



## วรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยใกล้ตาย ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาริวิจัยมาก่อน ทั้ง ๆ ที่เป็นเรื่องที่น่าศึกษาอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาเรื่องนี้จะช่วยให้ทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยใกล้ตาย อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ในบท นี้ผู้วิจัยจะกล่าวเกี่ยวกับสาระสำคัญของหัวข้อการวิจัย 4 ประการคือ

1. ความหมายของการตายและผู้ป่วยใกล้ตาย
2. แนวความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยใกล้ตาย
3. ความต้องการ ของผู้ป่วยใกล้ตายและ กิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการ ของผู้ป่วยใกล้ตาย
4. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ความหมายของการตายและผู้ป่วยใกล้ตาย

การตาย หมายถึง เมื่อกระบวนการและวิธีการที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้หยุดทำหน้าที่โดยสิ้นเชิง และร่างกายเสื่อมสลายไป<sup>1</sup> ในทางกฎหมายไทย กล่าวว่าไว้ว่า คนตายหมายความว่าคนสิ้นชีวิตและ สภาพของบุคคลสิ้นสุดลงเมื่อตาย<sup>2</sup> และในทางการแพทย์แผน

<sup>1</sup>ถวัลย์ อาสนะเสน, นิติเวชศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2520), หน้า 84.

<sup>2</sup>วิฑูรย์ ชั่งประพันธ์, "การเกิดและการตาย," สารศิริราช 27 (กรกฎาคม 2518): 1032.

ปัจจุบันถือว่าเวลาตายคือเวลาที่หัวใจและการหายใจหยุดทำงาน รวมถึงการตายทางสมอง (Brain Death) ด้วย จึงได้มีการกำหนดกฎเกณฑ์ลักษณะของการตาย (Rules for Death) ไว้ดังต่อไปนี้คือ

1. รูม่านตาทั้งสองข้างขยายนิ่ง
2. ไม่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่ถูกกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก
3. หายใจเองไม่ได้ภายหลังจากหยุดเครื่องช่วยหายใจ
4. ความคันโลหิตเป็นศูนย์เมื่อไม่ได้ใช้ยาช่วย
5. คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นเส้นตรง<sup>1</sup>

โรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ดได้ออกเกณฑ์เกี่ยวกับความตายไว้ดังนี้คือ

1. ไม่มีความรู้สึกและไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นทั้งภายนอกและภายใน
2. ไม่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายหรือหายใจเองไม่ได้
3. ไม่มีการตอบสนองของสมอง (Brain Reflexes)
4. คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นเส้นตรง<sup>2</sup>

สรุป การตาย หมายถึง สภาพที่ทุกระบบของร่างกายหยุดทำงานโดยสิ้นเชิงเมื่อไม่ได้รับการช่วยเหลือจากเทคโนโลยีทางการแพทย์

### ความหมายของผู้ป่วยใกล้ตาย

สันต์ หัตถิรัตน์ ให้คำจำกัดความของผู้ป่วยใกล้ตายว่า คือผู้ป่วยที่เจ็บหนักและ/หรือผู้ป่วยที่หมดหวังซึ่งหมายถึงผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือทางใจที่ไม่มีโอกาสที่จะฟื้นทุกข์

<sup>1</sup> Bernard Schoenberg, et al., Psychosocial Aspects of Terminal Care, (New York: Columbia University Press, 1972), p.44.

<sup>2</sup> Carolyn Jo Kellogg and Barbara Peterson Sullivan, Current Perspectives in Oncologic Nursing, (Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1970), p.25.

ทรมาณและไม่มีโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของคนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นอีกได้ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพซึ่งอวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงโดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียนและระบบหายใจ<sup>1</sup>

เวอร์จิเนีย ซี เคค และ หลุยส์ เฮล วอลเธอร์ (Virginia E. Keck and Louise S. Walther) ให้คำจำกัดความของผู้ป่วยใกล้ตายว่าเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้<sup>2</sup>

จอห์น โจาคิม สกิลแมน (John Joakim Skillman) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยที่มีอาการหนักไว้สี่ประการคือ ประการแรก ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ประการที่สอง ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยบันทึกและสังเกตอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอย่างใกล้ชิด ประการที่สาม ผู้ป่วยที่ต้องให้การรักษาทาย่างครบถ้วนเต็มที่เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้ และประการสุดท้าย ต้องให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา<sup>3</sup>

มาเบล เอ แวนเคลท์ และ โจเอล คับบลิว เอเจอร์ (Mabel A. Wandelt and Joel W. Ager) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยหนักไว้ว่าผู้ป่วยหนักคือผู้ป่วยซึ่งต้องการดูแลจากพยาบาลตลอดเวลาของการพักแรมในการพยาบาล ต้องใช้เครื่องช่วยชีวิต อาจเป็นผู้ป่วยที่ใกล้ตายหรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่อาจทำนายได้แน่นอนว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือจะ

003823

<sup>1</sup> สันต์ หัตถ์รัตน์, การดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง (กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา-ศิริราช, 2521), หน้า 8-9.

<sup>2</sup> Virginia E. Keck and Louise S. Walther, "Nurse Encounters with Dying and Nondying Patients," Nursing Research 26 (November-December 1977): 467.

<sup>3</sup> John Joakim Skillman, Intensive Care, (Boston: Little Brown and Co., 1975), p.4.

ถึงแก่กรรม<sup>1</sup>

ชาร์ลอน แอล โรเบิร์ตส์ (Sharon L. Roberts) ได้ให้แนวความคิดเห็นว่าการจะตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดมีอาการหนักหรือไม่ให้ดูจากประการที่หนึ่ง พฤติกรรม ประการที่สอง อารมณ์ ประการที่สาม สิ่งแวดล้อม และประการที่สี่ สรีรวิทยา<sup>2</sup>

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยใกล้ตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ทำการรักษาให้ความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยหนักหรือหมกหวังไม่มีโอกาสที่จะรอดชีวิตแต่อาจมีระยะเวลาสั้นก่อนจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต บางครั้งต้องใช้เครื่องช่วยชีวิต อาจเป็นผู้ป่วยที่ใกล้ตายหรือเป็นผู้ที่ไม่อาจทำนายได้แน่นอนว่าจะมีชีวิตรอดต่อไปหรือจะถึงแก่กรรม

#### แนวความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยใกล้ตาย

ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องประสบเพียงแต่มีวิถีทางที่แตกต่างกันและเวลาที่ต่างกัน บางคนอาจตายในวัยหนุ่มสาว และบางคนอาจตายขณะที่หน้าที่การงานกำลังก้าวหน้าสูงสุด<sup>3</sup> จากการศึกษาของ เจเน็ต ซี เคอร์ (Janet C. Kerr) พบว่าในอดีตบ้านเมืองยังมีความเจริญทางวิทยาศาสตร์ไม่มากเท่าปัจจุบันและมนุษย์ต่างก็ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเพราะโรคต่าง ๆ มักทำให้เกิดความตายได้ทั้งนั้น แต่เมื่อกาลเวลา

<sup>1</sup>Mabel A. Wandelt and Joel W. Ager, Quality Patient Care Scale, (New York: Applenton-Century Crofts, 1970), p.74.

<sup>2</sup>Sharon, L. Roberts, Behavioral Concepts and the Critically Ill Patients, (New Jersey: Prentice-Hall, 1976), p.2.

<sup>3</sup>Joan E. Donovan, Edith H. Belsjoe and Daniel C. Dillon, The Nurse Assistant (New York: McGraw-Hill Book Company, 1973), p.368.

เปลี่ยนแปลงไป ความตายมีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น<sup>1</sup> รวมถึงความก้าวหน้าทางการรักษาของแพทย์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้บุคคลเชื่อว่าจะสามารถต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ และช่วยให้อายุคนเรายืดยาวได้อีกด้วย เป็นผลให้มีผู้ป่วยหนักมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ที่จะใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายของคนอยู่ในโรงพยาบาล<sup>2</sup> จากการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่ได้พยายามศึกษาเกี่ยวกับความตาย (Thanatology) ทำให้มนุษย์เข้าใจได้ว่าสิ่งที่อยู่รอบตัวเราเป็นปัจจัยที่กระทบกระเทือนต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความตายได้และสิ่งที่มากระทบกระเทือนกระบวนการทางร่างกายนั้นมนุษย์สามารถรู้ได้คือและแพทย์สามารถที่จะทำนายความตายได้อย่างแน่นอน แต่สำหรับสิ่งที่มากระทบกระเทือนทางด้านจิตใจของผู้ที่มีความตายจะมาถึงนั้นเป็นสิ่งที่เข้าใจได้น้อยมาก ดังนั้นการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายจึงเป็นความหวังที่จะรู้อัจฉว่าจะช่วยแพทย์ พยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในการดูแลและเข้าใจถึงภาวะการเจ็บป่วยที่ความตายใกล้จะมาถึงแล้ว และเพื่อหาวิธีการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย<sup>3</sup>

#### ความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย

นักจิตวิเคราะห์ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนไม่สามารถที่จะจินตนาการเกี่ยวกับความตายของตนได้ ความกลัวมีในทุกสิ่ง เสมอครบเท่าที่

<sup>1</sup> Janet C. Kerr, "Dying in Hospital," The Canadian Nurse 74 (November 1978): 17.

<sup>2</sup> Lisa Roseman Shusterman, "Death and Dying: A Critical Review of the Literature," Nursing Outlook 21 (July 1973): 465.

<sup>3</sup> Dorothy F. Johnston and Gail H. Hood, Total Patient Care: Foundations and Practice, 4th ed. (Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1976), p.112.

มนุษย์ยังมีชีวิตอยู่ บางคนความกลัวเป็นสิ่งที่ฝังแน่นและรุนแรงจนกระทั่งนำไปสู่โรคกลัวความกลัวนั้นเริ่มจากกลัวการเกิด เด็กจะกลัวเมื่ออยู่ในที่มืด ผู้ใหญ่จะกลัวการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน หรือกลัวการผ่าตัดที่จะทำให้เกิดความพิการ ความกลัวเหล่านี้เป็นตามธรรมชาติ แต่ก็ก็เป็นสิ่งที่แสดงว่ามนุษย์จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขถ้าปราศจากความกลัว<sup>1</sup> และจากการศึกษาของ เดวิด เลสเตอร์ (David Lester) พบว่า มนุษย์จะเกิดความกลัวใน 3 ด้าน คือ กลัวภาวะโกล่กลายของตน กลัวความตายของผู้อื่น และกลัวผลของความตาย<sup>2</sup> และพระภิกษุ เขมานันทะ กล่าวว่า ความตายนั้นก็คือความกลัวที่จะตองตายนั่นเอง และความกลัวที่จะตองตายนี้ก็ไม่มีอะไรมากไปกว่าความคิด<sup>3</sup> ดังนั้นมนุษย์จึงถือว่าความตายและภาวะโกล่กลายเป็นสิ่งที่น่ากลัวทำให้คนส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตตามธรรมชาติ มนุษย์จึงพยายามที่จะหนีความตายโดยทำการศึกษาและวิจัยเพื่อค้นหาวิธีการใหม่ ๆ ที่จะนำมารักษาให้ชีวิตยืนยาวออกไป แต่สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก็ไม่สามารที่จะทำให้มนุษย์จัดการความกลัวตายและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและหนีความตายพ้น

การขจัดความกลัวตายและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและภาวะโกล่กลายนั้นเชื่อว่าถ้ามนุษย์สามารถมองความตายเป็นภาวะวิกฤติธรรมดา พยายามทำความเข้าใจว่าความตายเป็นสิ่งธรรมดาของชีวิตที่จะต้องเข้ามาสู่วิถีชีวิตของบุคคลแน่นอน อย่างน้อยก็กับบุคคลที่เรารักหรือแม้แต่ตัวเราเอง<sup>4</sup> มีทัศนคติต่อความตายอย่างถูกต้อง และมีประสบการณ์

<sup>1</sup>Ibid., p.114.

<sup>2</sup>David Lester, "Experimental Correlational Study of the Fear of Death," Psychological Bulletin 67 (January 1967): 27.

<sup>3</sup>พระภิกษุ เขมานันทะ, ระเหเรวอน (นนทบุรี: โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด, 2520), หน้า 7.

<sup>4</sup>Gail Donner, "Death and Dying: a Personal Perspective," The Canadian Nurse 74 (November 1978): 21.

เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลยอมรับต่อความตายและสามารถที่จะเผชิญหน้ากับสภาพความเป็นจริงแห่งชีวิตซึ่งทางพุทธศาสนาเรียกว่าสังขารธรรม นั่นคือ

1. อนิจจัง หมายถึง สิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต รวมทั้งตัวของตัวเองด้วย จำต้องเปลี่ยนไปทุกคนจะต้องเกิด จะต้องแก่ จะต้องเจ็บและจะต้องตายอย่างแน่นอน จะช้าหรือเร็วย่อมแล้วแต่สภาวะต่าง ๆ ไม่มีสิ่งใดจะมายับยั้งได้

2. ทุกขัง หมายถึง สิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิตทั้งหมด รวมทั้งทุกคนด้วย จะต้องมีปัญหา มีทุกข์ ผู้เสียของรักก็มีทุกข์ ผู้มีของรักก็มีทุกข์ ผู้ยากจนก็มีทุกข์ ผู้ร่ำรวยก็มีทุกข์

3. อนัตตา หมายถึง สิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิตทั้งหมด รวมทั้งตนเองด้วยเป็นเพียงสิ่งสมมติฐานที่ไม่ควรยึดมั่น แม้แต่ความตายยังเป็นสิ่งสมมติที่มีความหมายเปลี่ยนไปได้ตามโอกาสและตามความต้องการ ของแต่ละคนและของแต่ละสมัย<sup>1</sup>

### ความหวัง (Hope)

ความหวัง เป็นสภาพการณที่บุคคลมีความมั่นใจว่าจะสมหวังในสิ่งที่ตนปรารถนาทุกอย่าง<sup>2</sup> ความหวังเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ มากมาย เช่น ทศนคติ ความเชื่อ ปรัชญาชีวิต สิ่งแวดล้อมและพื้นฐานของแต่ละบุคคล ดังมีผู้กล่าวเสมอว่าเมื่อมีลมหายใจ ชีวิตนี้ก็ยังมีความหวังเสมอ ดังนั้นความหวังของผู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะใกล้ตายและความตาย อาจแบ่งออกเป็น

1. ความหวังของผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ ซึ่งจะมีหวังดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ป่วยและญาติจะหวังว่าผู้ป่วยไม่ไ้เป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย หรือว่าแพทย์อาจจะวินิจฉัยโรคผิด ผู้ป่วยและญาติจะตระเวนไปตรวจทุกโรงพยาบาลจนกว่า

<sup>1</sup> สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง, หน้า 224 - 227.

<sup>2</sup> Susan Duncan and Patricia Rodney, "Hope: a Negative Force?"

The Canadian Nurse 74 (November 1978): 22-23.

