

บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง (NURSE'S ROLE IN PALLIATIVE CARE)

จอณณะจง เฟ็งจาด (Johnphajong Phengjard)*

บทคัดย่อ

การพยาบาลที่มีคุณภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรคในระยะสุดท้าย การสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบ บทบาทพยาบาลประกอบด้วย การบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง การพยาบาลครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม การสนับสนุนและปกป้องสิทธิของผู้ป่วย การจัดการการดูแลที่บ้าน การเตรียมผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายและการเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลตัวเองของพยาบาลเพื่อให้มีความพร้อมในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง บทบาทพยาบาล

Abstract

Quality nursing care is most importance in the care for palliative and end-of-life patients. Nurses play significant roles to promote the patient's quality of life, to alleviate pain and suffering, to support, and to give the patients and their family encouragement during dying process. Nurse's roles include managing palliative care system, providing holistic nursing care, advocating, organizing home care, preparing for end-of-life and death, and offering bereavement care. While working with stressful circumstances and expecting high quality nursing care, nurses need to care for themselves.

Key words: Palliative care / Nurse's role

การดูแลแบบประคับประคองมีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยซึ่งอาจใช้การรักษาแบบ Curative ร่วมด้วย เช่น การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด หรือ ฉายแสง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องการที่จะยืดชีวิตหรือเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ครอบคลุมความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยอมรับการตายเป็นกระบวนการธรรมชาติ เป็นการดูแลโดยทีมผู้ดูแลที่ประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพ มีการใช้แหล่งประโยชน์และระบบการสนับสนุนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (WHO, 2002) การดูแลแบบประคับประคองมีความหมายครอบคลุมการดูแลแบบ supportive care (การดูแลรักษาตามอาการ ตามมาตรฐานการดูแล) การดูแลระยะสุดท้าย (การดูแลในระยะที่เสียชีวิต) และการดูแลแบบฮอสปิซ (Hospice: การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะใกล้เสียชีวิตจนถึงภายหลังการเสียชีวิต) (Kinzbrunner, 2005)

การบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองจะมีคุณภาพได้นั้นควรต้องมีระบบที่ดี การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในกลุ่มประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของการเจ็บป่วย มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Principles of palliative care) และมีทักษะการพยาบาลในการจัดการอาการเพื่อบรรเทาความปวด ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัวได้ (Ferrell & Coyle, 2006)

ผู้ป่วยระยะประคับประคองย่อมต้องการการรักษาและการดูแลที่ดี ไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด

หรืออาการของโรคในระยะสุดท้าย มีขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบ พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยเหล่านี้ มีโอกาสได้เห็นถึงกระบวนการตายและรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลที่มีคุณภาพนับเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย บทความนี้จะกล่าวถึงบทบาทต่างๆ ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง ครอบคลุมความต้องการองค์รวม และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายของชีวิต

บทบาทด้านการบริหารจัดการ (Management role)

การบริการสุขภาพแบบประคับประคองจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยได้ตามปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง การเกิดระบบการดูแลที่ดีจะช่วยให้ผู้ให้บริการรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ การประสานงานเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ โดยเน้นการทำงานเป็นทีม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างทีมการดูแลที่เข้มแข็ง (Payne & Oliviere, 2009) โดย

1. จัดการให้มีการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนการแสดงบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมทีม
2. จัดให้มีการทบทวนแนวการปฏิบัติ ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ หรือความผิดพลาดที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล
3. ประชุมปรึกษาในกรณีที่เกิดปัญหาการสื่อสาร หรือเกิดสถานการณ์ยุ่งยาก

นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพ (Rushton, 1998) ดังนี้

1) สร้างระบบของการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นในนโยบายการดูแลของหน่วยงาน

2) พยาบาลเป็นสมาชิกในทีมการดูแลสหสาขาวิชาชีพในหน่วยงานทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือร่วมวางแผนการดูแล ค้นหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนามาตรฐานการดูแล ในเรื่องการจัดการความปวด การควบคุมอาการ การดูแลแบบองค์รวม การสนับสนุนด้านจิตสังคม และการบริหารจัดการระบบการดูแล

