

บทความวิชาการ

การเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

PREPARATION OF CARE GIVERS TO PROMOTE DEATH, DIGNITY,
IN THE END OF LIFE PATIENTS

เยาวลักษณ์ คุมขวัญ* และปรียาสลิล ไชยวุฒิ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช จังหวัดราชบุรี 70110

Yaowalak Kumkwan* and Preeyasalil Chaiyawut

Chakriraj Nursing college, Ratchaburi, 70110

*E-mail: yaowalak_ann@hotmail.com

บทคัดย่อ

การเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรสุขภาพที่จะช่วยให้ญาติสามารถดูแล ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ในส่วนของผู้ป่วยจะช่วยลดความเจ็บปวด ความวิตกกังวลเพื่อให้จากไปอย่างสงบ โดยบุคลากรสุขภาพจะต้องทราบข้อมูลในเรื่อง บทบาทของผู้ใกล้ชิดในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิกิริยาด้านอารมณ์และความต้องการของญาติผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการ ตลอดจนวิธีการเตรียมความพร้อมในการตอบสนองต่อความต้องการของญาติเพื่อเป็นการส่งเสริมการทำหน้าที่ของญาติและยังเป็นการส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอีกด้วย

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมของญาติ การตายอย่างสมศักดิ์ศรี ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ABSTRACT

The preparation of care givers to promote the dignity in the end of life patients is the key role of health professional, to help the care givers can take care to assist patients in end of life. In the majority of patients will reduce the pain. Anxiety, to calm by health professional need to know the information in the story. The role of the family changes made to family members. Factors that affect the emotional reactions needs and problems of care givers, as well as to respond to the problems and needs in order to promote the functioning of the relatives and also to promote death, dignity in end of life patients.

Keywords: preparation of care givers, dignity death, end of life patients

บทนำ

“การได้เห็นผู้คนจากไปคนแล้วคนเล่า ทำให้เข้าใจว่าเรื่องที่เรารู้แน่ๆ มีแค่เกิดกับตาย ส่วนจะตายเมื่อไหร่ จะเจ็บก่อนตายหรือไม่ จะตายอย่างไร ลูกจะตายก่อนพ่อแม่หรือไม่ หรือหลานจะตายก่อนตายยายหรือไม่ ไม่มีใครรู้ บางคนมีโอกาส เกิด แก่ เจ็บ ตาย บางคนอาจมีโอกาสดังกล่าวแต่ไม่ทันแก่ก็ตายไปเสียก่อน บางคนตายเพราะเป็นโรค บางคนประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต” (พรวิรินทร์, 2555) สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าความตายเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นกับคนทุกคนที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้โดยเฉพาะบุคคลที่มีอาการของโรคต่างๆ ลูกหลานจนรักษาไม่หาย มีแนวโน้มทรุดลงเรื่อยๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ อีกต่อไป นอกจากรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนเสียชีวิตจุดสำคัญอยู่ที่ว่าเมื่อเวลานั้นมาถึงจริงๆ จะทำอะไรให้บุคคลที่ต้องจากไปได้อย่างสงบและบุคคลในครอบครัวจะช่วยหรือทำอะไรก่อนที่ความตายจะมาถึง ซึ่งการเตรียมความพร้อมของญาติจะเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยไขปัญหาดังกล่าว

ความเป็นมาของการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายในประเทศไทยเริ่มในปี พ.ศ. 2525 จากการจัดประชุมระดับชาติเรื่อง ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพของไทยได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น ทั้งทางด้านนโยบายที่ได้กล่าวถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย โดยระบุถึงสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น และยังพบว่า ในด้านการบริการโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงให้บริการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมกับการบริการผู้ป่วยโดยทั่วไป ด้านการศึกษาอบรม ได้มีการบูรณาการแนวคิดในหลักสูตรการเรียนการสอน และยังมีการจัดอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และด้านการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการศึกษาด้านครอบครัวยังมีน้อยเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านประเด็นจริยธรรม (กิตติกร, 2555) จากประเด็นดังกล่าวทำให้แนวทางในการดูแลญาติเพื่อเตรียมการตายระยะสุดท้ายของผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากวิธีการบำบัดอาการบางอย่างในระยะสุดท้าย มักทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานด้วยสายยางหรือท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว้าวนตนเองเป็นภาระและคุณค่าของตนเองลดลง ประกอบกับระหว่างการเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคำถามมากมายที่ต้องการคำตอบ ถ้ามีญาติและครอบครัวเป็นกำลังใจก็จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งและค้นหาความหมายที่จะต้องรู้เพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือเตรียมพร้อมตนเองที่จะเผชิญความตายอย่างสงบ

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ภาระหรือความยุ่งยากไม่ใช่เพียงแต่ผู้ป่วย หากแต่เป็นทุกคนที่ต้องเกี่ยวข้องโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ย่อมทำให้เกิดการแสดงออกด้วยพฤติกรรมและอารมณ์ที่แตกต่างกัน ญาติที่เกี่ยวข้องมักจะมีคำถาม

มากมายเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ตนรัก อาจคาดหวังระหว่างการรักษาว่าจะมีสิ่งดีๆ เกิดขึ้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวออกไป ญาติผู้ป่วยจึงมักมีปฏิกิริยาด้านอารมณ์ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมากนัก ทั้งการปฏิเสธ โกรธ ต่อรอง ซึมเศร้า หรือยอมรับ (ทัศนีย์, 2552) นอกจากนั้นยังพบว่าญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย กลัวความทุกข์ทรมาน กังวลใจในสิ่งที่ยังค้างคาใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล กลัวการสูญเสีย กลัวการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ และรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบริการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง (วรรณภรณ์, จีรพันธ์ และจุฬาลักษณ์, 2555) และในสถานการณ์ขณะนั้นยังพบว่าญาติยอมที่จะทำทุกวิถีทางที่จะยื้อชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานที่สุด ทั้งพึ่งการรักษาทางการแพทย์หรือแม้กระทั่งพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การศึกษาของรุ่งนภา, ศรีสุตา, คงขวัญ, รัชสุรีย์ และสาคร (2556) พบเช่นเดียวกันว่าความต้องการของญาติที่สำคัญ มี 6 ด้านได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ ข้อควรปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวก/สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนด้านจิตใจ จากประเด็นดังกล่าวถ้ามีการเตรียมความพร้อมของญาติ ทั้งการให้ข้อมูลที่จำเป็น การสนับสนุนด้านต่างๆ ตลอดจนการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึก จะช่วยให้ญาติยอมรับกับการสูญเสียได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี ช่วยหน่วยงานประหยัศทรัพยากรทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ และยังสามารถป้องกันการฟ้องร้องในภายหลังอีกด้วย แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าขาดการเตรียมความพร้อมของญาติ จะทำให้อาการเกิดความวิตกกังวล ไม่กล้าตัดสินใจเกิดความลังเลในการตัดสินใจช่วยหรือหยุดการช่วยชีวิตผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดจากการใช้เครื่องมือต่างๆ และจากไปอย่างไม่เป็นธรรมชาติ

บทบาทสำคัญของผู้ใกล้ชิดในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ญาติพี่น้อง ผู้ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนสมาชิกในกลุ่มหรือชมรมเดียวกัน หรือแม้กระทั่งสัตว์เลี้ยงของผู้ป่วยเอง ต่างมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย ทั้งในเรื่องความช่วยเหลือดูแล เป็นกำลังใจสนับสนุนชี้แนะแนวทาง ดังนั้นจึงควรทราบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลต่างๆ กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เพื่อใช้พิจารณาดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วย เช่น การได้พบบุตรที่อยู่ห่างไกลเพื่อกล่าวอำลา การได้อยู่เคียงข้างกับคนที่รักก่อนตายหรือการพบปะผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน เป็นต้น

ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยเฉพาะญาติควรจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแล อาการสำคัญต่างๆ เพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และควรมีการสนับสนุนให้ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวได้ช่วยเหลือดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรแล้ว ยังช่วยสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยในช่วงเวลาที่สำคัญช่วงหนึ่งของชีวิต นอกจากบทบาทของครอบครัวต่อผู้ป่วยแล้วในทางกลับกัน สภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองก็มีผลกระทบต่อคนในครอบครัว นอกจากจะต้องรับภาระด้วยร่างกายแล้วยังเป็นผู้รับรู้ปฏิกิริยาของผู้ป่วยมากที่สุดอีกด้วย (เติมศักดิ์, 2556) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของญาติ เพื่อส่งเสริมให้ญาติสามารถรับมือกับการสูญเสียและสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรี

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายและจะต้องเสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้นั้น เป็นข่าวร้ายที่คุกคามความหวังและอนาคตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในกระบวนการรักษานั้นอาจใช้เวลาระยะหนึ่ง อาจนับเป็นเดือน หรือยาวนานมากกว่านั้น ญาติของผู้ป่วยจะรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับคนที่ตนรัก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยดังนี้

1. ด้านการทำหน้าที่

1.1 ความรู้สึกภาคภูมิใจ ญาติกลุ่มนี้จะรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ ญาติในกลุ่มนี้มักมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยอยู่แต่เดิม มีความรักและผูกพันกับผู้ป่วยอย่างแน่นแฟ้น เมื่อยามที่ไม่เจ็บป่วยได้สร้างความดีและได้ดูแลกันหรือช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งญาติและผู้ป่วยได้ทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกในครอบครัวได้เป็นอย่างดี เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ญาติกลุ่มนี้จะคิดว่าการดูแลกันยามเจ็บไข้หรือเมื่อใกล้จะเสียชีวิตเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำและเป็นการทดแทนบุญคุณครั้งสุดท้าย จึงดูแลเอาใจใส่กันด้วยความรักความเข้าใจ และความปรารถนาดีที่มีต่อกัน แม้ว่าผู้ป่วยจะมีสภาพร่างกายหรือจิตใจเปลี่ยนแปลงไป ญาติก็พร้อมจะยอมรับและให้การดูแลด้วยความเอาใจใส่ ญาติกลุ่มนี้จะสามารถปรับการดำเนินชีวิตส่วนตนและสามารถทุ่มเทเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.2 ความรู้สึกว่าเป็นภาระ ญาติกลุ่มนี้จะมีความวิตกกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยอาจจะมีอาการเรื้อรัง รักษาไม่หายหรือมีความพิการ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง จะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเพราะกลัวว่าตนเองอาจจะติดโรคหรือเป็นโรคร้ายแรงเช่นเดียวกับผู้ป่วย (ทัศนีย์, 2552) นอกจากนี้ญาติบางรายอาจคิดว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นภาระด้านค่าใช้จ่าย ถึงแม้จะมีสิทธิในการรักษาที่ช่วยบรรเทาค่าใช้จ่าย แต่มีค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายเงินส่วนตัว เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร หรือค่าของใช้ ญาติบางรายต้องลาหยุดงานบ่อย ทำให้ขาดงานขาดรายได้ หรือต้องลาออกจากงาน การศึกษาของญาติที่เป็นลูกหลานที่กำลังอยู่ในช่วงกำลังศึกษาเล่าเรียนและต้องมาดูแลผู้ป่วย ทำให้มีความขัดแย้งภายในตนเองว่าควรอยู่ดูแลญาติที่กำลังเจ็บป่วยหรือต้องทำหน้าที่ของตนเอง

