



บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งตับ
NURSING ROLES IN PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH LIVER CANCER

ปณณวิชญ์ สายกระสุน^{1,*}

Pannawit Saikrasun

ศิริวรรณ งอยจันทรศรี¹

Siriwan Ngoichansee

เสกข์สิทธิ์ ขุนนัย¹

Saksit Khunnuy

¹งานพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700

Outpatient Division, Department of Nursing, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand

*Corresponding author E-mail: pannawit.sai@mahidol.ac.th

Received: April 22, 2026

Revised: June 23, 2026

Accepted: June 30, 2026

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตสูง และเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม ส่งผลให้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยมะเร็งตับ ได้แก่ ผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ โภชนาการ การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และวิธีผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้ทักษะการสื่อสารและการรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ของโรค เตรียมความพร้อมต่อการดูแลในระยะท้าย และสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ การดำเนินชีวิตประจำวัน การเตรียมตัวในระยะท้ายของชีวิต และการดูแลครอบครัวในระยะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต ผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และสอดคล้องกับความต้องการ ผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยคุ้มครองสิทธิในการได้รับข้อมูล การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ความเป็นส่วนตัว การรักษาความลับ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการดูแลที่เคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และผู้บริหารจัดการที่ทำหน้าที่ประเมิน วางแผน บริหารทรัพยากร ประสานงาน ติดตาม และปรับแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งตับได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และสามารถเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

คำสำคัญ : มะเร็งตับ, การดูแลแบบประคับประคอง, บทบาทพยาบาล, การพยาบาลแบบองค์รวม, ผู้ป่วยระยะท้าย

Abstract

Liver cancer is a significant public health problem in Thailand due to its high incidence and mortality rates, and it remains one of the leading causes of cancer-related deaths. Most patients are diagnosed when the disease has progressed to an advanced stage, resulting in the need for palliative care to relieve distressing symptoms, reduce suffering, and promote the quality of life of patients and their families. This article aims to promote the roles of nurses in providing holistic palliative care for patients with liver cancer. These roles include being an educator who provides knowledge about the disease, health practices, self-care, observation of abnormal symptoms, nutrition, medication use, follow-up visits, and stress-relief methods for patients and their families; a counsellor who uses communication skills and attentive listening to help patients and families understand the illness situation, prepare for end-of-life care, and support advance care planning; a care provider who delivers comprehensive palliative care to patients and families across physical, psychological, spiritual, daily living, end-of-life preparation, and bereavement care dimensions after the patient's death; a coordinator who links patients, families, multidisciplinary teams, and social support resources to ensure continuous, safe, and needs-based care; an advocate who protects patients' rights to information, treatment decision-making, privacy, confidentiality, access to health services, and care that respects their values and human dignity; and a manager who assesses, plans, manages resources, coordinates, monitors, and continuously adjusts the care plan. These nursing roles enable patients with liver cancer to receive appropriate palliative care, achieve the best possible quality of life, and face the end of life peacefully and with dignity.

Keyword: liver cancer, palliative care, nursing role, holistic nursing care, end of life

บทนำ

โรคมะเร็งตับ (liver cancer) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการแบ่งตัวของเซลล์ตับอย่างรวดเร็วและไม่สามารถควบคุมได้ โดยมะเร็งตับที่พบได้บ่อยที่สุดคือ มะเร็งเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma: HCC) โดยพบได้ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งตับทั้งหมด (International Agency for Research on Cancer: IARC, 2020) สถานการณ์โรคมะเร็งตับยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งนานาชาติ (IARC) มีการคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ทั่วโลกจะสูงกว่า 1 ล้านรายภายในปี ค.ศ. 2025 อุตการณ์ในเพศชายสูงเป็นอันดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 13.9 และเพศหญิงเป็นอันดับที่ 9 คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของมะเร็งทุกชนิดทั่วโลก ซึ่งช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยและพบบ่อยที่สุด คือ 65 -74 ปี อายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยอยู่ที่ 67 ปี (World Health Organization, 2024)