3) ชี้แนะปัจจัยที่ก่อให้เกิดการคุกคามต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลที่ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี

4) บันทึกและรายงานถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และค้นหาอุปสรรคต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่มาจากบุคคล วิชาชีพ องค์กร และสังคม

5) สนับสนุนให้เกิดการดูแลที่เป็นระบบ มีมาตรฐาน และครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม เช่น การมี Professional guideline protocols และ standard เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

6) มีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

7) ร่วมมือกับผู้ป่วยในการทำให้บุคลากรทางการแพทย์ และสังคมทั่วไป เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

8) สนับสนุนระบบการดูแลที่คำนึงถึง ค่านิยม ความเชื่อ ทั้งของวิชาชีพ บุคคล และครอบครัว ในการตัดสินใจ และการปฏิบัติที่เหมาะสมและอยู่บนพื้นฐานจริยธรรม

บทบาทในการให้การพยาบาล (Providing nursing care)

การพยาบาลที่มีคุณภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรคในระยะสุดท้าย สนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบ

การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีปัจจัยหลายอย่างที่เข้ามามีเกี่ยวข้อง การพยาบาลที่มีคุณภาพมีผลจากปัจจัยสำคัญคือ ทักษะคติ (Attitude) เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแล (Caring) ทักษะคติของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรู้สึกผู้อื่น การเข้าใจและสนใจในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกด้าน มีความเสียสละและอุทิศตนในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ให้การยอมรับและนับถือการเป็นบุคคล ให้การดูแลบุคคล ไม่ใช่การดูแลโรค และการยอมรับถึงปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และปัจจัยทางวัฒนธรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ส่วนการดูแล เน้นการดูแลแบบองค์รวม มีการสื่อสารที่ดีเพื่อสร้างแนวร่วมในการดูแล การบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามมาตรฐานการรักษา การดูแลมีคุณภาพที่ผู้ใช้บริการพึงพอใจ มีแผนการรักษาที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรหลายสาขา มีการประเมินผลการดูแล มีความต่อเนื่องของการดูแล และมีแผนในการป้องกันภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Ferrell & Coyle, 2001) การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมประกอบด้วย

การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางกาย (Physical care)

ผู้ป่วยระยะประคับประคอง เป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคในระยะรุนแรง มีการลุกลามของโรคไปส่วนต่างๆ ของร่างกาย เกิดความทุกข์ทรมานกับอาการ

เจ็บป่วยและสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องอืด เหงื่อออก เหนื่อยล้า และ ซึมเศร้า เป็นต้น (Potter, Bryan, & Quigley, 2003; Borgsteede, et al, 2007) พยาบาลต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ควบคุมจัดการกับอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สบาย ช่วยเหลือการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดูแลให้เกิดความสุขสบาย ประเมินอาการและเฝ้าติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care)

ผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น พยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจภาวะที่มีการเจ็บป่วยระยะท้าย สามารถจัดการกับความรู้สึกเศร้า เสียใจ สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ โดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายสิ่งที่คับข้องใจ ความกลัว หรือความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ในระยะนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคและแผนการรักษา เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ส่วนการพยาบาลที่ต้องการ คือการดูแลที่ช่วยควบคุมความปวดและความทุกข์ทรมาน พยาบาลต้องใช้เทคนิคการสื่อสารที่เป็นกลวิธีในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึก (Arblaster, Brooks, Hudson, & Petty, 1990) พยาบาลต้องใส่ใจกับความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว แสดงความเห็นใจให้การสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับ และมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับความตายที่จะเกิดขึ้น (Kemp, 1999) การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 1) การประเมินและสอบถามความรู้สึกผู้ป่วยเป็นระยะ สอบถามความต้องการ แหล่งสนับสนุน และปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการสูญเสียและความ

ตาย; 2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจ; 3) ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้สึก ซักถามปัญหา พุดคุยถึงความหวัง ความต้องการ การเตรียมตัวเผชิญกับความตาย สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยแสดงความรู้สึกกับครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจ; 4) ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและควรรู้ในเรื่องการดำเนินของโรค การรักษาและการดูแล; 5) ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังตามที่เป็จริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก (NCCN, 2010)

บทบาทการดูแลด้านจิตใจนี้พบว่าเป็นบทบาทที่ทำได้ยาก ในภาวะที่ขาดแคลนบุคลากรพยาบาลมักจะยุ่งกับงานประจำจนไม่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วย และพยาบาลบางคนอาจขาดความมั่นใจในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากขาดทักษะ หรือไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และการแสดงออกให้ผู้อื่นรับทราบ (Wilkes, 1999) ในสภาพการดูแลในปัจจุบันของประเทศไทยสอดคล้องกับรายงานวิจัยต่างประเทศ (James, 1992) ที่พบว่าพยาบาลมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ช่วยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลทั่วไป ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยมากกว่าพยาบาล บุคลากรเหล่านี้จึงมีโอกาสได้รับฟังความรู้สึกและรับรู้การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยมากกว่าพยาบาล ดังนั้นการที่พยาบาลจะรับรู้และให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลต้องมีเวลาให้ผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่ต้องการ รับฟังและให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)

การดูแลด้านจิตวิญญาณนับเป็นการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้เพื่อการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการของมนุษย์ที่เป็นองค์รวม การดูแลด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้วาระสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยมีความหมาย ประกอบด้วยความรักและสงบสุข พยาบาลจึงไม่ควรมองข้ามความต้องการด้านนี้ของผู้ป่วย และในบางครั้งผู้ป่วยเองอาจไม่ตระหนักถึงความต้องการของตนเอง พยาบาลอาจต้องช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการสะท้อนคิดถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยอาจสังเกตความรู้สึก อารมณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวดด้านจิตใจ กลัวกับการเผชิญกับความตาย รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกโดดเดี่ยวขาดความมั่นใจ มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ และ รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Murray, Kendall, Boyd, Worth, & Benton, 2004)

ในวาระสุดท้ายของชีวิต บุคคลทุกคนมีความต้องการที่จะมีโอกาสได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมา ทำภาระกิจที่ค้างค้างให้แล้วเสร็จ ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อเพื่อให้มีจิตใจที่สงบ เตรียมตัวให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตาย และเมื่อเวลานั้นมาถึงต้องการปราศจากความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด ปวดร้าวที่จะอยู่ท่ามกลางคนที่ตนเองรักและรู้จัก (Kemp, 1999) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ 1) ให้ความสนใจและเคารพในความเชื่อและสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ; 2) เต็มใจที่จะพูดคุยเรื่องความเชื่อ ความต้องการในการปฏิบัติตามความเชื่อ นั้น ๆ กับผู้ป่วย; 3) ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะเพื่อเตรียมพร้อมกับการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณดังนี้คือ ทักษะการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่น การแสดงความเห็นใจ ความจริงใจ การช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ (Johnston & Smith, 2006) การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Balboni, 2007)

บทบาทในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Patient advocacy)

บทบาทนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในภาวะที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูล หรือเป็นผู้แทนในบางโอกาส เพื่อแสวงหาแหล่งสนับสนุน และข้อมูลสำคัญเพื่อการตัดสินใจต่าง ๆ ที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย และร่วมปกป้องการถูกละเมิดสิทธิต่าง ๆ (Egan & Labyak, 2006) บทบาทนี้ประกอบด้วย 1) การประสานงานกับแพทย์และทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย; 2) สนับสนุนให้ได้รับการดูแลรักษาเพื่อการควบคุมอาการที่เหมาะสม; 3) ค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วย; 4) สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่; 5) ประสานงานในการใช้บริการและประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่

บทบาทการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (Nurse's role in palliative home care)

การดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน เป็นบริการที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพการดูแล (Peters & Sellick, 2006) และลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล (Costantini, et al., 2003) พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการดูแลที่บ้าน พยาบาลต้องทำความเข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านไม่ใช่เป็นบทบาทเฉพาะของพยาบาลในชุมชนเท่านั้น แต่เป็นบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน พยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือจัดการ และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อการช่วยเหลือเตรียมการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านได้อย่างสงบ ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนและมีศักยภาพสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Milone-Nuzzo & McCorkle, 2006)

ประเด็นเรื่องสถานที่เสียชีวิต เป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยเฉพาะในระยะสุดท้าย ในสังคมวัฒนธรรมไทย ในอดีตการเสียชีวิตที่บ้านถือเป็นเรื่องปกติ โดยเฉพาะการเสียชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่บ้าน ในปัจจุบันแม้ว่าการเสียชีวิตที่บ้านจะเป็นความต้องการของประชาชนจำนวนมาก แต่เมื่อถึงเวลานั้นจริงผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในที่สุด มีการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับสถานที่เสียชีวิต พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ชนิดของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง เสียชีวิตที่บ้านสูงกว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และผู้ป่วยเจ็บป่วยเฉียบพลัน; 2) ความต้องการของผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มีการบอกความต้องการและต้องการเสียชีวิตที่บ้านจะได้รับการตอบสนองจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์; 3) ความเพียงพอของโรงพยาบาลในชุมชนและการมีจำนวนเตียงที่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล; 4) การมีครอบครัวและผู้ดูแล หรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัวพร้อมดูแลผู้ป่วย และจัดการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน; 5) ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม การยอมรับของชุมชน; และ 6) มี นโยบายสุขภาพที่กำหนดให้มีการดูแลที่บ้าน มีบริการดูแลที่บ้านที่สนับสนุนการเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนครอบครัว มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ (Gomes & Higginson, 2013)

การพูดถึงความตายเป็นเรื่องที่ยากแล้ว การสอบถามถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตยิ่งยากกว่า และยังเป็นที่ยกเถียงกันถึงความเหมาะสมที่พูดถึงเรื่องนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว และล่อแหลมต่อจริยธรรมในปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรต้องดูความเหมาะสมของสภาพการเจ็บป่วยและช่วงเวลาที่กล่าวถึงเรื่องนี้ และบางครั้งผู้ป่วยและญาติอาจแปลความหมายถึงการเร่งให้ผู้ป่วยกลับบ้านหากโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องจำนวนเตียงรักษาพยาบาล ดังนั้นการกล่าวถึงเรื่องนี้ควรทำเมื่อแน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับ

มีสัมพันธภาพที่ดี และยอมรับกับแผนการรักษาแบบประคับประคอง และไม่ควรถามคำถามโดยตรงแต่อาจใช้ช่วงโอกาสที่ผู้ป่วยพูดถึงความต้องการต่างๆ อย่างไรก็ตามความต้องการนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยอาการหนักและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านเป็นเรื่องที่ผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และผ่านการฝึกทักษะมาเป็นอย่างดีเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ให้การดูแลที่เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้ (Munday, Mila, & Dale, 2009)

บทบาทเรื่องการเตรียมตัวตาย (Prepare to die)

พระไพศาล วิสาโล กล่าวว่า การตายอย่างสงบเป็นเรื่องที่ฝึกได้ เตรียมได้ “เราตายได้ครั้งเดียว เราจะตายอย่างไร ร้านกาแฟบางร้านใช้เวลาถึงสามอาทิตย์ในการฝึกพนักงานให้เชี่ยวชาญในการชงกาแฟ แต่เรื่องตายที่เป็นเรื่องสำคัญ กลับไม่เคยมีการฝึกการสอนกัน ในโรงเรียนไหน ๆ ทั้งที่การตายให้เป็น บางทีก็แยกไม่ออกจากการอยู่ให้เป็น” (วิวัฒน์ วิริยกิจจา, 2555) ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสงบได้นั้นพยาบาลควรต้องมีการเตรียมผู้ป่วย โดยการจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย ความรุนแรง การรักษาพยาบาล และโอกาสของการเสียชีวิต จากแพทย์ผู้ให้การรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตตนเองในอดีตจนปัจจุบัน การยอมรับธรรมชาติของการตาย การเตรียมจัดการด้านทรัพย์สินและมรดกที่ให้กับครอบครัว และการแสดงเจตน์จำนงเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ต้องการ และการจัดการภายหลังเสียชีวิต (Kemp, 1999)

บทบาทการดูแลครอบครัวในระยะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต (Bereavement care)

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เป็นการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยและการดูแลครอบครัว

ของผู้ป่วย เน้นการดูแลด้านจิตใจ การช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จัดการกับอารมณ์เศร้าโศก สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ พยาบาลใช้ความรู้ความสามารถด้านการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อสามารถประเมินครอบครัวได้แก่ สัมพันธภาพ ความสำคัญของผู้เสียชีวิตต่อครอบครัว การเผชิญปัญหาของครอบครัว ความสำคัญของผู้ป่วยกับครอบครัว และประสบการณ์การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น การช่วยเหลือโดยการรับฟัง การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความรู้สึก การให้ข้อมูล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม การช่วยค้นหาเป้าหมายของครอบครัวภายหลังการสูญเสีย (Kemp, 1999; Corless, 2006)

การดูแลตนเองของพยาบาล (Taking care of yourself)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นงานที่พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย การที่พยาบาลต้องเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึกสูญเสียอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานของพยาบาล (Vachon, 2006; Sherman, 2013) ซึ่งประกอบด้วย

1. ความเครียดจากงาน อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด มีภาระการดูแลมาก มีจำนวนผู้ป่วยมาก ต้องให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน และ/หรือการทำงานกับผู้ร่วมงานที่ขาดความรับผิดชอบหรือขาดการเอาใจใส่ในการทำงาน

2. การสับสนในบทบาท เช่น การทำหน้าที่ในการประเมินปวดและการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อควบคุมความปวด สับสนในการให้ข้อมูลความเกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อถูกถาม

3. สูญเสียอำนาจในการควบคุม เกิดขึ้นในภาวะที่พยาบาลไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หรือส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ

4. ความเครียดจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่นการทำงานกับผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเรื่อยๆ การเห็นผู้ป่วยเสียชีวิตและการเศร้าโศกเสียใจของครอบครัว

5. ปัญหาการสื่อสารในทีมสุขภาพ เกิดขึ้นได้จาก ความแตกต่างระหว่างระบบความเชื่อและค่านิยม ความลังเลในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง การตัดสินใจในการเลือกสถานที่เสียชีวิต และผู้ป่วยหรือครอบครัวที่มีปัญหาการปรับตัวหรือนิสัยส่วนตัว

6. ความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากต้องตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ อาจต้องสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง และเมื่อมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยและครอบครัว อาจมีความรู้สึกสูญเสียและไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้ (Newton & Water, 2001)

อย่างไรก็ตามมีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนให้พยาบาลสามารถทำงานกับผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Newton & Water, 2001; Vachon, 2006) ได้แก่

1. การทำงานร่วมกับทีมที่ดี ผู้ร่วมทีมมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ปฏิบัติงานการให้การยอมรับในคุณค่าของความเป็นคน

2. การมีรูปแบบการทำงานที่ดีมีระบบสนับสนุนที่ดี เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

3. การมีระบบสนับสนุนด้านความรู้ในการปฏิบัติงาน ช่วยพัฒนาสมรรถนะที่สอดคล้องกับสภาพการทำงาน

4. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งและความสามารถในการปรับตัวกับการทำงานของพยาบาล