จะพอใจ

1.2 ผู้ป่วยและญาติจะมีความหวังว่าแพทย์จะสามารถค้นหาวิธีการรักษาหรือค้นพบยาใหม่ที่จะรักษาโรคของตนให้หายได้หรืออย่างน้อยก็ทำให้สามารถยืดชีวิตออกไปได้อีก

1.3 ความหวังในโลกหน้า เป็นความหวังว่าเมื่อตายแล้วจะได้รับความสุขตามความเชื่อทางศาสนาของตน เช่นหวังว่าตายแล้วจะไปสู่สวรรค์

2. ความหวังของพยาบาล โดยทั่วไปเป้าหมายของการพยาบาลก็เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงภาวะสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค ป้องกันโรคแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคที่ผู้ป่วยกำลังได้รับ ป้องกันการตายในกรณีที่ยังช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตต่อไปได้ และป้องกันความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคแต่ในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้ป่วยที่หมดหวังนี้ เป็นสภาพความจริงที่สวนทางกับความหวังของพยาบาล ภัยเหตุนี้จึงเป็นส่วนประกอบสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้พยาบาลไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ดังนั้นพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงต่อผู้ป่วยจึงมักเป็นดังนี้

2.1 พுகีให้ความหวังแก่ผู้ป่วย เช่น "คุณไม่เป็นอะไรหรอก" หรือ "คุณอาจจะหายได้ถ้าไม่ลดลงรักษาทางอื่นดูบ้าง" สิ่งเหล่านี้จะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายของตนเองได้ แต่กลับทำให้ผู้ป่วยมีความหวังใหม่และปฏิกิริยาของผู้ป่วยก็จะย้อนกลับไปสู่ขั้นปฏิเสธต่อการเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะไม่เกิดความสงบสุขในบั้นปลายของชีวิต

2.2 หลีกเลี่ยงผู้ป่วย เพราะพยาบาลไม่สามารถที่จะเปิดเผยแสดงความรู้สึกอันยาวนานต่ออารมณ์ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งรู้ว่าไม่สามารถหนีความตายได้

2.3 ให้การพยาบาลด้วยความคับข้องใจ เพราะพยาบาลไม่สามารถควบคุมความกลัวและนำความรู้สึกที่หมดหวังไปให้การพยาบาลผู้ป่วยที่หมดหวังต่อการรักษา

3. ความหวังของแพทย์และสถาบัน ทุกสถาบันทางการแพทย์ทั้ง โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ และสถานีอนามัย ย่อมมีเป้าหมายของการรักษาคือเพื่อช่วยชีวิตมนุษย์ จะเห็นได้จากสถาบันแต่ละแห่งได้พยายามที่จะจัดตั้งหน่วยรักษาผู้ป่วยหนัก (I.C.U. และ C.C.U.) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ที่ชำนาญเฉพาะทางและเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่พร้อมจะสามารถช่วยหรือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ จึงทำให้แพทย์



สนใจการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น การเจาะคอ ใช้เครื่องช่วยหายใจ นวดหัวใจ และอื่น ๆ เพื่อประวิงการตายออกไปและช่วยทำให้ได้ความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับวิธีการ การรักษาเหล่านั้นมากกว่าที่จะสนใจปัญหาหรือความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตาย

จะเห็นได้ว่าความหวัง ของบุคคลเหล่านั้นเป็นพลังผลักดันในทางลบต่อการดูแล ผู้ป่วยใกล้ตาย ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องของทุกฝ่ายจะต้องมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อความตายจึงจะทำให้ การดูแลรักษาเกิดผลดีได้

### ความสูญเสีย (Loss)

ความสูญเสีย หมายถึง การสูญเสียหรือการขาดบางสิ่งบางอย่างที่มีคุณค่าของบุคคล อาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือค่อยเป็นค่อยไป จากสิ่งที่คาดการณ์ไว้หรือไม่คาดการณ์ไว้ก็ตาม ซึ่ง อลิส เอ็ม โรบินสัน (Alice M. Robinson) ได้กำหนดความสำคัญของการสูญเสียไว้ 5 ประการ ดังนี้คือ

1. ความตาย
2. การสูญเสียผู้เป็นที่รักโดยการพรากจากกัน
3. การสูญเสียวัตถุที่มีความสำคัญมาก
4. การสูญเสียส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย
5. การสูญเสียความคิดความเข้าใจ เกี่ยวกับบุคลิภาพของตนเอง ความมีค่า และความสัมพันธ์ ของตนเองกับบุคคลอื่น<sup>1</sup>

และเมื่อมีความสูญเสียเกิดขึ้นทั้งผู้สูญเสียและผู้ที่เกี่ยวข้องก็จะมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียเหมือนกันทุกประการ ดังที่ เมอเรย์ (Murray) ได้กล่าวถึง ยอร์จ เอล อิงเกล (George L. Engel) ที่ได้ให้คำอธิบายระยะต่าง ๆ ของการสูญเสียไว้เป็น 3 ระยะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

---

<sup>1</sup>Alice M. Robinson, "Loss and Grief," The Journal of Practical Nursing 21 (May 1971): 18.

1. กระทบศติและความไม่เชื่อ (Shock and Disbelief) ในระยะนี้ จะเกิดขึ้นทันทีที่มีการสูญเสีย ผู้ที่สูญเสียจะมีอาการรู้สึกมึนงงและปฏิเสธที่จะไม่ยอมรับหรือเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะมีอาการเหมือนกับว่า เขาอยู่นอกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวเขา

2. ระยะการพัฒนาความมีสติ (Developing Awareness) ผู้ที่สูญเสียจะเริ่มมีการรับรู้ต่อการสูญเสียเพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่การรับรู้ต่อการสูญเสียนี้จะนำมาซึ่งความเจ็บปวด ความขมขื่นและความเศร้าโศกอย่างใหญ่หลวง

3. ระยะการชดเชยสิ่งที่สูญเสียไปและการกลับคืนสู่สภาพปกติ (Restitution and Recovery) ในระยะนี้ผู้สูญเสียจะกลับคืนสู่สภาพที่จะเป็นปกติจากการที่ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่นที่มาร่วมแสดงความเศร้าโศกเสียใจ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้สูญเสียนั้นมีความรู้สึกกลับคืนมา ผู้ที่สูญเสียก็จะจัดพิธีกรรมต่าง ๆ ทางศาสนาให้แก่ผู้ตาย<sup>1</sup>

### ความเศร้าโศก (Grief)

ความเศร้าโศก หมายถึง กลุ่มของอารมณ์ที่ตอบสนองที่เกิดขึ้นตามหลังการรับรู้หรือร่วมในการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งมีค่าหรือวัตถุที่มีความสำคัญ การตอบสนองเหล่านี้มักจะรวมถึงการช่วยเหลือไม่ได้ ความเงิบเหงาเดียวดาย ความหมกหมอง ความรู้สึกผิด หรือความโกรธ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>George L. Engel, The American Journal of Nursing, 93-98, Quoted in Malinda Murray, Fundamentals of Nursing (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1976), pp. 487 - 489.

<sup>2</sup>Carolyn E. Carlson, Behavioral Concepts and Nursing Intervention (Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1970), p.96.

ความเศร้าโศกแบ่งออกได้เป็น 5 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะหมดสติและความไม่เชื่อ (Shock and Disbelief) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเมื่อญาติรู้สึกว่าคุณสูญเสียบุคคลที่รักไปอย่างกะทันหัน
2. ระยะมีงง (Stunned) ญาติจะรับรู้ว่าคุณป่วยตายแล้วแต่ไม่รับรู้สภาพรอบตัวไม่รู้ว่าตนเองอยู่ที่ไหน และจะทำอะไรต่อไป
3. ระยะรู้สึกถึงการตายและการสูญเสีย (Acute Anguish and Despair) ญาติจะระบายความทุกข์ระทมต่าง ๆ ปฏิกิริยาต่าง ๆ มักขึ้นอยู่กับมาตรฐานและค่านิยมในสังคมนั้น ๆ
4. ระยะโกรธ (Anger) ญาติจะแสดงความโกรธต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวเท่าที่จะทำได้ เช่น โกรธแพทย์ พยาบาลและบริการของโรงพยาบาล
5. การยอมรับและการชดเชยสิ่งที่สูญเสียไป (Acceptance and Resolution) เป็นระยะสุดท้ายของความเศร้าโศก ญาติจะมีการคิดใคร่ครวญถึงเหตุผล ยอมรับและทำใจได้ มีการปรับตัวต่อความสูญเสียนั้น ๆ เมื่อญาติจะก้าวเผชิญกับความอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว การถูกทอดทิ้ง เริ่มเข้าใจความตายได้และสามารถดำเนินชีวิตตามปกติต่อไป ซึ่งอาจต้องใช้เวลานาน<sup>1</sup>

#### ปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อภาวะใกล้ตายและ ความตาย

โดยทั่วไปการเจ็บป่วยที่ร้ายแรงจนไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้มักจะทำให้ผู้ป่วยและญาติสังหรณ์หรือสงสัยอยู่ในใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนักและทรุดลง แต่ในผู้ป่วยหรือญาติบางคนอาจจะไม่ได้นึกถึง อย่างไรก็ตามเมื่อภาวะใกล้ตายจะมาถึงมักจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนเกิดความสูญเสียหรือเศร้าโศกอย่างมากเมื่อต้องเผชิญกับสภาพการณ์นั้น

<sup>1</sup>Jill Courtermanche, "Death in Emergency," The Canadian Nurse 76 (November 1978): 24 - 25.

จากการศึกษาของ อลิซาเบท คูเบลเลอร์ รอส (Elisabeth Kübler Ross) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตายและครอบครัว โดยได้คลุกคลีกับผู้ป่วยประเภทนี้เป็นเวลานานเพื่อจะเรียนรู้จากผู้ป่วยและค้นหาว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร มีความกลัว ความต้องการและความคิดนั้นอะไรบ้าง และพยาบาล แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ สามารถช่วยเหลืออะไรบ้าง<sup>1</sup> ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นโรคร้ายแรงและไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้และจะต้องตาย จะมีพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ได้ แต่ระยะเหล่านี้อาจจะไม่เป็นไปตามลำดับเสมอไป และบางครั้งระยะเหล่านี้จะเหลื่อมล้ำกันหรือกลับไปกลับมาแล้วแต่บุคคล ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไม่ยอมรับความจริงและแยกตัวเอง (Stage of Denial and Isolation) ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยารับรู้ต่อการเจ็บป่วย ในระยะสุดท้ายด้วย ความตกใจและอาจช็อคได้ ผู้ป่วยจะกล่าวด้วยประโยคที่ว่า "ไม่จริง, ไม่ใช่ฉัน มันไม่เป็นความจริง" จากผลการค้นคว้าพบว่ามีผู้ป่วย 3 คน จาก 400 คน ที่ปฏิเสธไม่ยอมรับ **วาระ** สุดท้ายของชีวิตและมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ปฏิเสธ ไม่ยอมรับต่อหน้าญาติและครอบครัว ซึ่งญาติและครอบครัวเหล่านี้ก็อยู่ในระยะปฏิเสธ เช่นกัน และในระยะเช่นนี้ผู้ป่วยจะไม่ยอมพูดเกี่ยวกับโรคร้ายแรงและความเจ็บป่วย ความรู้สึกของ เขากับญาติ ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเลย แต่ถ้ามืดใจที่ฝ่ายญาติ ครอบครัวและเจ้าหน้าที่บอกผู้ป่วยว่าพร้อมที่จะพูดถึงและยินดีที่จะมารับฟัง ผู้ป่วยจะเลิกปฏิเสธตนเองค่อนข้างจะรวดเร็ว และจะเริ่มพูดถึงสภาพของตัวเอง และมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่เลิกปฏิเสธตนเอง เมื่อเขาต้องการจัดการเกี่ยวกับธุรกิจที่ยังค้างอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร และที่สำคัญที่สุดอีกอย่างหนึ่งก็คือผู้ป่วยจะเลิกปฏิเสธ ถ้ารู้ว่าผู้ที่อยู่ด้วยจะช่วยเหลือผู้ป่วยในการระบายความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความจริง ของเขาเอง

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้ป่วยตอบสนองด้วยความโกรธ (Stage of Anger)

<sup>1</sup> Elisabeth Kübler Ross, "What is It Like to be Dying?" The American Journal of Nursing 71 (January 1971): 55.

ผู้ป่วยจะเกิดมีความรู้สึกโกรธ เกลียด รังยาและอาฆาต ผู้ป่วยมักจะกล่าวว่า "ทำไมจะต้องเป็นฉัน ทำไมไม่เป็นคนอื่น น่าจะเป็นคนแค้นนั้นมากกว่าที่จะเป็นฉัน" ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่เมื่อปฏิเสธไม่ได้แล้วว่าตนเองจะต้องเป็นไปเช่นนั้น ผู้ป่วยจะเข้าลักษณะเอาใจยาก ใครทำอะไรก็ไม่ถูกใจไปเสียทุกอย่าง มีแต่คำตำหนิติเตียนตลอดเวลา ซึ่งความโกรธของผู้ป่วยไม่ใช่โกรธแพทย์หรือพยาบาล แต่ผู้ป่วยจะโกรธต่อความเจ็บป่วยของตนเองที่กำลังจะทำให้สูญเสียทุกอย่างในชีวิต และครอบครัวของผู้ป่วยอาจจะอยู่ในระยะนี้เช่นกัน

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ผู้ป่วยตอบสนองด้วยการต่อรอง (Stage of Bargaining) ซึ่งเป็นธรรมชาติขั้นต่อไปของมนุษย์ปุถุชนเมื่อตัวเองไม่สามารถจะเผชิญกับความจริงที่เศร้าโศกของตนเองได้ และได้โกรธ เคืองต่อชะตาชีวิตของตนเองแล้ว ระยะนี้เป็นการต่อรองด้วยความหวังเพื่อยื้อเวลาไปอีกชั่วระยะหนึ่งจึงเกิดความคิดใหม่ว่าตัวเองอาจจะสำเร็จถ้าได้ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดชนิดใดกรรม ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับศาสนาและความเชื่อของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมักจะให้สัตย์ว่า "ฉันจะอุทิศใจให้ผู้อื่นถ้าฉันจะมีชีวิตต่อไปอีก 1 ปี" หรือ "ถ้าฉันหายครวนี้ฉันจะไปบวช"

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ผู้ป่วยตอบสนองด้วยความรู้สึกซึมเศร้า (Stage of Depression) เป็นระยะที่ไม่สามารถที่จะปฏิเสธความจริงได้อีกต่อไป ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า เหงื่อหน้าและเสียใจอย่างรุนแรงกลายเป็นคนเงิบขมขื่น ไม่สนใจญาติที่มาเยี่ยม ผู้ป่วยจะแยกตัวเองอยู่คนเดียวและอาจจะไม่ยอมพูดกับใครหรือนอนร้องไห้

