กรณีศึกษา | Case study

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้าย: กรณีศึกษา

กุลิสรา ขุนพินิจ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)*
วิยะการ แสงหัวช้าง, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)*

Received: 27 ม.ค.66
Revised: 30 มี.ค.66
Accepted: 7 เม.ย.66

บทคัดย่อ

บทนำ: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง โดยเน้นการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ คำนึงถึงความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้จากไปอย่างสงบ และการดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

วิธีการศึกษา: ศึกษาการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วย 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์และข้อมูลจากเวชระเบียน แล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัย และวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้าย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ชายสูงอายุวัย 69 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มาประมาณ 20 ปี เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ด้วยอาการ มีไข้ หนาวสั่น ซึม เรียกไม่รู้ตัว หายใจเหนื่อยหอบ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้าย ได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็ว และเหมาะสม พยาบาลได้ให้การดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจตัวโรค การพยากรณ์ของโรค การรักษา และเข้าใจถึงผลประโยชน์และความเสี่ยงจากการรักษา การดูแลจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ

บทสรุป: การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายเป็นงานที่ท้าทายสำหรับพยาบาล การให้การรักษาครบทุกอย่างอาจไม่ได้เป็นวิธีที่เหมาะกับผู้ป่วยทุกราย การเลือกการรักษาที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วย อาจเป็นแนวทางการรักษาที่ดีและเหมาะกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบประคับประคอง, ภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้าย

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author: kulisara@bcns.ac.th

Palliative Care in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome Undergoing Ventilator Therapy: A Case Study

Kulisara Khunpinit, M.N.S. (Adult nursing)*
Wiyakarn Sanghuachang, M.N.S. (Gerontological nursing)*

Abstract

Introduction: Nurses play an important role in palliative care, focusing on providing care to those with alleviate physical, mental, psychosocial, and spiritual illnesses , taking into account the wishes of the patients and their families, and taking care of late patients to pass away peacefully and of their families after their death.

Methods: A study of palliative care nursing in 1 patient admitted to a hospital was conducted. Data were collected from observations, Interviews, and medical records. Data were then analyzed for diagnosing and planning nursing care for the patient. The purpose of this study was to study palliative care in a patient with end-stage respiratory failure.

Results: A case study of a 69–year-old male patient having hadhypertension and diabetes mellitus for about 20 years was admitted to the intensive care unit. The patient had fever, chills, lethargy, unconsciousness one day before admitted to the hospital. He was diagnosed with respiratory failure and needed a prompt and appropriate treatment. Nurse provided continuity of palliative care to promote the patient's understanding of the disease, prognosis, treatment, and benefits and risks. Care was always taken into account with the needs and wishes of the patient and his family.

Conclusions: Palliative care in patients with end-stage respiratory failure is a challenging job for nurses. Comprehensive treatment may not be suitable for all patients. Choosing the right treatment that meets the needs of the patients may be a suitable approach for them.

Keywords: Palliative care nursing, Respiratory failure

*Boromarajonani College of Nursing, Saraburi Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจนสูญเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 30-40[1] ความรุนแรงและอัตราตายของผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวขึ้นอยู่กับสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว เช่น โรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง ปอดอักเสบ การติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น การรักษาภาวะหายใจล้มเหลวทำได้ด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) เพื่อประคับประคองระบบหายใจของผู้ป่วยร่วมกับการรักษาสาเหตุและลดการทำงานของระบบหายใจ การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติ และลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการป่วยที่ทรุดลงเรื่อย ๆ และมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ จนไม่สามารถรักษาได้ ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้เสมอ อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่มีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ และมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ปรากฏร่วมด้วย จนส่งผลให้ไม่สามารถรักษาได้ การรักษาจะต้องปรับเปลี่ยนเป็นการรักษาตามอาการและการดูแลแบบประคับประคอง โดยมุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการคุกคามที่เกิดขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย มุ่งเน้นให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้การดูแลแบบองค์รวมซึ่งครอบคลุมถึงครอบครัวผู้ป่วย ตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว[2] จากวรรณกรรมพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกว่าผิด ที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นได้และต้องการให้มีคนช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากรู้สึกโดดเดี่ยว เครียด ไม่มีที่ปรึกษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการไม่ได้รับข้อมูลในการรักษาอย่างเพียงพอ ทำให้ไม่เข้าใจและไม่มั่นใจในการรักษาผู้ป่วย[3] พบว่ามีถึงร้อยละ 22.9 ที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงมาก[4] ดังนั้นการดูแลประคับประคองสภาพจิตใจคนในครอบครัวและผู้ดูแลจึงเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ การให้การรักษาแบบประคับประคองจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นต้น การรักษาแบบประคับประคองจะเป็นการตัดสินใจและวางเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำการรักษา

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายจึงเป็นอีกหนึ่งความท้าทายที่พยาบาลจะต้องวางแผนการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดเป็นความเจ็บป่วยระยะท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเน้นการดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ[5] บทบาทของพยาบาลที่สำคัญอย่างยิ่งของการให้การพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคองคือการเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ภายใต้ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลและช่วยเหลือการให้การพยาบาลการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน ทางด้านร่างกายจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี และจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน (Good Death) ครอบคลุมถึงการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย[2]

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้าย

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อน

2. ขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพยาบาล รวมทั้งได้มีการชี้แจงถึงขั้นตอนวิธีการศึกษา ทั้งนี้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และมีการประเมินซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม

4. ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและตำราเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายรวมถึงแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบประคับประคอง

5. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษา ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้าย และปรึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษา

6. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา ซึ่งดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

7. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 69 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ด้วยอาการ มีไข้หนาวสั่น ซึมลง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง (วันที่ 10-30 สิงหาคม 64) ที่ ICU อาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้ให้กลับบ้าน

3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีไข้ หนาวสั่น ซึม เรียกรู้สึกตัว หายใจเหนื่อย มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง SpO_2 sat 80% แพทย์มีแผนการรักษาให้ออกซิเจนและนอนโรงพยาบาล

โรคประจำตัว

Diabetes Mellitus (DM), hypertension (HT) เป็นมาประมาณ 20 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง, Benign Prostate Hyperplasia (BPH) เป็นมาประมาณ 2 ปี

ประวัติการสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์/การใช้สารเสพติด

สูบบุหรี่มาประมาณ 20 ปี วันละ 20 มวน ดื่มแอลกอฮอล์วันละ 1-2 ขวด มาประมาณ 20 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่และดื่มสุราอยู่

การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด

Hospital Acquired Pneumonia with respiratory failure (HAP with RF)

สรุปข้อมูลแบบแผนสุขภาพที่พบปัญหา

โดยการนำ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ในการซักประวัติเพื่อหาข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเหมาะสมกับผู้ป่วย

แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ: ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรคและมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค คือ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ซึ่งปัจจุบันยังไม่เลิกดื่มสุราและยังไม่เลิกสูบบุหรี่

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ: ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย: ผู้ป่วยไม่ถ่ายมาตั้งแต่วันที่ 4 กันยายน 2564 ปัสสาวะโดยการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคา (Foley Catheter)

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมการออกกำลังกาย: ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามปกติ ได้รับการช่วยหายใจโดยใส่ท่อช่วยหายใจ

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ: ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ในตอนกลางคืน ส่วนในตอนกลางวันมีตื่นลืมตาบ้างโดยส่วนใหญ่จะนอนหลับ

แบบแผนที่ 6 ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้: ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ Glasgow coma score $E_4V_TM_6$ = 10/15 และกำลังของแขนและขาผิดปกติ Motor power grade 3 at all (3/5)

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์: ไม่สามารถซักประวัติได้เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ: ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว มีลูกชาย 1 คน ทำงานต่างจังหวัด จะกลับบ้านในช่วงวันหยุดยาวตามเทศกาล

แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์: ไม่สามารถซักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์ได้ ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีหนอง ก้อนหรือตุ่มบริเวณอวันวะสืบพันธุ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด: ไม่สามารถซักประวัติผู้ป่วยได้จากการสอบถามครอบครัวของผู้ป่วย มีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ: ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีสิ่งที่นับถือบูชา เช่น ใส่สร้อยพระ

สรุปอาการและการรักษาของแพทย์

รับไว้ในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง วันที่ 3 กันยายน 64 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมสัญญาณชีพแรกรับ BT = 39.4 ºC, P = 120 bpm., RR 30 bpm., BP 130/90 mmHg. SpO_2 98 % ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบจึงได้ High Flow 60 LPM FiO_2 0.6 จากนั้นหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น RR > 30 bpm ร่วมกับใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ on ventilator PCV mode Pi 20 RR 18 FiO_2 0.4 PEEP 5 Ti 1.0 รับย้ายเข้า ICU วันที่ 8 กันยายน 64 สัญญาณชีพ BT = 42 ºC, P = 100 bpm., RR 16 bpm., BP 73/37 mmHg. SpO_2 100% on Levophed (4:250) V titrate keep BP 90/60 mmHg, on Fentanyl 50 mcg IV push prn q 6 hr. for agitation) ได้รับยา Tazocin 4.5 gm. IV q 8 hr. sputum C/S พบเชื้อ A.bomb (MDR) ได้ยา tigecycline 100 mg IV x 1 then 50 mg. V q 12 hr.

รับไว้ในความดูแลวันที่ 13 กันยายน 64 ขณะรับไว้ผู้ป่วย on CPAP PSV mode Ventilator (7.00-20.00 น.) Ps 12 PEEP 5 FiO_2 0.4 และ on PCV mode setting (20.00-7.00 น.) PI 16 RR 14 PEEP 5 FiO_2 0.4 I:E 0.9 ผู้ป่วยมีภาวะ Agitation จึงให้ Fentanyl (5:1) IV rate 15 ml/hr. titrate ↑ keep no dyspnea และ on NG for feed BD (1.5:1) 250 ml x 4 feed + น้ำตาม 50 ml. ผู้ป่วยรับ feed ได้ retained foley's catheter with bag. Urine output 800 ml. สัญญาณชีพ BT = 37 ºC, P = 66 bpm., RR 18 bpm., BP 114/60 mmHg. SpO_2 100%

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลต้องนึกถึงเป็นสำคัญ คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในขณะที่เจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน

ความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคที่เป็นในระยะประคับประคองได้อย่างสุขสบายที่สุด และจากไปอย่างสงบสุขที่สุด ครอบครัวและผู้ป่วยพึงพอใจกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและเมื่อผู้ป่วยจากไปสามารถเกิดความเศร้าโศกได้น้อยที่สุดกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วที่สุด ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมวางแผนในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวพอใจมากที่สุด โดยให้การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การดูแลด้านทางกาย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่จะมีการแสดงออกทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อย ปวด ซึ่งเป็นอาการที่แสดงออกที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไม่สบายใจ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการแสดงต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายมากที่สุด

การดูแลด้านจิตใจ เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นอาจก่อให้เกิดอาการทั้งทางกายและทางจิตใจมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความต้องการในการดูแลด้านจิตใจมากขึ้น อาจประเมินโดยการประเมินอาการซึมเศร้าด้วยข้อคำถาม 2Q เพื่อเป็นการประเมินเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นเรื่องที่เปราะบาง ดังนั้นการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ให้เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะความรู้สึกที่ได้ระบายออกมาเป็นสิ่งที่ครอบครัวกังวลหรือไม่สบายใจ อาจใช้การสัมผัสเพื่อเป็นการแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย และให้กำลังใจ พยาบาลจึงต้องมีเวลาให้ผู้ป่วย คอยรับฟังและให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ด้านสังคม การให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ด้วยกันในระยะประคับประคองหรือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนหรือให้คำปรึกษาให้เกิดความเข้าใจ ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านว่าใครเป็นผู้ดูแล เพื่อวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมและต่อเนื่องในการติดต่อประสานงานระหว่างพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วย

ด้านจิตวิญญาณ พยาบาลจะต้องเข้าใจความคิด ความศรัทธา ความเชื่อ การให้คุณค่า และความหมายของสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึก อาจมีความรู้สึกที่แสดงออกทางพฤติกรรม เช่น กลัว กังวล โดดเดี่ยว ไม่มีคุณค่า ดังนั้นพยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว คอยอยู่เป็นเพื่อนให้คำแนะนำจนผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกสงบมากขึ้น สิ่งยึดเหนี่ยวและความเชื่อต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องเป็นผู้สนับสนุนไม่ต่อต้าน และให้การช่วยเหลือในการที่สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ เช่น การทำพิธีทางศาสนา การสวดมนต์ ความเชื่อเรื่องเกิดแก่เจ็บตาย ในศาสนาพุทธเป็นต้น

โดยส่วนใหญ่การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอาจจะไม่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการรักษาในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดหลายๆอย่างซึ่งจะต้องส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนเพื่อให้การรักษาต่อเนื่องในระยะประคับประคองต่อไป การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สิ่งสำคัญที่สุดคือการสื่อสาร การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวจนเกิดเป็นความเข้าใจจะทำให้การวางแผนการพยาบาลมีประสิทธิภาพและเกิดความพอใจในการรักษาได้

เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการสอบถามพยาบาลที่ดูแลบนหอผู้ป่วยและเวชระเบียนเพิ่มเติม ประเมินสุขภาพเบื้องต้นจากการตรวจร่างกาย สังเกตอาการและอาการแสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ได้ 5 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีปอดอักเสบและ exudates ของ fluid ในถุงลมจากหลอดลมฝอยในปอดมีแรงเพิ่มขึ้น **เป้าหมายการพยาบาล** ผู้ป่วยแบบแผนการหายใจมีประสิทธิภาพ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแล Ventilator monitor mode CPAP PSV mode PS 12 FiO_2 0.4, PEEP 5 (07.00-20.00 น.) ดูแล Ventilator monitor mode PCV mode PI 16 RR 14 FiO_2 0.4, PEEP 5 keep SpO_2 ≥90%, RR<30/min (20.00-07.00 น.) ตามแผนการรักษา 2. ดูแลให้ได้รับยา Fentanyl 50 mg iv then Fentanyl (10:1) iv 20 ml/hr. control by infusion pump ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา 3. Dexamethasone 4 mg IV stat then q 6 hr. x3dose ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา 4. ดูแลให้ได้รับยา Berodual 1 NB พ่น ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการกระสับกระส่าย มึนงง เมื่อยล้า หัวใจเต้นเร็ว ต้องติดตามวัดความดันโลหิต ฟังเสียงปอด จับชีพจร หลังการได้รับยา 5. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ท่านอนศีรษะสูงจะช่วยทำให้การนำออกซิเจนเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจดีขึ้น กล้ามเนื้อกะบังลมหย่อนตัว และช่วยให้ปอดขยายตัวเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ 6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง Suction clear airway, mouth care โดยใช้ Chlorhexidine โดยใช้ที่มีความเข้มข้น 2% โดยทำความสะอาด 4 ครั้งต่อวัน ในการทำความสะอาดช่องปาก ดูแลตำแหน่งของ ETT ไม่ให้หักพับงอเลื่อนหลุด ลดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง 7. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะประเมินอัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย เช็ดตัวลดไข้ เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยา Paracetamol (500) 1 tab O prn 4-6 hr.ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา 8. ติดตามและสังเกตภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ สังเกตระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) สังเกตสีของผิวหนังและสีของเยื่อบุต่างๆ เล็บมือเล็บเท้า การเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ถ้าพบอาการและอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	Cyanosis บริเวณอวัยวะส่วนปลาย เช่น ริมฝีปาก เล็บ ปากมีสีคล้ำ ผิวหนังเย็น มีเหงื่อออกแสดงว่ามีภาวะ Hypoxemia 9. จัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม ลด Activity ผู้ป่วย 10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ABG ผล Chest X-ray ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน ค่า pCO_2 จะสูง ค่า pO_2 จะลดลง **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีแบบแผนการหายใจดีขึ้น หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่เหนื่อยหอบ
2. มีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะ Septic Shock เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ **เป้าหมายการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากภาวะ Septic Shock	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Norepinephrine (4:250) IV rate 10 ml/hr. titrate 3 ml/hr. เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ตรวจดูตำแหน่ง IV site หากพบรอยแดง บวม รอยคล้ำตามเส้นเลือดบริเวณ IV site ให้เปลี่ยนตำแหน่งในการให้ยาใหม่ 2. ดูแลให้ได้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV load then rate 80 ml/hr.ตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้ได้รับยา ATB ที่ครอบคลุมและตรงเชื้อก่อโรคมากที่สุดตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย[6] : Meropenem 1gm IV q 12 hr., Tazocin 4.5 g IV q 8 hr., Colistin 100 mg. IV OD., Tigecyclin 100 mg V x1 then 50 mg V q 12 hr. ตามแผนการรักษาแพทย์ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา 4. ติดตามและสังเกตแสดงของภาวะช็อก ประเมินสัญญาณชีพทุก 1ชม. Keep MAP > 65 mmHg และประเมิน qSOFA 5. บันทึกน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง Keep urine output Keep≥120ml./4hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ดูแลล้างมือ 7 ขั้นตอน โดยยึดหลัก 5 Moments ดูแลความสะอาดร่างกายช่องปากและฟัน ร่วมถึงสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้สะอาด 7. ติดตามผล Lab CBC, lactate, Septic work up ต่างๆ เช่น sputum culture **ประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Septic Shock สัญญาณชีพปกติ บันทึกน้ำเข้า-ออกจากร่างกายมีความสมดุล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง **เป้าหมายการพยาบาล** ไม่มีภาวะวิตกกังวล	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับญาติผู้ป่วย แสดงความเข้าใจ ด้วยคำพูดที่อ่อนโยน อธิบายข้อมูลให้ครอบครัวรับฟังอย่างชัดเจน[1] 2. ให้ข้อมูลอาการ ความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล และการตอบสนองต่อการรักษา แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้แก่ญาติ 3. เปิดโอกาสให้ญาติโทรมาสอบถามอาการผู้ป่วยและซักถามข้อสงสัยกับแพทย์ผู้ดูแล พยาบาล หรือทีมสุขภาพ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา เคารพในความเชื่อส่วนบุคคลของญาติ 4. ทีมดูแลผู้ป่วยและญาติร่วมกันวางแผนการพยาบาลให้ผู้เพื่อให้ญาติได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการรักษา 5. เตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน 6. แนะนำและให้ข้อมูลเพื่อป้องกันการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย **การประเมินผล** ญาติผู้ป่วยเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์ มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและมีความวิตกกังวลลดลง
4. มีความบกพร่องทางด้านจิตสังคม เนื่องจากถูกตัดขาดจากสังคมภายนอก **เป้าหมายการพยาบาล** ผู้ป่วยมีภาวะจิตสังคมดีขึ้น	1. จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น แสงสว่างไม่มากเกินไป อุณหภูมิเหมาะสม 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร 3. ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สถานที่ เวลา อธิบายสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บอกผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล 4. ลดสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป 5. สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล กระตุ้นทางหูโดยการพูดคุยใกล้ๆ 6. อนุญาตให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน เพื่อประคองด้านจิตใจ 7. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และร่วมในการทำกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	8. ชมเชยและเสริมแรง เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเองได้ เช่น การไอ การหายใจ การพลิกตะแคงตัว 9. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความตั้งใจและให้กำลังใจ 10. ประเมินความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า และแนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด 11. รบกวนการทำกิจกรรมการพยาบาลให้น้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีภาวะจิตสังคมที่ดี
5. เสริมสร้างพลังด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย[7] **เป้าหมายการพยาบาล** ผู้ป่วยมีจิตวิญญาณที่ดี	1. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สอบถามความต้องการ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล ความเจ็บป่วย และเกิดความไว้วางใจ 2. สร้างความหวังโดยอธิบายให้ทราบถึงอาการปัจจุบัน อาการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของโรคให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ เพื่อให้กำลังใจและวางแผนการรักษาผู้ป่วยโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล 3. สัมผัสผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอื้ออาทร ห่วงใยและอบอุ่น 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกัน เพื่อให้เกิดกำลังใจ รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัว 5. ดูแลให้ผู้ป่วยปรับตัวเพื่อให้เผชิญกับตวามตายในระยะสุดท้ายด้วยความสงบ โดยจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่กับสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ตามความต้องการเพื่อให้รู้สึกสงบและจากไปโดยไม่ทุกข์ทรมาน โดยการปฏิบัติตามความเชื่อ การสวดมนต์ การทำสมาธิตามความเชื่อของผู้ป่วย 6. ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย 7. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยเพื่อเตรียมตัวเกี่ยวกับแผนการต่างๆเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต และช่วยอำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีจิตวิญญาณที่ดี

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้าย และผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ปัจจัยหลักพยาบาลต้องมีความรู้และศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อที่จะได้ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยต่อมาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายจะสามารถเข้าใจและเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี ส่วนความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การประเมินด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญจะสามารถประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในเบื้องต้นได้ ความสามารถในด้านการสื่อสารก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจและรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว[8] ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อาจได้รับผลกระทบในด้านสิ่งแวดล้อม การนอนไม่หลับ การเจ็บป่วย ผลจากการรักษา ซึ่งมีผลต่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยที่ตอบสนองออกมา เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล การสูญเสียพลังอำนาจ ภาวะสับสน เป็นต้น[9]

ความรุนแรงของอาการจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น การแสดงออกของอาการชัดเจนและเกิดบ่อยมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง เช่น อาการปวดเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ความรุนแรงด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทางทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย[10]

ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยในระยะประคับประคองจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าตามมา เมื่อไม่ได้จัดการกับความไม่สุขสบายทางกายหรืออาการทางการเริ่มรุนแรงขึ้นทำให้รู้สึกไม่สุขสบายก็ทำให้เกิดอาการทางจิตใจขึ้นมา[10]

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้าย การดูแลเหมือนกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองทั่วไป แต่อาจให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถสื่อสารกันได้จากที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้นพยาบาลต้องเป็นสื่อกลางในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

แนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้ายในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต

ปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยวิกฤตโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีปัญหาทุกระบบ เช่น การหายใจ การไหลเวียน ความไม่สมดุลของสารน้ำร่างกายอ่อนเพลีย หรือปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ดังนั้นจึงต้องมีการประเมิน และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เช่น การประเมินความปวด อาจสอบถามทั้งทางวาจาและการสังเกต ประเมินความเครียดและความวิตกกังวล แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของระดับความเจ็บป่วย เพื่อพยากรณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ จึงมีมากมาย พยาบาลควรใช้ประเมินผู้ป่วยให้ถูกต้องและเหมาะสม เช่น ประเมินการไหลเวียนของโลหิตใช้ EKG monitor แบบประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยภาวะวิกฤติ ใช้แบบประเมิน APACHE หรือการใช้แนวคิดการพยาบาล ABCDE Bundle ในการจัดการปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดโดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ซึ่งการประเมินนี้ใช้หลักสำคัญ 3 ประการ คือ ความสะดวกในการสื่อสารของทีมพยาบาล เป็นมาตรฐานในการพยาบาล และเพื่อลดการใช้ยานอนหลับ ลดการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน

ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้[10] การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเน้นการใช้อย่างระมัดระวัง โดยคำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหายใจล้มเหลว จะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้[11]

1. อัตราการหายใจมากกว่า 40 ครั้ง/นาที มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ

2. ไม่สามารถคงระดับ SpO_2 > 90% หรือ PaO2 > 60 mmHg ด้วย FiO_2 > 0.6 เป็นเวลานานกว่า 60 นาที

3. $PaCO_2$ > 50 mmHg หรือมีการเพิ่มขึ้นของ $PaCO_2$ > 20% จาก baseline ภายหลังได้ รับการรักษา 1 ชั่วโมง

4. Hemodynamic deterioration (ความดัน systolic < 90 mmHg หรือลดลง > 40 mmHg จาก baseline, mean blood pressure < 65 mmHg หรือจำเป็นต้องใช้ vasopressor)

5. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Glasgow coma scale < 12)

เมื่อผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลควรมีการประเมินผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการและความเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย[12]

1. ประเมินลักษณะการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ

2. Suction Clear Air ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งป้องกันการอุดตันของเสมหะ ฟังปอดเพื่อประเมินเสียงผิดปกติในปอด

3. วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว Monitor O_2 Saturation

4. สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน เช่น มี Cyanosis ปลายมือ ปลายเท้า

5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา เฝ้าระวังน้ำที่ตกค้างจากเครื่องช่วยหายใจไหลเข้าสู่ท่อช่วยหายใจ และระวังสาย Circuit ไม่ให้หักพับงอ

6. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอดให้ดีขึ้น

7. ติดตามค่า ABG ถ้าพบผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที

บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ ๆ และประสานงานในการสื่อสารระหว่างครอบครัวและแพทย์ในการจัดการอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด ครอบครัวเข้าใจในแผนการรักษาและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ให้ครอบครัวคลายความวิตกกังวลเมื่อมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาสามารถปรึกษาพยาบาลได้ เป็นกำลังใจและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบครัวร่วมวางแผนการรักษาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้เกิดความพึงพอใจ ส่งเสริมและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพื่อให้มีกำลังใจที่ดีต่อไป เป็นผู้ชี้แนะหรือแนะนำในการหาที่พึ่งหรือที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ แนะนำการปฏิบัติทางศาสนาตามความเชื่อของแต่ละบุคคล เช่น การไหว้พระสวดมนต์ ฟังธรรมะ และต้องคอยสอบถามพร้อมทั้งประเมินความเครียดและวิตกกังวลเป็นระยะ ๆ ให้กำลังใจ ส่งเสริมแรงทางบวกและให้มีทัศนคติที่ดีการเจ็บป่วยและการรักษาในระยะประคับประคอง[2] ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติพยาบาลต้องเข้ามามีบทบาทมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงทางกายที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวล พยาบาลต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการสูญเสีย เพื่อผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