สถานการณ์โรคมะเร็งตับในประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติระบุว่า โรคมะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบในผู้ป่วยเพศชายสูงเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 21.0 และเพศหญิงพบสูงเป็นอันดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 5.4 (National Cancer Institute, 2023) จึงเป็นที่ยืนยันได้ว่าโรคมะเร็งตับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่รุนแรงทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ โดยมีหลักฐานทางระบาดวิทยาพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการกระตุ้นให้เกิดมะเร็งตับชนิด HCC ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะไขมันพอกตับ โรคตับแข็ง และการสูบบุหรี่ (IARC, 2024; National Cancer Institute, 2023) ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ส่งผลให้เนื้อตับถูกทำลายอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นตับแข็ง และพัฒนาไปสู่การเกิดโรคมะเร็งในที่สุด ความรุนแรงของโรคมะเร็งตับสะท้อนชัดเจนจากอัตราการรอดชีวิตที่ค่อนข้างต่ำ โดยภาพรวมอัตรา

การรอดชีวิตสัมพันธ์ 5 ปี อยู่ที่ร้อยละ 22.0 และเมื่อจำแนกอัตราการรอดชีวิตตามระยะของโรคตามเกณฑ์ของ National Cancer Institute (2024) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะเฉพาะที่ (localized stage) มีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 37.6 แต่หากมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง (regional stage) อัตราการรอดชีวิตจะลดลงเหลือร้อยละ 13.2 และในระยะลุกลามหรือแพร่กระจายไกล (distant stage) อัตราการรอดชีวิตจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3.5 สอดคล้องกับข้อเท็จจริงทางคลินิกที่ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อการดำเนินของโรคไปอยู่ในระยะลุกลามแล้ว จึงมีความต้องการจำเป็นในการใช้แนวทางการรักษาที่มุ่งเน้นการหายของโรคเป็นหลัก (curative treatments) เช่น การผ่าตัดก้อนเนื้อออก หรือการใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ (radiofrequency ablation) ตามระบบ Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) ซึ่งมีข้อจำกัดอย่างมาก ผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะท้ายจึงต้องเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานอันรุนแรงจากตัวโรคและการแพร่กระจาย เช่น อาการปวดท้อง ท้องมาน เบื่ออาหาร ตัวเหลือง ตาเหลือง และอ่อนเพลียในระดับรุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสร้างความวิตกกังวลให้แก่ครอบครัว ด้วยข้อจำกัดของการรักษาโรคและอาการที่รุนแรงนี้ ผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะท้ายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อให้ได้รับความสุขสบายเท่าที่จะเป็นไปได้ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกรพยาบาลและให้การดูแลแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรีและจากไปอย่างสงบ (good death)

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับได้เข้าใจในบทบาทของพยาบาลที่จัดการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม และขอใช้คำว่า “โรคมะเร็งตับ” เมื่อกล่าวถึงโรค และใช้คำว่า “ผู้ป่วยมะเร็งตับ” เมื่อกล่าวถึงผู้ที่เป็นโรคมะเร็งตับ มีเนื้อหาที่ควรรู้ ดังนี้

การรักษาโรคมะเร็งตับ

การรักษาโรคมะเร็งตับในปัจจุบันขึ้นอยู่กับระยะของโรค สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยแบ่งระยะของโรคตามระบบ Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) โดยพิจารณาจากจำนวน ขนาด และการลุกลามของก้อนมะเร็ง มีทั้งหมด 5 ระยะ (Thai Association for the Study of the Liver, 2023) ดังนี้

1. Very early stage เป็นระยะที่มีก้อนมะเร็งก้อนเดียว ขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร (ซม.) ไม่มีเนื้องอกลุกล้ำเข้าหลอดเลือดใหญ่ในตับ ผู้ป่วยระยะนี้มีสภาพร่างกายดี และจากการประเมินตามเกณฑ์ Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) พบว่า อยู่ในระดับ 0 และสมรรถภาพตับดี จากการประเมินด้วย Child-Pugh Score ได้ 5 - 6 คะแนน จุดเน้นของการดูแลในระยะนี้จึงมุ่งไปที่การรักษาให้หายขาด (curative intent) และพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมและดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตับออกบางส่วน (surgical resection) หรือการจี้ก้อนมะเร็งด้วยคลื่นวิทยุความร้อน (radiofrequency ablation: RFA) เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งให้หมด

