

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

The Role of Nurses in Physical Symptom Management for Terminally Ill Patients

นันทวัฒน์ ภิญโญ*

Nuntawat Pinyo*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นครนายก ประเทศไทย 26120

Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Nakhon Nayok, Thailand, 26120

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในระยะนี้ร่างกายของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา อวัยวะที่สำคัญของร่างกายเริ่มมีการสูญเสียหน้าที่การทำงาน ในที่สุดอวัยวะเหล่านั้นก็จะไม่สามารถทำงานได้อีก ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายโดยเฉพาะในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการทางกาย พยาบาลในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต และให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ บทควมวิชาการนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนออาการทางกายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอุปสรรคต่อบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, การจัดการอาการทางกาย, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

Terminally ill patients are individuals whose disease has progressed to the end stage in which curative treatment is no longer feasible. During this stage, the body undergoes physiological changes, and vital organs progressively lose function. Eventually, these organs cease functioning, leading to physical suffering, particularly in the last period of life. Therefore, effective physical symptom management is essential for these patients. Nurses, as healthcare professionals who maintain the closest contact with patients, play a crucial role in physical symptom management for terminally ill patients to alleviate suffering, enhance their quality of life in the final stage of life, and facilitate a peaceful death. This academic article aims to present the common physical symptoms experienced by terminally ill patients, the role of nurses in physical symptom management, and the barriers to this role, in order to provide valuable information for the effective care of terminally ill patients.

Keywords: role of nurses, physical symptom management, terminally ill patients

*Corresponding Author; Email: nuntawatpinyo@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก อันเนื่องมาจากประชากรโลกมีอายุยืนมากขึ้น รวมทั้งผู้คนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงและคุกคามชีวิต เช่น โรคมะเร็ง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เพิ่มขึ้น¹ ทำให้ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในปี 2020 พบว่า ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 56.8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเสียชีวิตภายในเวลา 1 ปี มากถึง 25.7 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดการณ์ว่าภายในปี 2060 จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า²

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill patients) เป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในระยะนี้ร่างกายของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา อวัยวะที่สำคัญของร่างกายเริ่มมีการสูญเสียหน้าที่การทำงาน ในที่สุดอวัยวะเหล่านั้นก็จะไม่สามารถทำงานได้อีก ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาด้านร่างกายและอาการรบกวนต่าง ๆ³ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก อ่อนล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก และสับสน เป็นต้น อาการเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 8 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิตจากร้อยละ 56.8 เป็น 83.9 หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการอาการจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁴ รวมทั้งอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁵ ทำให้สังคมต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น⁶

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจึงเปรียบเสมือนเสาหลักในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง ร่างกายมีความเสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็วและมีปัญหาด้านร่างกายเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหลายระบบ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการจัดการอาการทางกายที่มักสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการทางกาย

ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการเหล่านั้น รวมทั้งอุปสรรคต่อบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการ เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

อาการทางกายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ร่างกายของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายเป็นอย่างยิ่ง อาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

1. **ปวด (Pain)** เป็นประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสียหายของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจริงหรืออาจเกิดขึ้นได้⁷ และเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีอุบัติการณ์มากถึงร้อยละ 35–96⁸ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักประสบกับความปวดที่ไม่อาจรักษาได้โดยเฉพาะช่วงที่ใกล้จะเสียชีวิตซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และอาจทำให้มีอาการอื่น ๆ รุนแรงมากยิ่งขึ้นด้วย⁹ ความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งจากพยาธิสภาพของโรค การรักษา และความอ่อนแอหรือความเปราะบางของร่างกาย สำหรับช่วงที่ใกล้จะเสียชีวิต ความปวดที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดโรค ผู้ป่วยมักปวดปวดหลายตำแหน่งหรือปวดทั่วร่างกายโดยอาจปวดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากก็ได้ ซึ่งความปวดที่เกิดขึ้นอาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ ความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นได้จากหลายวิธีทางทั้งอาการปวดจากเนื้อเยื่อร่างกาย (somatic pain) ปวดจากอวัยวะภายใน (visceral pain) ปวดจากเส้นประสาท (neuropathic pain) และปวดจากตัวรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด (nociceptive pain) โดยการกระตุ้นตัวรับรู้ความเจ็บปวดให้ปล่อยสารเคมีที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เช่น แบรดีไคนิน (bradykinin) ซับสแตนท์ พี (substance P) และพรอสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) สารเคมีเหล่านี้กระตุ้นเซลล์ประสาทรับความเจ็บปวด และแรงกระตุ้นจากเซลล์ประสาทจะถูกส่งไปยังทาลามัสและคอร์เทกซ์ ทำให้สามารถระบุตำแหน่งของความเจ็บปวดและตีความองค์ประกอบของความเจ็บปวดได้¹⁰ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจึงสามารถบอกตำแหน่งและลักษณะของการปวดได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้อาจแสดง