ระยะที่ 5 เป็นระยะของการยอมรับ (Stage of Acceptance) ถ้าผู้ป่วยมีเวลาพอโดยไม่ตายเสียก่อนและมีผู้ช่วยเหลือในการผ่านระยะต่าง ๆ ที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่เศร้าโศกหรือโกรธ เคืองกับโชคชะตาของตนเองอีกต่อไป แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะมีความสุขเป็นระยะที่เกือบจะไม่มีความรู้สึกความเจ็บปวดต่าง ๆ ลดน้อยลง การต่อสู้ต่าง ๆ สิ้นสุดลง เป็นระยะที่ผู้ป่วยของการจะพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่จะเดินทางไปเป็นระยะยาวอย่างไม่มีวันกลับ เป็นระยะที่คล้าย ๆ กับการเริ่มต้นใหม่ในชีวิตซึ่งมนุษย์มีความต้องการทางร่างกายเป็นพื้นฐานและต้องการคนเพียงคนเดียวที่จะให้การดูแลและหนุนถนอมด้วยความอ่อนโยน ด้วยความรัก ให้ความเป็นเพื่อนและ

อยู่กับเขา คัดลอกเวลาโดยไม่จำเป็นต่อพวกเขา การจะอยู่เงียบ ๆ ของการคนเยี่ยมมันขยลง และในระยะเวลาสั้น ๆ จะไม่อยู่ในอารมณ์ที่จะพูดคุย เมื่อผู้ป่วยที่ใกล้จะตายได้พบกับความสงบสุขและยอมรับแล้ว ความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่าง ๆ ก็ทั้งหมดไป<sup>1</sup>

จากพฤติกรรมต่าง ๆ ในแต่ละระยะที่กล่าวมานั้นพอที่จะสรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยจะยอมรับต่อความตายหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การเตรียมตัวและการช่วยเหลือด้านจิตใจทั้งของผู้ป่วย และญาติเป็นอย่างดี ในระยะแรกควย ซึ่งเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของทุกคนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านวิกฤติการต่อความตายด้วยความสงบสุข



### ความรู้สึกลึกละตาย

ผู้ป่วยที่อาการหนักอยู่ในสภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายนอกนั้น จะยังมีความรู้สึกอยู่หรือไม่นั้น คำถามนี้ตอบได้ยากเพราะมนุษย์ไม่มีทางรู้ความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้นอกจากอนุมานเอาจากคำพูด สีหน้า ท่าทาง การตรวจคลื่นสมองซึ่งเป็นอวัยวะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความรู้สึกนั้น และสามารถบอกได้แต่เพียงว่าผู้ป่วยนั้นอยู่ในสภาวะหลับหรือตื่น หรือมีความผิดปกติของสมองเท่านั้น แต่จากการศึกษาของ เรย์มอนด์ มูดี้ (Raymond Moody) คงพอจะตอบคำถามข้างต้นได้เพราะ เป็นผลสรุปจากประสบการณ์ของบุคคลที่แพทย์วินิจฉัยว่าตายแน่นอนหรือไม่ก็บาคเจ็บสาหัสจนจะถึงแก่ความตายแล้วฟื้นขึ้นมาเล่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. บุคคลที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายจะมีความรู้สึกที่จิตใจแยกออกจากร่างกาย ความรู้สึกนี้ไม่ขึ้นอยู่กับการสัมผัสทางร่างกายแต่จะรู้สึกเหมือนเป็นผู้สังเกตการณ์อยู่ภายนอก ร่างกาย

<sup>1</sup>Elisabeth Kübler Ross, On Death and Dying (New York: Macmillan Publishing Co., Inc., 1974), pp. 38 - 137.

2. บุคคลที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายจะมีความรู้สึกแจ่มชัดกว่าธรรมชาติและความชัดเจนของความรู้สึกจะขึ้นอยู่กับสภาวะใกล้ตายยิ่งใกล้ตายมากหรือถูกวินิจฉัยว่าตาย ความรู้สึกก็จะชัดเจนมากขึ้น

3. บุคคลที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายจะตระหนักถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับร่างกายของตัวเอง เช่น เห็นแพทย์และพยาบาลพยายามช่วยชีวิตให้ฟื้น แต่ไม่สามารถที่จะติดต่อกับบุคคลที่มีชีวิตได้

4. บุคคลที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายจะได้ยินเสียงทุกระดับไม่ว่าจะเป็นเสียงดังมากหรือเสียงที่แผ่วเบา

5. บุคคลที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายจะมีความรู้สึกคล้ายกับว่าพบแสงสว่าง สเหมือนเพชรหรือแสงสีเหลืองที่อบอุ่น ซึ่งเป็นเครื่องหมายแสดงว่าจะพบกับพระผู้เป็นเจ้า

6. บุคคลที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายสามารถจำสิ่งต่าง ๆ ได้ แต่จะไม่ปรากฏเป็นรูปร่าง

7. บุคคลที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายสามารถติดต่อกับญาติที่ตายไปแล้วโดยความนึกคิด ไม่สนใจคำพูดและมีความรู้สึกอบอุ่นในบรรยากาศเก่า ๆ

8. บุคคลที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายจะพบกับสถานที่สวยงาม โอ่โง่ง มีความรู้สึกสงบสุขและชื่นชอบกับประสบการณ์ใหม่นี้ ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และไม่อยากกลับมายู่ในสภาพเดิม

9. การฟื้นคืนชีวิตจะมีความรู้สึกว่าการก้าวผ่านอุโมงค์ที่มีมืดทึบและในที่สุดก็จะพบกับแสงสว่าง โดยมีพลังนำจากสิ่งหนึ่งที่แตกต่างไปจากพลังของตนเอง<sup>1, 2</sup>

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>Anthony Lee, "What Patients Perceive in Near-Death Events,"

RN Magazine 41 (January - June 1978): 55.

<sup>2</sup>สีหธา, "ความรู้สึกใกล้ตาย," วารสารโรงพยาบาลพุทธชินราช 2( พฤษภาคม-มิถุนายน 2523): 13 - 16.

## จรรยาวิชาชีพ

ปัจจุบันนี้ก็มีผู้ศึกษาพบว่า การตายในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้น อาจเนื่องมาจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป และความเจริญทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ทำให้ความรู้สึกลึกซึ้งคิดของบุคคลเปลี่ยนไป เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง โดยพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาก็คือทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยเป็นไปในรูปของการใช้เครื่องมือทางการแพทย์มากกว่าทางคุณธรรม จึงทำให้เกิดการตายที่เรียกว่า **Physical Death** ซึ่งหมายถึงการตายทางร่างกายโดยมีคำสั่งใจปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย<sup>1</sup> สิ่งที่ถูกกล่าวมานี้ทำให้เกิดความยุ่งยากขึ้นหลายประการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใกล้ตาย ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นนี้ไม่เฉพาะแต่แพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยเท่านั้น ยังเกิดขึ้นแก่ญาติผู้ป่วยและ สังคนส่วนรวมด้วย

## ความยุ่งยากที่เกิดแก่แพทย์

เมื่อแพทย์ตรวจพบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ปัญหาที่เกิดขึ้นทันทีก็คือแพทย์จะบอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบหรือไม่ ถ้าบอกควรจะบอกอย่างไรดี และควรจะบอกมากน้อยเพียงใด บอกแล้วจะเกิดประโยชน์และโทษอย่างไรบ้าง

ประโยชน์ของการบอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

1. ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบความจริงและขอเท็จจริงเกี่ยวกับการดำเนินของโรค
2. ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเตรียมตัวเตรียมใจวางแผนใช้เวลาที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์มากที่สุดและการวางแผนอนาคตของครอบครัว เช่น การทำพินัยกรรม การมอบหมายผลประโยชน์ต่าง ๆ

<sup>1</sup>Kerr, "Dying in Hospital," : 18.



3. ทำให้ผู้ป่วยและญาติผ่อนคลายความวิตกกังวลและความเป็นห่วงกังวลในโรคของผู้ป่วย ทำให้ความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็นต่าง ๆ ลดลง

4. ทำให้ผู้ป่วยและญาติร่วมมือในการรักษา แพทย์จะสะดวกใจที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติได้เต็มที่เมื่อผู้ป่วยอาการทรุดลงก็จะให้การรักษาสะดวกใจขึ้น เป็นการป้องกันการหลีกเลี่ยงต่อผู้ป่วยและการตอบคำถามของญาติ

### โทษของการบอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

1. ทำให้ผู้ป่วยเสียขวัญ หมกกำลังใจ อาจไม่ยินยอมรับการรักษาหรืออาจจะทำอัตวินิบาตกรรมได้

2. สำหรับผู้ป่วยและญาติที่ไม่ชอบความจริงจะแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ อันเป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ที่เกิดขึ้นเมื่อได้ทราบข่าวร้าย

ผู้วิจัยเองมีความเห็นว่าโทษที่ร้ายแรงอีกประการหนึ่งก็คือการทอดทิ้งผู้ป่วย เมื่อญาติทราบข่าวร้ายไม่หายแน่ชัดแล้ว ซึ่งเป็นข้อที่ควรระวังอย่างมาก

### ความยุ่งยากที่เกิดแก่พยาบาล

พยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังก็จะเกิดปัญหายุ่งยากเช่นเดียวกับแพทย์และอาจจะรุนแรงกว่าแพทย์เพราะพยาบาลต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ต้องคอยตอบคำถาม คอยสนองความต้องการ และอารมณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยและญาติไม่ทราบข้อเท็จจริงทั้งหมดของการดำเนินของโรคหรือไม่มีจิตใจที่เข้มแข็งพอที่จะยอมรับความหมดหวังในด้านการรักษาโรค ดังนั้นพยาบาลและแพทย์จึงควรที่จะได้ปรึกษาหารือและพูดคุยกันอยู่เสมอเพื่อที่จะได้ทราบแนวทางหรือวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างแน่ชัดไปในแนวเดียวกัน สามารถตอบคำถามของผู้ป่วยและญาติได้ เพื่อป้องกันความสับสนและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

### การบอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การบอกข่าวร้ายให้แก่ญาติควรจะให้ข่าวร้ายนั้นกระทบกระเทือนผู้ที่ได้รับข่าวร้ายที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในสถานการณ์เช่นนั้น ความรุนแรงของข่าวร้ายจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

กับช่วงจังหวะและกาลเทศะ ของการให้ข่าวกับความเจริญทางจิตใจของผู้ที่รับข่าว

วิธีการในการบอกข่าวร้ายควรมีการพิจารณาและวางแผนอย่างรอบคอบ อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. ประเภทที่สถานการณ์ไม่อำนวย เช่น ในกรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นทันทีและกำลังนวดหัวใจอยู่ การบอกข่าวควรปฏิบัติดังนี้

1.1 บอกเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง หรือผู้ที่ช่วยเหลือสถานการณ์ไว้ก่อน เช่น บิดา มารดา ภรรยา หรือบุตร

1.2 สังเกตสภาพทางจิตใจของผู้ที่จะได้รับข่าว

1.3 คอย ๆ บอกข่าว ควรใช้เวลาแก่ผู้ที่รับข่าวให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น บอกว่า "ขณะนี้ญาติคุณกำลังเจ็บหนักและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งแพทย์และพยาบาลกำลังช่วยอย่างเต็มที่ คุณอยากจะถามอะไรบ้างไหม?" ตอบคำถามต่าง ๆ แล้วก็ขอตัวไปคุยผู้ป่วยสัก 5-10 นาที แล้วออกมาบอกญาติใหม่ว่า "ตอนนี้ผู้ป่วยอาการทรุดลง หายใจไม่ค่อยดี แม้ว่าจะให้การรักษาเต็มที่แล้ว แต่อาการยังไม่ดีขึ้น" และทิ้งช่วงเพื่อให้ญาติได้ปรึกษากันว่าจะทำอะไรบ้าง ในที่สุดเมื่อทุกอย่างพร้อมแล้ว คือญาติยอมรับข่าวนั้นได้บ้างแล้วก็จะบอกว่า "ผู้ป่วยจากไปแล้วอย่างสงบ คุณอยากจะเข้าเยี่ยมอาการท่านไหม?"

1.4 ใช้สำเนียงและสำนวนง่าย ๆ โดยพยาบาลจะคอยระงับความตื่นเต้นของตัวเองไว้ก่อน แล้วบอกด้วยน้ำเสียงเรียบ ๆ พุดซา ๆ แสดงความเมตตา ความเห็นใจในกิริยาและน้ำเสียง

1.5 ช่วยเหลือและดูแลรักษาผู้ที่รับข่าว

2. ประเภทที่สถานการณ์อำนวย คือมีเวลาพอที่จะให้เลือกช่วงเวลาของการบอก เช่น ในกรณีที่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงและคงจะถึงแก่กรรมภายในเวลา 1 ปี การบอกข่าวควรปฏิบัติดังนี้

2.1 สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ จะทำให้พยาบาลทราบได้ว่าผู้ใดมีจิตใจเข้มแข็ง หรือมีการเจริญเติบโตทางจิตใจคือ

2.2 เลือกบอกแก่ผู้ที่มีสภาพจิตใจเข้มแข็งก่อน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือ

2.3 คอย ๆ บอกข่าว ควรจะให้เวลาแก่ผู้ที่ได้รับข่าวพอสมควร เช่น แพทย์เริ่มสงสัยว่าผู้ป่วยจะเป็นมะเร็ง พยาบาลก็ควรบอกผู้ป่วยหรือญาติว่า "โรคที่เป็นนั้นคงจะไม่ใช่วโรคที่เป็นอย่างเฉียบพลัน คงจะเป็นมาส์กระยะหนึ่งแล้ว ต้องขอให้แพทย์ตรวจอย่างละเอียดเพิ่มขึ้นจะไค้ทราบว่าเป็นอะไรแน่" และเมื่อถ่ายเอ็กซเรย์แล้วเห็นเป็นก้อนในปอด ก็อาจจะบอกกับผู้ป่วยหรือญาติว่า "เอ็กซเรย์แล้วพบก้อนเนื้อจะเป็นเนื้อร้ายหรือไม่นั้นคงต้องส่งกล้องตรวจดูอีกครั้งหนึ่ง" เมื่อตรวจชิ้นเนื้อแล้วพบว่า เป็นมะเร็งแน่ อาจบอกผู้ป่วยและญาติว่า "ผลของการตรวจชิ้นเนื้อพบว่า "ญาติของคุณเป็นโรคที่ยังรักษายาก อาจจะตัดหรืออาจจะใช้ยารักษาได้....."

