



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

คู่มือการดูแลผู้ป่วย

แบบประทับประคองและระยะท้าย

(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)



คู่มือการดูแลผู้ป่วย

แบบปรับระดับประคองและระยะท้าย

(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

ที่ปรึกษา	นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	อธิบดีกรมการแพทย์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
บรรณาธิการ	พญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ พญ.เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง	ที่ปรึกษากรมการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ทีมบรรณาธิการ	ธีระพล สมหมายไชยา, อุมารณ พงษ์พันธุ์, ชลศณีย์ คล้ายทอง, ณัฐฐา อาสนเลขา, นฤมล เรืองกิจพัฒนกร, ศิวาพร สังข์รวม, ภัทราภรณ์ สมศรี, สมทิธิกร เย็นวัฒนา, สาวิตรี ยาหอม, ลลิตา พนาคร	
คณะผู้เขียน	บทที่ 1 บทนำ ปฐมพร ศิริประภาศิริ บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล บทที่ 3 หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง วรรณดา ฉายอรุณ, เขมจิต มุกดาดี, สุภารัตน์ ถัณฑ์ธรรม บทที่ 4 การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป) นิอร โชติชนประสิทธิ์, ชลียา วามะสุน, โสภิต ทับทิมหิน, เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์, สุวรรณกิจ สมทรัพย์, ธีระพันธ์ กากแก้ว, นันทิยา แก้ววงษา บทที่ 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ศรีเวียง ไพโรจน์กุล บทที่ 6 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม บทที่ 6.1 การดูแลทางด้านร่างกาย ธีระพล สมหมายไชยา บทที่ 6.2 การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์, พัทธี ยิ้มแย้ม, นุชนารถ เขียนนุกูล, วณิชชา เรืองศรี, ชุตีรัตน์ สารรัตน์, รัชนีภากรณ์ แซ่ลี บทที่ 7 การดูแลผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต โชตินรินทร์ ไชยรินทร์ บทที่ 8 การดูแลภายหลังเสียชีวิต ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์, สิริกานดา กอแก้ว บทที่ 9 การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค บทที่ 9.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง ชุดิมา สิมะสาธิตกุล, พิรัชญ์ ท้าวพงษ์, เพชรรัตน์ หาญอุทัยรัมย์, ศิริกัญญา จงเสถียรธรรม, อัจฉิมา ชลไพศาล, อรสา อัครวิธราชกูร, ศิริพร สวยพรั่ง, อัญชลี สุขขัง บทที่ 9.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท ญดา พงษ์กาญจนะ, อัญเชิญ ชัยลัธรัตน์ ,รัตนา จันทน์แจ่ม, สุพัตรา ปวนไผ่ บทที่ 9.3 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สุวารัวรรณ จิระเสวกติก	บทที่ 9.4 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ อลิศรา อนันันับ, พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล, ปาริศา บัวทอง บทที่ 9.5 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง กรณา ลีเมจริญ, ณัฐนันท์ หาญณรงค์ บทที่ 9.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด สตรีรัตน์ จันครุฑ, พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล บทที่ 9.7 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ ฐิติรัตน์ ตันดิปริชาพงศ์ บทที่ 10 การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง, ปราณี เมืองน้อย, ธิพร ตั้งจิตติพร, วณิ แม่นยำ, สมพร รัตนติลก ณ ภูเก็ต, ปริภาดา สร้างนอก, จิณณพัต ยอดไกรศรี, วรพัทธ์ ไทยสิทธิ บทที่ 11 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ สกานต์ บุณนาถ, จิตนภา วาณิชวโรดม บทที่ 12 การดูแลโภชนาการแบบประคับประคอง พรทรัพย์ เตชะกุลเจริญ, ชวลี เครือสุคนธ์ บทที่ 13 บทบาทการดูแลของทีมนสหสาขาวิชาชีพ บทที่ 13.1 เกสัชกร วารภรณ์ ริมชัยสิทธิ์ บทที่ 13.2 นักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัด อนุชตรา วรณเสวก บทที่ 13.3 นักสังคมสงเคราะห์ สุทวารณณ์ ไชยมูล, กรนิภา คงหนองลาน, สุภาวดี บุญรอด บทที่ 13.4 นักกายภาพบำบัด สุกัญญา ยังหอกิจไพศาล บทที่ 13.5 นักจิตวิทยา ปรียาพร จันทโรทาน, กุลธิดา พิพัฒน์จรัสสกุล บทที่ 14 กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน บทที่ 15 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่ ปฐมพร ศิริประภาศิริ, ชลศณีย์ คล้ายทอง, ณัฐฐา อาสนเลขา
พิมพ์ครั้งที่ 1	กันยายน 2563 จำนวน 1,500 เล่ม	
ISBN	978-974-422-924-3	
พิมพ์ที่	สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์	
จัดทำโดย	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	

เอกสารเล่มนี้เป็นเอกสารวิชาการ ซึ่งเป็นความคิดเห็นของบรรณาธิการและคณะผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของหน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง

คำนำ

คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) ฉบับนี้ เป็นการปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ 2 ฉบับ คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ และเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคองของโรคต่างๆ ใน List disease of palliative care and functional unit กรมการแพทย์ ให้มีความทันสมัยเหมาะกับการจัดระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 วรรค 1 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (living wills) และในสถานการณ์ที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ ตลอดจนการมีโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่จำเป็นต้องลดความแออัดของสถานบริการ ในขณะที่ประชาชนต้องได้รับการที่นำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ไม่ลดลงกว่าเดิม การจัดบริการอาจเปลี่ยนรูปแบบบุคลากรให้การดูแลในโรงพยาบาลเป็นบุคลากรเสริมสร้างพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน กระตุ้นให้เกิดการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (home ward) เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อโรคจากโรงพยาบาล สร้างโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใกล้ชิดกันโดยไม่ต้องประสบปัญหาการจำกัดการเฝ้าไข้หรือเยี่ยมไข้ในกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และลดความแออัดของโรงพยาบาล

การสร้างวิถีใหม่ของการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพของประเทศจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะให้บุคลากรทางการแพทย์ในทีมสหวิชาชีพทุกระดับ สามารถจัดการอาการได้เป็นอย่างดี คู่มือนี้ประกอบด้วยแนวทางการให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายแบบองค์รวมทุกมิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลรักษาโรค ร่ายกลุ่มอาการ และรายวิชาชีพในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย เป็นเครื่องมือช่วยในการให้บริการตั้งแต่การเยี่ยมบ้าน การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยมีความมุ่งหวังให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในการดูแลอาการสามารถให้คำปรึกษาแก่จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจจะได้ศึกษาวิธีการดูแลจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดระยะท้าย (สำหรับผู้ดูแลหลัก) กรมการแพทย์มาก่อน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) จะช่วยพัฒนากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายให้บุคลากรมีความเข้าใจแนวทางการดูแล เพื่อดำเนินการตามแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care plan; ACP) และแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีและจากไปอย่างสงบตามความประสงค์ที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้

บรรณาธิการ
กันยายน 2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	I
สารบัญ	III
สารบัญตาราง	V
สารบัญภาพ	VII
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ	7
บทที่ 3 หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง	17
บทที่ 4 การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)	25
บทที่ 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข	33
บทที่ 6 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม	45
6.1 การดูแลทางด้านร่างกาย	47
6.2 การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา	65
บทที่ 7 การดูแลผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต	73
บทที่ 8 การดูแลภายหลังเสียชีวิต	79
บทที่ 9 การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค	83
9.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง	85
9.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท	111
9.3 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	123
9.4 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ	135
9.5 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์แบบประคับประคอง	145
9.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด	153
9.7 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ	165
บทที่ 10 การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก	173
บทที่ 11 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	225
บทที่ 12 การดูแลรักษาอาหารแบบประคับประคอง	235
บทที่ 13 บทบาทการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	249
13.1 เกสัชกร	251
13.2 นักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัด	261
13.3 นักสังคมสงเคราะห์	271
13.4 นักกายภาพบำบัด	279
13.5 นักจิตวิทยา	291

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 14 กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	299
บทที่ 15 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่	313
ภาคผนวก	323
ภาคผนวกที่ 1 World Health Organization: Improving access to palliative care (infographic)	325
ภาคผนวกที่ 2 นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย	329
ภาคผนวกที่ 3 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข	347
ภาคผนวกที่ 4 ตัวอย่างหนังสือยินยอมให้พบแพทย์ออนไลน์และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ กรมการแพทย์	353
ภาคผนวกที่ 5 แนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ ในระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	359

สารบัญตาราง

	หน้า
บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ	
ตารางที่ 2.1 Point-prevalence of palliative in-patients	10
ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบการใช้ strong opioids และ advance care planning ระหว่างผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาจากทีมดูแลประคับประคองและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา	10
ตารางที่ 2.3 เปรียบเทียบ point prevalence ของผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ	10
บทที่ 4 การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)	
ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง	28
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบ ECOG performance status, Kanofsky performance status และ palliative performance score	30
บทที่ 6 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม	
ตารางที่ 6.1.1 หลักการใช้ยาแก้ปวดขององค์การอนามัยโลก	51
ตารางที่ 6.1.2 ตัวอย่างยากลุ่ม non-opioid ที่ใช้บ่อย	51
ตารางที่ 6.1.3 รายละเอียดของยาในกลุ่ม weak opioid ที่ใช้บ่อย	52
ตารางที่ 6.1.4 รายละเอียดของยาในกลุ่ม strong opioid ที่ใช้บ่อย	52
ตารางที่ 6.1.5 Adjuvants drug ที่ใช้บ่อย	54
บทที่ 7 การดูแลผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต	
ตารางที่ 7.1 แนวทางการจัดการในภาวะกำลังจะเสียชีวิต	76
บทที่ 9 การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค	
ตารางที่ 9.1.1 WHO analgesic ladder	89
ตารางที่ 9.1.2 รูปแบบต่างๆ ของมอร์ฟีน	91
ตารางที่ 9.1.3 Equianalgesic dose ของมอร์ฟีนและเฟนทานิล	94
ตารางที่ 9.2.1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	113
ตารางที่ 9.2.2 Expanded disability status scale (EDSS)	115
ตารางที่ 9.2.3 The modified rankin scale (mRS)	116
ตารางที่ 9.3.1 ข้อห้ามสมบรูณ์ของการล้างไตทางช่องท้อง	127
ตารางที่ 9.3.2 การประเมินด้วย Charlson comorbidity index	129
ตารางที่ 9.3.3 Karnofsky performance status scale	130
ตารางที่ 9.6.1 การประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมตามระดับการดำเนินของโรค	156
ตารางที่ 9.7.1 The Child-Turcotte-Pugh score and classification	168
ตารางที่ 9.7.2 Model for end stage liver disease (MELD) score	169
บทที่ 10 การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก	
ตารางที่ 10.1 การแบ่งผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลประคับประคอง	176
ตารางที่ 10.2 ความเข้าใจเรื่องความตายในเด็กแต่ละวัยและปฏิกิริยาต่อความตาย	177
ตารางที่ 10.3 การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม (holistic care)	180
ตารางที่ 10.4 ตัวอย่างเครื่องมือประเมินความปวดตามวัย	194
ตารางที่ 10.5 ขนาดยาสำหรับบรรเทาอาการปวดไม่รุนแรง	196
ตารางที่ 10.6 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด	196

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 10.7 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารก ตั้งแต่อายุ 1 เดือน - 1 ปี	196
ตารางที่ 10.8 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่อายุ 1-12 ปี	197
ตารางที่ 10.9 อัตราส่วนการปรับยาระหว่างการบริหารยาแบบ parenteral และ oral	197
ตารางที่ 10.10 ตัวอย่างยากลุ่ม ยาเสริม (adjuvant drugs)	197
ตารางที่ 10.11 Modified borg scale (MBS)	199
ตารางที่ 10.12 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการระบบทางเดินหายใจ	200
ตารางที่ 10.13 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการระบบทางเดินอาหาร	201
ตารางที่ 10.14 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน	201
ตารางที่ 10.15 แนวทางปฏิบัติให้การรักษาชักต่อน้องในโรงพยาบาล	202
ตารางที่ 10.16 การพยาบาลตามระยะพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ	218
ตารางที่ 10.17 ปัจจัยด้านบวกและด้านลบของกลุ่มเสี่ยง (high risk) ภายหลังการสูญเสีย	222
บทที่ 11 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	
ตารางที่ 11.1 การดูแลผู้สูงอายุแบบเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแบบประคับประคอง	228
บทที่ 13 บทบาทการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	
ตารางที่ 13.3.1 ข้อมูลเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ	276
ตารางที่ 13.4.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทางกายภาพบำบัด	281
ตารางที่ 13.5.1 องค์ประกอบในการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต	294
บทที่ 15 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่	
ตารางที่ 15.1 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่ (new normal in palliative care) แบ่งตามระดับโรงพยาบาล	316

สารบัญภาพ

	หน้า
บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ	
ภาพที่ 2.1 โครงสร้างและการจัดการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานของศูนย์ดูแลประคับประคอง ในโรงพยาบาล	12
บทที่ 4 การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)	
ภาพที่ 4.1 แนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	29
บทที่ 6 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม	
ภาพที่ 6.1.1 เครื่องมือวัดระดับความปวด	50
บทที่ 9 การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค	
ภาพที่ 9.2.1 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรกระบบประสาท	117
ภาพที่ 9.4.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตามระดับ PPS	142
ภาพที่ 9.6.1 การทำงานของปอดที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในคนปกติและผู้ป่วย COPD	157
ภาพที่ 9.6.2 ร้อยละการรอดชีวิตของผู้ป่วย IPF ที่ไม่ได้รับและได้รับการปลูกถ่ายเปลี่ยนปอด	158
ภาพที่ 9.7.1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษารูปแบบประคับประคอง	170
บทที่ 10 การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก	
ภาพที่ 10.1 องค์ประกอบของ holistic care	179
ภาพที่ 10.2 PPS-children Suandok ใช้สำหรับเด็กอายุ 1-14 ปี	182
ภาพที่ 10.3 Distress thermometer for child	183
ภาพที่ 10.4 บันได 3 ขั้น ของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1998	195
ภาพที่ 10.5 บันได 2 ขั้น ของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2012	195
ภาพที่ 10.6 แบบคัดกรองโรควิตกกังวลสำหรับเด็ก screen for child anxiety related disorders (SCARED)-Thai version	209
บทที่ 11 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ	
ภาพที่ 11.1 เครื่องมือประเมิน activity of daily living; ADL	232
บทที่ 12 การดูแลโภชนาการแบบประคับประคอง	
ภาพที่ 12.1 เครื่องนึ่งนมที่ควรจัดเตรียม (จิ๋ว รสขม ส้ม กล้วย อังสะ และรัดประคด)	240
ภาพที่ 12.2 ตัวอย่างการจัดหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต	243
ภาพที่ 12.3 ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อม	244
ภาพที่ 12.4 วิธีห่มดองหรือห่มพาดสังฆาฏิ และวิธีห่มคลุม	245
ภาพที่ 12.5 ตัวอย่างแบบฟอร์มทำพินัยกรรมมอบสมบัติของพระภิกษุอาพาธ	247
บทที่ 13 บทบาทการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	
ภาพที่ 13.1.1 แบบประเมิน palliative performance scale (PPS)	257
ภาพที่ 13.1.2 แบบประเมิน Edmonton symptom assessment system (ESAS)	258
ภาพที่ 13.4.1 ขั้นตอนการประเมินและบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	284
ภาพที่ 13.4.2 แบบบันทึกทางกายภาพบำบัด	285
ภาพที่ 13.4.3 แบบบันทึกผลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด	286
ภาพที่ 13.4.4 แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL	287

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 14 กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	
ภาพที่ 14.1 สรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง	302
บทที่ 15 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่	
ภาพที่ 15.1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายเพื่อเลือกรูปแบบและสถานที่ จัดบริการ	318
ภาพที่ 15.2 ระบบพบแพทย์ทางไกล (telemedicine)	319
ภาพที่ 15.3 ระบบการให้บริการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์	320
ภาพที่ 15.4 ระบบการให้บริการรับยาแบบไม่ลงจากรถ (drive thru)	321

A photograph of three hands, likely belonging to different people, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned over a wooden surface. The background of the entire page features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta.

บทที่ 1

บทนำ

ปฐมพร ศิริประภาศิริ
กรรมการแพทย์

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก World Health Assembly ครั้งที่ 67 ปี ค.ศ. 2014 มีการสรุปข้อมติที่ 67.19 เรื่อง การสร้างความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมตลอดช่วงชีวิต (Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course) ในปีเดียวกันนั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน ในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รองประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายของไทยว่า ประชาชนและผู้อาศัยบนแผ่นดินไทยจะได้รับการดูแลสุขภาวะระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการ แบบไร้รอยต่อ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล โดยเคารพความประสงค์ในการเลือกแผนการรักษาและแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 วรรค 1 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (living wills)

การดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคองกรรมการแพทย์ ร่วมกับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์แผนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานคร สมาคมวิชาชีพ หน่วยงาน องค์กรทางศาสนา และภาคประชาชน ร่วมกันพัฒนาการดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแนวทางสากลตามบริบทของประเทศไทย โดยมีเป้าประสงค์ร่วมกันในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะประคับประคองและวาระสุดท้ายของชีวิตของประชาชน เพื่อสร้างความเท่าเทียมให้ประชาชนไทยและประชากรโลก

องค์การอนามัยโลกมีการติดตามการดำเนินการและรายงานผลงานภาพรวมประเทศในเวทีโลก โดยหน่วยงานด้านวิชาการ Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) และหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์ (Intelligence Unit ของ The Economist) การประเมินระดับการให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ได้มาตรฐาน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและทรัพยากร การมีโครงสร้างและระบบบริการแบบประคับประคอง การมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุม การเข้าถึงยา มอร์ฟีนและวัตถุออกฤทธิ์เพื่อจัดการอาการด้วยกระบวนการที่มีคุณภาพ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาร่วมกัน การมีระบบเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ การสร้างความตระหนักของประชาชนในสังคม และการมีระบบติดตามรายงานผลของประเทศ

สถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2011 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.4 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 6 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 25 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.47 โรคมะเร็งร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ร้อยละ 5.71 โรคเบาหวานร้อยละ 4.59

โรคไตร้อยละ 2.02 โรคตับแข็งร้อยละ 1.70 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 1.65 และอื่นๆ สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center; HDC service) ปีงบประมาณ 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงานร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปีร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าเป็นกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงร้อยละ 14.93

คณะกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคองร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินการตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-6 building blocks) และกรอบการติดตามการดำเนินการข้างต้นตามบริบทของประเทศไทย โดยดำเนินโครงการพัฒนาความรู้และศักยภาพบุคลากรในการจัดการอาการ การสร้างเครือข่ายและข้อมูล ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการสนับสนุนยามอร์ฟิน บูรณาการแพทย์แผนไทยเข้ามาอยู่ในระบบการดูแลแบบประคับประคอง สำนักงานหลักประกันสุขภาพปรับการจ่ายค่าตอบแทนการบริการ ร่วมกับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและสมาชิกสุขภาพแห่งชาติในการการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care plan; ACP) และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (living wills) และการพัฒนาระบบติดตามผลงานการปฏิบัติงาน

การติดตามประเทศสมาชิกที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญประการหนึ่ง คือ ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองจากการบริโภคยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (opioids) โดยติดตามปริมาณการใช้ยา opioids แบบ morphine equivalent (ME) minus methadone คือ ไม่รวมการใช้ opioids ในการรักษาผู้ติดยาเสพติดของทุกประเทศอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานของ WHO South East Asia Region ในปี ค.ศ. 2017 ซึ่งมีประเทศสมาชิก 11 ประเทศ มีรายงานการใช้ยา opioids แบบ morphine equivalent (ME) minus methadone จากข้อมูลปี ค.ศ. 2015 พบประเทศสหรัฐแห่งสหภาพเมียนมามีรายงานการใช้ 3.71 มิลลิกรัมต่อประชากร ซึ่งสูงที่สุดใน 11 ประเทศสมาชิก รองลงมาคือประเทศไทยมีปริมาณการใช้ 2.97 มิลลิกรัมต่อประชากร และประเทศศรีลังกา มีปริมาณการใช้ 0.87 มิลลิกรัมต่อประชากร ตามลำดับ

เมื่อความสามารถการดูแลแบบประคับประคองของประเทศต่างๆ ถูกวัดจากการบริโภคยา opioids การพัฒนากรอบการดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของประเทศไทยจึงมุ่งเน้นผลลัพธ์เป้าหมายที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพสากล คือ การเข้าถึงยา opioids ในการจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการวัดคุณภาพการให้บริการตาม Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) อื่นๆ โดยระบุไว้ในแนวทางการตรวจราชการ และคู่มือการรายงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นข้อแนะนำการให้บริการองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการสำคัญในการดูแล คือ การทำ family meeting การทำ advance care planning (ACP) การให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน

การขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองจำเป็นต้องมีองค์ประกอบต่างๆ คือ การมีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่ายยา จ่ายยา และบริหารยา opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย การมีระบบการวินิจฉัย (ICD-10; Z51.5) ในการให้บริการแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในฐานข้อมูลโรงพยาบาลและส่งข้อมูลเข้าระบบสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข

(Health Data Center; HDC) การจัดการอาการอย่างมีคุณภาพโดยได้รับการบรรเทาอาการปวดและยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ ตามคำแนะนำด้านยาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization essential medicines in palliative care) และแนะนำให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลระดับประคับประคองอย่างไว้รอยต่อร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคมหรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และจัดการให้มีอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการจัดบริการ แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลระดับประคับประคอง

ผลการดำเนินการ 3 ปีที่ผ่านมามีความก้าวหน้าเป็นลำดับ ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆ ด้วย opioid ในผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ที่มีอาการปวดในระยะท้ายของชีวิต คือ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคระบบประสาท (หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ) ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง และภาวะหัวใจล้มเหลว ใน 3 ช่วงอายุ ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง วัยรุ่น-วัยทำงาน และเด็ก ผลการปฏิบัติงานภาพรวมของประเทศในปีงบประมาณ 2561, 2562, 2563 (ไตรมาส 1-2) คือ ร้อยละ 28.77 ร้อยละ 34.10 และร้อยละ 33.35 ตามลำดับ ในปีงบประมาณต่อมาพิจารณาเพิ่มเติมตัวชี้วัดเพื่อกำกับการดำเนินการคุณภาพเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผลการดำเนินการในปีงบประมาณ 2562, 2563 (ไตรมาส 1-2) พบร้อยละ 33.83 และร้อยละ 37.63 ตามลำดับ ต่อมาในปีงบประมาณ 2563 เพิ่มตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายที่ได้รับการทำ advance care plan

นอกจากการมุ่งเน้นการทำงานเชิงระบบสาธารณสุขเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดของประเทศและองค์การอนามัยโลก การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายอย่างมีคุณภาพมาตรฐานก็มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากัน เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายจึงดำเนินการพัฒนางานด้านคุณภาพร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ศูนย์การรณรงค์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พัฒนาเกณฑ์การรับรองคุณภาพในรูปแบบการประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (disease specific certification) และการประเมินเครือข่ายการบริการสุขภาพระดับจังหวัด (provincial network) ในด้านการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย ได้จัดทำมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และสมุดคู่มือการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองขึ้น พร้อมกันนี้กรมการแพทย์ จึงดำเนินการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย และ list disease of palliative care and functional unit ให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับบริบทของประเทศเป็นคู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. 2557.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. List disease of Palliative care and Functional unit. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์; 2559.
3. เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง, ศูนย์การุณรักษ์, กรมการแพทย์. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2561.
4. เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง, ศูนย์การุณรักษ์, กรมการแพทย์. สมุดคู่มือประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2561.
5. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550. (2550, 3 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 6.
6. Improving access to medicines in the South-East Asia Region: Progress, challenges, priorities. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO.
7. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. WHA 67.19; 24 May 2014.
8. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2020 June 18]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
9. The economist intelligence unit. The 2015 quality of death index ranking palliative care across the world. [internet]. 2015 [cited 2020 April 20]. Available from: <http://lib.med.psu.ac.th/libmed2016/images/van/van1nov1.pdf>.

