

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ได้ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยใกล้ตาย
2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยใกล้ตาย

ความหมายของภาวะใกล้ตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

ภาวะใกล้ตาย คือ ช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงระหว่างที่บุคคลมีความรู้สึก และสำนึกว่าความตายได้ใกล้เข้ามา หรือคุกคามต่อชีวิตของเขา ในบางครั้งระยะสุดท้ายจะชัดเจน ขึ้น เมื่อแพทย์บอกผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (Long, 1979) ส่วน Smith และ Bohnet (1983) ได้กล่าวถึงภาวะใกล้ตาย ซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยใน อาทิตย์สุดท้ายหรือเดือนสุดท้ายของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และในช่วงนี้ผู้ป่วยมี อาการที่มีแนวโน้มทรุดลงเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในระยะนี้การดูแลเพื่อการรักษาจะเปลี่ยนเป็น การดูแลเพื่อการประคับประคอง (Palliative care) จึงจะเหมาะสมที่สุด Keck และ Walther (1977) ได้กล่าวถึงบุคคลที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ว่าเป็นผู้ที่ได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค หรือมีอาการของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

โดยสรุป ผู้ป่วยใกล้ตาย จึงหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคและมีอาการแสดงต่าง ๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่า จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ในลักษณะของการประคับประคอง (Palliative treatment)

ลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตาย

Smith และ Bohnet (1983) กล่าวถึงลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ป่วยใกล้ตาย และสมควรรับไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Hospice) คือ

1. มีการทำนายชีวิตของผู้ป่วยว่า จะมีชีวิตอยู่ได้มากกว่า 5 วัน หรือน้อยกว่า 6 เดือน (การคาดหวังชีวิตของผู้ป่วยต้องเป็นระยะเวลาเป็นเดือน ไม่ใช่เป็นปี)
2. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเห็นด้วยกับการเข้ารับการดูแลที่หน่วยดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Hospice) และไม่เห็นด้วยกับการรักษาทางการแพทย์
3. ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาหายได้ และเป็นระยะสุดท้ายของโรค
4. ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัย และการพยากรณ์ของโรค
5. ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการให้การพยาบาลมากกว่าการรักษาด้วยยา

Hanratty (2533) มีความคิดเห็นคล้ายคลึงกับ Smith และ Bohnet โดยได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ ว่ามีลักษณะดังนี้คือ

1. เป็นผู้ป่วยหนักด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม หรือโรคอื่น ๆ ที่ไม่มีทางหาย เช่น โรคเอดส์ (Aids)
2. ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับการรักษาทางการแพทย์ได้อีกต่อไป
3. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ประมาณว่าอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (เช่น ระยะ 3 เดือนสุดท้าย)

ดังนั้นผู้ป่วยใกล้ตาย จึงเป็นผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์ของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาทางการแพทย์ได้อีกต่อไป แต่จะได้รับประโยชน์จากการให้การพยาบาลมากกว่า

ประเภทของผู้ป่วยใกล้ตาย

สันต์ หัตถิรัตน์ (2521) กล่าวถึง ผู้ป่วย 3 ประเภท ที่จัดว่าเป็นผู้ป่วยใกล้ตาย ได้แก่ ผู้ป่วยเหล่านี้คือ

1. ผู้ป่วยที่เจ็บหนัก (Serious ill patient) คือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะที่อวัยวะจำเป็นแก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียน และระบบหายใจ ซึ่งหมดหวังที่จะมีชีวิตรอด
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal ill patient) คือผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือด หรือไตวายเรื้อรัง เป็นต้น
3. ผู้ป่วยที่หมดหวัง (Hopeless patient) คือผู้ป่วยที่แพทย์ ผู้ทำการรักษาให้ความเห็นว่า เป็นโรคที่แพทย์สมัยปัจจุบันไม่สามารถจะรักษาให้หายได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่หมดหวังในที่นี้จึงหมายถึงผู้ป่วยที่หมดหวังในความคิดเห็นของแพทย์เท่านั้น ตัวผู้ป่วยและญาติอาจไม่รู้สึหมดหวังก็ได้

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยใกล้ตาย

แนวคิดทฤษฎีที่กล่าวถึงผู้ป่วยใกล้ตายนี้มีหลายแนวคิด แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวคิดที่นำมาศึกษาเป็นบางแนวคิดเท่านั้น เนื่องจากมีเนื้อหาครอบคลุมและเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับปฏิกริยาและพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตาย แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยใกล้ตาย และแนวคิดเกี่ยวกับการสูญเสียและความเศร้าโศกของผู้ป่วยใกล้ตาย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ คือ

แนวคิดเกี่ยวกับปฏิกิริยาและพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตาย

1. แนวคิดของ Kübler-Ross

Kübler-Ross สนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ และมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยสังเกตได้เป็น 5 ระยะ คือ ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Denial and Isolation) ระยะโกรธ (Anger) ระยะต่อรอง (Bargaining) ระยะซึมเศร้า (Depression) และระยะยอมรับ (Acceptance)

1.1 ระยะปฏิเสธ และแยกตัว

การเผชิญต่อการรับรู้หรือทราบว่าตนเองจะต้องตายในเบื้องต้น คือ ซ้อคและไม่เชื่อ ซึ่งผู้ที่อยู่ใกล้ชีวิตจะสังเกตจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยทางคำพูด เช่น "มันเป็นไปไม่ได้ที่ฉันจะต้องตาย" หรือ "ไม่เชื่อ ไม่จริง โทหก" เป็นต้น การแสดงออกเช่นนี้ของผู้ป่วยเป็นกลไกในการป้องกันตัว หรือแก้ตัวต่อตนเอง (ไม่ใช่ต่อผู้อื่น) กลไกนี้จะเกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อทำให้ความกลัวตายของตนเองน้อยลง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยลักษณะนี้จะปฏิเสธความจริงที่ว่า เขากำลังจะตายไปได้นึกหนึ่ง กลไกในการเผชิญกับความตายในขั้นนี้ จะพบว่าความไม่เชื่อหรือการปฏิเสธต่อความตายของผู้ป่วยนี้ ทำให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับทราบข่าวจะชกกลับบ้านทันที แล้วก็พยายามไปหาหมออีกหลายคนเพื่อต้องการนิสัจน์ว่า ตนเองกำลังป่วยเป็นโรคที่รักษาหายได้ ไม่ใช่เป็นโรคที่หมดหวัง Kübler-Ross เรียกกลไกในการปรับตัวของผู้ป่วยว่า "Shopping around" ซึ่งรับว่าเป็นพฤติกรรมปกติของผู้ป่วยประเภทนี้ ถ้าการปฏิเสธกับความตายของตนไม่เป็นผล ผู้ป่วยจะพยายามจัดการกับความตาย โดยแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ไม่ทำตามหรือขัดขืนคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลในการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยเมื่อมีการบอกให้ทราบว่าตนจะต้องตายแน่ มักจะแสดงพฤติกรรมเงี้ยบขริ้มและพยายามแยกตัวเองจากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากไม่อยากเผชิญหน้ากับผู้ที่รู้ภาวะสภาวะของตนซึ่งเป็นการปฏิเสธแบบปกป้องตนเองไม่ให้ได้ยิน หรือได้รับการยืนยันว่าตนต้องตายแน่ ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะเข้าสู่ระยะที่ 2 คือ เกิดความโกรธ

1.2 ระยะโกรธ

ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ฉุนเฉียว ต่อต้าน แสดงพฤติกรรมต่อร้าย ผู้ป่วยอาจจะกล่าวว่า "ทำไมต้องเป็นฉันคนเดียว ทำไมคนอื่นไม่เป็น" ทำให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและญาติผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากใจ ผู้ป่วยมักจะแสดงการโกรธ และความไม่พอใจต่อทุก ๆ คน และสิ่งแวดล้อมที่

มีความสัมพันธ์กับตนเองอย่างไม่เลือกหน้า พยาบาลผู้ซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าผู้อื่น จะเป็นเป้าให้ผู้ป่วยโกรธมากที่สุด ไม่ว่าพยาบาลจะแนะนำหรือสอน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่ายานาบาลพูดไม่ถูกเหมือนพยาบาลสนใจและเข้ามาดูแลหรือให้การพยาบาลสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยจะโกรธและเห็นว่าพยาบาลมารบกวนหรือก่อความไม่สงบให้แก่เขา แต่ถ้าพยาบาลสนใจน้อยไปผู้ป่วยก็จะโกรธอีกเช่นกัน ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยหลายรายที่ไม่สามารถปรับใจได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วย เมื่อมาเยี่ยมมักจะแสดงความเศร้าใจให้ผู้ป่วยเห็น ปฏิกริยาเหล่านี้ยังจะทำให้ผู้ป่วยโกรธญาติด้วย ทำให้ญาติเหล่านั้นไม่กล้าที่จะมาเยี่ยมอีก ลักษณะความโกรธของผู้ป่วยบางกรณี จะมีการแสดงออกในรูปของการเรียกร้องความสนใจจากแพทย์ พยาบาล และญาติพี่น้อง ต่อไปผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะต่อรอง

1.3 ระยะต่อรอง

ในระยะนี้ มีระยะเวลาสั้น ถ้าไม่สังเกตอย่างถี่ถ้วนจริงมักจะมองไม่เห็น กลไกชั้นนี้ค่อนข้างชัดเจน ลักษณะการต่อรองของผู้ป่วยจะออกมาในรูปของคำพูดต่อไปนี้ "ฉันยังไม่อยากตาย" หรือ "ฉันยังตายตอนนี้ไม่ได้เพราะลูกยังไม่โต" การต่อรองจึงเป็นความพยายามของผู้ป่วยที่ต้องการเลื่อนกำหนดการตายให้ยาวนานออกไป อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในระยะนี้ไม่กล้าว่าต่อรองซ้ำอีก การต่อรองของผู้ป่วยมักจะเป็นการต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การอธิษฐานหรือการวิงวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ตนเชื่อ ในบางกรณีผู้ป่วยได้รับการส่งเสริม สนับสนุน จากญาติ หรือครอบครัวช่วยจัดพิธี "ต่ออายุ" ทางไสยศาสตร์ขึ้น ทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติเกิดความหวังขึ้นมาได้บ้าง

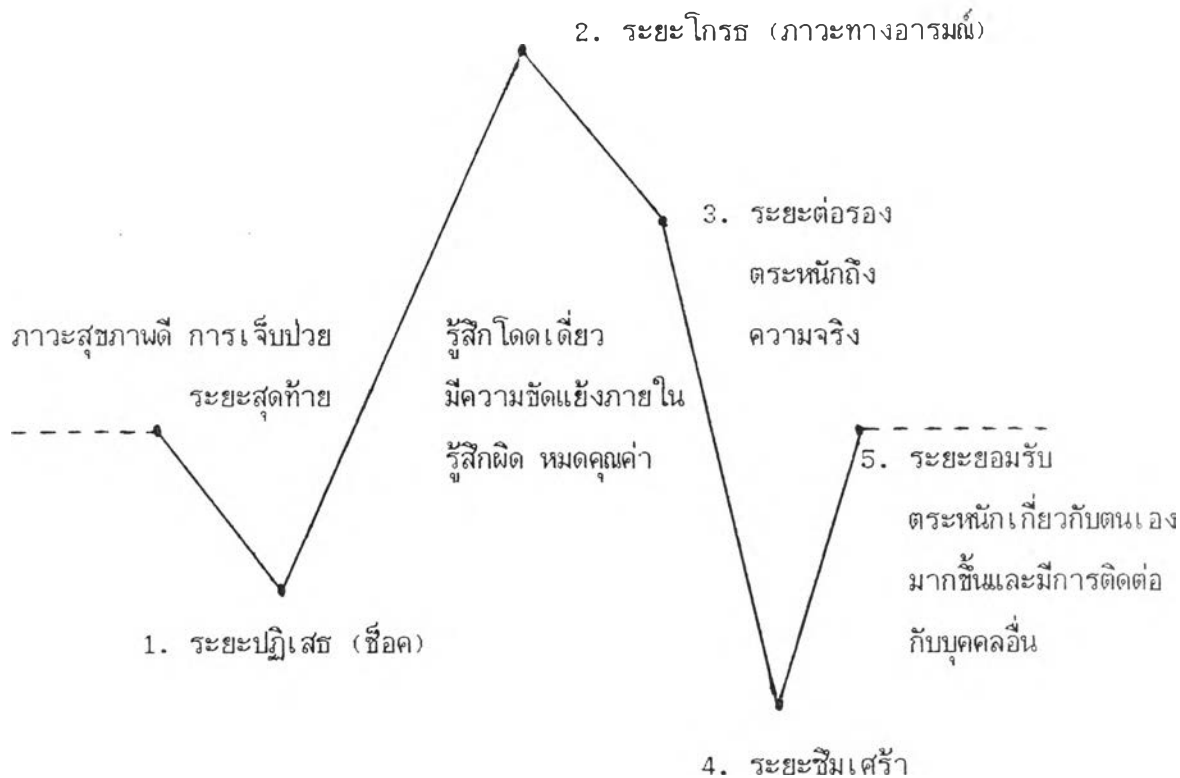
1.4 ระยะซึมเศร้า

หลังจากได้รับการรักษาแต่อาการของโรคทวีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น ผอมลงเรื่อย ๆ หรืออาจจะมีอาการเจ็บปวดรบกวนด้วย จำทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธ เลิกโกรธ เลิกต่อรอง แต่จะมีความรู้สึกเหมือนชีวิตของตนได้สูญเสียบรรยากาศทุกอย่างแล้ว ก็จะเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยว และซึมเศร้าขึ้นมาแทน และอาจจะรู้สึกผิดและละอาย ถ้าผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน หรือต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน อาจมีความลำบากด้านการเงินที่จะนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาล โดยอาจจะต้องขายทรัพย์สิน ของมีค่าจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายานาบาลมีความผิดในการที่เป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียทุกอย่างไป จะทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามากขึ้น Kübler-Ross กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้แสดงออกเกี่ยวกับความโศกเศร้าของเขา และมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ผู้ป่วยจะสามารถยอมรับความตายที่ใกล้เข้ามา และมีการผ่อนคลายความรู้สึกสงบและเป็นสุขเกี่ยวกับความตายของเขา

1.5 ระยะเวลายอมรับ

เมื่อการเจ็บป่วยได้ผ่านมาในระยะเวลาอันควร ผู้ป่วยจะเข้าใจชะตาชีวิตของตนได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับสภาพของตนเองได้ แต่เราจะต้องเข้าใจว่า การยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะปรับตัวเข้าสู่สภาวะการมีความสุขสดชื่น แต่ผู้ป่วยในระยะนี้มักจะมีความรู้สึกว่างเปล่า เปรียบสภาพได้กับ ผู้ป่วยที่หายหรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วย คือจะคลายความเครียดและความอัดอั้นใจไปได้บ้าง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ "การดิ้นรนเพื่อการต่อต้าน" ต่อความตายที่จะมาถึงได้สิ้นสุดลงแล้ว ชั้นนี้จะเป็นชั้นที่ผู้ป่วยรู้สึกอยากพักผ่อนหลังจากได้เดินทางในโลกนี้มาไกลพอสมควรแล้ว

แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับการตาย และมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังจนกระทั่งเสียชีวิต ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตามที่เขาเลือกในการเผชิญกับความตาย ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายจะต้องตายนี้ ไม่ใช่ทุกคนจะผ่านขั้นตอนดังกล่าวทุกราย ในรายที่ปรับตัวไม่ได้หรือปรับตัวได้ยากมาก ทำให้จิตใจอ่อนแออย่างรวดเร็วขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกายทำให้อาการทรุดหนักลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยก็อาจถึงแก่กรรมเร็วขึ้น จากแนวคิดของ Kübler-Ross นั้น ลักษณะภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตายจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มของการตอบสนองทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน ดังแสดงให้เห็นดังแผนภาพต่อไปนี้



รูปแบบภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตาย
(ที่มา Long, 1979)

จากภาพแสดงให้เห็นว่า แต่ละระยะเป็นอารมณ์ที่แตกต่างกัน แต่คาบเกี่ยวกัน ระยะเวลาในแต่ละระยะก็แตกต่างกันออกไปตามระดับการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละบุคคล รวมทั้งอิทธิพลจากแพทย์ พยาบาล ญาติ และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจะมีส่วนเอื้ออำนวย หรือเป็นอุปสรรคต่อการยอมรับ และการปรับตัวของผู้ป่วย รูปแบบของการแสดงทางอารมณ์ของผู้ป่วยจะมีหลายแบบแตกต่างกันซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูเหมือนว่าจะปฏิเสธเกี่ยวกับความตาย ตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต การมีชีวิตอยู่โดยปราศจากความหวังเกี่ยวกับอนาคตเป็นสิ่งที่ยากต่อการยอมรับ (Hinton, 1967) ผู้ป่วยบางรายอาจมองความตายว่าเป็นการสิ้นสุดของความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน

สรุป จากแนวความคิดของ Kübler-Ross เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นโรคร้ายแรงที่หมดหวังทางการแพทย์ และจะต้องตาย จะเกิดปฏิกิริยาและอารมณ์ต่าง ๆ กัน คือ ในระยะแรกผู้ป่วยจะปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าตนจะต้องตาย มักจะเกิดอาการตกใจอย่างรุนแรงและอาจช็อคได้

ต่อมาเมื่อไม่สามารถปฏิเสธได้ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเจ็บช้ำและแยกตัว หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมฉุนเฉียว โกรธ ใครทำอะไรก็ไม่ถูกใจ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธความจริงต่อไปได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกต่อรอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับศาสนาและความเชื่อของผู้ป่วย เพื่อที่จะทำให้ตนเองมีชีวิตยืนยาวออกไปอีก ต่อมาผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้าเสียใจอย่างรุนแรง เมื่อเวลาผ่านไปอีกระยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะเกิดการยอมรับความสูญเสียของตนเอง เป็นการยอมรับโดยเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตหยุดการต่อสู้ดิ้นรน เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้าย ซึ่งในแต่ละระยะเหล่านี้อาจไม่เป็นไปตามลำดับ ในบางครั้งระยะจะเหลื่อมล้ำกันหรือกลับไปกลับมาได้แล้วแต่บุคคล ผู้ป่วยจะยอมรับความตายได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับ การเตรียมตัวและการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะต่าง ๆ อันเป็นวิกฤติการณ์ของชีวิตจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบสุข พยาบาลจึงควรทำความเข้าใจถึงปฏิกิริยาและอารมณ์ของผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านระยะต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี

2. แนวคิดของ Rawlings

Rawlings แบ่งระยะของการตายออกเป็น 5 ระยะ โดยในแต่ละระยะผู้ป่วยใกล้ตายจะมีปฏิกิริยาแตกต่างกัน Kubler-Ross ยอมรับแนวความคิดของ Rawlings ว่าเป็นไปได้ แต่ไม่จำเป็นว่าผู้ป่วยใกล้ตายทุกคนต้องเป็นไปตามขั้นตอนเหล่านี้ คือ ระยะปฏิเสธ (Rejection) ระยะตอบโต้ (Reaction) ระยะยอมรับ (Recognition) ระยะถดถอย (Regression) และระยะหยุดนึก (Resignation) ดังนี้คือ

2.1 ระยะปฏิเสธ (Rejection) ในระยะแรกของการตายผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบทุกคนจะปฏิเสธ เมื่อรับทราบจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ต้องเสียชีวิต โดยอาจจะกล่าวว่า "คุณบอกผู้ป่วยผิดคน" หรือ "ไม่ใช่ฉัน"

2.2 ระยะตอบโต้ (Reaction) ในระยะที่สองผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดจาก "ไม่ใช่ฉัน" เป็น "ทำไมต้องเป็นฉัน" ผู้ป่วยโกรธต่อทุก ๆ คน และมักจะคิดว่า ทำไมสิ่งเหล่านี้ต้องมาเกิดขึ้นกับเขา

2.3 ระยะยอมรับ (Recognition) ในระยะนี้จะมีการยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีจริงทั้ง ๆ ที่ก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยไม่เชื่อเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ โดยผู้ป่วยจะต่อรองให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์

ช่วยเหลือ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธความเจ็บป่วยจากโรคได้อีกต่อไป เริ่มยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง

2.4 ระยะถดถอย (Regression) ในระยะนี้จะนำความรู้สึกสำนึกผิด หมุดหวัง มาสู่ผู้ป่วย ในที่สุดผู้ป่วยเริ่มตระหนักแล้วว่าไม่มีทางที่จะหลีกเลี่ยงความตายได้ ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลของการตอบสนองต่อการสูญเสียคุณค่าในตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมแพ้และสูญเสียความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยบางรายอาจคิดฆ่าตัวตายในระยะนี้

2.5 ระยะหยุดพัก (Resignation) ผู้ป่วยใกล้ตายจะยอมรับการพยากรณ์โรค และหยุดดิ้นรนเกี่ยวกับชีวิตของเขา ในบางครั้งอาจไร้อารมณ์ (Apathy) หรือถอยหนี (Withdrawal) ถ้าผู้ป่วยยังมีภาวะซึมเศร้า และสูญเสียความหวัง

จากแนวคิดของ Rawlings ซึ่งคล้ายคลึงกับแนวคิดของ Kubler-Ross มาก คือใน ระยะแรกที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคที่ต้องเสียชีวิต จะไม่เชื่อ และปฏิเสธความจริงต่อมาจะมี ปฏิกริยาตอบโต้ โดยโกรธต่อทุก ๆ คน เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธต่อไป ได้ ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เกิดความรู้สึกหมดหวัง ซึมเศร้า หยุดต่อสู้ดิ้นรน ยอมรับการพยากรณ์โรค Rawlings ให้ข้อสังเกตว่า ผู้ป่วยใกล้ตายไม่จำเป็นต้องผ่านระยะ ต่าง ๆ เช่นนี้ทุกคน และปฏิกริยาของผู้ป่วยอาจไม่เรียงตามระยะเหล่านี้ก็ได้ ถ้าพยาบาลที่ให้การ ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เข้าใจปฏิกริยาของผู้ป่วยในแต่ละระยะ จะทำให้สามารถช่วยเหลือประคับประคอง ภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยให้ผ่านระยะต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี และใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายอย่างมีคุณค่า จนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบ

3. แนวคิดของ Weisman

Weisman (quoted in Kaplan and Saddock, 1985) ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย ใกล้ตาย และแบ่งระยะของผู้ป่วยใกล้ตายออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะของการมีชีวิตด้วยความทุกข์ (Existential pligth) ระยะสงบและระยะพัก (Mitigation and accommodation) ระยะเสื่อมและระยะถดถอยในวัยปลายของชีวิต (Decline and deterioration) และระยะ ก่อนสุดท้ายและระยะสุดท้าย (Preterminality and terminality) ดังนี้คือ

3.1 ระยะของการมีชีวิตด้วยความทุกข์ เริ่มเมื่อผู้ป่วยทราบการวินิจฉัย สิ้นสุดลง เมื่อได้รับการรักษาครบถ้วน อาจใช้เวลาเพียงสั้น ๆ ก่อนเข้าสู่ระยะนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการ ซีดเมื่อทราบว่าตนเองกำลังจะตาย และจะต้องตายในที่สุด หรืออาจรู้สึกประหลาดใจ มักจะถามว่า "นี่หมายถึงอะไร" หรือ "จะต้องทำอะไรบ้าง"

3.2 ระยะสงบและระยะพัก เริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู จะไม่มีการรักษาใด ๆ บางรายกลับไปทำงานได้ แต่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและอาจมีอาการของโรคกำเริบ บางรายมี ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้านการทำงาน การเงิน สมาชิกครอบครัว เพื่อน สถานภาพในสังคม ศาสนาและภาวะยกย่องนับถือตนเอง

3.3 ระยะเสื่อมและระยะถดถอยในขั้นปลายของชีวิต มีอาการของโรคกำเริบชัดเจน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอีกครั้ง ผู้ป่วยบางรายประหลาดใจ แต่บางรายอาจยอมรับความเจ็บป่วย ครั้งนี้ได้ อาการเสื่อมด้านจิตใจมีมากกว่าด้านร่างกาย ผู้ป่วยเริ่มคิดถึงอนาคต คิดถึงความตาย ของตนเอง ระยะนี้ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการแก้ไขปัญหา แต่ยังมีหวังและไม่ปฏิเสธ ความจริง บางรายอาจเตรียมแผนการสำหรับความตายของตนเอง

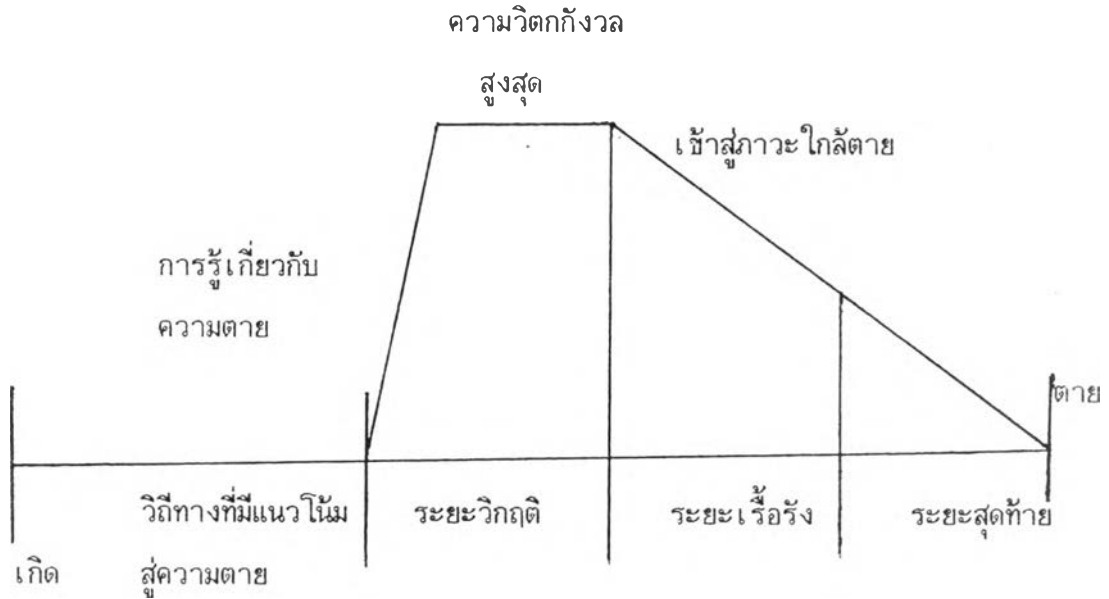
3.4 ระยะก่อนสุดท้ายและระยะสุดท้าย เกิดต่อจากระยะเสื่อมอาจจะเป็นแบบ เฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไปก็ได้ ซึ่งบ่งชี้ว่า โรคไม่สนองตอบต่อแผนการรักษา แผนการรักษาจะ ถูกเปลี่ยนไปแบบวันต่อวัน เพื่อประคับประคองอาการของโรค เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่ รอคอยความตาย ซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่า ความตายจริง ๆ จะเกิดขึ้นเมื่อใด อาจพบได้ 3-4 วัน ก่อนตาย ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจะเสียขวัญมาก

จากแนวคิดของ Weisman เมื่อผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยโรค อาจมีอาการซีดเมื่อทราบว่าตนเองกำลังจะตาย เมื่อรับการรักษาไปได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยอาจมีอาการดีขึ้นและกลับไปทำงาน ได้ ต่อมาเมื่ออาการของโรคเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอีกครั้งหนึ่ง ผู้ป่วยเริ่มคิดถึง ความตายของตนเอง เมื่อการรักษาผ่านไป อาการทรุดลงเรื่อย ๆ เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวจะเสียขวัญมาก ซึ่งในแต่ละระยะนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการประคับประคอง ช่วยเหลือให้มีการปรับตัว และใช้การกลไกการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผ่านระยะของการตาย ไปได้โดยไม่เกิดปัญหา ในฐานะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด คอยช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัวในช่วงระยะเวลาที่สำคัญนี้ จึงควรทำความเข้าใจ ระยะต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อนำมาเป็น แนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ Weisman พบว่า การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตายเป็นอารมณ์ที่คาบเกี่ยวกัน และเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ไม่สามารถแบ่งแยกแต่ละระยะได้อย่างแน่ชัด โดยแบ่งกระบวนการตาย (Dying process) ออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤติ (acute-crisis phase) ระยะเรื้อรัง (Chronic living-dying phase) และระยะสุดท้าย (Terminal phase) ดังนี้คือ

1. ระยะวิกฤติ ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าอาการของเขาอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีระดับความวิตกกังวลสูง มีอาการโกรธ ปฏิเสธและต่อรอง หรือความวิตกกังวลจะเด่นชัดขึ้นในระยะนี้
2. ระยะเรื้อรัง เป็นระยะที่ผู้ป่วยปรับความคิดในเรื่องของความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลเริ่มลดน้อยลง ระยะนี้ผู้ป่วยจะประสบกับความรู้สึกหลายอย่าง ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้ กลัวต่อความว้าเหว และมีความเศร้าโศกที่จะต้องสูญเสียเพื่อน หรือร่างกาย การควบคุมตนเอง และเอกลักษณ์ของตนเอง
3. ระยะสุดท้าย จะเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมถอยหนีจากบุคคล วัตถุ และเหตุการณ์เกี่ยวกับโลกภายนอก แม้ว่าผู้ป่วยอาจจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะหลากหลายทางอารมณ์ การตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่งอาจจะเด่นชัดขึ้นในระยะใดระยะหนึ่ง

จะพบว่าภาวะวิตกกังวลจะเห็นได้ชัดเจนที่สุดในระยะวิกฤติ ภาวะเศร้าโศก (Grief) จะเป็นลักษณะที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดในระยะเรื้อรัง และพฤติกรรมถอยหนีจะเห็นได้ชัดเจนในระยะสุดท้าย ความวิตกกังวลในแต่ละระยะสามารถแสดงให้เห็นดังแผนภาพต่อไปนี้คือ



ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยใกล้ตาย

ที่มา (Long, 1979)

จากภาพแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ซึ่งอยู่ในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลสูงสุด ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีการปรับความคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองได้ ระดับความวิตกกังวลจะค่อย ๆ ลดลง และเริ่มเข้าสู่ระยะเรื้อรัง ระดับความวิตกกังวลจะลดลงเรื่อย ๆ จนเข้าสู่ระยะสุดท้าย และจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต การทำความเข้าใจถึงภาวะวิตกกังวลในแต่ละระยะ จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตายได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในระยะวิกฤติ ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลสูงสุด เป็นปัญหาเร่งด่วนที่พยาบาลควรคำนึงถึง เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากปัญหาทางด้านอารมณ์ และสามารถใช้ชีวิตระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณค่า จนกระทั่งเสียชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยใกล้ตาย

แนวคิดของ Glasser และ Straus

Glasser และ Straus (quoted in Mahon, 1986) ศึกษาลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยใกล้ตาย และสรุประดับการรับรู้ของผู้ป่วยใกล้ตาย ว่าผู้ป่วยใกล้ตาย ครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาล มีระดับการรับรู้แตกต่างกัน 4 แบบคือ การรับรู้ชนิดปิด (Closed awareness) การรับรู้ชนิดสงสัย (Suspicious awareness) การรับรู้ชนิดเสแสร้ง (Mutual pretense) และการรับรู้ชนิดเปิด (Open awareness) ดังนี้

1. การรับรู้ชนิดปิด แพทย์และพยาบาลทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะตาย แต่ไม่ยอมบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ความจริง ในระยะแรกผู้ป่วยเชื่อว่าการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว เมื่ออาการของโรคกำเริบมากขึ้นและคงได้รับการรักษาต่อไปผู้ป่วยจะเริ่มสงสัย ความสำคัญของระยะนี้คือ ถ้าความจริงถูกเปิดเผยภายหลัง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าจะถูกทรยศ เกิดการสูญเสียความไว้วางใจที่มีต่อบุคคลอื่น

2. การรับรู้ชนิดสงสัย ผู้ป่วยเริ่มมีความสงสัยว่าอาการแท้จริงของตนเป็นอะไรแน่ และสงสัยว่าบุคคลอื่นอาจคิดว่าตนเองกำลังจะตาย การรักษายังคงได้รับต่อไป ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยลง ชวนให้สงสัยว่าตนเองอาจจะเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย แพทย์และพยาบาล ปฏิบัติกับผู้ป่วยราวกับว่าผู้ป่วยจะหายจากการเจ็บป่วย ความสำคัญของระยะนี้มีลักษณะเหมือนการต่อสู้ โดยผู้ป่วยเป็นฝ่ายรุกญาติ และเจ้าหน้าที่เป็นฝ่ายตั้งรับ

3. การรับรู้ชนิดเสแสร้ง ทุกคนที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ ทราบว่าความตายกำลังคุกคามอยู่ แต่เลือกที่จะทำเพิกเฉย เพราะต้องการรักษาศักดิ์ศรีของผู้ป่วยไว้ การสนทนาเป็นไปด้วยความระมัดระวัง จะพูดคุยถึงเรื่องต่าง ๆ ยกเว้นเรื่องความตาย ความสำคัญของระยะนี้คือ ผู้ป่วยถูกปิดโอกาส ไม่อาจแสดงออกถึงความต้องการ ความรู้สึก และความคิดเห็นเกี่ยวกับความตายให้ผู้อื่นรับรู้ได้

4. การรับรู้ชนิดเปิด ทุกคนที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ ทราบว่าความตายกำลังคุกคามอยู่ และแสดงการรับรู้ออกมา มีการพูดคุยเกี่ยวกับความตายอย่างเปิดเผย ไม่มีการปิดบังความจริงต่อกันอีก ผู้ป่วยจะรู้สึกไว้วางใจต่อบุคคลรอบข้าง ความสำคัญของระยะนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสได้ดำรงชีวิตตามแบบแผนที่ต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

การศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ชนิดต่าง ๆ จะช่วยให้พยาบาลจัดการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล มีการรับรู้ชนิดเปิด ซึ่งเป็นการรับรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยใกล้ตาย ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ใช้ชีวิตตามรูปแบบที่ต้องการใน ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับการสูญเสียและความเศร้าโศกของผู้ป่วยใกล้ตาย

การสูญเสีย (Loss)

การสูญเสียนั้นเป็นภาวะที่มนุษย์หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นภาวะที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคคลเกิดความเศร้าโศกได้มากกว่าสาเหตุอื่น ๆ สำหรับบุคคลทุกคน ความตายเป็นการสูญเสียที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ก่อให้เกิดการสูญเสียกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นประสบการณ์ที่ต้องเผชิญโดยลำพัง การสูญเสียจากความตายสามารถกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาการรับรู้ของตนเอง และของผู้อื่นให้สามารถยอมรับความเป็นจริงได้ (Kozier and Erb, 1988) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การวินิจฉัยโรครดังกล่าวเป็นการสูญเสียที่สำคัญมากที่สุด คือ "ชีวิต" ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียนั้นได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล เช่น ประสบการณ์และกลวิธีที่เคยใช้ในการปรับตัว พยาบาลจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสูญเสียและอารมณ์ที่เกิดจากการสูญเสียเพื่อสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

คำว่า การสูญเสีย ดูเหมือนจะเป็นคำที่ทุกคนเข้าใจความหมายเป็นอย่างดี ไม่จำเป็นต้องมีการอธิบาย ทุกคนก็ทราบที่หมายถึงอะไร อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความหมายของการสูญเสียนี้น่า หมายถึงการที่บุคคลขาดปัจจัยอย่างหนึ่งอย่างใดที่จะตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของตน ปัจจัยนี้อาจจะเป็นสิ่งที่อยู่ภายนอก หรือภายในร่างกายก็ได้ (Carter อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2524) หรือ หมายถึง สถานการณ์ที่บุคคลต้องแยกจาก หรือต้องขาดการติดต่อกับบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีอยู่ (Bower อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2524)

Kozier และ Erb (1988) กล่าวว่า การสูญเสียเป็นสถานการณ์ที่คุกคามหรือเกิดขึ้นต่อสิ่งของ บุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนไปหรือหมดคุณค่า

Barry (1989) อ้างคำกล่าวของ Carson ที่กล่าวถึง การสูญเสียนั้นคือการเปลี่ยนสถานภาพของบุคคลซึ่งลดการประสพความสำเร็จต่อจุดมุ่งหมายของบุคคล

โดยสรุป การสูญเสียคือ สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลเป็นไปในทางคุกคาม หรือเกิดขึ้นแล้วทำให้บุคคลขาดปัจจัยในการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของตน ซึ่งลดการประสบความสำเร็จต่อจุดมุ่งหมายของบุคคล โดยปัจจัยนี้อาจจะเป็นสิ่งที่อยู่ภายนอกหรือภายในร่างกายก็ได้

ชนิดของการสูญเสีย (Types of loss)

โดยทั่วไปการสูญเสียมักมี 2 ชนิด คือ

1. การสูญเสียที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual loss) เป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นและรับรู้ได้โดยบุคคลอื่น เช่น บิดา มารดาตาย ไฟไหม้บ้าน เป็นต้น
2. การสูญเสียที่มีการรับรู้ (Perceived loss) เป็นการสูญเสียที่มีการรับรู้ในบุคคลที่สูญเสีย ซึ่งบุคคลอื่นไม่สามารถรับรู้ได้ เช่น การสูญเสียความมั่นคง ความเป็นอิสระ หรือความปลอดภัย เป็นต้น โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นการสูญเสียด้านจิตใจ

แหล่งของการสูญเสีย (Sources of loss)

บุคคลจะเกิดการสูญเสียได้หลายประการ ดังต่อไปนี้คือ

1. การสูญเสียลักษณะของบุคคล การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Self-image) ของบุคคลเป็นการสูญเสียที่มองเห็น และสังเกตได้ เช่น ประสบอุบัติเหตุ มีแผลเป็น หรือต้องสูญเสียอวัยวะของร่างกาย มีการสูญเสียที่สังเกตไม่ได้จากบุคคลอื่น เช่น การสูญเสียอวัยวะที่อยู่ภายใน และการสูญเสียทางอารมณ์ ระดับของการสูญเสียในบุคคล ขึ้นอยู่กับการรับรู้การให้ความสำคัญกับสิ่งที่สูญเสียนั้นมากน้อยเพียงใด
2. การสูญเสียวัตถุภายนอก เช่น การสูญเสียเงิน ไฟไหม้บ้าน หรือสัตว์เลี้ยง
3. การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความปลอดภัย เช่น เด็กเริ่มเข้าโรงเรียนครั้งแรก ต้องแยกจากบ้านและครอบครัวจะรู้สึกสูญเสีย
4. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง จากความเจ็บป่วย การแยกจากกัน หรือความตาย ความตายของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นการสูญเสียอย่างสมบูรณ์และถาวร (Kozier and Erb, 1988)



ความเศร้าโศก (Grief)

ความเศร้าโศก มีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับการสูญเสีย ซึ่งในบางครั้งอาจใช้แทนกันได้ โดยเฉพาะการสูญเสียเนื่องจากความตาย จะก่อให้เกิดความเศร้าโศกเป็นอย่างมากกับครอบครัวและผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความเศร้าโศกเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น (Barry, 1989) เป็นความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูญเสีย (Bohnet, 1986) หรือหมายถึงกลุ่มอารมณ์ตอบสนองที่เกิดขึ้นภายหลังจากการรับรู้ว่าการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งที่มีค่า โดยแสดงออกในความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม (Martocchio, 1985) ดังนั้น ความเศร้าโศก จึงหมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งมีสาเหตุจากการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งที่มีค่า โดยแสดงออกในความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

ระยะของความเศร้าโศก

เมื่อมีความตายเกิดขึ้น จะก่อให้เกิดความเศร้าโศก เสียใจกับครอบครัว และผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากพยาบาล โดยผู้ที่เศร้าโศก จะมีการแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกายในลักษณะต่าง ๆ กัน Bohnet (1986) ได้แบ่งระยะของความเศร้าโศก ออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะช็อก (shock) ระยะเจ็บปวด (pain) และระยะกลับสู่สภาพเดิม (Resolution) ดังนี้

1. ช็อก เป็นระยะแรกของการสูญเสียจากความตาย โดยมีความรู้สึกช็อก มึนงง ซ้ำ ไม่เชื่อ ซึ่งเกิดขึ้น 2-3 ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน ช่วงระยะของความรู้สึกช็อกนี้เป็นชนิดหนึ่งของการป้องกันของผู้ที่เศร้าโศก เป็นช่วงเวลาที่บุคคลต้องการระยะเวลาเพื่อเผชิญกับความจริงว่าความตายได้เกิดขึ้นแล้ว เป็นช่วงเวลาของการปฏิเสธ อาการทางกายที่ปรากฏ คือ ร้องไห้ เจ็บหน้าอก ปากแห้ง

2. เจ็บปวด ระยะนี้บุคคลที่เศร้าโศก จะมีความสำคัญอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการสูญเสียและเริ่มรู้สึกถึงความเจ็บปวด ความรู้สึกสูญเสีย โกรธและเศร้าอาจจะแสดงออกมา ความรู้สึกผิดอาจเกิดขึ้นระยะนี้ บางคนอาจรู้สึกผิดที่ตนเองยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่บุคคลอันเป็นที่รักตายไป ระยะนี้อาจเกิดอาการเห็นภาพหลอน โดยเห็นภาพคนตาย อาจเกิดความรู้สึกสับสน วิตกกังวลและซึมเศร้า อาการทางกายที่ปรากฏ คือ อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า อาจมีอาการนอนไม่หลับ การรับประทานอาหารผิดปกติ การทำตนให้ไม่ว่างอาจช่วยให้หลีกเลี่ยงความรู้สึกเจ็บปวดได้

3. กลับสู่สภาวะเดิม เป็นช่วงเวลาหลังจากความตายของบุคคลที่รัก จนกระทั่งญาติและครอบครัวกลับเข้าสู่สภาวะปกติอีกครั้งหนึ่ง ปราศจากความรู้สึกหม่นหวัง ความซึมเศร้า กลับมาอีกครั้งหนึ่ง ลดความเจ็บปวด และเพิ่มศักยภาพในการเผชิญ มีความคิดเกี่ยวกับชีวิตใหม่ ยอมรับความเป็นจริงของการสูญเสีย ปลดปล่อยตนเองจากความเศร้าโศก

ภาวะทางร่างกายและจิตใจค่อย ๆ กลับคืนสู่สภาวะก่อนพบกับความเศร้าโศก เข้าสู่ภาวะสุขภาพดี หยุดการร้องไห้ มีความคิดเกี่ยวกับปัจจุบันและอนาคต ในขณะที่ช่วงเวลาผ่านไปผลงานของร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น ผู้เศร้าโศกสามารถที่จะมีความสุขกับชีวิตได้อีกครั้งและเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีการพัฒนาสัมพันธภาพใหม่

ปัจจัยที่มีผลต่อความเศร้าโศก

ปัจจัยต่าง ๆ ที่พยาบาลควรคำนึงถึงในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ที่เศร้าโศก ให้ผ่านกระบวนการเศร้าโศกไปได้ด้วยดี มีดังนี้ คือ

1. การพึ่งพาบุคคลที่ตาย ยังต้องพึ่งพาบุคคลที่ตายมากเท่าไร ทั้งในด้านอารมณ์ การเงิน หรือความช่วยเหลืออื่น ๆ ก็จะมีความต้องการลำบากในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น
2. อายุและสัมพันธภาพกับบุคคลที่ตาย ในกระบวนการของชีวิตมีการรับรู้ว่าคุณจะตายก่อนเด็ก ถ้าไม่เป็นไปตามนี้ ความทุกข์โศกจะมากขึ้นและยากแก่การแก้ไข ความตายของเด็กในภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย หรือจากอุบัติเหตุ ยากต่อการยอมรับได้มากกว่าการตายของคนแก่หรือของปู่ย่าตายาย และสัมพันธภาพกับบุคคลที่ตายถ้ามีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกันมาก ก็ยิ่งรู้สึกสูญเสียมาก
3. จำนวนและชนิดของสัมพันธภาพ บ่อยครั้งที่พบว่าสัมพันธภาพที่ไม่แน่ใจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกในด้านดีและไม่ดีกับบุคคลที่ตาย ทำให้การสูญเสียยากต่อการแก้ไข เช่น รู้สึกเศร้าเกี่ยวกับความตาย ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกโล่งอกต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ซึ่งอาจจะนำไปสู่ความรู้สึกผิดต่อผู้มีชีวิตอยู่ ความรู้สึกนี้ทำให้เขารู้สึกว่าเป็นคนไม่ดี
4. จำนวนและชนิดของการสูญเสียครั้งต่อไป ในกรณีที่บุคคลต้องประสบกับการสูญเสียหลายครั้งติด ๆ กัน ย่อมยากต่อการยอมรับการสูญเสียนั้นได้ เช่น ภรรยาที่เพิ่งสูญเสียสามี ต้องมาพบกับ การสูญเสียบ้าน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางการเงิน
5. ภาวะสุขภาพของผู้สูญเสีย สุขภาพและการทำงานทางด้านร่างกายของผู้ทุกข์โศกมีผลต่อการประสบความสำเร็จในกระบวนการทุกข์โศก ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ

6. กลไกการแก้ปัญหาที่เคยใช้มาก่อน ผู้ที่ทุกข์โศกเศวเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตมาอย่างไร จะมีผลต่อการจัดการกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น

การที่พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสูญเสีย และความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และใช้กลไกในการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ให้สามารถผ่านระยะต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี ไม่เกิดปัญหาตามมาในภายหลัง และครอบครัวสามารถกลับไปดำรงชีวิตต่อไปได้เมื่อผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ความสามารถ หมายถึง สิ่งที่มีอยู่ หรืออำนาจในการใช้ความรู้ สติปัญญาความเฉลียวฉลาด ทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่กระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Hornby, 1974) หรือ คือ สิ่ง que แสดงว่าคุณแต่ละคนทำอะไรได้บ้าง ถ้าบุคคลนั้นพยายาม การที่บุคคลได้พยายามทำงานใดได้สำเร็จจะทำให้เกิดผลการปฏิบัติงาน (Lachman, 1983) นอกจากนี้ ความสามารถยังหมายถึง สภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะแก่การจดทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530) ดังนั้น สรุป ความสามารถ หมายถึง สิ่งที่มีอยู่ หรืออำนาจที่มีอยู่ในบุคคล เพื่อจะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดผลสำเร็จในการปฏิบัติงาน

ในการดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริม ดำรงไว้ ดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับคืนสู่สภาวะที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ตลอดจนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ยอมรับระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยใจสงบ จุดมุ่งหมายดังกล่าวจะสำเร็จลงได้ก็ต้องอาศัยเครื่องมือหรือวิธีการในการปฏิบัติ วิธีการในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลต้องดำเนินการเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง จึงนำกระบวนการพยาบาล (Nursing process) มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ โดยทุกขั้นตอนของกระบวนการนี้จะเชื่อมโยงกันอย่างมีเหตุผล และมีหลักฐานพิสูจน์ได้ เน็ญศรี ระเบียบ (2528) ได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการพยาบาลดังนี้

1. เป็นเครื่องมือหรือวิธีการที่เป็นแกนกลางสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกคนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอนามัย และ/หรือตอบสนองความต้องการของบุคคล ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งเป็นวิธีที่พยาบาลสามารถกระทำได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ
2. ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นระบบ มีขั้นตอน มีความต่อเนื่องกันในการที่จะรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาลโดยอาศัยความเคยชินหรือการเดา รวมทั้งหลีกเลี่ยงการตัดสินใจทางการพยาบาลกิจวัตรหรือนิสัยที่เคยชินได้ นอกจากนี้ยังช่วยประหยัดเวลาและเศรษฐกิจอีกด้วย
3. ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้และทักษะพื้นฐานต่าง ๆ คือ ทักษะทางปัญญาเป็นเครื่องช่วยในการนำความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อนำไปสู่การติดต่อสื่อสาร ความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ทักษะในการสังเกตเพื่อนำไปสู่การรวบรวมข้อมูลที่ต้องครบถ้วน เกี่ยวกับผู้รับบริการ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประหยัดเวลาและทรัพยากรการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความรู้และทักษะพื้นฐานดังกล่าว ทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลทั้งคนได้ ช่วยให้พยาบาลได้แสดงออกถึงความสามารถ ความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจและความรับผิดชอบในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพต่อผู้รับบริการได้
4. กระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลมุ่งเป้าหมายที่ผู้รับบริการช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจนชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดการพยาบาลสำหรับตนเองอีกด้วย
5. การใช้กระบวนการพยาบาล จะต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลเอาไว้ เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่าง สมาชิกในทีมการพยาบาล รวมทั้งทีมสุขภาพทั้งเป็นหลักฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ระบบการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการมีประสิทธิภาพตามไปด้วย และช่วยให้สามารถตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการจากระบบบันทึกดังกล่าวด้วย
6. การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลนั้น จะทำให้พยาบาลสามารถสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภทได้
7. ในกระบวนการพยาบาล ขั้นตอนของการวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการ เป็นผลที่เกิดจากการใช้ความคิดเชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ความคิดดังกล่าวแล้วช่วยให้เกิดความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นศาสตร์ของการพยาบาลได้อีกด้วย

พวงรัตน์ บุญานุรักษ์ (2522) กล่าวถึงการดำเนินการให้การพยาบาลอย่างมีระบบระเบียบ ทางวิทยาศาสตร์ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ได้แก่

1. รวบรวมศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้องตามแนววิทยาศาสตร์ทางการพยาบาล และสามารถชี้แหล่งข้อมูลได้โดยสมบูรณ์ทั้งด้านการพยาบาล การรักษา การตรวจวินิจฉัย รวมทั้งการใช้ข้อมูลจากหนังสือวารสาร เป็นต้น
2. ค้นหาปัญหาทางการพยาบาล คือความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้อง ตรงตามสภาพของผู้ป่วยรายบุคคล คือ วินิจฉัยปัญหาได้
3. กำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ โดยมีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์การพยาบาล สนับสนุนอย่างถูกต้อง
4. ให้การพยาบาลตรงตามแผนการพยาบาล ที่กำหนดไว้อย่างเหมาะสมกับบุคคล และสถานการณ์ สามารถดัดแปลง เปลี่ยนแปลงได้ โดยรักษาหลักการพยาบาลไว้เป็นอย่างดี
5. ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลได้ด้วยตนเอง โดยการใช้เครื่องมือการประเมินอย่างถูกต้องตามทฤษฎีของการประเมินผล และสอดคล้องกับวิทยาศาสตร์การพยาบาล

โดยสรุป กระบวนการพยาบาลเป็นลำดับขั้นตอนอย่างเป็นระบบในการกำหนดปัญหาของผู้ป่วย วางแผนแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติการและประเมินผลการปฏิบัติว่าสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด Leonard และ Redland (1981) แบ่งขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลไว้ 4 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหา (Assessing) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementing) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluating) ดังนี้

1. การประเมินปัญหา เป็นการประเมินข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละบุคคลว่าจะไรคือ ปัญหาของเขา พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาประเมินได้ถูกต้อง จึงจะกำหนดปัญหาทางการพยาบาลที่จะแก้ไขได้ถูกต้อง
2. การวางแผนการพยาบาล เป็นขั้นหลังจากประเมินได้ปัญหาของผู้ป่วยแล้วนำข้อมูลมาวางแผนในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายทางการพยาบาลที่กำหนด
3. การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการนำแผนการพยาบาลที่วางไว้ลงสู่การปฏิบัติ

4. การประเมินผลการพยาบาล หลังจากการปฏิบัติ การติดตามผลที่เกิดขึ้น จะทำให้ทราบว่า แผนที่วางไว้ได้ผลในทางปฏิบัติหรือไม่อย่างไร ถ้าแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ ปัญหาที่เหลือหมดไป ถ้ายังแก้ไม่ได้ก็ต้องใช้แผนการอื่น

ดังนั้น ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจึงหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ โดยครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล 4 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย มีผู้กล่าวว่าพยาบาลเป็นบุคคลในโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญมากที่สุดในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตาย (Eisandrath and Dnkel, 1979; Hsupt, 1979; Schuab, 1968; Shusterman and Others, 1943; quoted in Barry, 1989) ซึ่งในความเป็นจริงอาจกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นบุคคลเดียวเท่านั้นในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยใกล้ตาย ในโรงพยาบาลที่ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา (Barry, 1989) มีนักการศึกษาหลายท่านกล่าวถึง พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายไว้ดังนี้ คือ

Handerson (1978) กล่าวว่า "ภารกิจหลักของพยาบาลคือ การช่วยเหลือแต่ละคนทั้งผู้ป่วยและคนปกติ โดยปฏิบัติกิจกรรมใดก็ตามที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีหรือหายจากโรคเร็วขึ้น หรือตายอย่างสงบ" พยาบาลเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย สามารถผ่านระยะต่าง ๆ อันเป็นวิกฤติการณ์ของชีวิต จนกระทั่งให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

ลออ หุตางกูร (2528) กล่าวว่า ความรับผิดชอบของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตจะเกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ

1. ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายทางกายให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างกล้าหาญ
3. ช่วยให้ผู้จิตสงบ อบอุ่นและเป็นสุขได้ในวาระสุดท้ายของชีวิต
4. ลดความทุกข์ทรมานในการสูญเสียผู้ป่วย

ฟาริดา อิบราฮิม (2532) กล่าวว่า พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างเหมาะสมเพื่อเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นคนของผู้ป่วย ระลึกถึงสิทธิของผู้ป่วย เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เพื่อให้เขาได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี และคงคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ไว้ นั่นคือ

