจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมคือ คำนึงถึงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Critical Care Nursing: AACN, 2002) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตตามรูปแบบของ Synergy Model ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดหลัก 4 ด้าน คือ ด้านภาระหน้าที่ (Mission) ด้านวิสัยทัศน์ (Vision) ด้านคุณค่า (Value) และด้านจริยธรรม (Ethics) และกำหนดวิธีการปฏิบัติในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตไว้ 2 ส่วน คือ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานที่ 1 การประเมิน โดยรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

เกณฑ์ การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ครบถ้วน ความต้องการการดูแลสุขภาพ ความคาดหวังของผู้ป่วย ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม เป็นข้อมูลที่สำคัญ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องเป็นระบบและต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

เกณฑ์ วินิจฉัยจากข้อมูลที่ประเมินได้ ข้อวินิจฉัยใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพอื่นๆ เป็นข้อวินิจฉัยที่ช่วยวัดผลลัพธ์ และการวางแผนการพยาบาลที่ก้าวหน้า และเป็นข้อวินิจฉัยที่สำคัญ

มาตรฐานที่ 3 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

เกณฑ์ ผลลัพธ์ได้จากข้อวินิจฉัยที่เป็นจริง มีความเป็นไปได้ เป็นระบบเหมาะสมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เหมาะสมเป็นจริงกับอายุและความสามารถของผู้ป่วย ผลลัพธ์วัดได้ คาดการณ์ได้จากความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการพยาบาล วิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

เกณฑ์ วางแผนการพยาบาลตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการวางแผนร่วมกันในทีม ผู้ป่วย และครอบครัว การวางแผนการพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การวางแผนต้องมีความต่อเนื่อง ยอมรับได้ และเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้

เกณฑ์ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุกคามต่อชีวิตน้อยที่สุด ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล

มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลเป็นระบบ ต่อเนื่อง

เกณฑ์ ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพอื่นๆ มีส่วนร่วมในการประเมินอย่างเหมาะสม ประเมินผลในระยะเวลาที่เหมาะสมภายหลังจากการให้การพยาบาล ข้อมูลจากการประเมินอย่างต่อเนื่องมีประโยชน์ในการปรับปรุงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลลัพธ์ และการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินได้จากผลลัพธ์และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

มาตรฐานที่ 1 คุณภาพการพยาบาล คุณภาพและประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ

เกณฑ์ พยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ผลของการดูแลอย่างมีคุณภาพเปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

มาตรฐานที่ 2 การประเมินและพัฒนาตนเอง ประเมินตนเองตามมาตรฐานการปฏิบัติของวิชาชีพและกฎระเบียบข้อบังคับ

เกณฑ์ พยาบาลประเมินตนเองตามการปฏิบัติของวิชาชีพ สถานภาพและกฎระเบียบข้อบังคับ ประเมินจากการป้อนกลับจากทีมดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพอื่นๆ และพยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาความรู้ ความสามารถทางการพยาบาล เสริมสร้าง และคงไว้ซึ่งความรู้ที่ทันต่อเหตุการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ ทักษะกว้างไกล มองหาประสบการณ์จากการปฏิบัติ นำมาเสริมสร้างทักษะ และสมรรถนะ

มาตรฐานที่ 4 ความสามารถในเชิงวิชาการ พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพ และผู้ร่วมงานอื่นๆ

เกณฑ์ พยาบาลแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์กับผู้ร่วมงานอื่นๆ เพื่อยกระดับวิชาชีพ ช่วยให้ทีมมีประสิทธิผลจากการทำงานร่วมกัน

มาตรฐานที่ 5 คุณภาพเชิงจริยธรรม พยาบาลยึดหลักคุณธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ในการตัดสินใจและให้การพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ พึ่งพาตนเองได้ พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันไม่แบ่งแยกชนชั้น ปกป้องเกียรติ ศักดิ์ศรี สิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วยและพยาบาลต้องยึดหลักจริยธรรมในการตัดสินใจและการให้การพยาบาล

มาตรฐานที่ 6 บทบาทด้านการมีส่วนร่วม พยาบาลร่วมมือประสานงานกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพอื่นๆ

เกณฑ์ พยาบาลติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ ทำงานเป็นทีมในการวางแผนการดูแลร่วมกันตัดสินใจ นำไปสู่การให้การรักษาพยาบาล การประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ และมีการส่งต่อในเรื่องการดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 7 ความสามารถด้านการวิจัย พยาบาลใช้ผลงานการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลปฏิบัติงานบนพื้นฐานของงานวิจัยที่ได้ และพยาบาลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อนำไปสู่ความเชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 8 ความสามารถในการใช้แหล่งประโยชน์ พยาบาลพิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับความปลอดภัย ประสิทธิภาพของงาน และค่าใช้จ่ายในการวางแผน และการให้การพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลประเมินปัจจัยด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพของงาน ประโยชน์และค่าใช้จ่ายตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ พยาบาลทำหน้าที่ตามสถานภาพที่ได้รับมอบหมาย และพยาบาลเป็นผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัว

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้กำหนดมาตรฐานวิธีการปฏิบัติในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตไว้ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ หมายถึง การปฏิบัติในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวัง และการประเมินปัญหา ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

2. การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

3. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ หมายถึง การช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิตและอาการรบกวนความสุขสบาย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยการหายใจ การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิดกกังวล กลัว

4. การดูแลความปลอดภัย หมายถึง การปฏิบัติดังต่อไปนี้ การจัดการให้ผู้ป่วย ผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

5. การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้เพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

6. การจัดการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันการผิดพลาดในการทำงาน

7. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย หรือแต่ละกลุ่มโรค อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะบางส่วนด้วยวิธีต่างๆ

8. การให้การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการและครอบครัว (Facilitation of patient and family self care) หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

วรรณวิไล จันทราภา (2544) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ว่านอกจากจะเป็นการพยาบาลพิเศษเฉพาะทางที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งถือเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) แล้วยังเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่อง เพื่อดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญในร่างกาย (Vital organs) เช่น หัวใจ หลอดเลือด ปอด สมองและไต

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตให้สมบูรณ์ จึงไม่ใช่การดูแลเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตเท่านั้น แต่ต้องให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างมีเมตตาต่อผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตด้วย

2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal ill patients) มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายต่างๆ ดังนี้ คือ ลันด์ ทัตติร์ตัน (2528 อ้างถึงใน ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537) ให้ความหมายว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่หมดหวัง หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางใจ ซึ่งไม่มีโอกาสจะฟื้นทุกซ์ทรมานและไม่มีโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นได้อีก

Johnson and Bourgeois (2003) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ บุคคลที่ต้องทนทรมานในโรคด้วยความกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะต้องทนทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ บุคคลที่อยู่ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย จะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ยาวนาน เริ่มต้นจากความขัดแย้ง ความพ่ายแพ้ หมดหวัง และขาดความมั่นใจ สิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การ

พยาบาลให้มีจุดประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมาน การจัดการกับอาการแสดงต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมในการเผชิญกับความตาย

การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เป็นระยะหนึ่งของพัฒนาการทางจิตที่มีผลต่อระบบชีวิตครอบครัว สังคม รวมถึงชีวิตของบุคคลผู้ที่กำลังเผชิญกับความตาย โดยให้ความสำคัญกับการดูแลตามความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์ของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งมีอาการต่างๆ บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ต้องทนทรมานต่อความเจ็บปวดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

Kubler-Ross (1975 อ้างถึงใน ซอลัดตา พันธุเสนา, 2534) ได้แบ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เป็น 5 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะอาจจะไม่เรียงตามลำดับเสมอไป อาจกลับไปกลับมาได้ ตามแนวคิดนี้บุคคลที่กำลังจะตายหรือรู้ตัวว่าจะตายในระยะเวลาอีกไม่นาน จะตอบสนองต่อความตายดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Stage of denial and isolation) ทันทีที่ผู้ป่วยทราบว่ามันตัวเองนั้นต้องตาย ผู้ป่วยจะมีอาการตกใจ งุนงงในตอนแรกและหลังจากนั้นจะปฏิเสธ ไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคหรือคิดว่ามีบางอย่างในการวินิจฉัยผิดพลาด

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ (Stage of anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้แล้วผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธ อารมณ์เสีย หงุดหงิด ไม่ถูกใจบุคคลรอบข้าง ปฏิเสธการช่วยเหลือ ปฏิเสธยาและอาหาร ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีแต่คำตำหนิตัดเยียนครอบครัว แพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (Stage of Bargaining) ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและต่อรองด้วยความหวัง มักคิดหรือพูดทำนองว่า "ใช่ฉัน แต่....." เพื่อจะยืดเวลาต่อไปอีกระยะหนึ่ง การต่อรองของผู้ป่วยมักจะออกมาในรูปของศาสนา ความเชื่อ และค่านิยมของเขา โดยอาจจะทำการบนบานศาลกล่าวหรือให้สัตย์ปฏิญาณต่อตนเองว่าถ้ารอดตายจะกระทำความดีอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการตอบแทน

ระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า (Stage of depressance) ผู้ป่วยจะซึมเศร้าเสียใจอย่างรุนแรง ซบออยู่เฉยๆ ไม่พูดจา ตาเหม่อลอย นอนไม่หลับ ร้องไห้เศร้าโศกอยู่คนเดียว ความเศร้าในระยะนี้มี 2 ชนิดประการแรกเป็นความเศร้าที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ประการหลังเป็นความเศร้าในการเตรียมตัวตาย ซึ่งความเศร้าทั้ง 2 ชนิดนี้ต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (Stage of acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับต่อการสูญเสียของตน มักคิดว่าฟังว่า "ฉันพร้อมที่จะตาย" จะไม่ต่อรองเพื่อความหวังใดๆ อีก การต่อสู้สิ้นสุดลง

เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย และต้องการการพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้าย ต้องการเพียงคนเดียวที่ให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจและอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยระยะนี้ ควรใช้สายตา กิริยาท่าทาง และการสัมผัสมากกว่าการพูด ผู้ที่กำลังจะตายบางคนเท่านั้นที่จะแสดงอาการยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตายของตนเอง โดยอาจจะบอกญาติมิตร บุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับตนให้เตรียมพิธีศพของตน

Weisman (1972 อ้างถึงใน ธัสมน นามวงษ์, 2540) ได้แบ่งระยะของการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 4 ระยะ คือ

1. ระยะของการมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ เริ่มเมื่อผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า เมื่อทราบความจริงว่าตนจะต้องตาย
2. ระยะพัก เริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู จะไม่มีการรักษาใดๆ บางรายอาจกลับไปทำงานเหมือนเดิม และประพฤติดนเหมือนกับว่าตนไม่มีโรคใดๆ
3. ระยะเสื่อมและถดถอย ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้ อาการของโรคกำลังกำเริบขึ้นอย่างชัดเจน มีการเสื่อมทางด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย เริ่มคิดถึงอนาคต ความตาย และการพึ่งพาผู้อื่น แต่ยังคงมีความหวังและไม่ปฏิเสธความจริง
4. ระยะสุดท้าย มุ่งเพื่อการประคับประคอง เป็นระยะที่รอคอยความตาย ซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด

ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Kemp, 1999) มีดังนี้

1. ความสูญเสีย และความเศร้าโศก (Loss and grief)
2. ความอ้างว้างและแยกตัว (Loneliness and isolation)
3. ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (Feeling of uselessness)
4. ความโกรธ (Anger)
5. ความกลัวและวิตกกังวล (Anxiety and fear)
6. ความซึมเศร้า (Depression)
7. มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicide)
8. การสูญเสียความสัมพันธ์ทางเพศ (Loss of sexual intimacy)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ "Palliative Care" มาจากภาษาละติน "Pallium" มีความหมายว่า "cloak or cover" หมายถึง การปกป้อง ค้ำครอง ทำให้รู้สึกอบอุ่น

Palliative care หรือการดูแลแบบประคับประคอง ตามการนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) หมายถึง การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับการเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการประเมินและให้การรักษาอาการปวด หรือปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

ลักษณะของการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมาน
2. การยอมรับว่าความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ
3. การดูแลที่ไม่ต้องการที่จะยืดอายุหรือเร่งการตาย
4. การดูแลที่ครอบคลุมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
5. การดูแลที่เน้นระบบการสนับสนุน
6. การดูแลโดยทีมผู้ดูแล
7. เป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต
8. สามารถให้การดูแลร่วมกับการรักษาที่ต้องการรักษาให้หายขาดหรือการช่วยให้มีชีวิตอยู่ เช่น การให้เคมีบำบัด หรือฉายแสง

International Association for Hospice and Palliative (2002) นิยามการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะที่มีอาการของโรค มีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และมีการลุกลามสู่ระยะรุนแรงที่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (มีชีวิตรอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี ปกติประมาณ 6 เดือน) โดยการดูแลมุ่งเน้นการป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

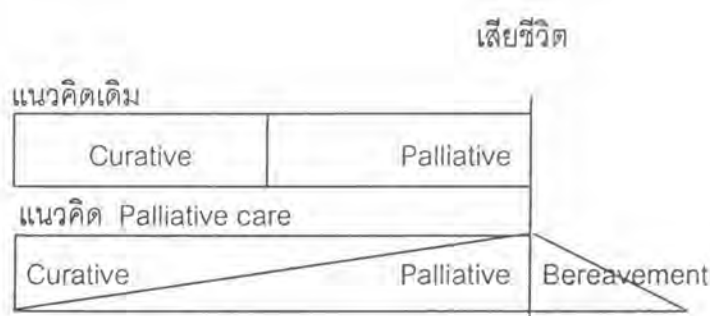
Hospice เป็นคำที่นำมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีความหมายที่หลากหลาย เช่น การดูแลที่ใช้ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บางครั้งอาจใช้แทนสถานที่ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยที่ผู้ดูแลเป็นอาสาสมัคร

ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง (WHO, 2002) ประกอบด้วย

1. หน่วยของการดูแล ประกอบด้วย การดูแลที่ให้แก่นบุคคลและครอบครัว
2. การดูแลที่สอดคล้องกับค่านิยมและความต้องการของบุคคลและครอบครัว
3. การดูแลที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าการรักษาให้หายขาด

4. การดูแลที่สนับสนุนและตอบสนองการตัดสินใจของบุคคล
5. การดูแลที่เน้นการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ
6. การดูแลที่คำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
7. พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการให้การสนับสนุน

การดูแลรักษาเพื่อบรรลุปเป้าหมายดังกล่าวข้างต้นสามารถใช้หลักการของ Palliative care แก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรคพร้อมไปกับการรักษาหลักอื่นๆ ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 1 แนวคิดของการให้ Palliative care

หัวใจหรือหลักการสำคัญของ Palliative care สามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น “4C” ดังนี้

1. Centered at patient and family: ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือได้ผิวหนังรวมไปถึงปฏิบัติการกู้ชีวิต

2. Comprehensive: ครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาและความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ หรือความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย ซึ่งอาจแตกต่างไปจากมุมมองของผู้ดูแลรักษา เช่น ความกลัวการได้รับเลือดผู้อื่น การได้ปรนนิบัติบิดามารดาด้วยตนเองของบุตร หรือความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านของตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต ฟังระลึกเสมอว่ามิติและมุมมองทางการแพทย์ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม ไม่สามารถอธิบายหรือ

แก้ปัญหาทั้งหมดได้ มีบางครั้งเท่านั้นที่จำเป็นต้องอธิบายให้ความรู้ เพื่อแก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเพราะความไม่รู้ของผู้ป่วย

3. Coordinated: เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม งานหลายด้านต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูงที่ร่วมดูแล สนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก เช่น ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่างๆ

4. Continuous: มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ การดูแลควรครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ดังนั้นการดูแลจึงไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนและครอบครัวในทุกสถานการณ์ การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ การดูแลรักษาจึงขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

Twycross (1997) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตาย ไว้ว่าเป็นการดูแลอย่างสมบูรณ์และเข้มข้น แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเวลาที่โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้น ไม่ตอบโต้ต่อวิธีการรักษาใดๆ และความมีชีวิตอยู่ต่อไปสั้นลงแล้ว การดูแลรักษาต้องตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยรวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือภาวะเศร้าโศกของครอบครัวเมื่อจำเป็น จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตายนั้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ที่เน้นการดูแลด้านจิต จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งในผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นที่การช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สุขสบาย มีการรักษาโรคน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