อาการเจ็บปวดที่ไม่ใช่คำพูด เช่น อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย ทำหน้าบูดบึ้ง ครวญคราง ร้องไห้ ตะโกน เกร็งร่างกาย หายใจสั้นและเร็ว และเหงื่อออกโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น¹¹ การรับรู้ถึงความรู้สึกปวดในผู้ป่วยทั้งที่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถสื่อสารได้จึงถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาล

2. หายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สุขสบายในการหายใจ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน¹² และเป็นอีกอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีอุบัติการณ์มากถึงร้อยละ 10–70⁸ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ มักเริ่มมีอาการหายใจลำบากในช่วง 6 สัปดาห์สุดท้ายของชีวิต และมีอาการเพิ่มขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์สุดท้าย¹³ โดยเริ่มต้นจากความบกพร่องทางสรีรวิทยาที่นำไปสู่การกระตุ้นตัวรับรู้ความรู้สึกในปอดและนอกปอด และส่งข้อมูลความรู้สึกไปยังเปลือกสมอง (cerebral cortex) ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะรับรู้ได้ว่าไม่สุขสบายในการหายใจ ในทางการแพทย์มักใช้อาการแสดงของความทุกข์ทรมานทางระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจเร็ว ไซ้กล้ำเนื้อช่วยหายใจ และกล้ำเนื้อระหว่างซี่โครงหดตัว เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม อาการแสดงดังกล่าวเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่อาจบ่งชี้ถึงความไม่สุขสบายในการหายใจของผู้ป่วย ไม่ได้บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างแท้จริง¹⁴ อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การอุดตันหรือการกดเบียดของก้อนมะเร็ง ความผิดปกติของหัวใจและปอด และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดเป็นกรด ของเสียคั่งในเลือด ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น^{10,14,115}

3. อ่อนล้า (Fatigue) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่รับรู้ถึงความรู้สึกหมดแรง อ่อนล้า ความสามารถในการทำงานทางกาย อารมณ์ หรือทางจิตใจลดลง โดยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอุบัติการณ์ร้อยละ 32–90^{8,16} ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักประสบกับความอ่อนล้าโดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยกำลังเปลี่ยนผ่านจากระยะสุดท้ายเข้าสู่ระยะใกล้ตายที่อาการจะมีมากขึ้น ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น การดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้น ภาวะเสื่อมของร่างกาย การติดเชื้อ มีภาวะโลหิตจาง การขาดน้ำหรือพลังงาน การหายใจลำบาก ความเจ็บปวด ความเครียด ความวิตกกังวล ผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา และการเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับ^{11,17} เมื่อผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าจะทำให้

ผู้ป่วยไม่ขยับตัว นอนนิ่ง ๆ บนเตียงเนื่องจากหมดแรง ซึ่งจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ ทрудโถม และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁸

4. เบื่ออาหาร (Anorexia) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสูญเสียความอยากอาหารหรือการบริโภคแคลอรีที่ลดลง และเป็นภาวะที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีอุบัติการณ์ร้อยละ 30–92⁸ โดยผู้ป่วยจะมีความอยากอาหารลดลงหรือไม่มีความอยากอาหารโดยสิ้นเชิง ผู้ป่วยจึงมักจะปฏิเสธการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อร่างกายค่อย ๆ ทรุดโทรมลง อาจมีสาเหตุมาจากกระบวนการการดำเนินของโรคในระยะสุดท้าย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ หรืออาการต่าง ๆ เช่น อาการปวด คลื่นไส้ ท้องผูก แน่นท้อง ความผิดปกติของการรับรสชาติ หายใจไม่สะดวก หรืออาจเป็นเพราะความต้องการพลังงานของร่างกายลดลง เป็นต้น ส่งผลให้ร่างกายได้รับแคลอรีน้อยลง ขาดสารอาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย และอ่อนแรง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นภาวะปกติที่ต้องเกิดขึ้น การขาดน้ำและอาหารไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่กลับช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากยิ่งขึ้น และช่วยลดอาการครวญครางที่เกิดจากการหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิต การฝืนให้อาหารอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และอาจสำลักอาหารจนเกิดอันตรายได้^{9,17}

5. คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) อาการคลื่นไส้เป็นความไม่สุขสบายท้อง อึดอัดมวนท้องพะอืดพะอม อยากอาเจียน ซึ่งมักมาพร้อมกับอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อออก มีน้ำลายมาก หัวและใจเต้นเร็ว ส่วนอาการอาเจียนเป็นการขับเอาอาหารและน้ำย่อยที่อยู่ในกระเพาะอาหารออกมาทางปากอย่างรุนแรงจากการการบีบตัวของกระเพาะอาหาร ซึ่งอาการดังกล่าวพบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 6–68^{8,19,20} และเกิดจากการตอบสนองต่อสัญญาณที่ถ่ายทอดมาจากบริเวณต่าง ๆ ของร่างกายผ่านทางสารสื่อประสาทมายังศูนย์ควบคุมการอาเจียน (vomiting center) ซึ่งอยู่บริเวณก้านสมองส่วนท้าย (medulla oblongata) หากศูนย์ควบคุมการอาเจียนถูกกระตุ้นก็จะมีอาการกระตุ้นเส้นประสาทเส้นโซมาติก (somatic nerve) เส้นประสาทเพรียน

(phrenic nerve) และเส้นประสาทเวกัส (vagal nerve) ทำให้เกิดการคลื่นไส้อาเจียน^{10,16} สาเหตุทั่วไปของอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ความปวด ความวิตกกังวล ท้องผูก ของเสียคั่งในร่างกาย กลิ่นและรสชาติที่ไม่พึงประสงค์ และผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ใช้ในการรักษา เช่น โอปิออยด์ เคมีบำบัด เป็นต้น^{10,20}

6. ท้องผูก (Constipation) คือ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระที่ลดลงและ/หรือมีความยากลำบากในการถ่ายอุจจาระ อาจรวมถึงการเบ่งอุจจาระ อุจจาระแข็งและแห้ง ปวดท้อง หรือรู้สึกว่าการถ่ายอุจจาระไม่หมด อาการท้องผูกมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 23-65 ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยาโอปิออยด์อาจสูงถึงร้อยละ 87^{8,21} โดยทั่วไปอาการท้องผูกเกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีการบีบตัวของลำไส้ช้าลง ทำให้มีการดูดซึมน้ำจากอุจจาระผ่านผนังลำไส้มากขึ้น ส่งผลให้มีอุจจาระแข็ง แห้งและถ่ายยาก ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง การได้รับน้ำและอาหารไม่เพียงพอ การขาดความเป็นส่วนตัวในการขับถ่าย การได้รับยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ เช่น ยาเคมีบำบัด ยาแก้ปวด ยาขับปัสสาวะ ยาต้านอาการซึมเศร้า และยาโอปิออยด์ เป็นต้น^{10,22} อาการท้องผูกมักทำให้เกิดอาการปวดท้องและท้องอืด เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการอุดตันของอุจจาระ ลำไส้อุดตัน และปัสสาวะคั่งค้างหรือกลั้นปัสสาวะ นอกจากนี้ ยังอาจทำให้อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ มีกลิ่นปาก กระสับกระส่าย และสับสน ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานอย่างมากให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย²¹

