

การสื่อสารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อิสรพงศ์ นุชประยูร

ผู้ป่วยที่รักษาไม่หายและใกล้จะเสียชีวิตจัดว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่รักษาไม่ได้ ได้แก่ โรคมะเร็งที่รักษาแล้วกลับเป็นซ้ำ โรคติดเชื้อเอชไอวี โรคพิษสุนัขบ้า โรคหัวใจที่ผ่าตัดไม่ได้ โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคกล้ามเนื้อหรือระบบประสาทเสื่อม และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกบางอย่าง การประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายมักต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมิน เนื่องจากการแพทย์มีการพัฒนาทางการรักษาอยู่ตลอดเวลา โรคที่เคยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย อาจรักษาได้ในปัจจุบัน เช่น โรคมะเร็งบางอย่างรักษาได้ด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก โรคเอดส์รักษาได้ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประเมินแล้วว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย แพทย์ผู้รักษาควรให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติว่า จะเลือกที่จะยังคงให้การรักษาด้วยจุดประสงค์เพื่อให้หายขาดด้วยวิธีใหม่ หรือจะเปลี่ยนปรัชญาในการรักษาผู้ป่วยเพื่ออยู่ร่วมกับโรคของเขา โดยเน้นคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่ยังเหลืออยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถพูดคุยได้บ้าง ควรให้โอกาสผู้ป่วยได้เล่าถึงความต้องการของเขาและฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอก แพทย์ที่ทำหน้าที่นี้ได้ดีที่สุดคือ แพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ต้นได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือแพทย์ที่ผู้ป่วยและญาติรู้จักคุ้นเคยเป็นอย่างดี การดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ถ้ามุ่งมั่นจะใช้วิธีการรักษาให้หายทั้งๆ ที่เป็นไปไม่ได้ ย่อมเป็นการบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หากแพทย์และญาติเห็นพ้องว่า ควรให้การรักษาเพื่อเน้นคุณภาพชีวิต โดยไม่หวังให้หายขาดอีกต่อไป แพทย์เจ้าของไข้ไม่ควรลังเลที่จะให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง และเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมสำหรับความตายที่กำลังจะมาถึง

ความตายมิได้เป็นสิ่งที่น่ากลัวหรือน่าเศร้า แต่ที่ผู้ป่วยและญาติกังวลคือกลัวว่าจะไม่ตายดีหรือตายอย่างทรมาน แพทย์สามารถให้ความมั่นใจได้ว่า เรามีหนทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ได้อย่างมีความสุขจนวันสุดท้ายของเขา

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตเพื่อให้เขาได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เป็นประสบการณ์ทางจิตวิญญาณที่ดีเยี่ยม การได้ตายในอ้อมกอดแห่งครอบครัวอันอบอุ่น เป็นสิ่งพึงปรารถนาของผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ มากกว่าการตายพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตในโรงพยาบาล

การให้การปรึกษาสำหรับญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคร้ายที่รักษายาก อาจมีทางเลือกในการรักษาหลายทาง เช่น การให้ยาชนิดใหม่เพื่อหวังที่จะทำให้โรคหาย แต่ยาอาจมีผลข้างเคียงมาก มีค่าใช้จ่ายสูง หรือญาติอาจเลือกไม่รักษาด้วยยาอีกต่อไป เพราะเห็นแก่คุณภาพชีวิต แพทย์ควรอธิบายทางเลือกทั้งสองให้แก่ญาติเพื่อตัดสินใจร่วมกัน ญาติแต่ละคนจะตัดสินใจไม่เหมือนกัน บางคนจะไม่อาจตายตาหลับได้ถ้าไม่ได้

ลองทุกหนทางที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยหาย แม้เป็นความหวังเพียงเล็กน้อย แต่บางคนจะรู้สึกสงสาร และไม่ยอมให้ผู้ป่วยทรมาณจากการรักษา แพทย์ไม่ควรแบกภาระของการตัดสินใจเช่นนี้ไว้กับตนเอง เพราะย่อมไม่มีใครรู้จักผู้ป่วยดีเท่ากับญาติของเขา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การให้การปรึกษาเรื่องทางเลือกในการรักษา

ไม่รักษาให้หายขาด	รักษาให้หายขาด	การให้การปรึกษา
รักษาประคับประคอง	รักษาตามอาการ	รักษาด้านจิตสังคม
เคมีบำบัด	การควบคุมอาการปวด	สภาวะของจิตใจ
รังสีรักษา	การรักษาตามอาการ	สภาวะทางจิตวิญญาณ
การรักษาร่วม	การตัดสินใจเกี่ยวกับ	สภาวะทางสังคม
การกู้ชีวิต	เศรษฐกิจ	

แผนภูมิที่ 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.

