

บทบาทพยาบาล: กรณีศึกษาการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

Nurses' Role: Case Study of Psychological Care for Caregivers of Patients with Terminal Illness

จินตนา อาจันท์เหิระ* รัชณีย์ ป้อมทอง

Jintana Artsanthia* Ruchanee Pomthong

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10120

Nursing Faculty, Saint Louis College, Bangkok, Thailand 10120

บทคัดย่อ

บทบาทพยาบาลในการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องที่ไม่อาจกำหนดเวลาที่สิ้นสุดเป็นเหตุให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า มีความทุกข์ด้านจิตใจจากอาการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รักที่มีการเปลี่ยนแปลง ลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีทั้งระยะก่อนและหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ดังนั้น พยาบาลจึงต้องร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การให้คำปรึกษาแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลหลังการสูญเสีย (bereavement care) ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลังการสูญเสียเกิดดังนี้ เช่น ใจสั่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เศร้า เสียใจ รู้สึกผิด โกรธตนเอง ไม่มีสมาธิ สับสน หรือ ปฏิเสธไม่ยอมรับว่ามีการสูญเสียเกิดขึ้น ดังนั้นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลอย่างเอื้ออาทรจึงเป็นหัวใจของงานที่มีความหมายและมีความสำคัญมากกว่าการรักษาตามอาการเท่านั้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกทุเลาจากภาวะเครียดและปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ดีขึ้น

ดังนั้นพยาบาลควรทำความเข้าใจกับปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นอย่างดี รวมทั้งการยอมรับความจริงของชีวิตได้ในที่สุด

คำสำคัญ : การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแล บทบาทของพยาบาล ผู้ป่วยระยะท้าย

Abstract

The nurse's role in psychological care of caregiver with end of life patient has objective for studying psychological problems of caregiver in taking care end of life patients. The caregivers are important role for developing quality of life. Continuing care and unlimited the duration of care lead to the cause of tired and fatigue of caregivers so psychological suffering might be occurred. The caregivers encounter with suffering with the illness of the beloved one before and after the patient's death. Consequence, The nurses should have managing plan with the caregivers for continuing care in holistic care and appropriate counselling including bereavement care to relief suffering and stress. The reactions of caregivers after losing of the love ones are thrill ,insomnia, sad ,guilty, less concentration, confusion, or denial of loss. So in the independent role of nursing in holistic care is an important to give the worth and the value of caring more than treatment .That lead to relief suffering and stress of caregiver.

Thus, the nurses should understand psychological problems of caregivers. It is an important things that affect to quality of care and to continue the care of caregivers and patients. Finally, it will lead to acceptable in the truth of life.

Keywords : Psychological care, Caregiver, Nurses role, End of life patient

บทนำ

การดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกประเภทรวมถึงผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถือว่าเป็นภารกิจที่มีความรับผิดชอบสูงเป็นงานหนักที่ต้องใช้เวลา¹ และเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ตามความเสื่อมสภาพทางร่างกาย หากผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลแบบประคับประคองก็จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีการปรับและเตรียมตัวหรือเปลี่ยนวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสม² ช่วยชะลอการเสื่อมถอยของร่างกาย บรรเทาความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งผู้ดูแลคือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ³ จึงมีความสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนจะต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลจะต้องมีความรับผิดชอบอย่างมาก เมื่อเวลาผ่านไปส่วนหนึ่งได้เรียนรู้และพัฒนาตัวเองจากผู้ฝึกหัดกลายเป็นมืออาชีพที่สามารถสื่อสารกับผู้คนจำนวนมากเพื่อเชื่อมโยงกับครอบครัว เพื่อนๆ เพื่อนร่วมงาน ทีมสุขภาพ แม้กระทั่งผู้ป่วยเอง การสื่อสารแบบสร้างสรรค์เป็นสิ่งจำเป็น ยิ่งสื่อสารได้ชัดเจน เจาะจง และสร้างสรรค์ ก็ยิ่งมีแนวโน้มจะได้รับการสนองตอบตามความต้องการมากยิ่งขึ้นของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย หากผู้ดูแลตกอยู่ภายใต้ภาวะเครียดและ ต้องแบกรับความรับผิดชอบมาก อาจทำให้เป็นการยากที่จะเลือกสรรคำพูดที่เหมาะสมและตรงกับความรู้สึกและความต้องการอย่างแท้จริง ถ้าผู้ดูแลปรับตัวไม่ได้ เมื่อเวลาผ่านไปจะทำให้วันเวลาที่ใช้ทำสิ่งดีๆ เพื่อคนที่ตนรัก กลายเป็นวันเวลาที่ตนเองมีความทุกข์ มีความเครียดและเป็นคนเครียดที่สะสม