The background of the slide features a photograph of several hands of different skin tones gently cupping a small, red, fabric-like heart with a white scalloped edge. The hands are positioned over a light-colored wooden surface. The entire slide is framed by large, abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta, creating a modern and warm aesthetic.

บทที่ 2

การดูแลแบบประคับประคอง ของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

และสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตาย ปัจจุบันสาเหตุการป่วยร้อยละ 71 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ สาเหตุการตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การตายอันดับต้นของประเทศไทยคือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ ในประเทศไทยจำนวนของผู้สูงอายุ มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าจะภายใน 20 ปี ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเป็นปัญหาระดับใหญ่ที่เราต้องเผชิญ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น การพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์ หมายถึงมีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่างๆ ซึ่งในอดีตไม่สามารถรักษาได้หรือการรักษาไม่ได้ผลดี ในปัจจุบัน เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยาวนานขึ้น ขณะเดียวกันเทคโนโลยีเหล่านี้ ถูกนำมาใช้ในการยืดความตายในผู้ป่วยที่โรคร้ายอยู่ในระยะท้าย ซึ่งการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์ต่อไป แต่สร้างความทุกข์ทรมาน การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือโรคที่จำกัดอายุขัย โดยมุ่งเน้นดูแลคุณภาพชีวิต ให้การดูแลแบบองค์รวม ปลอดภัย ความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและมีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่า ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในผู้ป่วย ที่เสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 จากการลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (readmission rates) ลดการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ และเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว การมีการดูแลแบบประคับประคองในโปรแกรมการดูแลที่บ้านพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล และลดการมาห้องฉุกเฉิน การกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาล การมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยมี case manager ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลประคับประคองโดยเป็นการดูแลต่อยอดโดยทีม specialist palliative care ช่วยลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง เป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต้องเข้าถึงได้ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ขนาดของปัญหา

การศึกษาความชุกไม่ว่าในประชากรทั่วไปหรือในสถานที่เฉพาะ อาจช่วยในการประเมินสถานการณ์ ความต้องการด้านการดูแลประคับประคอง การศึกษาใน high-income countries พบความชุกในประชากรทั่วไป ร้อยละ 1-1.4 ในโรงพยาบาล ร้อยละ 40 และพบถึงร้อยละ 40-65 ในสถานดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษา point prevalence ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย (ทีมา; ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ 2563) พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 โดยกลุ่มโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ (ตารางที่ 2.1) ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการรักษา และอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแล จากศูนย์ดูแลประคับประคองพบมีแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 88.7 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีทีมดูแลประคับประคอง

พบเพียงร้อยละ 15.7 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาที่รุกรานและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (ตารางที่ 2.2) การศึกษานี้ยังพบความชุกของผู้ป่วยระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษาดำเนินการในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตพบสูงถึงร้อยละ 45.7 แสดงให้เห็นถึงการที่แพทย์ไม่ได้มีความตระหนัก ในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดำเนินการในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต (ตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.1 Point-prevalence of palliative in-patients

Hosp Level	No. Hosp	All (N)	PC (n)	% PC	CA (%)		Non-CA (%)	
					No.	%	No.	%
Super	2	1148	212	18.46	153	72.16	59	27.83
Tertiary	7	3216	631	19.62	315	49.92	316	50.07
Secondary	5	1399	236	16.86	73	30.93	163	69.06
Total	14	5763	1079	18.72*	600	55.66	538	44.00

ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ 2563

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบการใช้ strong opioids และ advance care planning ระหว่างผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาจากทีมดูแลประคับประคองและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา

PC consultation	Strong Opioid Prescribed (%)	ACP in place (%)
All	25.9	28.4
Yes	61.49	88.77
No	20.27	15.76

ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ 2563

ตารางที่ 2.3 เปรียบเทียบ point prevalence ของผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ

Hosp Level	No. Hosp	% PC in general wards	% PC in ICUs
Total	14	18.72	45.7*

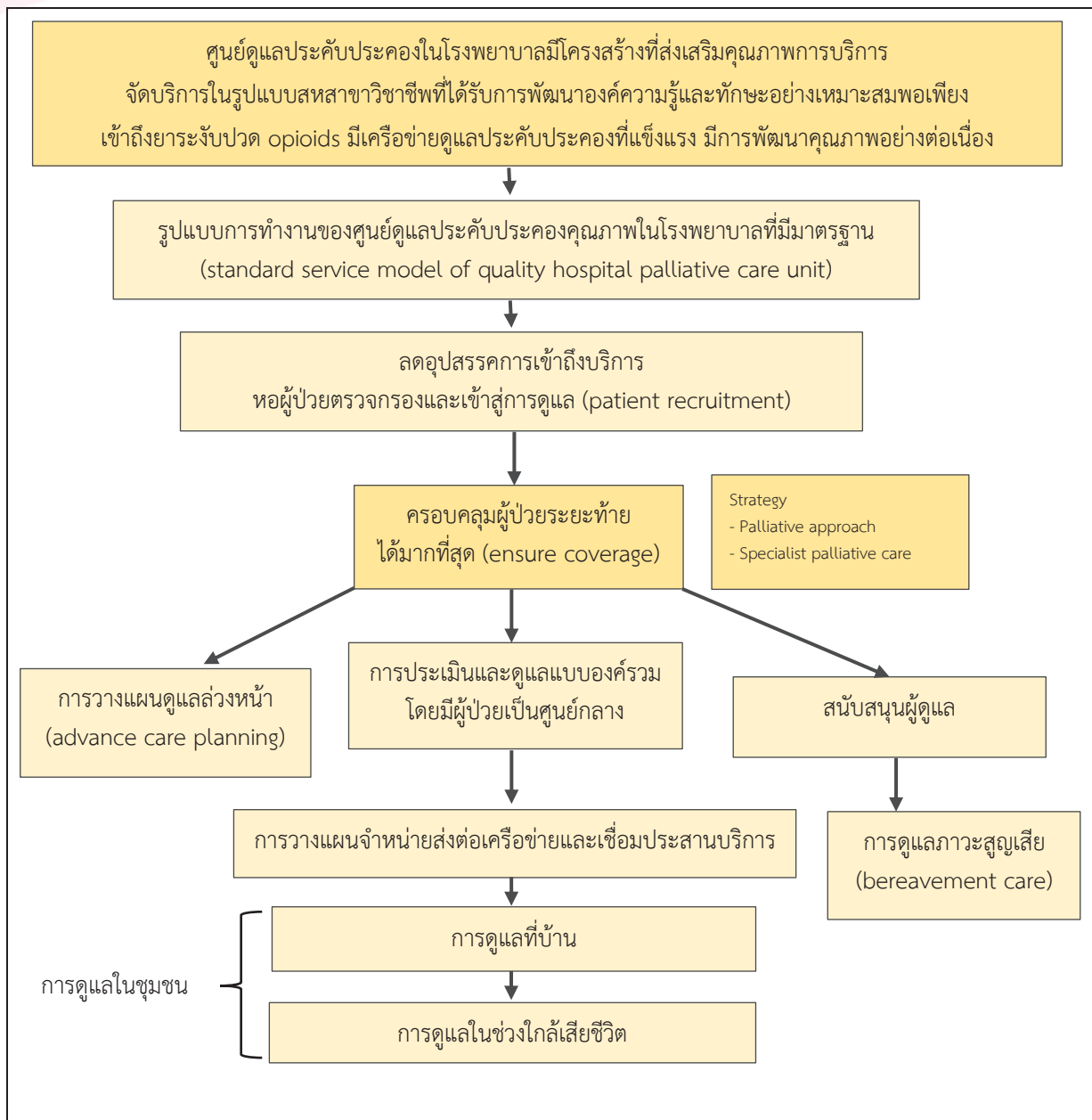
ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ 2563

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นระบบ จึงไม่ทราบขนาดปัญหาที่แน่นอน แต่จากข้อมูล point prevalence survey ทำให้เห็นขนาดปัญหาของผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัดว่ามีความชุกสูง รวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการของ palliative specialist มีจำนวนน้อย ดังนั้นการพัฒนาการตรวจกรองและพัฒนาระบบ palliative care approach ในโรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการดูแลประคับประคองได้มากขึ้น ขณะเดียวกันต้องมีการพัฒนาระบบบริการดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลที่แข็งแกร่งและมีคุณภาพที่ช่วยในการตรวจกรองวางแผนการดูแล ทำแผนดูแลล่วงหน้า และทำแผนจำหน่าย ทั้งนี้จำเป็นต้องมีเครือข่ายส่งต่อที่ครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคอง มักมีต้นทางในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไต และโรคอื่นๆ ที่ผ่านการรักษาจนเข้าสู่ในระยะท้าย ศูนย์ดูแลประคับประคองที่แข็งแกร่งในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การดูแลและส่งต่อให้ชุมชนดูแลต่อเนื่อง ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนด้านพัฒนาองค์ความรู้แก่เครือข่าย

การพัฒนาระบบบริการของศูนย์ดูแลประคับประคอง

โรงพยาบาลเป็นต้นทางของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะท้ายดังกล่าวแล้ว การตรวจกรองจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม มีการประเมินแบบองค์รวมรอบด้านทุกมิติ ทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การให้ข้อมูลช่วยผู้ป่วยและครอบครัว ในการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีการวางแผนจำหน่ายที่ดี ส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลให้ทีมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล จำเป็นต้องมีเครือข่ายในชุมชนที่รับการส่งต่อและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต้องเป็นแม่ข่ายที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ทีมในชุมชน

โครงสร้างและระบบการทำงานที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของศูนย์ดูแลประคับประคองต้องประกอบด้วย ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 โครงสร้างและการจัดบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานของศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล

ในการพัฒนาระบบบริการของศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลของสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพเหมาะกับบริบท ระบบบริการ และวัฒนธรรมประเพณีของประเทศไทย

การประเมินสมรรถนะ ปัญหาอุปสรรค ช่องว่าง และปัจจัยแห่งความสำเร็จของศูนย์ดูแลระดับประคอง

เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ช่วยในการปรับระบบบริการโดยหาทางกำจัดหรือผ่อนคลายนปัญหาและอุปสรรคเดิมเติมช่องว่าง และพัฒนาให้เกิดระบบที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ในปี พ.ศ. 2557 (ขณะนั้นการดูแลระดับประคองยังไม่เข้า service pan) ศูนย์การุณรักษ์ได้จัดการประชุมปฏิบัติการโครงการถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดบริการศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเชิญโรงพยาบาลจังหวัด 10 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ที่ประสบความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์ดูแลระดับประคอง และสรุปบทเรียนที่สำคัญคือ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีพยาบาลที่มีใจรักการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ทำงานประจำ ผ่านการฝึกอบรมระยะกลางจากศูนย์การุณรักษ์ทำงานเต็มเวลา ส่วนใหญ่มีหมอที่มารับการฝึกอบรมระยะสั้น/ กลาง จากการุณรักษ์ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและสั่งยาจัดการอาการ ส่วนใหญ่มี oral morphine ทั้งชนิดออกฤทธิ์สั้นและยาว อุปกรณ์การแพทย์ที่มีส่วนใหญ่ได้จากการบริจาคและมีจำนวนน้อย งบประมาณส่วนน้อยได้จากเงินบำรุง ส่วนใหญ่ได้จากโครงการพัฒนาเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเงินบริจาคโรงพยาบาลบางแห่งเริ่มเปิดดำเนินการคลินิกผู้ป่วยนอกและมีการเชื่อมต่อการเยี่ยมบ้านกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ศูนย์ดูแลระดับประคองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการหรือฝ่ายการพยาบาล แต่สิ่งที่ขาด คือ โครงสร้าง ระบบบริหาร นโยบายของโรงพยาบาล ขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ขาดการกำหนดตัวชี้วัดและการพัฒนาคุณภาพ

การวิเคราะห์คุณภาพการทำงานของศูนย์ดูแลระดับประคองหลังการเข้าสู่ service plan

ในปี พ.ศ. 2559 แม้การดูแลระดับประคองจะเข้าสู่ระบบ service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้เกิดศูนย์ดูแลระดับประคองในทุกโรงพยาบาล แต่คุณภาพการให้บริการยังเป็นเรื่องที่ต้องมีการประเมินและพัฒนา ศรีเวียง ไพโรจน์กุลและเครือข่ายดูแลผู้ป่วยแบบประคองแห่งประเทศไทยได้ร่วมกันจัดทำ Quality Standard for Palliative Care พร้อมสมุดคู่มือประเมินตนเองขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2561 เพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคอง โดยยึดแนวทางการประเมินคุณภาพของประเทศออสเตรเลีย และสิงคโปร์มาเป็นต้นแบบและปรับให้เหมาะกับบริบทของประเทศไทย คู่มือนี้กรมการแพทย์ได้พิมพ์และแจกให้ศูนย์ดูแลระดับประคองทั่วประเทศเพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน แต่ไม่ได้มีการควบคุมหรือตรวจสอบด้านคุณภาพอย่างเคร่งครัด การตรวจสอบคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคองจะทำให้เห็นภาพสถานการณ์ของการให้บริการ เห็นช่องว่างของคุณภาพศูนย์ดูแลระดับประคอง และช่วยในการพัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐาน

องค์ประกอบที่สำคัญของระบบการดูแลระดับประคองที่มีคุณภาพตั้งแต่ต้นน้ำคือโรงพยาบาลจนถึงปลายน้ำคือบ้านผู้ป่วยในชุมชน

Seow H และ Bainbridge D ได้วิเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลระดับประคอง โดยได้ศึกษาวิเคราะห์ในหลายแง่มุม ดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรม พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

- การทำงานประสานกันในทีมงานข้ามขอบเขตของสถานที่ดูแล (teamwork across settings) โดยการประสานที่ไร้รอยต่อ มีการสื่อสารที่ดี และมีความร่วมมือจากทีมปฐมภูมิ
- การจัดการอาการที่ดี โดยสามารถวัดจากการมีและการเข้าถึงยา opioids มีแพทย์สั่งยา
- การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การดูแลอารมณ์ สนับสนุนด้านจิตวิญญาณ การจบฉากชีวิตอย่างสวยงาม และความสัมพันธ์ที่ดี

- มีบุคคลที่เหมาะสมกับงาน เนื่องจากงานดูแลระดับประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตในอีกไม่นาน เป็นงานที่หนัก มีความกระตือรือร้นจิตใจ ต้องมีใจรักจึงจะทำงานได้ดี ระบบจึงต้องมีการสนับสนุนบุคลากรผู้ทำงาน ทั้งหลักประกันในวิชาชีพ และการพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

- การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสมและทันเวลา ซึ่งหมายถึง การจัดการภาวะวิกฤติ การค้นหาปัญหาแต่แรกเริ่ม การเข้าถึงทีมระดับประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง

- การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมพลังครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้การดูแล การสอนทักษะต่างๆ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน พบว่า องค์ประกอบของการดูแลที่บ้าน ต้องมีการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและทีมในชุมชน มีการจัดการอาการที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีทีมสหสาขาในชุมชนดูแลเรื่องจิตใจและจิตวิญญาณ มีการประเมินและการวางแผน ทีมสุขภาพต้องมีองค์ความรู้ และทักษะเบื้องต้นและระดับปานกลาง และต้องสามารถเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3. การรวบรวมข้อมูลจากทีมสุขภาพที่ให้บริการประคับประคอง ได้แก่ ต้องมีทีมทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารเชื่อมต่อระหว่างทีมเป็นอย่างดี คำนึงถึงความชอบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในความต้องการต่างๆ ช่วยวางแผนเป้าหมายการดูแลและให้ตอบสนอง ต่อเป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัววางไว้ สามารถเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอดเวลากรณีมีภาวะวิกฤติ ตอบสนองอย่างทันการ การศึกษาอบรมให้มีศักยภาพเพียงพอและต่อเนื่อง

4. ข้อมูลจากครอบครัวผู้สูญเสีย พบว่าต้องการการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว มีการสนับสนุนด้านการพยาบาลและการดูแลที่บ้าน ต้องการความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย ต้องการความช่วยเหลือ ในภาวะวิกฤติ การรับรู้แผนการดูแลและมีส่วนร่วม รับรู้หรือคาดการณ์ว่าจะเกิดอะไรต่อไป

5. การรวบรวมข้อมูลจากประชาชนทั่วไป พบว่าต้องการให้มีผู้ประสานงาน การช่วยเหลือในการดูแล ใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์ การได้รับองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และการเข้าถึงในภาวะวิกฤติ

ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้วางแผนการจัดระบบบริการนำมาใช้ในการพัฒนาระบบที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ

การพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคับประคอง

ระบบบริการด้านการดูแลระดับประคับประคองของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 ได้รับการจัดให้อยู่ในระดับ 3a คือ มีการจัดบริการดูแลระดับประคับประคองเฉพาะแห่ง ไม่ครอบคลุม และยังไม่เข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศ (ทีมา; Global atlas of palliative care at the end of life 2014) ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยได้ถูกยกขึ้นให้อยู่ในระดับ 4a คือ เริ่มมีการจัดระบบบริการดูแลระดับประคับประคองที่กว้างขวางครอบคลุมทั้งประเทศ อยู่ในระบบสุขภาพของประเทศ แต่ยังไม่อยู่ในระดับที่สมบูรณ์ (ทีมา; Clark D., et al. 2020) ซึ่งนับว่าการพัฒนาของระบบบริการด้านการดูแลระดับประคับประคองมีการพัฒนาไปเป็นอย่างมาก แต่เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่แข็งแกร่ง ประชาชนเข้าถึงการรักษาได้อย่างครอบคลุม จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลระดับประคับประคองให้ขึ้นไปอยู่ในระดับ 4b เทียบเท่ากับไต้หวัน และประเทศญี่ปุ่น ซึ่งควรทำอย่างเร่งด่วนให้ทันรับกับสถานการณ์สุขภาพของประเทศ การพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคับประคองจำเป็นต้องมีความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาการต่างๆ รวมถึงความมุ่งมั่นของบุคลากรสุขภาพที่ทำงาน เพื่อฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ โดยมีเข็มมุ่งให้การดูแลระดับประคับประคองของประเทศไทยอยู่ในแนวหน้าไม่แพ้ประเทศที่มีระบบการดูแลระดับประคับประคองที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับโลก

บรรณานุกรม

1. ศูนย์การณักรักษ์. รายงานสรุปโครงการโครงการจัดการความรู้เพื่อหา Key success ของการจัดบริการ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. ขอนแก่น: ศูนย์การณักรักษ์; 2557.
2. Casarett DS., Shreve C., Luhrs K., Lorenzet K., Smith D., De Sousa M., et al. Measuring families' perceptions of care across a health care system: preliminary experience with the family assessment of treatment at end-of-life short form (FATE-S). J Pain Symptom Manage 2010; 40: 801-9.
3. Cassel JB., Garrido M., May P., Del Fabbro E., Noreika D. Impact of specialist palliative care on re-admissions: A "Competing Risks" analysis to take mortality into account," J Pain Symptom Manage 2018; 55(2): 581.
4. Clark D., Baur N., Clelland D., Garralda E., López-Fidalgo J., Connor S., et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: The situation in 2017. J Pain Symptom Manage 2020; 59(4): 794-807.
5. Gómez-Batiste X., Martínez-Muñoz M., Blay C., Amblàs J., Vila L., Costa X., Espauella J., et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. Palliat Med 2014; 28(4): 302-11.
6. Khandelwal N., Kross EK., Engelberg RA., Coe NB., Long AC., Curtis JR. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: A systematic review. Crit Care Med 2015; 43(5): 1002-11.
7. Krakauer R., Spettell C., Reisman L., et al. Opportunities to improve the quality of care for advanced illness. Health Aff [Internet]. 2009 [cited 2020 July 28]; 28(5): Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.28.5.1357>.
8. Lustbader D., Mudra M., Romano C., Lukoski E., Chang A., Mittelberger J., et al. The impact of a home-based palliative care program in an accountable care organization. J Palliat Med 2017; 20(1): 23-8.
9. May P., Normand C., Cassel JB., Del Fabbro E., Menz R., Fine RL., et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A meta-analysis. JAMA Intern Med 2018; 178(6): 820-9.
10. Morrison RS., Penrod JD., Cassel JB., Caust-Ellenbogen., Litke A., Spragens L., et al. Cost saving associated with US hospital palliative care consultation programs. Arch Intern Med 2008; 168: 1783-90.

11. National strategy for palliative care implementation taskforce. National guidelines for palliative care [Internet]. Singapore: Singapore hospice council; 2015 [cited 2020 June 10]. Available from: <http://singaporehospice.org.sg/en/wp-content/uploads/2018/05/National-Guidelines-for-Palliative-Care-and-Interpretation-Guide-1st-Edition-Dec-2015.pdf>.
12. Pairojkul S., Thongkhumcharoen R., Raksasattaya A., et al. Point prevalent survey of 14 hospitals in Thailand. [In press].
13. Pairojkul S. Quality standard for palliative care [Internet]. Khon Kaen: Klung Nanathum Publishing; 2019 [cited 2020 June 10]. Available from: <http://karunruk.org/home/index.php/component/content/article/91-content/135-quality-standards?Itemid=437>.
14. Palliative care Australia. Standard for providing quality palliative care for all Australians [Internet]. Australian Capital Territory: Palliative care Australia; 2005 [cited 2020 June 10]. Available from: <https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/07/Standards-for-providing-quality-palliative-care-for-all-Australians.pdf>.
15. Scibetta C., Kerr K., McGuire J., Rabow MW. The costs of waiting: Implications of the timing of palliative care consultation among a cohort of decedents at a comprehensive cancer center. J Palliat Med 2016; 19(1): 69-75.
16. Seow H., Bainbridge D. A review of the essential components of quality palliative care in the home. J Palliat Med 2017; 20: S37-44.
17. Spettell CM., Rawlins WS., Krakauer R., Fernandes J., Breton ME., Gowdy W, et al. A comprehensive case management program to improve palliative care. J Palliat Med 2019; 12(9): 827-32.
18. Tangcharoensathien V., Prakongsai P., Lim- wattananon S., Patcharanarumol W., Jongudomsuk P. From targeting to universality: Lessons from the health system in Thailand. In: Townsend P., ed. Building decent societies: Rethinking the role of social security in development. Hampshire: Palgrave Macmillan; 2009. 310-22.
19. World Health Organization. Global health observatory [Internet]. World Health Organization [cited 2019 September 16]. Available from: <http://www.who.int/gho/en/>.
20. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. World Health Organization; 2005 [cited 2020 April 15]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
21. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Worldwide Palliative Care Alliance; 2014 [cited 2020 Mar 20] Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Accessed Mar 2020.

A photograph of three hands, likely belonging to a child and two adults, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The background is a soft-focus wooden surface. The image is partially obscured by a large, semi-transparent pink heart shape that serves as a background for the text.

บทที่ 3

หลักการสื่อสาร เพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

วรรณา ฉายอรุณ

เชมจิต มุกดาดี

สุภารัตน์ ลัทธิธรรม

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

อุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ ทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยแบบประคับประคอง การสื่อสารที่ดีที่สุด คือ การรับฟังผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุด ไม่ควรมุ่งให้ข้อมูลหรือตอบคำถาม เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ คือ การสื่อสารให้บุคลากรผู้ดูแลได้รับทราบถึงความกังวล ความทุกข์ใจ และความกลัวที่มี

การสื่อสารตามระยะปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจระยะต่างๆ ของคูเบอร์รอส (Kubler-Ross)

คูเบอร์รอสได้กล่าวถึงปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่เผชิญกับข่าวร้ายไว้ 5 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะจะมีผลต่อการสื่อสาร การทำความเข้าใจผู้ป่วยแต่ละระยะจะช่วยให้พยาบาลสามารถสื่อสารได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. ระยะปฏิเสธ (Denial) เป็นปฏิกิริยาที่ไม่สามารถยอมรับกับข่าวที่ได้รับ จึงปฏิเสธความจริงดังกล่าวเพื่อปกป้องตนเอง อาจแสดงออกโดยการปฏิเสธความจริงนั้นๆ และอาจปฏิเสธการรักษา

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปรับตัว และยอมรับการวินิจฉัย เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา สำคัญการสื่อสาร คือ การสื่อสารให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์พร้อมดูแล โดยการตรวจเช็กอย่างสม่ำเสมอ ในระยะนี้การฟังอย่างลึกซึ้งเป็นการสื่อสารที่ดีที่สุด การใช้คำพูดที่แสดงถึงการยอมรับ เข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรให้คำแนะนำครอบครัวให้รับฟังด้วยความเข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมที่ปฏิเสธการรักษาและให้การดูแล เพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดี การประเมินภาษาท่าทางมีความสำคัญ หากผู้ป่วยยังอยู่ในระยะปฏิเสธ ทีมควรทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่จะคุยกับทีมบุคลากรทางการแพทย์

2. ระยะโกรธ (Anger) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเผชิญกับการสูญเสียที่ไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์ไม่พอใจต่อสิ่งต่างๆ ได้ง่าย และมีคำถามที่อาจก้าวร้าว ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรเข้าใจ ไม่ตอบโต้ ให้การดูแลตามปกติ การตอบคำถามที่แสดงถึงการยอมรับเข้าใจในสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นไม่ควรโต้แย้งหรือพยายามอธิบาย การนั่งเป็นเพื่อนจะทำให้ผู้ป่วยอบอุ่นใจ ตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงความเข้าใจ เช่น “ดิฉันเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ยากที่ใครจะทำได้ อย่างไรก็ตามการยอมรับและตั้งหลักหาวิธีแก้ไขจะช่วยให้อาการดีขึ้น”

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ การช่วยให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมผู้ดูแลเป็นไปด้วยดี เพราะหากมีปัญหาสัมพันธภาพจะทำให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุน สำคัญที่จะสื่อสารในระยะนี้ คือ สื่อให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีทีมผู้ดูแลเข้าใจสภาวะอารมณ์และทุกคนพร้อมร่วมแก้ไขปัญหานอกจากนี้ควรสื่อสารให้ทราบว่าทีมการดูแลรักษาจะทำให้มีโอกาสดีขึ้นไม่ทุกข์ทรมาน

3. ระยะต่อรอง (Bargaining) เป็นช่วงเวลาทำใจกับสิ่งที่ยากที่จะยอมรับ โดยหวังว่าจะมีปาฏิหาริย์ช่วยให้สิ่งที่ได้รับรู้ไม่ใช่ ไม่เป็นจริง โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะขอไปรับการรักษาทางเลือกอื่นๆ

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ สื่อให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบถึงการมีสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาหรือตัดสินใจในเรื่องใดๆ ทีมบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ การต่อรองใดๆ เป็นสิ่งปกติที่สามารถทำได้ โดยขอให้ตัดสินใจในเวลาที่เหมาะสม และการสื่อสารจากทีมสุขภาพควรมาจากทัศนคติที่ดี ไม่โกรธหากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา แต่สื่อสารให้รู้ว่าเรามีความห่วงใยพร้อมที่จะรับฟังและให้การช่วยเหลือ สำคัญที่จะสื่อ คือ ผู้ป่วยมีสิทธิในการต่อรองร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

4. ระยะซึมเศร้า (Depression) เป็นสภาวะอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความเสียใจที่รับทราบผลการตรวจและผลการรักษา เป็นสภาวะที่ผิดหวังกับสิ่งที่คาดหวัง สิ่งที่ต่อรองไม่เป็นผลสำเร็จ ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง

เป้าหมายในระยนี้ที่สำคัญ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าความกลัว ความกังวล สิ่งที่ต้องการ โดยการตั้งคำถามปลายเปิด และสารการสื่อสาร คือ สื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์พร้อมอยู่เป็นเพื่อนคอยรับฟัง คอยปลอบประโลม การสื่อสารนี้มาจากภาษาท่าทางที่สม่ำเสมอในการปฏิบัติ และสื่อสารให้ทีมผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อการยอมรับ

5. ระยะเวลา (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยจะถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดี เป็นช่วงเวลาที่สามารถสื่อสารข้อมูลได้มาก เช่น การร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อคุณภาพชีวิต การตั้งความหวัง การมีกิจกรรมในครอบครัว อย่างไรก็ตามการยอมรับไม่ใช่การยอมจำนน ผู้ป่วยจะเร่งระยะสุดท้ายหลายรายที่สู้เต็มที่ อุดหนุน แสวงหาการดูแลตนเอง แสวงหาญาติใหม่ๆ ค้นหาแนวทางการรักษาใหม่ๆ และร่วมหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจร่วมกับทีมผู้ดูแล

เป้าหมายในระยนี้ที่สำคัญ คือ ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลตนเองและการตัดสินใจ ดังนั้นควรสนับสนุนการดูแลและสื่อสารทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

จากการสื่อสารตอบสนองต่อปฏิกิริยาของคูเบอร์รอส จะเห็นได้ว่าความใส่ใจและความเข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วยจะทำให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์สามารถตอบสนองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทีมควรต้องประเมินความพร้อมและเตรียมตนเองให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความเครียด ความกลัว ความโกรธ ให้เข้าสู่การยอมรับ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่เสียเวลาต่อรองกับสิ่งที่เผชิญ แต่อยู่กับปัจจุบันขณะและดำรงอยู่กับปัจจุบันด้วยความสุข การสื่อสารทักษะที่สำคัญมากที่สุด คือ ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง

การแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news)

คำจำกัดความ

การแจ้งข่าวร้าย หมายถึง กระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อแจ้งข่าวสารหรือข้อมูลที่เลวร้าย ซึ่งมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่เกิดขึ้นต่อไปในอนาคต โดยใช้วิธีการและทักษะที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูลอย่างถูกต้องตามความจริง และปรับใจยอมรับการเจ็บป่วยได้

แนวปฏิบัติในการแจ้งข่าวร้าย

Robert Buckman ได้เสนอแนวทางการแจ้งข่าวร้ายไว้ 6 ขั้นตอน “SPIKES” ได้แก่

1. เตรียมความพร้อม (S-setting up the interview)
2. ประเมินว่าผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด (P-assessing the patient's perception)
3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด (I-obtaining the patient's invitation)
4. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (K-giving knowledge and information to the patient)
5. ตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ (E-addressing the patient's emotion and empathic response)
6. สรุปและวางแผน (S-strategy and summary)

ขั้นตอนที่ 1 Setting up

ขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมตัวก่อนเริ่ม ควรต้องมีเวลาเพียงพอ ไม่เร่งรัด สถานที่ควรมีความเป็นส่วนตัว สงบเงียบพอสมควร ควรมีที่นั่งสำหรับผู้ป่วยและญาติทุกคน (ไม่ควรยืนคุย) ตัดสิ่งรบกวน ไม่ให้ใครมารบกวน ขณะกำลังคุยกับผู้ป่วย ควรปิดโทรศัพท์มือถือระหว่างคุย ควรมีกระดาษทิชชูในกรณีที่ผู้ป่วยอาจร้องไห้ ผู้แจ้งข่าวร้ายต้องมีจิตใจที่สงบเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงควรทบทวนประวัติและผลตรวจของผู้ป่วยให้พร้อม

ขั้นตอนที่ 2 Patient perception

ขั้นการประเมินว่าผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด (P-assessing the patient's perception) การประเมินว่าผู้ป่วยพอทราบอะไรมาบ้างแล้ว (รู้เขา) ควรเริ่มการสนทนาด้วยการทักทาย แนะนำตนเอง ถามชื่อผู้ป่วย และญาติ (ทุกคนได้จะดีที่สุด ไม่ควรเรียกญาติว่า “ญาติ”) มีบทสนทนาเกริ่นนำเล็กน้อยเพื่อสร้างความคุ้นเคย แล้วค่อยประเมินว่าผู้ป่วยพอทราบอะไรมาบ้าง หากพบว่าผู้ป่วยทราบบ้างแล้ว แต่ดูกังวลหรือกลัว ก็ควรถามลงลึกไปว่า เหตุผลที่กังวล และอาจให้ความหวังเสริมไปได้เลยในขั้นตอนนี้

ขั้นตอนที่ 3 Invitation of bad news

ขั้นการประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด (I-obtaining the patient's invitation) การเชื้อเชิญ ตระเตรียมให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์กำลังจะบอกข่าวร้าย เช่น

“ตอนหมอบอกผล คุณสมชายอยากฟังคนเดียว หรืออยากให้..(ญาติ)..มาร่วมฟังด้วยไหมคะ?”

ถ้าข่าวร้ายนั้นค่อนข้างร้าย ก่อนจะบอก แพทย์ควรมี “warning shot” ก่อน เช่น “ผลชิ้นนี้ออกมาไม่ค่อยดีค่ะ...” หรือ “ผลออกมาไม่เป็นดังที่เราหวังค่ะ...” แล้วจึงตามด้วยข่าวร้าย

ขั้นตอนที่ 4 Knowledge

เป็นการให้ข่าวร้าย (ไม่ใช่ให้ความรู้ทางการแพทย์) ได้แก่ ตัวข่าวร้ายที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ต้องการแจ้งนั่นเอง ควรบอกอย่างชัดเจน ไม่กำกวม หลังจากบอกข่าวร้ายแล้ว ควรให้ความหวังแก่ผู้ป่วยตามมาเสมอ ควรพูดให้ช้า ให้ชัด อาจหยุดเพื่อถามความเข้าใจผู้ป่วยเป็นระยะๆ (ask-tell-ask) ในขั้นตอนนี้ไม่ควรพูดถึงข้อมูลทางการแพทย์มากมาย เช่น รายละเอียดของโรค หรือการรักษา และทีมต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยตลอดเวลา

ขั้นตอนที่ 5 Emotion and empathic response

ขั้นตอนการรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยหลังจากได้รับข่าวร้ายจะมีการตอบสนองแตกต่างกันไป เช่น ร้องไห้ โกรธ ปฏิเสธ ต่อร้อง ซ็อก เจ็บไป หรืออาจยอมรับได้เป็นอย่างดี ปฏิกิริยาทั้งหมดเป็นสิ่งปกติทั้งสิ้น เป็นกลไกป้องกันจิตใจของผู้ป่วยเอง ดังนั้นต้องเข้าใจและช่วยส่งเสริมกลไกเหล่านี้ให้ไปสู่การทำให้ผู้ป่วยยอมรับในที่สุด ได้แก่

5.1 ผู้ป่วยที่ร้องไห้ (crying) เป็นสิ่งที่ส่วนใหญ่ผู้แจ้งข่าวร้ายกลัวที่สุดหรือทำอะไรไม่ถูก จึงมักรีบยับยั้งหรือลอบผู้ป่วยเร็วเกินไป เช่น พูดว่า “อย่าร้องไห้.....ใจเย็นๆ.....ไม่ต้องคิดมาก” ซึ่งเป็นการทำร้ายผู้ป่วยทางอ้อม เพราะการร้องไห้ทำให้ความทุกข์ที่ท่วมท้นในใจของผู้ป่วยหลังไหลออกมา ผู้ป่วยจะดีขึ้นและสงบลงเอง จนพร้อมจะรับฟังข่าวร้ายต่อได้เอง ที่จริงผู้ป่วยที่ร้องไห้กลับเป็นผู้ป่วยที่รับมือง่ายกว่าอย่างอื่น สิ่งที่เราควรทำคือ ควรเจียบให้ผู้ป่วยร้องไห้สักพัก ยืนกระดากศีรษะให้ (ไม่ควรใช้ผ้าเช็ดหน้า) หรือการสัมผัสโดยแตะมือผู้ป่วยเบาๆ (ไม่ควรแตะสูงเกินไหล่หรือต่ำกว่าเอว) โดยอาจไม่ต้องพูดอะไรกับผู้ป่วยเลย

5.2 ผู้ป่วยที่โกรธ (anger) อาจกล่าวโทษแพทย์ กล่าวโทษโรงพยาบาลอื่น หรือโทษโชคชะตา ทีมผู้ดูแลควรเข้าใจ ไม่ควรรีบยับยั้งผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยระบาย (release) สิ่งที่อยู่อัดแน่นออกมา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น เช่น “พูดออกมาเลยครับ หมอกำลังฟังครับ” เมื่อผู้ป่วยระบายความโกรธออกมาแล้วจนเริ่มสงบ ทีมบุคลากรทางการแพทย์อาจพูดว่า “หมอขอบคุณที่คุณสมชายบอกให้หมอทราบ” “หมอเสียใจกับเรื่องที่เกิดขึ้น” ไม่ควรไปแก้ตัวหรือแก้ตัวแทนผู้อื่น เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยโกรธยิ่งขึ้น

5.3 ผู้ป่วยที่ปฏิเสธ (denial) เช่น “ไม่น่าใช่嘛ครับ...ผลผิดพลาดหรือเปล่าครับ...หมอตระหนักที่มั้ยครับ” ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการคำตอบจริงๆ แพทย์ไม่ควรไปตอบหรือย้ำผู้ป่วยว่า “ใช่แน่นอนครับ...ผลไม่ผิดแน่ครับ...ไม่ต้องตรวจใหม่ครับ” เพราะจะเป็นการย้ำความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยปฏิเสธให้เจ็บยิ่งขึ้น ทีมผู้ดูแลควรรับฟัง แสดงความเห็นใจ เช่น การสัมผัส แสดงความเห็นใจ (empathy) บอกผู้ป่วยว่า “หมอเข้าใจ” “คุณสมชายคงไม่อยากเชื่อ”

5.4 ผู้ป่วยที่ต่อรอง (bargaining) ยังลังเลหรือสองจิตสองใจ ควรรับฟังและแสดงต่อผู้ป่วยว่าเข้าใจ ให้เวลาผู้ป่วย บางครั้งอาจต้องนัดมาใหม่ภายหลัง

5.5 ผู้ป่วยที่ช็อก (shock) หรือเงียบไป (silence) กลับเป็นผู้ป่วยที่รับมือยากที่สุด เพราะดูยากว่าผู้ป่วยคิดอะไรอยู่ ควรให้ผู้ป่วยเงียบและใช้เวลาอยู่กับตนเองสักครู่ แล้วจึงกระตุ้นผู้ป่วยโดยการสัมผัส แล้วถามหยัง (probing) ดู เช่น “คุณสมชายเงียบไป รู้สึกอย่างไรครับ บอกหมอหน่อยครับ” เป็นต้น ผู้ป่วยก็จะแสดงออกมาว่าที่จริงมีปฏิกิริยาอย่างไร แพทย์ก็จะรับมือได้ง่ายขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 Strategy and summary

เป็นการวางแผนต่อไปและการสรุป หลังจากรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วยและผู้ป่วยสงบแล้ว สามารถถามผู้ป่วยได้ว่า พร้อมทั้งจะให้พูดคุยเรื่องแนวทางต่อไปเลยหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพร้อมก็สามารถพูดคุยแนวทางในระยะอันใกล้นี้ได้เลย ควรพูดซ้ำๆ พูดให้น้อยเฉพาะสิ่งที่จำเป็นใกล้ๆ นี้เท่านั้น โดยสลับกับการสอบถามความเข้าใจเป็นระยะๆ (ask-tell-ask) ก่อนจบการสนทนาควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถาม หลังจากนั้นควรพูดสรุปสิ่งที่ได้พูดกันมาในวันนี้ และนัดแนะการพบกันครั้งต่อไป เช่น

“คุณสมชายครับ หมอขอสรุปนะครับว่า วันนี้หมอได้แจ้งผลตรวจผลชิ้นเนื้อคุณสมชาย สรุปว่าเป็นมะเร็งครับ แต่มีทางรักษาได้.....จะรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด.....หมอจะนัดคุณสมชายสัปดาห์หน้านะครับ”

สิ่งที่พึงระวังในการแจ้งข่าวร้าย

1. ข้อมูล: ควรศึกษาข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนแจ้งข่าวร้าย
2. เวลา: เตรียมเวลาให้เพียงพอต่อการชี้แจงรายละเอียดและตอบคำถาม
3. ภาษาและท่าทาง: เวลาใช้คำพูดที่แสดงความรู้สึกใด ภาษากายควรสอดคล้องร่วมไปด้วยกับความรู้สึกนั้น
4. อารมณ์และความรู้สึก: อย่าให้ความสำคัญเฉพาะข้อมูลที่จะแจ้ง จนลืมใส่ใจ ระมัดระวังอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย
5. ความหวัง: ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย มองหาความหวังที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ให้ความหวังที่ตรงกับความเป็นจริง
6. กำลังใจ: ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ควรพูดปลอบใจเกินจริง
7. แจ้งข่าวเป็นขั้น: ไม่จำเป็นต้องแจ้งข่าวร้ายให้เสร็จสิ้นทุกเรื่องภายในครั้งเดียว
8. หยุดเป็นระยะ: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาปรับตัว

เมื่อพบปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของผู้ป่วย ควรใช้เทคนิคการรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิด และสะท้อนความรู้สึก

บรรณานุกรม

1. ทศนีย์ ทองประทีป. จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง. ใน: ประคอง อินทรสมบัติ, สายพิน เกษมกิจวัฒนา บรรณาธิการ. คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สมากรพยาบาลและสมาคมการพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี; 2558. 47-56.
2. นันทวัช สิริธิรักษ์. จิตเวช ศิริราช DSM-5 / ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2558.
3. ภูซังค์ เหล่าจุสิสวัสดิ์. Psychiatric assessment and management in palliative care. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2550.
4. วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานันต์, เยาวรัตน์ มัชฌิม. อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสบการณ์ของพยาบาล. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์. 2557; 34 (3): 97-108.
5. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การสื่อสารเพื่อการพยาบาลประคับประคอง. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2559.
6. Buckman R, Kason Y. How to break bad news: a guide for healthcare professionals. Papermac, London; 1992.
7. Kubler-Ross E. On death and dying. New York (NY): MacMillian Publishing; 1969.

The background of the slide features a photograph of several hands of different skin tones gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned in the upper right quadrant. The left side of the slide is decorated with large, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta, creating a modern, abstract design.

บทที่ 4

การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)

นอร ไซติธนประสิทธิ์

ชลียา วามะสุน

โสภิต ทับทิมหิน

เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์

สุวรรณกิจ สมทรัพย์

ธีระพันธ์ กากแก้ว

นันทิยา แก้ววงษา

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)

การตระหนักว่าบุคคลหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใกล้จะสิ้นสุดลงแล้วนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ด้วยการเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาจากการหวังผลการรักษาให้หายขาด สู่แผนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามว่า การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหาประเมินและให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย แต่การระบุว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการสิ้นสุดภาวะการเจ็บป่วยหรือเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตเมื่อไรนั้น ไม่ใช่เรื่องที่จะกำหนดได้ถูกต้องเสมอไป อีกทั้งการวินิจฉัยภาวะสุดท้ายของชีวิตหรือภาวะกำลังจะเสียชีวิตเป็นการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน และมีความไม่แน่นอน ด้วยเหตุนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะเห็นว่าการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยนอกจากจะมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เข้าข่ายต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่แรกๆ แล้วนั้น ประเด็นสำคัญคือเพื่อจะได้วางแผนให้ความช่วยเหลือโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีรายละเอียดการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคองดังต่อไปนี้

แนวทางการวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีกรอบในการประเมินได้หลายแบบที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งพิจารณาจากอาการไม่สบาย และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีเกณฑ์ประเมินที่เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มโรค และองค์ประกอบอื่นๆ ดังรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อสนับสนุนในการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกๆ แสดงดังตารางที่ 4.1 โดยมีกระบวนการคัดกรองที่สอดคล้องกับ Gold Standard Framework ในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งมีข้อแนะนำสำหรับกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัย (Identify) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการคัดกรอง โดยมุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัยเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นผู้ที่อาจได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคองในตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของวิถีการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (Assess) ในขั้นตอนนี้ควรมีการประเมินที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมถึงความต้องการการดูแลของบุคคลทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่มีความเหมาะสมและถูกต้อง ทั้งจากการสัมภาษณ์ประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อพิจารณาร่วมกันในการประเมินผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน (Plan) จากการประเมินในขั้นตอนที่ 2 จะช่วยในการพิจารณาการดูแลที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 3 คือ การวางแผนและการจัดการอันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การดูแลต่อไป

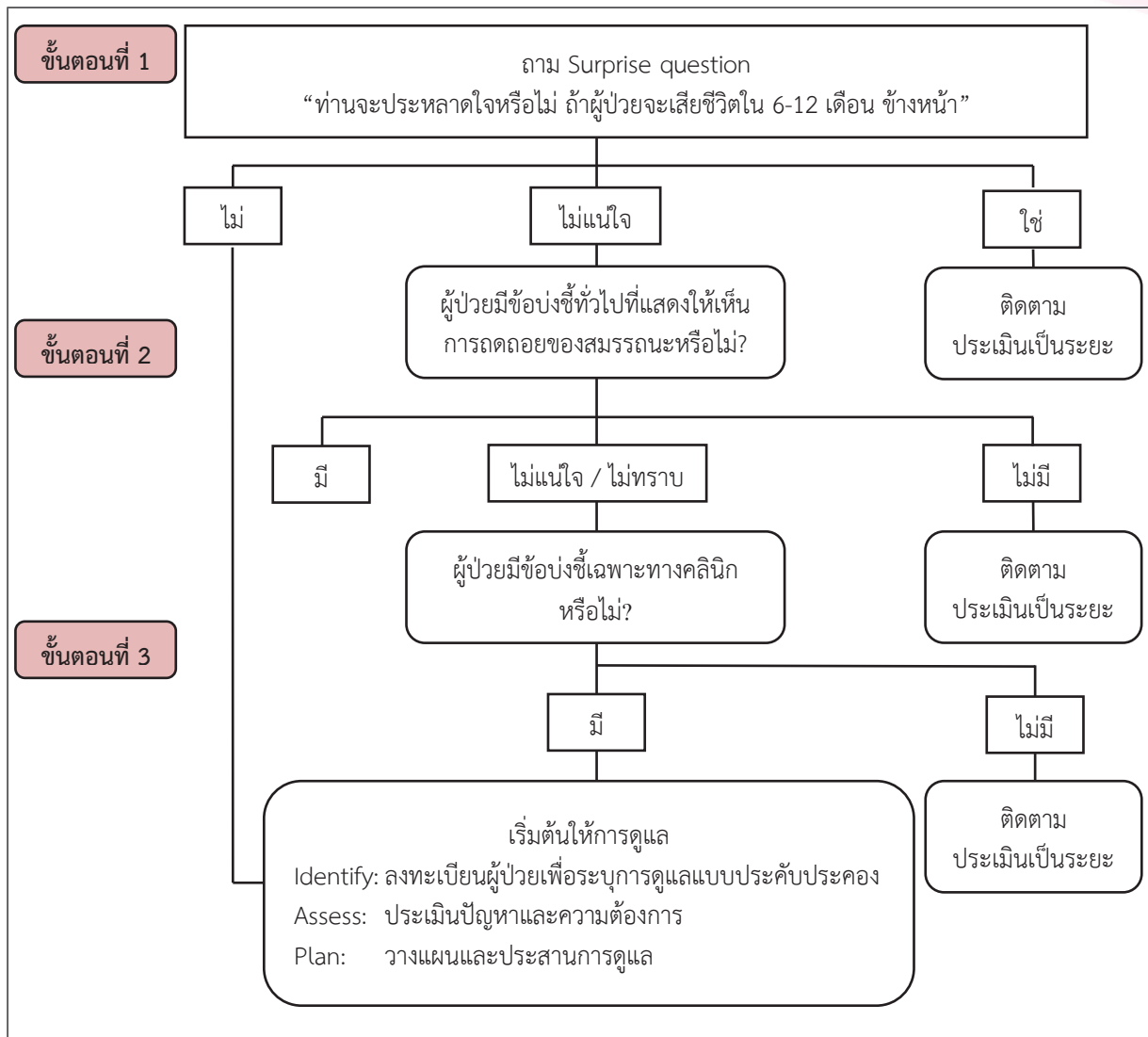
ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง

คุณสมบัติ	เครื่องมือประเมินเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง			
	PIG	SPICT	NECPAL	RADPAC
Surprise question	✓		✓	
All disease	✓	✓	✓	✓
Setting				
Primary care	✓	✓	✓	✓
Hospital Care		✓	✓	
General indicators	✓	✓	✓	
Specific indicators				
Cancer	✓	✓		✓
Chronic obstructive pulmonary disease	✓	✓		✓
Heart Disease	✓	✓		✓
Kidney disease	✓	✓		
Liver disease		✓		
Neurological disease	✓	✓		
Motor neurone disease	✓	✓		
Parkinson's disease	✓	✓		

PIG: Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance; SPICT: Supportive and Palliative Care Indicators Tool; NECPAL: Palliative Necessities CCOMS-ICO; RADPAC: RADboud Indicators for Palliative Care Need.

จากตารางที่ 4.1 จะเห็นว่าเครื่องมือในการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองมีความเหมือนและแตกต่างกันในบางประเด็น โดยในการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Walsh ได้ระบุว่า RADPAC เป็นเครื่องมือที่แตกต่างจากเครื่องมืออื่น คือที่ไม่ได้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดทั่วไปของสุขภาพที่เสื่อมถอย และไม่ได้ใช้ Surprise question ซึ่งคล้ายกับ SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) ที่ไม่ได้ใช้ Surprise question ในการประเมินเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย การประยุกต์ใช้เครื่องมือควรให้มีความเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รวมถึงบริบทวัฒนธรรม และที่สำคัญเครื่องมือจะต้องสามารถตอบสนองต่อระบบการบันทึกข้อมูลและการเงิน ตลอดจนอำนวยความสะดวกแก่สหสาขาวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วย

นอกจากนี้ ตามแนวทาง Gold Standard Framework ของประเทศสหราชอาณาจักร ยังมีข้อเสนอแนะแก่แพทย์สำหรับการนำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งพัฒนาแนวทางในฉบับภาษาไทยโดย ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ (2560) ให้แพทย์ถามคำถาม “Surprise question” ในใจว่า ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตใน 6-12 เดือน ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ผู้ป่วยรายนั้นควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่ถ้าคำตอบคือประหลาดใจ หรือไม่แน่ใจ ให้แพทย์มองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปที่บ่งบอกถึงสมรรถนะที่ถดถอย หรือการต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ให้แพทย์ดูตัวชี้วัดด้านโรคว่ามีความสัมพันธ์หรือมีความเกี่ยวข้องด้วยหรือไม่ ดังบทสรุปแนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 3 ขั้นตอน ในภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 แนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งคำถาม “Surprise question”

ในผู้ป่วยที่มีสถานะของโรคที่อยู่ในระยะลุกลามหรือสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง (advance disease) รวมไปถึงจนถึงสภาวะที่สมรรถนะของร่างกายถดถอย มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (progressive life limiting condition) ให้ตั้งคำถาม “ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า” และควรดึงข้อมูลของสภาวะของโรค เช่น โรคร่วม (co-morbidity) ปัจจัยทางสังคมและอื่นๆ มาประกอบการพิจารณาเพื่อให้เห็นภาพรวมในการวินิจฉัย ถ้าคำตอบคือ ไม่ประหลาดใจ ควรดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป กรณีคำตอบคือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อเป็นคำตอบในการค้นหาผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การหาข้อบ่งชี้ทั่วไป

ในขั้นตอนที่ 2 จะเป็นสถานะที่สามารถนำมาพิจารณาเพื่อประกอบเป็นข้อมูลการค้นหาผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้
ข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีคำตอบคือไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไป เพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง ข้อบ่งชี้เหล่านี้ ได้แก่

- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น นั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวัน
- Multiple co-morbidity เป็นข้อบ่งชี้ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์การเสียชีวิตหรือภาวะทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้น
- สภาพของร่างกายที่มีการเสื่อมถอยและต้องการการดูแลและความช่วยเหลือมากขึ้น
- โรคอยู่ในระยะลุกลาม มีความไม่แน่นอน มีอาการของโรคที่ซับซ้อน
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- ตัวเลือกของการรักษา คือ จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
- น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง (มากกว่าร้อยละ 10) ใน 6 เดือนที่ผ่านมา
- เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การเข้ารับการดูแลในสถานบริบาล เป็นต้น
- Serum albumin < 2.5 mg/dl

สำหรับการประเมินสถานะ/ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยในข้อบ่งชี้ทั่วไปนี้ สามารถใช้แบบประเมินต่างๆ ต่อไปนี้

- ใช้ดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel Index) ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นหลัก ที่จะอธิบายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ความสามารถในการกลืนอาหาร ปัสสาวะ การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย การเคลื่อนไหว เป็นต้น
- PULSE เป็นการคัดกรองเพื่อประเมิน โดย P (Physical condition), U (Upper limb function), L (Lower limb function), S (Sensory), E (Environment)
- Karnofsky performance status score (KPS) ระดับ 0-100
- WHO / ECOG performance status ระดับคะแนน 0-5

ซึ่งจากข้อบ่งชี้ของ The Gold Standards Framework Centre มี 4 ด้าน เป็นข้อพิจารณา แต่ในบริบทของประเทศไทย จะเห็นได้ว่ามีหลายหน่วยงานใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale) จึงขอเปรียบเทียบเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบ ECOG performance status, Kanofsky performance status และ palliative performance score

ECOG Performance Status	Kanofsky Performance Status	Palliative Performance Score	Stage
0-1	80-100	70-100	Stable: สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ
2	60-70	40-60	Transitional: ไม่สามารถทำงานได้ แต่สามารถอยู่ที่บ้าน และส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น
3	40-50		
4	10-30	10-30	End of life: ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการการดูแลจาก hospital care หรือสถานบริการการรักษา
*	0	0	Dead

Adapt from European Society for medical Oncology

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินข้อบ่งชี้เฉพาะกลุ่มโรค (Specific criteria)

โรคที่นำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เช่น cancer, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), stroke ฯลฯ มีเกณฑ์ข้อบ่งชี้การเข้าสู่ palliative care เฉพาะกลุ่มโรค ซึ่งจะนำเสนอในบทถัดไป

โดยทั่วไปจะมีข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ palliative care ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน นิ่งหรือนอนมากกว่าละ 50 ของวัน ต้องฟังฟังมากขึ้น

1.1. การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS $\leq$ ร้อยละ 50 หรือ

1.2. การประเมิน functional assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) $\leq$ ร้อยละ 50 หรือ ECOG $\geq$ 3 เป็นต้น

2. Multiple co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ

3. โรคที่อยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก

4. Terminal delirium

5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, serum albumin < 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง

6. Persistent Hypercalcemia

7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

8. ผู้ป่วย/ ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่

9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง

10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/ บริบาล

จะเห็นได้ว่าการประเมินผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ต้องประเมินให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัญหา ความกังวล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยมีหลักสำคัญ ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการประเมิน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ บนพื้นฐานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษาพยาบาล ในการวางแผนการดูแล การให้การดูแล การประเมิน คำนึงถึงการเลือกและการตัดสินใจของผู้ป่วย

2. เคารพในสิทธิของผู้ป่วย คำนึงว่าเป็นส่วนบุคคล และการรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพในความประสงค์ของผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

3. วางแผนการประเมินอย่างเป็นระบบ โดยความร่วมมือกันในทีมการดูแลรักษาและผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเคารพนับถือในคุณค่า ศักดิ์ศรี และยอมรับในความแตกต่างทางความคิดความเชื่อของผู้ป่วย รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

1. กิตติกร นิลมานัต. การประเมินสุขภาพผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม. ใน: จิตติณัฐ อัครเดชอนันต์ (บรรณาธิการ) คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคอง ฉบับพกพา. เชียงใหม่: Good Work Media; 2559. 20.
2. บุษยามาศ ชีวสกุลยง, และลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง วัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก. ใน : บุษยามาศ ชีวสกุลยง, อาริวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินันต์ สิริพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม, และ ปัทมา โกมุตบุตร (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
3. บำเพ็ญจิต แสงชาติ.การพยาบาลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายและภายหลังการตาย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา; 2560.
4. ศรีเวียง ไพโรจน์กุลและปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองใน โรงพยาบาล ศูนย์การุณรักษ์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา; 2560.
5. European society for medical oncology. Performance scales: Karnofsky & ECOG Scores. [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 5]. Available from: <https://oncologypro.esmo.org/oncology-in-practice/practice-tools/performance-scales>.
6. Oken MM., Creech RH., Tormey DC., Horton J., Davis TE., McFadden E.T., et al. Toxicity and response criteria of the eastern cooperative oncology group. Am J Clin Oncol 1982; 5: 649-55.
7. Thomas K., William JA., et al. The gold standards framework proactive identification guidance (PIG) [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 5]. Available from: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW%20PIG%20-%20%20%2020.1.17%20KT%20vs17.pdf>.
8. Walsh RL, Mitchell G., Francis L., van Driel ML. What diagnostic tools exist for the early identification of palliative care patients in general practice? A systematic review. J Palliat Care. 2015; 31(2): 118-23.
9. World Health Organization. Definition of palliative care [Internet]. 2002 [cited 2020 Feb 5]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

A photograph of three hands, likely belonging to different people, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned over a light-colored wooden surface. The background of the entire page features abstract pink and white geometric shapes.

บทที่ 5

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า
และการทำหนังสือแสดงเจตนา
ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

และสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นกระบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อการพูดคุยกันถึงความต้องการการดูแลทางการแพทย์ในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ และนำไปสู่การทำแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายต้องจัดให้มีการพูดคุยในหัวข้อนี้ เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาที่ตรงตามความประสงค์ของผู้ป่วย

คำจำกัดความ

ก่อนอื่นควรทราบคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์กรที่มีบทบาท สำคัญด้านการดูแลประคับประคองได้จัดทำคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย (ภาคผนวก 2) เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ทั้งนี้ได้นำคำจำกัดความ ที่เกี่ยวข้องมาให้ทราบ ดังนี้

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาศูนย์สุขภาพ

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive or living will) คือหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

ผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) คือ บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วย หมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด จะได้รับ การพิจารณาให้เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน

หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (lasting/durable power of attorney) คือเอกสาร ทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจจะระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (advance directive or living will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้

ความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ การที่บุคคลเตรียมตัววางแผนการดูแลรักษาในแนวทางที่ตัวเองต้องการ เพื่อในกรณีที่บุคคลนั้นอยู่ในสภาวะที่ไม่มีสติหรือการรับรู้เพียงพอที่จะตัดสินใจ ไม่สามารถแจ้งความจำนงค์ แนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการแก่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลได้ เมื่อมีเหตุแทรกซ้อนที่แพทย์ลงความเห็นว่า ผลลัพธ์ของการรักษาอาจล้มเหลว หรือเมื่อผลการรักษาไม่สามารถทำให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หรือเมื่อโรคอยู่ในวาระสุดท้าย ในกรณีดังกล่าวข้างต้นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลันจำนวนมากไม่ต้องการรับการรักษาที่รุกรานกับร่างกายและที่แพทย์เห็นว่าไม่ก่อเกิดประโยชน์หรือได้ประโยชน์น้อยแต่สร้างความทุกข์ทรมาน ยกตัวอย่าง เช่น ผู้ที่แข็งแรงดี มีโอกาสประสบอุบัติเหตุหรือป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สูญเสียสมรรถนะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สูญเสียการรับรู้อย่างถาวร มีคนจำนวนมากมีความเห็นว่าเป็นสภาวะที่ไม่มีคุณภาพชีวิต และถ้าผลลัพธ์เป็นเช่นนั้น บางคนอาจไม่ต้องการให้แพทย์ยืดการรักษาต่อ หรือตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นมะเร็งปอด หรือมะเร็งแพร่กระจายไปปอด ต่อมาโรคลุกลามจนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถหายใจได้ ทางเลือกของการใส่เครื่องช่วยหายใจอาจใช้เวลาได้มากขึ้นเป็นวันๆ หรือสัปดาห์ๆ แต่ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้ ต้องรักษาตัวในหอผู้ป่วยไอซียู ซึ่งครอบครัวไม่สามารถอยู่ด้วยได้ ต้องเสียชีวิตในสภาพเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และโดดเดี่ยว ผู้ป่วยจำนวนมากจึงทำแผนการดูแลตัวเองไว้ล่วงหน้า โดยเลือกการดูแลรักษาในแนวทางแบบประคับประคอง ซึ่งมีทีมดูแลประคับประคองช่วยดูแล ใช้จ่ายจัดการอาการไม่ให้เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน และสามารถวางแผนแจ้งความต้องการรับการดูแลในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลในสภาวะแวดล้อมที่สงบ มีครอบครัวอยู่รายล้อม และจากไปอย่างสงบตามสภาวะโรค โดยไม่ใช่เครื่องพยุงชีพต่างๆ มายืดความตาย การวางแผนดูแลล่วงหน้าทำให้มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษาในแนวทางที่ตนเองต้องการ ไม่ใช่ให้ลูกหลานหรือคนอื่นมาตัดสินใจให้ ซึ่งอาจทำให้ลำบากใจถ้าจะไม่รักษาอย่างเต็มที่ ซึ่งอาจไม่ใช่แนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ทำให้ครอบครัวทราบความต้องการและไม่ต้องลำบากใจในการตัดสินใจแทน รวมถึงลดความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้ทีมสุขภาพทราบและดำเนินการในแนวทางการดูแลที่ตนเองต้องการ ลดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นภาระในวาระสุดท้ายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้าช่วยให้การดูแลในช่วงท้ายของชีวิตเป็นไปได้อย่างราบรื่น และพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่มีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมในการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีความพึงพอใจในการดูแลมากกว่า ปัจจัยสำคัญที่ผู้ทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า มักระบุว่าเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์คือ การได้มีโอกาสเตรียมตัว ไม่ต้องการเป็นภาระกับผู้อื่น และการรับรู้ว่ามีโอกาสควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง และเป็นการตายดี

ทีมดูแลประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ตรงตามความจริง รวมถึงทางเลือกต่างๆ ในการตัดสินใจ และช่วยกันวางแผนการรักษาล่วงหน้าให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จากประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยเมื่อรับรู้สภาวะโรคมักมีการเตรียมตัวมักเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน และต้องการทางเลือกที่สุขสบายไม่เจ็บปวด รวมถึงการมีโอกาสดำเนินชีวิตในสถานที่ที่คุ้นเคย ท่ามกลางครอบครัว และโรงพยาบาลมักเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่ นอกจากนี้ การทำแผนดูแลล่วงหน้าจะหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ สร้างภาระกับระบบสุขภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกาการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพพบสูงที่สุดในช่วงหนึ่งปีก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า ผู้เสียชีวิตซึ่งพบร้อยละ 5-6 ใช้จ่ายค่าในการบริการสุขภาพถึงร้อยละ 26-30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ร้อยละ 55-77 ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในประเทศไทยมีการศึกษาการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2550 พบว่า มากกว่าครึ่งเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ

และครอบครัวได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจอย่างรุนแรง การศึกษาของศูนย์การณรักษ์ พบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายถึง 16,000 บาทต่อรายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

พัฒนาการด้านการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในต่างประเทศและในประเทศไทย

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในปี ค.ศ.1990 โดยบุคคลสามารถทำเอกสารปฏิเสธการพุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิต และภายใน ค.ศ.1997 ทุกรัฐได้มีการออกกฎหมายดังกล่าวและสามารถกำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน ในประเทศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ก็เริ่มมีการออกกฎหมายให้ประชาชนสามารถแสดงความจำนงในการปฏิเสธการพุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเรียกว่า advance directive (AD) ซึ่งสำหรับประเทศไทย คือมาตรา 12 แห่งพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า advance directive ไม่ได้ได้รับความนิยมหรือการยอมรับดีเท่าที่ควรตามเป้าประสงค์ โดยมีผู้ทำ advance directive เพียงร้อยละ 5-25 เนื่องจากการเกี่ยวข้องกับวาระสุดท้ายของชีวิตและเป็นเรื่องของการปฏิเสธการรักษา ซึ่งสร้างความกังวลใจกับแพทย์ผู้รักษา การวิเคราะห์ความล้มเหลวของ advance directive พบว่าการทำ advance directive มักไม่มีการพูดคุยถึงแนวทางการดูแลในระยะที่ยังไม่ใช่วาระสุดท้าย ไม่มีการพูดคุยถึงการมองเห็นคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการ การพูดคุยมุ่งไปที่ปฏิเสธการรักษาพุงชีพในวาระสุดท้ายเท่านั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ทำ advance directive มักเป็นผู้ป่วยสูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (non-cancer) ซึ่งการประเมินว่าเมื่อไรผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายบางครั้งประเมินได้ลำบาก ทำให้แพทย์ลำบากในการตัดสินใจและเลือกที่จะรักษาเต็มที่ซึ่งมักตามมาด้วยการรักษาพุงชีพในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและบางครั้งมีการยืดอย่างยาวนาน รวมถึงไม่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องอยู่ในสภาวะยื้อความตายจากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดการพัฒนาการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าขึ้น (advance care planning) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ได้รับการยอมรับที่ดีจากผู้ป่วยและครอบครัว และเกิดความก้าวหน้าในพัฒนาการด้านนี้ไปอย่างมาก มีการพัฒนาเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ Five Wishes มีการจัดตั้งองค์กรชื่อ Respecting Choices Program ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1991 เพื่อทำการรณรงค์ในวงกว้างในเรื่องการทำแผนดูแลล่วงหน้า มีการฝึกอบรมทีมสุขภาพและทีมในชุมชนเพื่อเป็น program facilitators อย่างเป็นระบบ รวมถึงจัดทำเอกสารบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าและส่งเสริมการใช้อย่างกว้างขวาง ผลลัพธ์ของโปรแกรมนี้สามารถเพิ่มการทำ advance directive ได้ถึงร้อยละ 85 และร้อยละ 98 ของแนวทางการรักษาเป็นไปตามที่ผู้ป่วยได้วางแผนตัดสินใจไว้ล่วงหน้า ในสหราชอาณาจักรก็ได้มีการขับเคลื่อนเรื่องการทำแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบเช่นกันโดยมีการจัดตั้งโปรแกรมชื่อ Preferred Priorities for Care ซึ่งดัดแปลงจาก Preferred Place of Care พัฒนาโดย Lancashire and South Cumbria Cancer Network เพื่อประเมินโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลชุมชนซึ่งส่งเสริมการวางแผนในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น Preferred Priorities for Care และได้รับการนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งใน NHS End of Life Programme ร่วมกับ Liver Pool Care Pathway และ Gold Standard Framework ปัจจุบัน Preferred Priorities for Care ได้รับการนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งในผู้ป่วย acute organ failure, dementia, frail elderly, non-cancer illnesses ทั้งใน acute hospital, residential home และ hospice การประเมินผลการใช้ Preferred Priorities for Care พบว่า ได้ผลน่าพอใจ

ทั้งในผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ในประเทศไทยยังไม่มี การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเปรียบเทียบระหว่างอัตราการทำแผนดูแลล่วงหน้าและการทำเอกสารมาตรา 12 จากสถิติของศูนย์การุณรักษ์ในปี พ.ศ. 2555 พบมีการทำเอกสารมาตรา 12 ร้อยละ 11 ในขณะที่มีแผนการดูแล ล่วงหน้าร้อยละ 45 ในปี พ.ศ. 2560 มีแผนดูแลล่วงหน้าร้อยละ 85 ในขณะที่มีการทำเอกสารมาตรา 12 เพียงร้อยละ 8

ความแตกต่างระหว่างการทำแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (Advance directive)

แผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกให้ทีมสุขภาพทราบถึงแนวทางการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ กรณีเกิดเหตุการณ์ ร้ายแรงหรือการเจ็บป่วยทั้งที่คาดคิดและไม่คาดคิดเกิดขึ้นตลอดเวลาหลังการทำแผน โดยบุคคลสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่าการรักษาแบบใดที่บุคคลนั้นต้องการหรือไม่ต้องการ สามารถกำหนดผู้มีสิทธิ ตัดสินใจแทน แผนดูแลล่วงหน้าไม่ใช่เอกสารตามกฎหมาย ซึ่งแตกต่างจากหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพฯ ซึ่งเป็นเอกสารตามกฎหมายที่บุคคลปฏิเสธ การรักษาพยาบาลเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น การทำแผนดูแลล่วงหน้ามักมีการนำไปสู่การทำหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพฯ ด้วย

ใครควรทำแผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้ที่ควรทำแผนการดูแลล่วงหน้าได้แก่ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยด้วยโรคที่คุกคามกับชีวิต หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยง ที่จะเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันที่ไม่คาดคิด ซึ่งได้แก่บุคคลเหล่านี้

1. ผู้ที่เสี่ยงกับการเกิด strokes (ผู้ที่มี hypertension)
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น early dementia
3. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกับอุบัติเหตุทางสมอง
4. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง และมีโอกาสเป็นซ้ำ
5. ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลใน long-term care

อย่างไรก็ตามบุคคลที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคภัยเรื้อรังก็สามารถที่จะทำแผนดูแลล่วงหน้าได้

ข้อดีของการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มักก่อให้เกิดการพูดคุยกันอย่างเปิดเผย ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ก่อให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการทำงานเป็นทีม การพูดคุยทำให้ทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วย รู้ความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ลดความเสี่ยงความสับสน หรือความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้น คือ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ในเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ
2. ลดปัญหา over หรือ under-treatment
3. ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและความขัดแย้งกับทีมสุขภาพ
4. ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลในแบบที่ต้องการได้ ช่วยลดความวิตกกังวล และลดภาวะที่ตนเองรู้สึกไร้พลังอำนาจ

5. ลดการเป็นภาระให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน

ในวัฒนธรรมบ้านเรามักให้ความสำคัญในสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วยน้อย การไม่ยอมให้แพทย์บอกความจริงกับผู้ป่วย รวมถึงการไม่ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเอง เมื่อมอบการตัดสินใจให้ผู้อื่น บางครั้งผู้ตัดสินใจเกิดความกังวล และไม่มั่นใจว่าการตัดสินใจดังกล่าวเป็นความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ รวมถึงบางครั้งผู้ตัดสินใจยึดเอาผลประโยชน์ของตนเองเป็นที่ตั้ง เช่น บุตรที่ไม่มีโอกาสได้ดูแลบิดามารดาอาจต้องการให้แพทย์ยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุดเพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสดูแลทดแทนคุณหรือครอบครัวอาจกลัวถูกวินิจฉัยโรคจากเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องที่ไม่ให้แพทย์ทำถึงที่สุด

อุปสรรคของการทำแผนดูแลล่วงหน้าและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากในประเทศไทย ยังไม่มีระบบการทำแผนดูแลล่วงหน้ามาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ยังไม่มีระบบจัดเก็บเอกสารการทำแผนดูแลล่วงหน้ารวมถึงเอกสารมาตรา 12 ที่สามารถให้แพทย์เข้าถึงได้ จึงยังมีความยุ่งยากทั้งในขั้นตอนการทำและการเข้าถึง อุปสรรคที่สำคัญได้แก่

1. ในผู้ป่วยระยะท้ายบางครั้งมีความยากลำบากในการประเมินพยากรณ์โรค ทำให้แพทย์ไม่มีความมั่นใจว่าสมควรถึงจุดที่จะทำตามความต้องการของผู้ป่วยแล้วหรือไม่ การแก้ปัญหาคือการทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เจ้าของไข้และทีมดูแลประคับประคอง
2. แพทย์ขาดความเชี่ยวชาญในการสื่อสาร ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะการสื่อสารด้านนี้ได้อย่างมั่นใจ ทำให้แพทย์ไม่สบายใจในการพูดคุย หรือหลีกเลี่ยงการพูดคุย จึงควรมีการพัฒนาทักษะทีมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป และทีมสุขภาพของศูนย์ดูแลประคับประคอง
3. ไม่มีระบบการรองรับ เพื่อให้สามารถเข้าถึงแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และมีความมั่นใจในการนำไปสู่การปฏิบัติ ในอนาคตควรมีการทำระบบจัดเก็บแผนดูแลล่วงหน้าและเอกสารมาตรา 12 ของผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงได้ และควรเป็นระบบที่ยอมรับและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ
4. ประชาชนขาดความตระหนัก เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์โรคเข้าสู่ระยะท้ายไม่ยอมพูดคุยเรื่องร้ายแรงหรือเกี่ยวกับความตาย และไม่เห็นความสำคัญของการเตรียมตัวล่วงหน้า จึงควรมีการสร้างความรู้ความตระหนักให้กับสังคม จุดเริ่มที่ดีคือการทำในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการมีแผนดูแลล่วงหน้ารองรับการทำจำเป็นต้องมีครอบครัวอยู่ด้วย ก็จะเป็นการสร้างความรู้ความตระหนักให้กับคนรุ่นต่อไปด้วย
5. ประเพณีวัฒนธรรมของไทยที่ไม่ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะกลัวผู้ป่วยหมดความหวัง รวมถึงการเคารพในตัวตนของผู้ป่วย ความเชื่อในเรื่องของการรักษาให้ถึงที่สุด ควรกระตุ้นให้มีการเคารพสิทธิ การพูดคุยอย่างเปิดเผยและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า

แนวทางการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวและขั้นตอนเกี่ยวกับการทำแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย

เป็นกระบวนการที่อาศัยความละเอียดอ่อน และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจวางแผนการดูแล และเป็นกระบวนการที่ทำให้ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยได้ทราบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

1) กระบวนการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารสร้างความไว้วางใจและค้นหาความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว
แพทย์ใช้ความละเอียดอ่อนและสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสาร พูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและค้นหาความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนดังกล่าว แพทย์ต้องพูดคุยเพื่อค้นหาผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (surrogate decision maker) รวมถึงค้นหาผู้เป็นตัวแทนหรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในระดับใด

ขั้นตอนที่ 2 การบอกพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง แพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคที่ตรงตามความจริง โดยแพทย์ต้องมีทักษะการบอกความจริงด้วยวิธีที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดกำลังใจ ใช้ภาษาที่พูดคุยประจำวัน เพื่อให้เข้าใจง่าย การสื่อสารเรื่องพยากรณ์โรคมีความสำคัญไม่ควรให้การพยากรณ์โรคที่ดีเกินจริง หลีกเลี่ยงการให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง ควรมีการพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้ รวมถึงทีมสุขภาพช่วยร่วมวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากร และการบริการต่างๆ ที่ครอบครัวต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาและกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ ควรพยายามส่งเสริมให้มีการพูดคุย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมายในชีวิต และมีโอกาสสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลรักษาในระยะต่างๆ ของโรค รวมถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ถ้าผู้ป่วยยังมีสมรรถนะดี ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะฉุกเฉินขึ้น ผู้ป่วยมีเป้าหมายให้แพทย์ดูแลในแนวทางใด เป้าหมายอาจได้แก่ การทำทุกอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุดไม่ว่าผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร หรือเป้าหมายการรักษาที่ไม่รุกรานถ้าแพทย์เห็นว่าโอกาสสำเร็จมีน้อยหรืออาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางคนอาจอยากเลือกเป้าหมายให้แพทย์ทดลองรักษาแต่ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นตามที่หวังขอให้ยุติและถอดถอนการรักษานั้นออก ควรมีการพูดคุยถึงเป้าหมายการดูแลเมื่อโรคอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งผู้ป่วยมักอยู่ในสถานะติดเตียงต้องพึ่งพิงทุกอย่างต้องเข้าใจว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่คล้ายกันคือ ต้องการใช้เวลาอยู่กับครอบครัว หลีกเลี่ยงการอยู่ในโรงพยาบาล หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและหลีกเลี่ยงการพุงซีฟ

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนการดูแล ทีมสุขภาพควรพูดคุยเรื่องรายละเอียดทางเลือกของการดูแลรักษาต่างๆ และให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง แผนการดูแลของผู้ป่วยต้องคล้อยตามเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยวางไว้ เช่น ไม่ว่ามีอะไรเกิดขึ้นเป้าหมายคือการรักษาเต็มที่ให้ได้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด แผนการดูแลของผู้ป่วยคือการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล การรักษาทุกอย่างยังต้องคงไว้ เช่น การรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใช้เครื่องพุงซีฟต่างๆ แต่ถ้าเป้าหมายของผู้ป่วย คือ การดูแลให้สุขสบายไม่รุกราน แผนการดูแลของผู้ป่วยคือการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวด เช่น ให้ยาระงับอาการ การให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม ปฏิเสธการพุงซีฟที่รุกราน เช่น การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การล้างไต เป็นต้น ทีมสุขภาพอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจเป้าหมายของการดูแลแบบ palliative care ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับสถานที่อยู่ที่ต้องการเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง

รวมถึงการพูดคุยเกี่ยวกับการใช้เครื่องพองชีพ ข้อดี ข้อเสีย ความไม่สบายและภาระที่เกิดขึ้น พุดคุยคำสั่งการกู้ชีพ (resuscitation order) การยืนยันถอดเครื่องพองชีพถ้าการลองรักษาไม่ได้ผลตามคาด

2) การบันทึกเจตจำนงของผู้ป่วยและการจัดเก็บบันทึกเอกสาร (Advance care planning documents)

- หลังจากที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงเลือกเป้าหมายและแผนการดูแลล่วงหน้า แพทย์ควรทบทวนเอกสารบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว แก้ไขในส่วนที่ยังคลาดเคลื่อนหรือเข้าใจไม่ตรงกัน
- ให้มั่นใจว่าเอกสารแสดงเจตจำนงต้องมีความชัดเจนที่จะช่วยในการตัดสินใจการรักษาของทีมสุขภาพ
- ให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสาร
- เก็บเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วย

3) มีการทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นระยะ

บทบาทของตัวแทนผู้ป่วย ต้องให้ตัวแทนในการตัดสินใจของผู้ป่วยอยู่ในการสนทนาเพื่อให้รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องระบุบทบาทของตัวแทนในการตัดสินใจแทนกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะทำได้ เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ ตัวแทนต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาแทนผู้ป่วยโดยยึดเจตจำนงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้อบกพร่องที่มักพบในการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

- ขาดการพูดคุยอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นเฉพาะการลงนามเอกสาร
- การสนทนาทำในวงแคบ ไม่มีการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นรูปธรรมและหลากหลาย ให้มีโอกาสพิจารณาอย่างทั่วถ้วน
- เจตจำนงของผู้ป่วยที่ระบุไว้อาจไม่ชัดเจน
- ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยไม่ได้ร่วมในการสนทนา ไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง ทำให้ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ปัญหาและช่องว่างด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าในประเทศไทยและแนวทางการพัฒนา

ปัจจุบันในระบบสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีแบบฟอร์มและการจัดเก็บแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทีมสุขภาพที่รับผิดชอบศูนย์ดูแลระดับประคับประคองซึ่งมีบทบาทในการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายยังต้องการพัฒนาทักษะเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถเผยแพร่และช่วยในการฝึกอบรมทีมสุขภาพอื่น แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไปไม่เข้าใจหลักการและขาดทักษะการสื่อสาร รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปและผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในระยะท้ายไม่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลระดับประคับประคองทำให้ขาดการพูดคุยทำแผนดูแลล่วงหน้า แนวทางการพัฒนาให้ผู้ป่วยและประชาชนเข้าถึงการทำแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่ ศักยภาพของทีมดูแลระดับประคับประคองเพื่อช่วยเผยแพร่องค์ความรู้และทักษะ การจัดตั้งคลินิกการทำแผนดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาล โดยอาศัยทีมดูแลระดับประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการทำแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้น นอกจากนี้การสร้างความตระหนักทั้งในหมู่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปก็เป็นส่วนที่มีความสำคัญ

สรุปโดยรวมภาระโรคในปัจจุบันของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น รวมถึงปริมาณผู้ป่วยระยะท้ายที่มีจำนวนมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าจากการที่ไม่มีทีมดูแลระดับประคับประคองเข้าร่วมดูแล การขาดความตระหนักในบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ รวมถึงประชาชนขาดความเข้าใจ เข้าไม่ถึงข้อมูล ทำให้ขาดการวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้รับการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ ทุกข์ทรมานและสร้างความล้มเหลวทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัว จึงควรมีการสร้างและพัฒนาระบบการเข้าถึงและการส่งเสริมการทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย และการสร้างความตระหนักในประชาชนทั่วไป แม้มาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพฯ ได้เริ่มดำเนินการมาร่วม 12 ปี แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับขององค์การแพทย์และมีการทำเอกสารตามมาตรา 12 น้อยมาก เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การส่งเสริมการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าจะช่วยให้มาตรา 12 ประสบความสำเร็จมากขึ้น และครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่า

บรรณานุกรม

1. ชูติมา อรรถสิทธิ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, จิตปราณี วาศวิท, อรศรี อินทามะ, อาทิตยา เทียมไพรวัลย์. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
2. ศูนย์การุณรักษ์. สถิติศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2555-2560. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์; 2560.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น; 2562.
4. Agency for Integrated Care. [cited 2020 January 11]. Available from: <https://www.aic.sg>.
5. Brown BA. The history of advance directive: a literature review. J Geronto Nurs 2003; 29: 4-14.
6. Center of disease control. Deaths: Public health and aging: trends in aging–United States and worldwide. MMWR Weekly 2003; 52: 101-6.
7. Detering KM., Hancock AD., Reade MC., Silverter W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized control trial. BMJ 2010; 340: c1345.
8. National health service (NHS). End of Life Care Programme (2006) - Advance Care Planning NSH end of life care programme [Internet]. National health service; 2006. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/>.
9. Five Wishes. [cited 2020 July 28]. Available from: <https://fivewishes.org>.
10. Hammes BJ., Rooney BL. Death and end-of-life planning in one midwestern community. Arch Int Med 1998; 158: 383-90.
11. Lorenz K., Lynn J., Morton SC., et al. End-of-Life care and outcomes. Summary, evidence report/technology assessment: Number 110. AHRQ Publication Number 05-E004-1, December 2004. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/eolsum.htm>.
12. Lynn J and Goldstein N. Advance care planning for fatal chronic illness: avoiding commonplace errors and unwanted suffering. Ann of Int Med 2003; 13: 812-16.
13. Ramsaroop SD., Reid MC., Edelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success. J Am Geri Soc 2007; 55: 277-83.
14. Schwartz CE., Hammes B. Measuring patient treatment preferences in end-of-life care between patients and their health care agents helps define and document the patient's wishes for both patient and agent. J Palliat Med 2004; 7: 233-45.
15. Seshamani M., Gray AM. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on healthcare costs. Age Ageing 2004; 33(6): 556-61.

16. Sinsuwan W., Pairojkul S., Gomutbutra P., Kongkum K., Kosuwon W. A retrospective, single center, observational study, comparing the direct cost of end-of-life care patients with advanced cancer care: Palliative care versus usual Care. J Palliat Care Med 2016; 6: 243. doi:10.4172/2165-7386.1000243.
17. Smith RA. Good death “Age Concern Debate of the Age”. BMJ 2010; 320: 129-30.
18. Steinhauser KE., Clipp EC., McNeilly M., et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. Ann Int Med 2000; 132: 825-32.
19. Storey L., O’Donnell L., Howard A. Developing palliative care practice in the community. Nursing Standard 2002; 18: 40-2.
20. Storey L., Wood J., Clark D. An evaluation strategy for preferred place of care. Prog Pall Care 2006; 14: 120-3.
21. The Respecting Choices Program. [cited 2020 July 28]. Available from: <http://www.learnrc.org/default.asp>.
22. Wood J., Storey L., Clark D. Preferred place of care: an analysis of the “first 100” patient assessments. Pall Med 2007; 21: 449-50.

A photograph of three hands, likely belonging to different people, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned over a wooden surface. The background of the entire page features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta.

บทที่ 6

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
แบบองค์รวม



บทที่ 6.1

การดูแลทางด้านร่างกาย

ธีระพล สมหมายไชยา

โรงพยาบาลเลิดสิน

การดูแลแบบประคับประคองทางกายจะเชื่อมโยงกับการตัดสินใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับเป้าหมายแนวทางการรักษาและการปฏิบัติจริง ซึ่งผู้ป่วยและญาติควรได้รับการอธิบายให้เข้าใจ มีความเห็นและยอมรับร่วมกัน โดยมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางวัฒนธรรม ศีลธรรม และจริยธรรมของผู้ป่วยและผู้ให้การรักษานบนพื้นฐานของสังคม และกฎหมายของระบบสาธารณสุขที่มี ทั้งนี้การดูแลทางด้านร่างกายควรมีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิต โดยควรเป็นไปในลักษณะที่จริงใจ เป็นที่ยอมรับของสังคม และเป็นการตัดสินใจร่วมกันบนความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์หรือผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้มีการใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องมือต่างๆ ทางกายในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ ความปวด อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการสับสน ตลอดจนภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาด้านร่างกายหลายอย่างร่วมกัน

1. ความปวด (Pain)

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็ง ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการปวดจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาอาการปวดมีทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้การประเมินความปวดและทักษะของผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะจัดการอาการปวดของผู้ป่วยจนอยู่ในระดับที่พึงพอใจ การจัดการปัญหาความปวดของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ วิธีการจัดการความปวดทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาที่จัดทำขึ้นนี้จะเป็นเครื่องมือทางวิชาการในการสนับสนุนความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

1.1 การรักษาด้วยยา

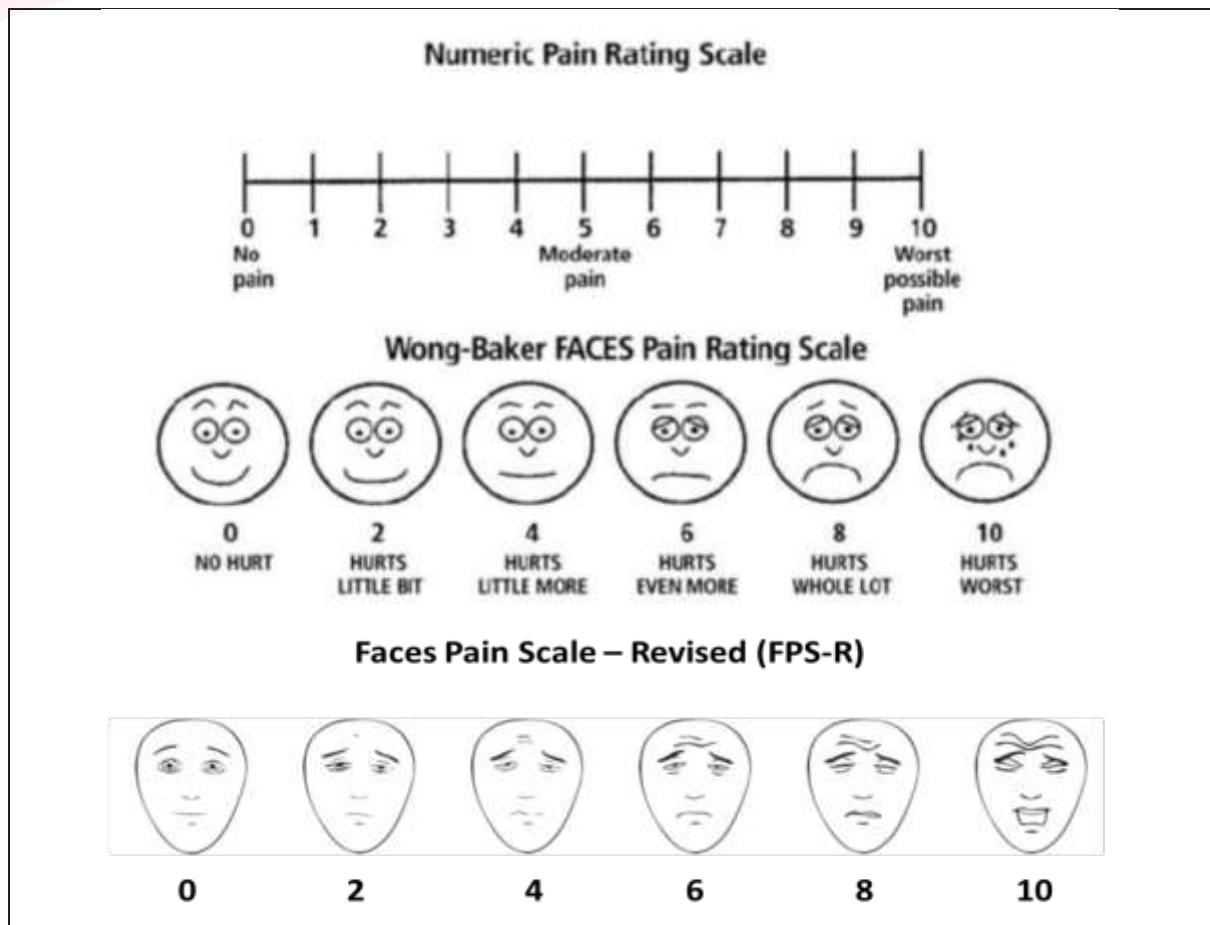
1.1.1 การประเมินความปวด: วัตถุประสงค์เพื่อหาสาเหตุและติดตามประเมินความรุนแรงของความปวด เป็นการตอบสนองต่อการรักษาโดยให้ครอบคลุม ดังนี้

1) ตำแหน่ง (pain position) สามารถทำให้สะดวกด้วยรูปภาพร่างกาย (body chart) และบางครั้งอาจมีอาการปวดหลายตำแหน่งหลายลักษณะ

2) ลักษณะความปวด (pain characteristics) เช่น ปวดตื้อๆ ปวดตึบๆ ปวดเหมือนถูกเข็มตำ ปวดเหมือนถูกบีบรัด ปวดแหลมๆ ปวดร้าว เป็นต้น ช่วยให้พิจารณาแยกความปวดว่าน่าจะมีกลไกความปวดอย่างไร

3) ความรุนแรงของความปวด (pain intensity) ประเมินโดยเครื่องมือวัดระดับความปวด ดังนี้ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ให้ประเมินความรุนแรงของความปวดว่าผู้ป่วยปวดกี่คะแนน โดยใช้แบบประเมิน numerical rating scale (NRS) คือ จากคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้ (ภาพที่ 6.1.1)

กรณีผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ให้ใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวด คือ แบบประเมิน faces pain rating scale (ภาพที่ 6.1.1) และระบุด้วยว่าประเมินอาการปวดเมื่อใด เช่น ขณะพัก ขณะมีกิจกรรม ฯลฯ



ภาพที่ 6.1.1 เครื่องมือวัดระดับความปวด

ที่มา: Turk DC., Melzack R. 2011, International association for the study of pain 2018

4) ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด

5) ผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน นอนหลับ และผลกระทบทางด้านอารมณ์

6) ผลของการรักษาต่อความปวด ได้แก่ ใชยาแก้ปวดอะไรมาบ้าง ผลการรักษาเป็นอย่างไร อาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวดที่เคยใช้

1.1.2 การวางแผนการรักษา

1) การบำบัดความปวด

หลักการบำบัดความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายใช้หลักการขององค์การอนามัยโลกที่ให้ยาแก้ปวดตามขั้นตอน (ตารางที่ 6.1.1) และการใช้วิธีที่ไม่ซับซ้อน (non-invasive) ก่อน เช่น ให้รับประทาน (by mouth) และให้ตามเวลา (by the clock) ขนาดไม่มีจำกัด แต่ให้ประเมินติดตามการเลือกใช้นิตและปรับขนาดตามความรุนแรง ไม่ใช่ตามระยะของโรค และเมื่อยาแก้ปวดในระดับขั้นเดียวกันใช้ไม่ได้ผลในขนาดสูงแล้ว ควรปรับเป็นยาในชั้นที่สูงกว่า **ไม่ควรให้ซ้อนชนิดกัน** เช่น ให้ยา codeine และ tramadol ในช่วงเวลาเดียวกัน และเมื่ออาการปวดดีขึ้น ให้ปรับขนาดลงตามความรุนแรง เมื่อมีอาการปวดแบบต่อเนื่องต้องให้ยาตามตารางเวลาเพื่อคุมอาการต่อเนื่อง (around the clock) แต่เมื่อมีความปวดที่เกิดเป็นครั้งคราว (breakthrough) ก็ให้เสริมอีกด้วยยาที่ออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วเพื่อรับคุมอาการ

ตารางที่ 6.1.1 หลักการใช้ยาแก้ปวดขององค์การอนามัยโลก

ตามความรุนแรงของความปวดเป็นขั้นบันได (by the ladder)	ขั้นที่ 1 รายที่มีความปวดน้อยถึงปานกลาง
	ให้ยาในกลุ่ม non opioids โดยร่วมกับยาเสริมตามอาการ
	ขั้นที่ 2 รายที่มีความปวดปานกลางถึงรุนแรง
	ให้ยาในกลุ่ม weak opioids โดยให้ยาในกลุ่ม non opioids และยาเสริมร่วมด้วย
	ขั้นที่ 3 รายที่มีความรุนแรงมาก
	ให้ยาในกลุ่ม strong opioids โดยให้ยาในกลุ่ม non opioids และยาเสริมร่วมด้วย

2) หลักการรักษาด้วยยา แบ่งเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ยาในกลุ่ม acetaminophen และ non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) สามารถให้ได้ในทุกระดับความปวด โดยสามารถให้ตั้งแต่อาการปวดน้อย และใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม opioid เพื่อลดขนาดของยา opioid ดังตารางที่ 6.1.2

ตารางที่ 6.1.2 ตัวอย่างยาในกลุ่ม non-opioid ที่ใช้บ่อย

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาด (มก.)	ความถี่	ขนาดสูงสุดต่อวัน (มก./วัน)
Acetaminophen	Paracetamol	325, 500	ทุก 4 - 6 ชม.	2,000
NSAIDs	Ibuprofen	200, 400, 600	ทุก 4 - 6 ชม.	2,400
	Diclofenac	25, 50	ทุก 8 ชม.	150
	Indomethacin	25	ทุก 8 - 12 ชม.	200
	Naproxen sodium	275	ทุก 12 ชม.	1,000
Coxibs	Celecoxib	200, 400	ทุก 12 ชม.	400
	Etoricoxib	30, 60, 90, 120	ทุก 14 ชม.	120

การให้ยาในกลุ่ม NSAIDs ควรระวังผลข้างเคียงในเรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร และผลข้างเคียงต่อไต ซึ่งในผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ อยู่แล้ว จึงควรใช้ยาในกลุ่มนี้ในระยะสั้น

ขั้นที่ 2 Weak opioid พิจารณาใช้ได้ในระดับความปวดน้อยถึงปานกลาง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ tramadol และ codeine ดังตารางที่ 6.1.3

ตารางที่ 6.1.3 รายละเอียดของยาในกลุ่ม weak opioid ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด (มก.)	ขนาดสูงสุดต่อวัน (มก./วัน)	ความถี่	อาการ ไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
Tramadol	50	400	ทุก 6-8 ชม.	มีเหงื่อ ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก	- เพิ่มความเสี่ยงของ อาการชักในผู้ป่วยที่มี ประวัติลมชัก - ควรลดขนาดยา ในผู้ป่วยโรคไต โรคตับ และผู้สูงอายุ - ระวังการเกิด serotonin syndrome เมื่อใช้ร่วมกับ SSRIs หรือ SNRIs
Codeine	15, 30	240 - 360	ทุก 4-6 ชม.	มีเหงื่อ ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก	- ควรลดขนาดยา ในผู้ป่วยโรคไต - ฤทธิ์แก้ปวดลดลงเมื่อ ใช้ร่วมกับยาที่มีผลยับยั้ง CYP2D6 เช่น fluoxetine และ paroxetine

ขั้นที่ 3 Strong opioid ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ดังตารางที่ 6.1.4

ตารางที่ 6.1.4 รายละเอียดของยาในกลุ่ม strong opioid ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด	ความถี่	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
MO IR (ยามอร์ฟินเม็ดแบบ ปลดปล่อยทันที)	10 มก.	ทุก 3-4 ชม.	ที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มีเหงื่อ ง่วงนอน	- ปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มี ภาวะไตบกพร่อง - ระวังภาวะการ หายใจถูกกดในผู้ที่มีความ เสี่ยง เช่น โรคระบบ ทางเดินหายใจ โรคระบบ ไหลเวียนเลือดรุนแรง
Morphine syrup (ยามอร์ฟินชนิด น้ำเชื่อม)	2 มก./มล.	ทุก 3-4 ชม.	ที่พบบ่อย คือ ความ ดันโลหิตต่ำ กัดกร่อน หายใจ คั่น กล้ามเนื้อ	
ยาแคปซูลแบบควบคุม การปลดปล่อย (Kapanol®)	20 มก., 50 มก., 100 มก.	ทุก 24 ชม.	กระตุก delirium	

ตารางที่ 6.1.4 (ต่อ) รายละเอียดของยาในกลุ่ม strong opioid ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด	ความถี่	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
มอร์ฟีนฉีดเข้าใต้ผิวหนัง, มอร์ฟีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำ	10 มก./มล.	ทุก 3-4 ชม.		ใช้ร่วมกับยาอื่นที่กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น high potency benzodiazepines และผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง
ยาเม็ดแบบควบคุมการปลดปล่อย (morphine sustained-released tablet: MST®)	10 มก., 30 มก., 60 มก.	ทุก 6-12 ชม.		*ยาเม็ดแบบควบคุมการปลดปล่อย (MST) ห้ามหัก แบ่ง บด เคี้ยว เม็ดยา
Pethidine	50 มก./มล.	ทุก 4-6 ชม.	delirium, myoclonus	ไม่แนะนำให้ใช้ติดต่อกันระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็ง
Fentanyl transdermal patch	12, 25, 50 มก./ชม.	ทุก 72 ชม. (3 วัน)	เหมือนมอร์ฟีน แต่ต้องผูกน้อยกว่า	ห้ามให้ความร้อนจากกระเป๋าน้ำร้อน ผ้าห่ม ไฟฟ้าสัมผัสบนแผ่นยาเมื่อแปะ

กรณีเกิดการกดหายใจ (respiratory depression) การวินิจฉัยภาวะกดการหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะกดการหายใจจะมีอาการที่สามารถพบได้ คือ ซึมลง pupil pin point ร่วมกับหายใจน้อยกว่า 6-10 ครั้งต่อนาที (โดยใช้แบบประเมิน sedative score) ให้การรักษาโดยใช้การล้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม opioid ให้การรักษาโดยเจ็จาก naloxone 1 ampule (0.4 มก.) ใน 0.9% normal saline 9 มล. แบ่งครั้งละ 1-2 มล. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ทุก 30-60 วินาที จนอาการดีขึ้น ถ้าผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองภายใน 10 นาที ให้ฉีดจนได้ขนาดรวม 1 มก. แต่อย่างไรก็ตามยาในกลุ่ม opioid มี half life นานกว่ายา naloxone (45 นาที-1 ชั่วโมง) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นในช่วงแรก ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะถ้าฤทธิ์ของ naloxone หหมด แต่ฤทธิ์ของยา กลุ่ม opioid ยังอยู่อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกดการหายใจขึ้นอีก จึงต้องให้ยา naloxone เป็นระยะตามอาการผู้ป่วย

ยากลุ่ม adjuvants

ยาแก้ปวดกลุ่ม adjuvants คือ ยากลุ่มที่มีข้อบ่งใช้หลักทางคลินิกสำหรับสำหรับโรคอื่นๆ แต่สามารถนำมาใช้ร่วมเพื่อบำบัดความปวดได้ หรืออาจเหมาะสำหรับความปวดบางชนิด ยาแก้ปวดในกลุ่ม adjuvants มีหลายกลุ่ม เช่น antidepressants, anticonvulsants, muscle relaxants, antispasmodics, corticosteroids และ bisphosphonates แต่ละกลุ่มมีวัตถุประสงค์ในการใช้แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 6.1.5

ตารางที่ 6.1.5 Adjuvants drug ที่ใช้บ่อย

ยา	ความแรง (มก.)	ขนาดยา (มก./วัน)	อาการไม่พึงประสงค์ และข้อควรระวัง
Amitriptyline	10, 25	10-75	- anticholinergic side effect ง่วงนอน หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ - ระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต โรคต่อหิมนมปิด โรคลมชัก
Gabapentin	100, 300, 400, 600	300-3,600	- ง่วงนอน วิงเวียน บวมที่รยางค์ส่วนปลาย - ขับทางไตในรูปเดิม จึงต้องลดขนาดในผู้ป่วยซึ่งมีการทำงานของไตบกพร่อง
Pregabalin	25, 75	75-600	- ง่วงนอน วิงเวียน บวมที่รยางค์ส่วนปลาย - ขับทางไตในรูปเดิม จึงต้องลดขนาดในผู้ป่วยซึ่งมีการทำงานของไตบกพร่อง
Corticosteroid (dexamethasone, prednisolone)	ความปวดที่เกิดจากภาวะ inflammation, nerve compression, diffuse bone pain, bowel obstruction, acute management ในภาวะ pain crisis จากพยาธิสภาพที่ dural structures หรือ bone, intracranial pressure สูงจากมะเร็งในสมอง	ขนาดยาแล้วแต่ชนิดของยาที่ใช้ และข้อบ่งใช้	- ประโยชน์อื่นๆ ของยาในผู้ป่วยมะเร็งคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิต mood elevation กระตุ้นความอยากอาหาร ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และความรู้สึกไม่สบายหรืออ่อนแอของร่างกาย (malaise) ระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระยะยาว

การตรวจติดตามผลการระงับปวดต้องมีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง) และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจนผู้ป่วยไม่รู้สึกปวด

1.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้หลายวิธี โดยวิธีการที่ใช้บ่อยและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มีดังนี้

การนวด (massage) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่อนคลาย สบายใจ ลดความเครียด และทำให้มีการไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกาย หรือบริเวณที่นวดควรนวดแบบ effleurage/ stroking คือ การใช้มือไล่นิ้วหนึ่งลงน้ำหนักเบาหรือแรงก็ได้ ซึ่งจะให้ผลแตกต่างกัน ถ้าน้ำหนักเบาในทิศทางใดๆ กระทำได้ทั่วร่างกาย จะเป็นการกระตุ้น reflex และเกิดผลทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย แต่ถ้าลงน้ำหนักแรงต่อตำแหน่งเป็นแนวยาวจะให้ผลทางกลศาสตร์ระดับลึก

ความร้อน (heat) และความเย็น (cold) ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของอาการ โดยถ้าเกิดการบาดเจ็บเฉียบพลันร่วมกับเกิดการบวมขึ้นควรเลือกใช้ความเย็นเพราะความเย็นจะช่วยลดบวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเป็นอาการแบบเป็นๆ หายๆ มีอาการเรื้อรังหรือปวดตึงกล้ามเนื้อ ควรใช้ความร้อนเพื่อลดปวดและคลายกล้ามเนื้อ

การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นที่ผิวหนังผ่านทางแผ่นที่ติดไว้บริเวณผิวหนังของผู้ป่วยโดยอาศัยกลไกการลดปวดจาก gate-control theory

1.3 Palliative radiotherapy

ใช้รักษาอย่างประคับประคองโดยเฉพาะอาการปวดกระดูก ปวดบริเวณก้อนมะเร็ง โดยจะทำการฉายรังสีระยะสั้นขึ้นกับลักษณะของโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

2. อาการทางกายอื่นๆ ที่พบได้บ่อย

2.1 เหนื่อย/ อ่อนเพลีย (Tiredness/ Fatigue)

ความอ่อนล้า คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้เหนื่อยล้าทั้งกายและใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง สัมพันธ์ภาพกับบุคคลลดลง เกิดสภาวะถดถอยของร่างกาย และความทนทานของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการเบื่ออาหาร ผอมแห้ง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย สาเหตุของความอ่อนล้ามีความซับซ้อนต้องตรวจวินิจฉัยอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ความปวด คลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก ท้องผูก อาการซึมเศร้า ภาวะติดเชื้อมี และภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

แนวทางการจัดการ

การเพิ่มแคลอรีของอาหารด้วยการรับประทาน หรือเข้าทางหลอดเลือดจะได้ผลน้อยและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นควรรักษาสาเหตุ เช่น ให้เลือดกรณีเกิดภาวะซีด ให้ยาบรรเทาอาการอ่อนล้า เช่น ยากลุ่ม steroid erythropoietin และ anti-depressive กรณีมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นให้จำกัดกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกเดิน การเข้าห้องน้ำ การเผื่อระวังอุบัติเหตุ การพักผ่อน อย่างเพียงพอ และกรณีเหนื่อยให้ออกซิเจนร่วมด้วย

2.2 คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)

คลื่นไส้ คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหารลำบาก อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลง และชีพจรเต้นเร็ว

อาเจียน คือ เป็นอาการที่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะให้ไหลย้อนขึ้นมาจากปาก บางทีอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการคลื่นไส้อาเจียน เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะท้ายมักมีปัญหาเรื่องคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย หรือเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งต้องประเมินและหาสาเหตุที่เกิดขึ้น และรักษาผู้ป่วยตามสาเหตุดังกล่าว

แนวทางการจัดการ

การรักษาโดยใช้ยา: domperidone, prochlorperazine, metoclopramide, ondansetron, granisetron, haloperidol

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น จัดอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น ดื่มเครื่องดื่มจืดๆ บ่อยๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำผลไม้ น้ำขิง น้ำชา ทำความสะอาดปาก ฟัน ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศสดชื่น

2.3 ง่วงซึม/สับสน (Drowsiness)

Drowsiness เป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะท้ายเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ยา การติดเชื้อ ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ความดันในสมองเพิ่มขึ้น ภาวะลิ่มเลือดของอวัยวะในร่างกาย เช่น ไตวาย ตับวาย

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติ และตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุ

แนวทางการจัดการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบในกรณีที่เป็นผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม opioid ให้ลดขนาดยาลง หรืออาจจำเป็นต้องใช้ methylphenidate เพื่อกระตุ้นระบบประสาทซึ่งอาจจะไม่สามารถแก้ไขได้ในกรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

2.4 เบื่ออาหารและน้ำหนักลด (Anorexia & Cachexia)

Anorexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารร่วมกับการลดลงของแคลอรีที่ได้รับ

Cachexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ร่วมกับมีภาวะลดลงของกล้ามเนื้อและไขมัน

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุและประเมินระดับความรุนแรงโดยดูจากน้ำหนักตัวที่ลดลงเพื่อการจัดการที่เหมาะสม

แนวทางการจัดการ

กรณีประเมินระดับความรุนแรงได้เล็กน้อย ให้ดูแลเรื่องความสะอาด และความชุ่มชื้นในช่องปาก โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดและซับที่ปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ส่งเสริมให้ครอบครัวจัดอาหารมื้อที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย กรณีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก รายงานแพทย์เพื่อส่งปรึกษานักโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการ และให้ยากระตุ้นความอยากอาหาร

2.5 เหนื่อยหอบ (Shortness of breath)

เหนื่อยหอบ คือ เป็นอาการหายใจลำบาก เป็นความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกหายใจติดขัดเหนื่อยหอบ หรือการหายใจไม่เต็ม เหมือนสำลักหรือหายใจหนักๆ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากตัวโรคคลุ้มคลั่ง อาจพบปัญหาการทำงานของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ พบอุบัติการณ์ของการหายใจลำบากเป็นลำดับต้นๆ

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการโดยใช้การบอกจำนวนตัวเลข (visual analogue scale; VAS) หรือประเมินโดยใช้คำพูดหรือภาพ กรณีสื่อสารไม่ได้

การตรวจวินิจฉัย: การประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงปอดของผู้ป่วย อาการซีด หรือเขียวที่เล็บ การใช้กล้ามเนื้ออื่นๆ ช่วยหายใจ ควรตรวจร่างกายโดยการคลำและเคาะท้อง เพื่อประเมินภาวะท้องมาน สังเกตเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ติดตามผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (hematocrit) และฮีโมโกลบิน (hemoglobin) เพื่อหาสาเหตุเพิ่มเติมของการหายใจลำบาก ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรคสาเหตุบางอย่างเป็นอันตรายต่อชีวิตและสามารถแก้ไขได้ควรให้การรักษา เช่น pericardial effusion, pleural effusion, superior vena cava syndrome, pneumonia สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้การรักษาควรเป็นไปตามอาการแบบประคับประคอง โดยไม่จำเป็นต้องพยายามตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

แนวทางการจัดการ

การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายจะมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะหลอดลมหดรัดตัว รักษาด้วยยาขยายหลอดลม นอกจากนี้ยังมีแนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดท่าเพื่อให้ปอดขยายตัวดีขึ้นและเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ควรใช้ท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's or semi sitting position)

ท่าทางการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมตามความเหมาะสมช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ดียิ่งขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดอาการหายใจลำบาก เช่น นอนหงายแขนแนบข้างลำตัว สูดลมหายใจเข้าลึกๆ พร้อมกับยกแขนทั้ง 2 ข้างขึ้น และยกแขนลงพร้อมกับหายใจออกช้าๆ ทางปาก

การฝึกหายใจโดยการห่อปาก (pursed-lip breathing) เป็นการบริหารกล้ามเนื้อกระบังลม สามารถลดอาการเหนื่อยได้ และจะช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าปอด เพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลม และป้องกันปอดแฟบ เริ่มจากจัดท่านอนหงาย หนุนหมอน และชันเข่า 2 ข้าง หรือนั่งเก้าอี้ในท่าผ่อนคลาย โน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุดค้างไว้ประมาณ 3-4 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยทำการห่อปากให้เล็กมากที่สุดเป่าลมออกให้ช้า และยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้

การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (diaphragmatic breathing) เป็นการฝึกหายใจที่ใช้กล้ามเนื้อที่ลึกและได้ลมเข้าออกปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ เริ่มจากผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าศีรษะสูง ใช้มือหนึ่งวางบริเวณกลางอก และอีกมือหนึ่งวางบริเวณท้องใต้ลิ้นปี่ หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ขณะหายใจเข้าท้องป่องออกจนรู้สึกว่ามีมือที่วางบริเวณท้องเคลื่อนสูงขึ้น หายใจออกทางปากหน้าท้องจะยุบลง

2.6 ท้องผูก (Constipation)

ท้องผูก เป็นอาการที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ opioid และสาเหตุอื่นๆ เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย นอนติดเตียงหรืออัมพาต

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ และระยะเวลาที่เป็น

แนวทางการจัดการ

การรักษาเชิงพฤติกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โดยเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยประเภทที่ละลายได้ง่าย เช่น ผลไม้ และข้าวโอ๊ต อย่างเพียงพอ จะช่วยให้อุจจาระมีขนาดใหญ่และนุ่ม ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 1.5-2.0 ลิตรต่อวัน ควรปรึกษานักโภชนาการช่วยวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ อาหารบางชนิดมีคุณสมบัติช่วยระบายโดยธรรมชาติ เช่น ลูกพรุน ผลมะเดื่อฝรั่ง ผลกีวี เชอร์เบตเทศ กากน้ำตาล (molasses) สำหรับผู้ที่ท้องผูกง่ายควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีเส้นใยหรือน้ำน้อย เช่น ไอศกรีม

ชีส เนื้อสัตว์ หรืออาหารสำเร็จรูป เพิ่มกิจกรรมทางกายตามความเหมาะสมเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ และจัดที่นั่ง ไม่ควรละเลยหรือยับยั้งความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ สร้างบรรยากาศที่ดีในการขับถ่าย ควรหลีกเลี่ยง การใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก และหลีกเลี่ยงการใช้ยาระบายต่อเนื่องยาวนานโดยไม่จำเป็น

การรักษาโดยการให้ยาระบายทั้งชนิดรับประทาน เหน็บทวารหนัก หรือสวนอุจจาระ ยาระบาย กลุ่มกระตุ้นออกฤทธิ์ ทำให้กล้ามเนื้อลำไส้บีบตัวเป็นจังหวะๆ ตัวอย่าง เช่น senna (มะขามแขก), bisacodyl ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเกินความจำเป็น เช่น รับประทานยาต่อเนื่องเป็นประจำหรือใช้ในปริมาณมาก เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ยาระบายกลุ่มออสโมซิสออกฤทธิ์ดูดซึมทำให้สารน้ำไหลกลับเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ ผ่านช่องทางพิเศษ จึงมีประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีภาวะท้องผูกชนิดไม่ทราบสาเหตุ เช่น polyethylene glycol, lactulose และ sorbitol โดยทั่วไปนิยมใช้ polyethylene glycol เพราะต่างจาก lactulose และ sorbitol ตรงที่ไม่ก่อให้เกิดแก๊สหรือท้องอืด ส่วน sorbitol นั้นให้ผลเช่นเดียวกับ lactulose แต่ราคาถูกกว่า ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรระมัดระวังในการใช้นี้ ยาระบายกลุ่มเกลือออกฤทธิ์เหมือนฟองน้ำที่ดึงน้ำเข้าสู่ ลำไส้ใหญ่เพื่อให้อุจจาระเคลื่อนตัวผ่านไปได้ง่ายคล้ายคลึงกับยาระบายกลุ่มออสโมซิส เช่น magnesium hydroxide และ magnesium citrate ยาระบายกลุ่มนี้ใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกเฉียบพลันที่ไม่ได้เกิดจากการอุดตัน ของลำไส้ ยาเหน็บทวารและการสวนอุจจาระ นอกจากยาระบายจะมีรูปแบบการใช้เป็นยาแบบรับประทาน (ยาน้ำ ยาเม็ด ยาง หรือยาแกรนูล) ยังมีในรูปแบบของยาเหน็บหรือยาสวนทวาร ซึ่งใช้โดยการสอดผ่านรูทวาร เข้าไปในไส้ตรง แม้ว่าคนจำนวนมากไม่ชอบใช้ยาแบบนี้แต่เป็นวิธีที่ให้ผลเร็วกว่าการรับประทาน เมื่อสอดเข้าไป ในไส้ตรง ยาจะไปทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มลงและทำให้ผนังของไส้ตรงหดตัวเพื่อขับอุจจาระออกมา การใช้ยาในเวลาเดิม ของทุกวันอาจช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อวิธีรักษาดังกล่าวมาแล้วอาจใช้ ชุดสวนอุจจาระสำเร็จรูปที่มีเกลือ sodium phosphate/ biphosphate (fleet) เป็นครั้งคราวได้ แต่ไม่แนะนำให้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจหรือโรคไต ยกเว้นแพทย์สั่งให้ใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์

2.7 สะอึก (Hiccup)

สะอึก คือ เป็นอาการที่เกิดจากการทำงานที่ไม่สัมพันธ์ของกระบังลมกับกล้ามเนื้อหายใจ ภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินจากอาการและระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น

แนวทางการจัดการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบ เช่น ลดภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง จิบน้ำเย็น เป่าลมใส่ถุงกระดาษ เพื่อเพิ่มปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ หรือกลืนหายใจ ทำให้ตกใจ และให้ยากลุ่ม corticosteroid เช่น dexamethasone, prednisolone ให้ยากลุ่ม antipsychotics เช่น haloperidol, chlorpromazine ให้ยากลุ่ม muscle relaxants เช่น baclofen

3. ภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะท้าย

2.8 อาการปวดรุนแรง อาจเป็นอาการปวดที่เกิดเมื่อเคลื่อนไหวแม้เพียงเล็กน้อย หรืออาการปวด ที่กำเริบจนทำให้นอนไม่ได้

การรักษา

อันดับแรก คือ การใช้ morphine ทางหลอดเลือดดำ โดยแบ่งการใช้เป็น 2 กรณี ดังนี้

ประเภทผู้ป่วย	การดูแล
ในผู้ที่ไม่เคยได้รับ morphine มาก่อน	ให้บริหาร morphine 2-5 มก.ทางหลอดเลือดดำ
ในผู้ที่ได้รับ morphine อยู่แล้ว	ให้ morphine ขนาด 10-20% ของขนาดที่ได้รับ ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

ประเมินอาการซ้ำใน 15 นาที ถ้าไม่ดีขึ้นให้ซ้ำ โดยเพิ่มขนาดขึ้นอีก 50-100% ถ้าอาการปวดดีขึ้น แต่ pain score ยังอยู่ในระดับ 4-6 ให้ซ้ำอีกในขนาดเดิม ถ้าอาการดีขึ้น และ pain score อยู่ในระดับ 0-3 ให้ยาต่อในขนาดและช่วงเวลาที่เคยได้รับ

2.9 Spinal cord compression พบได้ประมาณร้อยละ 5 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบบ่อยในมะเร็งของ breast, bronchus, prostate, cervix, thyroid และ multiple myeloma โดยมะเร็งกระจายไปที่กระดูกและลามเข้า epidural space หรือกระดูกสันหลังยุบตัวไปกดไขสันหลัง และเส้นประสาทตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่คือ thoracic รองลงมาเป็น lumbosacral พบน้อยบริเวณ cervical

อาการ	ช่วงแรกไม่เด่นชัด แต่เมื่ออาการแสดงชัดเจนมักสายเกินไปที่จะรักษา ควรตระหนักเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ซึ่งอาจนำมาก่อนเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน มีอาการปวดแปลบไปด้านหน้ารอบลำตัว เป็นมากขึ้นเวลาไอ จาม หรือก้มตัว มีอาการขาอ่อนแรง ชาขา หรือเท้าชาบริเวณ perianal ส่วนความผิดปกติของการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะมักพบเมื่อโรคเป็นระยะท้าย
การตรวจร่างกาย	มักกดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง reflex ลดลงในช่วงแรก และไวขึ้นในระยะต่อมา ขาดก้น dermatome ที่มีการกดทับ มี motor weakness ไม่มี anal tone
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	plain film ของ spine พบผิดปกติ 80% MRI ช่วยประเมินหาสาเหตุได้อย่างถูกต้อง (gold standard)
การรักษา	<u>การรักษารีบด่วน</u> - ระวังปวดโดยใช้ immediate-released opioids และยารักษา neuropathic pain - ให้ dexamethasone 12 มก. ตอนเช้าครั้งเดียวเพื่อลดบวม <u>การรักษาอื่น</u> การรักษาอื่นๆ ขึ้นกับ functional status ของผู้ป่วย ได้แก่ - Radiotherapy ถ้าเป็นชนิด radio-responsive และ spine stable - Surgery กรณีมี vertebral body collapse, unstable fracture หรือต้องการ tissue diagnosis - Chemotherapy ถ้าเป็นชนิด responsive - ในระยะ terminal ให้ corticosteroid เพียงอย่างเดียว
พยากรณ์โรค	- การกลับมาเดินได้ 70% ในผู้ป่วยที่เดินมาได้, 30% ในผู้ป่วยที่มี paraparesis, 5% ในผู้ป่วยที่มี paraplegia - การมี spinal cord compression จาก bone metastasis มักทำนายได้ว่าผู้ป่วยมี survival ไม่เกิน 3-6 เดือน
การดูแลระยะยาว	ดูแลไม่ให้มีแผลกดทับ - เนื่องจากระบบประสาทควบคุมการขับถ่ายสูญเสีย และการให้ opioid ทำให้ท้องผูก ควรสวนอุจจาระทุก 3 วัน - ถ้าถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้ ใส่ urinary catheter - psychosocial support

ดังนั้นในผู้ป่วยมะเร็ง ถ้ามีอาการปวดหลัง ให้ถือเป็น warning sign ของ spinal cord compression จนกว่าจะพิสูจน์ว่าไม่ใช่ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบจัดการภายใน 24 ชั่วโมงแรก ถ้าซ้ำโอกาสกลับมาเดินได้จะน้อยหรือไม่มี และมีผลต่อ survival และ quality of life

2.10 Superior vena cava obstruction

สาเหตุ	- primary bronchial carcinoma, lymphomas ในช่องทรวงอก - เคยได้รับการฉายแสงบริเวณช่องทรวงอก - การใส่ central venous catheter, benign mediastinal tumors, thoracic aortic aneurysms, SVC thrombosis
อาการ	บวมบริเวณใบหน้า ลำคอ หอบเหนื่อยพลัน ปวดศีรษะจากสมองบวม
ตรวจร่างกาย	- พบบวมรอบตา ใบหน้า คอ และแขน - พบเส้นเลือดบริเวณลำคอโป่ง ไม่มี pulsation - พบ dilated collateral vessels บริเวณทรวงอกด้านบน - พบทางเดินหายใจอุดกั้นจาก laryngeal edema
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- chest x-ray พบ widened mediastinum, right pleural effusion - CT scan ช่วยบอกสาเหตุและการตัดสินใจทำ biopsy เพื่อการวินิจฉัยหรือ radiotherapy
การรักษาเบื้องต้น	- นอนยกหัวสูง ให้ออกซิเจน - ให้ immediate-released morphine SC/IV ขนาดที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงขนาดที่ผู้ป่วยเคยได้มาก่อน - dexamethasone 16 มก. PO/SC/IV single dose x 5 วัน - radiotherapy มักช่วยให้ดีขึ้นในสองสามวัน - chemotherapy ในมะเร็งที่ตอบสนองและอาการไม่รุนแรง เช่น lymphoma - small cell lung cancer - thrombolysis - endovascular stent - กรณีไม่ตอบสนองหรือผู้ป่วยมีเวลาเหลือเป็นวัน/สัปดาห์ ให้มุ่งเน้นจัดการอาการโดยให้ opioids และ sedation

2.11 Dyspnea crisis

สาเหตุ	pulmonary embolism, fulminant pneumonia, upper airway obstruction, hemoptysis
การรักษา	- เน้นดูแลให้สุขสบาย พยายามให้สงบสติอารมณ์ - ให้ออกซิเจน - ให้ยา IV opioids - อาจต้องให้ยา sedatives: lorazepam, midazolam - การให้ morphine ใน dyspnea crisis: morphine 5-10 มก. IV ถ้าไม่ดีขึ้นใน 10 นาที ให้ morphine 10-15 มก. ถ้าไม่ดีขึ้นใน 10 นาที ให้ morphine 15-20 มก.