การให้การปรึกษาเพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย (แผนภูมิที่ 1) มี 4 ขั้นตอน อันดับแรก แพทย์ควรนัดให้การปรึกษาแก่ญาติทุกคนที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย และให้เวลาพูดคุยเพื่อการตัดสินใจ การทำความเข้าใจเช่นนี้จะป้องกันปัญหาความไม่พอใจในการดูแลรักษาได้เป็นอย่างดี และเป็นการเตรียมตัวเตรียมใจสำหรับญาติ อันดับที่สอง เราพึงประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และอธิบายธรรมชาติของโรคและความตายที่จะมาถึงในลักษณะที่เขาเข้าใจได้ อันดับที่สาม เมื่อเข้าใจแล้วก็วางเป้าหมายของการรักษา ซึ่งญาติอาจเลือกให้การรักษาต่อไปหรืออาจลองให้การรักษารูปแบบใหม่ไประยะเวลาหนึ่ง เพื่อประเมินว่าจะมีผลดีผลเสียที่ยอมรับได้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยรับไม่ไหว จึงอาจตัดสินใจหยุดรักษาและเน้นคุณภาพชีวิต ประเด็นที่สำคัญคือควรคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้การรักษาในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเพื่อให้หายขาด มักได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง ถ้าเลือกได้ ผู้ป่วยมักจะเลือกให้การรักษาที่บ้าน แพทย์และญาติควรพิจารณาให้การดูแลรักษาต่างๆ ที่บ้านมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เมื่อมีอาการใดที่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล ให้การรักษาเพื่อมุ่งให้ได้กลับบ้านได้เร็วที่สุด เมื่อวางเป้าหมายได้แล้ว อันดับสุดท้ายคือการตัดสินใจในประเด็นต่างๆ ที่จะให้การปรึกษา การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเน้นคุณภาพชีวิตมีประเด็นที่ต้องคำนึงอยู่หลายประการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ รับประทานอาหารและดื่มน้ำไม่ได้ การติดเชื้อที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกไม่ได้ผล และอาการใดๆ ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อาจดีขึ้นได้ด้วยการรักษาได้ที่โรงพยาบาล

ประเด็นในการให้การปรึกษาเพื่อการวางแผนการรักษา

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย การรักษาแบบประคับประคองและการดูแลแบบเป็นองค์รวม โดยมีหลักการสำคัญคือเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้ได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างเต็มที่ ให้ได้อยู่กับคนที่เขารักให้ได้เล่นกับเพื่อนถ้าเขาอยากเล่น ให้ไปโรงเรียนถ้าอยากไป ให้ไปเที่ยวในที่ๆ เขาใฝ่ฝัน ไม่ต้องทนรับการรักษาเพื่ออนาคตอีกต่อไป มาพบแพทย์ให้น้อยครั้งที่สุด เมื่อผู้ป่วยมีอาการบางอย่าง เช่น บำบัดความปวด อาการเหนื่อย หดแรงเนื่องจากไม่รับประทานอาหาร แพทย์ควรเปิดโอกาสให้ญาติมีวิธีที่จะติดต่อแพทย์ได้สะดวก เช่น ทางโทรศัพท์ เพื่อให้ญาติมีความสบายใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และให้คำปรึกษาว่าควรพามาพบแพทย์เมื่อใด

ประเด็นสำคัญที่จะต้องให้การปรึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้

1. การบำบัดความปวด ความปวดเป็นสิ่งที่ญาติกังวลที่สุดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ควรพิจารณาให้ยาแก้ปวดอย่างเต็มที่สำหรับผู้ป่วยเมื่อเริ่มมีอาการปวด ประเมินความปวดเป็นประจำ ให้ยาแก้ปวดชนิดรับประทานให้มากพอที่จะบรรเทาอาการได้ หากอาการปวดเป็นมากกว่าที่จะยากินจะบรรเทาได้ ไม่ควรลังเลที่จะให้ยาแก้ปวดชนิดฉีด เช่น มอร์ฟิน แพทย์ควรให้การปรึกษาเกี่ยวกับการใช้มอร์ฟิน เพื่อทำความเข้าใจกับญาติว่าสารเสพติดเหล่านี้มีประสิทธิภาพดีมากในการบรรเทาความทรมานจากอาการปวด และการเสพติดไม่ใช่ประเด็นสำคัญในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้ยามอร์ฟินจำนวนมากพอที่จะให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ เป็นสิ่งที่พึงประสงค์ และมีได้เป็นการเร่งการเสียชีวิต