ดังนั้นการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจด้วย แนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแล เป็นภาระของผู้ดูแลในการรับรู้ของบุคคล เนื่องจากผู้ดูแลมีความต่างกันในแต่ละบุคคล การรับรู้ต่อภาระของผู้ดูแลย่อมต่างกันด้วย รวมทั้งขึ้นกับลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละประเภท ภาระของผู้ดูแลนับเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

หลายมิติ (Multidimensional phenomena) กล่าวคือภาระของผู้ดูแลเป็นภาระที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และด้านเศรษฐกิจ⁴ ภาระของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นได้เสมอ ขึ้นกับความสมดุลของความต้องการกับสิ่งที่มีอยู่ของผู้ดูแล ดังนั้นเมื่อใดก็ตามความต้องการของผู้ดูแลมีมากกว่าสิ่งที่ผู้ดูแลมีอยู่จะทำให้ภาระของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น⁵ ทั้งนี้กรณีศึกษาการดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลซึ่งมีทั้งประเภทที่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมรับการสูญเสียและกรณีที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมรับการสูญเสีย จะเป็นประสบการณ์และแนวทางสำหรับพยาบาลที่จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลต่อไป

ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต

ในระยะท้ายของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะพบกับปัญหาทางกายของผู้ป่วยมากมายที่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแล เช่น ปัญหาของการรับประทานอาหารไม่ได้ หรือน้อยลงเรื่อยๆ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ท้องไม่อืด และบรรเทาการเจ็บปวดลงได้แต่ผู้ดูแลจะรู้สึกกังวลว่าผู้ป่วยอาจขาดสารอาหารหรือปัญหาด้านการขับถ่าย อาจมีมูกเลือดออกมาพร้อมกับอุจจาระ หรือปัสสาวะ การต้องดูแลความสะอาดหลังการขับถ่ายเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าผู้ดูแลไม่เข้าใจคอยปลุกผู้ป่วยบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ดังนั้น ผู้ดูแลอาจต้องปรับตัวเรื่องการนอน อาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลได้ หากผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกตัว ผู้ดูแลควรพูดซ้ำๆ หูในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ เพราะผู้ป่วยยังรับรู้และได้ยิน แต่ไม่สามารถตอบสนองได้⁶ มีโรงพยาบาลหลายแห่งได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น นิมนต์พระมาบรรพชา การใส่บาตร ถวายสังฆทาน และให้ฟังพระเทศจากเทป เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสบายใจ เป็นการเสริมกำลังด้านจิตวิญญาณให้สุขสงบ⁷

นอกจากนี้ในระยะก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยจะนอนหลับตลอดเวลา แพบไม่เปิดตา การตอบสนองต่างๆ เช่น การพูดมือเท้า จะค่อยๆ ลดลงไปเรื่อยๆ ปัสสาวะและอุจจาระออกน้อยลง สีเข้มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง อวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมสภาพลงพร้อมๆ กัน ทำให้ภาวะความเป็นกรดต่างไม่สมดุล เช่น มีแอมโมเนียคั่งเพราะตับวาย ท้องและตัวบวม การหายใจแรงและเร็ว ก่อนเสียชีวิตสุดท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลใจมากขึ้น และอาจมีปัญหาระหว่างญาติด้วยกัน ดังนั้นผู้ดูแลนับเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเนื่องจากหากมีปัญหาสุขภาพทั้งด้านกายหรือจิตใจย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วย ในบางครั้งผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า (depression)^๖ ซึ่งมักจะเข้ามาครอบงำโดยที่ไม่รู้ตัว อาการต่างๆ ของผู้ดูแลอาจเกิดขึ้นได้เช่น ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป เหนื่อย ขาดพลัง เบื่ออาหาร หรือรับประทานทุกอย่างที่ขวางหน้า รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง รู้สึกผิด ร้องไห้บ่อย ตั้งสมาธิจดจ่ออะไรไม่ค่อยได้ เคลื่อนไหวหรือพูดน้อยลง ซ้ำลง หรือคิดอยากตาย เมื่อใดก็ตามที่พยาบาลสังเกตเห็นผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าหรืออาการต่างๆ เหล่านี้ ควรรีบให้คำแนะนำช่วยเหลือ เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาได้^๗ สอดคล้องกับผลการศึกษา^๘ พบว่าพนักงานผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้รับผล กระทบด้านอารมณ์และจิตใจจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน เป็นภาวะความเศร้าโศกที่สะสมอย่างต่อเนื่องหลังการสูญเสีย

ดังนั้นผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological problem) ของผู้ดูแล^{๑๐} จึงสรุปดังต่อไปนี้

- อารมณ์เศร้า (sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป หรือไม่สามารถจัดการสิ่งใดได้ดังใจประสงค์ บางครั้งส่งผลให้มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

- ความรู้สึกผิด (guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง หรือรู้สึกผิดจากการไม่กระทำในสิ่งที่ควรกระทำแล้วมารู้สึกผิดภายหลังได้เช่นกัน