7. สับสน (Delirium) เป็นอาการผิดปกติเฉียบพลันเกี่ยวกับการผันผวนในความสนใจ ความตระหนักรู้ และการรับรู้ รวมทั้งการคิดที่ไม่เป็นระเบียบ ความจำเสื่อม ความสับสน ความผิดปกติทางการรับรู้หรืออาจมีความผิดปกติของวงจรการนอน-ตื่น ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 6-93 โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์สุดท้ายจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต และเป็นสัญญาณที่สังเกตได้บ่อยครั้งว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต^{8,9,23,24} เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการสับสนอาจแสดงออกมาในลักษณะ hyperactive คือ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล อยู่ไม่นิ่ง รุนแรง กระสับกระส่าย เห็นภาพหลอน และความเชื่อผิด ๆ และ hypoactive คือ ผู้ป่วยจะมีอาการเฉื่อยชา ง่วงซึม เศร้า หดหู่ ตอบคำถามช้า ไม่เริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย และมีความ

ตระหนักรู้ต่อสภาพแวดล้อมรอบข้างลดลง หรืออาจแสดงอาการของ hyperactive ร่วมกับอาการของ hypoactive ซึ่งอาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ เกิดขึ้นทันทีทันใด และมักเกิดขึ้นในช่วงกลางคืน²⁵ โดยอาการสับสนมักมีสาเหตุจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความไม่สมดุลของของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ น้ำตาลในเลือดต่ำ ออกซิเจนในเลือดต่ำ ยูรีเมีย แอมโมเนียในเลือดสูง การติดเชื้อ การขาดน้ำ ความปวด และผลข้างเคียงของยาโดยเฉพาะยาโอปิออยด์ เป็นต้น^{9,24,25}

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจึงมักเป็นบุคคลแรกที่รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยบทบาทที่สำคัญเหล่านี้ ได้แก่

1. การจัดการอาการโดยตรง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการทางกายหลายอาการและมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในช่วงใกล้จะเสียชีวิต การจัดการอาการโดยตรงจึงเป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ บทบาทดังกล่าวมีทั้งที่เป็นบทบาทอิสระ (independent role) ซึ่งบทบาทอิสระเป็นการปฏิบัติพยาบาลโดยใช้ความรู้จากศาสตร์ทั้งทางด้านการพยาบาลและสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นอิสระภายใต้ขอบเขตของการพยาบาล สามารถทำได้โดยการประเมินอาการ การป้องกัน และการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทางกายที่เกิดขึ้น เช่น การให้ความรู้หรือคำแนะนำ การจัดสิ่งแวดล้อม และการดูแลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยไม่ใช้ยา เป็นต้น และบทบาทร่วม (interdependent role) เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลร่วมกับแพทย์และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ โดยนำแผนการรักษาของแพทย์สู่การปฏิบัติการดูแลจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทที่จำกัดภายใต้การดูแลของแพทย์ เช่น การดูแลให้ยาบรรเทาอาการตามแผนการรักษา

ของแพทย์ เป็นต้น^{26,27,28,29}

2. การประสานงาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคน มักมีความต้องการการดูแลจัดการอาการทางกายที่ซับซ้อน และเป็นปัจเจกบุคคล การจัดการอาการดังกล่าวจึงเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีบทบาทเป็นสื่อกลางในการประสานความร่วมมือของทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อร่วมกันประเมินอาการ ค้นหาสาเหตุ วางแผนการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการติดตามอาการ การประสานความร่วมมือในการดูแล จะทำให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการที่มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล รวมทั้งเกิดความมั่นใจว่าทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจ เป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกัน เพื่อให้สามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{26,29}

3. การให้ข้อมูลและคำปรึกษา ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่ประสบกับความไม่สบายที่เกิดจากอาการทางกายโดยตรง การจัดการอาการเหล่านั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสภาพของโรค อาการที่ผู้ป่วยประสบ และการจัดการอาการที่เหมาะสม โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ตรงไปตรงมา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองและมีความเหมาะสม รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น การให้ความรู้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการในการจัดการอาการจะช่วยลดช่องว่างระหว่างบุคลากรผู้ดูแลและผู้ป่วย เสริมสร้างความไว้วางใจ และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ^{26,27,29}