2. ด้านการปรับตัวและเตรียมความพร้อม

2.1 การปรับตัว ในบางครั้งญาติอาจเกิดความคิดด้านลบว่าถ้าผู้ป่วยตายเมื่อใดทุกอย่างจะจบลงความคิดเช่นนี้อาจทำให้ญาติเกิดความรู้สึกผิดว่าเป็นการแข่งคนที่ตนรักให้ตายเร็วขึ้นหรือไม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกของญาติที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวมักตั้งคำถามว่า จะต้องปฏิบัติอะไรบ้าง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย หรือบรรเทาความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น พร้อมกันนี้ก็ต้องการให้บทบาทหน้าที่ของตนเองยังดำรงอยู่ได้ อาจต้องแบ่งหน้าที่กันปฏิบัติ หรือโอนความรับผิดชอบบางอย่างให้ผู้อื่น (ทัศนีย์, 2552) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินกิจวัตรในแต่ละวัน มักรู้สึกเครียด คับข้องใจ รู้สึกไร้ค่า และชีวิตไม่มีความหมาย แม้ว่าญาติพยายามจะทำทุกอย่างให้เป็น

ปกติ แต่ผู้ป่วยมักรู้สึกว้าเหว่หรือขาดการดูแล ญาติจึงต้องอดทนต่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายของผู้ป่วย พร้อมกันนี้ก็ต้องเอาชนะกับความหวั่นไหวและความรู้สึกของการสูญเสียคนที่ตนรัก

2.2 การเตรียมความพร้อม ครอบครัวที่สามารถสื่อสารกันได้อย่างตรงไปตรงมาเรื่องความตายและการสูญเสีย จะทำให้การเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนการตายและการเตรียมตัวของญาติเพื่อดำเนินชีวิตต่อไปหลังจากสูญเสียคนที่รักได้ไม่ยุ่งยากมากนัก ญาติของผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการตายของผู้ป่วยกำลังจะมาถึงอาจจะมีปฏิกิริยาการสูญเสียได้หลายระดับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ บทบาทในครอบครัว และการพึ่งพาของญาติที่มีต่อผู้ป่วย ในบางครอบครัวผู้ป่วยอาจเป็นผู้นำหรือเสาหลัก เป็นผู้หารายได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวและศูนย์รวมของครอบครัว เมื่อการสูญเสียใกล้เข้ามา สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบย่อมมีปฏิกิริยาที่เปลี่ยนแปลงไปในทางรุนแรงได้ แม้ว่าก่อนหน้านี้ที่จะเตรียมใจไว้แล้วก็ตาม

3. การเผชิญความสูญเสีย เมื่อญาติมีการเตรียมความพร้อมและเกิดการปรับตัวต่อการสูญเสียการเจ็บป่วยของคนที่คุณรักและผูกพันด้วย จะทำให้ญาติมีคำถามว่าตนเองได้ทำหน้าที่หรือได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างดีแล้วหรือยัง มีอะไรที่ควรปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้นเพราะเวลาที่อยู่ด้วยกันเหลือน้อยลง หรือมีอะไรบ้างที่ยังบกพร่องและควรได้พูดคุยกันเพื่อทำความเข้าใจ (ทัศนีย์, 2552)

ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิกิริยาด้านอารมณ์และความต้องการของญาติผู้ป่วย