Quint Belolial (1998) อธิบายไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตายมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือการควบคุมอาการ สนับสนุนครอบครัว และสนับสนุนผู้ป่วย ดังนั้น จุดประสงค์คือการดูแลอาการทางกาย ลดความเจ็บปวด ช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระและมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ลดความรู้สึกถูกแยกหรือความโดดเดี่ยว ลดความกังวลและความกลัวต่อการกำเริบของโรค ให้ความสำคัญกับความรู้สึกและความเข้าใจต่อการตายและสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงความหมายของการดูแล

ผู้ป่วยใกล้ตาย กับการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตาย จะพบความไม่เหมือนกันอยู่ ทั้งสองเรื่องนี้มีปรัชญา หรือความเชื่อในการดูแลเหมือนกัน แต่เมื่อพิจารณาถึงลงไปถึงการปฏิบัติแล้วจะมีความแตกต่างกัน

Portenoy (1996) ได้อธิบายความแตกต่าง คือ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตายมีความเฉพาะดังต่อไปนี้ การดูแลรักษาที่จัดให้มุ่งที่ความสุขสบายและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกระยะของโรค แพทย์เข้ามาสนับสนุนเต็มที่และต่อเนื่อง มีความเต็มใจที่จะใช้วิธีการรักษาในระยะรุนแรง เช่น การรักษาเพื่อต่อต้านมะเร็ง การควบคุมอาการที่รุนแรงด้วยวิธีการรักษาที่มีผลรุนแรง โดยต้องสอดคล้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ยอมรับการวิจัยและวิทยาศาสตร์ที่ก้าวหน้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังกล่าวไว้ด้วยว่า รูปแบบการดูแลเช่นนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามความมีชีวิตทั้งในระหว่าง และภายหลังระยะเวลาของการรักษาที่เข้มข้นในขั้นต้น และผู้ป่วยควรได้รับสิ่งต่างๆ ดังนี้ คือ

1. ควรให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี
2. ควรให้ผู้ป่วยได้ตายโดยได้รับความเจ็บปวดน้อยที่สุด
3. ควรให้ผู้ป่วยได้รับความรักและผลประโยชน์เหมือนเดิม
4. ผู้ป่วยควรมีโอกาสสร้างสัมพันธ์ภาพและความรักกับครอบครัว
5. ผู้ป่วยและญาติควรได้วางแผนร่วมกัน
6. ผู้ป่วยควรได้ตายในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย
7. ญาติต้องมีโอกาสแสดงความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย

Kastenbaum (1992 อ้างถึงใน รวี เตือนดาว, 2544) ได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วย
 - 1.1 ให้การตอบสนองความต้องการตามสิทธิที่พึงจะได้รับ
 - 1.2 ให้การรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ
 - 1.3 ควบคุมความเจ็บปวด
 - 1.4 บอกเล่าเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ อย่างเหมาะสมและชัดเจน
 - 1.5 สร้างความรู้สึกที่มั่นคง ปลอดภัยให้กับผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ
 - 1.6 ให้โอกาสผู้ป่วยได้เตรียมตัวเตรียมใจ หรือได้ล่ำลาบุคคลสำคัญของตน

1.7 ให้โอกาสผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ในช่วงสุดท้ายของชีวิตตามวิถีทางที่ให้ ความหมายและคุณค่าแก่เขา

2. การดูแลครอบครัว

2.1 ให้โอกาสสมาชิกในครอบครัวได้แลกเปลี่ยนหรือแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับ ความตายกับทีมสุขภาพ ให้เวลา และร่วมรับรู้ต่อความรู้สึกของญาติด้วย

2.2 ให้โอกาสครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัว ขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และเมื่อผู้ป่วยสิ้นใจทันที เพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามประเพณี หรือตามความเชื่อทางศาสนา

3. การดูแลทีมสุขภาพ

3.1 ให้สมาชิกทีมสุขภาพแต่ละคนมีเวลาเพียงพอ ในการสร้างและคงไว้ซึ่ง สัมพันธภาพกับผู้ป่วย

3.2 จัดให้มีหน่วยงานสนับสนุน หรือมีระบบเกื้อหนุนทีมสุขภาพ และมีสถานที่ สำหรับผ่อนคลาย ระบายความรู้สึก และให้กำลังใจกัน

2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิชาชีพการพยาบาลเป็นการให้การพยาบาลบุคคลทั้งคน ทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่มีการแบ่ง ชนชั้น เชื้อชาติ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หรือที่ เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนี้ จัดเป็นภาระหน้าที่ของ พยาบาลที่สำคัญอย่างมาก โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลา สุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ ให้เป็นช่วงเวลาที่มีความหมายมากที่สุดพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายด้วยความ กล้าหาญ สิ้นชีวิตลงด้วยความสงบสุข ปราศจากความทุกข์ทรมาน โดยการพยาบาลต้องคำนึงถึง ประโยชน์ สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมในฐานะของมนุษย์ ที่มีเกียรติและมีศักดิ์ศรี ซึ่งลักษณะการพยาบาลเช่นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ชีชนาฏ ณ นคร และคณะ (2538) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการ ดูแลแบบองค์รวมมาก เพราะเป็นการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล มุ่งหวังเพื่อช่วยสนอง ความต้องการของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงความต้องการความสุข และหลีกเลี่ยงความทุกข์

การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องให้ความสำคัญกับความต้องการด้าน ร่างกายที่แสดงให้เห็นชัดเจนขณะที่เจ็บป่วย และต้องมุ่งที่ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อความ ตาย ลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด นอกจากนี้จะสนอง

ความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแล้ว จะต้องคำนึงถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เป็นความเชื่อ เป็นจิตใต้สำนึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เป็นไปได้จริง เพื่อให้มีช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ดีและสิ้นชีวิตอย่างสงบสุข พยาบาลต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในเรื่องของการเคารพสิทธิปัจเจกบุคคล การได้รับการปฏิบัติที่ดี ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ การบอกความจริง รวมไปถึงความยุติธรรม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการหลายด้าน เป็นผู้ที่มียุติธรรมอยู่ในระหว่างความเป็นหรือการมีชีวิตอยู่กับความตาย (Living-dying interval) เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะนำมาซึ่งความตาย และจะไม่มีโอกาสฟื้นคืนชีพเพื่อกลับมามีชีวิตได้ดังเดิม ผู้ป่วยจึงต้องสูญเสียสิ่งที่สำคัญในชีวิต ผู้ป่วยแต่ละคนมีวิธีการเผชิญกับความตายแตกต่างกัน และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Highfield (1992) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้สูงอายุ ต่างก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณและจะปรากฏเด่นชัดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความตาย

การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และมีความปลอดภัย ในขณะเดียวกันแม้จะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคงผูกพันและต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยเฉพาะกับครอบครัวของตน ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักไว้เสมอว่าผู้ป่วยยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวอยู่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะไม่ครบสมบูรณ์ ถ้าไม่ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ถึงซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข (Well being) ได้นั้น พยาบาลจึงควรระมัดระวังประคับประคองให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Carson, 1989 อ้างถึงใน พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2538) ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย

ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลง การทำงานของอวัยวะของในระบบต่างๆ จะไม่เป็นไปตามปกติ ความรู้สึกและความทรงจำของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงด้วย ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายดังนี้ (Kozier and Erb, 1988 อ้างถึงใน รสพร ประทุมวัน, 2543)

ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ ความสะอาดของผิวหนัง ผม และภายในช่องปาก ความสะอาดของร่างกาย จากอุณหภูมิของร่างกายอาจสูงขึ้น แต่การไหลเวียนของโลหิตช้าลง ผิวหนังจะเย็นและมีเหงื่อออกมาก ผู้ป่วยต้องการความสุสบายและการพ้นจากความเจ็บปวด เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคจะเจ็บปวดมาก การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดเป็นครั้งคราวตามความรุนแรง ปัจจุบันไม่นิยมใช้เพราะไม่ได้ช่วยควบคุมความเจ็บปวด แต่กลับเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้กับผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง จึงควรให้ยาควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเลย หรือให้เจ็บปวดน้อยที่สุด

ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การดูแลในเรื่องการคั่งค้างของเสมหะ การให้ออกซิเจน การจัดท่านอน เพื่อให้ระบบทางเดินหายใจโล่ง และได้รับออกซิเจนเพียงพอ ต้องการได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว จากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเริ่มเสีย การทำงานของระบบประสาทเริ่มเสื่อม ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ และในการเคลื่อนไหว

ต้องการการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร เนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง อาจขาดน้ำและอาหาร เกิดโรคแทรกซ้อนและแผลกดทับได้ง่าย

ต้องการการดูแลในเรื่องระบบขับถ่าย เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเสียไป อาจมีอาการท้องผูก หรือกลั้นปัสสาวะ อูจจะระไม่ได้ หรือปัสสาวะคั่งได้ง่าย ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือและทำความสะอาด เพื่อก่อให้เกิดความสุสบายและปราศจากกลิ่นรบกวน

ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ต้องการได้รับการประเมินเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เมื่อความตายใกล้เข้ามา การมองเห็นของผู้ป่วยจะไม่ชัด ความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัสจะลดลงด้วย

2. ความต้องการด้านจิตสังคม

ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับชีวิตและการเจ็บป่วยของเขา การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ การให้ข้อมูลข่าวสารความเจ็บป่วยมีความสำคัญยิ่ง และการปิดบังเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เป็นผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว และอาจก่อให้เกิดสัมพันธภาพและความรู้สึกไม่ไว้วางใจแพทย์และพยาบาลได้

ต้องการคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ความสมดุลระหว่างความเป็นอิสระและการพึ่งพา ต้องคงไว้สำหรับผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการตัดสินใจ การให้

ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจ และสามารถควบคุมตัวเองได้ เช่น การให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การให้ผู้ป่วยมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อม การไม่ชอบที่ใด ต้องการให้ใครเข้ามาเยี่ยมบ้าง

ต้องการรับประทานอาหารชนิดใดและเวลาใด พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมี และช่วยประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน

ต้องการความปลอดภัย การทอดทิ้งผู้ป่วยหรือแยกให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีโอกาสได้แสดงความรู้สึกและได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทักษะในการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความตาย

ต้องการเป็นบุคคลสำคัญ บ่อยครั้งมักพบว่าความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มไปด้วยความโดดเดี่ยว อ้างว้าง ถูกแยกและรู้สึกถูกปฏิเสธ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดคุณค่าในการมีส่วนร่วมกับผู้อื่น

ต้องการได้รับความช่วยเหลือและพัฒนาทางอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะต่างๆ ของการเผชิญความตาย โดยเฉพาะในระยะปฏิเสธ โกรธ และซึมเศร้า

ต้องการให้ช่วยเหลือครอบครัว ญาติและบุคคลที่รัก สิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยคือ ความสูญเสียและความเศร้าโศก ญาติจะเจ็บปวด วิตกกังวล ท้อแท้และอาจก้าวร้าวกับพยาบาล พยาบาลจึงต้องให้การช่วยเหลือญาติและครอบครัว สื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการดูแล เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาเศร้าโศกของครอบครัวและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว สมาชิกในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

3. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ให้ความรู้สึกที่ติดตรึงฝังแน่นอยู่ภายในส่วนลึกๆ ของจิตใจภายในบุคคล บุคคลจึงวางแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มุ่งหวังนั้น (บุบผา ชอบใช้, 2536) แต่ถ้าหากบุคคลต้องประสบกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ปัจจัยที่ฝังแน่นภายในอาจถูกกระทบให้เปลี่ยนไป จากการศึกษาของ Carson (1989) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ดังนี้

ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต จากการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยประสบมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยตะเกียกตะกายที่จะค้นหาความหมายและคุณค่าของชีวิต หากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองหรือไม่พบความหมายของชีวิต ผู้ป่วยจะประสบกับความทุกข์ทรมาน ลับสน คับแค้นใจ คิดว่าทำไมโรคร้ายจึงเกิดขึ้นกับตน ตลอดชีวิตที่ผ่านมาทำดีเพื่ออะไร เกิดมาทำไม เกิดมาแล้วก็ต้องตาย ตายแล้วไปไหน อะไรเป็นเป้าหมายของชีวิต และใคร

เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถหาคำตอบได้ ผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าจะมีชีวิตอยู่ไปทำไม ปัญหาที่พบมากที่สุดคือการฆ่าตัวตาย หรือปฏิเสธความตายจนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิต

ต้องการความรัก ความรักที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการคือ ความรักแบบไม่มีเงื่อนไข เพราะในสภาพความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยประสบนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความรักตอบแทนผู้อื่นได้ ผู้ป่วยเป็นฝ่ายได้รับความรัก และต้องการแสดงออกถึงความรักที่ตนมีต่อผู้อื่นตามสภาวะที่พึงปฏิบัติได้

ต้องการได้รับการอภัย บุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเข้าระยะสุดท้ายของชีวิต จะเริ่มตระหนักว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ผู้ป่วยมักจะคิดถึงชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งมีทั้งประสบการณ์สำเร็จและไม่สมหวังหรือล้มเหลว มีทั้งการประพฤติปฏิบัติสิ่งที่ดี และสิ่งที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกผิดเกิดขึ้น และคิดว่า การเจ็บป่วยครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากตนเองที่ไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนอย่างดี หรือเป็นเพราะเคราะห์กรรมที่เคยกระทำแต่ปางก่อน สิ่งทั้งหลายเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจและเศร้าหมอง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ผู้ป่วยต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น จากตนเอง และจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

ต้องการมีความหวัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นและความตาย ความหวังเป็นสิ่งเดียวที่มีความสำคัญที่สุดต่อการมีชีวิตอยู่ เพราะความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตายได้ ดังนั้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องคงไว้ซึ่งความหวังในชีวิตตลอดเวลา ซึ่งความหวังไม่ใช่ความหวังที่หายจากโรค แต่เป็นความหวังที่จะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี หวังที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการของตน หวังที่จะบรรลุเป้าหมายชีวิตตามที่คาดหวังไว้ และในผู้ป่วยที่มีความศรัทธาในศาสนาของตน ก็จะต้องมีความหวังในโลกหน้า โดยหวังว่าเมื่อตายไปแล้วจะมีชีวิตที่มีความสุขในสวรรค์หรือภพหน้า

ต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ก่อนจะสิ้นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนต้องการได้สัมผัสความสงบภายใน ไม่มีการวุ่นวายใดๆ ที่กระทำต่อร่างกายของเขา ก่อนที่วิญญาณจะจากร่างไป เพราะในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถได้ยินเสียงในทุกระดับ ไม่ว่าจะเสียงดังหรือเสียงแผ่วเบา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าจิตกำลังจะแยกออกจากร่างกาย ความรู้สึกนี้ไม่ขึ้นกับประสาทสัมผัสทางกายอีกแล้ว แต่เป็นความรู้สึกสงบสุขกับประสบการณ์ครั้งใหม่ และจะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดอีกเลย

จากความต้องการดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวมในฐานะมนุษย์ที่ประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกองค์ประกอบใดออกจากกันได้ แม้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะอยู่ในสภาพหมดหวังจากการรักษาให้มีชีวิตรอดได้ แต่ความหวังด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ ฉะนั้นพยาบาลไม่ควรทอดทิ้ง หรือมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว โดยมองข้ามสภาพความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย และคิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นความล้มเหลวของการดูแลรักษาของพยาบาล ซึ่งกำลังอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยได้มากกว่านี้อีกแล้ว ทำให้พยาบาลบกพร่องหรือละเลยต่อการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การช่วยให้การตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นไปด้วยความสงบ และเคารพในความเป็นมนุษย์ (Dying with peace and dignity) สำหรับความสงบนั้นควรเกิดทั้งในระดับของผู้ป่วย คนรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว ทีมผู้ดูแล และสังคม

ประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยหนักระยะสุดท้ายแบบองค์รวม มีหลายประการ

1. ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติ
2. ช่วยแก้ปัญหาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวสำหรับก้าวเดินต่อไป
3. เป็นโอกาสในการพัฒนาจิตวิญญาณสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความตาย

สำหรับการลดค่าใช้จ่ายเป็นผลพลอยได้มากกว่าวัตถุประสงค์หลักในการทำ Palliative care และมีการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายไม่ได้ลดลงมากอย่างที่เข้าใจ การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ นับว่ามีความสำคัญมาก เพราะถ้าละเลยอาจทำให้เกิดปัญหาทั้งเรื่องการรักษาเพื่อยื้อระยะเวลาการเสียชีวิต เนื่องจากญาติและครอบครัวยังไม่พร้อม หรือเกิดปัญหาผู้ป่วยร้องขอความตายหรือปฏิเสธการรักษา เนื่องจากมีความทุกข์ทรมานแสนสาหัส ในปัจจุบันศาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ให้นำหนักในการเรียกร้องสิทธิที่จะขอตายก่อนเวลาอันควรด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician assisted suicide) น้อยกว่าสิทธิในการได้รับการดูแลแบบครบองค์รวมที่ดี (Good palliative care) และประชาชนไม่ควรมองเรื่องฆ่าตัวตายเป็นวิถีทางพ้นจากความทรมาน เพียงเพราะยังไม่ได้รับการดูแลมีมติความเป็นมนุษย์อย่างเหมาะสม การกระทำดังกล่าวไม่เพียงมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแล ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการเร่งการตายยังได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างมาก จากการสำรวจพบว่า แพทย์ในประเทศออสเตรเลียที่ช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ยังต้องการได้รับการปรึกษาทางจิตใจ มีผู้ป่วยอาการหนักน้อยมากที่ไม่เคยคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย เพียงแต่เป็นความคิดที่ปล่อยให้ผ่านเลยไป การร้องขอความตายบางคนอาจเป็น

เพียงการพูดให้คนอื่นได้ยิน บางคนอาจเป็นการถามถึงคุณค่าชีวิตที่มีอยู่ บางคนอาจเป็นการเรียกร้องให้คนมาดูแล บางคนเป็นสัญญาณแสดงถึงความทรمانอย่างที่สุด และเป็นการร้องขอความช่วยเหลือ จากการสำรวจพบว่า ความทรمانทางจิตใจและสังคมเป็นสาเหตุสำคัญของการร้องขอความตาย เช่น ภาวะซึมเศร้า การสูญเสียการเคารพในความเป็นมนุษย์ ความกลัวความทรمان สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการเป็นภาระแก่ครอบครัว ส่วนสาเหตุจากการเจ็บปวดทรمانทางกายพบได้น้อยกว่า โดยเป็นสาเหตุหลักเพียงแค่ 3 % และเป็นสาเหตุร่วม 46 % อย่างไรก็ตามปัญหาทางกายมีความสำคัญมาก เพราะเป็นเรื่องที่รักษาได้ แต่ถ้าละเลยไม่ดูแลจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย การสูญเสียความหวัง ความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

การตอบสนองต่อการร้องขอความตายควรทำทันที ปฏิบัติด้วยท่าทีที่นุ่มนวล เห็นอกเห็นใจ โดยแบ่งการตอบสนองได้เป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การรับฟังและทำความเข้าใจ ควรฟังอย่างตั้งใจ การถามคำถามด้วยท่าทีที่สงบและไม่ตัดสินผู้ป่วยว่าทำไมจึงคิดอย่างนั้น เริ่มคิดเมื่อไหร่ คิดอย่างไรเกี่ยวกับอนาคต อาจช่วยให้เข้าใจเหตุผล การพูดคุยแลกเปลี่ยนช่วยลดความเครียดภายในจิตใจของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า

2. หาสาเหตุของการร้องขอว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วยด้านใด เช่น

1. ความเจ็บป่วยทรمانทางร่างกาย
2. ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่
3. ความกลัวสิ่งที่ไม่รู้
4. มีปัญหาในการปรับตัวอย่างเหมาะสม ทำใจไม่ได้
5. กังวลว่าชีวิตจะเป็นอย่างไรต่อไป
6. การสูญเสียความหวัง คุณค่าและความหมายของชีวิต

3. แสดงให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าทีมผู้รักษาจะให้การดูแลถึงที่สุด โดยไม่ทอดทิ้ง

4. ประเมินและจัดการกับสาเหตุที่แท้จริง

5. ให้ความรู้และอธิบายถึงทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ตามแนวทางจริยธรรมและกฎหมาย

6. การปรึกษาเพื่อนร่วมงานหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น

ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทุกราย ควรได้รับการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับการให้การรักษา (Curative care) อย่างเหมาะสมตั้งแต่แรก ดังคำกล่าวที่ว่า "We're prepared for the worst, but hoping for the best" โดยในช่วงแรกการรักษาอาจเน้นการให้การรักษา (Curative care) ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักมาก คิดว่าไม่สามารถช่วยให้พ้นจากความตายที่คุกคามอยู่ได้ ระดับความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จึงเพิ่มขึ้นสูงกว่าการให้การรักษา โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ การงดเว้นหรือการหยุดใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิตไม่ใช่เป้าหมายแรกของการดูแล แต่เป็นผลที่เกิดขึ้นตามการดูแลที่ถึงพร้อมสมบูรณ์ โดยมีการสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่าย เวลาในการตัดสินใจมีความแตกต่างกันตั้งแต่ 2-3 วัน ถึงหลายสัปดาห์

หลักในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาสิ่งที่เป็นพลังชีวิตของผู้ป่วย และสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมของแต่ละคน มีแนวทางดังนี้

1. ประเมินและบันทึกความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในระหว่างให้การดูแลเป็นระยะ
2. สนับสนุนให้มีสถานที่หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น มีห้องพระ ห้องละหมาด มีการทำบุญตักบาตร
3. สอบถามและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสงบผ่อนคลายในระยะสุดท้าย การปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อควรมีการปรับให้เหมาะสมกับพื้นฐานการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วย อาทิเช่น คนที่ไม่ได้ปฏิบัติธรรมะ คุณค่าของชีวิต อาจอยู่ที่การทำงานอย่างเต็มที่ การเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็นคนดี ความรักที่มีต่อชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ ในเบื้องต้นควรให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบ และระลึกถึงความดีที่เขาได้กระทำ มีการส่งเสริมให้ทำความดีตามวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สวดมนต์หรือทำบุญ ทั้งช่วยในการค้นหาและตอบสนองความปรารถนาที่ยังไม่สำเร็จของผู้ป่วย
4. สำหรับคนที่อาจมีการใช้ชีวิตที่ไม่ถูกต้องมาในอดีต การเข้าใจความตายอาจทำให้จิตใจสงบได้ยาก ในขณะที่ไม่สามารถแก้ไขอดีตได้ ในกรณีนี้ผู้ดูแลและครอบครัวอาจมีส่วนช่วยในการค้นหา และสะสางเรื่องที่ค้างคาใจอยู่ ส่งเสริมให้มีการขอโทษกรรมและให้อภัยระหว่างกัน
5. สำหรับผู้ป่วยที่มีศรัทธาในหลักศาสนาต่างๆ ควรส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติเพื่อยกระดับจิตใจ เช่น การเตรียมตัวกลับไปใช้ชีวิตที่แท้จริงภายหลังการตายกับพระเป็นเจ้า หรือการปฏิบัติเพื่อให้จิตสงบและปล่อยวางตามหลักพุทธศาสนา
6. การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และการจัดระบบเพื่อช่วยเหลือบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังจากไป รวมทั้งการที่ต้องเผชิญกับการตอบสนองทางอารมณ์ของญาติในลักษณะต่างๆ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขัดแย้ง เศร้า หดหู่ ลึนหวัง สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ต้องเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร สิ่งสำคัญคือเราจะปรับตัวอย่างไรกับสภาพเหล่านี้ หลายคนใช้วิธีการปฏิเสธหรือละทิ้งความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Emotionally disengaging) การทำเช่นนี้ อาจส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเฉยชา (Emotional distancing) มีผลต่อทักษะและการเข้าถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

ในอีกด้านหนึ่งที่จะช่วยรักษาจิตใจของผู้ดูแลคือ เราต้องเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและของโรค ผู้ดูแลควรทำหน้าที่ตนเองให้เต็มที่ทั้ง Curative care และ Holistic care และเข้าใจว่าอาจมีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้อีกมากที่ทำให้ผลที่ได้ไม่เป็นตามที่ต้องการ (หลักอุเบกขา) ส่วนกลุ่มอาจมีความช่วยเหลือกันโดยการร่วมรับรู้เรื่องราวที่ผ่านมา (Sharing narrative) ซึ่งสามารถช่วยในการทำความเข้าใจปัญหา ช่วยลดความตึงเครียดและช่วยพัฒนาทักษะการประเมิน การสื่อสาร การวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาความรู้ด้านต่างๆ นอกจากนี้ควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย โดยเป็นการจัดกิจกรรมเรียนรู้จากศาสตร์ต่างๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นให้มีการสำรวจและสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริงภายใน (Personal reflection) อันนำไปสู่การพัฒนาความเข้าใจเรื่องชีวิตและความตายอย่างแท้จริง

พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต จะรู้สึกถึงประสบการณ์ที่น่าหวาดหวั่นรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยด้วย บางครั้งการถูกนำตัวเข้ารับการรักษาพยาบาลในไอซียูหรือหอผู้ป่วยวิกฤตนี้ เป็นช่วงเวลาที่มีความเจ็บปวดรวดร้าว สติสัมปชัญญะไม่ตี มึนงงจากการได้รับยาหรือเกิดความต้องการที่จะลืมความคิดคำนึงว่าจะมีโอกาสรอดออกไปจากห้องนี้หรือไม่เพียงแต่ผู้ป่วยละครอบครัวเท่านั้นที่กังวล แพทย์พยาบาลก็มีความกังวลเช่นเดียวกันว่าทำอย่างไรจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะวิกฤตและย้ายออกจากไอซียูโดยเร็ว การเข้าไปรับการรักษาพยาบาลในไอซียู นับว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต พยาบาลในไอซียูส่วนใหญ่จะคิดว่าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นที่ซึ่งชีวิตหนึ่งกำลังอยู่ในช่วงเปราะบาง กำลังจะได้รับการดูแลใกล้ชิด ระมัดระวังอย่างละเอียดถี่ถ้วนเพื่อจะช่วยรักษาชีวิตของบุคคลผู้นั้นให้อยู่รอด เพราะมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีเครื่องมือ เทคโนโลยีทันสมัยมากมาย แต่ในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นช่วงที่เฉียดความตาย ดังนั้นความเข้าใจที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้ความหมายของการดูแลในภาวะวิกฤตและการสื่อสารแตกต่างกัน

เมื่อการเจ็บป่วยและความตายคุกคามผู้ป่วยในไอซียูจะมีผลกระทบรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งจากทางเลือกและจากการดูแลรักษาที่น้อยหรือมากเกินไปไม่เหมาะสมกับการดำเนินไปตามธรรมชาติของชีวิต ดังนั้นการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจำเป็นต้องทำให้ครบทุกด้าน โดยการร่วมมือกันของทีมบุคลากรและครอบครัว มีการดูแลผสมผสานทั้งการรักษาเพื่อให้หายและการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานไปพร้อมๆ กันตั้งแต่เริ่มมีความเสี่ยงเสียชีวิตถึงภายหลังการเสียชีวิต

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ ตลอดจนเทคโนโลยีที่ถูกนำมาพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น แต่ยังคงมีผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูจำนวนหนึ่งที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติรุนแรงซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้อาการดีขึ้นได้ ส่งผลให้อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งในอดีตผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูก่อนหน้านี้อาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระยะสุดท้าย เนื่องจากทีมผู้ดูแลอาจขาดความคุ้นเคยกับการสื่อสาร การแจ้งข่าวร้าย การดูแลแบบประคับประคองซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน การมองข้ามประเด็นสำคัญในเรื่องการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือขาดการดูแลเอาใจใส่ในประเด็นเรื่องขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ศาสนาและความเชื่อที่ผู้ป่วยหรือญาติศรัทธาและยึดถือ อย่างไรก็ตามปัจจุบันในวงการแพทย์ตลอดจนสังคมโดยทั่วไปมีความตื่นตัวในเรื่องนี้ค่อนข้างมาก มีผลงานวิจัยและแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best practice) พิมพ์แพร่หลายจำนวนมาก สมาคมวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่างก็มีการจัดทำนโยบาย (Policy statement) หรือแนวทางปฏิบัติ (Guideline) เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ยึดถือปฏิบัติ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทยจำเป็นต้องศึกษาและทบทวนในเรื่องดังกล่าวนี้

เป้าหมายและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวและญาติที่มีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ จำเป็นที่ต้องทราบถึงความต้องการของครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการสิ่งต่อไปนี้ เป็น 10 อันดับแรก ได้แก่

1. ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย
2. รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย
3. ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. เข้าใจว่าทีมสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรให้กับผู้ป่วย เพื่ออะไร

5. ได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน
6. ได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ
7. ได้มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจ
8. ได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปแล้วถูกต้อง
9. ได้เรียนรู้ความหมายของการตายของคนที่คุณเองรักและเคารพ
10. ได้รับประทานอาหารและการพักผ่อนที่เพียงพอ

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษา ในทางการแพทย์ การดูแลรักษาผู้ป่วยมักจะเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายของการรักษาและแผนการรักษา ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวนี้โดยปกติแพทย์มักเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยเป้าหมายของการรักษามี 2 ประการ ได้แก่ เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรค และเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม นอกจากเป้าหมายใหญ่ 2 ประการนี้แล้ว ยังมีเป้าหมายแตกย่อยไปจากเป้าหมายทั้งสอง เช่น เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรคอย่างสมบูรณ์ เป้าหมายที่จะหลีกเลี่ยงการตายก่อนวัยอันควร เป้าหมายให้อวัยวะหรือส่วนของร่างกายผู้ป่วยกลับมาทำงานได้ตามปกติ หรือเป้าหมายให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ในกรณีผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูก็เช่นเดียวกัน หลังจากที่ผู้ป่วยย้ายเข้ารับการรักษาในไอซียู คณะแพทย์ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องจัดให้มีการพบปะพูดคุยกับญาติเพื่อให้ข้อมูลเบื้องต้น และร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการรักษา โดยเป้าหมายการรักษาที่ร่วมกันกำหนดนี้จะขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ได้แก่ ระดับความรุนแรงของปัญหา การเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ผลการตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยย้ายเข้าไอซียู และความต้องการของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาในระยะวิกฤต โดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและจำเป็นต้องเข้ารับรักษาในไอซียู ทางคณะแพทย์มักจะพยายามให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น มีการทำหัตถการและการตรวจพิเศษที่จำเป็น มีการเฝ้าติดตามและประเมินการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะต่างๆ อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามสังคมในปัจจุบัน ประชาชนมีการศึกษามากขึ้นและสังคมมีการพัฒนาเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งตระหนักถึงข้อจำกัดของความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการเยียวยาผู้ป่วยให้หายจากโรค โดยเฉพาะผลกระทบทางลบของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาพยุงชีวิตผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถเยียวยาให้หายได้ ซึ่งเป็นการรักษาที่มีเป้าหมายเพียงเพื่อชะลอความตายของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งต่างจากเดิมที่คนใน

สังคมส่วนใหญ่เคยเชื่อว่าการตายของผู้ป่วยเป็นความล้มเหลวของวงการแพทย์ ดังนั้นในปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางทรุดลง ผู้ป่วยและญาติอาจมีความประสงค์เกี่ยวกับ เป้าหมายและแผนการรักษาที่แตกต่างไปจากเดิม

การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจากโรคหรือความเจ็บป่วย

(Compassionate palliative care)

การงดเว้นการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ (Withholding life sustaining treatment) หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งงดเว้นการรักษาเพื่อพยุงชีพที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ ซึ่งเข้าข่าย การชะลอการตาย ตัวอย่างของแนวทางการรักษาตามแผนนี้ ได้แก่

1. งดการช่วยฟื้นคืนชีพ
2. ไม่ริเริ่มการรักษาที่อยู่ในข่ายการทดลอง
3. ไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าไอซียู
4. ไม่ให้เลือดหรือพลาสมา
5. ไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะให้สูงขึ้น
6. ไม่ใส่ท่อหลอดคอ หรือดใช้เครื่องช่วยหายใจ

การยุติการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ (Withdrawal life sustaining treatment) หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งหยุดการรักษาเพื่อพยุงชีพที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ ซึ่งเข้าข่ายการ ชะลอการตาย ตัวอย่างของแนวทางการรักษาตามแผนนี้ ได้แก่

1. หยุดการรักษาที่อยู่ในข่ายการทดลอง
2. หยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต
3. หยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ
4. หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ

การประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Coordination and continuity of care)

ปัญหาสำคัญในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรังหรือโรคและความผิดปกติ ซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้ ได้แก่ ปัญหาเรื่องการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ที่ดูแล รักษาซึ่งมีหลายสาขา และคลินิกตรวจรักษาที่อยู่คนละที่ ซึ่งเป็นปัญหาที่เรียกว่า Coordination of care กับปัญหาในเรื่องความต่อเนื่องในการดูแลรักษา เนื่องจากแพทย์ที่ดูแลแต่ละครั้งไม่ซ้ำกัน และขาดการนำข้อมูลอาการและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละครั้งมาเชื่อมโยงกัน ซึ่งปัญหานี้

เรียกว่า Continuity of care ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้แล้วข้างต้น จึงจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางที่จะช่วยให้ประเด็นปัญหาทั้งสองเกิดขึ้นน้อยที่สุด

การกำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เมื่ออยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต (Advanced care planning) ในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าหลัก จริยศาสตร์ที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด คือ Patient autonomy หรือหลักการของเสรีภาพส่วนบุคคล ซึ่งให้ความสำคัญกับการเคารพในสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยเสรีภาพในที่นี้หมายถึงเสรีภาพในการตัดสินใจ และเสรีภาพในการกระทำตามความประสงค์หรือความตั้งใจของผู้ป่วย (Self determination) ในปัจจุบันธรรมเนียมปฏิบัติหนึ่งของประเทศทางตะวันตกที่แตกต่างจากประเทศตะวันออก คือคนอเมริกันแต่ละคนจะได้รับการส่งเสริมให้มีการกำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคตกับแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา หรือแพทย์ที่ตนเองไว้วางใจที่เรียกว่า Advanced care planning การกระทำดังกล่าวนี้ไม่จำเป็นต้องรอให้เจ็บป่วยหนักเสียก่อน

ประเด็น Withdrawal of life sustaining therapies in intensive care unit ในปัจจุบันนี้ การรักษาทางการแพทย์ได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปมาก มีการรักษาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนการทำงานของอวัยวะ ที่สูญเสียการทำงานไปของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้นได้ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องไตเทียม การให้อาหารและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้รับการฝึกฝนให้มีความเชี่ยวชาญในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ดังกล่าว เพื่อเป็นการประทั้งเวลาและยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุด จากข้อมูลของการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยอาการหนักที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนหนึ่งได้รับการรักษาที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ต้องการ และผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตออกไปโดยไม่มี ความหวังในการที่ผู้ป่วยจะกลับมา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกฝนและมีทักษะไม่มากพอที่จะเปลี่ยนการรักษาที่มุ่งหวังจะรักษาโรคให้หายขาดและยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุดมาเป็นการหยุดการรักษาที่ไม่จำเป็นและไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและเน้นการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

3. องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

การดูแลแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องมีสามองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การดูแลเพื่อรักษาชีวิตและโรคที่เป็นอยู่ (Curative care) ในการนี้ต้องทำอย่างเต็มที่ แต่ควรมีการเลือกใช้เทคโนโลยีเพื่อพยุงชีวิตอย่างเหมาะสมและพอดี ในกรณีที่การรักษาไม่ได้ประโยชน์หรือเกิดผลเสียมากกว่าต้องพิจารณาตามหลักการเรื่องการงดเว้นและการหยุดใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต

2. การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานแบบองค์รวม (Holistic care) เพราะการเจ็บป่วยวิกฤตมีผลกระทบรุนแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามหลักการขององค์การอนามัยโลกแล้วการดูแลควรเริ่มต้นทันทีที่เป็นโรครุนแรง อันอาจนำมาสู่การเสียชีวิตได้ และไม่ควรรอถึงช่วงใกล้เสียชีวิต

3. การสื่อสาร และการวางแผนการรักษาร่วมกันของทีมผู้รักษา กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจัดระดับความสำคัญในผสมผสานการรักษาแบบ Curative care และ Holistic care ให้เหมาะสมกับโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลแบบองค์รวมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (เต็มศักดิ์ ฝั่งรัศมี, 2548)

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทรมาน (Symptom assessment and management) การดูแลควรให้ความสำคัญต่อการทำให้ผู้ป่วยคลายความทรมานอย่างเต็มที่ มากกว่าการมุ่งหยุดการใช้เครื่องพยุงชีวิต โดยการดูแลทางกายที่ไม่เพียงพอจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างสงบได้ อย่างไรก็ตาม การรักษาทางกายเพียงอย่างเดียวอาจให้ผลไม่เต็มที่ เนื่องจากสาเหตุของปัญหาอาจเป็นเรื่องทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติที่ซับซ้อนขึ้น

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการป่วยทั้งจากโรค และจากการทำหัตถการต่างๆ อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) อ่อนเพลีย (Fatigue) หวาดวิตกและตึงเครียด (Anxiety and distress) และกระสับกระส่าย (Agitation)

การดูแลอาการผู้ป่วยหนักระยะสุดท้ายเริ่มต้นด้วยการประเมินเพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุ และกลไกการเกิดอาการที่แตกต่างกัน ตามปัญหาที่ซับซ้อนหลายระบบ และมีการทำหัตถการจำนวนมาก แผนการดูแลควรจัดให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ควรทำเป็นสูตรสำเร็จ การประเมินที่เหมาะสมอาจได้จากประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีสภาพร่างกายอ่อนแอ ช่วยตัวเองไม่ได้เคลื่อนย้ายลำบาก และไม่สามารถทำการรักษาแบบเฉพาะได้ จึงไม่เหมาะสมที่จะตรวจทางห้องปฏิบัติการมากมาย หออภิบาลผู้ป่วยหนักควรมีแบบประเมิน

ระดับอาการ เช่น ความปวด ความเหนื่อย หรืออาการกระสับกระส่ายอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง มีการเขียนมาตรฐานการดูแลที่มีการใช้และปรับปรุงเป็นระยะ วิธีการดูแลควรประกอบด้วยเรื่อง การใช้ยาบรรเทาอาการและศาสตร์ทางเลือกอื่นๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลควรมีบันทึกและประเมินการเปลี่ยนแปลงอย่างละเอียดและต่อเนื่อง

การดูแลทั่วไปควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สะอาด ควรลดการกระตุ้นที่รบกวนผู้ป่วย เช่น การเปิดแสงไฟจ้าเกินไป การใช้เครื่องเฝ้าระวังที่มากเกินไป ในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำกัดการรักษาที่ทำไปเพียงเพื่อการยืดชีวิต ควรตจจะเลือด งดทำการทดสอบต่างๆ และวัดสัญญาณชีพเท่าที่จำเป็น โดยอาจคงไว้เพียงสายให้ยาเพื่อความสบายของผู้ป่วยเท่านั้น

การร่วมมือกับญาติและครอบครัวจึงเป็นหัวใจของความสำเร็จ เนื่องจากญาติและครอบครัวมักจะไวต่ออาการและความรู้สึกของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์หรือพยาบาล และรู้จักการดูแลที่ได้ผลในระยะเวลาที่ผ่านมา การได้มีส่วนร่วมในการดูแลเป็นความต้องการของครอบครัว การดูแลร่วมกันโดยใช้การแพทย์ทางเลือกซึ่งไม่เป็นอันตราย และไม่รบกวนผู้ป่วยรายอื่น เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุน เพราะได้ผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งในส่วนของผู้ป่วยที่มีการสัมผัสจากคนที่รัก และส่วนของครอบครัวซึ่งได้รู้สึกถึงการดูแล การตอบสนองแก่ผู้ป่วย อันทำให้สามารถเตรียมใจรับการสูญเสียได้ดีขึ้น

อุปสรรคในการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต คือความกลัวว่าการให้ยา เช่น มอร์ฟีนจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ทั้งที่ตามความเป็นจริงแล้วการใช้ยาตามแนวทางมาตรฐาน ไม่มีผลเร่งการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักทุเลาอาการปวดก่อน จากนั้นจึงซึมลงหรือหลับ ก่อนที่จะมีการกดการหายใจจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต ในกรณีส่วนน้อยที่มีภาวะแทรกซ้อนทำให้อาการแยกลง ก็ไม่มีความผิดทางจริยธรรม ถ้าการกระทำนั้นเข้าหลักของ Double effect 4 ประการ คือ 1) การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ดีในตัวเองหรือเป็นกลาง 2) การกระทำนั้นทำไปด้วยเจตนาดี เพียงแต่อาจมีผลเสียที่ตามมาโดยไม่ได้ตั้งใจ 3) ผลลัพธ์ที่ดีคือเป็นผลโดยตรงจากการกระทำ ไม่ได้เป็นผลจากผลลัพธ์ที่ไม่ดี และ 4) ผลลัพธ์ที่ดีมีน้ำหนักที่มากกว่าผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ก่อนให้การรักษาดังกล่าวต้องมีกระบวนการลงนามยินยอมที่สมบูรณ์ เช่นเดียวกับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงทั้งหลาย โดยมีการบอกกล่าวถึงผลดี ผลเสีย ความเสี่ยง และทางเลือกต่างๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการรับรู้เข้าใจและตัดสินใจร่วมกัน

2. การดูแลด้านอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว (Psychosocial care)

การดูแลครอบครัวและผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือว่าเป็นหน่วยเดียวกัน (Unit of care) โดยครอบครัว หมายถึงบุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ตามหลักการครอบครัวควรมีโอกาสในการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (Access) การให้และการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information

and support) และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Involvement in caregiving activities) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี ควรส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว ในอดีตหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักมีการจำกัดการเข้าเยี่ยม ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น สถานที่คับแคบ บุคลากรปฏิบัติงานไม่สะดวก ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ อาจมีการติดเชื้อ หรือทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เต็มที่ จากการศึกษาพบว่า การเยี่ยมไม่ทำให้เกิดผลเสียดังกล่าว ทั้งการเทียบกับประโยชน์แล้วการเยี่ยมเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมักรู้สึกถึงความกลัวการถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยต้องการได้อยู่ท่ามกลางคนที่รักในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัด อาจเป็นโอกาสสุดท้ายที่จะได้แสดงความรู้สึกที่ตระหว่งกัน ได้กล่าวคำอำลา สั่งเสียหรือให้อโหสิกรรมต่อกัน จึงควรยืดหยุ่นเรื่องเวลาและจำนวนคนในครอบครัวใกล้ชิดให้เข้าเยี่ยมได้สะดวก สำหรับผู้ป่วยบางรายซึ่งมีความผูกพันกับลูกหลานที่เป็นเด็ก ควรเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยม เพราะนอกจากเป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วเด็กวัยห้าขวบขึ้นไปสามารถเข้าใจเรื่องความตายและสามารถปรับตัวกับการจากไปของผู้ป่วยได้ดีขึ้นโดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียตามที่กลัวกัน

2.2 การให้และการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ควรมีการสื่อสารและให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ การได้รับทราบข้อมูลอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวปรับตัวและวางแผนอนาคตได้ดีขึ้น ทั้งส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลที่สูงขึ้น การสื่อสารที่ดีควรเป็นแบบสองทาง โดยเริ่มจากการประเมินและรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับการให้ข้อมูลควรมีวิธีที่เหมาะสมสำหรับการเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน ข้อมูลต่างๆ ยังลึบสน ไม่ชัดเจน ควรมีการกำหนดบุคคลที่ครอบครัวจะมาติดต่อพูดคุยให้ชัดเจน นอกจากข้อมูลเรื่องผู้ป่วยแล้ว ข้อมูลด้านอื่นๆ ก็มีความสำคัญในการปรับตัว เช่น การแนะนำเกี่ยวกับระเบียบของหออภิบาล การเข้าเยี่ยม การปรึกษาเรื่องสิทธิประโยชน์ หรือการให้คำปรึกษาทางจิตใจ ทั้งนี้อาจทำเป็นประกาศหรือแผ่นพับ

สำหรับการติดต่อสื่อสารของครอบครัวควรกระทำต่อเนื่องถึงภายหลังการสูญเสียผู้ป่วย เพื่อเป็นการบรรเทาความเศร้าโศก เช่น การไปร่วมงานศพในบางราย การโทรศัพท์พูดคุยหรือการเยี่ยมบ้าน

2.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของครอบครัวที่ต้องรับการดูแลสามารถปรับให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมได้ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระทำด้วยความรักส่งเสริมให้ผู้ป่วย

มีความอบอุ่นและรู้สึกถึงความมีคุณค่า ส่วนครอบครัวที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล จะรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ เสริมความเข้มแข็งในตัวเอง สามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกและความสูญเสียได้ดีขึ้น การดูแลอาจเป็นเรื่องเล็กๆ เช่น การบีบนิ้ว การอ่านหนังสือให้ฟัง หรือสิ่งที่ต้องการทักษะ เช่น การช่วยพลิกตัว การดูดเสมหะ ตลอดจนเรื่องที่ใหญ่ เช่น การช่วยเช็ดตัวและแต่งกายหลังเสียชีวิต ในทางจิตวิทยาแล้วสิ่งเหล่านี้ถือเป็น Family intervention อย่างหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยที่ไร้ญาติควรจัดให้มีการช่วยเหลือทางสังคม เช่น มีระบบอาสาสมัครเพื่อนคุยข้างเตียง การดูแลช่วยจัดงานศพ

3. การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (Spiritual care)

ในเบื้องต้นควรให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่สะอาด สงบ และมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร การดูแลด้านจิตวิญญาณมีทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ได้แก่ สิ่งที่เป็นพลังความเชื่อและความหวังที่ผลักดันให้ผู้ป่วยทำสิ่งที่ตั้งใจ การทำให้จิตใจให้สงบ ระลึกถึงสิ่งที่ตั้งใจในชีวิต การดูแลด้านจิตวิญญาณไม่ควรทำเป็นสูตรสำเร็จ เช่น การเปิดเทปธรรมะ ซึ่งอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางรายซึ่งไม่พร้อมและตกใจกลัว

ในอีกด้านหนึ่งที่จะช่วยรักษาจิตใจของผู้ดูแลคือ เราต้องเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและของโรค ผู้ดูแลควรทำหน้าที่ตนเองให้เต็มที่ทั้ง Curative care และ Holistic care และเข้าใจว่าอาจมีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้อีกมากที่ทำให้ผลที่ได้ไม่เป็นตามที่ต้องการ (หลักอุเบกขา) ส่วนกลุ่มอาจมีความช่วยเหลือกันโดยการร่วมรับรู้เรื่องราวที่ผ่านมา (Sharing narrative) ซึ่งสามารถช่วยในการทำความเข้าใจปัญหา ช่วยลดความตึงเครียดและช่วยพัฒนาทักษะการประเมิน การสื่อสาร การวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาความรู้ด้านต่างๆ นอกจากนี้ควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย โดยเป็นการจัดกิจกรรมเรียนรู้จากศาสตร์ต่างๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นให้มีการสำรวจและสะท้อนความรู้สึที่แท้จริงภายใน (Personal reflection) อันนำไปสู่การพัฒนาความเข้าใจเรื่องชีวิตและความตายอย่างแท้จริง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ประกอบด้วย (สิวลี ศิริไล, 2531)

1. การร่วมมือและประสานงานกันจากหลายๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาลประจำผู้ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย พระสงฆ์หรือผู้รู้ทางศาสนาที่ฝ่ายผู้ป่วยนับถือ บางกรณีอาจมีนักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ และนักกฎหมายมาเกี่ยวข้อง โดยที่ทุกๆ ฝ่ายช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุสิ่งที่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต องค์ประกอบประการแรกนี้เรียกว่า Multi disciplinary team

2. การให้การดูแลรักษาตามอาการ และการให้การพยาบาลขั้นพื้นฐานเมื่ออาการของโรคได้ทรุดลงตามลำดับ จนถึงขั้นหมดหวังจากการดีขึ้น หรือคืนสู่สภาพที่ดีตามปกติ ความตายเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการมองอย่างเหมาะสม และได้รับการปฏิบัติที่ช่วยให้เป็นความตายที่สงบ ดังนั้นกรณีของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น เจ็บปวด หายใจไม่ออก นอนไม่หลับ สิ่ง que ผู้ป่วยพึงได้รับคือการบำบัดอาการเหล่านี้ตามอาการ (Symptomatic treatment) การพยายามลองเสี่ยงด้วยเทคโนโลยี หรือวิธีการที่นอกเหนือไปจาก Primary care หากไม่เกิดประโยชน์อันใดก็ไม่ควรทำ ครอบครัวของผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายและมีความเข้าใจต่อเรื่องนี้ โดยไม่พยายามลองเสี่ยงหรือเหนียวรั้ง อันเป็นความทุกข์ทรมานและเพิ่มปัญหาทางเศรษฐกิจ