2. Early stage จำนวนก้อนมะเร็งมีเพียง ก้อนเดียว มีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ซม. หรือไม่เกิน 3 ก้อน โดยแต่ละก้อนมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ซม. ไม่มีการลุกลามเข้าเส้นเลือด ไม่มีการกระจายนอกตับ ยังทำงานได้ดี มีคะแนน Child-Pugh Score 5 - 6 คะแนน ร่างกายแข็งแรง ECOG ระดับ 0 การรักษามุ่งเน้นให้หายขาดหรือใช้การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ นอกจากการผ่าตัดและการจี้ความร้อนแล้ว จุดเน้นสำคัญในระยะนี้คือการดูแลและเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการผ่าตัดเปลี่ยนตับ (liver transplantation) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งร่วมด้วย เพื่อรักษาทั้งตัวมะเร็งและโรคตับขั้นพื้นฐาน

3. Intermediate Stage เป็นระยะที่มีมะเร็งหลายก้อน (multinodular) ขนาดใหญ่หรือแพร่กระจายเพิ่มมากขึ้น แต่ตัวโรคมะเร็งยังจำกัดอยู่เฉพาะภายในตับ ตับยังทำงานได้ดี คะแนน Child-Pugh Score 5 - 8 คะแนน ร่างกายยังแข็งแรงดี ECOG ระดับ 0 - 2 การรักษามุ่งเน้นการควบคุมโรคและชะลอการเจริญเติบโตของ

ก่อนมะเร็ง (disease control) โดยการรักษาทางรังสีร่วมรักษา วิธีฉีดยาเคมีบำบัดและสารอุดกันเข้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง หรือที่เรียกว่า Trans Arterial Chemoembolization (TACE) พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำการหัตถการ เช่น Post-embolization syndrome ได้แก่ ไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และดูแลให้ผู้ป่วยสบาย

4. Advanced stage ระยะนี้มะเร็งเริ่มลุกลามเข้าสู่หลอดเลือดดำใหญ่ในตับ (portal vein) หรือแพร่กระจายออกนอกตับไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอดและกระดูก โดยตับยังมีสมรรถภาพในการทำงานดี คะแนน Child-Pugh Score 5 - 7 คะแนน และสภาพร่างกายผู้ป่วยเริ่มอ่อนเพลียงลง ECOG ระดับ 1 - 2 การรักษามุ่งเน้นไปที่การบริหารยาเพื่อยืดอายุและประคับประคองคุณภาพชีวิต พยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจง เช่น ยามุ่งเป้า (targeted therapy) หรือยาภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) พยาบาลจึงต้องให้ความรู้และจัดการกับผลข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตสูง อาการมือเท้าเปื่อย หรืออ่อนเพลีย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้นานที่สุด

5. Terminal stage เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งลุกลามเต็มตับ การทำงานของตับเสื่อมสภาพจนเกิดภาวะตับวาย (Child-Pugh C) และสภาพร่างกายผู้ป่วยทรุดโทรมมากจนต้องนอนติดเตียงเป็นส่วนใหญ่ (ECOG 3-4) การรักษาในระยะนี้จึงต้องเน้นไปที่การส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านเป้าหมาย (shift goal of care) จากการมุ่งทำลายก้อนเนื้อมาสู่การดูแลแบบประคับประคองและมุ่งเน้นความสุขสบายอย่างเต็มรูปแบบ พยาบาลจึงต้องให้ความรู้ในการจัดการกลุ่มอาการทรมาณทางกายภาพที่มีความเฉพาะของภาวะตับวายระยะสุดท้าย ได้แก่ การควบคุมภาวะน้ำเกินและท้องมาน การบรรเทาความปวดได้ขยาโครงขวาด้วยยา Morphine อย่างปลอดภัย การควบคุมอาการของเสียคั่งในสมอง (hepatic encephalopathy) และการสั่งห้ามการรับประทานยาสมุนไพรที่ทำลายตับทุกชนิด (hepatotoxicity) เพื่อปกป้องเนื้อตับส่วนที่เหลือไม่ให้

เกิดภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตเฉียบพลัน รวมทั้งวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning: ACP) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์เพื่อจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับการรักษาที่ยึดทรมาณ (Living Will) พร้อมทั้งให้คำปรึกษาล่วงหน้าเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการและสิทธิทางกฎหมายหลังเสียชีวิตที่บ้าน ช่วยให้ครอบครัวรับมือความสูญเสียได้อย่างมีทิศทาง ลดความขัดแย้ง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Thai Association for the Study of the Liver, 2023)