4. การให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันแบบซับซ้อน จิตใจและอารมณ์จึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดและส่งเสริมความรุนแรงของอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจึงควรให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ป่วย โดยการฟังอย่างเข้าใจ การให้กำลังใจ และการช่วยเหลือในการรับมือกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเศร้าโศก ผ่านการให้

คำปรึกษา การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การใช้การบำบัดทางจิตวิทยา และอื่น ๆ การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์จากพยาบาลอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงไม่เพียงแต่เน้นการรักษาทางกาย แต่ยังควรให้ความสำคัญกับอารมณ์และจิตใจด้วยเช่นกัน²⁹

อุปสรรคต่อบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความสบายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังคงมีอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่บรรลุผลได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ อุปสรรคต่าง ๆ สามารถจำแนกได้เป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การมีความรู้ที่ไม่เพียงพอ จากผลการศึกษาหลายฉบับพบว่า พยาบาลจำนวนไม่น้อยยังมีความรู้ที่ไม่เพียงพอในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการใช้ยาโอปิออยด์อย่างเหมาะสม การประเมินและบรรเทาอาการเจ็บปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ หรือภาวะกระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ พยาบาลบางส่วนยังขาดความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจในการจัดการอาการ การมีความรู้ที่ไม่เพียงพอดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง และทักษะที่จำเป็นในการจัดการอาการทางกายอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเกิดจากการประสบการณ์และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง^{30,31,32,33}

2. การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงานพยาบาลมักประสบปัญหาด้านการสื่อสารทั้งการสื่อสารระหว่างพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของการจัดการอาการ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับพยาบาลมักเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนในการสื่อสารข้อมูลทางคลินิก

โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนเวรหรือการส่งต่อข้อมูลระหว่างพยาบาล การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับทีมสหสาขาวิชาชีพมักเกี่ยวข้องกับข้อมูลไม่ชัดเจนและครบถ้วนในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างวิชาชีพ อาจทำให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการอาการที่ไม่สอดคล้องกับสภาพจริงของผู้ป่วย หรือเกิดความล่าช้าในการปรับแผนการรักษา ส่วนการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมักเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลไม่ชัดเจนและเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจ มีความวิตกกังวล และมีการตัดสินใจในการรับการรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สอดคล้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มักนำไปสู่การจัดการอาการที่ไม่มีประสิทธิภาพ^{30,34}

3. ความกลัว ในการจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลมักแสดงความกลัวอย่างมากเกี่ยวกับการบรรเทาอาการโดยเฉพาะการจัดการความปวด เนื่องจากกลัวว่าการใช้ยาโอปิออยด์จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น หรือกลัวว่าการเริ่มใช้ยาโอปิออยด์อาจนำไปสู่การติดยาในระยะยาว ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ พยาบาลยังมีความกลัวที่เกี่ยวข้องกับผลทางกฎหมาย เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น กลัวการถูกฟ้องร้อง ถูกตั้งข้อหาทางอาญาหรือสูญเสียตำแหน่งงาน ความกลัวทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนี้มีความเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้ การฝึกอบรม และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลให้พยาบาลเกิดความลังเลในการตัดสินใจ และนำไปสู่การจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย^{30,31}

4. ทักษะ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลจำนวนไม่น้อยยังมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม เช่น มีทัศนคติที่ไม่ยอมรับการตาย ซึ่งอาจเกิดจากความกลัวหรือความไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความสูญเสีย หรือมีความเชื่อที่ผิดว่าการใช้ยาโอปิออยด์จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ทำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาโอปิออยด์ที่จำเป็นสำหรับการบรรเทาอาการปวด นอกจากนี้ ยังมีทัศนคติที่มองว่าการจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องยากและซับซ้อน ทำให้พยาบาลมักหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นต้น ทัศนคติเหล่านี้อาจส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถให้การจัดการอาการให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ^{30,35}