3. ช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวของผู้ป่วย การรู้ข่าวของความตายของผู้ป่วยนั้นเป็นความทุกข์ ความสูญเสีย ความเศร้าหมอง แต่การที่ครอบครัวได้รับความเห็นใจ ได้รับคำแนะนำ คำเตือน ให้เตรียมการในบางเรื่องก็จะสามารถทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยไม่รู้สึกรว่าหว่หรือถูกทอดทิ้ง

4. ค่านิยมส่วนตัวทางวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่แยกไม่ออกจากตัวมนุษย์ การให้การดูแลแบบองค์รวม คือมองผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงของแต่ละบุคคลผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายเป็นสิ่งสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้เสียชีวิต (คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545)

1. เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่างๆ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ โดยการรักษาต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นหรือยืดเวลาการเสียชีวิตออกไปโดยไม่เหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอย่างเหมาะสมและพอเพียง
4. เพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย
5. เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อครอบครัวของผู้ป่วยทั้งในระหว่างที่ผู้ป่วยเจ็บหนักใกล้เสียชีวิตและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2547)

1. ให้การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา
2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ
3. การบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย
4. การให้การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
5. การให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
6. การดูแลครอบครัวและผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย
7. การกำหนดแนวทางในการดูแลควรดำเนินไป โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในช่วงที่เหลือนอยู่เป็นสำคัญ ไม่ให้การรักษาที่จะทำให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน หรือ ลื่นเปลี่ยนโดยไม่จำเป็น และเป็นไปโดยสอดคล้องกับหลักจริยธรรมและกฎหมายในสังคมไทย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ประเสริฐ เลิศสงวนลินชัย และคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548)

1. ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก
2. ครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
3. เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม
4. มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องให้การพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ระลึกถึงสิทธิของผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลของ Watson (1993) 10 ประการ และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Beave, 1990; Sheehan and Forman, 1996) ซึ่งมีจุดประสงค์ในการรักษา การดูแล และการร่วมทำงานเป็นทีมของผู้อยู่ในวิชาชีพและอาสาสมัคร หลักการรับผู้ป่วยเข้า Hospice และการติดตามดูแลที่บ้าน ซึ่งมีหลักการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการบรรเทาอาการมากกว่าการรักษา และการเตรียมความพร้อมของครอบครัวสำหรับการเสียชีวิตของผู้ป่วย

วิธีดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักของ Hospice (Sheehan and Forman, 1996)

ดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Total care) เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายในฐานะบุคคลที่มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Individual care) ควบคุมอาการต่างๆ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค และจากการวินิจฉัยโรค การบอกถึงผลการวินิจฉัย

ต้องอาศัยความระมัดระวัง ในที่นี้จึงรวมถึงการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนทั้งร่างกายและจิตใจ

ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ไม่ใช่ความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่เป็นความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในหลายรูปแบบ เช่น ความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

การควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องรอให้ปวดก่อนจึงให้ยา เพราะจะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความกลัวและกังวลว่าความเจ็บปวดจะกลับมาอีก ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความคิดถึงความเจ็บปวด จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดทวีความรุนแรงมากขึ้น ให้ผู้ป่วยตื่นอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ไม่ให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพหลับ ให้มีชีวิตอยู่อย่างคนปกติ พยายามให้เจ็บปวดน้อยที่สุด ให้ผู้ป่วยสะดวกสบายมีอิสระในการเคลื่อนไหว จึงนิยมให้ยาทางปากหรือเหน็บทางทวารหนัก ให้การประคับประคองจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยไม่ทอดทิ้ง รับฟัง ให้การช่วยเหลือให้การดูแลครอบครัวในกระบวนการเศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยให้การประคับประคองดูแลทั้งก่อนและหลังจากผู้ป่วยสิ้นชีวิตแล้ว ให้การประคับประคองที่มสุขภาพ การที่สมาชิกในทีมสุขภาพต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วยซ้ำแล้วซ้ำอีก ย่อมต้องการการประคับประคองดูแลการให้กำลังใจและช่วยเหลือในการใช้กลวิธีเผชิญกับภาวะเครียด เพื่อให้ทีมสุขภาพมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายต่อไปได้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน เป็นทฤษฎีการดูแลมนุษย (Fawcett, 1923) มีพื้นฐานการดูแลบุคคลแบบองค์รวม เน้นการดูแลเป็นคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแลในแนวคิดถึงระดับจิตวิญญาณ คือช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายของสิ่งต่างๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิตมนุษย์ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เคารพตนเอง และเยียวยาตนเอง ให้มีดุลยภาพ (Harmony) ทั้งภายในและภายนอกตน การเยียวยาเองที่เกิดขึ้น จึงเป็นกระบวนการของจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืน สมดุลย์ของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม ซึ่งมีปัจจัยการดูแลดังนี้

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นปัจจัยประการแรกที่สำคัญที่สุด ซึ่งเน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน มีความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น พยาบาลควรมีพฤติกรรมแสดงถึงความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยตามมุมมองของเขา ความแตกต่างของบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมและปรัชญาชีวิตที่แตกต่างกัน เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพน่ารังเกียจสักเพียงใด อดทนและรอคอยเวลาให้ผู้ป่วยได้ค้นพบตัวเอง ยอมรับต่อสภาพของตนตามที่เป็นจริง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครอยู่กับเขาเสมอ ดูแลเอาใจใส่อย่างจริงจัง เสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน ปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทันที โดยคำนึงว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือเพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ความรักและความเมตตาอย่างมากจากพยาบาล

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง พยาบาลต้องคงไว้ซึ่งความศรัทธาและความหวังในชีวิต ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความศรัทธาและความหวังในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน เช่น การทำสมาธิ การฝึกสติ การทำจิตบำบัด เทคนิคการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด พยาบาลต้องปลูกฝังความหวังให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่เสมอ และควรเป็นความหวังที่เห็นเป็นธรรมและมีความเป็นไปได้ สำหรับความศรัทธาในศาสนา พยาบาลควรประเมินดูว่าความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเป็นอย่างไร สัมพันธ์กับความศรัทธาที่มีต่อศาสนาหรือไม่ ให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการตายตามความเชื่อของเขา ส่งเสริมความเชื่อพื้นฐานของผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในแนวทางศาสนา ยอมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อของเขา เช่น การสวดบทคาถาอาคม สวดสิญจน์ ไชคกลาง เป็นต้น และต้องหมั่นสร้างความศรัทธาเชื่อมั่นที่ผู้ป่วยพึงมีให้กับตนเอง โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสมด้วยกิริยาสงบ ท่าทางน่าเชื่อถือ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีความรู้ทักษะ สามารถให้คำแนะนำปรึกษาและเป็นที่พักพิงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

3. วัตถุประสงค์การรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น เป็นพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญ พยาบาลควรจะพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น คือการตระหนักรู้ตัวอยู่เสมอถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนในขณะนั้น ด้วยการเริ่มมองเข้าไปในตนเอง ต่อไปจะพัฒนาให้ไวต่อการรับรู้ผู้อื่นและมองโลกของผู้อื่นได้ดีขึ้น เข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา และค่านิยมของผู้ป่วย

4. สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ด้วยวิธีการ

4.1 สื่อสารอย่างมีคุณภาพ การบอกกล่าวที่มากหรือน้อยเกินไป จะทำให้กระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยได้ง่าย บางครั้งผู้ป่วยอาจพบความขัดแย้งระหว่างความต้องการกำลังใจจากการสนทนา และความต้องการที่จะได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การ

บอกความจริงเร็วเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นคงในจิตใจ แต่ถ้าช้าเกินไป ผู้ป่วยอาจสงสัยหรือ ทราบได้เองจากอาการที่ทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาล พยาบาลควรให้ข้อมูลที่ เป็นจริง กับผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองที่ เหมาะสม มีความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล

4.2 ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย (Congruence) พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของ ตนเองและกล้าเปิดเผยความรู้สึกออกมาจะยิ่งกระชับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยทำ ให้รู้จักกันและปรับตัวให้เข้ากันได้มากยิ่งขึ้น ถ้าพยาบาลแอบซ่อนหรืออำพรางความรู้สึกไว้ภายใน โดยเฉพาความรู้สึกกลัว เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกด้านลบอื่นๆ ยิ่งเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพราะพยาบาลจะถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นออกมาหลายรูปแบบ เช่น ต้องการให้ผู้ป่วยพักหรือแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ เพื่อหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4.3 ความเห็นอกเห็นใจ รู้จักเอาใจผู้ป่วยมาใส่ใจตน เพื่อจะรับรู้ว่าคุณป่วยระยะ สุดท้ายนั้นมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องเผชิญกับความตายจะได้เข้าใจและสามารถตอบสนองต่อ ความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งคำพูด กิริยาท่าทาง และการแสดงออกทาง พฤติกรรม

4.4 ความรู้สึกอบอุ่นใจ การมีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะ ส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วย พยาบาลสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นโดย แสดงออกวาจาและกิริยาท่าทาง เช่น การสนทนา การพูดในระดับเสียงเหมาะสม ยิ้มแย้ม มีท่าที เป็นมิตรเปิดเผย

5. การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ อารมณ์หรือความรู้สึกเป็นศูนย์กลาง ของบทบาทในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ และ พฤติกรรม ดังนั้นพยาบาลควรได้มีโอกาสแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่เป็น ความรู้สึกของตนตามที่เป็นจริง จะทำให้พยาบาลพัฒนาการรู้จักตนเอง และยอมรับตนเองตามที่ เป็นจริง พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตนจะไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย และยอมรับการ แสดงออกของผู้ป่วยอย่างจริงใจ สามารถให้อภัยต่อการแสดงออกของผู้ป่วยและเข้าใจความรู้สึก ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก ได้แก่ ยอมรับการระบายความรู้สึกของ ผู้ป่วย ไม่ตำหนิติเตียนหรือตัดสิน ให้เวลาและโอกาสกับผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ขณะที่คุณป่วยแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าว

6. ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องให้ยอมรับความตายอย่างสงบ โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการถามพูดคุยและสังเกตจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวม นำมาวางแผนการพยาบาล โดยนำข้อมูลและปรากฏการณ์ต่างๆ มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้มากที่สุด โดยเฉพาะข้อมูลด้านจิตสังคม ความเชื่อ ความผูกพันทางใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากนั้นนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมาย คือให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย สามารถยอมรับความจริงและจากไปอย่างสงบ

7. มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความคิดเกี่ยวกับความตายได้สองทาง คือ การยอมรับและการปฏิเสธหรือเกิดขึ้นทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน การให้ข้อมูลเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล การได้รับข้อมูลที่เพียงพอร่วมกับการดูแลระดับประคอง จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม การให้ข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ พยาบาลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน พยาบาลจะทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย โดยการสังเกตและการเรียนรู้จากผู้ป่วย และการเข้าไปมีส่วนร่วมในสถานการณ์ของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ อธิบายความเป็นไปของโรคอย่างสม่าเสมอ ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของชีวิตตามสภาพที่เป็นจริง ตอบคำถามของผู้ป่วยให้ชัดเจนไม่คลุมเครือในระดับที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ แสดงบทบาทผู้เรียนและผู้สอนโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้ามีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้ป่วย ติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย ไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลหรือพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

8. การดูแลระดับประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ในส่วนภายนอกของบุคคล ส่วนจิตและจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภายนอกและภายใน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย เช่น ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตาย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ระบบสังคม ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม การสนับสนุนของผู้ดูแลครอบครัว ญาติมิตร รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย สะอาด ปลอดภัย จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งภายในและภายนอก ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีต่อเนื่องจากการดูแลระดับประคองของพยาบาล สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่

8.1 ลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก การจัดท่านอน ลักษณะของเตียงและ การจัดสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก

8.2 บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การประคบร้อน เย็น การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ยาบรรเทาปวด พาไปสัมผัสธรรมชาติ ฟังดนตรี หรือการสนทนากับผู้ป่วยอื่น

8.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ซึ่งสำคัญกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี (Autonomy) ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น และให้โอกาสผู้ป่วยได้มีเวลาเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติศาสนกิจ ได้อยู่กับครอบครัว หรือการผ่อนคลายอารมณ์

8.4 ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยทั้งด้านเทคนิค เครื่องมือ เครื่องใช้ และสภาพจิตใจ เช่น อุบัติเหตุจากอุปกรณ์การดูแลรักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบอกข่าวสารที่กระทบกระเทือนสภาพจิตใจ หรือการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง

8.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สวยงามอยู่เสมอ มีสีสันท่าให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

9. ในการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีความต้องการเช่นบุคคลทั่วไป แต่มีความแตกต่างตรงที่ความต้องการการดูแลด้านจิตใจมีมากกว่า (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2522) และมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง การให้ผู้ป่วยได้สมหวังในชีวิตโดยการตอบสนองความต้องการที่ดีที่สุดในเรื่องที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกและพัฒนาการเจริญเติบโตภายในให้มีความกลมกลืนกับผู้อื่น สิ่งแวดล้อมและจากไปอย่างสงบ สิ่งที่ยาบาลต้องปฏิบัติ ได้แก่

9.1 ตอบสนองความต้องการทางด้านชีวภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ได้ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ เพราะผู้ป่วยมีความอยากอาหารน้อยลง ความสะอาดของ ปาดพื้นผิวหนัง กล้ามเนื้อ การหายใจ โดยเฉพาะการขับถ่าย ซึ่งผู้ป่วยไม่อาจควบคุมได้

9.2 ตอบสนองความต้องการทางด้านจิต - สรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ ช่วยเหลือและให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ต้องการ และการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

9.3 ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วย ให้ครอบครัวและผู้ที่อยู่ด้วยรัก มาดูแลเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่กำลังโศกเศร้า เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไป

9.4 ตอบสนองความต้องการภายในบุคคลภายในบุคคลและระหว่างบุคคลเป็นการให้ผู้ป่วยมีพลังภายในตนเอง ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโลกจักรวาล กับผู้อื่น และกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

10. เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีความรู้สึกสับสน ว่าวุ่น วิตกกังวลต่อสภาพที่ต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ทำให้ผู้ป่วยไขว่คว้าที่จะค้นหาความหมายของชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลระดับประคับประคองที่ดี ผู้ป่วยมักจะฆ่าตัวตาย

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการดูแลรักษาที่เน้นการรักษาโรค มาเป็นการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ให้ความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในภาวะที่ยังมีการเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้พิจารณาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าด้านบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกฝนและมีทักษะไม่มากพอที่จะเปลี่ยนการรักษาที่มุ่งหวังจะรักษาโรคให้หายขาดและยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุดมาเป็นการหยุดการรักษาที่ไม่จำเป็นและไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและเน้นการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ด้านผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยอาการหนักที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนหนึ่งได้รับการรักษาที่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการ และผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตออกไปโดยไม่มี ความหวังในการที่ผู้ป่วยจะกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ต้องการการดูแลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ต้องการให้พยาบาลดูแลด้วยความเต็มใจ และความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ต้องการให้พยาบาลบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ชัชานาฏ ฌ นคร และคณะ, 2538)

ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย พบว่าความต้องการขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย สรุปได้ 4 ประเด็นคือ ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการการให้อภัย/การอโหสิกรรม

ก่อนตาย และต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2543)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (วงรัตน์ ไสสุข, 2544)

ความต้องการในภาวะสูญเสีย และโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง มีความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการได้รับการสนับสนุนและการระบายความรู้สึก พบว่าความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนิศา สุขตระกูล, 2544)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมาน มีปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ พยาบาลจึงควรตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยอมรับและเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างสงบ (อุบล จ๋วงพานิช, 2544)

ลักษณะงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนและมีปัญหาที่ซับซ้อน พยาบาลจึงต้องมีทัศนคติทางบวกต่อความตาย คือ ต้องเข้าใจว่าความตายคือกระบวนการตามธรรมชาติ รวมทั้งต้องเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เข้าใจในหลักจริยธรรมพื้นฐาน (Ethical principles) ร่วมกับหลักธรรม ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีกรอบแนวคิด วิจรรณญาณ และมีเหตุผล เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2546)

คุณสมบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของภาวะจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย และมีทักษะด้านต่างๆ ประกอบด้วย (วงเดือน เขียมสกุล, 2540)