1. ให้เขาได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับความเคารพ และยังคงคุณสมบัติของมนุษย์อย่างครบถ้วน
2. ให้เขาได้ตายโดยได้รับความเจ็บปวดน้อยที่สุด
3. ให้เขาได้รับความรักและผลประโยชน์ เหมือนกับที่เขายังสามารถภาพเขียน คณิตศาสตร์ ครอบครัวยุติธรรม และเพื่อนฝูง ความสำเร็จของเขาอย่างสม่ำเสมอให้เกิดความมั่นใจ
4. ให้เขาและครอบครัวได้วางแผนร่วมกันเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะเกิดตามมาภายหลังที่ผู้ป่วยจากไปแล้วอย่างไม่มีวันกลับ
5. ให้เขาได้ตายในสถานที่ที่คุ้นเคย หรือบรรยากาศที่คล้ายคลึงกัน
6. ครอบครัวมีโอกาสได้แสดงความรู้สึกรัก อาหาร ห่วงใยต่อเขาตามธรรมชาติของผู้ที่เกิดความรู้สึกต้องสูญเสียผู้เป็นที่รัก
7. ผู้ป่วยควรมีโอกาสได้สร้างสัมพันธภาพคือ ได้แสดงความปรารถนาและความรู้สึกรักใคร่ต่อคนที่เขารัก

ประคอง อินทรสมบัติ (2529) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว มีดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะแรก โดยแสดงให้เห็นว่าเขาเห็นว่า เราห่วงใย และอนุเคราะห์ต่อเขา เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นหัวใจสำคัญ แพทย์และพยาบาลจะต้องระลึกไว้เสมอว่าสิ่งที่ผู้ป่วยกลัว คือ การถูกละทิ้ง

2. การประเมินองค์ประกอบที่ช่วยผู้ป่วยปรับตัวเข้าสู่สมดุล และสนับสนุนให้ใช้กลไกในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
3. พยาบาลทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว กับผู้ดูแลอื่น ในช่วงเวลาเหล่านี้มีหลายเรื่อง que ผู้ป่วย ไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้แพทย์ทราบความรู้สึกของเขาได้ การเป็นตัวกลางระหว่างพยาบาล คนอื่นจะสามารถเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้ดีขึ้น
4. การให้ความช่วยเหลือและบรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ
5. การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง และต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การที่คนเรามีชีวิตอยู่ด้วยการไม่มีความหวังอะไรเลย จะกลายเป็น Premature death แม้แต่ผู้ป่วยใกล้ตายก็จะยังคงมีความหวัง
6. การให้กำลังใจและเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว โดยให้การรยาหรือญาติสนิท ได้มีส่วนร่วมในการดูแล

จะเห็นว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว คือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ถ้าสุดท้ายจะช่วยได้ก็ให้ "ตายด้วยความสงบ" สิ่งสำคัญที่สุดสำหรับพยาบาล คือ การมองผู้ป่วยในฐานะบุคคล ไม่ใช่มองโรค ต้องให้ความหวังแก่ผู้ป่วย ให้มองเห็นประโยชน์ของตนเองที่มีต่อญาติพี่น้องหรือต่อการรักษาพยาบาล เพื่อจะได้ใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายด้วยความภาคภูมิใจพอสมควร

แต่จากความเป็นจริง มักพบว่า พยาบาลจะมีพฤติกรรมหลักเลียงผู้ป่วย (Wheeler, 1980) กล่าวว่าคุณและญาติจะซักถามเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์ของโรค (ดวงฤดี ขจรบุญ, 2527) ซึ่ง Haber (1987) ได้สรุปลักษณะพฤติกรรมของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่ามีหลายรูปแบบ ดังนี้คือ

1. แบบหลักเลียง ความรู้สึกของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายพบว่า รู้สึกผิดต่อการดูแลผู้ป่วยไม่เต็มทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จึงทำให้หลักเลียงผู้ป่วย จงรัก อีจู้รัตน์ (2523) กล่าวว่า "พยาบาลมักกลัว ไม่อยากเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายทั้ง ๆ ที่การดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยใกล้ตาย จะมีผลทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายยอมรับความตายและถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบสุข" สาเหตุอาจเนื่องจากพยาบาลมักจะรู้สึกว่าส่วนหนึ่งเป็นความผิดของตนที่ไม่สามารถช่วย

ชีวิตผู้ป่วยได้ พยาบาลได้รับการสอนมาให้การดูแลคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ความตายได้รับการมองดูว่าเป็นความล้มเหลวของการปฏิบัติงาน (Braveman, 1987)

2. แบบสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อค่านิยมทางศาสนาจริยธรรม และภูมิหลังทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลตอบสนองในสถานการณ์เกี่ยวกับความตาย เช่น พยาบาลที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูมาไม่ให้เห็นอารมณ์ออกมามากขณะทำงาน จะสามารถเก็บอารมณ์และความรู้สึกไว้ได้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

3. แบบวิชาชีพ ลักษณะพฤติกรรมของการพยาบาลจะเป็นพฤติกรรมที่ได้รับการเรียนรู้มา นักเรียนพยาบาลจะเรียนรู้การปฏิบัติหรือความรู้สึกที่แท้จริงเกี่ยวกับผู้ป่วยใกล้ตาย และแสดงพฤติกรรมที่เขาคิดว่าควรกระทำ ตามที่เคยเห็นพยาบาลที่จบแล้วกระทำ

4. ทศนคติและค่านิยม พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกกับผู้ป่วยใกล้ตาย ขึ้นอยู่กับทศนคติและค่านิยมของพยาบาลผู้นั้น ถ้าพยาบาลไม่สามารถเผชิญกับอารมณ์และความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวได้ ก็จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตายได้น้อยลง

5. แบบผู้มีอำนาจและความคุม พยาบาลมักจะบังคับและความคุมผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ตามแผนการรักษา โดยลืมนึกถึงความต้องการของผู้ป่วย ให้โอกาสผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะควบคุมชีวิตของตนเอง

6. รูปแบบเดียวกัน พยาบาลมักจะพัฒนารูปแบบพฤติกรรมเหมือนกับผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งปรากฏการณ์นี้รับกวนต่อคุณภาพของสัมพันธภาพเพื่อการรักษา และการช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยบิดเบือนสัมพันธภาพกับพยาบาลว่า เป็นเพื่อนหรือญาติสนิทที่เสียชีวิตไปแล้ว และพยาบาลก็รับรู้เช่นเดียวกันกับผู้ป่วย

7. หมดหนทางและหมดหวัง เมื่อพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และรับรู้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ ย่อมรู้สึกหมดกำลังใจ เกิดความวิตกกังวลในการปฏิบัติงาน

8. ความขัดแย้งระหว่างการดูแลและการรักษา การดูแลคือการช่วยเหลือ สนับสนุน บำรุงรักษา แต่การรักษาจะไม่มีพฤติกรรมเช่นนี้ ซึ่งในสังคมปัจจุบัน ให้คุณค่ากับการรักษาชีวิตและการใช้เครื่องมือทางการรักษามากกว่างานที่ประสบความสำเร็จกับการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยไม่ถูกละเลย จึงทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกขัดแย้งขึ้น

รูปแบบเหล่านี้เป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายลดลง เพราะการที่ผู้ป่วยใกล้ตาย ได้รับการดูแลอย่างมีคุณค่า ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล เนื่องจากในปัจจุบันนี้ ความนิยมต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาลมีมากขึ้น และเมื่อถึงภาวะของการเสียชีวิต จะมีผลกระทบกระเทือนต่อความสูญเสียของบุคคลในครอบครัวอย่างมาก ดังนั้นความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวจึงมีความสำคัญมาก เพราะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายที่สุดในช่วงเวลาอันจำกัด ประคับประคองและเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อถึงแก่กรรมก็ช่วยให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของเขา รวมทั้งช่วยเหลือสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตได้ด้วย (จงรัก อัฐรัตน์, 2529)

ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการการประคับประคองทางจิตใจอย่างมากจากเจ้าหน้าที่พยาบาล (พวงรัตน์ บุญนารักษ์, 2522) และมักมีความทุกข์ทรมานจากสภาวะอาการของโรค ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวมุ่งไปที่ปัญหาและความต้องการทางด้านจิตใจ และลดความทุกข์ทรมานเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายอย่างสงบ จากแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ดังนั้น ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ในการศึกษาครั้งนี้ จึงหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตาย โดยมุ่งที่การประคับประคองด้านอารมณ์ และลดความทุกข์ทรมานเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสงบในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล 4 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังรายละเอียดดังนี้คือ

การประเมินปัญหา

ในขั้นนี้เป็นการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวจากข้อมูลที่รวบรวมได้ ซึ่งในการรวบรวมข้อมูลนั้น ควรให้ครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยใกล้เคียง ข้อมูลที่ควรวิเคราะห์ หรือประเมินมีดังต่อไปนี้ คือ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะอาการทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะความเจ็บปวดจากโรค เนื่องจากผู้ป่วยใกล้ตายส่วนใหญ่มักจะมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยเสมอ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก นอกจากนี้พยาบาลควรสามารถประเมินอาการแสดงต่าง ๆ ที่แสดงว่าผู้ป่วยใกล้ตาย กำลังจะตาย และลักษณะอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโรค และพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ดังนี้ คือ

ลักษณะอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยใกล้ตาย

การตายของร่างกายเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปเรื่อย ๆ ร่างกายจะค่อย ๆ ตายไปทีละส่วน การเคลื่อนไหว และความรู้สึกค่อย ๆ ลดน้อยลง อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยใกล้ตายมีดังนี้ (เกคินี เห็นพิทักษ์, 2526)

1. อุณหภูมิของร่างกายจะสูงกว่าปกติ ผิวหนังเย็นชื้น หน้าซีดเขียว ชีวนจรไม่สม่ำเสมอ
2. การหายใจลำบาก หายใจเร็วกว่าปกติ มีการหายใจแบบ Cheyne - strokes respiration และหายใจเสียงดัง เรียกว่า death rattle
3. ความดันโลหิตต่ำลง การไหลเวียนในระบบส่วนปลายจะเสียไป ถ้าหากมีความเจ็บปวดอยู่ก่อนก็จะเริ่มหายไป ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวแล้วแต่บุคคล ในระยะนี้ต้องระมัดระวังในการพยาบาลผู้ป่วยให้มาก ผู้ป่วยบางรายอาจมองเห็นภาพจนกระทั่งวาระสุดท้าย และรู้สึกตัวว่าใครทำอะไรให้ ใครมาเยี่ยม แต่ไม่สามารถจะโต้ตอบได้เท่านั้น
4. ระบบกล้ามเนื้อ ซากกรไกโร และกล้ามเนื้อหน้าหย่อนตัวลง
5. การได้ยินเสียงจะเป็นความรู้สึกสุดท้ายที่จะหมดไปของผู้ป่วย

สปาที พันธ์น้อย (2529) มีความเห็นคล้ายคลึงกัน คือ กล่าวถึงอาการของผู้ป่วยที่ใกล้ถึงแก่กรรมว่า ร่างกายจะทำงานช้าลง และมีอาการดังนี้

1. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหมดไป กล้ามเนื้อหน้าหย่อนตัวลงทำให้พูดลำบาก

อาการแขนขาไม่มีแรงจะพบได้เสมอในผู้ป่วยใกล้ตาย

2. ระบบการไหลเวียนเลือดจะช้าลง ผิวหนังมีสีเขียวคล้ำหรือเทาซีด ถ้าจะเย็น ผู้ป่วยจะกระวนกระวายกระสับกระส่าย และมีเหงื่อออกมาก ชีพจรไม่สม่ำเสมอ เบาและเร็ว ความดันเลือดต่ำลง

3. การหายใจเร็วขึ้น ไม่สม่ำเสมอหรือช้ากว่าปกติ อาจมีหายใจหอบ หายใจลำบากและตึงลึก หยุดหายใจเป็นระยะ

4. Reflex จะค่อย ๆ หายไป และกล้ามเนื้อหูรูดจะคลายตัว เป็นเหตุให้กลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่

5. ระดับความรู้สึกจะแตกต่างกันไป มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน บางคนรู้ตัว บางคนง่วงงม การได้ยินเป็นความรู้สึกสุดท้ายที่จะจากผู้ป่วยไป

6. ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง อาจทำให้ท้องอืดหรือท้องผูก

กล่าวโดยสรุป ลักษณะอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยใกล้ตาย จะมีการทำงานลดลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเกี่ยวข้องกับระบบหายใจ ระบบไหลเวียน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการรับรู้ต่าง ๆ ของผู้ป่วย

ลักษณะอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยกำลังจะตาย

ลักษณะอาการแสดงที่เป็นสัญญาณว่าผู้ป่วยใกล้ตายจะเสียชีวิต มีดังนี้คือ

1. Pupils fixed และขยาย (dilated)
2. ไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะต่าง ๆ ได้
3. สูญเสีย Reflexes ต่าง ๆ
4. ชีพจรเบาเร็ว
5. หายใจหอบ Cheyne-strokes respiration
6. หายใจเสียงดัง หรือที่เรียกว่า death rattle
7. ความดันโลหิตต่ำลง

ลักษณะอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยเสียชีวิต

ตามปกติโดยทั่วไปเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินว่าบุคคลเสียชีวิตนั้น จะดูที่ชีพจร การหายใจและความดันโลหิต แต่จากความเจริญทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้มีเครื่องมือต่าง ๆ ที่สามารถทำให้ชีพจรเต้น ทำให้ผู้ป่วยหายใจได้ และคงรักษาระบบการหมุนเวียนของเลือดในร่างกายผู้ป่วย ในปี 1968 The World Medical Assembly (quoted in Kozier and Erb, 1988) ได้เสนอแนวทางแก่แพทย์ในการตัดสินว่าผู้ป่วยเสียชีวิต คือ

1. ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก
2. ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะไม่หายใจ
3. ไม่มี Reflexes
4. คลื่นสมองเป็นเส้นตรง อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

จากลักษณะอาการแสดงต่าง ๆ ของผู้ป่วยใกล้ตาย จะทำให้พยาบาลเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตาย และสามารถประเมินปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากข้อมูลที่แสดงถึงลักษณะอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยใกล้ตาย ข้อมูลที่ควรรวบรวมเพื่อการวิเคราะห์ปัญหา ได้แก่ ประวัติการเคยได้รับยาแก้ปวดหรือยานอนหลับของผู้ป่วย กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเคยปฏิบัติ การนอนหลับพักผ่อน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่พยาบาลควรให้ความสนใจ เพื่อนำมาประกอบในการวางแผนการพยาบาล

2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาและความต้องการทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ของผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ เพราะผู้ป่วยใกล้ตายต้องการการประคับประคองทางจิตใจอย่างมาก (วงรัตน์ บุญานุรักษ์, 2522) พยาบาลควรประเมินความเศร้าโศกและการสูญเสียของผู้ป่วยและครอบครัวว่าอยู่ในระยะใดของความเศร้าโศก อีกทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเศร้าโศกของครอบครัว เช่น การพึ่งพาผู้ป่วย กลไกการแก้ปัญหาที่เคยใช้มาก่อน เพื่อประโยชน์ในการนำมาวางแผนการพยาบาล

นอกจากนี้พยาบาลควรสังเกตปฏิกิริยาและพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตาย และสามารถระบุถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ว่าเป็นอย่างไร เช่น อยู่ในระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ระยะต่อรอง หรือ ระยะยอมรับ เพื่อวางแผนการให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง ความรู้สึกกลัว ความว่าเหว่ กลัวต่อการถูกทอดทิ้ง มักพบได้เสมอในผู้ป่วยใกล้ตาย และความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระของครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง และซึมเศร้า อีกทั้งมีความวิตกกังวลต่อภาระค่าใช้จ่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจอย่างมาก

ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญ เช่น ความเชื่อทางศาสนา นิสัยกรรมต่าง ๆ ค่านิยม และ การใช้วัตถุมงคลต่าง ๆ ของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่พยาบาลควรสังเกตและรวบรวมข้อมูล

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสังคมและครอบครัว พยาบาลควรประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวว่าเป็นอย่างไร ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นแบบชนิดใด เช่น ชนิดปิด ชนิดแสเสร้าง ชนิดสงสัย หรือ ชนิดเปิด เนื่องจากการรับรู้แบบเปิด เป็นการรับรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว นอกจากนั้น ควรซักถามครอบครัวในเรื่องความต้องการและการคาดหวังเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และควรสังเกตพฤติกรรมของครอบครัวในเรื่องความรู้สึกเศร้าโศกเกี่ยวกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

หลังจากการรวบรวมข้อมูลได้แล้ว จึงนำมาวิเคราะห์ปัญหา เพื่อเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งในผู้ป่วยใกล้ตายนั้นจะพบว่ามีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะความต้องการด้านจิตใจ ควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนเป็นพิเศษ (นางรัตน์ บุญานุรักษ์, 2522) จากการศึกษาของ McGinnis (quoted in Wilson and Kneisl, 1988) พบว่า การให้การดูแลปัญหาทางด้านจิตสังคมในผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวเป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยใกล้ตาย ได้แก่

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย เกี่ยวกับความไม่สบายของผู้ป่วยและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากสภาวะของโรค ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้น้อยลง

2. ปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป หรือค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ความกลัว ความว่าเหว ความรู้สึกหมดหวังต่อการรักษาพยาบาล และความเศร้าโศกต่อการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

3. ปัญหาทางด้านสังคมและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้ชนิดใด ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

การวางแผนการพยาบาล

ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว จุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดคือ เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์โดยมิได้ถูกลดคุณค่าลง จุดมุ่งหมายเหล่านี้คือ (Kozier and Erb, 1983; Wilson and Kneisl, 1988)

1. ลดความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว กลัว และความซึมเศร้าของผู้ป่วย
2. คงรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกปลอดภัยของผู้ป่วย ความเชื่อมั่นศักดิ์ศรีและคุณค่าของตนเอง
3. คงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วย
4. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความสูญเสียของเขาได้
5. ให้การดูแลด้านร่างกาย ให้เกิดความสุขสบายมากที่สุด
6. ควบคุมอาการทางกาย โดยเฉพาะความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
7. ให้การดูแลบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน
8. คาดการณ์เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต
9. มีความจำกัดน้อยที่สุด ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มากที่สุด
10. แสดงความชัดเจนของสัมพันธภาพและความหวังของผู้ป่วย
11. ประเมินอาการผู้ป่วยบ่อย ๆ

เมื่อผู้ป่วยใกล้ตายได้เสียชีวิตไปแล้ว ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะประสบกับการสูญเสีย ความเศร้าโศกอย่างมาก พยาบาลควรวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลเหล่านี้ผ่านระยะนี้ไปได้ด้วยดี โดยมีจุดมุ่งหมายดังนี้ คือ