5. ภาระงานมาก เป็นอุปสรรคหนึ่งที่สำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลรายงานว่าอุปสรรคดังกล่าวมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มาก จำนวนพยาบาลที่มีน้อย รวมถึงพยาบาลต้องรับผิดชอบงานด้านเอกสาร งานบริหารจัดการ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ส่งผลให้มีเวลาไม่เพียงพอในการประเมิน จัดการ และติดตามอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน^{30,33}

การนำไปประยุกต์ใช้

การนำบทบาทของพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการจัดการอาการทางกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมักเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผลการศึกษาส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาลมีส่วนช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายต่าง ๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านระบบการดูแลสุขภาพทางไกล (Telecare) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือโรคเนื้อเยื่อในปอดอักเสบ³⁶ การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized clinical trial) โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลภายใต้รูปแบบการดูแลแบบร่วมมือ (collaborative care model) ทีมผู้ดูแลหลักประกอบด้วยพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการจัดการอาการของผู้ป่วย ครอบคลุมการประเมินอาการ การให้ความรู้และคำแนะนำ รวมถึงการแก้ไขอุปสรรคในการจัดการอาการ และมีนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย การดูแลทั้งหมดดำเนินการผ่านการโทรศัพท์หาผู้ป่วยทั้งหมด 12 ครั้ง รวมระยะเวลา 6 เดือน ในระหว่างกระบวนการดูแล พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ได้พบปะกับแพทย์ผู้ดูแลหลัก ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจและปอดเป็นประจำทุกสัปดาห์ เพื่อทบทวนแผนการดูแล และปรึกษา

หารือกันในห้อง เพื่อวางแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI, 1.8-7.4; $P = .001$) จากการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการทางกายของผู้ป่วย ทั้งด้านการประเมินอาการ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ การให้คำปรึกษา ตลอดจนการประสานงานและทำงานร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

บทสรุป

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ พยาบาลในฐานะผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการทางกายของผู้ป่วย ทั้งบทบาทในการจัดการอาการโดยตรง การประสานงาน การให้ข้อมูลและคำปรึกษา และการให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีอุปสรรคหลายประการทั้งจากพยาบาลเองและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้พยาบาลสามารถจัดการอาการทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการที่มีความแตกต่างกันของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนได้อย่างครบถ้วน

References

1. Chimchalong R. Palliative nurse specialist competencies and the role of nurse in palliative care. Royal Thai Army Medical Journal. 2021;74(3):233-9. (in Thai)
2. World Health Organization. Palliative care. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. Pinyo N. Factors influencing caring behaviors for end-of-life patients of registered nurses in a university hospital. (thesis). Phitsanulok: Naresuan University; 2023. (in Thai)
4. Hallet J, Davis LE, Mahar AL, Isenberg-Grzeda E, Bubis LD, Myrehaug S, et al. Symptom burden at the end of life for neuroendocrine tumors: An analysis of 2579 prospectively collected patient-reported outcomes. *Annals of Surgical Oncology*. 2019;26(9):2711–21.
5. Çamcı G, & Oğuz S. The effect of palliative care training on symptom management, rehospitalization and quality of life in chronic heart failure: A randomized controlled trial. *Mediterranean Nursing and Midwifery*. 2023; 3(2):81-9.
6. Sriratanaban J, Chatrkaw P, Sriratanaban P, Ngamkiatphaisan S, Manaswanit P, Rattananupong T, et al. Strategic development of hospice care in Thailand: An alternative for improving quality of life in terminally ill patients. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4922?locale-attribute=th> (in Thai)
7. International Association for the Study of Pain. IASP announces revised definition of pain. Washington DC: International Association for the Study of Pain; 2020.
8. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, & Higginson IJ. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*. 2020; 38(9):905-14.
9. Ijaopo EO, Zaw KM, Ijaopo RO, & Khawand-Azoulai M. A review of clinical signs and symptoms of imminent end-of-life in individuals with advanced illness. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2023;9(1):233372 14231183243.
10. Rosser M, & Walsh HC. Fundamentals of palliative care for student nurses. Singapore: Markono Print Media; 2014.