ดังนั้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาดังกล่าว ผู้เขียนจึงได้สรุปหลักการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้พยาบาลสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมาณ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และให้ผู้ป่วยเผชิญความตายที่สงบ สมศักดิ์ศรี มีรายละเอียดดังที่จะกล่าวต่อไป

หลักการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การดูแลที่มุ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสามารถเผชิญหน้ากับโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต (life-threatening illness) โดยมุ่งเน้นการรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาณ ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวมในช่วงที่ให้การรักษาดังที่กล่าวมาก่อนหน้าตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังการสูญเสียเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) เป็นผู้ป่วยที่การรักษาแบบเฉพาะไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้และผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตในเวลาไม่นาน (มักไม่เกิน 6 เดือน) และยังรวมถึงผู้ป่วยที่มี

การเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือสื่อสารกับบุคคลรอบข้างได้ (World Health Organization, 2023) การให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยในสถานการณ์ของโรคที่คุกคามชีวิต จึงต้องมุ่งไปที่การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จนถึงระยะท้ายของชีวิต พยาบาลต้องมีศักยภาพในการป้องกัน บรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโดยการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งพยายามระงับความเจ็บปวดของผู้ป่วยให้ลดลงให้มากที่สุด จึงควรยึดหลักการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (Department of Medical Services, 2020; National Health Commission Office, 2022; Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2023; World Health Organization, 2023) ซึ่งมีหลักสำคัญที่สรุปจากเอกสารและเพิ่มเติมตามองค์ความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังของผู้เขียน ดังนี้

1. การดูแลที่เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการวางแผนการดูแล (advance care planning) บนพื้นฐานของประโยชน์สูงสุดและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยพยาบาลควรประสานงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งนี้ ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก และต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษานบนพื้นฐานการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

2. การให้การพยาบาลตั้งแต่ครอบครัวทราบว่า มีสมาชิกที่ป่วยในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จนกระทั่งสมาชิกที่ป่วยเสียชีวิต ต่อเนื่องไปจนดูแลครอบครัวภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

3. การดูแลแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิต (holistic care and quality of life) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองมีเป้าหมายสูงสุดในการเพิ่มคุณภาพชีวิต (improve the quality of life) ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดย

ครอบคลุมมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สามารถปล่อยวางทุกสิ่งให้เป็นไปตามธรรมชาติ และครอบครัวสามารถปรับตัวต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

4. การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและการยอมรับความตายตามธรรมชาติ (family empowerment and dying as a normal process) เพื่อให้ครอบครัวสามารถควบคุมอาการไม่สุขสบายและบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การพยาบาลจึงเน้นไปที่การส่งเสริมให้สมาชิกที่ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต โดยฝึกทักษะการปรับตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับตัวยอมรับกลไกแห่งความตายตามธรรมชาติ ไม่เร่งกระบวนกาเสียชีวิตหรือใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และวิธีการรักษาใด ๆ เพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายให้เนิ่นนานออกไปโดยไม่จำเป็น แต่มุ่งเน้นให้ระบบสนับสนุน (support system) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพได้มากที่สุดจนกระทั่งวาระสุดท้าย

5. ความต่อเนื่องของการดูแลและระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (continuity of care and care coordination) เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างไร้รอยต่อตลอดเส้นทางการเจ็บป่วย โดยมีการติดตามเยี่ยมในทุกระยะ รวมทั้งประเมินผลลัพธ์การดูแลอย่างสม่ำเสมอ และมีการส่งต่อข้อมูลและปัญหาระหว่างทีมสุขภาพที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองสามารถบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพได้ในทุกระดับ และช่วยประคับประคองครอบครัวให้สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้ ตั้งแต่ช่วงที่สมาชิกในครอบครัวยังเจ็บป่วย ไปจนถึงช่วงเวลาแห่งความสูญเสียภายหลังการจากไปของผู้ป่วย

6. การพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพและการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง (health workforce development and continuous learning) เป็นการพัฒนา ศักยภาพของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต ควบคู่ไปกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยการฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ต้องบูรณาการเข้าสู่การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในทุกกระดับ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทัศนคติของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนส่งเสริมวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) และการถอดบทเรียนจากการปฏิบัติงานจริง ซึ่งจะช่วยยกระดับมาตรฐานการบริการและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยระยะท้ายจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย

7. การจัดระบบสนับสนุนในชุมชนและการจัดการภาวะวิกฤต (community support system and crisis management) เป็นการ จัดระบบสนับสนุนที่เหมาะสมโดยใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรในชุมชน มีระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ตลอดจนมีระบบช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ผ่านการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือการดูแลโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (community-based care) ที่บูรณาการเครือข่ายภาคประชาชน อาสาสมัคร และแหล่งทุนในท้องถิ่น ควบคู่กับการจัดทำช่องทาง การสื่อสารที่รวดเร็วเพื่อระงับอาการไม่สุขสบายเฉียบพลัน ทั้งนี้ เพื่อช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และสร้างความมั่นใจให้แก่ครอบครัวว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและทันทั่วทั้งในสถานการณ์ปกติและในภาวะวิกฤต

จากหลักการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะเร่งด่วนที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลถือเป็นบุคลากรสำคัญที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว การนำหลักการดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติจึงต้องอาศัยการแสดงบทบาทของพยาบาลอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยระยะเร่งด่วน

และครอบครัวได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะเร่งด่วน

สำหรับบทความนี้ผู้เขียนขอเสนอบทบาทสำคัญของพยาบาล 6 บทบาทที่เกี่ยวข้องและสำคัญต่อการนำการดูแลแบบประคับประคองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งด่วน ได้แก่ ผู้ให้ความรู้ (educator) ผู้ให้คำปรึกษา (counsellor) ผู้ให้การดูแล (care provider) ผู้ประสานงาน (coordinator) ผู้พิทักษ์สิทธิ (advocator) และผู้บริหารจัดการ (manager) โดยมีรายละเอียดของแต่ละบทบาท ดังนี้

1. ผู้ให้ความรู้ (educator) เป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของพยาบาล เนื่องจากการให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ อีกทั้งช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา โดยพยาบาลสามารถให้ความรู้ในประเด็นสำคัญ (Thai Association for the Study of the Liver, 2023) ดังนี้

1.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะเร่งด่วน พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่พบในระยะเจ็บป่วย เช่น ปวดท้องด้านขวาบน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องโต และมีน้ำในช่องท้อง ร่วมกับการประเมินอาการบวมของท้องและขาทั้งสองข้าง การชั่งน้ำหนักตัวเพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน การฟังปอดและเสียงหัวใจ การบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 - 4 ชั่วโมง ตลอดจนการประเมินภาวะหายใจลำบากและจัดท่านอนศีรษะสูง ควบคู่กับการจำกัดน้ำตามแนวทางการรักษาไม่เกินวันละ 1 ลิตร การดูแลให้ยาขับปัสสาวะพร้อมสังเกตอาการข้างเคียง เช่น อ่อนแรงและตะคริว ในด้านการจัดการความปวด พยาบาลควรประเมินอาการปวดท้องและแนะนำการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูง การทำสมาธิบำบัด การฝึกหายใจเข้าออก

ลึก ๆ ยาว ๆ และการประคบร้อนหรือเย็น ร่วมกับการดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น Morphine ชนิดเม็ดหรือชนิดน้ำเชื่อม รับประทานทุก 6 ชั่วโมง พร้อมติดตามผลข้างเคียงและประสิทธิผลในการระงับความปวดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินอาการรบกวน (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) ซึ่งครอบคลุมอาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องผูก ง่วงซึมนอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล และความสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยประเมินตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 1 - 3 วัน นอกจากนี้พยาบาลควรให้ความรู้ด้านโภชนาการ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และย่อยง่าย เน้นโปรตีนที่เหมาะสม เช่น ไข่ ปลา และเต้าหู้ หลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัด มันจัด หรือมีเชื้อรา และงดแอลกอฮอล์โดยเด็ดขาดเพราะทำให้ตับทำงานหนัก พร้อมกับแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ เช่น ตัวเหลืองตาเหลืองมากขึ้น ท้องโตขึ้นจากน้ำในช่องท้อง อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำ ปวดท้องมากขึ้น ซึม และอ่อนเพลียมาก ตลอดจนแนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง โดยเฉพาะสมุนไพรบางชนิดที่อาจทำลายตับ เช่น สารสกัดจากขี้เหล็ก บอระเพ็ด และชาเขียวสกัดเข้มข้น รวมถึงการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจติดตามการดำเนินของโรคด้วยการตรวจเลือดหรืออัลตราซาวนด์ (ultrasound) ตามที่แพทย์แนะนำ