1. ปัจจัยภายในบุคคลของญาติผู้ป่วยได้แก่

1.1 อายุ ถ้าญาติผู้ป่วยอยู่ในวัยเด็กการรับรู้ต่อความตายและการเข้าใจความหมายที่แท้จริงของความตายนั้นจะยังไม่ชัดเจน เด็กมักไม่กลัวความตาย เพราะการรับรู้ความหมายการตายแตกต่างกัน เช่น เด็กก่อนวัยเรียน คิดว่าตายแล้วสามารถกลับคืนมาได้เหมือนการไปเที่ยวชั่วคราว หรือความตายเปรียบเหมือนการนอนหลับ เด็กก่อนวัยเรียนจะเข้าใจความหมายของความตาย เรียนรู้ว่าตายแล้วจะกลับคืนมาอีกไม่ได้ ส่วนวัยรุ่น การตายจะเหมือนการลงโทษ การถูกกำหนดให้เป็นไปทั้งที่ตนเองไม่ต้องการ เด็กวัยรุ่นจะรู้สึกโกรธ เศร้าใจ (ปริชวัน, 2556) ส่วนญาติวัยสูงอายุที่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลที่คุณรักหรือมิตรสหาย ย่อมเกิดการเรียนรู้ และยอมรับการสูญเสียได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางรายที่สูญเสียคู่ชีวิตอย่างทันทีทันใดอาจทำใจหรือปรับตัวไม่ได้ เป็นเหตุให้ร่างกายทรุดโทรมลงและเสียชีวิตได้ในที่สุด การศึกษาของ Meecharoen, Northouse, Sirapo-ngam & Monkong (2013) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

1.2 เพศ ปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องเพศนี้อาจขึ้นกับวัฒนธรรมและการเลี้ยงดู ในสังคมไทยพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง สอดคล้องกับรายงานของสมาคมญาติผู้ดูแลแห่งชาติของประเทศไทยพบว่ามีร้อยละ 66 ของญาติผู้ดูแลเป็นเพศหญิง (National family Caregivers Association, 2010) ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมักถูกคาดหวังจากสังคมให้รับบทบาทการเป็นผู้ดูแล สมาชิกในบ้าน (วารุณี, 2557)

1.3 ระดับความสัมพันธ์ของญาติที่มีต่อผู้ป่วย ยิ่งผู้ป่วยมีความใกล้ชิดและเป็น ที่พึ่งพิงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ความคิดและกำลังใจของญาติมากเท่าใด ความรู้สึกทุกข์โศกจากการสูญเสียที่ ผู้ป่วยต้องตายย่อมมีมากขึ้นเป็นลำดับ ส่วนมากมักเป็นญาติที่ใกล้ชิดกัน เช่น คู่รัก สามี ภรรยา พ่อแม่ หรือลูกหลาน การศึกษาของ Meecharoen, Northouse, Sirapo-ngam & Monkong (2556) พบ เช่นเดียวกันว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยาของผู้ป่วย

1.4 ระดับการศึกษา การศึกษาอาจมีส่วนช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้และมีพัฒนาการด้าน อารมณ์ในระดับหนึ่ง สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติได้ อาจมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล หรือแหล่งประโยชน์ และเรียนรู้ว่าจะปรับตัวอย่างไรต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้และสิ่งที่สำคัญที่จะ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากถ้าญาติมีประสบการณ์ จะสามารถแสวงหาข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย และทราบความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วยสอดคล้องกับการ ศึกษาของนุชนาถ, เยาวรัตน์ และกิตติกร (2557) ที่พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งถ้าญาติมี ประสบการณ์ในการแสวงหาข้อมูลก็จะสามารถแสวงหาข้อมูลได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.5 ประสบการณ์ชีวิตและวิธีเผชิญปัญหา โดยปกติแล้วผู้ที่มีประสบการณ์และทักษะ ในชีวิตในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีหรือหากญาติเคยสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ตนรักย่อม เข้าใจและปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ง่าย

2. ปัจจัยภายนอกของญาติผู้ป่วย

2.1 ลักษณะการตายของผู้ป่วย หากการตายของผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและ สภาพร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ย่อมทำให้ญาติไม่สามารถปรับจิตใจหรืออารมณ์ได้ทัน ในรายที่เป็นโรคเรื้อรัง ญาติมีโอกาสเตรียมจิตใจและปรับตัวได้มากกว่า จึงแสดงปฏิกิริยาด้านอารมณ์เมื่อ ทราบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตไม่รุนแรงมากนัก

2.2 วัยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถ้าผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ ญาติโดยทั่วไป มักยอมรับได้เพราะเป็นไปตามธรรมชาติ หากการเสียชีวิตเกิดขึ้นในวัยเด็กหรือวัยรุ่นย่อมเป็นธรรมดาที่ ญาติจะทำใจยอมรับได้ยากกว่า

2.3 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย การสูญเสียผู้นำครอบครัวย่อมก่อให้เกิด ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวหลายๆ ด้าน อาจต้องขายทรัพย์สิน สมาชิกบางคนอาจต้องทำงาน หนัก และประหยัดค่าใช้จ่ายต่างๆ ทำให้เกิดความเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้น

2.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม ถ้าครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีญาติ คอยช่วยเหลือแบ่งเบาภาระได้ ย่อมทำให้ญาติผู้ป่วยเบาใจลงได้ พอมิแหล่งที่พอจะแสวงหาความช่วยเหลือได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ, กิตติกร และเยาวรัตน์ (2558) พบว่า แหล่งให้ความช่วยเหลือส่งผลต่อ การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากญาติมีความต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และรู้สึก เครียด รู้สึกโดดเดี่ยวเพราะขาดผู้ให้คำปรึกษาในการบรรเทาอาการของผู้ป่วย (Engelberg et al., 2010)

ความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยก็คือญาติ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ จะต้องทราบความต้องการของญาติ ดังนี้