2. การรักษาภาวะเหนื่อยหอบ ภาวะเหนื่อยหอบพบบ่อยในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยระยะเริ่ม เกิดได้จากหลายสาเหตุ หากเป็นเพราะการติดเชื้อที่อาจรักษาได้ด้วยยาต้านจุลชีพ อาจพิจารณารักษาด้วยยา และทำหัตถการเฉพาะที่เชื่อว่าจะเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่หากเกิดจากตัวโรคที่รักษาไม่ได้ และแพทย์ได้พิจารณาร่วมกับญาติแล้วว่าจะไม่ฝืนธรรมชาติอีกต่อไป พิจารณาให้ตามอาการอันได้แก่ การให้ออกซิเจนอย่างเต็มที่ ในรูปแบบที่ไม่ทำความรำคาญแก่ผู้ป่วย อาจเลือกที่จะไม่ทำการวัดระดับออกซิเจนในเลือด ให้การปรึกษาเกี่ยวกับการให้เลือดถ้ามีโลหิตจางหรืองดการให้เลือดถ้าจะเป็นการทรมานผู้ป่วย หากอาการเหนื่อยหอบเป็นมาก และญาติพร้อมที่จะให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ควรให้การปรึกษาในการใช้มอร์ฟินในปริมาณที่มากและบ่อยครั้งพอที่จะทำให้ผู้ป่วยหายใจช้าลงบ้าง ขอมให้ผู้ป่วยมีคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นและหลับไปในที่สุด โดยทำความเข้าใจกับญาติว่า การให้มอร์ฟินในลักษณะนี้จะทำให้ผู้ป่วยหายใจน้อยได้ และมีได้เป็นการเร่งการเสียชีวิต

3. การรักษาภาวะไข้และการติดเชื้อ ภาวะไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจเกิดจากการติดเชื้อหรือโรคของผู้ป่วยเอง ถ้าอาการไข้ทำให้ผู้ป่วยทรมาน แพทย์สามารถให้ยาลดไข้ได้ไม่จำกัด หากสงสัยว่ามีอาการติดเชื้อ แพทย์ควรตรวจร่างกายเพื่อหาหลักฐานของการติดเชื้อ และเริ่มให้การ

รักษาถ้าสงสัยว่าจะติดเชื้อ โดยไม่จำเป็นต้องทำการตรวจทางจุลชีววิทยา ถ้าเห็นว่าการตรวจนั้นจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์เพิ่มขึ้น อาจพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพชนิดรับประทานเพื่อหลีกเลี่ยงการให้ทางหลอดเลือดดำ

4. การขาดอาหาร ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจเบื่ออาหาร และมีภาวะขาดอาหาร เนื่องจากร่างกายมีเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้นร่วมกับการรับประทานน้อยลง แพทย์อาจตัดสินใจร่วมกันกับญาติว่า ควรให้อาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการรับประทาน โดยไม่บังคับและยอมให้ผอมลงเรื่อยๆ หรืออาจเลือกที่จะเพิ่มอาหาร โดยสายให้อาหารหรือทางหลอดเลือด เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน

เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล แพทย์ควรวินิจฉัยโอกาสอันเหมาะสมเพื่อให้การปรึกษาสำหรับญาติในเรื่องต่างๆ เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคน ดังต่อไปนี้

1. การกู้ชีวิต เมื่อมีเหตุที่ทำให้หัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ แพทย์จะให้การกู้ชีวิตตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาล แต่ในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งแพทย์ได้ชี้ให้ญาติเห็นพ้องกันก่อนแล้วว่าการกู้ชีวิตจะไร้ประโยชน์ จะลดความตายไม่ได้หรือได้เพียงระยะเวลาสั้นๆ ใดๆ ไรก็ดี ญาติบางรายจะยังไม่สามารถตัดสินใจได้ ขอรอเมื่อเกิดเหตุการณ์จริงเสียก่อน ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ผู้ดูแลจำเป็นต้องคุยกับญาติเมื่อถึงเวลาอันเหมาะสม

