

การพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนตามวิถีแบบพุทธ

Palliative Carein community with the Buddhism traditions

บทความวิชาการ

จินตนา อาจสันเทียะ*

Jintana Artsanthia, R.N., M.S., Dr. P.H.*

บทคัดย่อ

การพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนมีความสำคัญมากขึ้น หลังจากที่จำนวนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดมีจำนวนมากขึ้น สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ร่างกายมีความเสื่อมตามวัย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวิถีชาวพุทธ โดยพยาบาลสาธารณสุขมีบทบาทในการดูแลและเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแล และเข้าใจในหลักการของการพยาบาลแบบประคับประคองซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย เช่น การควบคุมความเจ็บปวด และอาการอื่น ๆ รวมทั้งการดูแลทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่เป็นการเริ่มดูแลตั้งแต่เริ่มต้น เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคที่รักษาไม่หายขาด ซึ่งเป็นการพยาบาลเชิงรุกที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจนถึงวาระสุดท้าย สามารถจัดการภารกิจที่ค้างคาและจากลาด้วยความสงบ จากหลักการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนตามแนวคิดแบบพุทธนี้ได้ผสมผสานในงานเยี่ยมบ้าน ด้วยหลักคิด 4 เทคนิค คือ การพยาบาลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคที่ 1 การสร้างความอุ่นใจเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่บ้าน เทคนิคที่ 2 การสร้างความเข้าใจเพื่อบรรเทาอาการตามปัญหาที่พบ และให้คำแนะนำกับระดับความต้องการ ข้อมูลการดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค การพยาบาลตามอาการของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สิ่งนี้อาจเผชิญและแหล่งความช่วยเหลือของสังคม เทคนิคที่ 3 การทำใจเพื่อประเมินความต้องการต่อและค่อยเพิ่มข้อมูลที่จะให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมความพร้อมทั้งกับสิ่งต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิตกับภาวะโรคของผู้ป่วย และเทคนิคที่ 4 ปลงใจ เพื่อประเมินผลการเยี่ยมและติดตามการเปลี่ยนแปลงโรคของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและเวลาสุดท้ายที่กำลังจะมาถึง

คำสำคัญ : การพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนแนวพุทธ, เทคนิคอุ่นใจ เข้าใจ ทำใจ และปลงใจ

Abstract

Community palliative care after people suffering from chronic illnesses and incurable diseases, number of which increases due to physiological changes with age, is extremely important. The objective of this article is to explain the role of nurses in palliative care for community. The public health nurses help the patients and their families to maintain the quality of life in the Buddhist environment. The families and patients should understand the concepts of palliative care that consists of the total care of patients, whose diseases are not responsive to curative treatment. That also includes control of pain and different symptoms; and care for psychological, social and spiritual problems. Palliative care is not limited to patients at the end of life. It is also applied to people with earlier stages of illness, provided it is done in conjunction with active treatment until the end of life. Management of unfinished businesses and peaceful death are also important. The palliative care in community living according to the Buddhism traditions consists of four techniques: 1) home visits to develop relationships with a patient and family and explanations of the objectives of the palliative care to meet quality of life at home; 2) work on understanding physical problems and giving suggestions according to their needs and prognosis; 3) creation of mindfulness to assess the needs and prepare for unexpected events; and 4) evaluation and development of home health care, which continues until the end of life.

Keywords: Palliative care in community, Buddhism traditions, 4 techniques in developing relationships, understanding, mindfulness and acceptance.

บทนำ

การผลักดันให้เกิดระบบสาธารณสุขเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นกับบุคคลทุกวัย ทุกชนชั้นในสังคมตามหลักการของ palliative care หรือการดูแลแบบประคับประคอง บุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือแพทย์ลงความเห็นว่ามีหนทางรักษา บุคคลที่รับรู้ของตนเองกำลังจะตาย การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นระบบการดูแลที่แตกต่างไปจากระบบการดูแลที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไปโดยการดูแลแบบ palliative care จะเน้นการลดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมาน การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุด และการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ให้มากที่สุด โดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจุบันการรักษายาบาลผู้ป่วยมีการพัฒนารูปแบบ และวิธีการที่ใช้ในการรักษาที่หลากหลายเป็นอย่างมาก กล่าวคือ มีการค้นคว้าหาตัวยารักษาโรคที่มี

ประสิทธิภาพ การค้นหาเทคนิควิธีการพยาบาลใหม่ ๆ ที่ให้ประสิทธิผลสูงสุด รวมทั้งด้านจิตใจของผู้ป่วยก็มีความสนใจมากขึ้น ดังเช่นในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้ป่วยของ E. Kubler-Rose ตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยทราบความจริงว่าความตายกำลังใกล้เข้ามา ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และความรู้สึก ซึ่ง E. Kubler-Rose แบ่งสภาพจิตใจของผู้ป่วยออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะแห่งการปฏิเสธและการแยกตัว (Denial and isolation) 2) ระยะแห่งการโกรธ (Anger) 3) ระยะแห่งการต่อรอง (Bargaining) 4) ระยะแห่งการเศร้าซึม (Depression) 5) ระยะแห่งการยอมรับ (Acceptance) เป็นต้น (Kubler-Ross, 2005) ระยะดังกล่าวทั้ง 5 นี้เป็นปรากฏการณ์ที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด พบได้บ่อยตั้งแต่ผู้ป่วยมักพูดว่าเป็นไปไม่ได้ ไม่ใช่ฉัน บางครั้งโกรธบุคคลอื่นที่ทำให้ตนเองเป็นโรคร้าย เช่น โรคเอดส์ จนถึง

ขั้นทำร้ายผู้อื่นดังเป็นข่าวที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ผู้ป่วยบางคนมีการต่อรองการรักษา ดังเช่นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneum dialysis) ปฏิเสธหรือต่อรองการรักษาจนกระทั่งของเสียในร่างกายมากขึ้นจนเกิดภาวะยูรีเมีย ซึ่งผู้เขียนได้พบจากการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชนมีอาการสะอึก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผิวน้ำแข็ง หัวใจวาย หอบหืด และเกือบเสียชีวิตถูกนำส่งโรงพยาบาลและช่วยเหลือได้ทันเวลา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้สะท้อนระยะต่าง ๆ ให้เห็นระยะต่าง ๆ

เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นโดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง อาทิ โรคมะเร็ง ซึ่งรักษาไม่หายขาด และเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก เนื่องจากก่อให้เกิดความสูญเสียและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตจะมีการลุกลามของโรคจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใด ๆ จากการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่ามีความเครียดสูง ความวิตกกังวล สับสน เศร้าหมอง ท้อแท้ หดหู่ในชีวิต มีความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ จึงเห็นได้ว่ากายและจิตมีความสัมพันธ์กัน อาการทางกายที่เกิดขึ้น เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของชีวิต (Artsanthia, et al., 2011) และจากปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากมีจำนวนเตียงผู้ป่วยไม่เพียงพอ ต้องกลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเตรียมความพร้อมมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวม (Holistic Care) มีความต่อเนื่อง (Continuity of Care) มีการพัฒนาศักยภาพ การดูแลตนเอง ตลอดจนให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบ พยาบาลจึงมีความสำคัญในการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชน

การพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชน

การเปลี่ยนแปลงในขอบเขตของการพยาบาลสาธารณสุข

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโลกยุคโลกาภิวัตน์ ที่ระบบต่าง ๆ มีผลต่อกันและกันตั้งแต่ระดับสากลจนถึงปัจเจกบุคคล ทั้งยังได้รับอิทธิพลจากการเมือง เศรษฐกิจ ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการขยายตัวของธุรกิจขนาดเล็ก เพื่อลดช่องว่างของระดับการพัฒนาสังคม วัฒนธรรม และในการเตรียมความพร้อมสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ที่จะมีการค้าเสรี อำนวยความสะดวกการเดินทางในอาเซียนและระหว่างประเทศ เสริมสร้างศักยภาพชุมชนท้องถิ่นให้รับรู้ และเตรียมพร้อมรับกระแสการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกประเทศ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลต่อวิถีชีวิต ความมั่นคง และการมีสุขภาพที่ดี

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นความท้าทายที่พยาบาลสาธารณสุขต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีจำนวนมากขึ้น ให้ได้คุณภาพ ตามการเพิ่มขึ้นของจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว แม้ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความทันสมัย และเจริญก้าวหน้าในการรักษา แต่ก็ไม่อาจยับยั้งการเปลี่ยนแปลงร่างกายตามพยาธิสภาพของโรคในระยะสุดท้ายไปได้ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย เกิดปัญหาทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ รวมไปถึงปัญหาทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์ ปัญหาสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากแต่ก่อนโดยพบโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางจิต มีสัดส่วนสูงกว่าโรคติดต่อ เช่น โรคติดต่อต่าง ๆ ซึ่งโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อเหล่านี้นำไปสู่ผลการดูแลสุขภาพระยะยาว จึงมีส่วนกำหนดการเปลี่ยนแปลงของบทบาทพยาบาลสาธารณสุขในการมีมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน ได้แก่ ระบบบริหารและระบบบริการพยาบาลชุมชน จะกำหนดกิจกรรมที่ให้บริการ และกำหนดผลที่เกิดจากกิจกรรมบริการ พยาบาลสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้การ

ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสุขภาพ สิ่งสำคัญในสังคมปัจจุบันคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญในการเตรียมผู้สูงอายุและครอบครัวให้เข้าใจในธรรมชาติของชีวิต และความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ให้ทุกคนได้มีการเตรียมความพร้อมเมื่อถึงเวลาจากลาของตน โดยเฉพาะในผู้ป่วยและญาติที่ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย จะพบปัญหาทางด้านร่างกาย จากพยาธิสภาพของโรค เช่น ความเจ็บปวด จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงเป็นความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเยียวยาผู้ป่วยและญาติให้เป็นระบบครอบคลุมองค์รวมในทุก ๆ ด้าน และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุมระยะสุดท้ายจากในโรงพยาบาลสู่ชุมชนให้มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน

ดังนั้นพยาบาลควรมีความเข้าใจในหลักการต่าง ๆ ของการพยาบาลแบบประคับประคอง และประยุกต์ใช้ในงานของการพยาบาลชุมชนการดูแลแบบประคับประคองอย่างองค์รวม (Holistic Approach) ซึ่งมีความต่อเนื่อง (Continuous Caring) จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลสาธารณสุขจึงควรมีบทบาทที่หลากหลาย เช่น การเป็นผู้จัดการรายกรณี (case management) ผู้บริหาร (Administrator) ผู้ประสานงาน (Coordinator) เป็นตัวแทน (Advocator) ที่ปรึกษา (Counselor) ผู้ให้การสนับสนุน (Facilitator) ผู้ให้บริการ (health care provider) จากบทบาทต่าง ๆ นี้ พยาบาลจึงเป็นผู้ให้การสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนทางด้านกฎหมายของครอบครัว การเป็นผู้จัดการหรือตัวแทนของครอบครัวในการตัดสินใจต่าง ๆ ในกรณีจำเป็น มีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และการเทคนิคของการสื่อสารข่าวร้ายให้กับญาติได้ถูกต้อง ทำงานเป็นทีม ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาวิชาชีพ เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งพัฒนาด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ให้กับครอบครัว เตรียมความพร้อมหน่วยบริการ

ใกล้บ้าน/เครือข่าย เพื่อการดูแลประคับประคองอย่างต่อเนื่อง และการรักษาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ เช่น อาการเจ็บปวด (Pain Management) อาการหอบเหนื่อยที่บ้าน บาดแผลของโรคมะเร็งที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุนที่ถูกต้องในการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกผิดในการที่ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตที่บ้านโดยไม่เกิดการยื้อชีวิต รวมถึงการบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์ บริการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่บ้านของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวด โดยให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่พยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเมื่อเผชิญกับปัญหา อันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2012) การพยาบาลแบบประคับประคองจึงเป็นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและญาติผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และผู้ป่วยจากลาอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก สามารถจัดการภารกิจต่าง ๆ ได้อย่างไม่ค้างคาใจ

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดและความทุกข์พบว่าส่งผลโดยตรงทั้งทางกายและจิต ผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะสุดท้าย จะต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย สมรรถนะของร่างกายจะถดถอยลงจนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องมีผู้ดูแลช่วยในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (Sadock & Sadock, 2007) ในการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคลเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่

การบรรเทาอาการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะอาการปวดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เมื่อมีการดูแลแบบประคับประคองปัญหาทางกายหรือความไม่สุขสบายควรลดลง และการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณมีการตอบสนองมากขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สุขสบาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน

อาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ความปวด อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ร่างกายชুবวม หายใจไม่เต็มที ปากแห้ง ท้องผูก และเมื่อโรครมีการลุกลามมากขึ้น ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีสภาพถดถอยลงเรื่อย ๆ ซึ่งเมื่อถึงจุดที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต การทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ จะเริ่มสูญเสียการทำงานตามหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงอาการต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย และเข้าใจหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องสนใจปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยทั้งทางกายทางจิตใจ และปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วย และใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพที่สุด โดยทั่วไปก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต การทำงานของอวัยวะรับรู้ต่าง ๆ จะเริ่มสูญเสียการทำงานตามหน้าที่ ผู้ป่วยจะรับรู้สีกหิวอาหารและไม่หิวน้ำ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่รับประทานอาหาร ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมาก จะนอนหลับอยู่ตลอดเวลา เคลื่อนไหวได้น้อยลง สิวผุดขึ้น ปากแห้ง ตาแห้ง คางตก หายใจติดขัดมีเสียงดังเริ่มไม่รับรู้ ผู้ป่วยบางรายอาจจากไปอย่างสงบ แต่บางรายอาจมีอาการปวดทรมาน หายใจลำบาก หรือมีกล้ามเนื้อชักกระตุก ในระยะสุดท้ายไตของผู้ป่วยจะเริ่มไม่ทำงาน มีปัสสาวะลดลง การให้น้ำเกลืออาจทำให้มีภาวะน้ำคั่ง ทำให้มีน้ำท่วมในปอด มีเสมหะมาก (ดาริน จุฑารัตนพร, 2555) การไต่ถามและประสาธน์สัมผัสจะเป็นอวัยวะรับรู้ความรู้สึกที่เสียไปสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจึงควรเป็นการดูแลผู้ป่วยให้สุขสบาย โดยการใช้สัมผัส การลูบคลำ การนวด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย นอกจากนี้ ในความเชื่อแบบพุทธแนะนำให้คิดถึงสิ่งดี ๆ ในระยะสุดท้าย

ของชีวิตให้ระลึกเสมอว่าคนเรามีเกิด แก่ เจ็บ ตาย ล้วนเป็นเรื่องธรรมชาติ ให้ใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาทเพราะเราไม่อาจทราบวันตายของเราได้ ให้มีสติมีสมาติดังกล่าวของพุทธศาสนิกชนที่ว่า “ถ้ามีสมาธิแล้วก็จะมือนามยดี มีสุขภาพทั้งกายและทั้งจิตดี ไม่ต้องพูดถึงเรื่องมรรค ผล นิพพาน การทำอานาปานสติภาวนาจะทำให้จิตมีความสามารถ มีสมรรถนะมากขึ้น คือ คิดเก่ง จำเก่ง ทำอะไรก็เก่ง คือจิตสามารถทำหน้าที่ทางจิตได้ดียิ่ง” จากหลักการนี้สอดคล้องกับการปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาในระดับเซลล์ของการปฏิบัติโดยการหายใจ และการใช้การเคลื่อนไหวที่ช้า ๆ ช้า ๆ ที่ส่งผลต่อสารสื่อประสาท กระตุ้นการทำงานในระดับเซลล์เกิดกระบวนการเยียวยาตนเองที่เรียกว่าเทคนิค SKT ของ รศ. ดร.สมพร กันทรดุษฎี เจริญชัยศรี (Kantaratadusadee, 2008)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนด้วยวิธีแบบพุทธ (Artsanthia, 2011)

การพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนที่ใช้หลักการของศาสนาพุทธมาเป็นแนวทางในงานเยี่ยมบ้าน ซึ่งหลักการของศาสนาพุทธที่นำมาประยุกต์ใช้นี้เป็นหลักการที่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกศาสนาในชุมชน เนื่องจากเป็นคำที่เป็นพื้นฐานของหลักคำสอนที่กล่าวถึงการสร้างความอ่อนใจหรือไว้วางใจ ความเข้าใจในหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง การทำใจให้ยอมรับ และความปลงใจซึ่งเป็นการตกลงใจยอมรับความจริงของชีวิต ดังนั้นการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนตามแนวคิดแบบพุทธประกอบด้วยเทคนิคดังนี้

1. การพยาบาลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการสร้างความอ่อนใจ

เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน อธิบายวัตถุประสงค์การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่บ้าน ตลอดจนการให้ความรู้ในการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว มีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประเมินภาวะสุขภาพและสถานการณ์แวดล้อมร่วมกันในด้านสุขภาพ, ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว, สถานที่หรือสภาพที่พักอาศัย ในเทคนิคนี้จึงเป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

แนวทางการพยาบาล

1.1 แนะนำตัวและทีมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เป็นการดูแลที่จัดให้กับชุมชนโดยพยาบาล

1.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดมากขึ้น ที่โรงพยาบาลจำหน่ายให้กลับมาดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองจะเน้นให้การดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการรักษาดูแลตนเองที่บ้านจนวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลรูปแบบนี้จึงจัดให้มีขึ้นตามเจตนาของผู้ป่วย หากวันใดข้างหน้าถ้าตนเองต้องอยู่ในภาวะที่วิกฤติและรักษาไม่หาย ก็ไม่ยากให้ตนเองได้รับความทุกข์ทรมานจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตสุดท้ายก็เป็นการสิ้นเปลือง และเพิ่มค่าใช้จ่ายเพิ่มความทรมานให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองนี้จะช่วยแนะนำถึงอาการต่าง ๆ ของโรคจนถึงภาวะวิกฤติของชีวิตที่ผู้ป่วยและญาติควรรู้และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และแสดงเจตนาของตนเองต่อการเลือกรับบริการ

2. การพยาบาลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการสร้างใจ

เพื่อบรรเทาอาการตามปัญหาที่พบ และให้คำแนะนำกับระดับความต้องการข้อมูลการดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค การพยาบาลตามอาการของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สิ่งนี้อาจเผชิญและแหล่งความช่วยเหลือของสังคม

แนวทางการพยาบาล

2.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรคกับผู้ป่วยและญาติ

2.2 ชี้แจงเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนชีวิตล่วงหน้าก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์วิกฤติ, การไม่ยื้อชีวิต (Do not attempt resuscitation), การรักษาที่ไม่ได้ประโยชน์และสูญเสียทางทางการแพทย์ (medical futility)

2.3 ให้การบรรเทาใจโดยการเยี่ยมถามถึงความสุข ความทุกข์ ความคับข้องใจ ตลอดจนความปรารถนา ความต้องการของผู้ป่วยคืออะไร, ความหมาย

ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความหมายว่าอย่างไร, ความปรารถนาความต้องการของญาติและผู้เกี่ยวข้องคืออะไร, เรื่องราวในชีวิตของผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยดำเนินเป็นมาอย่างไร, มีความเชื่อ ทศนคติ การมองโลกอย่างไร, ความสามารถในการตัดสินใจด้านการรักษาในอดีตเป็นอย่างไร, ที่ผ่านมามีการรักษาใดที่ผู้ป่วยพอใจ, ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นอย่างไร

2.4 พุดคุยทำความเข้าใจให้ผ่อนคลายด้วยเทคนิคการเยียวยาตนเองแบบองค์รวมด้วยเทคนิคการหายใจในระดับเซลล์ ที่ปฏิบัติได้ง่าย ๆ ในการกำหนดลมหายใจเข้าออกช้า ๆ และใช้คำสังช้า ๆ ช้า ๆ ให้สารสื่อประสาทหลังในการเยียวยาตนเอง พร้อมทั้งความสงบทางจิต (Kantaratadusadee 2008) หรือการผ่อนคลายอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น Aromatherapy, Music therapy รวมถึงเทปธรรมะ, หนังสือบำบัด, การสะสมบุญ

3. การพยาบาลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการทำใจ

เพื่อประเมินความต้องการต่อและค่อยเพิ่มข้อมูลที่จะให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมความพร้อมกับสิ่งต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิตกับภาวะโรคของผู้ป่วย

แนวทางการพยาบาล

3.1 ให้ข้อมูลในการเตรียมตัวเตรียมใจ เตรียมเอกสารเมื่อถึงเวลาจากลาให้กับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยได้ทำตามที่ได้ปรารถนา และจัดการภารกิจที่ยังค้างคาในจิตใจ

3.2 ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสเลือกสถานที่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

3.3 ให้คำแนะนำด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่บ้าน

3.4 จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในการรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใช้ของผู้ป่วย และช่วงเวลาทีโศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

3.5 ทีมอาสาสมัครสุขภาพช่วยในการเข้าค้นหาถึงความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน

การศึกษาของเพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ และคณะ (2555) กล่าวถึงกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้มีความเข้มแข็งและเป็นบริการเชิงรุก

3.6 กรณีที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต พยาบาลควรให้คำแนะนำในการจัดเตรียมเอกสารการแจ้งตาย เจ้าบ้านเป็นผู้แจ้งต่อนายทะเบียนท้องที่ที่มีคนตายภายใน 24 ชั่วโมงนับแต่เวลาตาย เอกสารประกอบการแจ้งตายในบ้านคือให้เจ้าบ้านหรือผู้ได้รับมอบหมายจากเจ้าบ้านแจ้งต่อนายทะเบียนท้องที่ที่มีคนตายภายใน 24 ชั่วโมง

3.7 การแนะนำเอกสารที่ใช้ในการติดต่อหนังสือรับรองการตายจากแพทย์ ใบประกอบโรคศิลป์ และบัตรประจำตัวของแพทย์ (กรณีมีแพทย์รักษาก่อนตาย) บัตรประจำตัวผู้แจ้ง (เจ้าบ้านและผู้ได้รับมอบหมาย) ให้ผู้แจ้งแจ้งต่อสถานีตำรวจท้องที่ที่มีคนตายภายใน 24 ชั่วโมง หากไม่แจ้งตายภายในกำหนดจะถูกปรับไม่เกิน 1,000 บาท

4. การพยาบาลแบบประคับประคองด้วยเทคนิคการปลงใจ

เพื่อประเมินผลการเยี่ยมและติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคของผู้ป่วยหากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและเวลาสุดท้ายกำลังมาถึง เมื่อวาระช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่วิกฤติสำหรับครอบครัว เนื่องจากต้องเผชิญกับความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น จึงควรมีการดูแลครอบครัวผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เพื่อให้ผ่านวิกฤตินี้ไปได้ควรต้องสื่อสารอธิบายให้ครอบครัวทราบว่าเวลาเหลือน้อยลงเพียงใดแล้วภารกิจต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ยังค้างคาใจอยู่ ควรดำเนินการให้แล้วเสร็จ ควรให้ข้อมูลแก่ครอบครัวถึงการเปลี่ยนแปลงและอาการต่าง ๆ ที่อาจพบในช่วงสุดท้าย รวมถึงแนะนำแนวทางการดูแลด้วยการประคับประคองด้านจิตใจของครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ ควรให้คนในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแล มีการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกที่มีอยู่ให้กันและกันฟัง ช่วงวัน ชั่วโมง นาทีสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย จะเป็นช่วงที่อยู่ในความทรงจำของครอบครัวไปชั่วชีวิต และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไร มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อชีวิตที่เหลืออยู่ของคนอื่น ๆ ในครอบครัว การดูแลที่มีประสิทธิภาพที่เข้าอกเข้าใจและอ่อนโยน โดยคำนึงถึงมิติทางกายภาพและจิตใจอย่างเป็นองค์รวมในช่วง