- ความโกรธ (guilt) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การพยาบาลการรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

- ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

- ความรู้สึกเครียด (stress and strain) เมื่อใดที่ความต้องการของผู้ดูแลมีมากกว่าสิ่งที่ผู้ดูแลมีอยู่จะทำให้ภาระของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น^๕ จะเกิดภาวะเครียดที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ดังนั้นผู้ดูแลควรมีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วยหรือมีผู้รับการดูแลมาสับเปลี่ยนบ้าง การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help from others) ที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น จากเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือชุมชน ในการช่วยแบ่งเบาภาระ เป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม จะช่วยให้ผู้ดูแลได้ลดความเครียดลงได้^{๑๑, ๑๒} นอกจากนี้การให้บริการด้านต่างๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (provision of services) บทบาทของการบริการที่ช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลชุมชน เป็นต้น^{๑๓}

ปัญหาของผู้ดูแลในระยะก่อนการสูญเสีย

ปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแลเป็นปัญหาสะสมตั้งแต่เริ่มรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รักจากการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคการรักษา และการพยากรณ์โรครวมทั้งต้องร่วมตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยและต้องเตรียมตัวเตรียมใจในการเผชิญภาวะการสูญเสีย บางรายอาจต้องนำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน ญาติหรือผู้ดูแลอาจขาดความรู้ประสบการณ์สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความสับสน วิตกกังวลภายในจิตใจทั้งสิ้นนอกจากนั้นระยะท้ายของผู้ป่วยแต่ละคนยังมีความไม่แน่นอน อาจมีระยะสั้นหรือยาวนานล้วนแต่สร้างความทุกข์ภายในจิตใจของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยบางคนที่เป็นเสาหลักของครอบครัวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิตเนื่องจากต้องสูญเสียรายได้ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมีภาระต้องดูแลผู้ป่วย บางคนต้องออกจากงานผู้ดูแลใกล้ชิดที่สำคัญที่สุดอาจเป็นบิดามารดา สามีภรรยาหรือบุตรคนใดคนหนึ่งซึ่งนอกจากจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นผู้ที่ต้องรับรู้ปฏิกิริยาของผู้ป่วยมากที่สุดทำให้เกิดภาวะเครียดสะสมได้ ดังนั้นการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้ผู้ดูแลรับมือในสถานการณ์ต่างๆ ที่ยากลำบากได้เป็นการช่วย

ลดความเครียด¹⁴ นอกจากนั้นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุหรือมีโรคประจำตัวย่อมต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วยเช่นกัน

ปัญหาของผู้ดูแลในระยะหลังการสูญเสีย

ปัญหาช่วงภายหลังการสูญเสียของครอบครัวพยาบาลยังต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่บุคคลในครอบครัวควรรับฟังและหาโอกาสให้ได้แสดงอารมณ์ความรู้สึก ความขัดแย้งภายในจิตใจ การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ หรือความเชื่อและความศรัทธาการที่บุตรได้ปรนนิบัติบิดามารดาด้วยตนเองล้วนเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาแต่ส่วนใหญ่ยังทำไม่ได้ ซึ่งปัญหามาจากการขาดความรู้ หรือภาระหน้าที่การงานทางสังคมหรือครอบครัว พบว่าภายหลังการสูญเสียบุตรอาจเกิดปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจเนื่องจากไม่ได้ทำตามสิ่งที่ได้ตั้งใจไว้ด้วยเหตุผลต่างๆ พยาบาลจึงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องอีกระยะหนึ่งเพื่อช่วยให้ได้ปรับจิตใจยอมรับการสูญเสียและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ^{16, 17} ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแลหลังการสูญเสียเกิดได้ 3 รูปแบบ 4 ดังนี้ทางกายเช่นมีอาการใจสั่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ทางอารมณ์เช่นมี เศร้า เสียใจ รู้สึกผิด โกรธตนเอง ทางความคิดเช่น ไม่มีสมาธิ สับสน ปฏิเสธไม่ยอมรับว่าการสูญเสียได้เกิดขึ้นจริง ปฏิกริยาต่างๆ อาจเกิดเป็นพักๆ สลับกับความทรงจำที่ดีในอดีตหรืออาจเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลานานพยาบาลให้ความรู้เรื่องลักษณะผิดปกติที่ควรคำนึงถึงกับญาติที่สนิทกับผู้ดูแลเพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การช่วยเหลือทันทั่วทั้ง¹⁸

การพยาบาลผู้ดูแลในระยะก่อนการสูญเสีย¹⁵

1. การรับฟังอย่างใส่ใจ สังเกตอารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ได้ผ่อนคลายและรับรู้ปัญหา ความต้องการที่แท้จริง
2. ประเมินความรู้และร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ การดูแลความสุขสบาย ช่วยทุเลาความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานตามอาการ โดยเฉพาะการวางแผนการดูแลที่บ้าน ได้แก่การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนของผู้ป่วยและการอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ดูแล รวมทั้งการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย
3. การให้การปรึกษา ที่เหมาะสม และช่วยให้ครอบครัวยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของ

ทุกชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้อธิบายถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้หลายอย่างในช่วงท้ายของชีวิต รวมถึงธรรมชาติของกระบวนการตายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจเพื่อจะได้ไม่ตกใจ

4. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้แสดงออกถึงความรักความปรารถนาดี การให้อภัยต่อกันรวมถึงสนับสนุนให้ระลึกถึงสิ่งดีงามที่เคยทำร่วมกันมาในอดีต
5. เปิดโอกาสให้ญาติหรือผู้ดูแลติดต่อกลับได้ทันทีที่ต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงการติดตามเยี่ยมเยียนและสอบถามเป็นระยะ

การพยาบาลจิตใจของผู้ดูแลหลังการสูญเสีย

หลังการสูญเสียผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมแสดงออกที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการเตรียมความพร้อมรับการสูญเสียหรือไม่ บางคนอาจมีอาการตกใจ เสียใจเกิดภาวะช็อค หรือยอมรับได้ พยาบาลควรแสดงความใส่ใจ เข้าใจถึงความรู้สึกสูญเสียและมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับร่างกายของผู้เสียชีวิตหลังการสูญเสียผู้ดูแลหรือครอบครัวจะมีอารมณ์เศร้าโศกเสียใจจะรุนแรงหรือยาวนานเพียงใดขึ้นอยู่กับ การปรับตัวหรือเตรียมจิตใจ ในช่วงการเจ็บป่วยในระยะท้ายของบุคคลอันเป็นที่รัก หากได้มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจไว้อย่างดีแล้ว ยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ ภาวะความเศร้าโศกเสียใจกับการสูญเสียจะไม่รุนแรงและยาวนาน นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมดูแลเอาใจใส่ในระหว่าง การเจ็บป่วยด้วย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล หรือถูกละเลยจะทำให้ญาติรู้สึกผิดและโศกเศร้ามากกว่าการดูแลทุ่มเทเวลาให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี จนกระทั่งเสียชีวิต ทั้งนี้ขึ้นกับวิธีคิด หรือการให้เหตุผลของแต่ละบุคคลด้วย กรณีที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองเนื่องจากติดภารกิจต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องหน้าที่การงานหรือภาระทางครอบครัว แม้จะได้จัดหาผู้ดูแลเป็นอย่างดี หลังการสูญเสียหากมีวิธีคิดเชิงลบก็จะยังเศร้าโศกมาก เนื่องจากรู้สึกผิดด้วยความคิดว่าตนน่าจะดูแลเอง เพื่อตอบแทนบุญคุณหรือควรทำสิ่งที่ดีที่สุดก่อนจากลาจาก ส่วนบุคคลที่มีวิธีคิดเชิงบวกจะทบทวนตนเองว่าได้จัดผู้ดูแลให้แล้วเป็นอย่างดีไม่ได้ทอดทิ้ง⁷ ก็จะไม่เกิดความรู้สึกผิดหรืออาจเป็นบ้างแต่จะค่อยๆ หายไปเมื่อระยะเวลาผ่านไป

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลคือการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล สมศักดิ์ศรี ช่วยทำความสะอาดร่างกายของผู้ตายก่อนที่เนื้อเยื่อจะถูก

ทำลาย หวิมม แต่งตัวให้เรียบร้อยจัดทำให้นอนในท่าที่สบาย คล้ายกำลังหลับ ดูแลภาวะจิตใจของคนในครอบครัวตั้งแต่หลังทราบผู้ป่วยได้เสียชีวิต แจ้งให้ญาติทราบว่าการตายได้เกิดขึ้นแล้ว แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ให้เวลาแก่ญาติบอกเล่าผู้ตาย แนวทางปฏิบัติดังนี้

1. พยาบาลควรรับฟัง อยู่เป็นเพื่อนให้โอกาสได้พูด ถึงความสูญเสียหรือการตายของผู้เป็นที่รักอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายศพ อธิบายขั้นตอนต่างๆ ตามกฎหมาย การให้ความช่วยเหลือประสานให้แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น ที่เก็บศพ สถานที่จัดงานศพ รวมทั้งการติดตามเยี่ยม ประเมินสุขภาพจิตครอบครัว เพื่อเป็นบทบาทการดูแลที่เรียกว่าการดูแลหลังการตาย (Bereavement care)¹⁹

2. กระตุ้นให้ได้ทบทวนสิ่งดีๆ ที่เคยทำในอดีต รวมทั้งส่งเสริมความคิดเชิงบวกให้รู้สึกภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ผู้ดูแล เป็นการแสดงความกตัญญู