2. การย้ายผู้ป่วยเข้าในหอผู้ป่วยหนัก โดยทั่วไปควรย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนักเมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง หรือเมื่อต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักมีข้อจำกัดด้านการให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และบรรยากาศอันไม่สงบของหอผู้ป่วยหนัก แต่ในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งแพทย์ได้ชี้ให้ญาติเห็นว่า การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักอาจไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด หากผู้ป่วยและญาติเห็นพ้องด้วยกัน ก็ให้เร่งดำเนินการย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก อย่างไรก็ตาม ญาติบางคนจะยังไม่สามารถตัดสินใจได้ อาจลองพาไปชมสถานที่ เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน

3. ยาเพิ่มความดันโลหิต เมื่อมีความดันโลหิตต่ำลง แพทย์อาจให้ยากระตุ้นหัวใจและยาเพิ่มความดันโลหิตเพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดำเนินต่อไปได้ แต่ในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความดันโลหิตที่ต่ำลงมักเป็นผลจากสภาพร่างกายที่ใกล้จะหยุดทำงาน ถ้าแพทย์และญาติเห็นพ้องว่าการใช้ยาเหล่านี้เป็นการยืดเวลาที่จะเสียชีวิตได้เพียงไม่นาน ให้เร่งวินยาคกระตุ้นหัวใจและยาเพิ่มความดันโลหิต

4. การใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อมีอาการแสดงที่บ่งว่าระบบการหายใจล้มเหลวหรือใกล้จะล้มเหลว แพทย์จะใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ได้ออกซิเจนพอเพียง แต่ในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งแพทย์ได้ชี้ให้ญาติเห็นพ้องกันว่า ควรเร่งวินยาคใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากการช่วยหายใจเป็นการยืดเวลาที่จะเสียชีวิตได้เพียงไม่นาน และเห็นว่าไม่น่าจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ให้เร่งการใส่ท่อและการช่วยหายใจ อย่างไรก็ตาม ญาติบางคนจะยังไม่

ตัดสินใจ อาจพาไปดูวิธีการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนการตัดสินใจได้

5. การให้เลือด เมื่อมีโลหิตจางหรือเกร็ดเลือดต่ำ การให้เลือดและเกล็ดเลือดตามความเหมาะสม จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ แต่จำเป็นต้องมีการแทงหลอดเลือดดำ แพทย์และญาติอาจตัดสินใจงดเว้นการให้เลือดและเกร็ดเลือด ถ้าเห็นว่าจะทำให้การจากไปของผู้ป่วยเป็นไปโดยสงบ

6. การให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือด ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในการหาหลอดเลือดเพื่อให้ยาและสารน้ำ หรือบางรายอาจรู้สึกกลัวอย่างมาก แพทย์จะตัดสินใจร่วมกับญาติว่า ควรมีหลอดเลือดไว้ให้ยาและน้ำเกลือหรือไม่

7. การเลือกสถานที่เสียชีวิต เมื่อถึงเวลาอันควร แพทย์สอบถามเจตคติของญาติเกี่ยวกับความตายและความพร้อมของญาติที่จะรับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ผู้ปกครองอาจเลือกที่จะให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านซึ่งพร้อมไปด้วยญาติมิตรที่ผู้ป่วยรู้จักและสะดวกแก่ญาติที่จะคอยให้กำลังใจ หรือญาติอาจจะสบายใจกว่าถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

การให้การปรึกษาแต่ละครั้ง ผู้ป่วยและญาติอาจตัดสินใจไว้ล่วงหน้าได้หรืออาจยังไม่ตัดสินใจ แม้ว่าจะตกลงใจแล้ว แต่ก็อาจเปลี่ยนใจได้เมื่อเผชิญหน้ากับเหตุการณ์จริง แพทย์พึงเข้าใจในธรรมชาติของผู้ป่วยและญาติที่ตกอยู่ในภาวะเช่นนี้ และให้โอกาสในการให้การปรึกษามากครั้งเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป

มิติทางจิตสังคม

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องให้ความสนใจในมิติด้านจิตสังคมเป็นพิเศษ แพทย์และพยาบาลผู้ดูแลควรพิจารณาประเด็นต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ และให้การปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย ดังต่อไปนี้

1. ความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับโรคและวาระสุดท้ายของผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลสอบถามความเข้าใจสถานการณ์ เช่น ถามญาติว่าแพทย์เจ้าของไข้เล่าให้ฟังอย่างไรบ้าง ญาติอยากให้เราทำอะไรบ้าง ถ้าประเมินว่าญาติเข้าใจไม่ตรงกับที่แพทย์เจ้าของไข้ถ่ายทอดไว้ ให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ให้ทราบโดยเร็ว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะญาติไปถ่ายทอดกันเองหรืออยู่ในภาวะไม่ยอมรับความจริง