1.2 การแนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่ตนเองชื่นชอบ เช่น ฟังเพลง ทำสมาธิ สวดมนต์ ฝึกการหายใจ อ่านหนังสือ หรือดูรูปภาพที่เคยถ่ายไว้ในอดีต ขณะเดียวกันครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมักได้รับผลกระทบจนเกิดความเครียดและวิตกกังวลเช่นกัน พยาบาลจึงควรแนะนำให้ครอบครัวผ่อนคลายด้วยการทำสิ่งที่ตนเองชอบ และผลัดเปลี่ยนให้ผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว เพื่อให้มีเวลาพักผ่อนและคลายความตึงเครียด

1.3 การแนะนำให้ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเป็นปกติ ดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอเหมือนที่เคยปฏิบัติมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุข

สบายมากที่สุด โดยไม่จำเป็นต้องทำสิ่งที่ผิดไปจากเดิม เพราะการปฏิบัติที่เป็นพิเศษมากเกินไปอาจเพิ่มความกังวลใจให้แก่ผู้ป่วยได้

1.4 การแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนที่มาเยี่ยมสนทนาในเรื่องที่ห่างไกลจากความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิต โดยเลือกพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยพึงพอใจ ฟังแล้วสบายใจ หรือเป็นเรื่องที่เป็นกุศลและความดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและลดความวิตกกังวลลงได้

2. **ผู้ให้คำปรึกษา (counsellor)** เป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning: ACP) ซึ่งเป็นหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยภายหลังจากที่แพทย์เจ้าของไข้ได้พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเรียบร้อยแล้ว พยาบาลต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ ทักษะการสื่อสาร และการรับฟังอย่างตั้งใจร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเตรียมความพร้อมในการจัดการปัญหาเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Septianata, Afriani, and Pujasari (2026) ที่ระบุว่า การบูรณาการ ACP เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) มีส่วนสำคัญในการเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลแบบประคับประคอง ช่วยให้ครอบครัวมีความพร้อมและสามารถรับมือกับสถานการณ์ ตลอดจนขั้นตอนปฏิบัติทางกฎหมายและคลินิกภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. **ผู้ให้การดูแล (care provider)** เป็นบทบาทที่เริ่มต้นจากการให้การดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับแบบประคับประคองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การดูแลด้านร่างกาย พยาบาลต้องประเมินอาการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินอาการรบกวน (ESAS) เพื่อให้สามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมและทันที่

3.2 การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งมักเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และความกลัวจากความรุนแรงของโรค รวมถึงการรับรู้ว่าตนเองกำลังก้าวเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต การดูแลด้านจิตใจจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ส่งเสริมความเข้มแข็งภายในจิตใจ และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาวะทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งทำความเข้าใจระดับความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การกลัวความตาย ความหวัง ทศนคติต่อโรค ตลอดจนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือผู้ดูแล (Thai Palliative Care Society, 2023)

3.3 การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายมักเผชิญกับคำถามเกี่ยวกับความหมายของชีวิตและความทุกข์ทางอารมณ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย พยาบาลจึงต้องตระหนักว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ป่วยอาจแสดงออกผ่านความรู้สึกสูญเสียความมั่นใจในตนเอง หดหู่ กังวล หรือกลัว ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการการเยียวยาทางจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดความหวัง ความมั่นคง และความสงบทางจิตใจ เนื่องจากในช่วงท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจำนวนมากพยายามทำความเข้าใจความหมายของการมีชีวิตอยู่ และทบทวนความเชื่อ ความหวัง และคุณค่าที่ตนเองยึดถือ พยาบาลจึงต้องรับฟังอย่างตั้งใจ และทำความเข้าใจในภาษากาย การแสดงออก และน้ำเสียง เพื่อเข้าถึงความเข้าใจที่ลึกซึ้งของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นเพื่อนทางใจ และเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความต้องการ ความทุกข์ ความกลัว และความเชื่อส่วนบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อมต่อการจากไปอย่างสงบ (Pokpalagon et al., 2024)

3.4 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การเตรียมตัวตายเป็นกระบวนการสำคัญที่พยาบาลมี

บทบาทหลักในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างเข้าใจ ลดความกลัวและความทุกข์ทรมานทางใจ และส่งเสริมการจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยพยาบาลต้องประเมินความพร้อมแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความเข้าใจต่อการดำเนินโรค และความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) เช่น ความต้องการในการรักษา การไม่ยืดชีวิต การเลือกสถานที่เสียชีวิต และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย ทั้งนี้ การประเมินมิต้องร่วมกับการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ในรูปแบบเชิงรุกโดยพยาบาลเฉพาะทางสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริง และช่วยลดความวิตกกังวลทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pokpalagon et al., 2024)

3.5 การดูแลครอบครัวในระยะเศร้าโศก ภายหลังการเสียชีวิต ถือเป็นส่วนสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากผลกระทบของการสูญเสียผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมักยืดเยื้อและส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว พยาบาลจึงควรใช้ความรู้ ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อประเมินสภาพครอบครัว เปิดโอกาสให้ได้แสดงความรู้สึก รับฟังปัญหา และให้การช่วยเหลือ ตลอดจนช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Thai Palliative Care Society, 2023)

4. ผู้ประสานงาน (coordinator) พยาบาลเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การประสานงานกับแพทย์เพื่อปรับระดับยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้น หรือให้ยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจนรับประทานอาหารได้น้อยและเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร พยาบาลจะประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ วางแผน และแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และเมื่อ

ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น อาจต้องประสานงานกับหน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อขอยืมอุปกรณ์ เช่น เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ หรือเครื่องผลิตออกซิเจน เพื่อให้ครอบครัวได้มีใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากนี้ ยังประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนประสานงานกับเครือข่ายทางสังคม เช่น หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครจิตอาสา เพื่อขอความร่วมมือให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้านแทนสมาชิกในครอบครัวในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย เหนื่อยล้าจากการดูแล มีภารกิจจำเป็น หรือต้องออกไปทำงานในเวลากลางวัน จนไม่มีผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวจากการอยู่บ้านเพียงลำพัง หรือกังวลว่าหากเกิดอาการรุนแรงขึ้น จะไม่มีผู้ใดทราบหรือให้การช่วยเหลือได้ทัน

5. ผู้พิทักษ์สิทธิ (advocator) เป็นบทบาทที่สำคัญไม่แพ้บทบาทอื่น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเผชิญข้อจำกัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงมีความเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิหรือไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ คุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในการนี้ พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยด้วยความเคารพ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและไม่ถูกลดทอนศักดิ์ศรี เช่น การให้ความเป็นส่วนตัว การอธิบายทุกขั้นตอนทั้งก่อนและหลังทำหัตถการ และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีอ่อนโยน นอกจากนี้ พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน เพื่อให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้อย่างมีเหตุผล พร้อมทั้งเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ขณะเดียวกัน พยาบาลมีหน้าที่ปกป้องสิทธิด้านความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ โดยระมัดระวังการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยแก่บุคคลอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ ตลอดจนคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงการดูแลด้านสุขภาพ โดยประสานงานให้

ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามสิทธิและศักยภาพของผู้ป่วย และ/หรือครอบครัวอย่างเหมาะสม เช่น สิทธิการรักษาตามกฎหมาย แหล่งสนับสนุนทางสังคม การเยี่ยมบ้าน หรือการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน นอกจากนี้ พยาบาลยังทำหน้าที่เป็นผู้แทนผู้ป่วยในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดที่เหมาะสม ส่งเสริมความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย ลดความขัดแย้ง และเสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย (Thai Palliative Care Society, 2023)

6. ผู้บริหารจัดการ (manager) ในบทบาทนี้ พยาบาลทำหน้าที่ทั้งวางแผน บริหารทรัพยากร ดูแลกระบวนการบริหาร ประสานงาน และติดตามการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาจเริ่มจากการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร ประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องมาน ตัวเหลือง และตาเหลือง ตลอดจนประเมินด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และความพร้อมของครอบครัวในการดูแล จากนั้นจึงวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ เพื่อกำหนดแผนการดูแลที่เหมาะสมกับระยะของโรคและวางแผนการดูแลต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกมะเร็งและหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ใกล้เคียง นอกจากนี้ พยาบาลยังให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคระยะเรื้อรังและแนวทางการรักษา การดูแลตนเอง และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ พร้อมทั้งติดตามอาการและผลการรักษา ประเมินผลของแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม ตลอดจนติดตามการมาตรวจตามนัดและการใช้ยา ขณะเดียวกันยังให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม โดยให้กำลังใจและช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนการปรับตัวต่อโรค ตลอดจนช่วยประสานเรื่องแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ (Thai Palliative Care Society, 2023)