5. ประสบการณ์การทำงานทางบวก ได้แก่ ความรู้สึกว่าได้มีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีสุขภาพดีที่สุด การได้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับการตาย การที่ได้รับการตอบรับทางบวก การที่ได้มีประสบการณ์ในการเห็นผู้ป่วยตายอย่างสงบ และการช่วยให้ครอบครัวได้มีความทรงจำที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความหมายของความทุกข์ทรมาน ทำให้พยาบาลรู้สึกเป็นสุขและภูมิใจกับผลงาน

6. มีโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาความเป็นบุคคล การเรียนรู้และเติบโตด้านจิตวิญญาณ

การดูแลตนเองของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้พยาบาลสามารถเผชิญกับภาวะการสูญเสียที่พบเห็นเป็นประจำ การศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่งที่น่าเสนอแนวทางการดูแลตนเองของผู้ดูแลรวมทั้งพยาบาล (Buckley, 2008) ได้แก่

1. การเรียนรู้เกี่ยวกับความตายและความตายของตนเอง (Hutchinson & Scherman, 1992)

2. การทำความรู้จักตนเอง (self-awareness) โดยการสะท้อนคิด (self reflection) เกี่ยวกับตนเองด้านความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติที่มีผลต่อการแสดงออกและการปฏิบัติพยาบาล

3. ให้คุณค่ากับตนเอง (Value yourself) พยาบาลต้องให้ความหมายและความสำคัญของการพยาบาลว่ามีคุณค่าภาคภูมิใจในการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย

4. ฝึกการกล้าแสดงออก (Being assertive) พยาบาลต้องกล้าพูด และแสดงที่เหมาะสม เมื่อต้องพบกับบุคคลหรือสถานการณ์ที่คุกคาม หรือเกิดการไม่เข้าใจกัน ระหว่างทีมผู้ดูแล หรือ ผู้รับบริการ

5. รักษาการมีชีวิตส่วนตัว (Protect your private life) พยาบาลต้องแยกความคิดและความรู้สึกออกจากงานเมื่อกลับบ้าน ไม่นำเรื่องงานกลับไปบ้าน ใช้ชีวิตกับเพื่อนและครอบครัวอย่างมีความสุข