3. สนับสนุนให้ได้ทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ตามปกติ

4. สนับสนุนให้ได้ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชื่นชอบเพื่อการผ่อนคลาย

5. สังเกตลักษณะผิดปกติของผู้ดูแลที่พยาบาลควรคำนึงถึงมีดังนี้ ความคิดหมกมุ่นเรื่องการตาย ตายแทนหรือตายไปพร้อมกัน ความคิดหมกมุ่นเรื่องความรู้สึกผิด ไร้ค่า โทษตนเอง อาการประสาทหลอนเห็นภาพผู้ตาย มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผิดปกติ ลักษณะดังกล่าวควรให้การดูแลช่วยเหลือโดยให้การปรึกษาอย่างใกล้ชิด กรณีมีผลกระทบทางจิตใจอย่างมาก จนส่งกระทบต่อสุขภาพทางกาย อาจต้องแนะนำพบจิตแพทย์

กรณีศึกษาเรื่องเล่าจากประสบการณ์

กรณีศึกษาที่ 1 จิตกุศลการทำดี

นางสาวตินามสมมุติอายุ 80 ปี สถานภาพโสด ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดสระบุรี อยู่กับพี่สาวอายุ 90 ปี สุขภาพทั่วไปแข็งแรงช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเนื่องจากหลังงอมาก ส่วนมากจะนั่งเป็นส่วนใหญ่ นางสาวติไม่เคยเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงไม่รู้ว่ามีโรคประจำตัวหรือไม่ ต่อมาเมื่ออายุมากขึ้นภายหลังที่พี่สาวเสียชีวิตและตนเองเคลื่อนไหวลำบากหลาน เหลนจึงรับมาดูแลที่จังหวัดอยุธยา

ช่วงอายุ 82 ปีต้องนอนติดเตียง รับประทานอาหารได้น้อยลง นางสาวติบอกหลานๆ ว่าไม่ต้องพาไปโรงพยาบาล ญาติๆ ได้ร่วมกันวางแผนการดูแลและตกลงกันที่จะทำตามความประสงค์ และมีหลานเป็นพยาบาลที่คอยให้การปรึกษาแนะนำ โดยวางแผนร่วมกับผู้ดูแลในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านด้านกายดูแลตามอาการให้สุขสบาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีการพูดคุยกระตุ้นให้นางสาวติได้ระบายความรู้สึก และรำลึกถึงอดีตในส่วนที่รู้สึกว่าคุณค่าและเป็นความภาคภูมิใจ มีการชวนสวดมนต์เป็นประจำและจัดเตรียมอาหารให้ใส่บาตรทุกวัน รวมทั้งสอนการกำหนดลมหายใจ ซึ่งนางสาวติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเนื่องจากในอดีตเป็นคนไข้ที่เข้าวัด สวดมนต์เป็นประจำและเข้าใจถึงความจริงของชีวิต รวมถึงการทำความประสงค์ของผู้ป่วย เรื่องการมอบเงินล่วงหน้าไว้ให้หลานๆ ทุกคนที่มีบุตรชายเพื่อร่วมบวชพระนับเป็นการวางแผนเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตที่สมบูรณ์ นางสาวติเสียชีวิตอย่างสงบหลังจากได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเป็นเวลา 3 ปีในวัย 85 ปี

ภายหลังการสูญเสียญาติได้ร่วมกันจัดงานบำเพ็ญกุศลให้ตามประเพณี หลังการจัดงานพิธีกรรมทางศาสนาผ่านไป 1 สัปดาห์ จากการพูดคุยและประเมินภาวะอารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลรู้สึกภาคภูมิใจ และจิตเป็นกุศลที่ได้ทุ่มเทกำลังกายและใจในการดูแลและทำตามความประสงค์ของญาติผู้สูญเสียได้สำเร็จ

วิเคราะห์กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย ตั้งแต่เริ่มแรกและเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องให้การปรึกษาแนะนำแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะจนเสียชีวิต ภายหลังการสูญเสียญาติผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องใช้เวลาในการปรับตัวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นมาก²¹ เนื่องจากมีการวางแผนเตรียมตัวร่วมกันเป็นระยะๆ สภาพจิตใจของญาติ/ผู้ดูแลมีความภาคภูมิใจกับสิ่งที่ได้ทำมาทั้งหมดและรับรู้ว่าจะตายจากไปด้วยดี ทั้งนี้เป็นผลมาจากมีหลานเป็นพยาบาลที่คอยให้การปรึกษาแนะนำ โดยวางแผนร่วมกับผู้ดูแลในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ด้านกายดูแลตามอาการให้สุขสบาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีการพูดคุยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและรำลึกถึงอดีตในส่วนที่รู้สึกว่าคุณค่าและเป็นความภาคภูมิใจ มีการชวนสวดมนต์เป็นประจำและจัดเตรียมอาหารให้ใส่บาตรทุกวัน รวมทั้งสอนการกำหนดลมหายใจ ซึ่ง