11. McGuire DB, Kaiser KS, Haisfield-Wolfe ME, & Iyamu F. Pain assessment in noncommunicative adult palliative care patients. *The Nursing clinics of North America*, 2016;51(3):397-431.
12. American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 1999;159(1):321-40.
13. Shreves A, & Pour TR. Emergency department management of dyspnea in the dying patient. *Emergency Medicine Practice*, 2018;20(7):1-20.
14. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2012;185(4):435-52.
15. Crombeen AM, & Lilly EJ. Management of dyspnea in palliative care. *Current Oncology*. 2020; 27(3):142-5.
16. Kreher M. Symptom control at the end of life. *Medical Clinics of North America*. 2016;100(5): 1111-22
17. Cancer Council Australia. Facing end of life: a guide for people dying with cancer, their families and friends. New South Wales: IVE Group; 2023.
18. Thanasilp S. Holistic care for terminal cancer patients. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai)
19. Albert RH. End-of-life care: managing common symptoms. *American Family Physician*. 2017; 95(6):356-61.
20. Leach C. Nausea and vomiting in palliative care. *Clinical Medicine*. 2019;19(4):299–301.
21. Boland JW, & Boland EG. Constipation and malignant bowel obstruction in palliative care. *Medicine*. 2022;50(12):775-9.
22. Wickham RJ. Managing constipation in adults with cancer. *Journal of Advanced Practitioner in Oncology*. 2017;8(2):149-61.
23. European Delirium Association, & American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Medicine*. 2014;12:141.
24. Azhar A, & Hui D. Management of physical symptoms in patients with advanced cancer during the last weeks and days of life. *Cancer Research and Treatment*. 2022; 54(3):661-70.
25. Bramati P, & Bruera E. Delirium in palliative care. *Cancers (Basel)*. 2021;13(23):5893.
26. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, & Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: a call to action. *Nurse Education Today*. 2018;61:216-9.
27. Nacak UA, & Erden Y. End-of-life care and nurse's roles. *The Eurasian Journal of Medicine*. 2022;54(Suppl1):141-4.
28. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, & Martínez-Martín ML. The role of the nurse at the end of the life of a critically ill patient. *Enfermería Intensiva (English Edition)*. 2019; 30(2):78-91
29. Subwongcharoen N, & Chintapanyakun T. Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(1):26-34. (in Thai)
30. Gerber K, Willmott L, White B, Yates P, Mitchell G, Currow DC, et al. Barriers to adequate pain and symptom relief at the end of life: a qualitative study capturing nurses' perspectives. *Collegian*. 2022;29(1):1-8.

31. Rubbai YS, Chong MC, Tang LY, Abdullah KL, Mohammad WT, Mohajer S, et al. Barriers in providing quality end-of-life care as perceived by nurses working in critical care units: an integrative review. *BioMed Central Palliative Care*. 2024;23(1):217-30.
32. Alsaiairi S, Alhofaian A, & Tunsu A. Nurses' knowledge, perceived barriers and practices regarding cancer pain management: a coping review. *Indian Journal of Palliative Care*. 2023;30(1):1-9.
33. Maeroh N, Kongsuwan W, & Yodchai K. Barriers in providing palliative care in intensive care units: nurses' experiences. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2017;37(3):74-82. (in Thai)
34. Saikaew S, Tanatwanit Y, & Kunsongkit W. Effective communication between nurses and advanced cancer patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(2):93-101. (in Thai)
35. Hamdan KM, Al-Bashaireh AM, Al-Dalahmeh M, Saifan AR, Albqoor MA, & Shaheen AM. Palliative care knowledge and attitudes toward end-of-life care among intensive care unit nurses in Jordan. *Acute and Critical Care*. 2023;38(4):469-78.
36. Bekelman DB, Feser W, Morgan B, Welsh CH, Parsons EC, Paden G, et al. Nurse and social worker palliative telecare team and quality of life in patients with COPD, heart failure, or interstitial lung disease: The ADAPT randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association*. 2024;331(3):212-23.