2. สภาวะทางจิตวิญญาณ แพทย์ผู้ดูแลประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความตาย เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มักไม่สนใจเกี่ยวกับความตาย เด็กอายุ 2-6 ปี มักเข้าใจว่าความตายเป็นสิ่งชั่วคราว เหมือนหลับไป แต่จะสนใจเกี่ยวกับการเล่น เพื่อนและพ่อแม่ที่เขารักมากกว่า เด็กโตวัยรุ่นอาจเข้าใจเรื่องราวต่างๆ มากกว่าที่เราคิด ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับโรคที่เป็น เกี่ยวกับความตาย ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ ถ้าเห็นว่าคุณป่วยควรได้พูดคุยเรื่องโรคและการรักษาหรือปรัชญาของความตาย ปรึกษาจิตแพทย์ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะซึมเศร้า ไม่พูดหรือเมื่อญาติร้องขอเพื่อให้คำแนะนำการบำบัดรักษา

3. สภาวะทางศาสนาและวัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนาของครอบครัวมีส่วนสำคัญ

ในการเข้าใจชีวิต และปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับสิทธิพิเศษในการทำพิธีกรรมทางศาสนาของเขา แพทย์อาจคุยหรือปรารภเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้เพื่อความเข้าใจในครอบครัวให้มากขึ้น ชาวพุทธอาจจะทำบุญ ทำการสะเดาะเคราะห์ เปลี่ยนชื่อ รดน้ำมนต์ สวดมนต์ ชาวคริสต์อาจจะขอไปพบบาทหลวง หรือขอให้มาเยี่ยมและสวดอ้อนวอนพระเจ้า

4. สภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ป่วยบางรายอาจมีความกังวลเรื่องการเดินทางกลับบ้าน การเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยหรือเรื่องการจัดการกับศพเมื่อเสียชีวิต เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงเกินฐานะ ควรปรึกษานักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม บางครั้งสิ่งเหล่านี้เป็นเหตุให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยจากการดูแลของผู้เชี่ยวชาญไปยังแพทย์ใกล้บ้านของผู้ป่วย การที่มีแพทย์สักคนหนึ่งที่เคยรู้จักผู้ป่วยมาก่อน ได้เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะช่วยให้ครอบครัวคลายกังวลได้มาก

แนวทางปฏิบัติในวันสุดท้ายของชีวิต

เป็นการยากที่ผู้ใดจะคาดการณ์ได้ว่าวันสุดท้ายของชีวิตจะมาเมื่อใด แพทย์และพยาบาลที่อยู่ในทีมรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพึงทำความเข้าใจว่า ความตายมิใช่ความล้มเหลวทางการแพทย์ ผู้ที่เข้าใจชีวิตย่อมทราบว่า ความตายมิใช่เรื่องน่าเศร้า หากแต่การตายอย่างสงบเป็นธรรมชาติที่สวยงาม เราสามารถทำให้เรื่องอันน่าทุกข์ทรมานให้เป็นประสบการณ์ที่ดีแก่ครอบครัวได้

ผู้ปกครองอาจเลือกที่จะให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาล เนื่องจาก สบายใจกว่าที่จะจัดการด้วยตนเองที่บ้าน ในกรณีเช่นนี้ควรให้ความยืดหยุ่นในกฎของโรงพยาบาลเป็นกรณีพิเศษ โดยการจัดสถานที่และเปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าได้ 24 ชั่วโมง งดเว้นการวัดสัญญาณชีพหรือการให้น้ำเกลือ ถ้าเห็นว่าจะเป็นการรบกวนผู้ป่วย เมื่อแพทย์เชื่อว่าเวลาใกล้หมดลงแล้วเช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะโคม่า การหายใจผิดปกติ สัญญาณชีพเริ่มผิดปกติ และญาติได้เตรียมตัวรับสภาพบ้างแล้วและเลือกที่จะอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์เดินไปดูอาการที่ข้างเตียงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อดูว่าผู้ป่วยอยู่ในอาการสงบหรือไม่ ถ้ามญาติในโอกาสที่เหมาะสมว่ามีอะไรที่ต้องการให้แพทย์ช่วยอย่างใดบ้าง (ถึงแม้ว่าได้ตัดสินใจแล้วว่าจะไม่ทำการกู้ชีพ) ให้กำลังใจแก่ญาติว่า เราได้ร่วมกันตัดสินใจเลือกทางเดินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแล้ว รายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบเป็นระยะ ถ้าสังเกตว่าญาติอาจจะเปลี่ยนการตัดสินใจไปจากที่ได้วางแผนไว้หรือมีความคับข้องใจ ให้ซักถามเพื่อจะได้อธิบายให้หายข้องใจ ให้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบ ไม่ปวด ทำตัวให้พร้อมที่จะอยู่กับผู้ป่วยในนาทีสุดท้ายด้วยอาการสงบ ให้โอกาสญาติได้ระบายความรู้สึกต่อคนรักที่จากไป เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม ให้ความมั่นใจแก่ญาติว่าผู้ป่วยได้ไปดีแล้ว ฟันทุกซี่แล้ว รายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบเร็วที่สุดตามความเหมาะสม หากผู้ปกครองเลือกที่จะพาผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน แพทย์เจ้าของไข้ควรมอบเอกสารการป่วยของผู้ป่วยและระบุรายละเอียดที่ได้ให้การปรึกษาแก่