สรุป

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระดับเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยมุมมองแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระดับมักเผชิญกับการดำเนินโรคที่รุนแรง อาการไม่สุขสบายหลายมิติ และความเปราะบางของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงท้ายของชีวิต พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง โภชนาการ การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการจัดการความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นผู้ประเมินอาการอย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เช่น แบบประเมินอาการรบกวน เพื่อประเมินอาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องผูก ง่วงซึม นอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และสุขภาวะโดยรวม นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการดูแล จะได้ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เพียงพอ และเตรียมพร้อมต่อการดูแลในระยะท้ายอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกัน พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแล ผู้ประสานงาน ผู้พิทักษ์สิทธิ และผู้บริหารจัดการ โดยเชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ปลอดภัย สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และเคารพคุณค่า ความเชื่อ สิทธิ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระดับจึงควรมุ่งเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลทั้งด้านความรู้ ทักษะ การประเมินและการจัดการอาการ ทักษะการสื่อสาร เพื่อเป้าหมายการรักษาและวาระสุดท้ายของชีวิต ความสามารถในการทำงานแบบร่วมมือรวมถึงกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนสร้างทัศนคติเชิงบวกในการเคารพการตัดสินใจและความเป็นปัจเจกของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการดำเนินงานการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระดับในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความ

ชัดเจน การใช้เครื่องมือประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเข้าสู่ระบบบริการ การเตรียมครอบครัวให้มีความพร้อมในการดูแลต่อที่บ้าน และการติดตามผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนความพึงพอใจของครอบครัว และคุณภาพการตายอย่างสงบ ทั้งนี้ เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Department of Medical Services. (2020). *Handbook of palliative and end-of-life care (for medical personnel)*. Nonthaburi: Printing Office, War Veterans Organization of Thailand Under royal patronage (central). Retrieved from <https://www.dms.go.th/>
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2023). *Palliative care guideline for health professionals* (Revised ed. 2023). Bangkok: Ministry of Public Health.
- International Agency for Research on Cancer. (2020). *World cancer report: Cancer research for cancer prevention*. Retrieved from <https://publications.iarc.who.int/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-Cancer-Research-For-Cancer-Prevention-2020>
- International Agency for Research on Cancer. (2024). GLOBOCAN 2022: Thailand fact sheet. Lyon, France: World Health Organization. Retrieved from <http://gco.iarc.fr>
- International Agency for Research on Cancer. (2024). *Global cancer observatory: Cancer today*. Lyon, France: World Health Organization. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/>
- National Cancer Institute. (2023). *Hospital-based cancer registry 2023*. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- National Cancer Institute. (2024). *Cancer in Thailand*. Bangkok: National Cancer Institute.
- National Cancer Institute. (2024). *Guideline for the care of terminal cancer patients*. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- National Health Commission Office. (2022). *Announcement of the national health commission on Thai standards for advance care planning, B.E. 2565*. Retrieved from <https://old.nationalhealth.or.th/>
- Pokpalagon, P., Chaiviboontham, S., & Phinitkhajorndech, N. (2024). Spiritual needs, spiritual well-being, and Buddhist practices of patients with terminal illness,

- Thailand. *Palliative & Supportive Care*, 22(4), 718–725.
<https://doi.org/10.1017/S1478951522001286>
- Septianata, V., Afriani, T., Pujasari, H., Wildani, A. A., & Mutiasari, H. (2026). Development of Advance Care Planning-Based Discharge Planning to Enhance the Continuity of Palliative Care. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 8(1), 385–392.
<https://doi.org/10.37287/ijghr.v8i1.662>
- Thai Association for the Study of the Liver. (2023). *Clinical practice guideline for management of hepatocellular carcinoma*. Bangkok: Thai Association for the Study of the Liver. Retrieved from <https://www.thasl.org>
- Thai Palliative Care Society. (2023). Retrieved from <https://www.thaps.or.th/category/downloads/>
- World Health Organization. (2023). *Palliative care*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>
- World Health Organization. (2024). *Global cancer observatory: Liver cancer fact sheet*. Retrieved from <https://gco.iarc.who.int>