ระยะก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ตลอดจนครอบครัวญาติมิตรจะต้องเปิดใจรับฟัง เรียนรู้ และปฏิบัติร่วมกัน ให้การดูแลโดยให้ผู้ใกล้จากลาทำใจให้สงบคิดถึงแต่สิ่งที่ดีตามความเชื่อของศาสนา เช่น ศาสนาพุทธก็ให้นึกถึงพระพุทธเจ้า พระที่นับถือ ให้จิตคิดแต่สิ่งที่ดีและจากไปอย่างสงบ เป็นการดูแลที่ได้ส่งถึงภพภูมิที่ดีตามความเชื่อของศาสนา (ไพศาล, 2548)

นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองจะติดตามการเยี่ยมบ้านหลังการจากลาของผู้ป่วย (Bereavement care) เพื่อเป็นการเยี่ยมและร่วมแสดงความเสียใจกับครอบครัว ให้การดูแลครอบครัวหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อบรรเทาความเศร้าโศกของญาติจากประสบการณ์ตรงของผู้เขียนที่ได้เยี่ยมญาติผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยจากลาไปแล้ว ญาติทุกคนรู้สึกตื่นตื้นตันและประทับใจในบทบาทของงานพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง และทำให้พยาบาลเป็นพยาบาลเพื่อชุมชนอย่างแท้จริง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในชุมชนจึงเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดรวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมให้กับตนเองในการจัดการภารกิจที่ค้างคาใจในจิตใจ มีโอกาสทำความเข้าใจจนเกิดการปลงใจทำจิตให้เป็นกุศล ไม่กลัวความตาย เพราะเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจากลาอย่างสงบท่ามกลางญาติอันเป็นที่รัก ซึ่งบทบาทพยาบาลในชุมชนยังไม่เสร็จสิ้นพร้อมการจากลาของผู้ป่วยยังคงให้การดูแลเยียวยาญาติเพื่อบรรเทาความเศร้าโศกและให้ความช่วยเหลือตามจำเป็น จึงเป็นสัมพันธภาพที่ดีของพยาบาลกับชุมชนด้วยการจัดการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- ชฎาภา ประเสริฐทรง และสายสมร เฉลยกิตติ. (2556). ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(1), 85-91.
- ดาริน จุตรภัทรพร. (2554). *อาการสับสนกระวนกระวายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ, ปันดดา ปรีพทุม และญาณิศา โชติกะคาม. (2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2): 8-17.
- รุ่งทิวา จุลยามิตรพร, บุญทิพย์ สิริธรังศรี และวัลลภา บุญรอด. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(1), 41-50.
- ไพศาล วิสาโล. (2548). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ*. เอกสารโรเนียว.
- สุเทพ พลอยพลายแก้ว และคณะ. (2556). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(1), 61-70.
- สุพัตรา พุ่มพวง สุภาภรณ์ วรอรุณ. (2555). การสร้างสุขภาพของชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี : กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 13(1), 66-71.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2554). *การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว*. เอกสารโรเนียว.
- Artsanthia, J. (2011). *Development of home based palliative care for people who living with end stage renal disease*. Dissertation of Public health faculty, Mahidol University.
- Artsanthia, J., Barbara E.M., Chaiphibalsarisdi, P. Nitayasuddhi D. & Triamchaisri S.K. (2011). Exploring the palliative care needs of people living in Thailand with End stage renal disease: A pilot study. *Journal of hospice & palliative care nursing*, 13(6): 403-410.
- Kantraradusadee, T.S. (2008). *Mindfulness meditation SKT technique* (Right). 7th ed. Bangkok, TH: Samjarean Press.
- Donovan K. (1997). *Breaking bad news*. In: Division of Mental Health, World Health Organization. Communicating bad news: Behavioral science learning modules. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization: 3-14.
- Kübler-Ross, E. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. Simon & Schuster Ltd., ISBN 0-7432-6344-8.
- Palliative Care Expert Group. (2000). *Therapeutic Guidelines for palliative care version 2*. Therapeutic Guidelines Limited. Melbourne. Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2012). *Definition of Palliative Care*. Available online at <http://www.who.int/palliative/definition/en/> Retrieved March 16, 2012.