1. เพื่อช่วยให้ผู้ที่เศร้าโศก แสดงความรู้สึกเศร้าเสียใจ โกรธ หรือ สูญเสียออกมาทางคำพูด
2. เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ที่เศร้าโศก ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง
3. เพื่อสนับสนุน ช่วยเหลือให้ผู้ที่เศร้าโศกดำเนินกิจกรรมที่เคยทำมาเป็นปกติ เริ่มต้นใหม่อีกครั้ง
4. เพื่อช่วยเหลือผู้เศร้าโศกให้มีสัมพันธภาพใหม่กับกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม หรือมีเพื่อนใหม่

การที่พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีคุณค่านั้น ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้เป็น คือ

1. การจัดการเกี่ยวกับภาวะทางกายของผู้ป่วยใกล้ตายเพื่อการดูแลอย่างดีที่สุด พยาบาลควรรีให้ความสนใจอย่างจริงจังในการดูแลทางด้านร่างกายในสิ่งต่อไปนี้เป็น คือ รอยย่นของผ้าปูที่นอน ความสะอาด การดูแลเรื่องความสะอาดเกี่ยวกับการขับถ่าย บรรยากาศรอบเตียงผู้ป่วย โดยเฉพาะกลิ่นต่าง ๆ เพราะสิ่งเหล่านี้ อาจทำให้ความพยายามของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ประสบความสำเร็จ
2. นำบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกคนมาร่วมในการวางแผนการพยาบาล เช่น ครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพ เพราะบุคคลเหล่านี้มีผลต่อผู้ป่วยทั้งในด้านสังคม และจิตใจ มีการปรึกษาหารือร่วมกัน
3. คาดการณ์เกี่ยวกับสาเหตุที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และวางแผนให้การพยาบาลเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวล
4. ปฏิบัติงานกับบุคลากรที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น พยาบาล สาธารณสุขในชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน
5. คำนึงถึงความต้องการและการคาดหวังของผู้ป่วย เช่น การช่วยชีวิตโดยการนวดหัวใจ ผู้ป่วยต้องการหรือไม่ และจำเป็นกับผู้ป่วยหรือไม่
6. ในการประเมินอาการของผู้ป่วยบ่อย ๆ ควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการรับรู้ของผู้ป่วย ในการวางแผนการพยาบาลที่นั่นควรมีความยืดหยุ่น เนื่องจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาล

เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการที่วางไว้ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้น แต่ละคนจะมีลักษณะปัญหาเฉพาะของตนเองไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับภาวะของโรคและสถานการณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น (Mahon, 1986)

จากเป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาล มุ่งให้การให้การพยาบาล "บุคคลทั้งคน" โดยจะต้องพิจารณาปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งความเป็นหน่วยเดียว อันแสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพที่เน้นการพยาบาลผู้ป่วยทั้งกาย จิต สังคม เป็นการช่วยเหลือดูแลคนทั้งคน ซึ่งวิชาชีพอื่นไม่มี (จงวรัตน์

บุญบุญรักษ์, 2529) ผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นผู้ป่วยที่ต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากสภาวะอาการของโรค ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจอย่างมาก นอกจากนี้ยังมีผลต่อครอบครัวที่จะต้องเผชิญกับการสูญเสียผู้ป่วยใกล้ตาย ดังนั้น ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจึงควรครอบคลุมปัญหาและความต้องการในด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยใกล้ตายด้วย ดังรายละเอียด ดังนี้คือ

1. การดูแลด้านร่างกาย

การดูแลด้านร่างกายเป็นเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย หลังจากนั้นก็จึงให้การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย (Mahon, 1986) ซึ่งปัญหาทางด้านร่างกายของผู้ป่วยใกล้ตายจะเกี่ยวข้องกับการะบวนการทำงานของร่างกายที่ช้าลง และเกี่ยวกับความสมดุลย์ภายในร่างกายพยาบาลควรให้การดูแลในด้านต่อไปนี้ คือ (Kozier and Erb, 1988)

1. สุขภาพอนามัยทั่ว ๆ ไป เช่น ความสะอาดของผิวหนัง ผม และภายในปาก ผู้ป่วยที่ปัสสาวะบ่อย ควรทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าให้บ่อย ๆ ผู้ป่วยบางรายต้องการใส่เสื้อผ้าของตนเอง ควรตามใจผู้ป่วย ถ้าสวมใส่แล้วรู้สึกสบาย ในกรณีที่อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น ทำให้ปากแห้ง ควรทำความสะอาดภายในปาก (Mouth care) และทาด้วย Glycerine borax

2. การควบคุมความเจ็บปวด มียาหลายชนิดที่ใช้ในการควบคุมความเจ็บปวดจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เช่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เมธาโดน แอลกอฮอล์ กัญชา และแอลเอสดี (LSD) ในโรงพยาบาลที่ใช้มาก คือ มอร์ฟีน เมธาโดน และแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปแพทย์เป็นเคณพิจารณาขนาดของยาที่ใช้ แต่ควรจะรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยเป็นบุคคลที่รู้ว่าเขาสามารถทนความเจ็บปวดได้มากน้อยเพียงใด และเนื่องจากกระบวนการไหลเวียนเลือดช้าลง จึงควรให้ยาทางหลอดเลือดดำมากกว่าที่จะฉีดให้ทางผิวหนังหรือกล้ามเนื้อ

3. ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยที่ยังมีชีวิต ควรให้ท่านทำครึ่งนั่งครึ่งนอน (Fowler's position) และดูดเสมหะในคอให้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ควรให้ท่านท่าตะแคง (Semiprone position) เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายและเสมหะในคอไหลออกมาสะดวก ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องให้ออกซิเจน

4. การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว ถ้าเป็นไปได้ในผู้ป่วยใกล้ตาย ควรลุกออกจากเตียงบ้างเป็นบางครั้ง เพราะถ้านอนอยู่บนเตียงนาน ๆ อาจเกิดแผลกดทับได้จากการที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ จึงควรช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย

ท่านอาจจะคิดว่าแอนโทนีจะช่วยให้หน้าลายไหลออกมาได้ง่าย

5. การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ผู้ป่วยใกล้ตายมักจะมีอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร เนื่องจากลำไส้ทำงานน้อยลง ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมนิดหน่อย จะช่วยลดอาการคลื่นไส้ และกระตุ้นให้มีความอยากอาหาร ควรให้อาหารที่มีแคลอรีสูง และวิตามินสูง เนื่องจากมีการสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนลำบาก จึงควรให้อาหารอ่อนหรืออาหารเหลว บางครั้งอาจจำเป็นต้องให้อาหารทางหลอดเลือดดำ

6. การดูแลระบบขับถ่าย เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเสียไป ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องผูก หรือ กลั้นปัสสาวะ อูจจาระไม่ได้ หรืออาจมีปัสสาวะคั่ง อาจต้องให้ยาระบายในกรณีผู้ป่วยท้องผูก สำหรับอาการระคายเคืองทางผิวหนังเนื่องจากอูจจาระและปัสสาวะ ควรทำความสะอาดและเช็ดด้วยน้ำมันบริ เวลรอบหูดทวารหนักและบริ เวลอวัยวะเพศ ควรจัดเตรียมหมอนอนหรือกระบอกปัสสาวะไว้ใกล้ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยนอนควรสะอาด และเปลี่ยนเมื่อจำเป็น ถ้าผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะและอูจจาระไม่ได้ ควรใส่ผ้ารองไว้และเปลี่ยนบ่อย ๆ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะคั่ง ควรสวนปัสสาวะให้เมื่อจำเป็น สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยควรปราศจากกลิ่นรบกวน โดยใช้ยาดับกลิ่นและมีอากาศถ่ายเทเพียงพอ

7. ประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วย เมื่อความตายใกล้เข้ามาการมองเห็นของผู้ป่วยจะไม่ชัด ผู้ป่วยส่วนมากชอบให้แสงสว่างมากกว่าห้องที่มืด ผู้ป่วยใกล้ตายมักจะหันศีรษะไปบริเวณที่มีแสง แม้ว่าความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัสจะลดลงแต่ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการกอดหัด ผู้ป่วยอาจจะได้ยินเสียงคนพูดหลังจากที่ไม่สามารถมองเห็นหรือตอบสนองได้ การพูดคุยข้างเตียงผู้ป่วยควรพูดด้วยน้ำเสียงชัดเจน ไม่ควรกระซิบกระซาบเพราะผู้ป่วยอาจจะรู้สึกถูกรบกวนจากเสียงที่ได้ยินไม่ชัด

ในการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยใกล้ตาย ถ้าให้ญาติผู้ป่วยช่วยทำการพยาบาลผู้ป่วยบ้าง จะทำให้ญาติภูมิใจว่ามีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งนี้พยาบาลจะต้องพิจารณาความต้องการของญาติและครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนั้นควรเลือกการพยาบาลที่ง่าย ๆ ซึ่งสามารถสอนให้ญาติปฏิบัติได้ และควรอยู่ในแผนการพยาบาลด้วย (สุปาณี พันธุ์น้อย, 2529)

2. การดูแลด้านจิตวิญญาณ และอารมณ์

การระดับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเองและรู้สึกปลอดภัย ซึ่งการดูแลด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตายจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน มีลักษณะเฉพาะ ไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะ และสถานการณ์ในขณะนั้นของผู้ป่วย (Mahon, 1986) พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจ ในเรื่องต่อไปนี้ เพื่อตอบสนองปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม คือ

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล ถ้าปราศจากข้อมูลที่เพียงพอ ผู้ป่วยจะไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาได้ จากการศึกษา Larson (1986) พบว่าการรับรู้ของพยาบาลในเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้น การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Richter (1987) ที่พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์การดูแลของพยาบาลที่ผู้สมรสพบว่ามีประโยชน์ เพราะการปิดบังความจริงเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใกล้ตายไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดสับสนสภาพที่ไม่ไว้วางใจต่อแพทย์และพยาบาล

2. การคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ ในผู้ป่วยใกล้ตายจะรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ความสมดุลระหว่างความอิสระและการพึ่งพาต้องคงไว้ ตราบานานเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถรักษาไว้ได้ สิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้คือ การดูแลตัวเอง และการตัดสินใจจะทำให้บุคคลรู้สึกมีอำนาจและควบคุมตนเองได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะพึ่งพาการดูแลด้านร่างกายแต่ยังสามารถทำการตัดสินใจได้ การให้ผู้ป่วยได้ควบคุมคือ การที่让他ได้ตัดสินใจ เรื่องการดูแลของเขา และควบคุมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่ชอบสถานที่ใด ต้องการให้ใครเข้าเยี่ยมบ้าง ต้องการรับประทานอาหารชนิดใดและเมื่อไหร่ พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมี นอกจากนี้พยาบาลจะช่วยเหลือหาสถานที่ให้ครอบครัวและผู้ป่วย ได้แสดงความรู้สึกร่วมกัน และช่วยประคองด้านจิตใจ ซึ่งกันและกัน

3. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย การทอดทิ้งผู้ป่วยหรือแยกให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ปลอดภัย ในการดูแลเงื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยคือให้การดูแลด้านร่างกายซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกและสำรวจเกี่ยวกับความรู้สึกเหล่านี้ นอกจากนี้ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ทักษะในการเผชิญปัญหา

อย่างมีประสิทธิภาพ

4. สนับสนุนความสำคัญของผู้ป่วย บ่อยครั้งที่พบว่าในโลกของผู้ป่วยใกล้ตายจะเต็มไปด้วยความโดดเดี่ยว อ้างว้าง การถูกแยก และความรู้สึกว่าถูกปฏิเสธ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าหมดคุณค่า ไม่มีความหมาย การบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยเหลือให้มีความสุขสบายและการมีสัมพันธภาพจะช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ การติดต่อกับผู้ป่วยใกล้ตายควรฟังอย่างสนใจและแสดงความคิดเห็นให้หน่อย หลายครั้งพบว่าความเจ็บปวดซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็น ในขณะที่ฟังผู้ป่วยอย่างสนใจ พยาบาลควรประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยด้วย

5. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยใกล้ตายยังคงมีความหวังจนกว่าจะเสียชีวิต ซึ่งเป็นความหวังในระยะสั้น และสามารถเป็นไปได้ เช่น การจัดงานวันเกิดของสมาชิกในครอบครัว การฟื้นฟูสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การได้พบหน้ากับหลาน ๆ หรืออาจจะเป็นความหวังต่อการได้รับเคมีบำบัดในคราวหน้า ความรู้สึกต้องการรับประทานอาหารกลับคืนมา หรืออาการคลื่นไส้อาเจียน และความเจ็บปวดลดลง สิ่งเหล่านี้จะเป็นความหวังที่พยาบาลสามารถช่วยเหลือให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใกล้ตาย ถึงแม้ว่าจะเป็นผู้ป่วยใกล้ตายก็สามารถจะมีความหวังได้ ซึ่งถ้าปราศจากความหวังแล้วชีวิตก็หมดความหมาย (Amenta and Bohnet, 1986)

6. ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ โดยเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา หรือได้มีโอกาสประกอบศาสนกิจ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการสวดมนต์ภาวนา การเชิญพระ หรือบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุย หรือเปิดโอกาสให้ทักพระ หรือบุคคลสำคัญทางศาสนาประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในหอผู้ป่วย เช่น การประพรมน้ำมนต์ การสวดมนต์ หรืออ่านคำภีร์ เป็นต้น ในบางครั้ง ผู้ป่วยอาจต้องการใช้วัตถุมงคลต่าง ๆ เช่น ด้าย สายสิญจน์ ผูกข้อมือ หรือพระพุทธรูป วางไว้เหนือศีรษะหรือหัวเตียง พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใช้ในกรณีที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตาย

จากแนวคิดของ Kübler-Ross ที่กล่าวถึงปฏิกิริยา และพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วยใกล้ตาย ไว้ 5 ระยะ คือ ระยะปฏิเสธและแยกตัว ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะยอมรับ พยาบาลควรเข้าใจปฏิกิริยาต่าง ๆ และพัฒนาการทางอารมณ์เหล่านี้ อีกทั้งให้การดูแลในแต่ละระยะได้อย่างเหมาะสม คือ

1. ระยะเวลาปฏิเสธและแยกตัว ในระยะนี้ผู้ป่วยจะปฏิเสธต่อความตาย และเมื่อได้รับการบอกให้ทราบว่าตนจะต้องตายแน่ มักจะแสดงพฤติกรรมเจ็บขม และพยายามแยกตัวเองจากสิ่งแวดล้อม พยาบาลต้องให้ความใกล้ชิด แสดงความเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ อยากจะปรึกษาหารือและระบายความในใจให้ทราบเพื่อที่พยาบาลจะได้หาทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น

2. ระยะเวลาโกรธ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมฉุนเฉียว ต่อด้าน มักจะแสดงการโกรธและความไม่พอใจต่อทุก ๆ คน พยาบาลควรแสดงการยอมรับอย่างเจ็บ ๆ จำกัดขอบเขตพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความโกรธโดยการปล่อยหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ร้องไห้ออกมา ก็จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความอัดอัดใจลงไปได้

3. ระยะเวลาต่อรอง ลักษณะของการต่อรองของผู้ป่วยจะออกมาในรูปของคำพูดต่อไปนี้ "ฉันยังไม่อยากตาย" หรือ "ฉันยังตายต่อไม่ได้เพราะลูกยังไม่โต" การต่อรองเป็นความพยายามของผู้ป่วยที่ต้องการเลื่อนกำหนดการตายให้ยาวนานออกไป มักเป็นการต่อรองกับพระพุทธรูป การอธิษฐานหรือการวิงวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ตนเชื่อถือ นอกจากผู้ป่วยแล้ว บางกรณีจะได้รับการส่งเสริม สนับสนุนจากญาติหรือครอบครัว เพื่อนฝูง พยาบาลควรยินยอมให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อในกรณีที่ไม่ขัดต่อการดูแลรักษา หรือกฎระเบียบของโรงพยาบาล

4. ระยะเวลาซึมเศร้า ผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิเสธโรคที่ตนกำลังเผชิญอยู่ มีความรู้สึกเหมือนชีวิตของตนได้สูญเสียบรรยากาศทุกอย่างแล้ว จะเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยวและซึมเศร้าขึ้นมาแทน พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยให้มองโลกในทางที่สดใส แต่ควรพยายามทำความเข้าใจเป็นมิตร ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งพยายามให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความเข้าใจของเขาจะด้วยวิธีการรำพึงรำพันหรือการแสดงความในใจให้บุคลากรความอัดอัดใจลง ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความซึมเศร่าลงได้

5. ระยะเวลายอมรับ ผู้ป่วยจะหยุดคิดนั้นร่นต่อด้านความตาย มีอาการอ่อนเพลีย ต้องการพักผ่อนในที่สงบ ไม่ต้องการถูกรบกวนจากผู้มาเยี่ยม ไม่รับฟังข่าวสารใด ๆ พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยอยู่ในที่เงียบสงบ ถูกรบกวนจากสิ่งต่าง ๆ น้อยลง การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยในระยะนี้ควรใช้แบบไม่ใช้คำพูด เช่น การสัมผัสมากกว่าการใช้คำพูด

3. การดูแลด้านครอบครัวและสังคม

ภาวะใกล้ตายหรือการตาย มีความสำคัญไม่เฉพาะต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะมีผลต่อญาติและครอบครัวที่จะต้องเผชิญกับการสูญเสียผู้ป่วยด้วย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องตระหนักไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว แม้ผู้ป่วยนั้นจะตายไปแล้วแต่การช่วยเหลือครอบครัวยังไม่สิ้นสุด พยาบาลจะต้องช่วยเหลือต่อเนื่องกันไป เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ (Craven and Wald, 1977) ดังนั้นการพยาบาลจะสมบูรณ์แบบไม่ได้ ถ้าไม่ได้รวมครอบครัวผู้ป่วยเข้าไปด้วย (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2530)