ญาติ เช่น ระบุว่าได้วางแผนว่าจะไม่สู้ชีวิต และควรให้โอกาสติดต่อแพทย์เจ้าของไข้ได้ตลอดเวลา เนื่องจากในบางกรณีญาติอาจพาไปห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลใกล้บ้านที่ไม่รู้จักกันมาก่อน เมื่อเสียชีวิตแล้วญาติจะต้องแจ้งความแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจว่ามีการเสียชีวิตเกิดขึ้นที่บ้าน ถ้ามีเอกสารยืนยันว่าเสียชีวิตตามธรรมชาติ จะได้ไม่ต้องปรึกษานิติเวช การดูแลและการให้การปรึกษาหลังจากเสียชีวิต

หลังจากที่เสียชีวิตแล้ว การได้กลับมาพูดคุยระหว่างแพทย์และญาติมีประโยชน์มาก เราจะได้มีโอกาสประเมินการปรับตัวและสภาพจิตใจของญาติแต่ละคนและปรึกษาจิตแพทย์หากจำเป็น ญาติบางคนอาจยังมีเรื่องค้างคาใจเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย คุณภาพการรักษาของเรา หรือประสบการณ์อื่นๆ ที่เขาได้ประสบ เราจะได้มีโอกาสชี้แจงให้สบายใจขึ้นได้ เขาจะได้กลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติโดยเร็ว บางคน อยากเล่าประสบการณ์ทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับผู้ตายให้เราฟัง บางคนต้องการหาโอกาสแสดงความขอบคุณทีมงานที่ทำให้การดูแลรักษา ทำให้เราทราบว่า การดูแลรักษานั้นดีเพียงใด บางคนมีเรื่องประกันชีวิตที่จะขอให้แพทย์ช่วยทำให้เราสามารถเบิกจ่ายได้ หลายคนกังวลว่าโรคเดียวกันนี้จะเกิดขึ้นกับบุตรคนอื่นอีก ซึ่งเราจะสามารถช่วยตรวจให้เพื่อความสบายใจได้ ญาติที่เคยผ่านประสบการณ์เหล่านี้ อาจเป็นกำลังที่จะช่วยครอบครัวของผู้ป่วยคนอื่นที่เป็นโรคเดียวกันให้ผ่านอุปสรรคของชีวิตได้ดีขึ้น

บรรณานุกรม

1. อิศรางค์ นุชประยูร. การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวเด็กป่วยระยะสุดท้าย. ใน: สุชาติ ศรทิพวรรณ, ชัยณู พันธุ์เจริญ, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. Happy Children - Happy World. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส, 2548:211-8.
2. อิศรางค์ นุชประยูร. การให้การปรึกษาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน: ชัยณู พันธุ์เจริญ, จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา, รัตโนทัย พลับรู้อการ, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. Communication in Clinical Practice จากมุมมองที่หลากหลาย. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส, 2548:81-95.
3. อิศรางค์ นุชประยูร. การสื่อสารสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน: ชัยณู พันธุ์เจริญ, รัตโนทัย พลับรู้อการ, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. Communication Skills สื่อสารอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส, 2550:141-52.
4. American Pain Society, Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA 1995;274:1874-80.

5. Himmelstein BP, Hildren JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. *N Engl J Med* 2004;350:1752-62.
6. McQuay H. Opioids in pain management. *Lancet* 1999;353:2229-32.
7. Wolfe J, Grier HE, Klar N, et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med* 2000;342:326-33.
8. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care - Report of a WHO Expert Committee. Technical report series 804. Geneva: World Health Organization, 1990.