1. มีทักษะในการสื่อสาร และความเข้าใจความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย
2. มีความรู้ด้านบุคคล และเข้าใจภาวะความทุกข์โศกและการสูญเสีย
3. ไวต่อความรู้สึก และมีความเห็นอกเห็นใจ
4. สามารถอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังเฉยๆ ได้ เช่น นั่งข้างๆ จับมือผู้ป่วย
5. ตระหนักถึงความแตกต่างของบุคคลแต่ละครอบครัว

บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในฐานะวิชาชีพการพยาบาล มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว ได้แก่

1. การสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวโดยการพัฒนากระบวนการจัดบริการเชิงรุก ระบบส่งต่อ ระบบการดูแลที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ การประสานงานให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมดูแล ได้แก่ พระสงฆ์ ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานอื่น ๆ เช่น การจัดสวัสดิการ ประชาสงเคราะห์

2. การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล และในชุมชนโดยจัดการดูแลในลักษณะผสมผสานเป็นองค์รวมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เช่น ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้ตัดสินใจ และส่งเสริมให้ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจ รับฟังปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลของครอบครัวและช่วยหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาข้อความรู้ทั้งมิติทางการแพทย์และมิติเชิงสังคมวัฒนธรรมเป็นแนวทางพัฒนากระบวนการจัดการดูแล พัฒนาแนวทางการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะใกล้ตาย แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การจัดการควมเมปอด การพัฒนากิจกรรมหรือนวัตกรรมทางการแพทย์บำบัดหรือแนวปฏิบัติสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งระยะสุดท้าย การจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย และการให้บริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะใกล้ตาย และเผชิญความตายได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความคิด การให้คุณค่า และสอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

3. การพัฒนาศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์สภาพความต้องการ ปัญหา อุปสรรคการพัฒนาของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทาง การจัดการดูแลที่เหมาะสม กระบวนการเสริมศักยภาพกระบวนการนี้อาจทำได้หลายส่วนขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละกลุ่มว่ามีความต้องการในเรื่องใด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ให้การดูแลโดยตรง เช่น ครอบครัวที่ให้การดูแลมีความต้องการความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องการบรรเทาอาการปวดรุนแรง

และการบรรเทาอาการอื่นๆ เช่น หายใจเหนื่อย ตลอดจนการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต ขณะเสียชีวิตและหลังเสียชีวิตแล้ว นอกจากนี้ต้องการการช่วยเหลือเรื่องรายได้ การประกอบอาชีพ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่างๆ การได้รับการบริการดูแลอย่างมีคุณภาพไม่แบ่งแยก ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ได้เป็นวิชาชีพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องการความรู้เรื่องการรักษาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทันสมัย ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการให้คำปรึกษา ดังนั้นกระบวนการเสริมศักยภาพดังกล่าวจึงต้องจัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ร่วมดูแลในแต่ละกลุ่มด้วย

4. บทบาทผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น พระสงฆ์ นักบวช ผู้นำทางศาสนา จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตายมีอาการที่ปรากฏชัดเจน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการที่พึ่งทางใจ และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง และต้องการสิ่งเสียบบอกกล่าวครอบครัว เครือญาติ ความต้องการที่สำคัญที่สุดคือต้องการตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการได้ส่วนหนึ่งตามประสบการณ์ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ เพื่อให้จิตใจสงบ แต่บางครอบครัวไม่ได้ให้การดูแล เนื่องจากไม่ทราบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง ข้อเสนอต่อบทบาทพระสงฆ์สามารถที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้าสู่ระยะใกล้ตายและขณะกำลังจะตาย โดยช่วยเหลือครอบครัว ให้มีความเข้าใจและสามารถให้การตอบสนองความต้องการดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัว ญาติพี่น้องได้มีสติ มีความพร้อมในการเผชิญกับความตาย และความสูญเสียโดยหลักทางพุทธศาสนา

5. การเสริมสมรรถนะการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าพยาบาลไม่มีความรู้ความเข้าใจและไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ได้อย่างมีคุณภาพ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบการเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในมิติทางการแพทย์ และมิติทางวัฒนธรรม การมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับความตายที่เป็นคำอธิบายการตีความของผู้รับบริการที่มีประสบการณ์ตรง การให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

6. การพัฒนาการวิจัยประเด็นเกี่ยวกับความตาย เพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อหาแนวทางและมาตรฐานในการดูแล พัฒนาเครื่องมือกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานต่างๆ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย การเตรียมตัวและการเผชิญกับความตาย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายและหลังจากเสียชีวิตแล้วในผู้ป่วยโรคเอดส์ และโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อขยายความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นจริยธรรม (Ethical issues) ของการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นเรื่องที่จะต้องพิจารณาไตร่ตรองว่าสิ่งใดควรกระทำ ไม่ควรกระทำในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมเรื่องการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for person) และการกระทำในสิ่งที่ดีที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Beneficence) ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลด้านจิตวิญญาณ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การบอกข้อมูลและการบอกความจริง (Veracity, Truth Telling)

การบอกข้อมูลทั่วไป ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของทีมนักพยาบาล ได้แก่ การบอกข้อมูลถึงระดับอาการของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา วิธีการรักษาผลข้างเคียง สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและยากแก่การวางกฎเกณฑ์ตายตัว การบอกเรื่อง que คิดว่าธรรมดาอาจไม่ธรรมดา สำหรับผู้ป่วยหรือญาติ และยากที่สุดก็คือการบอกข่าวร้ายว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต สำหรับสังคมตะวันตกในประเด็นดังกล่าวนี้ อาจไม่ยุ่งยากนักเนื่องจากมีกฎหมายบังคับอยู่ว่าฝ่ายรักษาพยาบาลจะต้องบอกทุกอย่างแก่ผู้ป่วยและญาติ ขณะเดียวกับความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมตะวันตกมีการพูดถึงเรื่องความตายอย่างตรงไปตรงมาและเปิดเผย ศาสนาคริสต์มองว่าความตายเป็นการจบชีวิตชั่วคราวในโลกนี้ไปสู่นิรันดรในอาณาจักรของพระเจ้า ความตายจึงเป็นการก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง พระพุทธศาสนาซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติไทยมองว่าความตายเป็นธรรมดาของชีวิต เป็นการสิ้นสุดของสังขาร เป็นสิ่งที่ไม่มีความหลีกเลี่ยง อย่างไม่สามารถตามวัฒนธรรมไทยจะไม่พูดถึงความตายตรงๆ กับผู้ที่กำลังจะตาย และคนไทยส่วนใหญ่ก็ยังคงรับไม่ได้กับการที่รู้ว่าตนกำลังจะตาย ปัญหาจึงมีอยู่ว่าจะบอกอย่างไรแก่ญาติ ครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อบอกแล้วจะช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยอย่างไร

2. การบรรเทาอาการปวด

ความเจ็บปวดจะเป็นสิ่งที่สำคัญและมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ญาติและครอบครัว และทีมการรักษาพยาบาล การบรรเทาอาการปวดด้วยยาเป็นดุลยพินิจของแพทย์ ประเด็นสำคัญของจริยธรรมที่เกี่ยวกับอาการปวดคือ การมองและยอมรับว่าอาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคน มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายอาจเผชิญกับความปวดได้อย่างเข้มแข็ง แต่บางรายก็ทุกข์ทรมานอย่างสาหัส การมองความปวดว่าเป็นอาการของโรคที่จะต้องเป็นเช่นนั้นกับการมองความปวดว่าเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน จะทำให้เห็นวิธีปฏิบัติที่ควรจะเป็น แพทย์หญิงลินดา อีมานูเอล แห่งคณะแพทยมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ให้ข้อคิดว่า ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องไม่รู้สึกกลัวหรือหลีกเลี่ยงอาการปวดของผู้ป่วย ผู้ให้การรักษาพึงสามารถรับรู้ถึงความปวด ยอมให้ผู้ป่วยแสดงอาการปวด และไม่หวาดเกรงที่จะช่วยบำบัดอาการปวดนั้น (Healers can hear pain, healers give people permission to show pain, healers are not

afraid to see pain) การบรรเทาความปวดนอกจากจะกระทำได้ด้วยยาแล้ว การสัมผัส ลูบหรือ จับมือผู้ป่วยตามแต่กรณีจะเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ช่วยในด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยสตรีสูงอายุรายหนึ่งที่เจ็บปวดจากอาการของมะเร็งกล่าวว่า "ขณะที่มือของพยาบาลลูบลงบนขาของข้าพเจ้า ข้าพเจ้า รู้สึกได้ถึงสัมผัสที่อ่อนโยนนุ่มนวล เมื่อเธอพูดว่าขอให้มันใจดีฉันจะช่วยคุณ ข้าพเจ้ารู้สึกอาการปวดลดลงอย่างประหลาด"

3. การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือ Intensive Care Decisions about Level of Aggressiveness of Care เป็นอีกประเด็นหนึ่งของปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์การพยาบาลในปัจจุบัน จุดสำคัญของปัญหาคือการพิจารณาว่าจะพยายามช่วยด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มความสามารถ เพื่อช่วยชะลอความตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเมตตารวมอย่างหนึ่ง กับการรักษาตามอาการและไม่พยายามใช้เครื่องมือหรือวิธีการใดๆ ในการที่จะช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากไม่บังเกิดผลและเป็นการเพิ่มทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยก็เป็นเมตตารวมอีกด้านหนึ่ง บางครั้งอาจเป็นฝ่ายขอร้องให้ยุติการพยายามเหนี่ยวรั้ง และในบางครั้งฝ่ายการรักษาพยาบาลเองก็อาจเป็นฝ่ายอธิบายแก่ญาติว่าไม่เกิดประโยชน์อันใด โดยหลักการของจริยศาสตร์การแพทย์แล้ว ไม่พึงกระทำสิ่งใดๆ ที่อาจเป็นการทำให้เกิดทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (First Do No Harm) แต่ตามสภาพความจริงบางครั้งอาจมีปัจจัยอื่นมาทำให้จำเป็นต้องกระทำในสิ่งที่ฝ่ายรักษาพยาบาลเองไม่ประสงค์ที่จะกระทำ เช่น การถูกขอร้องจากญาติให้ช่วยอย่างเต็มที่จนกว่าจะถึงวินาทีสุดท้าย การตายอย่างสงบตามธรรมชาติกับการจากไปกับการตายภายใต้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ควรเลือกเส้นทางใด บางครั้งก็เป็นสิ่งที่มีอาจตอบได้

4. ลางสังหรณ์ใกล้ตาย (Symbolic Expression of Dying Patient) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายบางคน มักจะพูดหรือแสดงกิริยาบางอย่างออกมาจากภายในตัวตน โดยอาจมองว่าเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือเพื่อ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อสังเกตว่าหากผู้ที่ดูแลใกล้ชิดให้ความสนใจ และให้ความสำคัญแก่ประเด็นนี้พอสมควรก็อาจเป็นโอกาสที่จะได้ตอบสนองหรือให้สิ่งที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายรายหนึ่งยกมือไขว่คว้าและเรียกชื่อบุคคลออกมา พยาบาลผู้ดูแลในขณะนั้นจับมือผู้ป่วยไว้และลูบหลังมือเบาๆ และพูดกับผู้ป่วยว่า "ต้องการพบบุคคลผู้นั้นหรือ นอนหลับเถอะ ถ้าต้องการพบจะตามให้" การแสดงออกของลางสังหรณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย มักอยู่ในช่วงของการไม่รู้สึกรู้สีกตัวของผู้ป่วย ผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะเป็นผู้ที่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือแสดงออก และพยาบาลเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีโอกาสได้พบ ได้เห็น และได้ยินในสิ่งเหล่านี้ การช่วยผู้ป่วยให้ได้พบวาระสุดท้ายอย่างสงบ ไม่กระสับกระส่ายทรมานทรมานเป็นสิ่งที่ยอมรับทางวัฒนธรรมของสังคมมนุษย์

โดยทั่วไป ดังนั้น การเข้าใจการแสดงออกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายว่าเป็นการแสดงออกจากส่วนลึกของจิตใจ (Symbols of solace) อาจช่วยให้ตอบสนองทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้

5. การตอบสนองทางจิตวิญญาณเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง จิตวิญญาณของคนคือส่วนที่ลึกซึ้งที่สุดด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตโดยรวมของบุคคลนั้น การสามารถรู้ถึงความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และได้ตอบสนองสิ่งนั้นแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นการส่งผู้ป่วยให้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่น การได้รับ "การดูใจ" หรือ "บอกทาง" จากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน การได้เห็น "ผ้าเหลือง" (พระภิกษุ) การได้ฟังเสียงสวดมนต์หรือการได้อยู่อย่างสงบปราศจากการรบกวนใดๆ ทั้งหมดนี้ย่อมแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อควรคำนึงถึง การตอบสนองทางจิตวิญญาณที่แท้จริงจะต้องเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ตามความเห็นของทีมผู้รักษาที่คิดว่าควรดำเนินการให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาพยาบาลที่ต้องการ

ในต่างประเทศ Clarke et al. (2003) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในไอซียู 15 แห่ง ร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัย สรุปเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู 7 ตัวชี้วัด ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต การรวบรวมข้อมูลได้จากพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยได้ ร่วมกับการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ได้แก่ การศึกษาของสันต์ หัตถิรัตน์ (2528), สิวลี ศิริไล (2534), รสพร ประทุมวัน (2534), วนิตา ศิริวรกุล (2537), พวงเพ็ญ ชุณหปราณ (2538), โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (2545), โรงพยาบาลรามาริบัติ (2547), จอนณะง เพ็งจาด (2547), เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2548), ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548), Singer (1999), Fowler et al. (1999), Stewart et al. (1999), Teno (2001), Wenger and Rosenfeld (2001), Curtis et al. (2002) และ Clarke et al. (2003) ทำให้ทราบว่าในปัจจุบันทั้งในประเทศและต่างประเทศมีการศึกษาและให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไรบ้าง

การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้รวบรวมจากการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย และแนวคิดของนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ เมื่อนำมาประมวลสรุป พบว่าองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การสื่อสารภายในทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 3) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย 6) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และ 7) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแต่ละองค์ประกอบวิเคราะห์จากแนวคิดของนักวิชาการ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

แนวคิด	การตัดสินใจ โดยยึดผู้ป่วย และครอบครัว เป็นศูนย์กลาง	การสื่อสาร ภายในทีม ร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว	การดูแล ผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง	การสนับสนุน ด้านอารมณ์แก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	การจัดการกับ อาการและการ ดูแลเพื่อ ความสบาย	การสนับสนุน ทางด้านจิต วิญญาณแก่ผู้ป่วย และครอบครัว	การสนับสนุนทางด้าน อารมณ์ และการสนับสนุน ขององค์กรแก่บุคลากรใน หอผู้ป่วยวิกฤต
สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	/	/			/		
สิวลี ศิริไล (2534)				/	/	/	/
รสพร ประทุมวัน (2534)		/		/	/	/	
วนิดา ศรีวรกุล (2537)					/	/	
พวงเพ็ญ ชุนหปราน (2538)	/			/	/	/	
โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)		/		/	/	/	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	การตัดสินใจ โดยยึดผู้ป่วย และครอบครัว เป็นศูนย์กลาง	การสื่อสาร ภายในที่ร่วมกับ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	การดูแล ผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง	การสนับสนุน ด้านอารมณ์แก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	การจัดการกับ อาการและการ ดูแลเพื่อ ความสบาย	การสนับสนุน ทางด้านจิต วิญญาณแก่ผู้ป่วย และครอบครัว	การสนับสนุนทางด้าน อารมณ์ และการสนับสนุน ขององค์กรแก่บุคลากรในหอ ผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)		/	/	/	/	/	
จอณพะจง พึ่งจาด (2547)			/	/	/	/	/
เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2543)	/	/	/	/	/	/	
ประเสริฐ เลิศสงวน สินชัย (2548)	/		/	/	/	/	
Singer (1999)					/		
Fowler et al. (1999)	/	/		/	/		
Stewart et al.(1999)	/	/		/	/	/	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	การตัดสินใจ โดยยึดผู้ป่วย และครอบครัว เป็นศูนย์กลาง	การสื่อสาร ภายในที่ร่วมกับ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	การดูแล ผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง	การสนับสนุน ด้านอารมณ์แก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	การจัดการกับ อาการและการ ดูแลเพื่อ ความสบาย	การสนับสนุน ทางด้านจิต วิญญาณแก่ผู้ป่วย และครอบครัว	การสนับสนุนทางด้าน อารมณ์ และการสนับสนุน ขององค์กรแก่บุคลากรในหอ ผู้ป่วยวิกฤต
Teno (2001)	/			/	/		
Wenger and Rosenfeld (2001)		/		/	/	/	
Curtis et al. (2002)	/	/			/		/
Clarke et al. (2003)	/	/	/	/	/	/	/

จากองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ 1) การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การสื่อสารภายในทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 3) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย 6) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและ 7) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นกรอบเบื้องต้นขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังภาพประกอบ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดเบื้องต้นขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในหอผู้ป่วยวิกฤต

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยสรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย 3) การจำกัดขอบเขตของการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 4) การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว 5) การนำประเด็นข้อขัดแย้งมาประชุมปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 6) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ 7) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจ และ 8) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดผู้ซึ่งจะทำหน้าที่แทนเมื่อตนเองเข้าสู่ระยะสุดท้าย (สันต์ หัตถิรัตน์, 2528; พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2538; เต็มศักดิ์ พิงศ์มี, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548; Fowler et al., 1999; Stewart et al., 1999; Teno, 2001; Curtis et al., 2002; Clarke et al., 2003) ซึ่งมีรายละเอียดแสดงดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

สาระ แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	พวงเพ็ญ ชุนหปราน (2538)	เต็มศักดิ์ พิงรัมย์ (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)	Fowler et al.(1999)	Stewart et al.(1999)	Teno (2001)	Curtis et al.(2002)
1. กำหนดเป้าหมายของการรักษา พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/	/
2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/	
3. การจำกัดขอบเขตของการ รักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับตาม ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว		/			/			
4. การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและ ครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/	/
5. การนำประเด็นข้อขัดแย้งมาประชุม ปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	/		/	/		/		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สาระ แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	พวงเพ็ญ ชอุณหปราน (2538)	เต็มศักดิ์ พึ้งรัมย์ (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)	Fowler et al.(1999)	Stewart et al.(1999)	Teno (2001)	Curtis et al.(2002)
6. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือก สถานที่เสียชีวิตได้	/	/	/				/	
7. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการตัดสินใจ	/	/	/	/	/	/		/
8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดผู้ซึ่งจะทำ หน้าที่แทนเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย			/		/		/	

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสื่อสารภายในทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสื่อสารภายในทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) การสื่อสารภายในทีมผู้รักษาอย่างสม่ำเสมอ 2) การประชุมระหว่างทีมผู้รักษาเพื่อหาข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) การพบปะพูดคุยระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ 4) มีแนวทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้) 5) การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างตรงไปตรงมา ชัดเจน ไม่เร่งรีบ ในสถานที่ที่เหมาะสม 6) การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งก่อนยุติการพบปะพูดคุย 7) การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการพบปะพูดคุยกับครอบครัว และ 8) การระบุดสมาชิกภายในครอบครัวซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับทีมผู้รักษาแทนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด (สันต์ หัตถิรัตน์, 2528; รสพร ประทุมวัน, 2534; โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2545; โรงพยาบาลรามธิบดี, 2547; เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548; Fowler et al., 1999; Stewart et al., 1999; Wenger and Rosenfeld, 2001; Curtis et al., 2000) ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสื่อสารภายในทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

สาระ / แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	รศพร ประทุมวัน (2534)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	เต็มศักดิ์ พึงรัศมี (2548)	Fowler et al. (1999)	Stewart et al. (1999)	Wenger and Rosenfeld (2001)	Curtis et al. (2002)
1. การสื่อสารภายในทีมผู้รักษาอย่าง สม่ำเสมอ	/	/	/	/		/	/	/	/
2. การประชุมระหว่างทีมผู้รักษาเพื่อหา ข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว	/				/	/	/		/
3. การพบปะพูดคุยระหว่างทีมผู้รักษา กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	/	/	/	/	/		/	/	/
4. มีแนวทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้)	/	/		/					/
5. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยตรงไปตรงมา ชัดเจน ไม่เร่งรีบ ในสถานที่ที่เหมาะสม	/		/	/				/	/

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สาระ แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	รศพร ประทุมวัน (2534)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	เต็มศักดิ์ พงษ์ศรี (2548)	Fowler et al. (1999)	Stewart et al. (1999)	Wenger and Rosenfeld (2001)	Curtis et al. (2002)
6. การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวทุกครั้งก่อนยุติการพบปะ พูดคุย	/			/		/			/
7. การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการ พบปะพูดคุยกับครอบครัว			/			/			
8. การระบุนสมาชิกภายในครอบครัวซึ่ง จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับทีม ผู้รักษาแทนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด		/	/			/			

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและให้การรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง 2) การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างละเอียดและต่อเนื่อง 3) การรับ-ส่งเวรของทีมผู้รักษามีความต่อเนื่อง 4) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต 5) การระบุและมอบหมายการดูแลแก่ผู้รับผิดชอบภายในทีมผู้รักษาเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง 6) การปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรค 7) การแจ้งให้สมาชิกใหม่ของทีมผู้รักษาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว และ 8) การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา (โรงพยาบาลรามารินทร์, 2547; จอนณะจง เพ็งจาด, 2547; เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สาระ / แนวคิด	โรงพยาบาลรามธิบดี (2547)	จอมนะจง เพ็งจาด (2547)	เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)
1. การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย และให้การรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง	/	/	/	/
2. การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วยอย่างละเอียดและต่อเนื่อง	/	/	/	/
3. การรับ-ส่งเวรของทีมผู้รักษามี ความต่อเนื่อง	/	/	/	/
4. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่าง ต่อเนื่องกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	/	/	/	/

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนด้าน อารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก 2) การ ประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย 3) การ ส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว 4) การยืดหยุ่นเรื่องเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 5) การสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต 6) การประสาน เครือข่ายทางสังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติมาเยี่ยม และ 7) การดูแล ประคับประคองอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อการจากไปของผู้ป่วย (สิวลี ศิริไล, 2534; รสพร ประทุมวัน, 2534; พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2538; โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2545; โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2547; จอนฉะจง เพ็งจาด, 2547; เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548; Fowler et al., 1999; Stewart et al., 1999; Teno, 2001; Wenger and Rosenfeld, 2001) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

สาระ / แนวคิด	สิวลี ศิริไล (2534)	รศพร ประทุมวัน (2534)	พวงเพ็ญ ชุนหปราน (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	จอนฉะจง เพ็งจาด (2547)	เต็มศักดิ์ พึ้งรัมย์ (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)	Fowler et al. (1999)	Stewart et al. (1999)
1. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2. การประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3. การส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4. การยืดหยุ่นเรื่องเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	/	/	/	/	/		/	/		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

แนวความคิด สาระ	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	พวงเพ็ญ ชุนหปราน (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	จอนฉะจง เพ็งจาด (2547)	เต็มศักดิ์ พึ้งรัมย์ (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)	Fowler et al. (1999)	Stewart et al. (1999)
5. การสนับสนุนให้ครอบครัว ได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยใน ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6. การประสานเครือข่ายทาง สังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติมาเยี่ยม	/		/	/	/			/		/
7. การดูแลประคับประคอง อารมณ์และความรู้สึกของ ครอบครัวที่มีต่อการจากไป ของผู้ป่วย	/	/	/	/		/	/	/	/	/

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยสรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการและความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้) 2) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสบาย 3) การยืดหยุ่นเกี่ยวกับการให้การพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไม่พร้อม 4) การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ และ/หรือตามความเหมาะสม 5) การดูแลเกี่ยวกับบุคลิกและสุขวิทยาส่วนบุคคล 6) การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน ให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 7) การบรรเทาอาการและความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและวิธีการอื่นๆอย่างเหมาะสม และ 8) การลดการใช้แสงและเสียงเกินความจำเป็น (สันต์ หัตถิรัตน์, 2528; ลิวลี ศิริโล, 2534; รสพร ประทุมวัน, 2534; วณิดา ศรีวรกุล, 2537; พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2538; โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2545; โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2547; จอนณะจง เพ็งจาด, 2547; เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548; Singer, 1999; Fowler et al., 1999; Stewart et al., 1999; Teno, 2001; Wenger and Rosenfeld, 2001; Curtis et al., 2000) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสะดวกสบาย

สาระ แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	วนิดา ศรีวรกุล (2537)	พวงเพ็ญ ชุนหปราน (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	จอนมะจง เพ็งจาด (2547)
1. การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการ และความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสาร ได้และสื่อสารไม่ได้)	/			/	/	/	/	/
2. การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย	/	/	/	/	/	/	/	/
3. การยืดหยุ่นเกี่ยวกับการให้การพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไม่พร้อม	/	/	/	/	/	/	/	/
4. การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ และ/หรือตามความเหมาะสม		/			/			/
5. การดูแลเกี่ยวกับบุคลิกและสุขวิทยา ส่วนบุคคล	/	/	/	/	/	/	/	/

ตารางที่ 6 (ต่อ)

สาระ แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	วนิดา ศรีวรกุล (2537)	พวงเพ็ญ ชุนหปราน (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	จอนผะจง เพ็งจาด (2547)
6. การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน ให้ความเป็น ส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว		/			/	/	/	/
7. การบรรเทาอาการและความปวดด้วย วิธีการใช้ยาและวิธีการอื่นๆอย่างเหมาะสม	/	/	/	/	/	/	/	/
8. การลดการใช้แสงและเสียงเกินความ จำเป็น		/		/	/	/	/	/

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ 2) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับศาสนา / ความเชื่อตามความต้องการ 3) การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับความตายอย่างสงบ 4) การอำนวยความสะดวกในการจัดการศพ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ดั่งามที่ได้กระทำ 6) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ และ 7) การส่งเสริมให้ครอบครัวค้นหาสิ่งที่เป็นพลังชีวิตของผู้ป่วย (สิวลี ศิริไล, 2534; รสพร ประทุมวัน, 2534; วนิดา ศรีวรกุล, 2537; พวงเพ็ญ ชุนหปราน, 2538; โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2545; โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2547; จอนณะจง เพ็งจาด, 2547; เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2548; ประเสริฐเลิศสงวนสินชัย, 2548; Stewart et al., 1999; Wenger and Rosenfeld, 2001) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

สาระ / แนวคิด	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	วนิดา ศรีวรกุล (2537)	พวงเพ็ญ ชุนหปราน (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)
1. การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	/	/	/	/		
2. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับศาสนา/ความเชื่อตามความต้องการ	/	/	/	/	/	/
3. การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับความตายอย่างสงบ	/	/	/	/	/	/
4. การอำนวยความสะดวกในการจัดการศพ	/		/	/		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

สาระ / แนวคิด	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	วนิดา ศรียรรกุล (2537)	พวงเพ็ญ ชุนทรปาน (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)
5. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยระลึกถึง สิ่งที่ดีงามที่ตนได้กระทำมา	/			/		
6. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ	/	/	/	/		
7. การส่งเสริมให้ครอบครัวค้นหา สิ่งที่เป็นพลังชีวิตของผู้ป่วย	/			/		

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาจากตำรา เอกสาร วิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน 2) การสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้บริหาร 3) การจัดตั้งกลุ่มภายใน ทีมผู้รักษา เพื่อคอยดูแล ให้กำลังใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 4) การปรับอัตรากำลังของทีม ผู้รักษาสอดคล้องและเหมาะสมกับภาระงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) การจัดเตรียม วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้ 6) การ ประชุมแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ปฏิบัติ (สิ่งที่ทำ ได้ดี สิ่งที่ต้องทำให้ดีขึ้น) 7) การจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 8) การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ และ 9) การจัดสภาพหอผู้ป่วยเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สิวลี ศิริไล, 2534; จอนณะจง เพ็งจาด, 2547; Curtis et al., 2000) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต

สาระ	แนวคิด	สิวลี ศิริไล (2534)	จอนณะจง เพ็งจาด (2547)	Curtis et al. (2002)
1. การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน		/	/	
2. การสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้บริหาร		/	/	/
3. การจัดตั้งกลุ่มภายในทีมผู้รักษา เพื่อคอยดูแล ให้กำลังใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน		/	/	/
4. การปรับอัตรากำลังของทีมผู้รักษาสอดคล้องและเหมาะสมกับภาระงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		/		
5. การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้		/	/	/

ตารางที่ 8 (ต่อ)

สาระ	แนวคิด	สิวลี ศิริไล (2534)	จอนณะจง เพ็งจาด (2547)	Curtis et al. (2002)
	6. การประชุมแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่ได้ปฏิบัติ(สิ่งที่ทำได้ดี , สิ่งที่ต้องทำให้ดีขึ้น)	/	/	/
	7. การจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	/	/	/
	8. การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ	/	/	/
	9. การจัดสภาพหอผู้ป่วยเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	/	/	/

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเจ็บป่วยต้องนานติดต่อกันเกิน 6 เดือนหรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการหายไปแล้วกลับมาเป็นช่วงๆ เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน เป็นๆ หายๆ การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดในปัจจุบันทำได้เพียงทุเลาความรุนแรงของโรคหรืออาการเท่านั้น พยาธิสภาพนั้นไม่อาจพยากรณ์ได้แน่ชัด ร่างกายของผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัว ในการรักษาสมดุลของการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย และจิตใจต้องการได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือ การฟื้นฟูและฝึกฝนเป็นพิเศษ (จุฬารัตน์ ศรีลิขิตตานนท์, 2536) ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเต็มไปด้วยความทุกข์ ความเครียดที่วิถีการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะพยายามแสวงหาและติดตามการรักษาสักเพียงใดก็ตาม บางครั้งพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) ตามความหมายที่กำหนดโดยคณะกรรมการเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ในปี ค.ศ. 1949 หมายถึง โรคที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร ก่อให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะนั้น ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หายหรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ต้องการฟื้นฟูสภาพของร่างกายอย่างต่อเนื่อง และต้องการการดูแลติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล แนวโน้มของโรคมีแต่ตรงกับทฤษฎี ดังนั้นจึงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเอดส์ เพื่อให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะคิด และการรับรู้ของพยาบาล รวมถึงรูปแบบของการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

รศพร ประทุมวัน (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ด้านการประเมินปัญหา ด้านการวางแผนการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผลการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับปานกลาง

พัชรียา ไชยลังกา (2534) ศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามแนวความคิดเกี่ยวกับความตาย ผู้มีสุขภาพดีจำนวน 140 คน ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 100 คน พบว่าผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรังที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และศาสนาเดียวกัน มีแนวความคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สุภาพร ดาวดี (2537) ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนความตระหนักในตนเองค่อนข้างทางด้านสูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างมาทางด้านสูง และความตระหนักในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วนิดา ศรีวรกุล (2537) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ในโรงพยาบาลเซนหลุยส์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง 3 เดือน ผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางคิดเป็นร้อยละ 49 และระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 36 ความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูง ควรจัดให้มีการฝึกอบรมประชุมสัมมนาของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำเอกสารแจกแก่ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และควรมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

ชัชานฎ ฦ นคร และคณะ (2538) ศึกษาบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ให้การพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การดูแลสวมเสื้อผ้าหรือปกปิดร่างกายของผู้ป่วย ส่วนการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุดได้แก่ การรักษาความลับเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย และการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความรับผิดชอบและคิดว่าเป็นการได้บุญ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ต้องการการดูแลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ต้องการให้พยาบาลดูแลด้วยความเต็มใจ และความต้องการการ

พยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ต้องการให้พยาบาลบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือการพยาบาลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาเป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณและการพยาบาลด้านจิตสังคมตามลำดับ

ชมพูนุท พงษ์ศิริ (2538) ศึกษาบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน พยาบาลควรเน้นในเรื่องการสอนหรือสนับสนุนญาติและบุคคลในครอบครัวให้กล้าเผชิญความจริง มีทักษะในการทำการพยาบาลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง มุ่งที่จะปรับประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วยและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้มากที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

ธัสมน นามวงษ์ (2540) ศึกษาผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณอย่างมาก

นุจรินทร์ ลภณฑกุล (2543) ศึกษาประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 19 คน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลได้ให้นิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตายในสามลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตาย ผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลว และผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา ส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยใกล้ตาย 2) การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและความสุขสบาย การจัดหาสิ่งทีสร้างความสุขและความพึงพอใจ การสนองความต้องการกลับบ้าน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับในวาระสุดท้ายของชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ และการส่งเสริมให้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อ และ 4) การให้ข้อมูลที่จำเป็น โดยจากผลการวิจัยพบเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล จะแตกต่างและแปรเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัตรกับนิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตาย คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยไปสู่ความตายอย่างสงบ ส่วนผู้ป่วยที่มี