1. ความต้องการด้านข้อมูล ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องการให้บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย ชัดเจนตรงไปตรงมาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดำเนินโรค วิธีการจัดการเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (พิมพ์พนิต, แสงอรุณ และอุไร, 2558) การรักษา แหล่งประโยชน์ โดยต้องการให้ข้อมูลที่ได้จากบุคลากรในทีมสุขภาพมีความสอดคล้องกัน และผู้ให้ข้อมูลควรเป็นบุคลากรที่ครอบครัวรู้สึกคุ้นเคย ใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ และสถานที่ให้ข้อมูลมีความเป็นส่วนตัว (เพ็ญศิริ, กิตติกร และเยาวรัตน์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลมาส (2556) พบว่า ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการข้อมูลด้านข่าวสารสูงสุด ได้แก่ คำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกินไป

2. ความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วย ญาติต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย มีความสุขสบายและให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล และดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม (Docherty et al., 2008) การศึกษาของของ อุบลมาส (2556) พบเช่นเดียวกันว่าญาติต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามสิทธิที่มีและได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย

3. ความต้องการการเข้าถึงบุคลากรสุขภาพได้ง่าย เพื่อสอบถามเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยการติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อมีข้อสงสัย จากการศึกษาของกิตติกร และคณะ (2552) พบเช่นเดียวกันว่าญาติผู้ดูแลต้องการเข้าถึงบุคลากรสุขภาพได้ง่าย ไม่ต้องรอคิวนาน

4. ความต้องการด้านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและการเตรียมตัวสำหรับความตาย ซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพราะญาติรู้สึกว่าได้ทำในสิ่งที่ดีแก่ผู้ป่วย ช่วยประสานภารกิจที่ค้างค้างให้สำเร็จ และได้ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย ถือว่าได้ทำหน้าที่โดยสมบูรณ์ก่อนการจากไปของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลมาส (2556) พบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ อนุญาตให้ผู้ที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามต้องการ เปิดโอกาสให้ญาติได้เลือกสถานที่ที่ต้องการอยู่ เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย และมีที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น นวัตกรรม คำสอน ธรรมะ หลักศาสนา หรือพระมาเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าญาติต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือการจัดการด้านต่างๆที่มาจากบุตรหลานและญาติๆ ด้วยกันเอง (ธนวรรณ, 2556)

5. ความต้องการสนับสนุนทางอารมณ์ จากความไม่แน่ใจ หวาดหวั่น เศร้าโศก และสูญเสีย ญาติผู้ดูแลจึงต้องการการปลอบโยนและกำลังใจจากบุคลากรสุขภาพ บุคลากรสุขภาพควรมีความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ เอื้ออาทร รับฟังความคิดเห็น ไวต่อความรู้สึก รวมทั้งต้องการความหวัง และมีทัศนคติที่ดีต่อประสบการณ์เกี่ยวกับความตายที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ingleton, Payne, Sargeant & Seymour (2009) พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องการให้บุคลากรสุขภาพไวต่อความรู้สึกของผู้รับบริการ

6. ความต้องการด้านอื่นได้แก่ ความต้องการการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความต้องการการช่วยเหลือด้านการเงินและการจัดการงานบ้าน ความต้องการในการมีเวลาพักชั่วคราวก่อนการกลับมาให้การดูแลอีกครั้ง (เพ็ญศิริ, กิตติกร และเยาวรัตน์, 2556)

วิธีการเตรียมความพร้อมในการตอบสนองต่อความต้องการของญาติเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในการเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเตรียมความพร้อม ซึ่งจะต้องมีการดำเนินการทั้งในช่วงที่อยู่โรงพยาบาลและภายหลังจากญาติกลับไปอยู่บ้าน ดังนี้

ระยะแรก (ขณะอยู่โรงพยาบาล)

ความต้องการด้านข้อมูลและการเข้าถึงบุคลากรสุขภาพ

แนวทาง

1. ประชุมปรึกษาหารือกับแพทย์ในการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติ การรับรู้สมบูรณ์ควรจะมีการขออนุญาตจากผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย

2. อำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้พบปะพูดคุยกับแพทย์ผู้ดูแลรักษา เพราะบางครั้งญาติจะรู้สึกท้อใจและไม่ควรถามแพทย์เพราะจะเป็นการรบกวนการรักษา หรือถ้าถามในสิ่งที่ไม่สมควรถามอาจทำให้มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยได้ (กิตติกร, 2555)

3. เปิดโอกาสให้ซักถามพูดคุยและระบายความสงสัยและกระตุ้นให้ถามคำถามเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น การวินิจฉัยโรคแต่แรก อาการที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการกับอาการทางเลือกการรักษา เนื่องจากบางครั้งการรักษาเหมือนกับเพิ่มความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยไม่มีที่ท้าวอาการจะดีขึ้น ดังนั้นการอธิบายการรักษาและผลที่เกิดขึ้นระหว่างและหลังการรักษาจะช่วยให้ญาติคลายความสงสัยในการรักษาได้และจะต้องไม่ใช่ศัพท์เฉพาะหรือศัพท์ทางการแพทย์และตอบคำถามด้วยสีหน้า ท่าทางสุภาพและเป็นมิตร

ความต้องการด้านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

แนวทาง

1. ประเมินความต้องการ ความสามารถ และความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ

2. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการประเมินอาการผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการ เนื่องจากญาติจะมีความเข้าใจผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรสุขภาพและยังช่วยให้เกิดความง่ายต่อการตัดสินใจในการรักษา (Emma, Alex, Phillip, Julia & Jon, 2014)

3. บอกผลการดูแลผู้ป่วยและความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยภายหลังการดูแลแก่ญาติ

ความต้องการสนับสนุนทางอารมณ์

แนวทาง

1. ให้ญาติได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีคนรบกวนและมีความปลอดภัยจากการที่ญาติอาจทำร้ายตนเอง (ถนอมขวัญ, 2559)
2. อธิบายการดำเนินของโรค ผลการรักษาพยาบาล
3. แสดงความเห็นอกเห็นใจแก่ญาติผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม ตลอดจนแสดงให้เห็นว่าได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้ว

ความต้องการอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและการเตรียมตัวสำหรับความตาย

แนวทาง

1. อนุญาตให้ครอบครัวได้เข้าเยี่ยมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีความหมายต่อผู้ป่วย (อุบลมาศ, 2556) ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับความพร้อมในการจัดสถานที่ และการรบกวนผู้ป่วยรายอื่นๆ ด้วย
2. ยืดหยุ่นกฎระเบียบต่างๆ ของโรงพยาบาล บางครั้งญาติผู้ป่วยหนักจะพบกับความคับข้องใจในกฎระเบียบของการเยี่ยมอย่างมาก เช่น ใช้กฎการเยี่ยมเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ระหว่างครอบครัว ผู้ป่วยหนักบางรายจะมีอาการสงบเมื่อภรรยาหรือบุตรหลานมาเยี่ยม การยืดหยุ่นกฎระเบียบของการเยี่ยมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง หากญาติไม่ได้อยู่เฝ้าผู้ป่วยพยาบาลควรสอบถามญาติว่าจะติดต่อกับใคร พร้อมขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ (ถนอมขวัญ, 2559)
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติได้เลือกสถานที่ที่ต้องการอยู่ เมื่อถึงเวลาสุดท้ายของชีวิต (อุบลมาศ, 2556) ซึ่งการศึกษาของ ปราบธาดา (2559) พบว่าสถานที่ที่ต้องการอยู่ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายคือที่บ้าน (อาจเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ไว้กับญาติแล้ว)
4. อำนวยความสะดวกในการจัดบริการทางศาสนาและสนับสนุนอุปกรณ์ในการประกอบศาสนพิธี เช่น การถวายสังฆทาน การฟังบทสวดของแต่ละศาสนา การขอโหสิกรรม การนิมนต์พระสงฆ์มาสวดข้างเตียง (ทัศนีย์, พิมลรัตน์, ศศิพินท์, พวงพะยอม และยุพยงค์, 2556)

ความต้องการในการดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

แนวทาง

1. สร้างการมีส่วนร่วมกับญาติในปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างสมเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ การปฏิบัติต่อศพ โดยการทำสิ่งต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล ให้ความเคารพเช่นเดียวกับผู้ตายยังมีชีวิตอยู่
2. จัดทำเปล่งความสุข โดยการนำร่างผู้ตายไปยังห้องนิติเวชอย่างมิดชิด เพื่อเป็นการให้เกียรติแก่ผู้ตาย (ทัศนีย์ และคณะ, 2556)

3. สำหรับผู้ป่วยถึงแก่กรรมที่โรงพยาบาลการเก็บหรือตรวจศพผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม โรงพยาบาลจะเก็บรักษาศพที่ห้องเก็บศพ แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาอาจขออนุญาตให้มีการตรวจศพ เพื่อศึกษาหาสาเหตุของการเสียชีวิตการจัดเตรียมเอกสารเพื่อขอใบมรณะบัตร (ถนอมขวัญ, 2559) ซึ่งขั้นตอนนี้จะต้องอำนวยความสะดวกให้ร่างผู้เสียชีวิตกลับไปอยู่บ้านให้เร็วที่สุดเพราะเป็นสถานที่ที่ผู้เสียชีวิตมีความผูกพัน อีกทั้งบางความเชื่อพบว่าหลังการตายในระยะแรกวิญญาณของผู้ป่วยจะยังไม่ออกจากร่าง ถ้านำร่างกลับบ้านอย่างรวดเร็วจะทำให้วิญญาณของผู้ถึงแก่กรรมไม่เป็นวิญญาณเร่ร่อน (สุภาพร, 2553) หลังจากนั้นญาติของผู้เสียชีวิตจะต้องไปขอใบมรณะบัตรจากนายทะเบียนเขต/อำเภอ ที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ โดยจะต้องจัดเตรียมเอกสาร เพื่อยื่นประกอบการขอรับใบมรณะบัตร ดังนี้

3.1 บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการหรือหนังสือสำคัญบุคคลต่างด้าวของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม และผู้ที่จะไปติดต่อขอรับใบมรณะบัตรพร้อมสำเนา 1 ชุด สำเนานายทะเบียนบ้านของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย, 2559)