2.4 ให้ผู้ป่วยและญาติไค้ทราบข้อเท็จจริงให้มากที่สุดเพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลรักษาและการวางแผนชีวิต เพราะการบอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบแต่เนิ่น ๆ จะช่วยในการปรับสภาพจิตใจและเข้าใจความจริงแห่งชีวิต และยอมรับความจริงโดยไม้ต้องทุกข์ทรมานจากโรคและสภาวะแวดล้อมต่อไป

2.5 ให้ผู้ป่วยและหรือญาติไค้ร่วมตัดสินใจ ในการดูแลรักษาทุกขั้นตอน โดยบอกให้ผู้ป่วยและญาติไค้ทราบถึงประโยชน์และโทษของการรักษา ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่าย เวลาที่ตองอยู่ในโรงพยาบาลและอื่น ๆ

2.6 ช่วยเหลือและดูแลรักษา ถ้าผู้ป่วยและญาติเกิดปฏิกิริยารุนแรงหลังไค้รับข่าวร้ายหรือขอรองให้ช่วยในสิ่งที่เราจะช่วยไค้

### ความยุ่งยากที่เกิดแก่ผู้ป่วยและญาติ

เมื่อมีบุคคลภายในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยและญาติจะตองทนทุกข์ทรมานไปเรื่อย ๆ จนกว่าการเจ็บป่วยนั้นจะสิ้นสุดลง ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่หมคหวังก็จะมีสิ้นสุดลงโดยความตาย ถ้าผู้ป่วยและญาติไม่ทราบความจริง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยก็จะพยายามหาทางรักษาซึ่งอาจรวมทั้งหมคพระ หมคผี สมุนไพร และอื่น ๆ หรือไม่ก็เปลี่ยนโรงพยาบาลไปเรื่อย ๆ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยและญาติ กอ้ให้เกิดปัญหาความเครียดและสังคม

## ความยุ่งยากที่เกิดแก่สังคม

สังคมจะประสบความยุ่งยากจากปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง เช่น เคียวกั้น เพราะการดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง เป็นการใช้ทรัพยากรของสังคมทั้งในค่านบุคลากรและ วัสดุเป็นจำนวนมาก ซึ่งทรัพยากรเหล่านั้นอาจจะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอื่นได้เป็น จำนวนมากโดยเฉพาะในประเทศซึ่งมีทรัพยากรน้อยและจำกัด และในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ หมดหวังโดยการพยายามยืดชีวิตให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อาจจะก่อให้เกิดความทุกข์ ทรมาณแก่ผู้ป่วย และสภาพอันน่าสมเพชเวทนาของผู้ป่วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเข็ดหน่ายแก่ แพทย์และพยาบาล ตลอดจนญาติและครอบครัวของผู้ป่วย จนในที่สุดก็อาจจะทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ ภายใต้อาการดูแลรักษาของเครื่องไม้ทางการแพทย์

ปัญหาของผู้ป่วยที่หมดหวังจึงก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากแก่สังคมในการตัดสินใจ ว่าควรจะให้การรักษาผู้ป่วยที่หมดหวังอย่างไร ซึ่งก็มักจะขึ้นกับความเคียดแค้นของบุคคล, หลาย ๆ วิชาชีพในสังคมที่จะต้องหาแนวทางเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง เป็นไปโดย ถูกต้องและเหมาะสม

วิชาชีพต่าง ๆ โดยเฉพาะวิชาชีพที่ให้บริการแก่ชีวิตมนุษย์โดยตรงนั้นถือกำเนิด ขึ้นจากสำนักในธรรมชาติที่มนุษย์พึ่งอนุเคราะห์แก่กันและกัน เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพของ ชีวิตในสังคม ดังที่บัญญัติจรรยาสำหรับพยาบาลของสหภาพพยาบาลนานาชาติฉบับแก้ไข ค.ศ. 1973 (The International Council of Nurses Code of Ethics: Ethical Concepts Applied to Nursing 1973) ได้กล่าวว่า ความรับผิดชอบเบื้องต้นของ พยาบาลมีองค์ประกอบ 4 ประการคือ

1. การยกระดับสุขภาพอนามัย
2. การป้องกันความป่วยไข้
3. การฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย
4. การช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาณ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ละออง หุตางกูร, จรรยาสำหรับพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2521), หน้า 120.

และปรัชญาของแผนกพยาบาลแห่งศูนย์การแพทย์ที่ ฮอฟ โโฮฟ (Philosophy of Nursing Department City of Hope Medical Center) เกี่ยวกับความเชื่อ 13 บท มาตรา 9 มีว่าการต่อสู้กับโรคเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยนั้นไม่ประสบความสำเร็จเสมอไป บางครั้ง จึงจำเป็นต้องเตรียมผู้ป่วยเพื่อการอำลาชีวิต มันจึงเป็นหน้าที่ของเราที่จะต้องทำให้ บรรยากาศที่ผู้ป่วยจะต้องอำลาโลกนั้นนอกรูปไปด้วยความเมตตาปราณี อาลัยรักและเห็นใจ อย่างที่สูงสุดเสมอ<sup>1</sup> และในการให้การพยาบาลผู้ป่วยพยาบาลจะต้องมีความรับผิดชอบในการ ให้การพยาบาลโดยเคารพในสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิทธิโดยชอบธรรมอันใดแก่

1. ความต้องการและสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพื่อรักษา ไว้ซึ่งชีวิตและมีชีวิตอยู่ด้วยสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยทุกคน

2. ความต้องการและสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการปฏิบัติด้วยความเมตตา ปราณีจากผู้รักษาและผู้พยาบาล

3. ความต้องการและสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดี อย่างดี ที่สุดเท่าที่สภาพของสถาบันหรือสังคมจะอำนวย

4. ความต้องการสิทธิในการ เป็นเจ้าของร่างกายและชีวิตของตนเอง การ กระทำใด ๆ ต่อร่างกายของ เขาจะต้องได้รับความยินยอมพร้อมใจด้วยความเข้าใจในเหตุผล ตามควร เว้นไว้แต่ในกรณีที่เขาไม่อยู่ในสภาวะที่จะรับรู้ เช่นนั้นได้ เมื่อจำเป็นต้องให้การ รักษาที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วยในกรณีที่เขาไม่อยู่ในสภาวะที่จะรับรู้หรือ ยินยอมเองได้ หากผู้ที่มีสิทธิแทนตามกฎหมายจะต้องได้รับการหารือเพื่อรับรู้และให้การยินยอม แทนผู้ป่วย

5. ความต้องการและสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีเกียรติศักดิ์ของความเป็นมนุษย์ เช่น ไม่ต้องการให้การปฏิบัติต่ออย่างขาดศีลธรรมหรือมารยาทอันดี การดูหมิ่นเหยียดหยาม การล่วงละเมิดต่อวัฒนธรรมหรือสิ่งที่เขาให้ความสำคัญหรือเคารพ การถูกทอดทิ้งเหมือน คนไร้ค่า<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ละออง หุตางกูร, จริยศาสตร์พยาบาล, หน้า 129.

<sup>2</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 90-91.

สิทธิมนุษยชนเหล่านี้เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนมีความต้องการ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วย  
ใกล้ตายจึงต้องตระหนักถึงการตายอย่างสมเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Death  
with Dignity) แทนที่จะให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการดูแลรักษาที่คงสภาพ "จะตาย  
ก็ไม่ตาย จะเป็นก็ไม่เป็น" ไปเรื่อย ๆ ซึ่งในต่างประเทศได้มีการทำพิธีกรรมเพื่อชีวิตของ  
คนขึ้นเพื่อชี้แนะให้แพทย์และพยาบาลตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลรักษาให้ตรงกับความต้องการ  
ของผู้ป่วย และเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นจากเครื่องมือทางการแพทย์<sup>1</sup>

### ความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตาย

ความต้องการ เป็นสิ่งที่คู่กับมนุษย์เสมอมาไม่มีที่สิ้นสุดตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย  
เพราะว่าความต้องการคือความรู้สึกอยากได้ซึ่งทำให้เกิดแรงผลักดัน แรงจูงใจและก่อให้เกิด  
พฤติกรรมต่าง ๆ ที่พยายามให้บรรลุถึงความมุ่งหมายของความต้องการ<sup>2</sup> ซึ่งแต่ละบุคคลจะ  
ต้องได้รับการตอบสนองของความ ต้องการทาง ด้านสรีรวิทยา จิตใจ สังคมและวิญญาณ เพื่อการ  
ดำรงชีวิตอยู่<sup>3</sup> และ เฮร์เบิร์ต เจ. คลอสเมียร์ และ ริชาร์ด อี. ริปเปิ้ล (Herbert J.  
Klausmier and Richard E. Ripple) ได้บรรยายว่าความต้องการของมนุษย์มี  
หลายชั้นตอนและความต้องการชั้นแรกของมนุษย์จะได้รับการตอบสนองก่อนจึงจะตอบ-  
สนองความต้องการชั้นต่อไปได้<sup>4</sup> ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ มาสโลว์ (Abraham H.

<sup>1</sup>LuVerne Wolff, Marlene H. Weitzel and Elinor V. Fuerst, Fundamentals of Nursing 6th ed. (Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1979), pp. 668 - 670.

<sup>2</sup>สุชา จันทน์เอม และ สุรางค์ จันทน์เอม, จิตวิทยาพัฒนาการ (กรุงเทพฯ-  
นคร: ไทยวัฒนาพานิชจำกัด, 2520), หน้า 65.

<sup>3</sup>Irene L. Beland, Clinical Nursing Pathophysiological: Psy-  
chological Approach 2d ed (New York: The Mcmillan Co., 1972), p. 1.

<sup>4</sup>Herbert J. Klausmier and Richard E. Ripple, Learning and  
Human Abilities, (New York: Harper & Row, 1971), p. 315.

Maslow ที่กล่าวว่า ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์แบ่ง เป็น 5 ชั้น และความต้องการชั้นแรกจะต้องได้รับการตอบสนองก่อนจึงจะสามารถตอบสนองความต้องการในชั้นที่สูงขึ้นได้ ดังรูปต่อไปนี้

5	Self-Actualization
4	Esteem Need
3	Love and Belonging Need
2	Safety and Security Need
1	Physiological Need
Hierarchy of Needs	



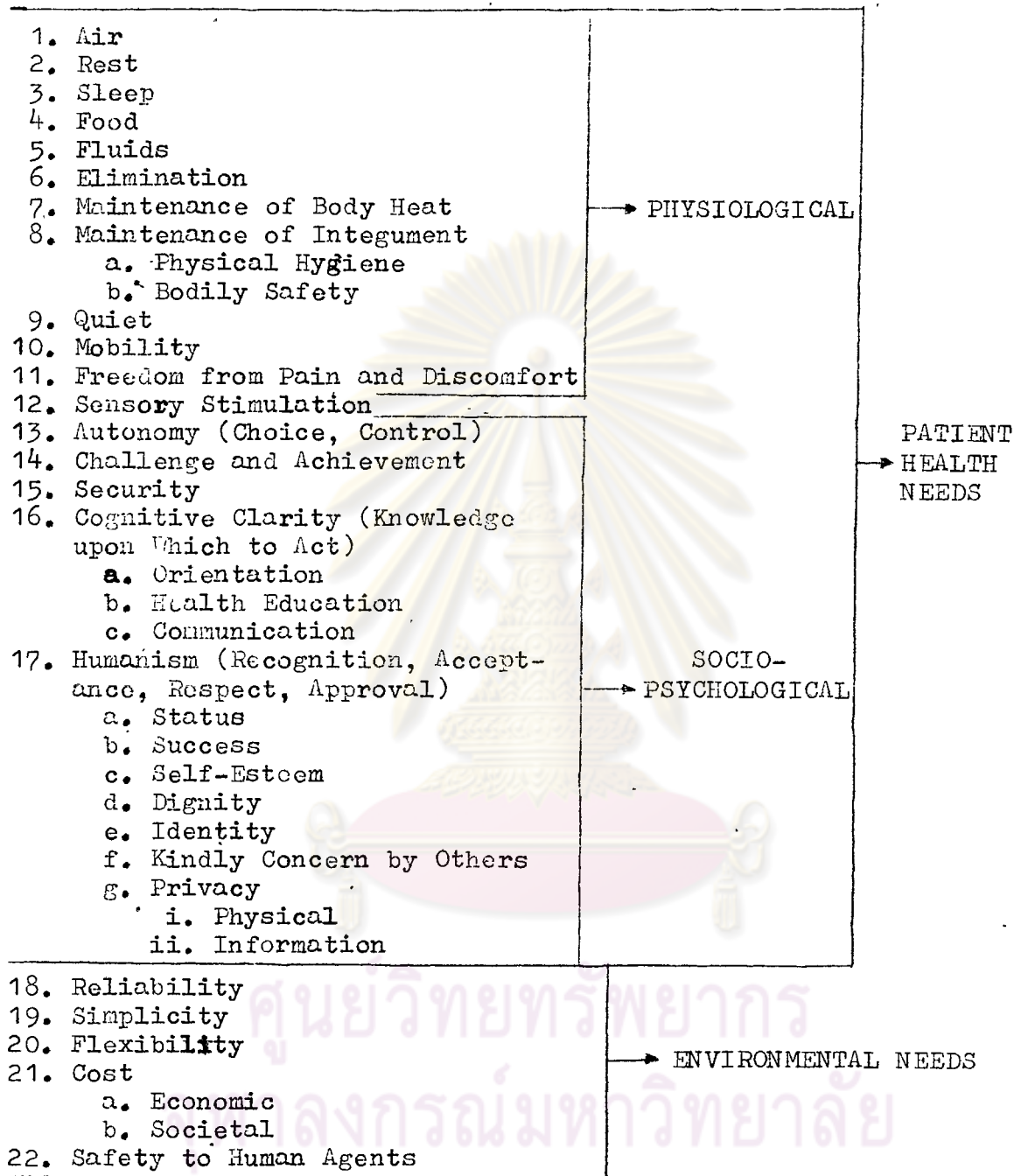
#### Ladder of Self-Actualization<sup>1</sup>

จากการศึกษาของ โจน ลัคแมนน์ และ คาเร็น ครีเอสัน โซเรนเซน ได้ให้แนวความคิดที่เกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ว่าถึงแม้ว่าความต้องการทางด้านสรีรวิทยาจะแสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดในเวลาเจ็บป่วย แต่ความต้องการด้านอื่น ๆ ก็ยังคงมีอยู่และถ้าไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความคับข้องใจและความวิตกกังวล ก่อให้เกิดความไม่สงบสุขและไม่สามารถทนต่อสิ่งต่าง ๆ ได้<sup>2</sup> ดังนั้นความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นวัตถุประสงค์พื้นฐานสำหรับการให้การดูแลสุขภาพซึ่งประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตใจและสังคม รวมทั้งความต้องการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ดังแผนผังต่อไปนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>MauReen J. O' Brien, Communications and Relationship in Nursing 2d ed. (Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1978), p.10.

<sup>2</sup>Luckmann and Sorensen, Medical-Surgical Nursing: A Psychological Approach, p.9.



Patient Needs<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Janet Kraegel, et al., Patient Care System, (Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1974), p.16.