หน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลวจะเน้นการช่วยชีวิต ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาให้หายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพแลสอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2543) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย สรุปได้ 4 ประเด็นคือ ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก ต้องการการให้อภัย การอโหสิกรรมก่อนตาย และต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย

สุนิศา สุขตระกูล (2544) ศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการได้รับการสนับสนุนและการระบายความรู้สึก

วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2547) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน ข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึกสนทนา การสนทนากลุ่ม การถ่ายภาพ ผู้ป่วยโรคเอดส์ 5 คนและสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 12 คน การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน เป็นกระบวนการต่อเนื่องเริ่มจากสัญญาณแสดงความตายที่ปรากฏด้านร่างกาย และประสบการณ์ของผู้ป่วยเอดส์ การให้ความหมายของความตายด้วยโรคเอดส์ 3 ลักษณะ ได้แก่ ความตายหมายถึง "หมดบุญหมดกรรม" "หลุดพ้น" และ "ดับสูญ" ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนถึงการกระทำความดีเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกข์ทรมาน ให้ตายตาหลับ ไม่หวั่น เช่น บรรเทาอาการปวดทุกข์ทรมาน อาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม การจัดการธุระสำคัญ ได้ประกอบพิธีกรรมตามธรรมเนียมประเพณี ทุกขั้นตอนที่ครอบครัวสามารถจัดการได้และปรับตัวได้หลังการเสียชีวิตแล้วของผู้ป่วยเอดส์

การศึกษาในประเทศอังกฤษของ Skilbeck (2005) เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า เริ่มแรกให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง ต่อมาขยายไปยังผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจุบันมีการให้การดูแลในผู้ป่วยโรคเฉียบพลันด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม มีงานวิจัยที่ศึกษาการดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้
 วงรัตน์ ไสสุข (2544) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนอง
 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า ญาติของผู้ป่วยวิกฤตมี
 ความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง

เสาวลักษณ์ มณีรักษ์ และคณะ (2547) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการ
 ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติกร
 พยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้งหมด 7 กิจกรรม ได้แก่ การคอยดูแล
 ช่วยเหลือ สร้างความหวัง ดูแลยิ่งกว่าญาติ สัมผัส ต่ายทอดความรู้สึกทางใจ เสริมกำลังใจจาก
 ญาติ ช่วยให้ลูซสงบ และเคารพความเป็นบุคคล

Danis et al. (1999) ศึกษาเป้าหมายและวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้าย
 ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศึกษาจากรายงานการดูแลแบบประคับประคอง สรุปรายงานการวิจัย
 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการดูแล
 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาทำการ
 พิจารณากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงผู้ดูแลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต การดูแลแบบประคับประคอง
 จริยธรรมการดูแล ตัวแทนผู้รับบริการ และการสื่อสาร ถูกนำมาประชุมปรึกษากันเพื่อปรับปรุงและ
 พัฒนา จากการสังเคราะห์ข้อมูล พบว่าในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตการตัดสินใจเรื่องชีวิตและความ
 ตายเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ความจำเป็นในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทาง
 การแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อพยุงหรือยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุด เนื่องจากในภาวะวิกฤตผู้ป่วยไม่
 สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำการตัดสินใจร่วมกับตัวแทนของ
 ผู้ป่วย ความไม่ต่อเนื่องของการรักษาก็เป็นสิ่งที่คุกคามความสัมพันธ์ ความไว้วางใจระหว่างกันได้
 เรื่องความแตกต่างของวัฒนธรรมก็มีส่วนในการเลือกตัดสินใจรับการรักษา การเผชิญหน้ากับ
 ความเป็นจริงมีความเป็นไปได้และเหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคองระยะใกล้ตายในหอ
 อภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในหออภิบาลผู้ป่วย
 วิกฤต ควรให้ความสำคัญกับเรื่องต่างๆ ดังนี้ คือ เป้าหมายในการดูแล แนวทางในการใช้เครื่องมือ
 ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการงดให้การรักษาและการ
 หยุดให้การรักษาที่จำเป็นเพียงเพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไป ประสิทธิภาพในการสื่อสารและ

ความไว้วางใจในสัมพันธภาพมีความสำคัญมากในการให้การดูแลที่ดี ควรให้การยอมรับและเคารพในความแตกต่างด้านวัฒนธรรม การส่งมอบการดูแลแบบประคับประคองที่ดีเยี่ยม มีความเหมาะสมและจำเป็นมากในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในหอผู้ป่วยวิกฤต

Nelson et al. (2001) ศึกษาการดูแลระยะสุดท้ายในไอซียู พบว่าความแพร่หลายขององค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังมีปัญหาในการให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤตจนกระทั่งเสียชีวิต การรวบรวมประจักษ์การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน ดูเหมือนว่าจะมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตที่ให้การรักษาเต็มที่เพื่อเป็นการยืดชีวิต แต่แนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปแบบ ยังไม่เพียงพอและขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต การทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าการจัดการกับอาการ การสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษาและการกระทำต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วย ยังต้องการเครื่องมือที่จะประเมินสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแล เพื่อเป็นการชี้วัดและเป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นมาตรฐาน

Lavy (2001) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตว่าควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะดีที่สุด พบว่าในทุกวันนี้ดูเหมือนว่าเราต้องเผชิญกับการศึกษาที่รายงานเกี่ยวกับความไม่พอใจของครอบครัวเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลที่ได้รับในหอผู้ป่วยวิกฤต มันเป็นการยากสำหรับทีมผู้ให้การดูแลรักษาที่จะยอมรับข้อมูลนี้ จากการศึกษาในปัจจุบันและที่ผ่านมา บุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าพวกเขาได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มกำลังความสามารถ และไม่ต้องการได้ยินว่าพวกเขาทำงานไม่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นเรื่องที่ทำทายมาก ไม่มีใครชี้แนะตายตัวว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุดเป็นอย่างไร จึงเป็นประเด็นว่าทำไมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงได้ยากในการฝึกฝนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นในโรงเรียนแพทย์ พยาบาล จึงมีการจัดหลักสูตรจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย การเรียนรู้ทักษะเหล่านี้ไม่สามารถวัดประโยชน์คุ้มค่าได้ แต่ทำให้สามารถชี้ชัดในเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีทักษะในการฟัง ให้ความสนใจในการร่วมปรึกษา และช่วยเหลือในการตัดสินใจ

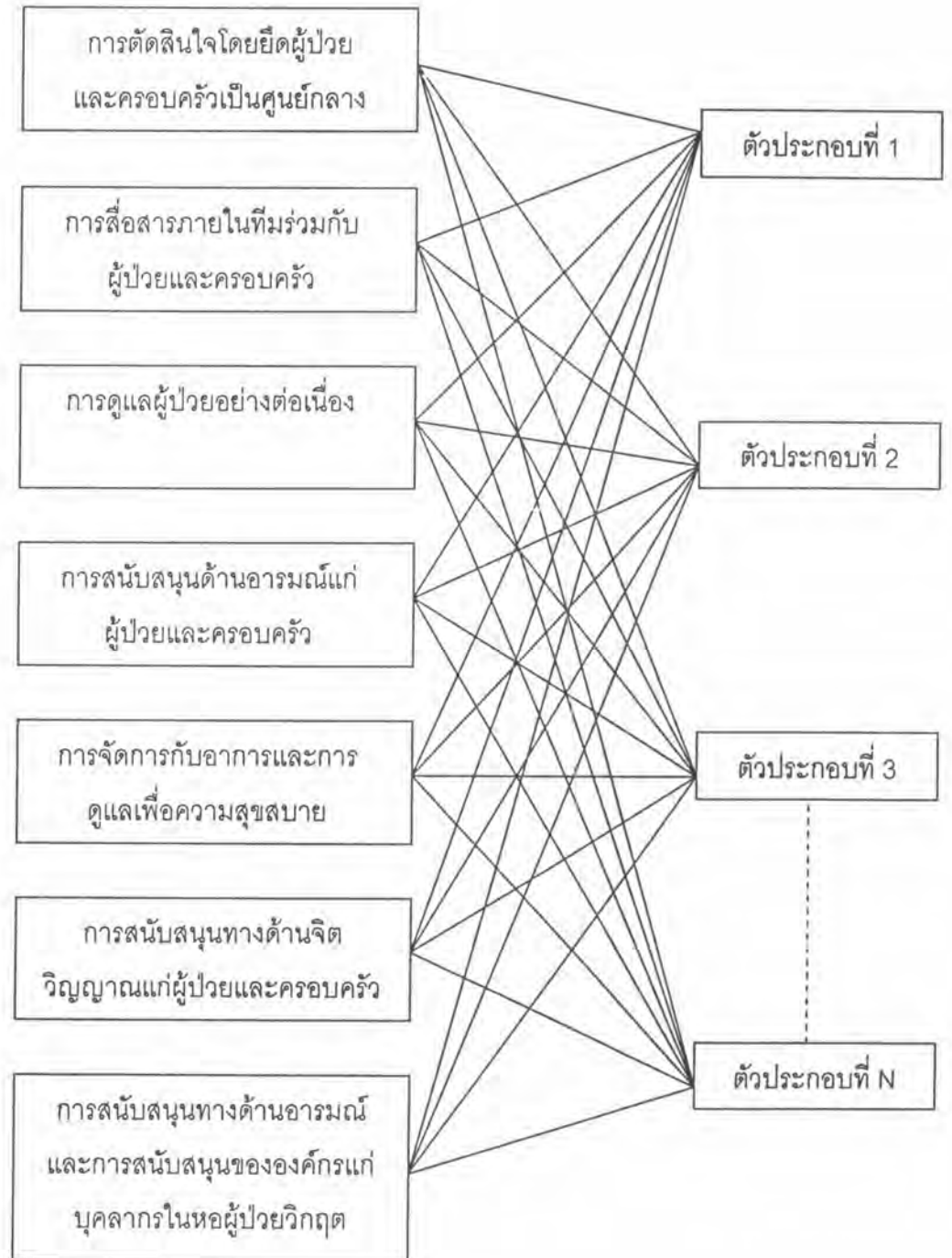
Judith et al. (2001) ทำการวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 100 คนให้ผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับอาการด้วยตนเอง ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานเกี่ยวกับอาการปวด ไม่สุขสบาย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ อาการหิวกระหายน้ำ อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ความเจ็บปวดและไม่สุขสบายที่เกิดจากการทำหัตถการในหอผู้ป่วยวิกฤต ความยากลำบากในการสื่อสาร การถูกรบกวนการนอน และการถูกจำกัดเวลาเยี่ยมมีผลต่อความเครียดอย่างมากในผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะวิกฤต จะมีความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการที่รุนแรงหลายอาการด้วยกัน การประเมินอาการควรมีประสิทธิภาพ เพื่อการควบคุมอาการและมีการตัดสินใจให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

จะเห็นได้ว่า งานวิจัยที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตมีค่อนข้างน้อย ส่วนมากจะศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในงานวิจัยเชิงปริมาณมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ความต้องการของญาติและครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะโศกเศร้าและสูญเสีย และ การศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย เป็นต้น แต่ยังไม่มียุติศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ซึ่งในการสร้างมาตรวัดเกี่ยวกับความคิดเห็น ทศนคติหรือเจตคติต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นตัวแปรที่มีลักษณะเป็นนามธรรม จำเป็นต้องให้คำถามหลายๆ คำถามมาประกอบกัน เพื่อวัดค่าของตัวแปรนามธรรมเพียงตัวเดียว (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์, 2536) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยต้องวัดจากคำถามหลายๆ คำถาม เพื่อดูว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยองค์ประกอบใดบ้าง ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้อาจแตกต่างกันไปตามแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของนักวิชาการ ร่วมกับการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในประเทศและต่างประเทศของสันต์ หัตถิรัตน์ (2528), ลิวลี ศิริไล (2534), รสพร ประทุมวัน (2534), วนิดา ศรีวรกุล (2537), พวงเพ็ญ ชุณหปราณ (2538), โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (2545), โรงพยาบาลรามาริบัติ (2547), จอนณะจง เพ็งจาด (2547), เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2548), ประเสริฐ เลิศสงวนสิน

ชัย (2548), Singer (1999), Fowler et al. (1999), Stewart et al. (1999), Teno (2001), Wenger and Rosenfeld (2001), Curtis et al. (2002)

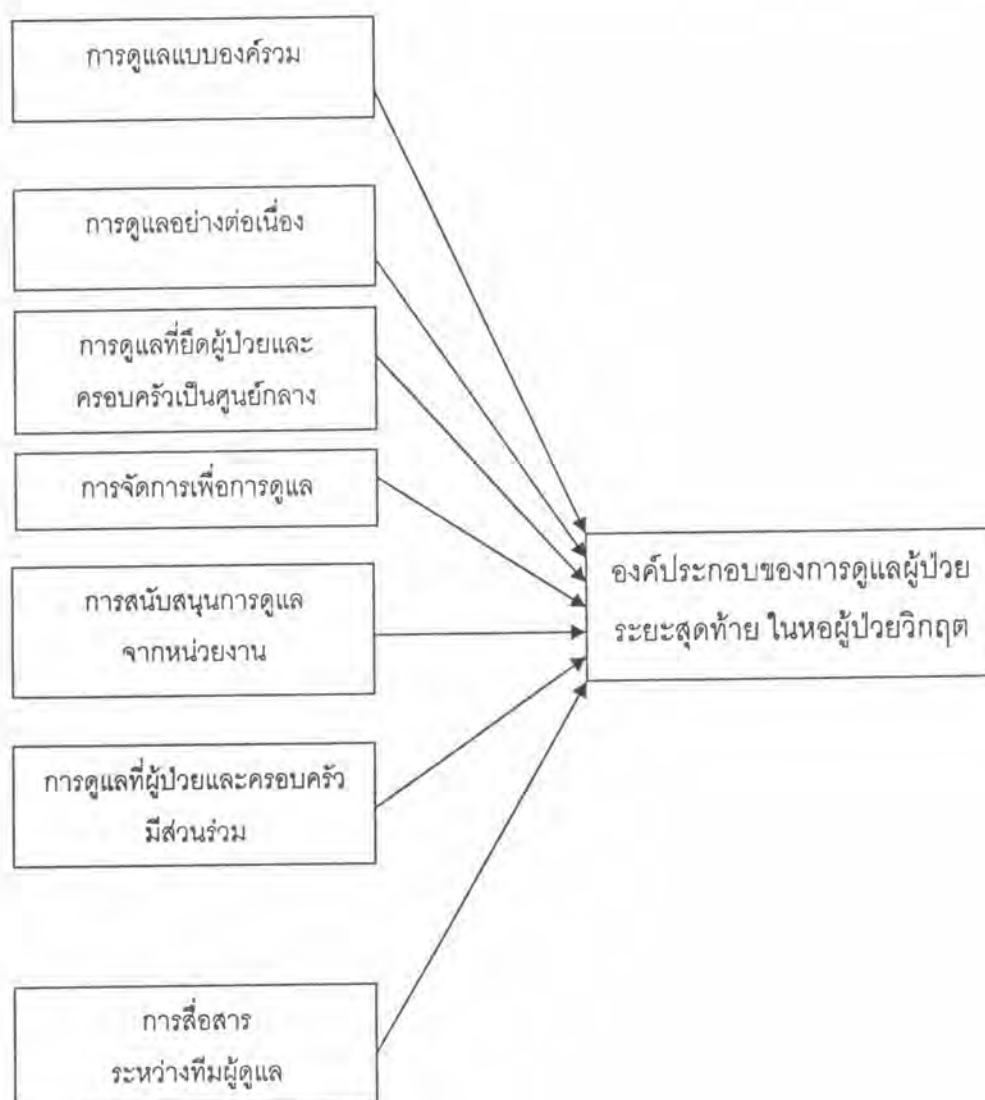
กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามที่ได้นำเสนอ ผู้วิจัยได้นำมาประมวลสรุปและวิเคราะห์สำหรับใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่องการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ ประมวลสรุปได้ 7 องค์ประกอบ และใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ซึ่งผลการวิจัยหลังจากการวิเคราะห์องค์ประกอบแล้ว ตัวแปรแต่ละตัวอาจจะเข้าไปอยู่ในองค์ประกอบใดก็ได้ตามน้ำหนักของตัวแปร (Factor Loading) ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดเบื้องต้นขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ผลการวิจัยหลังจากการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต
 ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต