

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University (วารสาร พยาบาลศาสตร์)

Volume 9
Issue 0 1-3

Article 1

1997-01-01

HOSPICE CARE : บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

วงเดือน เอี่ยมสกุล

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/cuns>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

เอี่ยมสกุล, วงเดือน (1997) "HOSPICE CARE : บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย," *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University (วารสารพยาบาลศาสตร์)*: Vol. 9: Iss. 0, Article 1.

DOI: 10.58837/CHULA.CUNS.9.1-3.1

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cuns/vol9/iss0/1>

This Original article is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Journal of Nursing Science Chulalongkorn University (วารสารพยาบาลศาสตร์) by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

บทความวิชาการ

HOSPICE CARE : บทบาทของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

วงเดือน เอี่ยมสกุล *

ในประเทศที่พัฒนาได้จัดให้มีบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Terminal ill patients) โดยเฉพาะที่เรียกว่า Hospice care เพื่อเป็นสถานที่บรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อำนวยความสะดวกสบายด้านสิ่งแวดล้อมและการตอบสนองที่ดีทางด้านจิตวิญญาณตามที่ผู้ป่วยต้องการ และให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบ เป็นไปตามธรรมชาติ มีเกียรติและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

Hospice (สถานพักพิง) เป็นคำที่เริ่มได้ยินมากขึ้นในประเทศไทย แต่ยังไม่มีรูปแบบการบริการอย่างครบขั้นตอน สำหรับในประเทศตะวันตกและเอเชียหลายประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ได้มีบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแนวคิดแบบ Hospice care มาแล้วเป็นเวลานาน และได้แพร่หลายไปสู่ประเทศต่างๆ ในทุกทวีป คำว่า Hospice มีความหมายดั้งเดิมคือ “House of Welcome” มีการเริ่มต้นในยุโรปมาก่อน โดยใช้โบสถ์เป็นสถานที่พักชั่วคราวสำหรับนักเดินทางและผู้ป่วย มีหลวงพ่หรือผู้รักษาศาสนา ผู้อุทิศตนแก่ศาสนา เช่น ชิสเตอร์ ทำงานร่วมกับอาสาสมัครและมีพยาบาลร่วมให้การดูแลด้วยในขั้นต้นใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ต่อมาในยุคสมัยใหม่มีความมุ่งหมายช่วยเหลือทางจิตใจและทางด้านการแพทย์ ซึ่งวงการแพทย์อาจเรียกได้ว่า Hospice care หมายถึงความจำเป็นสำหรับการเตรียมสู่ความตาย Hospice มีได้เน้นสถานที่รักษา แต่เน้นการดูแล หรืออาจเรียกว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยให้การดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

แนวคิดของ Hospice Care

Hospice care เป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อสนองความต้องการทางกาย จิต อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยทีมงานที่มีความรู้และประสบการณ์ ให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการปวดและอาการอื่นๆ บรรเทาความทุกข์ทรมาน และช่วยทำให้มีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ รวมทั้งให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยอย่างดีในระหว่าง

* กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนถึงแก่กรรม เพื่อบรรเทาความเศร้าโศกจากการสูญเสียผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรวมการดูแลที่หน่วยผู้ป่วยในสถานพักฟื้นและการดูแลที่บ้านให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของ Hospice care

1. เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ด้วยความร่วมมือของทุกคนในทีมงาน
2. ให้การดูแลประคับประคอง ให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพและมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
3. ให้การฟื้นฟูสภาพ
4. ให้การดูแลทั้งทางกาย จิต จิตวิญญาณ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้จะตาย

ผู้ที่ Hospice ให้การดูแล

1. ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย
2. ผู้ป่วยที่ต้องการให้การฟื้นฟูสภาพ
3. ผู้ป่วยสูงอายุ ที่ต้องการการดูแลและต้องการความช่วยเหลือ
4. ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลตามอาการและอย่างต่อเนื่อง
5. ครอบครัวผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