นอกจากความต้องการดังกล่าวข้างต้นแล้วมนุษย์เรายังมีความแตกต่างของบุคคล (Individual Differences) ซึ่งได้แก่

1. ความแตกต่างทางด้านจิตใจ (Psychological) หมายความว่าแต่ละคนย่อมมีจิตใจต่างกัน บางคนมีปัญหาการทำงาน บางคนมีปัญหาการเงิน

2. ความแตกต่างทางด้านร่างกาย (Physical) หมายความว่าร่างกายของคนเราเป็นอย่างไร บางคนแข็งแรง บางคนมีโรคประจำตัว

3. ความแตกต่างทางด้านอารมณ์ (Emotional) หมายความว่าบางคนใจคอเยือกเย็น บางคนอ่อนไหวง่าย บางคนเจ้าโทสะ

4. ความแตกต่างทางสังคม (Social) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 พวก คือ

4.1 ชอบสังคม (Sociable)

4.2 ไม่ชอบสังคม (Asocial)

4.3 ทำลายสังคม (Antisocial)<sup>1</sup>

รวมถึงความรู้สึกและความต้องการอย่างอื่นที่พบได้เสมอ เช่น

- ความทะเยอทะยาน (Ambition) มีความทะเยอทะยานอยากก้าวหน้าขึ้นไปเรื่อย ๆ

- ความภาคภูมิใจและศักดิ์ศรี (Pride) มีความภาคภูมิใจและหยิ่งในศักดิ์ศรีของตน

- อารมณ์ความนึกคิด (Nerve) มีอารมณ์ ประสาท ความนึกคิดต่าง ๆ บางครั้งก็รุนแรง บางครั้งก็อ่อนไหว

- ความหวัง (Hope) มีความหวังและความต้องการในสิ่งที่ปรารถนา ผู้ป่วยใกล้ตายก็เป็นมนุษย์ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจและวิญญาณซึ่งไม่สามารถจะแยกสิ่งหนึ่งสิ่งใดออกจากกันได้ แม้ว่าปัจจุบันพัฒนาการและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

<sup>1</sup> ฝน แสงสิงแก้ว, "มนุษย์สัมพันธ์," วารสารสุขภาพ 8 (มีนาคม 2523):

และวิทยาศาสตร์ การปฏิบัติทางด้านการแพทย์ได้มีแนวโน้มไปสู่ศูนย์รวมของความ  
 ต้องการด้านร่างกายมากขึ้น แต่จากผลการศึกษาหลายประการและจากแนวความคิดตาม  
 ทฤษฎีของฟรอยด์ ทำให้ตระหนักว่าความต้องการด้านจิตใจมีความสำคัญเท่ากับความ  
 ต้องการด้านร่างกายเช่นเดียวกับความต้องการด้านวิญญาณ ดังนั้นการให้การพยาบาลแก่  
 ผู้ป่วยใกล้ตายจึงควรที่จะได้ศึกษาถึงความต้องการและความแตกต่างของแต่ละบุคคลก่อน  
 เพื่อจะได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละ  
 คนและก่อให้เกิดความสัมพันธ์และความร่วมมืออันดีในกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ

### บทบาทของพยาบาลที่สนองความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตาย

พยาบาลเป็นผู้ที่หึ่ง เปิดและปิดตาของมนุษย์ กระบวนการ เปิดและปิดตานั้นย่อม  
 ต้องมีวิธีการในการที่จะสนองความต้องการของผู้รับเพื่อให้อุบัติหรือเกิดความสุขสบาย แม้ว่า  
 เขาอยู่กำลังจะตายนั้นจะต่องจากไปอย่างไรไม่มีวันกลับ<sup>1</sup> การจบชีวิตหรือความตายนั้นมาถึง  
 บุคคลในลักษณะที่ต่างกันซึ่งอาจจะมาถึงอย่างจู่โจมโดยบุคคลนั้นไม่ทันรู้ตัวหรือสืบคลานเข้า  
 มาอย่างช้า ๆ และก่อให้เกิดความหวาดกลัวแก่ผู้ที่ยังไม่พร้อมที่จะตายหรือก่อความทุกข์ทรมาน  
 แสนส่าหส์ในวาระสุดท้ายนั้น หรือได้รับการต้อนรับจากผู้เตรียมใจพร้อมที่จะตายเป็นต้น แม้ว่า  
 ความตายจะมาถึงบุคคลในวาระใด ลักษณะใดก็ตามผลที่เกิดขึ้นคือความสิ้นสุดของชีวิตและ  
 เหลือไว้แต่ร่างกายที่ปราศจากวิญญาณ พยาบาลพึงเข้าใจความหมายอันยิ่งใหญ่ของความ  
 ตายของแต่ละบุคคล และต้องตระหนักในความรักชีวิตและความผูกพันทางจิตใจของบุคคลต่อ  
 ทุกสิ่งทุกอย่างที่เขาได้รู้จัก ได้มี ได้เป็น ความอาลัยต่อชีวิตของบุคคลย่อมใหญ่หลวงยิ่งนัก  
 แม้ในบุคคลที่มีความทุกข์ส่าหส์ในชีวิตจนต้องเรียกหาความตาย หรือในบุคคลที่เตรียมใจพร้อม  
 และไม่กลัวความตายก็จะต้องยังคงมีความเศร้าโศกอาลัยชีวิตแฝงอยู่อย่างลึกซึ้ง เสมอ ประกอบ

<sup>1</sup> สมจิต หนูเจริญกุล, "การพยาบาลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย," วารสารรามานธิบศ 3

กับจำนวนผู้ป่วยที่ตายในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะวิทยาศาสตร์การแพทย์ปัจจุบันดูเหมือนว่าจะสามารถรักษาโรคและยืดชีวิตให้ยาวนานออกไปได้จึงเป็นสาเหตุหลักกันให้เกิดแนวโน้มใหม่ทางการพยาบาลที่จะต้องหันมาสนใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายนี้เป็นสิ่งที่ท้าทาย เพราะความตายนั้นจะมีความรู้สึกอย่างไรนั้นไม่มีใครตอบได้เนื่องจากไม่มีใครได้มีประสบการณ์เช่นนี้มาก่อน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงจำเป็นต้องทำงานเป็นทีมและต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติต่อความตายอย่างถูกต้องและได้รับการช่วยเหลือร่วมมือจากผู้ป่วยตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วยจะทำให้การพยาบาลผู้ป่วยประสบความสำเร็จอย่างสูง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายมีชีวิตในวาระสุดท้ายด้วยความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ และตายอย่างสงบสุขเหมือนกับ คูเบอรรอสส์ (Kubler-Ross) ได้เน้นความสำคัญว่าแต่ละบุคคลของพิจารณาทัศนคติของตนเองต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายก่อนที่เขาจะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านั้นได้โดยปราศจากความวิตกกังวลหรือมีความไม่สุขสบาย<sup>1</sup> และในการเรียนรู้เพื่อหาประสบการณ์ในเรื่องความตาย พยาบาลควรจะมีการพัฒนาตัวเองในการศึกษาเรื่องความตาย ยอมรับความรู้สึกและสภาพต่าง ๆ และมีความสามารถที่จะนำความรู้ความสามารถไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>2</sup> ดังที่ จอย เค ยูฟีมา (Joy K. Ufema) ได้ให้ความสำคัญของการเตรียมตัวของพยาบาลผู้ทำงานกับผู้ป่วยใกล้ตายว่า ก่อนที่จะไปทำงานกับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายพยาบาลจะต้องเข้าใจก่อนว่า ความตายคืออะไร ผู้ป่วยใกล้ตายต้องการระบายความโกรธและความกลัวเกี่ยวกับความตายแต่ก็มักจะไม่บีบใครยอมรับทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลกลัวความตาย พยาบาลจึงกลัวคนที่พูดถึงเรื่องการตายเพราะ

## จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>Basalee C. Yeaworth, Frederic T. Kapp and Carolyn Winget, "Attitude of Nursing Students toward the Dying Patient," Nursing Research 23 (January-February 1974): 20.

<sup>2</sup>Doreen J. Wise, "Learning about Dying," Nursing Outlook 22 (January 1974): 43.

พยาบาลมีใ้คเรียนรูเรื่องความตายอย่างถ่องแท้แน่นอน<sup>1</sup>

### วัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขที่สุดเท่าที่จะทำได้
2. เพื่อช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ
3. เพื่อช่วยสนองความต้องการอันสำคัญของผู้ป่วย
4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไ้ตายอย่างสมเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์<sup>2</sup>

### หลักการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย

1. การดูแลเป็นทีม ต้องให้การดูแลร่วมกันทั้งทีมการรักษาซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง
2. ให้การดูแลอย่างสมบูรณ์แบบ ให้การพยาบาลที่สนองความต้องการ ของผู้ป่วย เฉพาะราย
3. มีการตรวจและประเมินผล ต้องมีการตรวจและประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วยอยู่เสมอว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะไหนและยอมรับความตายไ้เพียงใด
4. มีการวางแผนการพยาบาล ต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างมีขั้นตอนและ รอบคอบ
5. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยยึดหลักการให้การพยาบาลแบบประคับประคอง

<sup>1</sup>Joy K. Ufema, "Dare to Care for the Dying," The American Journal of Nursing 76 (January 1976): 38 - 90.

<sup>2</sup>Lillian Sholtis Brunner and Others, The Lippincott Manual of Nursing Practice (Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1974), p.892.

จากแนวความคิดเหล่านี้พอสรุปได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตายแบ่งออกเป็นกิจกรรมใหญ่ ๆ 3 ด้าน คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการด้านร่างกาย
2. กิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์
3. กิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการด้านครอบครัวและสังคม

ต่อไปจะกล่าวถึงกิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตายทั้ง 3 ด้านอย่างละเอียด

#### กิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการด้านร่างกาย

เมื่อความตายเกิดขึ้นทุกระบบในร่างกายจะไม่สามารถทำหน้าที่คุ้มครองกันและการปรับตัวของร่างกาย ผู้ป่วยใกล้ตายมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย แต่กลไกของการปรับตัวของร่างกายไม่สามารถที่จะทำงานได้ตามปกติ พยาบาลจึงมีบทบาทอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายมีความสุขสบายและคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกายเท่าที่จะทำได้<sup>1</sup>

#### ระบบผิวหนัง กล้ามเนื้อและกระดูก

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ผิวหนังจะบอบบางไม่สามารถที่จะทำหน้าที่ขับของเสียได้ตามปกติ-ทำให้เกิดภาวะของการขับเหงื่อมากกว่าปกติ ผิวหนังจะเปื่อยกร่อน โดยเฉพาะบริเวณศีรษะ หน้าอก แขนและขา เป็นสาเหตุให้เกิดกลิ่นตัวเนื่องจากกลิ่นของเหงื่อซึ่งเป็นปฏิกิริยาของแบคทีเรีย ขับสารประกอบในเหงื่อทำให้ผิวหนังเสี่ยงต่อการเป็นแผลกดทับมากกว่าบุคคลปกติ และผู้ป่วยไม่สามารถที่จะเคลื่อนไหวได้อย่างเป็นอิสระ ทำให้เนื้อเยื่อได้รับโลหิตมาเลี้ยงไม่เพียงพอ เป็นเหตุให้ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอื่น ๆ ที่

<sup>1</sup>Claire Brackman, Essentials of Medical Surgical Nursing  
(Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1979), pp. 50 - 51.

จำเป็นต่อการทำหน้าที่ของเซลล์น้อยลงด้วย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ก็มีอิทธิพลมากต่อการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ถ้าข้อต่าง ๆ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ก็จะทำให้เกิดการยึดของข้อ เกิดขึ้นและจะทำให้เกิดการอักเสบกำลังของกล้ามเนื้อตามมา

#### แนวทางการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

1. พลิกตะแคงหรือเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยบ่อย ๆ เพื่อป้องกันแผลกดทับซึ่งจะทำให้ผิวหนังเกิดเนื้อตายได้ โดยพิจารณาถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ท่าทางของผู้ป่วยและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของแต่ละบุคคล

2. เช็ดตัวและทำความสะอาดร่างกายให้แห้งอยู่เสมอ จะช่วยลดกลิ่นเหม็นของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลายและสดชื่นขึ้น รวมทั้งจะช่วยกระตุ้นให้มีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้นด้วย ควรใช้ผงซักฟอกกลิ่นตัวทาบริเวณใต้วงแขน บริเวณข้อพับและบริเวณที่จะทำให้เกิดกลิ่นได้มาก บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จะต้องได้รับการดูแลในเรื่องความสะอาดสม่ำเสมอ และเช็ดให้แห้งภายหลังการชำระทำความสะอาดทุกครั้ง

3. เปลี่ยนผ้าปูที่นอนและชุดให้แห้งอยู่เสมอ เนื่องจากเหงื่อออกมาก ป้องกันกลิ่นจากความอับชื้น และแบคทีเรียก็จะเจริญเติบโตได้คือและอาจทำให้ผิวหนังเป็นแผลได้

4. การทำแผลควรเปลี่ยนบ่อย ๆ ตามความจำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ เนื่องจากร่างกายอ่อนแอจะทำให้แผลลุกลามรุนแรงมากยิ่งขึ้น

5. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด ห้องควรโปร่ง มีอากาศถ่ายเทได้ดี อุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะ จะช่วยในการขับเหงื่อของผู้ป่วย ยาที่ใช้แล้วควรนำออกไปทิ้งนอกห้องผู้ป่วยเพื่อป้องกันกลิ่นไม่สะอาด

6. ควรคำนึงถึงควมมีคุณค่าของผู้ป่วย (Self-Esteem) โดยให้ความสนใจผู้ป่วยเท่ากับผู้ป่วยอื่น ๆ และไม่แสดงท่าทางรังเกียจผู้ป่วย

#### ระบบทางเดินอาหาร

เมื่อผู้ป่วยนอนแอลง ระบบทางเดินอาหารจะทำงานช้าลงยิ่งขึ้น ทำให้มีการสะสมของลมในกระเพาะอาหาร เกิดอาการแน่น อึดอัด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและมีปัญหาการขับถ่าย

### แนวทางการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

1. จัดอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายของผู้ป่วยโดยประเมินจากองค์ประกอบต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น สภาวะการเจ็บป่วย การเตรียมอาหาร ความนิยมหรือความต้องการอาหาร ระยะเวลาที่ใช้ในการรับประทานอาหาร ดังที่ นิวตัน และ ฟอลตา (Majorie E. Newton and Jeannette Folta) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการอาหารของผู้ป่วยว่า เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยไม่สามารถจะสรุปได้ว่าผู้ป่วยไม่มีความอยากอาหารหรือไม่ชอบอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ แต่ในการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยนั้นจะต้องระมัดระวังเสมอว่าลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร ความชอบหรือไม่ชอบอาหารของผู้ป่วยเป็นไปตามค่านิยมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยด้วย<sup>1</sup>
2. พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอเพื่อความคงการของร่างกายเพื่อป้องกันความไม่สมดุลของน้ำในร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยมีการขับเหงื่อมากกว่าปกติ และดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารได้น้อย เพราะน้ำเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของร่างกายและเป็นตัวกลางพื้นฐานสำหรับการเกิดปฏิกิริยาเคมีในร่างกาย
3. ควรได้รับการกระตุ้นให้รักษาความสะอาดของปากและฟัน และภายหลังการอาเจียน เพื่อความสะอาดและสดชื่นของผู้ป่วย อาการกลืนไม่สะดวกเป็นความรู้สึกไม่สบายในลำคอหรือกระเพาะอาหาร และต้องการอาเจียน ซึ่งสาเหตุอาจเนื่องจากสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ จากกลิ่น จากภาพที่เห็น รส หรือความรู้สึกบางอย่าง ถ้าผู้ป่วยมีอาการอาเจียนมากพยาบาลควรให้ยาระงับอาการอาเจียน
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหน้าท้องและการหายใจ โดยพิจารณาถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ท่าทางของผู้ป่วยและวางแผนให้ผู้ป่วย

<sup>1</sup>Majorie E. Newton and Jeannette Folta, "Hospital Food Can Help or Hinder Care," The American Journal of Nursing 67 (January 1967): 112 - 113.

ได้มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหัดถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาในแต่ละวัน โดยลดความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ให้น้อยที่สุด จัดให้ผู้ป่วยมีความเป็นสัปดาห์เฉพาะบุคคล จัดสภาพแวดล้อมเพื่อการขับถ่ายให้เหมาะสม เช่น กลิ่นความสะอาดสบายต่าง ๆ ทำนั้งในการขับถ่ายควรเป็นไปตามธรรมชาติถ้าจำเป็นต้องให้ห่มนอนจะต้องอยู่ในสภาพที่ไข้คือและอยู่ในตำแหน่งที่สบายที่สุด

#### ระบบทางเดินหายใจ

เนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยไอเคสเลื่อนไหวจึงทำให้ทางเดินลมหายใจทำงานน้อยลงจึงเกิดการคั่งและสะสมเยื่อเมือก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้นและไอบ่อยขึ้น ถ้าอาการผู้ป่วยทรุดลง การหายใจของผู้ป่วยจะลำบากยิ่งขึ้น หายใจเสียงดังครีคราคและรัวที่เรียกว่า "Death Rattle"

#### แนวทางการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

1. จัดให้ผู้ปวยนอนในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย จะช่วยให้กระบังลมหย่อน ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจะหายใจได้สะดวกและไอออกซิเจนมากพอที่ร่างกายต้องการ ช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก
2. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้ ควรดูดเสมหะให้ผู้ป่วย หรือบางรายอาจต้องช่วยด้วยวิธีการบำบัดด้วยการหายใจ
3. เมื่อผู้ป่วยอาการทรุดลง ควรอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงอาการของผู้ป่วย เพื่อการยอมรับสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย

#### ระบบประสาทส่วนกลาง

ความรู้สึกของผู้ป่วยใกล้ตายสามารถรับรู้ได้โดยการสัมผัส การมองเห็นและการได้ยินและจะค่อย ๆ เลื่อมลงและไม่ชัดเจน ซึ่งการได้ยินจะเป็นความรู้สึกสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะไม่รู้สึกตัวหรือถึงแก่กรรม

#### แนวทางการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

1. การติดต่อสื่อสาร มีความสำคัญมากต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย



เพราะการสื่อสารที่ดีนั้นจะช่วยผู้ป่วยไ้ระบายอารมณ์และความรู้สึก มีโอกาสได้พัฒนาจิตใจ และยอมรับความตายง่ายขึ้น ซึ่งการสื่อสารนี้พยาบาลจะต้องพิจารณาว่าควรจะใช้การติดต่อสื่อสารแบบใด ใช้คำพูด หรือการใช้ลักษณะท่าทางต่าง ๆ ซึ่งทั้ง 2 ชนิดนี้มีความสำคัญมากต่อการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อการติดต่อสื่อสารนั้น ๆ ซึ่งพยาบาลจะต้องรู้เทคนิคที่ใช้ในการสื่อสาร

2. การสัมผัส เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสาร โดยไม่ใช่คำพูด การที่พยาบาลมีความเข้าใจ เรื่องการสัมผัสในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายจะเป็นความมั่นใจเบื้องต้นที่จะเป็นพื้นฐานในการสร้างทักษะในการติดต่อกับผู้ป่วยและสามารถช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น<sup>1</sup> และจากการศึกษาของ รุท แมคคาเคิล (Ruth McCarkle) โดยศึกษาผลของการสัมผัสผู้ป่วยใกล้ตาย จำนวน 60 คน อายุระหว่าง 20-64 ปี ที่รักษาตัวในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไอโอวา โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจะได้รับการพูดคุยพร้อมกับการสัมผัส ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการสัมผัส โดยผู้ทำการวิจัยจะใช้มือจับที่ข้อมือของผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลในระหว่างที่ไปพบผู้ป่วยและจะจับแรงขึ้นเมื่อเริ่มต้นถามคำถามที่ใช้ในการวิจัย พร้อมกับมีผู้สังเกตการณ์ 2 คน ซึ่งจะสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่แสดง ออกทางสีหน้า การเคลื่อนไหวของร่างกาย การสบสายตาและปฏิกิริยาโต้ตอบโดยทั่ว ๆ ไป เพื่อตัดสินความรู้สึกสุขสบายของผู้ป่วยและความสนใจที่มีต่อพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการสนทนา ผลปรากฏว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ<sup>2</sup>

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>Ruth McCackle, "Effects of Touch on Seriously Ill Patient," Nursing Research 23 (March - April 1974): 132.

<sup>2</sup>Ibid.: 125 - 132.

และเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้วพยาบาลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างสมเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไว้แก่

1. การปฏิบัติต่อศพ ควรกระทำเช่นเดียวกับที่ผู้ตายยังมีชีวิตอยู่โดยการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความนุ่มนวล ให้ความเคารพเช่นเดียวกับขณะที่มีชีวิตอยู่
2. การตกแต่งร่างกายส่วนต่าง ๆ ต้องทำให้เรียบร้อยที่สุดเหมือนคนธรรมดา เช่น เย็บแผลให้เรียบร้อย ไม่ปล่อยให้ส่วนที่ฟกช้ำเปิดเผยต่อสายตาสาธารณชน
3. การแต่งศพ ควรแต่งหน้าและสวมเสื้อผ้าใหม่ของผู้ตายขณะที่มีชีวิตมากที่สุด เหมือนสภาพคนที่กำลังนอนหลับสนิท การหมยาคคลุมศพไม่ควรคลุมใบหน้าหรือศีรษะแต่ควรคลุมแคอก

กิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการ ด้านจิตใจอารมณ์

ความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยทางใจ ส่วนมากจะไม่ปรากฏว่ามีอาการบันทึกถึงความรู้สึกของจิตใจอารมณ์ทั้งของพยาบาลและของผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ลงในรายงาน เหมือนกับการบันทึกการตรวจอื่น ๆ เช่น ผลของการตรวจเลือด การตรวจทางรังสีเอ็กซเรย์ต่าง ๆ ที่สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัญหาสำคัญของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ความวิตกกังวลถึงหน้าที่การงาน ครอบครัว ภาวะทางการเงิน ความรู้สึกหมกมัวในชีวิต ความรู้สึกกลัวที่ตัวเองกำลังจะตาย ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจถึงปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยใกล้ตาย เพื่อให้การพยาบาลสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ดังนี้คือ

1. ระยะที่ผู้ป่วยปฏิเสธต่อความตายและไม่พยายามพูดถึงความตาย (Stage of Denial and Isolation) ในระยะนี้พยาบาลควรมีบทบาทดังนี้

1.1 ยอมรับปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงอาการปฏิเสธต่อความตาย โดยให้ผู้ป่วยแสดงออกอย่างเต็มที่ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเหล่านี้ เช่น แสดงการปฏิเสธความรู้สึกของตนเองอย่างซึ้งซึ้งหรือสร้างวิมานในอากาศ หรือร้องไห้คร่ำครวญ พยาบาลควรเป็นผู้รับฟังด้วยความสงบไม่แสดงปฏิกิริยาใดๆ

1.2 ควรหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ผู้ป่วย เช่น พุทธคุณและสวดแท่งรถหลัก-  
กรรมหรือศาสนาที่ผู้ป่วยสนใจ

1.3 ผู้ป่วยมักจะพูดทวนซ้ำซาก และมักจะถามว่าตนเองไม่ได้เป็นโรค  
นั้นใช่หรือไม่ พยาบาลไม่ควรใช้คำว่าใช่หรือไม่ใช่ ควรเลี่ยงไปพูดถึงอาการให้ผู้ป่วย  
ได้ประเมินตนเองและคำถามทุกคำถามจะต้องตอบสั้น ๆ ให้เข้าใจความและให้กำลังใจ

1.4 ถ้าผู้ป่วยสามารถพูดถึงความตายได้แล้ว ไม่ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด  
โดยทันทีทันใดเพราะผู้ป่วยอาจยอมรับเพียงบางส่วน (Partial Acceptance) ดังนั้น  
พยาบาลจะต้องยอมรับในการเปลี่ยนหัวข้อในการสนทนาอย่างรวดเร็ว (Change Topic  
Abruption)

1.5 ในรายที่ผู้ป่วยใกล้ตายเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือมีความรับผิดชอบ  
ที่ยังค้างอยู่ พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วางแผนในชีวิตสำหรับตนเอง ในขณะที่เดียวกัน  
จะต้องช่วยทำความเข้าใจและให้กำลังใจญาติและครอบครัวผู้ป่วยด้วย

1.6 พยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยการแสดงท่าทีที่ยอมรับ เมตตา  
และเห็นอกเห็นใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกปฏิเสธตนเองเร็วขึ้น

1.7 ควรระวังอาการช็อคของผู้ป่วย เมื่อทราบข่าวร้ายของตนเองโดย  
ให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและเตรียมกรช่วยเหลือในสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างทันที  
ทันใด

2. ระยะที่ผู้ป่วยตอบสนองด้วยความโกรธ (Stage of Anger) เมื่อรู้  
แน่แล้วว่าไม่สามารถที่จะปฏิเสธต่อโรคที่เป็นอยู่ ระยะนี้ผู้ป่วยจะหงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน  
เอาใจยาก ผู้ป่วยจะแสดงความโกรธและระบายออกสู่สิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่  
ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญดังนี้

2.1 พยาบาลจะต้องอดทนไม่โกรธตอบหรือแสดงความเบื่อก่อน ผู้ป่วย  
ที่แสดงพฤติกรรมในการระบายความโกรธในรูปต่าง ๆ โดยท่าทีที่แสดงต่อผู้ป่วยจะต้องสงบ  
นุ่มนวล ใช้น้ำเสียงและการสัมผัส

2.2 ยอมให้ผู้ป่วยระบายความโกรธในสิ่งที่หรือวิธีการที่จะไม่เกิด  
อันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เพื่อช่วยให้อุณหภูมิของอารมณ์คลายโดยการตะโกนดัง ๆ เป็นต้น

2.3 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการทำลายทรัพย์สินและของเครื่องใช้ของโรงพยาบาลหรือการทำร้ายตนเอง หรือการทำอัตวินิบาตกรรม

2.4 ให้ความเคารพผู้ป่วยเหมือนกับว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าแทนที่จะเป็นเพียงโรคที่รักษาไม่ได้เท่านั้น

3. ระยะที่ผู้ป่วยตอบสนองด้วยการต่อรอง (Stage of Bargaining) เป็นธรรมชาติของบุคคล เมื่อไม่สามารถที่จะปฏิเสธหรือโกรธเคืองโชคชะตาก็มักจะรำพึงรำพันถึงเวรกรรม คิดถึงการสงเคราะห์ต่าง ๆ เพราะเชื่อว่าถ้าได้กระทำการหนึ่งสิ่งใดเป็นการชดเชยกรรมแล้วก็จะทำให้สภาพการณ์ของตนเองดีขึ้น ซึ่งมักจะเป็นการกระทำที่สัมพันธ์กับความเชื่อทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญดังนี้

3.1 ยืดหยุ่นหรือยอมรับให้ผู้ป่วยหรือญาติได้ การทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น การนิมนต์พระสงฆ์มาเยี่ยมหรืออนุญาตให้ผู้ป่วยไปวัดถ้าผู้ป่วยสามารถไปได้ -

3.2 ช่วยสงเคราะห์และจัดดำเนินการให้สิ่งต่าง ๆ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือญาติ เช่น การบริจาคเงินหรือเครื่องใช้แก่โรงพยาบาล หรือจัดเลี้ยงอาหารผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

4. ขณะที่ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า (Stage of Depression) ผู้ป่วยจะกลายเป็นคนเงิบขมและไม่ยอมพูดกับใคร ไม่ต้องการให้ใครมาเยี่ยม มักจะแยกตัวอยู่คนเดียว เงียบ ๆ หรือนอนร้องไห้เนื่องจากผู้ป่วยคิดถึงการสูญเสียทุก ๆ อย่างอันเป็นที่รักซึ่งจะเกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทดังนี้คือ

4.1 ผู้ป่วยที่ซึมเศร้าอาจเนื่องมาจากการสูญเสียในอดีตจะทำให้ผู้ป่วยเศร้า ละอาย รู้สึกผิด พยาบาลจะต้องใช้ความแบบกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความโศกเศร้าอาดูรออกมา

4.2 ผู้ป่วยที่ซึมเศร้าอาจเนื่องจากการสูญเสียในอนาคต พยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อนเงียบ ๆ โดยไม่ต้องพูดอะไรและไม่ต้องบอกให้ผู้ป่วยหยุดโศกเศร้า การใช้การสัมผัสก็เป็นการเพียงพอแล้ว

4.3 ยอมรับพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วย เช่น นอนหลับตลอดวัน แยกตัวเอง ร้องไห้ครวญคราง พยาบาลควรช่วยผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่แท้จริง และต้องไม่แสดงอาการ

เห็น้อยหน้าย ทอคทั้งผู้ป่วย ควรร่วมมือวางแผนกับแพทย์และญาติผู้ป่วยเพื่อพยากรณ์ภาวะจิตใจ  
ของผู้ป่วย

4.4 การกระทำทุกอย่างจะต้องให้เหตุผลกับผู้ป่วยและอธิบายให้ผู้ป่วย  
และญาติ เข้าใจสภาพของผู้ป่วย

4.5 พยาบาลจะต้องเป็นผู้สังเกตที่ดี เพื่อประโยชน์ในการจัดคนเข้า  
เยี่ยมผู้ป่วย ญาติคนใดที่มาเยี่ยมแล้วทำให้ผู้ป่วยแฉะมีไข้หรือญาติคนใดมาเยี่ยมแล้วผู้ป่วย

หงุดหงิด-อาการ เหวลง

4.6 พยาบาลจะต้องไม่คุยเรื่องสนุกลสนานต่อหน้าผู้ป่วย

4.7 พยาบาลควรยึดหยุ่นเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วยแม้ว่าจะยังไม่ถึงเวลา  
เยี่ยมของโรงพยาบาล

4.8 การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยควรใช้แบบลักษณะท่าทางต่าง ๆ (Non-  
Verbal Communication) พยาบาลไม่ควรแสดงให้ผู้ป่วยหรือญาติเห็นว่าความตายเป็นสิ่ง  
ที่ชินชา