นางสาวดีให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตรงจุดนี้เป็นการให้ความรักเอาใจใส่ในการดูแลอย่างดีมาก ในการดูแล ภาย จิต จิตวิญญาณและสังคมของผู้ป่วยจึงเป็นแบบอย่างการดูแลแบบประคับประคองที่ดี

กรณีศึกษาที่ 2 ได้ทำตามประสงค์

นางจำปี นามสมมติบุตรสาวผู้ป่วย มีภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดสุรินทร์ ทำงานที่กรุงเทพฯ อาชีพรับจ้างทั่วไปมีมารดาอายุ 75 ปี สุขภาพไม่แข็งแรงป่วยด้วยโรคหัวใจเหนื่อยง่ายเข้าออกโรงพยาบาลหลายครั้ง ช่วงหลังผู้ป่วยและญาติตกลงร่วมกันว่าขอรักษาตามอาการที่บ้าน นางจำปีได้กลับไปเยี่ยมบ้านที่จังหวัดสุรินทร์เมื่อกลับมาสีหน้าไม่สบายใจจากการพูดคุยกัน นางจำปีบอกว่าแม่อาการไม่ค่อยดีจะพาไปโรงพยาบาลแต่ญาติๆ คอยกันแล้วเห็นว่าควรให้การดูแลที่บ้านตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่นางจำปี มีความเห็นว่าการทิ้งให้แม่อยู่ที่บ้านจะไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ การปล่อยให้แม่เสียชีวิตที่บ้านดูเหมือนเป็นลูกอกตัญญูที่ไม่ช่วยเหลือแม่ เมื่อถามถึงอาการของแม่ปรากฏว่านอนหลับเป็นส่วนใหญ่และไม่รับประทานอาหารเช้าและยา แพทย์ให้การรักษาตามอาการ เมื่อถามความคาดหวังว่าอยากให้แม่เป็นอย่างไร นางจำปีต้องการให้แม่ได้รับการดูแลอย่างดีในช่วงท้ายของชีวิต จึงได้สอบถามถึงความประสงค์ในการไปดูแลมารดาด้วยตนเองที่บ้าน หากต้องไปอยู่ดูแลแม่เองที่บ้านในช่วงท้ายของชีวิตเปรียบเทียบกับความรู้สึกถ้ายังทำงานอยู่กรุงเทพฯจะเป็นอย่างไร นางจำปีเลือกที่จะไปดูแลมารดาที่บ้านเพราะหากแม่เป็นอะไรไปในขณะที่ตนเองไม่ได้อยู่ด้วยก็จะรู้สึกผิดมากจากนั้นจึงสนับสนุนความคิดและมอบเงินช่วยเหลือค่าเดินทางให้ด้วย รวมทั้งแนะนำการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน ด้านกายเน้นการดูแลตามอาการเพื่อความสุขสบาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความประสงค์หรือสิ่งค้างคาใจ การฟังอย่างใส่ใจ และทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย นางจำปีได้กลับไปดูแลมารดาที่บ้านตามที่ตั้งใจไว้ เวลาผ่านไปสองสัปดาห์นางจำปีกลับมากรุงเทพฯ ได้เล่าให้ฟังว่าได้ดูแลแม่อย่างใกล้ชิดที่บ้านจนวาระท้ายของชีวิต โดยในวันสุดท้ายแม่เรียกหาตนเองด้วยน้ำเสียงเบามากหลังจากที่แม่นอนนิ่งๆ มาหลายวันตนเองรู้สึกดีใจที่แม่เรียกหา แต่แม่ก็ไม่ได้พูดอะไร สังเกตว่าแม่หายใจช้านานๆ ครั้ง ตนเองคิดว่าแม่คงอยู่ได้อีกไม่นาน จึงได้ตามลูกหลานและญาติสนิทมาเพื่อกล่าวคำอำลาและร่วมกันสวดมนต์ แม่จากไปอย่างสงบในอ้อมกอดของตนเอง และได้กล่าวว่ารู้สึกดีใจและภาคภูมิใจที่ได้กลับไปทำหน้าที่ลูกที่

สมบูรณ์ และขอบคุณที่ให้การช่วยเหลือหากไม่ได้กลับไปดูแลแม่ด้วยตนเองจะต้องรู้สึกผิดและเสียใจไปตลอดชีวิต

วิเคราะห์กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นการวางแผนการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยระยะท้าย ในช่วงท้ายของชีวิต เป็นการให้การปรึกษาแนะนำให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่ถูกต้อง ภายหลังการสูญเสียนางจำปีใช้เวลาไม่นานในการปรับตัวกับการสูญเสีย เธอรู้สึกดีใจและภาคภูมิใจที่ตัดสินใจถูก และได้ไปดูแลบุพการีได้ทันเวลาในการเลือกตัดสินใจของผู้ดูแลหรือญาติเป็นสิ่งสำคัญต่อความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นภายในจิตใจหลังการสูญเสียด้วยได้²²