ลักษณะเฉพาะของการดูแลใน Hospice

1. ความตายเป็นประสบการณ์ธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งการมีชีวิตอยู่และเมื่อถึงแก่ความตาย เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเหมือนกัน
2. ผู้ที่จะตายและครอบครัวของเขาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดเหนือสิ่งอื่นใด
3. ผู้ที่จะตายนั้นมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจด้วยตัวของเขาเองในการปฏิบัติหรือเลือกสิ่งที่เขาอยากทำ

บทบาทของพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนางาน Hospice

Hospice ในสมัยกลางของยุโรป เป็นสถานที่พักชั่วคราวแก่ผู้เดินทาง ผู้แสวงบุญที่จะพักผ่อนให้สุขภาพสดชื่นก่อนที่จะออกเดินทางต่อไปสู่จุดหมาย และมาในศตวรรษที่ 19 Hospice จึงใช้เป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Terminal ill patients) โดยแม่ชี Mary Aikenhead ซึ่งเป็นเพื่อนของ Miss Florence Nightingale เป็นผู้บุกเบิก แต่ยังให้บริการไม่เต็มรูปแบบ

ต่อมาพยาบาลชื่อ Dame Cicely Saunders ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีว่าเป็นผู้ก่อตั้ง Hospice ชื่อ St. Christopher ขึ้นในปี 1967 และนับตั้งแต่นั้นมา Hospice ก็กลายเป็นปรัชญาที่รู้จักทั่วโลก

โดยสามารถปรับให้เข้ากับความต้องการของวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันไป

Saunders ได้มีการพัฒนาแนวคิดในการดูแลหลายรูปแบบ รวมทั้งการดูแลแบบ Palliative care หรือการดูแลประคับประคองหรือประทุ้งอาการ ซึ่งก็รวมถึงการใช้ยาระงับปวดอย่างสม่ำเสมอมากกว่าให้ยาเฉพาะบางเวลาเท่านั้น และจากนั้นพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลแห่ง Yale คือ Florence Wald ได้นำแนวคิดนี้ไปจัดตั้ง Hospice ในสหรัฐอเมริกาขึ้นเป็นแห่งแรกในปี ค.ศ. 1972 ที่ connecticut โดยรับผู้ป่วยไว้ดูแล 44 เตียง นับเป็น Hospice ที่เต็มรูปแบบเป็นแห่งแรก

หลังจากนั้นได้มีการพัฒนารูปแบบของ Hospice เพื่อยกระดับมาตรฐานการบริการขึ้นเรื่อยๆ เช่น มีการเข้าร่วมพัฒนางาน Hospice กับโรงพยาบาล เพื่อให้การบริการแก่ผู้ป่วยที่ใกล้จะตายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีการพัฒนาในหลายรูปแบบ เพื่อให้มีผลดีด้านการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care จิตแพทย์ที่มหาวิทยาลัยชิคาโก พยายามชี้ให้เห็นว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข จะต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลเรื่องความตายการดูแลผู้ป่วยใกล้จะตายควรเป็นอย่างไร ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต่อหน้าชุมชน ซึ่งหวังผลในการให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้โดยตรงจากผู้ป่วย และเพื่อร่วมกันคิดรูปแบบที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น การจัดตั้ง Hospice ได้แพร่หลายไปมากกว่า 60 ประเทศ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเมืองหรือศาสนา หนังสือ 'Hospice Worldwide' จัดพิมพ์โดย Hospice Information Service ได้รวบรวมรายละเอียดของศูนย์การดูแลผู้ป่วยใน Hospice ที่จัดตั้งขึ้นแล้วและกำลังจะจัดตั้งขึ้นใหม่ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเผยแพร่ทั่วโลก

ทีมงาน Hospice

1. แพทย์
2. พยาบาลในโรงพยาบาล/สถานพักฟื้น
3. พยาบาลดูแลที่บ้าน
4. นักสังคมสงเคราะห์
5. นักกายภาพบำบัด
6. อาสาสมัคร
7. เภสัชกร
8. นักโภชนาการ
9. ผู้รักษาศาสนา/นักบุญ พระ หลวงพ่อ ชิสเตอร์