6. เรียนรู้ในการผ่อนคลายความเครียด (Practice stress management) เรียนรู้และหาวิธีผ่อนคลายความเครียด ความรู้สึกเศร้า เสียใจที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคองในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ทำให้ดูเหมือนว่าการยอมรับกับการเจ็บป่วยระยะท้ายและการตายเป็นความพ่ายแพ้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องพบกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนด้านร่างกาย ทั้งความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกสิ้นหวัง เศร้าโศก และสูญเสีย ปัญหาด้านสังคมและครอบครัว และที่สำคัญด้านจิตวิญญาณ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหลืออยู่โดยพยาบาลใช้ความรู้ทักษะและประสบการณ์ในการบริหารจัดการระบบและให้การพยาบาลที่ครอบคลุมความต้องการองค์รวมของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- วิวัฒน์ วิริยกิจจา (2555). วันนี้คุณเตรียมตัวตายหรือยัง. <http://www.kanlayanatam.com/sara/sara154.htm>, 22 มิถุนายน 2555.
- Arblaster, G., Brooks, D., Hudson, R., and Petty, M. (1990). Terminally ill patients' expectations of nurses. *Australia Journal of Advanced Nursing*, 7, 34–43.
- Baird, S. B., McCorkle, R. & Grant, M. (1991). *Cancer nursing: A comprehensive textbook*. Philadelphia: W.B. Saunder.
- Borgsteede, S. D., Deliens, L., Beentjes, B., Schellevis, F., Stalman, W., Van Eijk, J., and Van der Wal, G. (2007). Symptoms in patients receiving palliative care: a study on patient–physician encounters in general practice. *Palliative Medicine*, 21, 417–423.
- Buckley, J. (2008). *Palliative care: An integrated approach*. West Sussex: Wiley–Blackwell.
- Conrad, N.L. (1985). Spiritual support for the dying. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 415–425.
- Corless, I. B. (2006). Bereavement. In B. R. Ferrel and N. Coyel. *Textbook of palliative nursing*. (2nd Ed.) (pp. 1011–1029). New York: Oxford University.
- Costantini, M., Higginson, I.J., Boni, L., Orengo, M.A., Garrone, E., Henriquet, F., and Bruzzi, P. (2003). Effect of a palliative home care team on hospital admissions among patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 17(4), 315–21.
- David, E. J. (1995). *Cancer Care Prevention, Treatment, and Palliation*. London: Chapman and Hall.
- Egan, K. A. & Labyak, M. J. (2006). Hospice palliative care: A model for quality end of life care. In B. R. Ferrel and N. Coyel. *Textbook of palliative nursing*. (2nd Ed.) (p. 18). New York: Oxford University.
- Ferrel, B. R. & Coyel, N. (2001). *Textbook of palliative nursing*. New York: Oxford University.
- Ferrel, B. R. & Coyel, N. (2006). *Textbook of palliative nursing*. (2nd Ed.). New York: Oxford University.
- Gomes, B., and Higginson, I.J. (2006). Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.38740.614954.55. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/332/7540/515.pdf%2Bhtml>.
- Hutchinson, T. & Scherman, A. (1992). Didactic and experiential death and dying training: impact upon death anxiety. *Death Studies*, 16, 317–330.
- James, N. (1992). Care, organization, physical labour, emotional labour. *Sociology of Health and Illness*, 14, 488–509.
- Johnston, B. and Smith, L.N. (2006). Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 700–709.
- Kemp, C. (1999). *Terminal illness: A guide to nursing care*. (2nd Ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Kinzbrunner, B. (2005). Palliative care perspectives. In K. Kuebler, M. Davis, & C. Moore (Eds.). *Palliative practices: An interdisciplinary approach*. (pp. 1–27). Philadelphia: Saunders.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A.J., and Burke, K. (2000). *Fundamental of nursing: Concepts, process, and practice*. (6th Ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.
- Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., and Benton, T.F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective: DOI: 10.1191/0269216304 pm837oa. *Palliative Medicine*, 18, 39–45 Retrieved from <http://pmj.sagepub.com/content/18/1/39>.
- Milone–Nuzzo, P. and McCorkle, R. (2006). Home care. In B. R. Ferrel and N. Coyel. *Textbook of palliative nursing*. (2nd Ed.) (pp. 771–785). New York: Oxford University.
- NCCN. (2010). Cancer–Related Fatigue. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Vol. 1. Retrieved from www.nccn.org.
- Newton, J. and Water, V. (2001). Community palliative care clinical nurse specialists' descriptions of stress in their work. *International Journal of Palliative Care Nursing*, 7(11): 531–40.
- Payne, M. and Oliviere, D. (2009). Chapter 47: The interdisciplinary team. In Walsh, T. D., et al. (Eds.). *Palliative Medicine*. (1st Ed.). (pp. 253–259). Philadelphia: Saunders.
- Peters, L. and Sellick, K. (2006). Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home–based palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 53(5): 524–533.
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., and Quigley, C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine*. 17(4): 310–314.
- Rushton, C. H. (1998). *What role can nurses play in improving the care of the dying?* Retrieved from <http://www.wnet.org/bid/es-nurses.html>
- Sherman, D. W. (2013). *Nurses' Stress & Burnout: How to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness*. Retrieved from <http://www.scribd.com/doc/40580833/>
- Stoll, R.I. (1979). Guidelines for spiritual assessment. *American Journal of Nursing*, 79(9), 1574–1577.
- Vachon, M. L. S. (2006). The experience of the nurse in end of life care in the 21st Century. In B. R. Ferrel and N. Coyel. *Textbook of palliative nursing*. (2nd Ed.) (pp. 1011–1029). New York: Oxford University.
- Waller, A. and Caroline N. L. (1996). *Handbook of palliative care in cancer*. MA: Butterworth–Heinemann.
- Wallerstedt, B. and Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 32–40.
- Wilkes, L., White, K., Beale, B., Cole, R., and Tracy, S. (1999). Supportive care for women with breast cancer: Australian nurses' perspective. *Nursing and Health Science*, 1(2), 71–76.
- World Health Organization (2003). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>