และครอบครัวเกิดความเศร้าโศกจากการสูญเสีย น้อยที่สุดกลับเข้าภาวะปกติได้เร็วที่สุด การรักษาผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องมีการพัฒนาโดยตลอด มีการนำเทคโนโลยีต่างๆมาใช้ และการนำยาใหม่ ๆ มาใช้ ซึ่งอาจส่งผลต่อด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตามมาจึงควรต้องมีการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ อยู่เสมอโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อหาแนวทางการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่กลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ ประมาณ 2 สัปดาห์ โรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นจากผู้ป่วยเคยรับการรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป ภายใน 90 วัน ซึ่งเกิดขึ้นได้ร้อยละ 25[6] ผู้ป่วยมาด้วยอาการมีไข้ หนาวสั่น ซึม เรียกรู้สึกตัว หายใจเหนื่อย แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Hospital Acquired Pneumonia with respiratory failure จากผล sputum culture พบเชื้อ A.bomb (MDR) ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ครอบครัวต้องรับภาระเมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาที่พบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำคือ ภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก (aspirate pneumonia) ร้อยละ 6.37 และภาวะช็อคจากการติดเชื้อในการะแสเลือด (septic shock) คิดเป็นร้อยละ 6.37[7] อีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรายนี้กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำคือปัญหาด้านครอบครัว ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล อยู่คนเดียว ร้อยละ 3.17[13] ร่วมกับผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวหลายโรค และอยู่บ้านคนเดียวเนื่องจากลูกชายต้องออกไปทำงานที่ต่างจังหวัด ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยยังดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ อาจทำให้ก่อโรคเรื้อรังใหม่ได้ ดังนั้นพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยจึงควรร่วมกันวางแผนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว[14] ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหายใจและรับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถสื่อสารระหว่างกันได้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาจึงควรให้การพยาบาลครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับในโรงพยาบาลและวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยส่วนใหญ่จะดูแลตามอาการโดยคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก และความพึงพอใจในการรักษาของครอบครัว พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจและต้องการได้รับอย่างครอบคลุมคือ การสื่อสาร การรับรู้และการรู้สึกผิดเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต[15] การสื่อสาร เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจในกระบวนการรักษา การรับรู้ เป็นการประเมินครอบครัวของผู้ป่วยว่ารับรู้ความก้าวหน้าของโรค การวางแผนการรักษาของแพทย์ ว่าเป็นไปในระดับไหนหรืออยู่ในขั้นตอนไหน ซึ่งพยาบาลต้องประเมินครอบครัวผู้ป่วยว่ามีความพร้อมรับข้อมูลได้ขนาดไหน รวมถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดกับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงหรือมีอาการที่แสดงออกได้ชัดเจนถึงความทุกข์ทรมานหรือความไม่สุขสบาย จะเกิดผลเสียต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วย การจัดการอาการแสดงต่างๆได้อย่างรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสุขสบายและเกิดความพึงพอใจในกระบวนการรักษา[16] ดังนั้นพยาบาลต้องให้ครอบครัวมีข้อมูลและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายและต้องเสียชีวิตลงจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเศร้าโศกที่ยอมรับการสูญเสียได้เร็ว

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะเน้นการดูแลด้านจิตใจเพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตให้สามารถจัดการกับภาวะเศร้าโศก และสามารถกลับมาใช้ชีวิตให้เป็นปกติได้โดยเร็ว[17]

อภิปรายผล

ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มักจะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากการรักษาเริ่มมีความสำคัญหรือมีประโยชน์น้อยลง ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตจึงมีความจำเป็น ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้มีปัญหา Hospital Acquired Pneumonia with respiratory failure และเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เมื่อพบว่า ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาด แพทย์และพยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแล ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีความสะดวกสบาย ลดอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และสนับสนุนให้มีการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมที่ทำการรักษาและผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลในระยะสุดท้ายให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและตายอย่างสมศักดิ์ศรี และการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต จากกรณีศึกษาจะพบได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความท้อแท้เป็นบางครั้งที่ต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ พยาบาลอาจไม่ใช่เป็นผู้บอกความจริงโดยตรง แต่ควรใช้ทักษะการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถยอมรับความจริงและสร้างความเข้มแข็งให้กับจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ดูแลแบบองค์รวม เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกมิติ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ ซึ่งความปรารถนาหรือความใฝ่ฝันที่ค้างคาใจเหล่านี้จะมีผลให้เกิดความกระวนกระวายใจเมื่อมากเข้าอาจทำให้ผู้ป่วยจมอยู่ในความทุกข์และไม่สงบ แม้บางครั้งผู้ป่วยจะไม่ได้บอกตรง ๆ เพราะอายหรือไม่กล้าเปิดเผย ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องเพิ่มทักษะการสังเกต การพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยและอยู่ด้วยกันอย่างใกล้ชิด อีกทั้งพยาบาลต้องเอาใจใส่สังเกตว่าผู้ป่วยเคยพูดถึงเรื่องใดบ่อย ๆ แล้วค่อย ๆ สอบถามเพิ่มเติม และหาหนทางช่วยให้สำเร็จ

จากแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีการวินิจฉัยโรคว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จนกระทั่งการรักษาต่าง ๆ เริ่มมีประโยชน์น้อยลง จึงเข้าสู่การรักษาแบบประคับประคองจนกระทั่งเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต รวมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิตให้สามารถเผชิญการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ด้วยความเข้มแข็งและยอมรับความจริง พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะในมิติของการดูแลด้านจิตวิญญาณนั้นมีความละเอียดอ่อนและเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่พยาบาลควรมีการพัฒนาให้มีแนวทางการปฏิบัติชัดเจน โดยเริ่มจากการปลูกฝังการมองเห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การส่งเสริมให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้คุณค่าของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการส่งเสริมให้มีการศึกษาเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจ

เรื่องการตายดีหรือตายอย่างสมศักดิ์ศรีตามความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป

ข้อเสนอแนะ

1. ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายเป็นบุคคลสำคัญที่ควรมุ่งเน้นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลเพื่อให้เข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุม ครบองค์รวม นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นำไปขยายผลให้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

การนำไปใช้

1. เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมผู้ป่วยในแต่ละบุคคล พยาบาลต้องให้การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการนำความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวมาร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาการพยาบาล ต้องมีทักษะการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ดี ควรเป็นทั้งผู้พูดและผู้ฟังที่ดี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจตรงกัน

2. การแสดงออกของทางด้านอารมณ์ของพยาบาลและทีมผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การแสดงถึงความเอาใจใส่และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือดูแล จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัวได้ รวมถึงการช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตให้สามารถจัดการกับภาวะเศร้าโศก และสามารถกลับมาใช้ชีวิตให้เป็นปกติได้โดยเร็ว

3. นอกจากพยาบาลจะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบประคับประคองแล้ว อีกหนึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการเป็นผู้ประสานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยชัดเจน มีการประสานการทำงานและความร่วมมือของทีมสหสาขา ทำให้การดำเนินงานการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุนิสา เดชพิชัย และจิราภรณ์ ชุวงศ์. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2020;3(2):207-23.
2. นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(1):26-34.
3. เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต และ เยาวรัตน์ มัชฌิม. การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคม. 2556;4(1), 90-97.
4. Chan LM, Ng SC. Prevalence and correlates of caregiver anxiety in family caregivers of patients with advanced cancer: A cross-sectional study in a palliative care unit in Hong Kong. East Asian Archives of Psychiatry. 2022;32(2):27-33.
5. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative care for family caregivers. Journal of Clinical Oncology. 2020;38(9):926-36.
6. ฐิติ ศรีเจริญชัย, ณรงค์กร ช้ายโพธิกลาง, พิชญาภา รุจิวิชชญ์, และ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. โรคระบบการหายใจพื้นฐาน. กรุงเทพ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

7. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 9. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2559.
8. พัชรีย์ พรหมสิงห์, ภาวนา กีรติยุตวงศ์ และ วัลภา คุณทรงเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2559;22(3),278-92.
9. วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพ: สามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์, 2560.
10. ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคองที่มารับการรักษาที่คลินิกประคับประคอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2563;16(1),70-81.
11. ปัทมพร แสงแก้ว, จุฑามาศ อินทร์ชัย, พนิดา ชนะญาติ และ เฉลิม ลิ่วศรีสกุล. การรักษาภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันชนิดขาดออกซิเจนโดยไม่มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงผ่านทางจมูกเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง: งานวิจัยแบบสุ่ม. เชียงใหม่เวชสาร. 2563;59(3):127-36.
12. กาญจนา ประเสริฐ. การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา 2 ราย. ยโสธรเวชสาร. 2565;24(1):116-24.
13. ชุติมา เทียนทอง ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(4), 469-473.
14. Isenberg SR, Killackey T, Saunders S, Scott M, Ernecoff NC, Bush SH, Varenbut J, Lovrics E, Stern MA, Hsu AT, Bernstein M. "Going Home [Is] Just a Feel-Good Idea With No Structure": A Qualitative Exploration of Patient and Family Caregiver Needs When Transitioning From Hospital to Home in Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management. 2021;62(3):9-19.
15. Patra L, Ghoshal A, Damani A, Salins N. Cancer palliative care referral: patients' and family caregivers' perspectives–a systematic review. BMJ Supportive & Palliative Care. 2022;21,1-7.
16. Valero-Cantero I, Casals C, Carrión-Velasco Y, Barón-López FJ, Martínez-Valero FJ, Vázquez-Sánchez MÁ. The influence of symptom severity of palliative care patients on their family caregivers. BMC Palliative Care. 2022;21(1):1-7.
17. จินตนา อาจสันเที๊ยะ และรัชณีย์ ป้อมทอง. บทบาทพยาบาล: กรณีศึกษาการดูแลด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(1), 1-8.