หลักสำคัญของการปฏิบัติงานใน Hospice

1. ความรู้ (Knowledge) บุคลากรในทีมงานต้องมีความรู้เกี่ยวกับ

- โรค (Disease status)
- พยาธิสภาพทางร่างกาย (Physiology of death)
- สภาพทางจิต (Psychosocial aspects of death)
- การดูแลในระยะสุดท้าย (Terminal care)
- จริยธรรม (Ethics)
- การให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยหรือครอบครัว (Individual & Family counselling)
- ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับครอบครัว (Family dynamics)
- การสูญเสีย/การจากไป (Bereavement)
- การดูแลตามอาการอย่างเหมาะสม (Reimbursement issues)

2. ทักษะ (Skills) องค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ ทีมงาน Hospice ชุมชนผู้ป่วย ครอบครัว จำเป็นต้องมีทักษะต่างๆ

- การดูแล/การลดความเครียด (Self care/Stress management)
- คุณภาพบุคคล (Personal qualities)
- การติดต่อสื่อสาร (Communication)
- การช่วยเหลือในยามจำเป็น (Support/crisis intervention)
- การติดต่อกับชุมชน/การส่งต่อ (Community relationships/Referral)
- การบริหารจัดการผู้ป่วยแต่ละราย (Assessment/Care management)

รูปแบบการจัดบริการของ Hospice

1. เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและครอบครัว
2. เป็นจุดรวมของการดูแลที่ต้องเน้นทั้งทางด้านร่างกาย จิต วิญญาณของผู้ที่จะตาย
3. เป็นบริการทั้งผู้ป่วยใน รพ. และผู้ป่วยที่บ้าน และให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
4. เป็นบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการสูญเสีย (Bereavement counselling) ทั้งผู้ป่วยที่จะตายและครอบครัวผู้ป่วย

การจัดบริการของ Hospice

1. การดูแลเวลากลางวัน (Day Care Center)

การดูแลเวลากลางวันเป็นก้าวสำคัญของ Hospice โดยจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่กลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน แต่ยังคงติดต่อรับบริการต่างๆ จากหน่วย Hospice ทั้งกิจกรรมทางสังคม ได้พบปะสังสรรค์ บันทึกลง และจัดให้มีกิจกรรมกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด การดูแลความสวยงาม (ทำผม การเสริมสวย) โดยเริ่มจัดตั้งขึ้นที่ St. Luke Hospice เมือง Sheffield เป็นแห่งแรก ซึ่งต่อมาได้จัดตั้งขึ้นใน Hospice ทุกแห่ง

2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน

การดูแลผู้ป่วยในของ Hospice เป็นหน่วยที่ขึ้นกับหน่วยผู้ป่วยใน จัดเป็นองค์กรการกุศล เอกเทศ มีเครือข่ายเชื่อมโยงอย่างมั่นคงทางด้านนโยบายและการปฏิบัติ กับองค์กรการบริการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับการสนับสนุนทางการเงิน เพื่อไปดำเนินการในชุมชนท้องถิ่นของแต่ละแห่ง Hospice แต่ละแห่งมีขนาดเล็กใหญ่ต่างกัน จำนวนเตียง 30-60 เตียง หรือมากกว่านั้น มีผู้ป่วยทุกอายุ ทุกระยะของโรค มีแพทย์ประจำท้องถิ่นหรือแพทย์เวชปฏิบัติ และแพทย์ที่ปรึกษาเฉพาะโรค

3. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care)

ผู้ป่วยจำนวนหลายรายที่ต้องการอยู่กับบ้าน อยู่กับครอบครัว ทีมงานผู้มีความรู้และประสบการณ์ ดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ฯลฯ ต่างร่วมกันให้บริการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การให้ยาบรรเทาอาการปวด จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น ปลอดภัยให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติ ปัจจุบันมีทีมงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่เป็นจำนวนมาก โดยแบ่งการดูแลประจำท้องถิ่นหรือชุมชนนั้นๆ โดยติดตามดูแลผู้ป่วยในของ Hospice ที่กลับไปอยู่กับครอบครัว มีการประสานงานกับศูนย์พยาบาลและโรงพยาบาลในท้องถิ่น และมีเครือข่ายเชื่อมโยงถึงกัน

การปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน

- พยาบาลผู้มีความรู้ การบริการและการบริหาร ดำเนินการดูแลสุขภาพทั้งร่างกาย/จิตใจ/จิตอารมณ์
- ใช้ความคิด/องค์ความรู้เป็นแนวทางในการบริการ
- ใช้กระบวนการพยาบาล มีการวินิจฉัย วางแผนอย่างมีเป้าหมาย ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเกิดปัญหา สร้างความสุขสบาย พัฒนาการดำรงชีวิตที่เป็นสุข (การคิด ความรู้สึก และจิตวิญญาณ) การฟื้นฟูสภาพ ประเมินผลการปฏิบัติด้วยเกณฑ์การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน

- วิธีปฏิบัติ รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การสอนการปฏิบัติเพื่อการดูแลทางร่างกาย/ทางจิต/การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
- รับผิดชอบให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน การจัดการด้านบริการ ประสานงานการใช้บริการในชุมชนใกล้บ้านให้เกิดประโยชน์
- ปฏิบัติงานเป็นทีม
- พัฒนาดตนเองด้านวิชาการ วิชาชีพ วิจัย และจริยธรรม

4. Pastoral Care

เป็นกระบวนการดูแลที่เน้นกิจกรรมที่ Support ทางด้านจิตใจ ได้แก่

1. จัดให้ฟังธรรมะ/ร่วมพิธีสวด
2. ฟังดนตรี-ร้องเพลง
3. ร่วมกิจกรรมสันทนาการกับกลุ่ม รวมทั้งกิจกรรมการปั้น หรือประดิษฐ์ดอกไม้
4. อนุญาตให้นำสิ่งของบางอย่างที่รัก/ชอบมาอยู่ใกล้ๆ
5. จัดอาหารที่ถูกต้อง หรือเคยชอบให้ เช่น ต้มไฉนก่อนอาหาร

5. Grief and Bereavement Counselling

เป็นกระบวนการที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ที่มีความเศร้าโศก (Grief) และสูญเสีย (Bereavement) ด้วยวิธีการต่างๆ คือ

1. ยอมรับความจริงในการสูญเสีย
2. เพิ่มประสบการณ์ต่างๆ เพื่อลดความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องความเศร้าโศก
3. ปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดภาวะสูญเสียลง
4. ลดความกลัวให้น้อยลงหรือหมดไป
5. สร้างความสัมพันธ์อันดี ให้เวลาและให้ผู้เศร้าโศกได้ระบายความรู้สึก
6. สนับสนุน ชี้แนะและให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้เศร้าโศกหรือสูญเสียผ่านพ้นภาวะต่างๆ ไปได้ด้วยดี
7. ให้โอกาสผู้เศร้าโศกได้พบกลุ่มอื่นในลักษณะเดียวกัน เพื่อเข้าใจและช่วยเหลือกัน

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยของ Hospice ทุกแห่ง จะมีผู้ป่วยทุกโรค ทุกระยะ โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายมารับการดูแล จากการศึกษาขององค์กรสถานพักฟื้นระหว่างประเทศ [National Hospice Organization (NHO)] ในปี 1990 Hospice แต่ละแห่งให้บริการผู้ป่วยโรคต่างๆ ดังนี้ ผู้ป่วยในระยะท้ายๆ โรคมะเร็ง 84% ผู้ป่วยโรคเอดส์ 4% โรคหลอดเลือด 3% โรคอื่นๆ 9% และจำนวน

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามประมาณ 60% ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะต้องให้การดูแลพิเศษ ไม่ว่าผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยที่บ้าน