ในบุคคลที่ได้รับความทุกข์โศกจากความตาย พบว่าถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านกระบวนการเศร้าโศกไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีอาการแสดงและพฤติกรรมที่ผิดปกติ ดังเช่น การศึกษาของ Moore และคณะ (1988) โดยศึกษาอาการแสดงทางกายเนื่องจากภาวะทางจิตใจ (Psychosomatic symptoms) ของบิดามารดาที่บุตรเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งไปแล้ว 2 ปี พบว่า มีอาการแสดงทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ หรือปวดท้องเป็นประจำ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีความผิดปกติในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีอาการซึมเศร้าวิตกกังวล และไม่เป็นมิตร ฉะนั้น พยาบาลสามารถช่วยเหลือบุคคลที่เศร้าโศกจากความตายให้ผ่านกระบวนการเศร้าโศกไปได้ด้วยดี ซึ่งอาจใช้เวลาเป็นเดือน หรือนานกว่านี้ แล้วแต่บุคคล กิจกรรมเหล่านั้นได้แก่ (Schulz, quoted in Kozier and Erb, 1988)

1. กระตุ้นให้บุคคลแสดงความรู้สึกปวดจากความเศร้าของความตายออกมา เป็นคำพูดเกี่ยวกับความเศร้า ความรู้สึกสูญเสีย และความรู้สึกผิด
2. ทำให้บุคคลที่เศร้าโศกจากความตายมั่นใจว่า เขามีบุคคลที่คอยช่วยเหลืออยู่
3. สนับสนุนให้บุคคลที่เศร้าโศก คงแบบแผนของการดำเนินชีวิตไปตามปกติ
4. กระตุ้นหรือสนับสนุนให้ได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในวิชาชีพอื่นตามความเชื่อของเขา เช่น พระ นักบวช
5. สนับสนุนให้บุคคลที่เศร้าโศกคงไว้ซึ่งบทบาทที่เคยเป็นอยู่ และยอมรับบทบาทใหม่
6. หลีกเลี่ยงการผลักดันให้บุคคลที่เศร้าโศกรับบทบาทที่เขาไม่มีความสามารถปฏิบัติได้ เพราะความล้มเหลวนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังและหมดกำลังใจ

7. แนะนำให้หลีกเลี่ยงเส้นทางที่จะหลบหนีจากความรู้สึกหรือปัญหาที่มีอยู่ เช่น ออกจากงาน ใช้ยานอนหลับ หรือยาแก้ปวดประสาท

ละอ อุตติศิริรินทร์ (2523) กล่าวถึง การช่วยเหลือครอบครัวและญาติของผู้ป่วย ใกล้ตาย โดยพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

1. พยาบาลต้องเข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาของครอบครัวและญาติที่มีต่อการสูญเสีย เพราะบางครั้งครอบครัวหรือญาติอาจกล่าวหาแพทย์หรือพยาบาลว่าไม่สนใจผู้ป่วย โดยพยาบาลไม่แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบหรือกล่าวหาหรือแสดงสีหน้าไม่พอใจ พยาบาลควรปลอบใจญาติและแสดงให้เห็นว่าญาติ ได้พยายามช่วยเหลือผู้ป่วยจนถึงที่สุดแล้ว เพื่อช่วยให้ความรู้สึกผิดของญาติลดลง
2. การติดต่อสื่อสาร พยาบาลควรติดต่อกับญาติผู้ป่วยโดยสม่ำเสมอ เพื่อบอกอาการผู้ป่วย ความก้าวหน้าของโรค และการรักษาพยาบาลให้ญาติทราบทุกระยะ
3. การเปิดโอกาสหรืออนุญาตให้ญาติได้เยี่ยมผู้ป่วยและ ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ พยาบาลควรยืดหยุ่นกฎระเบียบของการเยี่ยมบ้าง เพราะญาติมักจะพบกับความคับข้องใจในเรื่องกฎระเบียบของการเยี่ยมมาก
4. เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็นต่อการรักษาผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล ในกรณีที่แพทย์ต้องการหยุดการใช้เครื่องช่วยชีวิตต่าง ๆ แพทย์และพยาบาลควรปรึกษากับญาติก่อน เพื่อให้ญาติมีเวลาในการปรับตัวรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะตามมาหลังการตายของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะตาย หรือตายใหม่ ๆ แพทย์และพยาบาลควรอยู่ใกล้ญาติสักระยะหนึ่ง เพื่อให้ญาติอบอุ่นใจ และยอมรับว่าเป็นเวลาอันสมควรที่ผู้ป่วยจะต้องจากไป
5. พยาบาลควรเป็นผู้ฟังที่ดี เพราะการพูดที่จะทำให้ญาติสบายใจนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก ฉะนั้นพยาบาลควรเป็นผู้ฟัง ญาติแสดงความคิดเห็น หรือระบายความรู้สึก ระบายความวิตกกังวลออกมา เพื่อช่วยให้ญาติลดความเครียดลง โดยพยาบาลควรแสดงกิริยาตอบรับตามสมควร
6. พยาบาลควรให้ความร่วมมือกับญาติผู้ป่วย กรณีที่ญาติหรือผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ต้องการทำพิธีทางศาสนาที่ตนนับถือ หรือการกระทำตามความเชื่อทางประเพณีและสังคม พยาบาลอาจช่วยเหลือให้ความสะดวกแก่ญาติหรือผู้ป่วย เช่นการจัดสถานที่ที่เหมาะสมหรือการติดต่อประสานงานให้ตามสมควร

7. พยาบาลควรช่วยเตรียมญาติให้พร้อมก่อนที่จะเข้าหาผู้ป่วย โดยให้ญาติตระหนักว่าตนเป็นผู้ที่ประคับประคองและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยมากกว่าการจะแสดงความเศร้าโศกเสียใจ และในบางครั้งพยาบาลควรให้โอกาสแก่ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลหรือให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความเจ็บปวด ความไม่สบาย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดกันมากขึ้น

8. การช่วยเหลือและให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัวให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติ โดยให้ความช่วยเหลือตามที่สามารถจะทำได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว พยาบาลควรช่วยเหลือในการแต่งตัวศพ เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการรับศพ การทำพิธีทางศาสนา การเคลื่อนย้ายศพ การติดต่อสถานที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือในกรณีที่มีญาติมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ พยาบาลสามารถช่วยเหลือได้ โดยการแนะนำหรือส่งไปปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวจะครอบคลุมปัญหาและความต้องการ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณและอารมณ์ และด้านครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งพยาบาลควรมีความเข้าใจและสามารถตอบสนองปัญหาในแต่ละด้านของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผลการพยาบาล

เป็นการประเมินผลเพื่อต้องการทราบว่า การลงมือปฏิบัติงาน ได้ผลดีหรือไม่ ปัญหาได้รับการแก้ไขมากน้อยเพียงใด หรือมีปัญหามาใหม่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานนั้นหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำมาปรับแผนการพยาบาลที่วางไว้ เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย มีดังนี้คือ (Kozier and Erb, 1988)

1. ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวด
2. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกโกรธ เศร้าโศก หรือสูญเสียออกมาทางคำพูด
4. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา
5. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพแบบเปิดเผย (Open relationship) กับบุคคลผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ
6. ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามที่ต้องการ
7. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลการพยาบาลครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตาย โดยยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น และผ่านกระบวนการเศร้าโศกไปได้ มีดังนี้คือ

1. ผู้เศร้าโศกสามารถแยกตนเองออกจากผู้ป่วยโดยสิ้นสุดสายสัมพันธ์ระหว่างกัน
2. ผู้เศร้าโศกต้องปรับตัว เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีผู้ป่วยได้
3. ผู้เศร้าโศกสามารถสร้างสัมพันธภาพใหม่ได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว โดยนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ในขั้นแรกเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว โดยให้ครอบครัวค้นหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แล้วนำมาวิเคราะห์ปัญหาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อนำไปวางแผนให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ และครอบครัวผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการเศร้าโศกไปได้ด้วยดี ขั้นต่อไปเป็นการลงมือปฏิบัติการพยาบาลตามที่วางแผนไว้ โดยปรับประคับประคองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย และลดความทุกข์ทรมานทางกาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายอย่างสงบ ในขั้นสุดท้ายเป็นการประเมินผลการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยใกล้ตาย โดยผู้ป่วยควรปราศจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และครอบครัวใช้กลไกในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพต่อการสูญเสีย และความเศร้าโศกที่ได้รับ

การประเมินความสามารถของพยาบาล

ความสามารถของบุคคล สามารถวัดได้โดยพิจารณาจากปริมาณ และคุณภาพของงานที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน (สมพงษ์ เกษมสิน, 2516) ดังนั้น การวัดความสามารถจึงต้องประเมินทั้งปริมาณและคุณภาพพร้อมกันไป ผู้ประเมินอาจเป็นผู้ปฏิบัติหรือผู้ร่วมงานก็ได้ การที่จะประเมินผลให้ได้ผลดีนั้น สิ่งที่สำคัญในการที่ได้มาซึ่งข้อมูลที่ศึกษาภาพก็คือ กระบวนการประเมินผล ซึ่งมีดังนี้

1. ชี้แจงเกณฑ์และสร้างแบบประเมิน ในการวางเกณฑ์ขึ้นข้อมูลพื้นฐาน อาจได้จากปรัชญา จุดมุ่งหมายขององค์การ จากการพรรณางาน จากสภาพแวดล้อมของหน่วยงานหรือภายในหน่วยงานเอง ส่วนเกณฑ์การประเมินผล ต้องมีแนวคิดหลักที่เหมาะสม มีความเที่ยงตรง ซึ่งสามารถนิรนัยได้

2. วิธีการประเมิน ผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินต้องเข้าใจบทบาทของตนเอง วัตถุประสงค์ของการประเมิน และแบบประเมิน ทราบเป้าหมายร่วมกันและมีความเต็มใจต่อการประเมินนั้น วิธีการประเมินทำได้ 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่เป็นทางการ และไม่เป็นการ

ลักษณะที่เป็นทางการทำได้โดยวิธี Check list, Rating Scales, one to one and group conference, Nursing Audit เป็นต้น

ลักษณะไม่เป็นทางการ เช่น การสังเกตขณะที่ผู้ถูกประเมินไม่รู้ตัว เช่น ขณะทำงานร่วมกัน การช่วยเหลือ ปฏิกริยาที่เกี่ยวข้องกับบุคคลต่าง ๆ ในขณะ conference หรือ ดูจากการปฏิบัติงานที่ไม่ใช่กิจกรรมหลัก

3. การวิเคราะห์ผลการประเมินและการนำไปใช้ การวิเคราะห์ผลการประเมินควรร่วมพิจารณาโดยออกมาในรูปคณะกรรมการ ซึ่งกรรมการชุดนี้จะทำหน้าที่ประเมินบุคคล ประเมินคุณภาพการดูแลให้คำตอบแทนตามความสามารถและต้องสามารถหาผลประโยชน์จากการประเมินได้โดยนำมาปรับปรุงการปฏิบัติงาน

วิธีการประเมิน

การประเมินผลบุคลากรพยาบาลสามารถประเมินได้หลายรูปแบบ ซึ่งการประเมินแต่ละรูปแบบจะมีลักษณะเฉพาะของรูปแบบนั้น ๆ วิธีการที่สามารถนำมาใช้ได้ มีดังนี้

1. การบันทึกการพรรณานพฤติกรรม อย่างมีวัตถุประสงค์ใน แบบฟอร์ม หรือ กระดาษเปล่า การบันทึกนี้จะประกอบด้วยผู้ถูกสังเกต ใครเป็นผู้สังเกต สังเกตเมื่อไหร่ ที่ไหน การพรรณาจะต้องบันทึกข้อมูลพื้นฐานตามความเป็นจริงเท่านั้น ผู้บันทึกต้องใช้เวลาในการสังเกตมากพอสมควร เพื่อสังเกตพฤติกรรมได้ชัดเจน จึงควรมีการบ่งชี้เวลาในการสังเกตไว้ด้วย

2. การตรวจรายการ (Check List) เป็นวิธีการที่ผู้ประเมินใช้ประเมินกลุ่มลักษณะงานหรือกลุ่มพฤติกรรมต่าง ๆ ว่า ผู้ถูกประเมินมีการปฏิบัติหรือไม่อย่างไร วิธีนี้มีประโยชน์มาก เพราะใช้ได้อย่างกว้างขวาง เช่น การประเมินด้านสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ห้แก่การพยาบาล ฯลฯ

3. แบบเครื่องวัด (Rating Scale) เป็นวิธีการที่สามารถบอกให้เราทราบได้ว่าพฤติกรรมนั้นมีหรือไม่มี เพราะวิธีนี้จะบอกพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่อเรื่อง ที่สามารถบ่งชี้ว่าการปฏิบัติอยู่จุดใด ซึ่งอาจจะระบุคุณภาพหรือปริมาณได้

4. แบบการจัดลำดับ (Ranking) การจัดอันดับการปฏิบัติงานโดยเปรียบเทียบการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นคู่ ๆ แล้วประเมินตัดสินว่าแต่ละคู่ไหนใครเป็นผู้มีความสามารถเหนือกว่า นำผลการตัดสินมาเรียงคะแนนในลักษณะช่วยให้มองเห็นผลการปฏิบัติได้ชัดเจน แต่การประเมินในลักษณะนี้ไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในกลุ่มที่มีบุคลากรจำนวนมาก

5. การประเมินโดยอาศัยแนวคิดของการบริหาร โดยยึดวัตถุประสงค์ (Management by objective หรือ MBO) วิธีนี้จะเน้นการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยเน้นสัมฤทธิ์ผลของแต่ละบุคคล และทำการวัดผลการปฏิบัติงานในแง่ของผลที่ได้รับโดยตรง โดยขั้นแรกจะต้องทบทวนจุดประสงค์ของงานที่ต้องมอบหมาย และกลุ่มคนที่จะปฏิบัติ โดยทำการวิเคราะห์ให้ทราบว่า เขาจะต้องทำอะไรบ้าง และจะอย่างไร ซึ่งจะต้องพรรณนาไว้อย่างชัดเจน โดยมีรายการความรับผิดชอบทั้งหมดของแต่ละคน ซึ่งความรับผิดชอบนี้จะมุ่งที่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมทั้งคุณธรรมการเปลี่ยนงาน การพัฒนาตนเองและการปฏิบัติ ซึ่งความรับผิดชอบหลักนี้จะต้องสามารถบ่งชี้และพิจารณาระดับความสำคัญตามเกณฑ์กำหนดไว้ หลังจากทำรายการความรับผิดชอบเรียบร้อยแล้ว ผู้ประเมินต้องวางแนวทางการปฏิบัติเพื่อสามารถดำเนินงานให้ไปสู่จุดมุ่งหมาย โดยจัดความสำคัญของการดำเนินงานตามลำดับความสำคัญของวัตถุประสงค์และในขณะที่ยังดำเนินงานอยู่นั้น ผู้ประเมินจะต้องคอยทบทวนความก้าวหน้าของงานตามแผนเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

6. การประเมินโดยการสัมภาษณ์ (Appraisal Interview) จากแนวคิดที่ว่า การประเมินผลจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถได้ข้อมูลแท้จริงมากที่สุด ทำให้มีการนัดพบเพื่อประเมินผลโดยการสัมภาษณ์ แต่ควรจัดทำในเวลาที่ไม่รีบร้อนและมีลักษณะเป็นการส่วนตัว การสัมภาษณ์จะต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ เช่น ความก้าวหน้าและความสำเร็จของงานตามเป้าหมาย อันเป็นพฤติกรรมที่สังเกตพบ ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลได้ปรับปรุงเป้าหมายการปฏิบัติงานของตนให้ดีขึ้น ผู้ประเมินจะทำหน้าที่ให้การสนับสนุนให้คำแนะนำ และช่วยวางแผนปฏิบัติงาน ซึ่งการประเมินด้วยวิธีนี้จะต้องนำหลักการสัมภาษณ์ เข้าร่วมด้วย จึงจะทำให้ผลการประเมินสำเร็จด้วยดี

ปัญหาและข้อผิดพลาดในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

การประเมินผลมักพบปัญหาและข้อผิดพลาดเสมอ เพราะการประเมินผลใช้เกณฑ์ ร่วมกับการนิยามตัดสินของผู้ทำการประเมิน ดังนั้นลักษณะส่วนตัว นิสัย แนวคิด ความสัมพันธ์ ส่วนตัว และอื่น ๆ ของผู้ทำการประเมินจะมีผลต่อความเที่ยงตรง และความเป็นปรนัยของการ ประเมิน สิ่งที่ทำให้การประเมินผลไม่เป็นปรนัย ได้แก่

1. จากส่วนตัวผู้ประเมิน เช่น ความลำเอียง จากผู้ประเมินตั้งเกณฑ์ไว้ สูงมาก เนื่องจากตนเองเป็นคนสมบูรณ์แบบมาก จากการเปรียบเทียบที่ผิดพลาดของผู้ประเมิน จากอคติส่วนตัว หรือจากลักษณะหรือคุณสมบัติส่วนตัวของผู้ประเมิน รวมทั้งการที่ผู้ประเมินแต่ละคนมี มาตรฐานการประเมินต่างกัน
2. จากแบบประเมิน แบบประเมินมักจะกำหนดปัจจัยในการประเมินน้อย เกินไป หรือเป็นไปในลักษณะง่าย ๆ กว้าง ๆ สั้น ๆ ไม่ลึกในรายละเอียดและแบบประเมินที่ไม่ เหมาะสมกับระดับอายุของบุคคลบางช่วง
3. จากนโยบายขององค์การ เช่น กำหนดวัตถุประสงค์ในการประเมินไว้ หลายอย่าง ทำให้ได้ผลไม่แม่นยำ หรือการประเมินผลที่มุ่งแต่จะใช้เพื่อพิจารณาด้านบริหาร ค่าจ้าง โดยไม่นำไปใช้ประโยชน์อย่างอื่นเท่าที่ควร

ดังนั้น พยายามทำให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จึงจำเป็นต้องประเมินและรับรู้ในความสามารถเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ตลอดจนพัฒนาความสามารถ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายให้อยู่ในระดับสูงขึ้น สำหรับงานวิจัยนี้ การที่จะให้ได้มาซึ่งค่า คะแนนระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้วิจัยได้ให้พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยตนเอง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในสถานการณ์เฉพาะอย่าง มิใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกวัน ซึ่งการที่จะให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย อาจทำได้ ค่าคะแนนของการประเมินไม่ตรงกับความเป็นจริง ในกรณีที่หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่เคยสังเกตการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลผู้นั้น ส่วนวิธีการประเมินใช้ การประเมินอย่างเป็นทางการโดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ลงความเห็นเกี่ยวกับความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของตนเองในแบบรายงานความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ผู้

วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล 4 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในสาขาวิชาชีพใด ย่อมจะไม่อยู่ในระดับคงที่ อาจเพิ่ม ลด หรือเปลี่ยนแปลงไปได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์ (Graff and Street, 1956) โดยเฉพาะสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย อาจก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความเบื่อหน่ายได้ง่าย ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่สามารถบั่นทอนความสามารถในการปฏิบัติงานให้เสื่อมถอยลง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้บริหาร ในการแสวงหาปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับที่สูงขึ้นตลอดไป ปัจจัยเหล่านี้ผู้วิจัยจะเสนอรายละเอียดต่อไป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ความสามารถของบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน พรรณราย ทรรศนะประภา (2526) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถของบุคคล ว่าประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไป นอกจากนี้จากทฤษฎีและแนวคิดทางสังคมศาสตร์ ถือว่า พฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลจากองค์ประกอบหลายประการ โดยสรุปแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ (เทพหม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ, 2529) คือ

1. ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ
2. ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ ความสนใจ และแรงจูงใจ เป็นต้น

ซึ่งองค์ประกอบทั้งสองนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมและความสามารถของบุคคล เป็นสิ่งที่ผลักดันให้แต่ละบุคคลแสดงความสามารถในการปฏิบัติงานออกมา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลและปัจจัยภายในบุคคล มาศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 5 ปัจจัย เรียงตามลำดับดังนี้

บรรยากาศการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งในแต่ละปัจจัยตัดสรร มีรายละเอียดดังนี้

บรรยากาศการทำงาน

บรรยากาศการทำงาน คือ กลุ่มของคุณลักษณะและสภาพแวดล้อมของงาน ซึ่งบุคคลผู้ทำงานในสิ่งแวดล้อมดังกล่าวนั้นรับรู้ และบรรยากาศจะเป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากรในการทำงาน (สมยศ นาวิการ และวุฒดี รุมาคม, 2520) ส่วน ดิลกา ไตรโฆบูลย์ (2531) กล่าวว่า บรรยากาศการทำงาน คือ การรับรู้และความรู้สึกที่บุคคลมีต่อลักษณะของการทำงานที่มองเห็นได้ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้เป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ส่งผลถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน ดังนั้นบรรยากาศการทำงาน จึงหมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจที่บุคคลมีต่อสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลเป็นผู้ที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา สภาพอากาศของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อการช่วยชีวิต และสภาวะจิตใจของญาติ สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ย่อมกระทบกระเทือนและก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจอย่างมากต่อพยาบาล (ลออ หุตากร, 2521) พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยใกล้ตายมักเกิดความท้อแท้ใจ ไม่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เกิดความรู้สึกหมดหวัง และเกิดความเครียดอย่างมากกับพยาบาล (Braveman, 1987; Haber, 1987; Maslach, 1982) ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจกับพยาบาล นอกจากนี้อาจทำให้ละเลยผู้ป่วย มองไม่เห็นความสำคัญของคน หรือลดความเป็นมนุษย์ (Dehumanization) ของผู้ป่วย หากพยาบาลผู้นี้ยังคงปฏิบัติงานต่อไปในหน่วยงาน ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานจะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stubbs และ Schaffner (1985) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติและหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีความรุนแรงและความถี่ของความเครียดในวิชาชีพสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชและห้องผ่าตัด ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลด้วย

Litwin และ Stringer พบว่า บรรยากาศการทำงานที่มีความอบอุ่นและมีการสนับสนุน จะช่วยลดความวิตกกังวลและความตึงเครียดในการปฏิบัติงานลงได้ (อ้างถึงใน สมยศ นาวิการ และ พุสดี รุมาคม, 2520) ซึ่งบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่นเป็นการรับรู้ถึง มิตรภาพที่ดีภายในหน่วยงาน ซึ่งเกิดขึ้นในบรรยากาศของการทำงานเป็นกลุ่ม ฟาริดา อิบราฮิม (2523) กล่าวถึงบรรยากาศที่จะเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกอยากทำงาน ต้องเป็นบรรยากาศ ที่มีความรักและความเมตตาเป็นพื้นฐาน มีความจริงใจ ซื่อสัตย์ต่อกันและกัน มีความยุติธรรม มี เจตนาดี ให้อภัย ใจกว้าง ปฏิบัติงานโดยมุ่งประโยชน์ของส่วนรวมเป็นสำคัญ ไวต่อความรู้สึกและ ความต้องการซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ความเป็นมิตร ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การเคารพกัน จะก่อให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นในการทำงาน ในฐานะที่พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพ จึงควร เข้าใจความรู้สึกอ่อนไหวกระทบกระทั่งง่ายในการทำงานร่วมกับแพทย์ พยาบาลผู้ร่วมงาน และ บุคลากรอื่น ๆ ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน กับผู้ที่มีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลด้วยกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (เจ เอฟ แชนแรตตี, 2533) ซึ่งจะส่งผลถึงบรรยากาศในการ ทำงานที่มีความอบอุ่น พึงพอใจในการทำงานมากขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานก็ดีขึ้นด้วย เพราะ ความเครียดในการปฏิบัติงานลดลง ย่อมจะทำให้ได้ผลงานดีขึ้น Woodhall (1986) กล่าวว่า การปฏิบัติกรพยาบาลในบรรยากาศการทำงานที่ผ่อนคลาย ปราศจากความวิตกกังวล นับว่าเป็น สิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับพยาบาล

ส่วนบรรยากาศการทำงานที่มีการสนับสนุน คือ การรับรู้ถึงความช่วยเหลือของ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานอื่นในกลุ่ม เน้นการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จากการปฏิบัติงานในการดูแล ผู้ป่วยใกล้ตาย ก่อให้เกิดความเครียดกับพยาบาล ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลเหล่านี้ สามารถลดลงได้จากการพูดคุย ปรึกษาหารือกับกลุ่มผู้ร่วมงาน อาจเป็นการพูดคุยเพื่อระบายความ เครียด หรือช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น Herrle (1987) แสดงความคิดเห็นว่า พยาบาล ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้ป่วยในหน่วยวิกฤติ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน เพราะ พยาบาลเหล่านี้มักจะเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์จากการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว เช่น อารมณ์โกรธ รู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ Kubler-Ross (1969) กล่าวว่า พยาบาล ต้องเรียนรู้ที่จะยอมรับกับตัวเองเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวด อารมณ์ที่อยู่ภายใน ควรมีการกระตุ้น ใ้พยาบาลพูดอย่างเปิดเผยซึ่งกันและกัน เพื่อร่วมรับรู้ความรู้สึกร่วมกัน การสนับสนุนซึ่งกันและกัน

การทำงานประสานงานร่วมกัน การช่วยเหลือสนับสนุนไม่เป็นทางการจากกลุ่มผู้ร่วมงาน จะทำให้เกิดคุณภาพของการดูแล และลดความเครียดของพยาบาลได้ Haber (1987) กล่าวว่า "ในการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน"

ด้วยเหตุที่บรรยากาศการทำงานมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติงาน บุคคลที่พึงพอใจต่อสภาวะแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ย่อมก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานที่ดีด้วย เพราะบุคคลที่มีความพึงพอใจกับงาน จะมีความสนใจต่อการทำงานนั้นและมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้ดีกว่าบุคคลที่มีความพึงพอใจน้อยกว่า ซึ่งความสามารถของบุคคลจะเป็นตัวกำหนด การปฏิบัติงานของบุคคลนั้น จากการศึกษาของ วรธนวิไล จันทราภา และคณะ (2523) เรื่ององค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า สภาพการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานมาก ผู้ที่ไม่พอใจในสภาพการปฏิบัติงาน จะมีผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานต่ำ ส่วนผู้ที่พอใจในสภาพการปฏิบัติงานจะมีผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกัญญา แสงมุกข์ (2530) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถร่วมพยากรณ์ความพึงพอใจในงานได้

จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า สภาพการปฏิบัติงาน การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน และมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งเมื่อพยาบาลมีความพึงพอใจในงานและสภาพการปฏิบัติงาน ก็ย่อมจะทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจ ความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ แต่เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว มีความเครียดและความวิตกกังวลอย่างสูงจากการปฏิบัติงาน บรรยากาศการทำงานที่มีความอบอุ่น และมีการสนับสนุนจะช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดจากการปฏิบัติงาน ดังนั้นบรรยากาศการทำงานที่มีความอบอุ่น และมีการสนับสนุน จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยช่วยให้พยาบาลมีความพึงพอใจกับงาน และมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

พยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้ดี และมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม ควรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Degner and Gow, 1988) Kübler-Ross (1969) ได้สัมภาษณ์พยาบาลจำนวนมาก และพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยอมรับว่าตนขาดการสั่งสอนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจากโรงเรียนพยาบาล จึงไม่สามารถเผชิญกับความตายของผู้ป่วยใกล้ตายที่ตนต้องให้การดูแลได้ การที่พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และครอบครัวได้ดีนั้น จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการของผู้ป่วยใกล้ตาย ลักษณะอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยเสียชีวิต การบอกความจริงกับผู้ป่วยและครอบครัว การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตายและกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว เนื่องจาก พยาบาลควรจะได้พัฒนาตนเองในการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เพื่อให้มีความสามารถในการนำความรู้ความสามารถไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย มีดังนี้คือ

1. ลักษณะอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งการตายของร่างกายจะเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปเรื่อย ๆ การเคลื่อนไหว และความรู้สึกค่อย ๆ ลดน้อยลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหมดไป ระบบไหลเวียนเลือดจะช้าลง มีการหายใจเร็วขึ้น ไม่สม่ำเสมอ และ reflex จะค่อย ๆ หายไป การรับรู้ต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ลดลง
2. ลักษณะอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ ลักษณะดังต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก และไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะไม่หายใจ ไม่มี Reflex นอกจากนี้พบว่า คลื่นสมองเป็นเส้นตรง อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นอาการบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยได้เสียชีวิตแล้ว
3. การบอกความจริงกับผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว มักพบว่า เจ้าหน้าที่ แพทย์ และพยาบาล รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยปิดบังความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย โดยเชื่อว่าเป็นการช่วยผู้ป่วย (Barry, 1989) แต่จากความเป็นจริงเป็นผลเสียมากกว่าผลดี การเปิดเผยและรับรู้ข้อมูลร่วมกัน จะทำให้เกิดความรู้สึกในการเผชิญกับความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายร่วมกัน (Wilson

and Kneisl, 1988) การบิดบังความจริงจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกเหมือนเป็นเด็ก ไม่สามารถควบคุมหรือเลือกการดูแลรักษาที่เขาควรจะได้รับ ในที่สุดผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความไม่ไว้วางใจ ในไม่ช้าผู้ป่วยจะสามารถรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของเขาได้ เนื่องจากอาการทางกายทรุดลงและการรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน บทบาทของพยาบาลคือให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับการบอกและผู้ป่วยควรจะรับรู้ความจริงมากน้อยแค่ไหน พยาบาลควรช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลตามที่ผู้ป่วยต้องการ (Haber, 1987) การตอบคำถามผู้ป่วยอย่างเปิดเผยและซื่อสัตย์เป็นหลักของการติดต่อสื่อสารในกระบวนการตายของผู้ป่วย

ธีระ ลิมศิลา (2523) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินปัญหาที่บอกความจริงเกี่ยวกับโรคที่รักษาไม่หายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

1. การบอกนั้นจะต้องเกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยหรือครอบครัวแน่นอน
2. ผู้บอกจะต้องมีบุคลิกภาพเหมาะสมเป็นที่ศรัทธาไว้เนื้อเชื่อใจ ได้รับความมั่นใจจากผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่เขาไว้วางใจได้ เชื่อถือในความสามารถทางวิชาการได้
3. ผู้บอกต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องราวที่จะบอกอย่างเพียงพอ เป็นต้นว่า
 - 3.1 ความรุนแรงของโรคที่เป็น
 - 3.2 ระยะของโรคที่กำลังเป็น
 - 3.3 ความหวังด้านดีที่แพทย์พยาบาลจะสามารถให้เขาได้ โดยมีใช่เป็นการมูสา เช่น แม้ว่าจะจะเป็นโรคร้ายก็ยังอยู่ในระยะที่อาจจะหายได้ หรือถ้าอยู่ในระยะที่หายไม่ได้ก็ยังอยู่ในระยะที่จะช่วยผ่อนหนักเป็นเบาได้ และถ้าอยู่ในระยะหมดหวังก็ยังมีโอกาสให้ใช้เวลาที่เหลือในบั้นปลายแห่งชีวิตให้เกิดประโยชน์ได้
4. เกี่ยวกับผู้รับข่าวหรือผู้ป่วย ผู้บอกจะต้องใช้ความสามารถพิจารณาทั้งสภาพจิตและกายว่าพร้อมที่จะรับข่าวนั้นได้ ถ้ามีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจ ก็จะต้องระวังเป็นพิเศษ
5. จังหวะที่จะบอก จะต้องเลือกจังหวะที่เหมาะสม ควรใช้เวลาในการปรับตัวบ้างแต่ไม่ถึงเป็น เรื่องสำคัญจนเกินไปนัก สิ่งที่สำคัญที่สุดจะต้องเน้นสำหรับผู้บอกคือ
 - 5.1 จะต้องแสดงความเห็นกันเอง เห็นอกเห็นใจ เสมือนผู้ป่วยเป็นญาติของคุณ

5.2 ใจเย็นพอที่จะรับฟังปัญหาข้อข้องใจทั้งด้านเรื่องส่วนตัว และด้านวิชาการ เกี่ยวกับความเจ็บ ความไม่สบายของผู้ป่วย

5.3 จะต้องมีความสามารถที่จะเข้าใจ กระตุ้นให้เขาารู้ซึ่งถึงคุณค่าแห่งชีวิต ของเขาที่มีต่อครอบครัว สังคม แม้ต่อประเทศชาติบ้านเมือง ให้เขาสำนึกใจได้ว่า แม้จะมีเวลา เหลือจำกัดเพียงใด ก็ยังมีโอกาสให้เขานำคุณค่าที่มีอยู่ในตัวนั้นออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ทั้งต่อ ตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติบ้านเมือง

5.4 กริยา ท่าทางและสายตา ที่แสดงออกของผู้บอกจะต้องเป็นไปอย่าง จริงใจ จริงจังมีเมตตา เป็นที่วางใจได้

5.5 ผู้บอกจะต้องสำนึกว่า กำลังรักษายาบาลผู้ป่วย ไม่ใช่รักษายาบาล แต่โรคอย่างเดียว ผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ จึงต้องคำนึงถึงร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน

5.6 ผู้บอกจะต้องถือความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย มีความจริงใจ ความรับผิดชอบ และคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นองค์ประกอบสำคัญ

สำหรับในประเทศไทยการบอกความจริงกับผู้ป่วยยังคงเป็นเรื่องหลีกเลี่ยงเพราะ คิดว่าจะเป็นการทำร้ายจิตใจผู้ป่วย ทำให้หมดหวังและหมดกำลังใจในการรักษายาบาล ครอบครัว ของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะบอกแพทย์และพยาบาลให้ปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะอาการของโรค ไม่บอก ให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งในทางปฏิบัติจริงนั้น การบอกความจริงกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรจะขึ้นอยู่กับ สภาวะจิตใจของผู้รับข้อมูล สิ่งแวดล้อม และวิธีการบอก เพื่อให้กระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัวให้น้อยที่สุด พยาบาลจึงควรมีความรู้ในการบอกความจริงกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมในสถานการณ์เช่นนี้

4. การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตาย Ombudsman (quoted in Gooch, 1988) รายงานว่าการขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตายเป็นข้อบกพร่องในการดูแล และ Saunders แนะนำว่าการติดต่อสื่อสารที่ไม่ดีสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานได้มากกว่าอาการจากโรค ของผู้ป่วยเสียอีก ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลมักลังเลที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย กลัวว่าอาจจะไม่ได้รับการเตรียมพร้อมหรือไม่มีความสามารถที่จะตอบคำถามที่ผู้ป่วยถามได้ ซึ่งตรงกับ การศึกษาของ ดวงฤดี ชจรุญ (2527) เกี่ยวกับความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อการพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลส่วนมากกลัวผู้ป่วยและญาติจะซักถามเกี่ยวกับโรคและ

การพยากรณ์ของโรค ดังนั้นพยาบาลจึงอาจจะหลีกเลี่ยงผู้ป่วยมากกว่าที่ตอบคำถามผู้ป่วยอย่างซื่อสัตย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถ้าได้รับการกระตุ้นให้มีการติดต่อสื่อสารอย่างอิสระ ผู้ป่วยจะแสดงสัญญาณที่บอกให้พยาบาลทราบได้ว่า เขาต้องการทราบความจริงมากน้อยเพียงใด และพร้อมที่จะยอมรับความจริงได้หรือไม่ (Verwoerdf, quoted in Roux, 1977)

โดยทั่วไปนั้น เทคนิคในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตายมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ส่งเสริมผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการวินิจฉัยโรค และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจติดตามกระบวนการดูแลรักษาที่ได้รับ
2. เพื่อป้องกันปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและส่งเสริมระดับการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยขณะเดียวกันให้การป้องกันหรือดูแลภาวะทางด้านจิตใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการคงไว้ซึ่งกลไกในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
3. รักษารูปแบบในการติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผยกับผู้ป่วย โดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทของผู้ป่วยได้ และหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนทางอารมณ์ของผู้ป่วยจากการพูดคุยระหว่างผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ในทีมดูแล

เทคนิคการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตายที่สำคัญคือ

1. พยาบาลจะต้องยอมรับและให้เกียรติผู้ป่วยในฐานะเป็นมนุษย์คนหนึ่ง การเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วยจะต้องรู้จักกาลเทศะให้เหมาะสมกับสถานการณ์และเวลา
2. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงในการที่จะติดต่อกับพยาบาล
3. พยาบาลจะต้องเป็นผู้เริ่มดำเนินการติดต่อกับผู้ป่วยก่อนเสมอ
4. ควรมีการนำเข้าสู่บทสนทนา ก่อนจะพูดถึงเนื้อหาสาระที่สำคัญโดยใช้เทคนิคการพูดอื่น ๆ ประกอบ
5. อาจใช้ความเงียบเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และระบายความคับข้องใจกับพยาบาล
6. พยาบาลต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย
7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก หรือข้อคับข้องใจโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ
8. ต้องคำนึงถึงความหวังของผู้ป่วย "ความหวังไม่มีวันตายไปจากผู้ป่วย"

ตั้งถิ่นฐานพยาบาล ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตายและสามารถใช้เทคนิคในการติดต่อได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เพื่อคุณภาพของชีวิต (Gooch, 1988)

5. กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้น แต่ละคนจะมีลักษณะปัญหาเฉพาะของคนไม่เหมือนกันขึ้นกับว่าภาวะของโรคและสถานการณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น (Mahon, 1986) สิ่งสำคัญเป็นอันดับแรกในการดูแลผู้ป่วย คือ ปัญหาและความต้องการด้านร่างกายหลังจากนั้นจึงให้การดูแลด้านจิตสังคม เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยพยาบาลจัดการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และบรรเทาอาการไม่สุขสบายด้านร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการตายในแต่ละระยะไปได้ด้วยดี

ผู้ป่วยใกล้ตายจะรู้สึกสูญเสียการควบคุมชีวิตของเขาอีกทั้งรู้สึกสูญเสีย "ชีวิต" ด้วย พยาบาลสามารถช่วยเหลือและสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียในการควบคุมชีวิต โดยให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกสถานที่ในการให้การดูแล เช่น โรงพยาบาล บ้าน หรือหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยสามารถเลือกตารางเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เวลาในการพบญาติ ครอบครัว หรือเพื่อน ส่วนที่ท้าทายพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตาย คือ ให้เขาพบกับความหมายของชีวิต และคงไว้ซึ่งความต้องการ และความหวังในแต่ละวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยใกล้ตาย โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตพบว่า การนั่งอย่างเงยบ ๆ กับผู้ป่วย เป็นการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดที่พยาบาลสามารถทำได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่ามีบุคคลอยู่ข้าง ๆ เขา พร้อมทั้งจะช่วยเหลือและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย (Wilson and Kneisl, 1988)

นอกจากนี้ในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลควรช่วยเหลือให้ครอบครัวผ่านกระบวนการเศร้าโศกไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถกลับไปดำรงชีวิตต่อไปได้ ภายหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องเข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาของครอบครัวที่มีต่อการสูญเสีย กระตุ้นให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความเศร้าโศก ความสูญเสีย ออกมาเป็นคำพูด คอยช่วยเหลือและประคับประคองภาวะทางจิตใจของครอบครัวให้กำลังใจ สมาชิกในครอบครัวให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติ โดยพยาบาลให้ความช่วยเหลือเท่าที่จะสามารถทำได้

กล่าวโดยสรุป ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลควรมีความรู้ในเรื่องลักษณะต่าง ๆ ของผู้ป่วยใกล้ตาย โดยจะเกี่ยวข้องกับการทำงานลดลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การบอกความจริงกับผู้ป่วยและครอบครัว ขึ้นอยู่กับสภาวะจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ในขณะนั้น โดยพบว่า การปิดบังความจริงเกี่ยวกับสภาวะอาการของโรคไว้ไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย นอกจากนี้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตาย โดยเฉพาะในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลควรใช้การสัมผัส หรือนั่งเงียบ ๆ อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์มากกว่าการพูดปลอบโยน ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควรให้การดูแลครอบคลุมปัญหาด้านกาย จิต สังคม ของผู้ป่วย ความรู้ทั้งหมดนี้จะช่วยให้พยาบาลรู้และเข้าใจปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยแต่ละครอบครัวแสดงออกมา อีกทั้งสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร (2518) ได้ศึกษาเรื่องความคิดเห็นของนักศึกษานพยาบาล ศิริราชต่อผู้ป่วยใกล้มรณะ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่มั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และขาดความรู้ที่จะนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เนื่องจากมีความรู้เกี่ยวกับความตาย และการดูแลผู้ป่วยใกล้มรณะไม่เพียงพอ นอกจากนี้ Degner และ Gow (1988) ศึกษาการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า หลังให้ความรู้เกี่ยวกับความตายแก่พยาบาล ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลดลง และพยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับความรู้

จากการศึกษาดังกล่าวนี้สรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายอีกทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ช่วยให้พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายดีขึ้น และเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย

ความเชื่อ คือ สิ่งที่บุคคลได้รับการสอน หรือจากประสบการณ์ที่ได้พบมาตั้งแต่เด็ก ในสังคมซึ่งอาจจะถูกหรือผิดก็ได้ แต่ถ้าเราคิดว่าความจริงเป็นเช่นนั้นแล้ว นั่นก็คือความเชื่อของเขา (ชูด้า จิตพิทักษ์, 2525) ดร.ณรงค์ สิ้นสวัสดิ์ (อ้างถึงในชูด้า จิตพิทักษ์, 2525) กล่าวว่า

ความเชื่อ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ จะแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อโดยวิธีใด หรือต่อเหตุการณ์ใด ขึ้นอยู่กับความคิดของมนุษย์ว่าสิ่งใด เหมาะในขณะที่ตนเองเผชิญกับเหตุการณ์นั้น

Rokeach (อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะรู้ตัวว่ามีหรือไม่รู้ตัวก็ได้ แต่สามารถจะรู้ว่ามีได้จากการที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ เริ่มต้นด้วย "ฉันเชื่อว่า...." ส่วนเนื้อหาของความเชื่อนี้อาจเป็นการอธิบายถึงสิ่งของหรือเหตุการณ์ว่าถูกหรือผิด ประเมินค่าว่าดี หรือไม่ดี หรือสนับสนุนว่าเป็นสิ่งที่ยิ่งประเสริฐหรือไม่ยิ่งประเสริฐ ไม่ว่าความเชื่อจะออกมาในรูปลักษณะใด (อธิบาย หรือประเมินค่า หรือสนับสนุน) ก็ตาม แต่ละลักษณะจะเป็นส่วนที่กำหนดแนวโน้มของบุคคล ในการที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไปเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ์นั้น ๆ ในการปฏิบัติสิ่งใด ๆ ก็ตาม บ่อยครั้งที่พบว่า จะเกี่ยวข้องกับความเชื่อบางอย่างอยู่เสมอ ความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของมนุษย์

ดังนั้น ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความรู้สึก และความนึกคิดเกี่ยวกับความตาย เป็นสิ่งที่บุคคลค่อย ๆ เรียนรู้ และทำความเข้าใจจากประสบการณ์ของตนเองเป็นระยะเวลานาน จนกลายเป็นสิ่งที่บุคคลยึดถือและส่งผลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับความตาย สุจิตนา ชรรณวิทยาภุมิ (2527) กล่าวว่า ความเชื่อหรือแนวคิดเป็นรากฐานที่สำคัญยิ่งต่อการจัดการทางการแพทย์และการปฏิบัติทางการแพทย์ เพราะแนวคิดเป็นแรงสะท้อนของความเชื่อ ซึ่งจะช่วยให้พลังจูงใจให้สามารถแสดงออกมาในลักษณะของการปฏิบัติได้ ฉะนั้น ความเชื่อเกี่ยวกับความตายของพยาบาลจึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ให้กับผู้ป่วย ใกล้ตาย และเป็นตัวกำหนดแนวโน้มความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ใกล้ตายด้วย

เนื่องจากความตายเป็นเรื่องลึกลับ ทุกคนไม่สามารถทราบได้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังความตาย ตายแล้ว ไปไหน และในสังคมปัจจุบัน ความตายเป็นเรื่องต้องห้ามไม่ควรพูด ในสังคมทุกคนจะรู้สึก ไม่สบายใจที่จะกล่าวถึง จึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการพูดถึงความตาย ทั้ง ๆ ที่ความตายเป็นสัจธรรมของชีวิต ซึ่งมนุษย์ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยง นอกจากนั้น ถึงแม้ความตายจะเป็นสิ่งที่มนุษย์เกือบทุกคน ไม่พึงประสงค์ แต่ความตายก็สามารถเกิดขึ้นได้ทุกกระยะของชีวิต นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงวัยชรา

จากการที่มนุษย์ไม่สามารถเข้าใจความหมายของความตายได้อย่างแท้จริง ทำให้คนส่วนมากเกิดความสงสัย เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อความตาย นพยายามหลีกเลี่ยงความตายทั้งด้าน ความคิด และการกระทำ (นิชรีชา ไชยลังกา, 2532) ซึ่งการปฏิเสธต่อความตายนี้ถ้าเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ให้การดูแลรักษา ย่อมจะมีผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วย โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด และให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าพยาบาลเกิดความรู้สึกขัดแย้งเกี่ยวกับความตาย หรือกลัวเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอาจทำให้ขาดความสนใจและหลีกเลี่ยงผู้ป่วยใกล้ตาย จากการศึกษาของ ดวงฤดี ชจรนุญ (2527) พบว่า ความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทั้งเศร้าใจ รู้สึกรังเกียจกลิ่นเหม็น หรือเบื่อผู้ป่วย พยาบาลส่วนมากกลัวผู้ป่วยและญาติจะซักถามเกี่ยวกับโรค ไม่ทราบจะให้คำตอบอย่างไรดี ความกลัวมีอำนาจมากต่อการตอบสนองทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย ซึ่งนำไปสู่การหลีกเลี่ยงและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Wheeler, 1980) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายถูกทอดทิ้ง และขาดการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร

สันต์ หัตถ์รัตน์ (2521) ได้กล่าวถึงปัญหาที่มีการละเลยในเรื่องความตาย และภาวะใกล้ตาย ซึ่งนำไปสู่การดูแลที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยใกล้ตาย เนื่องจากสาเหตุ ความกลัวเกี่ยวกับความตาย และภาวะใกล้ตาย อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล หลีกเลี่ยงเกี่ยวกับความตาย เนื่องจากมักจะรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ เพราะได้รับการสอนให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย ความตายของผู้ป่วยจึงเป็นความล้มเหลวของการปฏิบัติงาน (Braveman, 1987) เพราะจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ การช่วยชีวิต Fenner (quoted in Amenta and Bohnet, 1986) กล่าวว่า พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ได้ประสพกับความตายของผู้ป่วยบ่อยครั้ง ในแต่ละครั้งมักจะกล่าวโทษว่าความตายมีสาเหตุจากความล้มเหลวของการพยาบาล เพราะพยาบาลมุ่งแต่เป้าหมายของการรักษาพยาบาล คือ การส่งเสริมป้องกัน และการรักษาสุขภาพของผู้ป่วย ให้ดำรงไว้ได้อย่างมีคุณภาพและยืนยาวที่สุด โดยลืมนึกถึงหลักความจริงของชีวิตว่า มนุษย์ทุกคนเมื่อเกิดต้องมีตาย ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายได้นั้น และการพยาบาลนั้นมิได้มีเป้าหมายเพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือปลอดภัยจากความพิการเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความตายของพยาบาลวิชาชีพ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพล และเป็นตัวกำหนดแนวโน้มพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยพยาบาลที่มีความกลัวเกี่ยวกับความตาย และภาวะใกล้ตาย อีกทั้งมองความตายว่าเป็นความล้มเหลวของการปฏิบัติงาน มักจะหลีกเลี่ยงหรือรู้สึกอึดอัดใจในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อของพยาบาลที่มีต่อความตายและภาวะใกล้ตาย จะส่งผลต่อพฤติกรรมและความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลควรสำรวจความรู้สึก และความคิดของตนเองเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีทางในการปฏิบัติกรพยาบาลต่อผู้ป่วยใกล้ตาย (Braveman, 1987, Mahon, 1986) ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของ Kubler-Ross (1969) ที่กล่าวไว้ว่า "ในการทำงานกับผู้ป่วยใกล้ตาย เราต้องพิจารณาความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของตัวเองก่อน" ดังนั้น ความเชื่อเกี่ยวกับความตายจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย

ประสบการณ์ในอดีตเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นรู้ว่าภาวะอะไรบางอย่างที่เสี่ยงและไม่เสี่ยง มีความกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดี ประสบการณ์มากจะช่วยพัฒนาความคิด มีจินตนาการ สามารถศึกษาทางเลือกสำหรับการตัดสินใจได้มาก และสามารถเลือกทางเลือกได้ดีและเหมาะสมมากกว่า นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และมีเหตุผลมากขึ้นด้วย (Kirk, 1981) อีกทั้งประสบการณ์ในการทำงานเหมาะสม ย่อมทำให้บุคคลมีความเข้าใจในงานที่ปฏิบัติ หรือรับผิดชอบได้ดี ซึ่งจะสามารถคาดการณ์ สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ดีกว่าผู้ที่ประสบการณ์น้อยกว่า (Nigro and Ingro, 1984)

Kübler-Ross (1969) กล่าวว่า การทำงานกับผู้ป่วยใกล้ตายต้องอาศัยความพร้อม และประสบการณ์ ซึ่งประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยใกล้ตายจะทำให้พยาบาลเข้าใจเหตุการณ์ การแสดงออก และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งตรงกับการศึกษาของ กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ (2518) เรื่องความคิดเห็นของนักศึกษานพยาบาลศิริราชต่อผู้ป่วยใกล้มรณะ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ เนื่องจาก ไม่มีประสบการณ์และขาดการฝึกหัดการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า วิธีที่จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษานพยาบาลมีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ นักศึกษาควรได้

ฝึกปฏิบัติการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะให้มากขึ้น และในภารกิจของ Linn และคณะ (1983) เรื่องผลของการฝึกหัดอบรมเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายแก่พยาบาลที่ทำงานกับผู้ป่วยใกล้ตาย และมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวดีขึ้น อีกทั้งทักษะในการปฏิบัติดีขึ้นด้วย

เนื่องจากผู้ป่วยใกล้ตายแต่ละคนมีรูปแบบพฤติกรรมและความต้องการแตกต่างกันไป ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงต้องแล้วแต่ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ให้พบกับวาระสุดท้ายของชีวิตตามที่ผู้ป่วยต้องการ (Mahon, 1986) พยาบาลที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย มักจะรู้สึกหมดกำลังใจ ซึมเศร้า เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายทางด้านร่างกาย และจิตใจ (Popoff, 1975) นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ถ้าพยาบาลเคยประสบกับความเศร้าโศก ความสูญเสีย เนื่องจากความตาย จะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยใกล้ตายได้ดีมากขึ้น

จากที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของพยาบาล ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยใกล้ตาย อีกทั้งช่วยให้พยาบาลมีพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้ดีขึ้นด้วย ดังนั้น ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายจึงถ้าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ศาสนา มีอิทธิพลต่อการเกี่ยวข้องกับเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย (Castles and Murray, 1979) โดยที่ศาสนาแต่ละศาสนามีหลักความเชื่อ คำสอนเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ จุดมุ่งหมายของชีวิต แนวทางปฏิบัติเพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมาย รวมทั้งการอธิบายถึงความทุกข์ทรมาน และความตายอันเป็นปรากฏการณ์ที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ความเชื่อ คำสอน และการปฏิบัติตามพระคัมภีร์ทางศาสนาจะช่วยทำให้มนุษย์สามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นแก่ตนเองได้อย่างสงบ มีสติ และอาจทำให้ตัดสินใจเลือกการกระทำได้อย่างเหมาะสม (พัชรวิศา ไชยลังกา, 2532) ศาสนาจะช่วยลดการคุกคามชีวิตจากความตาย ช่วยให้ยอมรับว่าความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต ความเชื่อด้านศาสนาของแต่ละบุคคลทำให้ยอมรับความจริง เรื่องความตาย และไม่หวาดกลัวต่อความตาย

ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความตาย

พยาบาลแต่ละคนในฐานะที่เป็นมนุษย์ย่อมต้องมีความเชื่อ ความศรัทธา มีแนวทางดำเนินชีวิตตามศาสนาที่ตนเชื่อถือ การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับศาสนา และการปฏิบัติตามทฤษฎีทางศาสนามีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลได้อย่างมาก (ลีวี่ คิริไล, 2528) ความเกิด แก่ เจ็บ ตาย ของมนุษย์ เป็นความทุกข์ การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลควรดำเนินไปด้วยการเข้าใจเรื่องของความทุกข์เป็นพื้นฐาน คือรู้และเข้าใจผู้ป่วยนั้นเป็นทุกข์ หน้าที่ของพยาบาลควรเป็นไป เพื่อบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยตามความสามารถและความเหมาะสม ในการทำงานกับผู้ป่วยใกล้ตายนั้นพบว่า ก่อให้เกิดความเครียดและรู้สึกว่าคุณค่าจากความตายกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือและพบว่าศาสนาจะช่วยให้เจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถทำงานกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างสงบ และสบายใจขึ้น (Castles and Murray, 1979)

จากการศึกษาของ Popoff (1975) พบว่า พยาบาลที่มีความเชื่อถือ ศรัทธา และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างเคร่งครัด มักจะไม่เห็นด้วยกับการปฏิบัติเมตตามรณะ (Mercy Killing or Euthanasia) และ Kübler-Ross (1969) กล่าวว่า พยาบาลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้น เป็นพยาบาลที่ยอมรับความตายของตนเองได้ ซึ่งพบว่าการยอมรับเกี่ยวกับความตายของตนเองว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้นั้นพบมากที่สุดพยาบาลที่เคร่งศาสนา

ดังนั้น การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เนื่องมาจากความเชื่อถือ ศรัทธา ในหลักคำสอนของศาสนา จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

จากรายละเอียดของความสำคัญของปัจจัยย่อยทั้ง 5 ประการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งให้เห็นภาพรวมอย่างชัดเจนว่า บรรยากาศการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดังแสดงในภาพ

แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