5. ระยะของการยอมรับ (Stage of Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วย  
จะไม่เศร้าโศกหรือโกรธ เคือง โศกเศร้าของตนเองอีกต่อไปแล้ว แต่มีคำหมายความว่าผู้ป่วย  
จะมีความสุขแต่เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกือบจะไม่มีความรู้สึกใด ๆ เลย ความเจ็บปวดต่าง ๆ จะ  
น้อยลงและถาวรน้อยกว่า ๆ จะสิ้นสุดลง เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการจะพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้ายก่อน  
ที่จะเดินทางไปเป็นระยะยาวอย่างไม่มีวันกลับ เป็นระยะที่คล้าย ๆ กับการเริ่มต้นชีวิตใหม่ซึ่ง  
มนุษย์มีความต้องการทางร่างกายเป็นพื้นฐานและต้องการคนเพียงคนเดียวที่จะให้การดูแลอย่าง  
ทะนุถนอม ด้วยความอ่อนโยน ด้วยความรัก ด้วยความเป็นเพื่อนและอยู่กับเขาได้ตลอดเวลา  
เมื่อผู้ป่วยที่กำลังจะตายได้พบกับความสงบสุขและยอมรับแล้ว ความสนใจต่อโลกภายนอกและ  
ปัญหาต่าง ๆ จะหมดไป พยาบาลควรมีบทบาทดังต่อไปนี้

5.1 อนุญาตให้ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

5.2 ผู้ป่วยไม่มีอารมณ์ที่จะพูดคุย พยาบาลควรจำกัดคนเยี่ยมให้น้อยลง ที่วี  
หรือวิทยุต่าง ๆ ควรจะปิด

5.3 การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยจะเป็นแบบใช้สายตา กิริยาท่าทางมากกว่า

คำพูด เช่น การจับมือผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น

5.4 พยาบาลควรให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายค้ำร่างกายมากที่สุด ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย

5.5 พยาบาลควรจะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือ

5.6 ให้โอกาสผู้ป่วยได้เลือกสถานที่ตายได้เอง ถ้าผู้ป่วยต้องการสิ้นชีวิตที่บ้าน พยาบาลควรให้การช่วยเหลือและให้ความสะดวก อาจรายงานแพทย์ให้ยากระตุ้นหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสิ้นชีวิตก่อนที่จะถึงบ้าน

5.7 พยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับความตาย กล้าเผชิญกับความจริง และยอมรับการตายของผู้ป่วย สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวได้เป็นอย่างดี

5.8 อนุญาตให้พระภิกษุหรือบาทหลวงมาสวดศพขณะที่ผู้ป่วยจะสิ้นชีวิตเพื่อความบริสุทธิ์และสงบแห่งจิตก่อนตาย

5.9 ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสมเกียรติ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

### กิจกรรมการพยาบาลที่สนองความต้องการ ค่านครอบครัวและสังคม

ภาวะใกล้ตายหรือการตายมีความสำคัญยิ่งใหญ่มากเฉพาะต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่จะมีผลสำคัญยิ่งต่อญาติและครอบครัวที่จะต้องสูญเสียผู้ป่วยอีกด้วย เช่น เมื่อการตายนั้นทำให้ครอบครัวขาดผู้นำ ขาดผู้อุปการะ ขาดคู่ชีวิต สูญเสียผู้เป็นที่รัก หรือขาดศูนย์รวมแห่งความรักของครอบครัว ในระยะที่ญาติและครอบครัวรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการหนักและเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ความกลัว การสูญเสียและความอาลัยของญาติอาจปรากฏออกมาในรูปของความโศกเศร้า ความกลัว คื่นเค้น โกรธ ก้าวร้าว ดังนั้นการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก เหมือนกับ โจน คราเวน และ ฟลอเรนซ์ เอส วอลด์ (Joan Craven and Florence S. Wald) กล่าวว่า ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว แม้ว่าผู้ป่วยหนักจะตายไปแล้ว การช่วยเหลือครอบครัวจะยังไม่สิ้นสุด พยาบาลจะต้องช่วยเหลือต่อเนื่องกันไปเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไป และการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจะได้ผลดีพยาบาล

จะคงเข้าใจลักษณะของครอบครัว ฐานะของความเครียด ภูมิลักษณ์ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ตลอดจนทราบวิธีการและกระบวนการการแก้ปัญหาของครอบครัวที่ผ่านมา การพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือญาติ<sup>1</sup>

### ผู้ป่วยเด็กใกล้ตาย (A Dying Child)

จากการศึกษาของ ฟราน ซี นอร์ธรัป (Fran C. Northrup) ซึ่งเป็นพยาบาลที่ทำงานในแผนกเด็กได้พบว่า การดูแลเด็กป่วยใกล้ตายนั้นมีความลำบากอย่างยิ่ง เพราะมโนทัศน์เกี่ยวกับความตายของเด็กไม่เหมือนการตายตามความเป็นจริง และพ่อแม่ของเด็กยังต้องการการช่วยเหลือที่สำคัญอีกด้วย<sup>2</sup> และ เจนเน็ตท์ โบลด์คัก (Jeannette Bolduc) ได้ศึกษาเปรียบเทียบมโนทัศน์เกี่ยวกับการตายของเด็กที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของพ่อแม่หรือพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 9-14 ปี โดยใช้การสัมภาษณ์ พบว่ามโนทัศน์เกี่ยวกับการตายของเด็กที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของพ่อแม่หรือพี่น้อง แตกต่างจากเด็กที่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของพ่อแม่หรือพี่น้อง และมโนทัศน์เกี่ยวกับการตายในเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายไม่แตกต่างกัน<sup>3</sup> และ นินา เฟย์ วิลสัน บิวเชมพ์ (Nina faye Wilson Beaucham) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับการตายของเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี พบว่า เด็กอายุ 5 ปี มีความเข้าใจเกี่ยวกับการตายแตกต่างจากเด็กอายุ 3 ปี

<sup>1</sup>Joan Craven and Florence S. Wald, "Hospice Care for Dying Patient," The American Journal of Nursing 75 (October 1975): 1816-1822.

<sup>2</sup>Fran C. Northrup, "The Dying Child," The American Journal of Nursing 74 (June 1974): 1066 - 1068.

<sup>3</sup>Jeannett Bolduc, "A Development Study of the Relationship between Experiences of Death and Age and Development of the Concept of Death," Dissertation Abstract 33 (December 1972): 2758-A.

คือ เด็กอายุ 3 ปี ไม่คุ้มครองการตายเป็นเรื่องธรรมดาและพื้นไม้ไค้ ส่วนสาเหตุการตายเด็กเข้าใจว่าเกิดจากสาเหตุที่ไม่เป็นจริงในชีวิตจริง เช่น ความโกรธ ความชุน ฯลฯ เด็กอายุ 5 ปี มองการตายเป็นเรื่องธรรมดาและพื้นไม้ไค้ ส่วนสาเหตุการตายเด็กเข้าใจว่าเกิดจากสาเหตุที่เป็นจริงในชีวิตจริงได้ และมีความกลัวตายน้อยกว่าเด็กอายุ 3 ปี เพศ และระดับฐานะของเด็กต่างกัน มีความเข้าใจเกี่ยวกับการตายไม่แตกต่างกัน<sup>1</sup>

ดังนั้น เด็กป่วยใกล้ตายควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากเด็กกำลังจะเผชิญกับสิ่งที่ไม่เคยพบมาก่อนคือความตาย เด็กกำลังต่อสู้และต้องการความช่วยเหลือทั้งทางร่างกายและจิตใจ เด็กมักจะไวต่อความรู้สึก เด็กจะเรียนรู้ความผิดปกติที่ทันทีจากการสัมผัส น้ำเสียง สีหน้าของบุคคลรอบข้าง ถ้าเด็กถามแล้วไม่ได้รับคำตอบหรือได้รับการบอปป้างโดยเปลี่ยนเรื่องพูด เด็กจะรู้ทันทีว่าการเจ็บป่วยของคนอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคโดยไมต้องมีใครบอก เด็กจะแยกตัวและไม่ไวใจคนอื่น และจะกลัวการพรากจากมารดา พยายามควรให้บิดามารดาของ เด็กมีโอกาสอยู่ใกล้ชิด และอนุญาตให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของลูก เพื่อให้บิดามารดาภูมิใจที่ได้ให้การดูแลบุตรอย่างดีที่สุดในช่วงเวลาสุดท้ายเป็นการทดแทนความรู้สึกผิดหวังและความรู้สึกผิดของตนเองเมื่อบุตรจะต้องเผชิญหน้ากับความตายจริง ๆ

### ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใกล้ตาย

วัยผู้ใหญ่ หมายถึง วัยที่กำลังทำงาน ซึ่งมักเป็นคนมีอุดมการณ์ มองโลกในแง่ดี มีความสนใจใคร่รู้ในแนวทางใหม่ ๆ มีความแน่ใจและมีความมั่นคงทางจิตใจ<sup>2</sup> บุคคลในวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มค้นการต่อสู้เพื่อการดำเนินชีวิตและมีประสบการณ์ในชีวิตมาพอสมควร สามารถที่

<sup>1</sup>Nina Faye Wilson Beauchamp, "The Young Child's Perception of Death," Dissertation Abstract 35 (December 1974): 3288.

<sup>2</sup>ศรีเรือน แก้วกังวาล, จิตวิทยาพัฒนาการ (กรุงเทพมหานคร: แพรวพินิจ, 2518), หน้า 104.



จะเป็นที่พึงของบุคคลอื่นได้ เช่น บุตร หรือบิดามารดาที่สูงอายุ ดังนั้นเมื่อบุคคลในวัยนี้เกิดเจ็บป่วยอย่างร้ายแรงขึ้นไม่ว่าจะเป็นสามีหรือภรรยา ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อครอบครัว ครอบครัวจึงต้องมีการปรับปรุงใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่พบมีดังต่อไปนี้

1. ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเงินและเศรษฐกิจ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยอย่างร้ายแรงหรือเรื้อรังย่อมทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล สมาชิกในครอบครัวก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลง คิรนเพื่อหารายได้มาชดเชย
2. การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว ที่สำคัญคือการดูแลผู้ป่วยซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะต้องเสียสละมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เพิ่มภาระในครอบครัว เกิดปัญหาว่างงาน ปัญหาทางการศึกษา เป็นผลทำให้บรรยากาศในครอบครัวมีความตึงเครียดมากขึ้น
3. การเปลี่ยนแปลงสถานะในครอบครัว ผู้ป่วยจากครอบครัวมาอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานทำให้ความสุขในครอบครัวหยุดชะงักไป
4. ปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล ความไม่สบายใจและซึมเศร้า หมกมุ่นตายอยากในชีวิต ความไม่สมหวังและบางครั้งผู้ป่วยก็ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งผู้อื่นทำให้สภาพจิตใจอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย
5. การสิ้นเปลืองในชุมชน ผลของการเจ็บป่วยแต่ละบุคคลย่อมมีผลต่อชุมชนนั้น ๆ รัฐบาลจะต้องช่วยเหลือสงเคราะห์มากขึ้น การงานหยุดชะงักอันเป็นผลเสียในทางเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยทำให้ขาดกำลังงาน ผลิตผลต่าง ๆ ตลอดจนการบริหารงานจะลดลงและอาจจะทำให้ชุมชนนั้นขาดกำลังอันควรไป ซึ่งทำให้ชุมชนนั้นเกิดปัญหาทางสังคมขึ้น

#### การตายในภาวะฉุกเฉิน (Death in Emergency)

การตายในภาวะฉุกเฉินเป็นเรื่องธรรมดาที่พบในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากหลายสาเหตุที่แตกต่างกัน ได้แก่ อุบัติเหตุบนทางหลวง ที่บ้าน ในโรงงานอุตสาหกรรม หรือสาธารณภัยต่าง ๆ รวมถึงการตายโดยความตั้งใจ เช่น การทำร้ายผู้อื่น หรือการฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยในหน่วยฉุกเฉินนี้ไม่มีเวลาที่จะไปพัฒนาไปตามระยะต่าง ๆ ของความตายตามแนวการศึกษาของ คูเบอ์ รอส เพราะทุกสิ่งทุกอย่างเกิดขึ้นรวดเร็วมากและไม่ได้คาดการณ์มาก่อน ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้าที่จะเผชิญกับความตาย ญาติและครอบครัวจะรู้สึกว่าเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยที่ตายในภาวะฉุกเฉินพยาบาลควรต้องเข้าใจถึงกระบวนการของความสูญเสียและกระบวนการของความโศกเศร้า ดังที่ จิล เคอทีแมนชี (Jill Courtemanche) กล่าวว่า การตายในภาวะฉุกเฉินเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นทันทีทันใดอย่างไม่ได้คาดการณ์มาก่อน พยาบาลที่ทำงานในหน่วยฉุกเฉินนี้มีบทบาทอันสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยและญาติที่รออยู่ข้างนอกในภาวะวิกฤตนี้ได้อย่างดีที่สุด<sup>1</sup>

แนวทางการช่วยเหลือญาติและครอบครัว ของผู้ป่วยที่ใกล้ตายและถึงแก่กรรม

1. เข้าใจและยอมรับว่าครอบครัวย่อมมีปฏิริยาต่อความสูญเสียและการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไป เช่น ความรู้สึกผิดเพราะคิดว่าน่าจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เร็วกว่านี้ โดยการช่วยให้ญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ความรู้สึกผิดคลคลายลงได้
2. ยอมให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ โดยจัดหาสถานที่ที่มีชีวิต ไม่มีคนรบกวน (Privacy) และมีความปลอดภัยจากการทำร้ายตนเองของญาติ
3. การติดต่อสื่อสาร การติดต่อกับญาติผู้ป่วยควรมีอย่างสม่ำเสมอ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหนัก ดังที่ มาร์ลีน แมคแกน (Marlene McGann) กล่าวว่า การจะบอกปัญหาและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยหนักให้ญาติทราบควรพูดกับญาติหลาย ๆ คนพร้อมกัน เพื่อเป็นการประทับประคองทางอารมณ์ของญาติ พยาบาลจะต้องอธิบายให้ญาติผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกัน เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่จะตามมา<sup>2</sup> และ

<sup>1</sup>Jill Courtemanche, "Death in Emergency," The Canadian Nurse 74 (November 1978): 24.

<sup>2</sup>Marlene McGann, "Group Sessions for the Families of Post Coronary Patients," Supervisor Nurse 7 (February 1976): 17.

## ให้ญาติเตรียมใจ

4. เปิดโอกาสให้ญาติได้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยยึดหยุ่นกฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาลตั้งที่ ฟรานซิส สตอร์ลี (Francis Storlie) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ญาติผู้ป่วยหนักจะพบกับความคับข้องใจในเรื่องกฎระเบียบของการเยี่ยมอย่างมาก เช่น ใช้กฎการเยี่ยมเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไปโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างต่างระหว่างบุคคลระหว่างครอบครัว ผู้ป่วยหนักบางรายจะมีอาการสงบเมื่อภรรยาหรือบุตรหลานมาเยี่ยม การยึดหยุ่นกฎระเบียบการเยี่ยมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง<sup>1</sup>

5. เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็นต่อการรักษาผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล ตั้งที่ เจอรี่ เจ กริฟฟิน (Jerry J. Griffin) ได้กล่าวว่าผู้ป่วยรายใดที่นี้ อาการหนักและญาติลงความเห็นว่าคุณป่วยจะตายแน่นอน รวมทั้งแพทย์ต้องหยุดการใช้เครื่องช่วยชีวิตต่าง ๆ ทั้งแพทย์และพยาบาลควรได้ปรึกษาญาติก่อนเพื่อให้ญาติมีเวลาในการปรับตัวรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะตามมาหลังจากผู้ป่วยตายแล้ว เพราะการประวิงเวลาการตายของผู้ป่วยบางรายจะช่วยค่านจิตใจของญาติ ให้นานพ้นความรู้สึกผิดและความโกรธต่อสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยตายได้ ขณะที่ผู้ป่วยใกล้จะตายหรือตายใหม่ ๆ แพทย์และพยาบาลควรอยู่ใกล้ ๆ ญาติสักระยะหนึ่งเพื่อให้ญาติอบอุ่นใจและยอมรับว่าเป็นเวลาอันสมควรที่ผู้ป่วยจะต้องจากไป<sup>2</sup>

6. ช่วยวางแผนและตัดสินใจร่วมกับญาติเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่ครอบครัวกำลังประสบอยู่ ดังเช่น ครอบครัว เจฟฟ์ (Jaffe) ซึ่งภรรยาป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute Leukemia) สามีเป็นศาสตราจารย์สอนวิชาสังคมสงเคราะห์ ในระยะแรกครอบครัวนี้ประสบปัญหาต่าง ๆ มากมายเพราะไม่สามารถที่จะเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน พยาบาลสามารถช่วยให้สามีและภรรยาหันหน้ามาปรึกษาและวางแผน

<sup>1</sup>Francis Storlie, "The Family: Thirteen Years of Observation," Supervisor Nurse 7 (February 1976): 10 - 14.

<sup>2</sup>Jerry J. Griffin, "Family Decision: A Crucial Factor in Terminating Life," The American Journal of Nursing 75 (May 1975): 795-796.

ดำเนินชีวิตร่วมกัน โดยสามีและภรรยาตกลงใจไปฮันนีมูนอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ประสบความสำเร็จทุกอย่างรวมทั้งความสุขทางเพศด้วย ทำให้ชีวิตในช่วงวิกฤตนี้มีความสุขที่สุด<sup>1</sup>

7. ช่วยเหลือและให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัวให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติ โดยให้การช่วยเหลือตามที่สามารถทำได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วพยาบาลควรช่วยเหลือในการแต่งศพ เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการรับศพ การเคลื่อนย้ายศพ การติดต่อสถานที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือถ้ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือปัญหาการทำงานก็ส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์

### การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ค.ศ.1965 จีนเนต ฮาร์ ฟอลตา (Jeannette R. Falta) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการยอมรับความตายของบุคคลาระดับต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ซึ่งได้แก่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานผู้ช่วย เพื่อทราบความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อความตายโดยวัดในด้าน การยอมรับความจริง ความวิตกกังวลและความคิดเห็นในทางโลกและทางธรรม ผลที่ได้รับคือข้อมูลแสดงให้เห็นว่าประชากรส่วนใหญ่ยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งสงบและเป็นไป ปรากฏการณ์ที่สิ้นสุดของชีวิตตามธรรมชาติ มนุษย์ไม่สามารถควบคุมได้ มีส่วนน้อยที่ยึดไปทางธรรม เห็นว่าความตายเป็นเหตุการณ์เหนือธรรมชาติ ส่วนในค่านความวิตกกังวลนั้นประชากรส่วนใหญ่เห็นว่าการตายเป็นสิ่งคุกคามให้มนุษย์เกิดความวิตกกังวล<sup>2</sup>

ค.ศ.1971 ชาร์ลอน โกลับ และ มาร์วิน ริชคอฟฟ์ (Sharon Golub and

<sup>1</sup>Lois Jaffe and Arthur Jaffe, "Terminal Candor and the Coda Syndrome," The American Journal of Nursing 76 (December 1976): 1938-1940.

<sup>2</sup>Jeannette R. Falta, "The Perception of Death," Nursing Research 3 (Summer 1965): 232 - 235.

Marvin Reznikoff) ได้ทำการวิจัยเพื่อสำรวจทัศนคติต่อความตายโดยเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายกับนักศึกษาพยาบาลปีแรก ผลการวิจัยปรากฏว่า ส่วนใหญ่เชื่อว่าอิทธิพลทางค่านิยมมีอิทธิพลต่อความตาย แต่มีนัยสำคัญมากในกลุ่มที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และกลุ่มที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งอาจเป็นเหตุให้เขาสูญเสียชีวิตพร้อมกับให้ความเห็นว่าผู้ป่วยอื่น ๆ ควรได้รับการบอกเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดีทัศนคติเหล่านี้อาจมีการขัดแย้งกัน . เนื่องจากการบอกจะต้องอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์แต่แพทย์มักจะไม่อยากบอกผู้ป่วยจึงทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจในสถานการณ์เหล่านี้สำหรับเรื่องการป้องกันการทำตัวตายนั้นทั้งสองกลุ่มเชื่อว่าสามารถป้องกันได้ และความพยายามที่จะคงไว้ซึ่งชีวิต ทั้งสองกลุ่มเชื่อว่าการดูแลอย่างมีเหตุผลและความพยายามจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยหนักให้มีชีวิตอยู่ได้<sup>1</sup>

ค.ศ.1972 โรเบิร์ต จอห์น รีดิค (Robert John Redick) ได้ทำการทดลองเพื่อหาวิธีลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายในนักศึกษาพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มพยาบาลที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ได้ดำเนินการให้มีความปรึกษาพฤติกรรมเป็นกลุ่มและลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบในเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมทางจิตวิทยา ได้ดำเนินการให้มีการประชุมกลุ่มเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่จัดให้มีการบรรยายถึงความจริงเกี่ยวกับความตาย กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการจัดกระทำใด ๆ หลังจากทำการทดลองแล้ว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความกลัวตายของบอยาร์ (Boyar Fear of Death Scale) และซีแมนติกดิฟเฟอเรนเชียลของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 (Death Anxiety Semantic Differential Part I and II) ผลปรากฏว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายน้อยกว่ากลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 จึงสรุปได้ว่า วิธีการที่จัดกระทำในกลุ่มที่ 1 มีผลทำให้ความวิตกกังวล

<sup>1</sup>Sharon Golub and Marvin Reznikoff, "Attitude toward Death," Nursing Research 20 (November-December 1971): 503 - 508.

เกี่ยวกับการตายของกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายลดลง<sup>1</sup>

ค.ศ.1974 โรซาลี ซี ยีวอร์ธ, เฟรดเคอริก ที แคปป์ และ คาโรลีน วินเก็ต (Rosalee C. Yeaworth, Frederic T. Kapp and Carolyn Winget) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 กับนักศึกษาพยาบาลปีที่ 4 ต่อผู้ป่วยใกล้ตายโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า นักศึกษาพยาบาลปีที่ 4 มีความรู้สึกรับต่อผู้ป่วยใกล้ตายมีการคิดต่อสื่อสารแบบเปิด และมีการยืดหยุ่นให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับครอบครัวมากกว่านักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าหลักสูตรการเรียนพยาบาลนั้นควรจัดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในชั้นเรียนเกี่ยวกับความสูญเสีย ความโศกเศร้าและความตาย จัดอภิปรายเป็นกลุ่มเล็กเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และจัดให้มีการปรึกษาแนะนำแก่นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นรายบุคคล<sup>2</sup>

ค.ศ.1977 จอห์น เอ เดนตัน และ แวนซ์ บี วิเซนเบเกอร์ (John A. Denton and Vance B. Wisenbaker) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับการตายกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายในพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของเทมเพลเลอร์ (Templer Death Anxiety Scale) และแบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับการตายซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ เพื่อนหรือญาติตาย เคยเห็นการตายแบบรุนแรง และเคยคิดถึงความตาย แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สหสัมพันธ์ยูลซ คิว (Yule's Q) พบว่า ประสบการณ์ด้านเคยเห็นคนตายแบบรุนแรง

<sup>1</sup>Robert John Redick, "Behavioral Group Counseling and Death Anxiety in Student Nurses," Dissertation Abstract 35 (October 1974): 1989 - A.

<sup>2</sup>Rosalee C. Yeaworth, Frederic T. Kapp and Carolyn Winget, "Attitudes of Nursing Students toward the Dying Patient," Nursing Research 23 (January-February 1974): 20 - 24.

และคำานเคยคิตถึงความตาย มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายในเชิงนิเสธ<sup>1</sup> และในปีเดียวกัน เวอร์จิเนีย ซี เคค และ หลุยส์ เอส วอลเธอร์ (Virginia E. Keck and Louise S. Walther) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญหน้าของพยาบาลกับผู้ป่วย ใกล้ตายและผู้ป่วยธรรมดา ใช้กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 22 คน โดยใช้วิธีการสังเกตเป็นระยะ (Period) ระยะละ 2 ชั่วโมง ผลปรากฏว่า พยาบาลใช้เวลากับผู้ป่วยใกล้ตายมากกว่าผู้ป่วยธรรมดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเข้าใจของพยาบาลต่อสภาพของผู้ป่วยใกล้ตาย ไม่มีผลต่อระยะเวลาในการเผชิญหน้า สัดส่วนของเวลาที่พยาบาลใช้ไปในการสนองความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยไม่มีผลต่อการดำเนินโรคในระยะสุดท้าย เช่น เกี่ยวกับการจัดประเภทผู้ป่วยของผู้สังเกตการณ์หรือพยาบาล<sup>2</sup> และในปีเดียวกัน เบ็ตตี เอล ฮอปปีง (Betty L. Hopping) ได้ศึกษาถึงทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อความตาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลปีสุดท้าย จำนวน 40 คน ที่ทำงานในหอผู้ป่วยมะเร็ง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลัง การทดลอง ผลปรากฏว่า ทัศนคติต่อความตายของทั้งสองกลุ่มก่อนทำการทดลองไม่แตกต่างกัน และคะแนนความตายของกลุ่มทดลองไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนความตายของคนที่มีการ ปรึกษาการต่อความตายของสมาชิกในครอบครัวกับคนที่ไม่มีปรึกษาการต่อความตายของสมาชิก ในครอบครัว ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และคะแนนความตายไม่สัมพันธ์กับปรึกษาการเกี่ยวกับ

<sup>1</sup>John A. Denton and Vance B. Wisenbaker, "Death Experience and Death Anxiety among Nurses and Nursing Students," Nursing Research 26 (January-February 1977): 61 - 64.

<sup>2</sup>Virginia E. Keck and Louise S. Walther, "Nurse Encounter with Dying and Nondying Patients," Nursing Research 26 (November-December 1977): 465 - 469.

## ความตายของครอบครัว<sup>1</sup>

ค.ศ.1980 อีเลียมอร์ ปาโล สโตลเลอร์ (Eleanor Palo Stoller) ได้ศึกษาถึงความรู้สึกของการตอบสนองของพยาบาลที่มีประสบการณ์ต่อผู้ป่วยใกล้ตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและกลุ่มผู้ช่วยพยาบาล โดยใช้แบบสอบถาม ผลปรากฏว่า พยาบาลวิชาชีพมีความไม่สบายใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งมีความสัมพันธ์ในเชิงนิมิตกับประสบการณ์การพยาบาล ส่วนผู้ช่วยพยาบาลมีการพัฒนาจิตใจของการแก้ปัญหาเพื่อบรรเทาความไม่สบายใจซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างไม่เป็นทางการกับผู้ป่วยใกล้ตาย และประสบการณ์การทำงานทั้งสองกลุ่มไม่มีผลต่อการทำนายเกี่ยวกับเหตุการณ์ของความตาย การใกล้ชิดกับคนตาย และการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย<sup>2</sup>

พ.ศ.2518 กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ ได้ทำการวิจัยเรื่องความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อผู้ป่วยใกล้มรณะ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยใกล้มรณะและศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างนักศึกษาที่เคยให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายกับนักศึกษาที่ยังไม่เคยให้การพยาบาลมาก่อนเลย โดยใช้แบบสอบถาม สรุปผลการวิจัยได้ว่า นักศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายของญาติมาก่อนที่จะเข้ารับการศึกษาวิชาชีพพยาบาล ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับความตายครั้งแรกคือ เสียใจ สะเทือนใจ ตื่นเต้น ตกใจและวิตกกังวลอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ด้านประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะครั้งแรกและครั้งต่อไปของนักศึกษา พบว่า ทั้งสองกลุ่มจะมีความวิตกกังวลอยู่ใน

ศูนย์วิทยุโทรพยากร

คุณหญิงวิทย์ทรพยากร

<sup>1</sup>Betty L. Hopping, "Nursing Students' Attitudes toward Death," Nursing Research 26 (November-December 1977): 443 - 447.

<sup>2</sup>Eleanor Palo Stoller, "Effect of Experience on Nurses Responses to Dying and Death in the Hospital Setting," Nursing Research 29 (January - February 1980): 35 - 38.



ระดับสูง แต่จะลดลงอย่างเห็นได้ชัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะในครั้งต่อไป และทั้งสองกลุ่มจะมีความรู้สึกถึงความตายเป็นเรื่องธรรมดาเพิ่มมากขึ้น ด้านความรู้สึกมั่นใจในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีความรู้สึกไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ โดยให้เหตุผลที่สำคัญคือยังไม่มีประสบการณ์และขาดการฝึกหัดการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจและขาดความรู้อย่างน่ามาเป็นแนวทางปฏิบัติ และนักศึกษาทั้งสองกลุ่มเกือบทั้งหมดมีความเห็นว่ายังมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของความตาย และการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ ไม่เพียงพอ และคิดว่ามีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้จิตวิทยาของผู้ป่วยใกล้มรณะ พร้อมทั้งเห็นด้วยกับการที่นักศึกษาจะต้องมีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ เพื่อเป็นการเตรียมจิตใจนักศึกษาให้พร้อมที่จะเผชิญกับผู้ป่วยใกล้มรณะและช่วยให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

จากการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะไว้ว่าวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้การศึกษเพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะให้ไปด้วยดีและได้ผลเป็นที่พอใจ คือให้นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะให้มากเท่าที่จะทำได้ ฝึกหัดการใช้เครื่องมือเครื่องใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย มีการสนทนาคาทฤษฎีเพิ่มมากขึ้น ในหลักสูตรและมีการเตรียมจิตใจของนักศึกษาให้พร้อมและยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตาย<sup>1</sup>

พ.ศ. 2520 บงกช พึ่งพุทธार्ักษ์ ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับการตายกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของกลุ่มอาชีพ 4 กลุ่ม คือ นักศึกษาพยาบาล พยาบาล นิสิตนักศึกษา และครู โดยใช้แบบสอบถาม ผลปรากฏว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของกลุ่มอาชีพต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของกลุ่ม

<sup>1</sup>กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, "ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อผู้ป่วยใกล้มรณะ," (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2518).

อาชีพต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน ประสบการณ์เกี่ยวกับการตายกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ไม่สัมพันธ์กัน<sup>1</sup>



## ศูนย์วิทยพัชร์พยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

---

<sup>1</sup>บงกช พึ่งพุทธาธิษ, "ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับการตายกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย," (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521).