มิติการมองเรื่องครอบครัวและวัฒนธรรมของคนไทยในอนาคต จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม อย่างรวดเร็ว มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง องค์ประกอบของสมาชิกในครอบครัวเล็กลง ความสัมพันธ์ และเวลาที่จะดูแลกันและกันน้อยลง จำเป็นต้องพึ่งพาหน่วยงานดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานที่จัดให้บริการตามรูปแบบของ Hospice อย่างครบถ้วน มีโครงการซึ่งจัดดำเนินการโดยพระภิกษุสงฆ์ เช่น โครงการธรรมรักษันเวศน์ วัดพระบาทน้ำพุ จ. ลพบุรี ได้สร้างสถานที่และรับผู้ป่วยโรคเอดส์ในระยะสุดท้ายไว้ดูแล โดยมีเงินอุดหนุนจากต่างประเทศบางส่วน และจากผู้บริจาค สำหรับในภาครัฐบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ นอกจากให้บริการผู้ป่วยในแล้ว ได้ดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยให้การบำบัดอาการปวดและอาการอื่นที่จำเป็น ให้กำลังใจในขณะที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ให้ความช่วยเหลือเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ และให้การดูแลเรื่องทวารใหม่ เพื่อให้มีชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุข และใกล้ชิดกับบุคคลที่รักในครอบครัว นอกจากนั้นได้จัดสถานที่ให้มีสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่เป็นธรรมชาติ เป็นสถานที่พักผ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และจัดสร้างศาลาฟังธรรมให้ผู้ป่วยได้มีสมาธิ มีสิ่งศรัทธายึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้มีจิตใจ จิตวิญญาณที่สุขสงบ แม้ในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย

คุณสมบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของภาวะจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้จะตาย และมีทักษะด้านต่างๆ ประกอบด้วย

1. มีทักษะในการสื่อสารและความเข้าใจความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย
2. มีความรู้ด้านบุคคลและเข้าใจภาวะความทุกข์โศก (Grief) และการสูญเสีย (Bereavement)
3. ไวต่อความรู้สึก และมีความเห็นอกเห็นใจ
4. สามารถอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังเฉยๆ ได้ เช่น นั่งข้างๆ จับมือผู้ป่วย
5. ตระหนักถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลแต่ละครอบครัว

หลักการพยาบาลผู้ป่วยและญาติที่กำลังเผชิญกับความตาย

1. ให้การพยาบาลทั่วไปเกี่ยวกับความสะอาดร่างกายและความสุขสบายของผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลบาดแผลกดทับ ฯลฯ

2. การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดความอบอุ่นเหมือนบ้านและสงบสมตามความประสงค์ของผู้ป่วย
3. ให้การดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์อย่างต่อเนื่องตามอาการ แบบประคับประคอง
4. บรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายโดยเฉพาะอาการปวด
5. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวให้ยอมรับกับความตายได้
6. ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาใกล้ชิดและดูแลกันให้มากที่สุด
7. ช่วยเหลือและให้กำลังใจญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับความทุกข์โศกและการสูญเสีย จนกว่าจะกลับสู่ภาวะปกติ

□ □ □ □ □

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา ยูนิพันธุ์ พยาบาลกับการดูแลสุขภาพจิตที่บ้าน เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 12 สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2538.
- สิวลี ศิริไล การตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ตามวัฒนธรรมไทย เอกสารการบรรยายที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง, 2537.
- Barbus, A.J. The dying person's bill of right, **Am'J' Nurs.**, 1975.
- Clive, Allison & John, Allison. **What is Hospice.** Directory of Hospice Service, Bethlehem Hospital, 1994.
- Cynthia Chance Snyder. **Care of the dying : Oncology nursing.** Little Brown and Company Boston, 1978.
- Jeanne Martinez & Steven Wagner. **Hospice care : Cancer nursing principle and practice.** Third Edition, 1987.
- Joanne Packer Weiss. **Home care : Clinical audit in palliative care,** 1982.
- John, Allison. **Experiences of grief Support Service,** Caritas Christi Hospice, Melbourne, 1994.
- Saunders, C.O. **The management of terminal disease.** London, Edward Arnold, 1978.