กรณีศึกษาที่ 3 รู้สึกผิด

นางชอบนามสมมติ อายุ 78 ปี สถานภาพหม้าย มีบุตรชายหญิง 3 คน แยกครอบครัวแล้ว ผู้ป่วยพักในครอบครัวของบุตรสาวคนโต มีน้องสาวอายุ 65 ปี เป็นผู้ดูแล มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานกว่า 10 ปี รับการรักษาด้วยยา กินและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าว ต่อมาผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ ญาติให้การดูแลตามอาการไม่ดีขึ้น มีไข้สูง ไอมากจึงพาไปโรงพยาบาล แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน พบว่ามีอาการปอดอักเสบ เหนื่อยมากต้องให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดและยาปฏิชีวนะ หลังการรักษา 1 สัปดาห์อาการดีขึ้นแพทย์ให้กลับบ้านได้ 3 เดือนต่อมาผู้ป่วยมีไข้ ชีพจร รับประทานได้น้อยลง ญาตินำส่งโรงพยาบาลพบว่ามีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดและยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยชีพจรไม่รับประทาน จึงต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยมีความประสงค์ไม่ได้รับการรักษาและขอกลับบ้าน แต่ลูกๆ ยังไม่ตัดสินใจนำกลับบ้านและวางแผนร่วมกับแพทย์ให้รักษาตามอาการ ต่อมาผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหายใจน้อย หอบญาติตัดสินใจให้ย้ายเข้ารักษาในหออภิบาลและเสียชีวิตในที่สุด

หลังการจัดงานฌาปนกิจ บุตรสาวคนโต ยังเศร้าเสียใจ ร้องไห้เป็นเป็นพักๆ รู้สึกผิดมาโดยตลอด 3 ปีต่อมา นางชื่นชมได้พบพยาบาลให้การปรึกษาซึ่งเปิดโอกาสให้ได้พูดถึงความรู้สึกของตนเองหลังการสูญเสียมารดา จึงพบว่ามีความรู้สึกผิดที่ไม่มีเวลาดูแลมารดาด้วยตนเอง และไม่ทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย พยาบาลได้ช่วยกระตุ้นให้ทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมา สิ่งดีๆ ที่เคยทำให้มารดาตลอดเวลาที่อยู่ด้วยกัน

รวมทั้งเหตุผลความจำเป็นที่ไม่ได้ดูแลมารดาด้วยตนเอง เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดจากลบเป็นบวก หากมารดารับรู้คงไม่สบายใจที่บุตรสาวมีความทุกข์เช่นกัน และให้เขียนถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลแม่ตั้งแต่แม่เริ่มป่วยจนวาระท้ายของชีวิต เพื่อเป็นการทบทวนตนเองและให้โอกาสระบายอารมณ์ความรู้สึก หลังการรับการศึกษา 3 ครั้งก็สบายใจขึ้น และกล่าวว่ารู้สึกเหมือนก่อนหน้าๆ หลุดออกไปหลังจากที่แบกไว้นานกว่า 3 ปี

วิเคราะห์กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 3 ไม่มีการวางแผนการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยระยะท้ายเลยตั้งแต่เริ่มแรกจนเสียชีวิต ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ มีความทุกข์ทางจิตใจมาโดยตลอด ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษาเป็นระยะจนกว่าจะยอมรับความจริงได้¹⁰ ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวมากกว่า 2 กรณีแรก

จากกรณีศึกษาทั้ง 3 กรณี พอสรุปได้ว่าในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหากได้มีการร่วมกับครอบครัวในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การให้การปรึกษาแนะนำที่เหมาะสม เน้นการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพและช่วยให้ครอบครัวยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต^{11, 12} การประเมินและให้การช่วยเหลือเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยลาจากไปได้อย่างสงบสุข ไม่ทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายหลังจากผู้เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือครอบครัวจะยอมรับความสูญเสียได้เร็วขึ้น ไม่เกิดความกังวลหรือเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ เวลาผ่านไปจะเกิดความภาคภูมิใจที่ได้ทำตามความประสงค์ของบุคคลอันเป็นที่รัก ในทำนองเดียวกัน กรณีที่ไม่ได้มีการวางแผนการดูแลหรือไม่ทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยและขาดการเตรียมความพร้อมรับการสูญเสีย ครอบครัวหรือผู้ดูแลจะเกิดความขัดแย้ง มีความทุกข์ภายในจิตใจจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถปรับตัว เปลี่ยนผ่านภาวะการสูญเสียไปได้ สามารถดำรงชีวิตต่อไปในสังคมได้ตามปกติ⁶