3.2 หนังสือรับรองการตาย ใบรับแจ้งการตายและหนังสือมอบหมาย เมื่อจัดเตรียมเอกสารเรียบร้อยแล้วขอให้ญาติไปติดต่อขอรับใบมรณะบัตรกับนายทะเบียนเขต/อำเภอ เมื่อนายทะเบียนตรวจสอบเอกสารเรียบร้อยแล้ว จะออกใบมรณะบัตรเพื่อให้ญาตินำไปแสดงการเคลื่อนย้าย หรือรับกลับภูมิลำเนา การดำเนินการทางศาสนา และแจ้งต่อนายทะเบียนท้องถิ่นที่ผู้ตายอาศัยอยู่

3.3 การขอรับศพออกจากโรงพยาบาล การติดต่อขอรับศพออกจากโรงพยาบาล ญาติจะต้องแสดงใบมรณะบัตรที่ได้รับจากเขต/อำเภอ ให้กับเจ้าหน้าที่ห้องศพก่อน ยกเว้นผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมเป็นอิสลามิกชน ซึ่งจะต้องมีระยะเวลาในการจัดพิธีการฝังศพภายใน 24 ชั่วโมงหลังการเสียชีวิตและ/ก่อนพระอาทิตย์ตกดิน ขอให้ญาติไปรับรองจากจุฬาราชมนตรี (กรณีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร) หรือจากใบรับรองจากโต๊ะอิหม่าม (กรณีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด) มาแสดงกับผู้อำนวยการ หรือผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ถนอมขวัญ, 2559)

ระยะหลัง (ขณะอยู่ที่บ้าน)

แนวทาง

1. การเยี่ยมบ้าน (โดยเฉพาะญาติที่มีปัญหาในการปรับตัว) โดยใช้การมีส่วนร่วมของงานเวชปฏิบัติชุมชน แบ่ง เป็น 3 ขั้นตอนคือ (พวงแก้ว, พรศิริ และกมลทิพย์, 2555)

1.1 ขั้นตอนก่อนออกเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะต้องมีการศึกษาข้อมูลของผู้ดูแล วางแผนขั้นตอนการเยี่ยมและจัดเตรียมแบบบันทึกรายงาน

1.2 ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน คือดำเนินการตามแผนที่วางไว้

1.3 ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน เป็นการบันทึกรายงานและวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปในกรณีที่ญาติยังต้องการความช่วยเหลือ

1.4 ให้เบอร์โทรศัพท์หรือที่ติดต่อแก่ญาติเพื่อให้สามารถขอคำปรึกษา (เพ็ญศิริ, กิตติกร และเยาวรัตน์, 2558) ซึ่งมี 2 ลักษณะคือ การโทรศัพท์ติดตามผลการเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง (พวงแก้ว, พรศิริ และกมลทิพย์, 2555) โดยการซักถามถึงความเป็นอยู่ของญาติ ปัญหาที่พบ ความต้องการการช่วยเหลือ

1.5 จัดกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (group support) ที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน เพื่อสร้างการเรียนรู้แบบถ่ายทอดประสบการณ์ และร่วมกันแก้ไขปัญหา อาจจัดรูปแบบทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความเร่งด่วนของปัญหา เช่น จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์การสอน อาหารว่าง เครื่องดื่ม เอกสารความรู้ โดยเอกสารความรู้จะประกอบด้วย เนื้อหา คือ การปรับตัวด้านความรู้สึกล่อล้อน้ำ การลดความวิตกกังวล การจัดสรรเวลาพบปะคนรอบข้าง แหล่งให้ความช่วยเหลือ (เพ็ญศิริ, กิตติกร และเยาวรัตน์, 2558) จัดทำเทปสวดมนต์ประกอบดนตรี (ที่นับถือศาสนาพุทธและชื่นชอบการสวดมนต์ที่มีเสียงดนตรีในจังหวะช้า นุ่มนวล) เป็นการส่งเสริมความผูกพันด้านหนึ่งของจิตวิญญาณ โดยใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (พวงแก้ว, พรศิริ และกมลทิพย์, 2555)

1.6 ประเมินการปรับตัวของญาติ หากพบภาวะเศร้าโศกผิดปกติ ควรแนะนำในการเข้ากลุ่มบำบัดของภาวะโศกเศร้าเนื่องจากความตาย และการบำบัดรายบุคคลตามความสมัครใจของญาติ ผู้ป่วย (สุภาพร, 2553)

สรุป

การเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมโดยใช้ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือทีมงานต่างๆ ตั้งแต่ประเมินได้ว่าไม่สามารถให้การรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยได้อีกแล้ว เริ่มจากการให้ความช่วยเหลือระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่โดยการมีส่วนร่วมระหว่างญาติและทีมสุขภาพ จะช่วยให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ การช่วยเหลือญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิตจะช่วยให้ญาติอุ่นใจที่มีที่พึ่งในยามที่เกิดเรื่องวิกฤตในชีวิต ซึ่งการเตรียมความพร้อมของญาตินั้นบุคลากรสุขภาพจะต้องทราบบทบาทของญาติที่จะเป็นจุดแข็ง ช่วยส่งเสริมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ รู้การเปลี่ยนแปลงของญาติที่เกิดขึ้นเพื่อเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆ รู้ปัญหาและความต้องการ ตลอดจนรู้วิธีการตอบสนองต่อความต้องการ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลในทางที่ดีต่อญาติเอง ทั้งการทำใจยอมรับ การปฏิบัติต่อผู้ป่วย และการดำเนินชีวิตภายหลังการสูญเสีย อีกทั้งยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ หมดกังวล หมดห่วง และก้าวสู่ภพภูมิที่ดีเพราะถึงแม้ว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นมนุษย์ทุกคน และบุคลากรสุขภาพอาจจะเคยพบเห็นการตายหรือการสูญเสียจนรู้สึกคุ้นชิน แต่จะต้องไม่ลืมว่าเมื่อการตายนั้นเกิดกับคนที่เรารักหรือคนในครอบครัวของเราเอง ความรู้สึกก็คงไม่แตกต่างจากญาติที่พบกับความสูญเสียเช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย. (2559). **การแจ้งตาย**. ค้นจาก https://www.dopa.go.th/public_service/service_guide23/view62 [2559, 5 ตุลาคม]
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). **การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานัต, พัชรียา ไชยลังกา, เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, จันทรา พรหมน้อย, กานดา ศรีตุลาธรรมกิจ, ประจวบ หนูอุไร, และคณะ. (2552). **ประสบการณ์ช่วงสุดท้ายของชีวิต : กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในภาคใต้**. วิจัย สถาบันวิจัยพัฒนาภาคใต้, สงขลา.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2556). **การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย**. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บก), **การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย**. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ. (ไม่ปรากฏปีพิมพ์). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. ค้นจาก <http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/index.html> [2559, 8 ตุลาคม]
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินท์ จำกัด.
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพะยอม จุลพันธ์, และยุพงค์ พุฒธรรม. (2556). **การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล อุดรธานี**. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, 23(1), 80-90.
- ธนวรรณ สีนประเสริฐ. (2556). **การเรียนรู้เพื่อการจัดการวาระสุดท้ายของชีวิต**. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และกิตติกร นิลมานัต. (2557). **สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**. **Thai Journal of Nursing Council**, 34(3), 109-124.
- ปรีชวัน จันทรศิริ. (2556). **มุมมองของผู้ป่วยเด็กกับความตาย**. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บก), **การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ จำกัด.
- ปรารธนา โกศลนคร. (2559). **การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกสถานที่ดูแลระยะสุดท้ายและสถานที่เสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**. **Chulalongkorn Medical Journal**, 60(3), 355-364.

- พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อีสระมัลย์, และอุไร หัตถกิจ. (2558). ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(2), 79-92.
- พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์, พรศิริ พันธศรี, และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. (2555). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. *SDU Research journal*, 4(1), 39-52.
- เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานันต์, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2556). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เอกสารนำเสนอในที่ประชุมหาตลาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 ประจำปี 2556). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานันต์, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยโรคเรื้อรัง. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(2), 33-45.
- พรวิรินทร์ นุตาวงค์. (2555). หัวใจเล็กๆ กับปณิธานที่ยิ่งใหญ่. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บันลือพับลิเคชั่นส์ จำกัด.
- รุ่งนภา เขียวขำ, ศรีสุดา งามขำ, คงขวัญ จันทรมะชากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร, และสาคร พร้อมเพราะ. (2556). ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, (30)1, 24-34.
- วรรณภรณ์ พัฒพิบูลย์, จีรพันธ์ ประทุมอ่อน, และจุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *Journal of Nurses' association of thailand, north-eastern division*, (30)3, 68-76.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1), 10-22.
- สุภาพร ดาวดี. (2553). การอภิบาลดูแลครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน อาเตลา พิศุทธิ์สินธพ (บก), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมุมมองศาสนาคริสต์คาทอลิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: แม่พระ ยุคใหม่.
- อุบลมาศ ศรีวรรณ. (2556). ความต้องการของครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง* 2, 10(1), 40-53.

- Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, Williams, J., and Carter, Y. H. (2008). Knowledge and information needs of information caregivers in palliative care: A qualitative systematic review. **Palliative medicine**, 22(2), 153-171.
- Emma K., Alex B., Phillip G., Julia W. and Jon A. (2014). Families and the transition to specialist palliative care. **Journal of Mortality**, 19(4), 323–341.
- Engelberg, R. A., Downey, L., Wenrich, M. D., Carline, J. D., Silvestri, G.A., Dotolo, D., et al. (2010). Measuring the quality of end of life care. **Journal of Pain and Symptom Management**, 39(6), 951-971.
- Meecharoen, W., Northouse, L., Sirapo-ngam, Y., and Monkong, S. (2013). **Family caregivers for cancer patients in Thailand: An integrative review**. Retrieved from <http://sgo.sagepub.com/content/3/3/2158244013500280.full.pdf+html> [2016, 4 Oct.]
- National Family Caregivers Association. (2010). **Caregiving statistics: Impact on family caregiver's health**. Retrieved from http://www.nfcacares.org/who_are_family_caregivers/care_giving_statistics.cfm#1 [2016, 6 Oct.]
- Ingleton, C., Payne, S., Sargeant, A., & Seymour, J. (2009). Barriers to achieving care at home at the end of life: Transferring patients between care setting using patient transport services. **Palliative Medicine**, 23(8), 723-730.