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถ เตรียมความพร้อมและวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจนลมหายใจสุดท้ายของชีวิต¹⁴ จึงต้องมีการดูแลผู้ดูแลเพื่อให้มีคุณภาพการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีความรักสามัคคี มีความ

เห็นต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันจะช่วยให้เกิดความรักความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ไม่เกิดการขัดแย้งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบทางจิตใจ¹⁵ แม้ว่าจะต้องจากและสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนอกจากนั้น การติดตามดูแลช่วยเหลือครอบครัวหลังการสูญเสียอย่างต่อเนื่องยังเป็นสิ่งสำคัญทั้งนี้ไม่มีสูตรสำเร็จที่ดีที่สุดในแต่ละครอบครัว การพิจารณาให้ความช่วยเหลือขึ้นอยู่กับแต่ละสถานการณ์ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกันตลอดจนคำแนะนำในการเตรียมงานตามประเพณีแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการเตรียมงานตามพิธีทางศาสนา ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง^{16, 17, 18} ตั้งแต่เริ่มแรกพบจนวาระท้ายของชีวิต สนับสนุนบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีโอกาสแสดงความรู้สึก จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งให้กำลังใจ จนกว่าครอบครัวจะปรับตัวปรับใจและยอมรับการสูญเสียได้^{19, 22}

References

1. Jung-Won L, & Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. *Health Qual life Outcome*. 2012; 34: 147-56.
2. Khunsongkeit W. Good death as perceived by the patients family member. *Burapha university's journal online*. 2558; 23(3). (in Thai)
3. Anderson, KA, Ewen HH. Death in the nursing home. *Research in Gerontological Nursing*. 2011; 4(2): 87-94.
4. Spillman BC, Pezzin LE. Potential and active family caregivers: Changing networks and the "sandwich generation. *Milbank Mem Fund Q*. 2000; 78: 347-74.
5. Loatrakul M, Sukanit P. (Editor). *Ramathibodi essential psychiatry*. *Psychiatris Medicine faculty, Mahidol university*. 2015. (in Thai)

6. Pimpanit P. Family's perspectives and support needs in caring for end stage cancer patients. Thai journal of nursing council. 2558;30(4). (in Thai)
7. Leejarean P .Palliative care : Reflection of nurse on the value of their profession. HCU journal of health science. 2016;19(38). (in Thai)
8. Hermann CP. Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. Oncology Nursing Forum. 2001;28 (1):67 – 72.
9. Anderson, K. A., & Gaugler, J. E. (2007). The grief experiences of certified nursing assistants: Personal growth and complicated grief. OMEGA, 54, 301-318.
10. Jepson C, McCorkle R, Adler D. Effects of home care on caregivers' psychological status. Journal Nursing Scholars. 1999;31(2):115–20.
11. Sabrina L, Bernard SL, Suzanne M. Family Caregivers' Social Representations of Death in a Palliative Care Context. Sage journals. 2016.
12. Jonseb AR, Siegler M. Winslade W.J. Clinical ethics : A Practical approach to ethical decision in ethical medicine. (5th ed.). New York, Mc Graw-Hill. 2002.
13. Anderson KA, Taha RD, Hosier AF, Know they residents: an exploration of long-term care nursing staff's knowledge. Res Gerontology Nursing. 2009;2(1):69-76. doi: 10.3928/19404921-20090101-03.
14. National Institute for Clinical Excellence. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer .Published by the National Institute for Clinical Excellence March .2004; ISBN: 1-84257-579-1. (in Thai).
15. Varisara L.Health Care for Caregivers of Patients with Terminal Illness. Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.Srinagarind Med Journal .2013; 28(2): 266-70. (in Thai).
16. Maria FC. End-of-life decisions about withholding or withdrawing therapy: medical, ethical, and religion-cultural considerations.Palliative Care:Research and treatment 2013;7: 1-5.
17. Artsanthia J.,Chaleoykititi S.Transcultural nursing in ASEAN Community .Journal of The Royal Thai Army Nurses.2016;17 (1):10-16(in Thai).
18. Suvarnabhumi K, Sowanna N, Jiraniramai S, Jaturapatporn D, Kanitsap N, Soorapanth C, Thanaghumtorn K, Limratana N. Palliative Care: Research and Treatment. 2013; 7: 25-29.DOI: 10.4137/PCRT.S12532(in Thai)
19. Paul JM. Grief and Palliative Care: Mutuality. Palliative Care: Research and Treatment. 2013;7 :19-24.
20. Barbara P, Brenda H, Richard S, Carole AR, Bottorff JR, Miranda D.Program assessment framework for a rural palliative supportive service. Palliative care: research and treatment. 2013; 7: 7-17.
21. Artsanthia J. Palliative Care in community with the Buddhism traditions. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2013;14 (2):123-127 (in Thai).
22. Lee E, Lum CM, Xiang G S, & Tang WK. Psychosocial condition of family caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Hong Kong. East Asian Achieved Psychiatry. 2010; 20:180-5