2.12 Acute airway obstruction

มักเกิดจากก้อนเนื้ออุดกั้นบริเวณศีรษะและคอ หรือหลอดลม ที่พบบ่อยคือ primary หรือ secondary lung cancers หรืออาจเกิดจากการกดเบียดภายนอกจาก malignant mediastinal lymph nodes และมะเร็งบริเวณช่องปากและลำคอ

อาการ	หอบ อาจมีเสียง stridor หรือ wheezing
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษา	- CXR: collapse, consolidation, lymphadenopathy - CT Chest จะช่วยให้เห็นพยาธิสภาพได้ดีขึ้น - bronchoscopy เพื่อดูพยาธิสภาพ - bronchoscopic stenting อาจช่วยในรายที่มี extrinsic compression ของหลอดลม - Laser ablation ก้อนมะเร็งในหลอดลม
การจัดการภาวะอุดกั้นฉุกเฉิน	- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ให้ออกซิเจน ช่วยดูดเสมหะ - ให้ morphine เพื่อลดอาการหายใจไม่อึด - ถ้าการอุดกั้นเกิดจากการลุกลามของมะเร็งให้ dexamethasone 16 มก. SC/IV 2 วัน - ใน terminal stage ควรให้ midazolam ร่วมกับ morphine เพื่อลดความทุกข์ทรมาน

2.13 Hypercalcemia

เป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พบบ่อยใน multiple myeloma, CA breast, CA lung, renal cancer

อาการ	- mild symptoms: เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก หิวน้ำ ปัสสาวะบ่อย - severe symptoms: ชัดน้ำ ง่วงซึม สับสน delirium cardiac arrhythmias coma
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- ระดับ total calcium ปกติ 8-10 มก./ดล. - mild: total calcium 10.5-11.9 มก./ดล. มักไม่มีอาการ ไม่ต้องการการรักษา - moderate: total calcium 12-13.9 มก./ดล. - hypercalcemic crisis: total calcium 14-16 มก./ดล. - การคำนวณ corrected calcium concentration = measured Ca + [(4-alb)×0.8]
การรักษา (ขึ้นกับสมรรถนะของผู้ป่วย)	1) ผู้ป่วยที่อยู่ได้เป็นเดือน - rehydrate ด้วย 0.9% NaCl 1-3 ลิตร/24 ชม. ระวังในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคหัวใจ - bisphosphonate (pamidonate 60-90 มก. ใน 2 ชม., zolidronate 4 มก.) 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย เน้นให้ยาเพื่อลดอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวด และ delirium

2.14 ภาวะเลือดออก

พบได้บ่อยในมะเร็งระยะลุกลามและในภาวะการทำงานของตับล้มเหลว ตำแหน่งเลือดออกที่พบบ่อยได้แก่ เลือดกำเดา ไอเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระหรืออาเจียนเป็นเลือด เลือดออกจากก้อนมะเร็ง ส่วนใหญ่เกิดจากการกัดเซาะที่หลอดเลือด หรือมะเร็งแตกเป็นแผลจากเกล็ดเลือดต่ำหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

การดูแล ถ้าไม่ได้อยู่ใน terminal stage ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กดให้เลือดหยุด pressure dressing ด้วย adrenaline ให้เลือด/ เกล็ดเลือด/ FFP, tranexamic acid 1-1.5 กรัม วันละ 2-3 ครั้ง, RT หรือพิจารณาทำ embolization ถ้ามีเลือดออกมากในตำแหน่งเดิมซ้ำๆ และยังมีระยะรอดชีวิตนาน ถ้าอยู่ใน terminal stage ให้อยู่เป็นเพื่อน ดูแลให้สุขสบาย เตรียมยาพร้อมใช้ โดยให้ morphine 5-10 มก. IV/IM หรือปรับขนาดที่เคยได้มาก่อน midazolam 5-10 มก. IV/IM หรือ lorazepam 1 มก. SL ทุก 2-4 ชม. และใช้ผ้าสีเข้มรองรับเพื่อไม่ให้เห็นสีของเลือดซึ่งจะก่อให้เกิดความกลัว

2.15 Delirium

เป็นความเปลี่ยนแปลงของความนึกคิด การรับรู้ เกิดขึ้นเฉียบพลัน อาการขึ้นๆ ลงในหนึ่งวัน ตรวจพบ disorientation, over/ under activity, abnormal sleep/ wake cycle, delusion/ hallucination แบบซึ่ม (hypoactive type) พบประมาณร้อยละ 19 แบบวุ่นวาย (hyperactive type) พบประมาณร้อยละ 15 แบบผสม (mixed type) พบประมาณร้อยละ 52 ผู้ป่วยชนิด hypoactive type มักวินิจฉัยผิดพลาด

สาเหตุ	สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ drug toxicity, metabolic abnormalities, sepsis
การประเมิน	- อาการ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาที่ผ่านมา - โรคที่ป่วยในปัจจุบัน โรคร่วม สมรรถนะ และพยากรณ์โรค - สถานะของผู้ป่วยสามารถกลับเป็นปกติได้หรือไม่ - เป้าหมายการดูแล - ความวิตกกังวลของครอบครัว/ผู้ดูแล
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC, UA, BS, BUN/Cr, LFT, Electrolytes, Ca, TFT, CXR, CT brain
การจัดการ	- mild-moderate delirium อาจดีขึ้นโดยไม่ต้องใช้ยา - จัดการปัจจัยเสี่ยง และการใช้ nonpharmacological measures เช่น เพิ่มแสงสว่าง สิ่งแวดล้อมที่สงบ
การใช้ยา	- reversible delirium ใช้ haloperidol 1 มก. SC ทุก 30 นาที prn หลังคุมอาการได้ ให้ใช้ขนาดที่ได้ทั้งหมดในหนึ่งวัน มาปรับให้เป็น bid/od และ prn ถ้ามีอาการ - acute agitation crisis ใช้ haloperidol 2-5 มก. SC ทุก 30 นาที จนคุมอาการได้ และให้ Diphenhydramine 50-100 มก. ป้องกัน extrapyramidal side effects - irreversible delirium เกิดจากพยาธิสภาพที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น end-organ failure หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะกำลังเสียชีวิต ใช้ midazolam 0.2 มก./กก. SC loading ต่อด้วย 0.1 มก./กก. ทุก 30 นาที prn ต่อด้วย 0.5 มก./ชม. continuous infusion และ titrate ตามอาการ - terminal restlessness อาจเกิดจาก unrelieved pain, distended bladder or rectum, cerebral anoxia, dyspnea, inability to move due to weakness, corticosteroids, neuroleptic drugs
Nonpharmacological approaches	- ช่วยการรับรู้ของผู้ป่วยเรื่อง วัน เวลา สถานที่ บุคคล - จำกัดผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแล - เพิ่มแสงสว่าง ใช้แว่นตา เครื่องช่วยฟังที่ผู้ป่วยเคยใช้ - ป้องกันการพลัดตกหกล้ม - แก้ไขภาวะขาดน้ำ - การผูกมัดเป็นสิ่งสุดท้ายที่ควรทำ - ให้ข้อมูลและประคับประคองครอบครัว

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2558.
2. Gleason OC. Delirium. Am Fam Physician. 2003; 67(5): 1027-34.
3. International association for the study of pain. Faces Pain Scale - Revised Home [Internet]. International association for the study of pain; 2018 [cited 2020 July 18]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519&&navItemNumber=577>.
4. Irwin SA., Pirrello RD., Hirst JM., Buckholz GT., Ferris FD. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. J Palliat Med. 2013; 16(4): 423-35.
5. Kumar KS., Rajagopal MR., Naseema AM. Intravenous morphine for emergency treatment of cancer pain. Palliat Med. 2000; 14(3): 183-8.
6. National Health Service (NHS). Palliative Care Guidelines: Emergencies in Palliative Care [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/palliative-emergencies.aspx>.
7. Turk DC., Melzack R., editors. Handbook of pain assessment. 3rd ed. New York (NY): Guilford Press; 2011.



บทที่ 6.2 | การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา

เจียมรัตน์ ผลาสินธุ์

พัชรี ยิ้มแย้ม

นุชนารถ เขียนนุกูล

วณิชชา เรืองศรี

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ชุลีรัตน์ สาระรัตน์

รวิญญากรณ์ แซ่ลี

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา

จิตวิญญาณ คือ การให้ความหมายและคุณค่า (ทั้งในด้านบวกและลบ) แก่สิ่งต่างๆ ที่ได้รับรู้ ซึ่งฝังอยู่ในส่วนลึกของจิตใจของบุคคล และมีอิทธิพลและแรงผลักดันต่อความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคลนั้น เช่น ความเชื่อในทางศาสนา หรือพิธีกรรม ประเพณี หรือบุคคลต้นแบบที่ชื่นชอบ ที่ส่งผลก่อให้เกิดกำลังใจ มีความเข้มแข็งในจิตใจพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจมนุษย์ แต่ละศาสนามีแนวทางหรือคำสั่งสอนที่แตกต่างกัน หลายศาสนาเชื่อว่า การตายดีหรือการตายอย่างสงบและมีสติเป็นเรื่องสำคัญ ญาติสามารถส่งเสริมสภาพจิตใจและสภาพแวดล้อมให้เข้าถึงภavnะนั้นได้ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางของศาสนาต่างๆ มีดังนี้

1. การดูแลตามหลักพุทธศาสนา

ศาสนาพุทธเห็นว่า การเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย เป็นทุกข์ ประเทศไทยเป็นพุทธศาสนานิกายเถรวาท มีหลักธรรม 3 หมวดใหญ่ๆ ที่ใช้ในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ คือ

1) ไตรลักษณ์ ได้แก่ อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) ทุกขัง (ความทุกข์) อนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) ซึ่งเป็นลักษณะของสรรพสิ่งในโลก

2) กฎแห่งกรรม ได้แก่ ระบบความเชื่อที่ว่า การกระทำใดๆ ก็ตาม ล้วนมีผลสืบเนื่องทั้งสิ้น ไม่ว่ากรรมดีหรือกรรมชั่ว

3) มงคลสูตร ได้แก่ หลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นเรื่องของคุณธรรมที่นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้า

หลักสำคัญของพุทธศาสนา คือ การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส โดยหลักธรรมเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ดี โดยเฉพาะการเปลี่ยนสภาพที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยให้เป็นมงคล เช่น การพยายามทำความเข้าใจความปรารถนาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เป็นสิ่งดีงามให้สำเร็จ ก่อนที่จะเสียชีวิต หรือการให้ผู้ป่วยได้อโหสิกรรม คืนดีกับญาติที่เคยโกรธเคืองกัน หรือการเป็นกัลยาณมิตรที่ดีแก่ผู้ป่วยโดยการเฝ้าดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายกาย สบายใจ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นต้น

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิถีพุทธ

แม้ว่าในศาสนาพุทธแบบเถรวาท จะไม่มีพิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษ แต่มีผู้สรุปแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธไว้ว่า มีวิธีการ คือ

1) การดูแลสุขภาพกาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน คือ อาหาร ยา เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ให้มีความสะอาด สงบ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งดูแลการใช้ ตา หู จมูก ลิ้น และกายอย่างระมัดระวัง และให้เป็นไปในทางกุศล

2) การดูแลในมิติทางศีล คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีเกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

3) การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจทำได้โดยการทำสมาธิระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์และคุณงามความดีที่ได้กระทำมา

4) การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น การรับฟังรายละเอียดการวางแผนการดูแลรักษาจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ แล้วใคร่ครวญอย่างมีสติเข้าใจชีวิตและอาการของโรคตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดี

สะสางสิ่งค้างคาใจปลดปล่อยภาระติดค้างเพื่อคนข้างหลัง

การได้สะสางสิ่งค้างคาใจจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตเป็นเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้ตายสงบ เพราะในช่วงที่มีชีวิตร่วมหรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่น อาจมีเรื่องกระทบกระทั่งทำให้ผิดใจกัน ไม่ว่าจะเป็นสามีภรรยา ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือกระทั่งคนรอบข้าง หากว่าในช่วงสุดท้ายของชีวิตไม่ได้มีการปรับความเข้าใจหรือสะสางความรู้สึกไม่ดีที่มีต่อกัน เมื่อผู้ป่วยจากไปแล้ว ก็อาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจน้อยเนื้อต่ำใจ เสียใจ หรือโทษตัวเอง ที่ไม่ได้ขอโทษ ขอขมา หรือตอบแทนบุญคุณ กลายเป็นปม อุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต จมจ่อมจนชีวิตหาเป็นสุขได้ไม่

ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สิ่งที่ยากสำหรับหลายคน คือ การรู้ใจคนป่วยว่ามีใครที่เขาติดค้างอยู่ และต้องการทำอะไรให้กับบุคคลเหล่านั้น การเตรียมตัวให้แก่ผู้ป่วย โดยถามเขาหรือบอกเขาให้เตรียมการแต่เนิ่นๆ จะทำให้เขามีเวลา ที่จะใคร่ครวญถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมา ระลึกถึงใครบางคน และจะดำเนินการสะสางความรู้สึกยิ่งทำแต่เนิ่นๆ เท่าไหร่ยิ่งเป็นการดีเท่านั้น เพราะนับวันผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพที่เคลื่อนไหวคล่องตัวได้น้อยลง อีกทั้งธรรมชาติของผู้ป่วยเองก็มักจะไม่อยากรบกวนคนอื่น บางรายมีโลกส่วนตัวสูง ไม่กล้าบอก หรือไม่เปิดเผยตัวตน บางคนมีชื่อเสียง ศักดิ์ศรีที่ต้องการรักษา ยิ่งคนที่มียศถาบรรดาศักดิ์มากเท่าไรก็ยิ่งอยากรักษาตัวตนมากเท่านั้น ผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจพื้นฐานของผู้ป่วย จนเมื่อเขาไว้วางใจ จึงจะเผยความในใจของเขาหรือสิ่งค้างคาใจ หรือแสดงออกที่ไม่ใช่คำพูด ผู้ดูแลต้องสังเกตว่าผู้ป่วยต้องการอะไร

นอกจากนั้นแล้วผู้ดูแลอาจต้องเพิ่มการสังเกตบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยซึ่งมักจะถูกละเลย เพราะเขาอาจจะไม่ได้มาปรากฏต่อหน้าผู้ป่วย หรือไม่ได้แสดงออก ผู้ดูแลต้องสังเกตเอง บุคคลเหล่านี้อาจมีเรื่องติดค้างกับผู้ป่วยจากความสัมพันธ์ในฐานะที่เขาเป็นคนใกล้ชิด ภรรยา สามี พ่อ แม่ ลูก ญาติ เพื่อนของผู้ป่วย เคยมีการกระทำในอดีตที่ติดค้างคาใจกับผู้ป่วย เช่น การไม่ได้ตอบแทนบุญคุณ ขอบคุณ หรือมีเหตุกระทบกระทั่ง จนเกิดความโกรธ เกลียด น้อยใจ แค้นฝังใจ ทำให้ไม่ยอมมาเผชิญหน้ากับคนป่วย ไม่มาเยี่ยม ไม่ดูแล บางรายแม้แต่งงานศพก็ยังไม่ได้ด้วย จนกลายเป็นเก็บความทุกข์ใจในภายหลัง และเสียใจไปตลอดชีวิต ถ้าไม่มีการจัดการสิ่งค้างคาใจให้ดี นอกจากตนเองและผู้ป่วยแล้ว คนรอบข้าง คนในครอบครัวก็ได้รับผลกระทบไปด้วย เหมือนอย่างที่เราเคยเห็นคนในครอบครัวขัดแย้งกัน คนที่เหลือก็ไม่สบายใจไปด้วย

ผู้ที่ไม่ยอมสะสางสิ่งค้างคาใจ แม้ผู้ป่วยตายไปแล้ว อาจจะมีเรื่องหรือปัญหาค้างคาใจ เวลานึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านไปแล้วก็จะเศร้าโศกเสียใจ หรือไม่ก็โทษ ต่ำหนืดตนเอง บั่นทอนกำลังใจ กลายเป็นคนหงุดหงิด พฤติกรรมเปลี่ยนไป ชีวิตขาดความสุข ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงควรให้ความสำคัญในการสะสางสิ่งค้างคาใจที่เกิดขึ้นกับทุกคนไม่เพียงแต่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น

การสร้างสมาธิ

การให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิและจดจ่อกับสิ่งดีงาม เราสามารถเสริมด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น

- 1) การทำบุญ ทั้งการทำบุญแก่พระศาสนา การใส่บาตร การถวายสังฆทาน และการสละเงินทองเพื่อส่วนรวม การให้เงินหรือสิ่งของแก่คนทุกข์คนยาก
- 2) การถือศีล กินเจ (ในกรณีที่ไม่มีส่งผลกระทบต่ออาการของโรคของผู้ป่วย)
- 3) การสวดมนต์ หากผู้ป่วยไม่สามารถสวดเองได้ญาติอาจสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง
- 4) การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ เช่น พระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ หรือบุคคลที่เราเคารพนับถือ
- 5) การทำสมาธิด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การจดจ่อกับท้องที่พองและยุบ ทุกครั้งที่หายใจเข้าและออก หรือการจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การกระพริบตา ขยับมือ
- 6) การระลึกถึงความดีที่ได้ทำมาด้วยความภูมิใจ ไม่ว่าจะเป็นความดีที่ทำกับพ่อแม่ ลูกหลาน ญาติมิตร เพื่อนร่วมงาน

7) การทำบุญต่ออายุ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ญาติอาจนิมนต์พระสงฆ์มาสวดพุทธมนต์บทโพชฌงค์ และทำการชักบังสุกุลเป็น พร้อมทั้งทำบุญปล่อยนกปล่อยปลา หรือไปซื้อสัตว์เป็นๆ เช่น ไก่ หมู วัว ควาย ที่กำลังจะถูกฆ่าไปปล่อยเพื่อเป็นการต่อชีวิตแก่สัตว์โลก แต่อย่างไรก็ตามการทำพิธีต่ออายุหรือพยายามรักษาไว้เมื่อถึงวาระสุดท้ายใกล้หมดลมหายใจ ญาติควรจัดเตรียมกรวยดอกไม้ธูปเทียน นามาสื่อให้ผู้ป่วยพนมไว้ และทำการบอกหนทาง โดยการบอกหรือกระซิบข้างหูว่า ให้ระลึกถึงพระอรหันต์หรือภวนาอรหันต์สัมมา เพื่อผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

2. การดูแลตามหลักศาสนาอิสลาม

การดูแลตามหลักศาสนาอิสลามมีเป้าหมาย คือ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ สัมผัสดีศรีของความเป็นมนุษย์ ขณะเดินทางไปสู่วันสุดท้ายของการมีชีวิตไปเริ่มต้นชีวิตหลังความตายกับผลงานที่ได้กระทำไว้ก่อนตายจนกระทั่งถึงวันฟื้นคืนชีพอีกครั้งตามผลงานที่ได้กระทำไว้เมื่อครั้งที่ยังมีชีวิตอยู่ การดูแลสุขภาพทั้งในชุมชนหรือในโรงพยาบาล โดยหลักการแล้วใกล้เคียงกัน เพราะที่สำคัญจะต้องพยายามให้เกิดความครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ ของสุขภาพ คือ

1) มิติสุขภาพด้านร่างกาย โภชนาการต้องเป็นอาหารฮาลาล การออกกำลังกาย เน้นให้ละหมาด 5 เวลา ซึ่งการละหมาดยามป่วยใช้จะมีข้อผ่อนปรนบางประการ การดูแลความสะอาด แปรงฟันทุกครั้งก่อนละหมาด กรณีผู้ป่วยสัมผัสน้ำไม่ได้ ใช้วิธีตะยัมมุแทน หากมีข้อห้ามต่างๆ ผู้ป่วยสามารถละหมาดโดยไม่ต้องอาบน้ำ ละหมาดและตะยัมมุได้

2) มิติสุขภาพด้านจิตวิญญาณ สอนให้ผู้ป่วยตระหนักอยู่เสมอว่า เจ็บไข้ได้ป่วยเป็นการทดสอบอย่างหนึ่งจากพระองค์อัลลอฮ์ และเป็นการลบล้างความผิดของเขาไปด้วยให้ระลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ และขอวิงวอนต่อพระองค์ให้หายจากโรคที่เป็นอยู่

3) มิติสุขภาพด้านจิตใจ สอนผู้ป่วยให้ซิกิร์ลลอฮ์ (ระลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์) ให้มากๆ อ่านคัมภีร์กุรอ่าน เพราะการระลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ จะทำให้จิตใจสงบนิ่ง ระบบประสาทจะทำงานดีขึ้น จะมีผลต่อการสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ให้ความหวังกับผู้ป่วย อย่าได้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังจากความเมตตา ของพระองค์อัลลอฮ์ ให้มองโลกในแง่ดี

4) มิติสุขภาพด้านสติปัญญา บริโภคอาหารฮาลาล มีประโยชน์ ห่างไกลจากอาหารเครื่องดื่มที่ทำลายสติปัญญา เช่น สิ่งเสพติดและสิ่งมีเมาทั้งหลาย พร้อมทั้งเสริมพลังด้านปัญญา ด้านความรู้ที่ดีและถูกต้อง

การดูแลตามแนวทางนี้

การแพทย์ของท่านนี้ มิได้มุ่งเน้นด้านเฉพาะการมีสุขภาพที่ดีเฉพาะบนโลกนี้เท่านั้น แต่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความสุขในโลกหน้าด้วย การประพฤติปฏิบัติทุกอย่างควรอยู่ในกรอบของอิสลาม จึงเป็นหน้าที่ของผู้รู้ทั้งด้านการแพทย์และศาสนา โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และพยายามจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อผู้ป่วยมุสลิมในการปฏิบัติศาสนกิจของเขา เรียกว่า Ibadah Friendly Hospital โดยมีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

1) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับความสงบ เพื่อเพียรรำลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ ละหมาด อ่าน-ฟังกุรอ่าน ปฏิบัติความดี เช่น ปฏิบัติตามแผนการรักษาของโรงพยาบาล บริจาคทาน/ ตามความสามารถ ทบทวนผลงานที่ผ่านมาเพื่อขอบคุณและขออภัยโทษจากพระองค์อัลลอฮ์

2) อำนวยความสะดวกแก่ญาติในการนำผู้ป่วยปฏิบัติละหมาด อ่านคัมภีร์กุรอ่าน ขอพรจากพระองค์อัลลอฮ์ อิสลามให้ความสำคัญเรื่องการเพียรรำลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์/ พระเจ้า (เพียรเจริญสติ เพียรภวนา/ ขอคูอาอ์) เพียรปฏิบัติละหมาด นั่งละหมาดไม่ได้ก็ให้นอน พุดไม่ได้ก็ให้นึกในใจ เคลื่อนไหวไม่ได้ก็ให้กระพริบตา

3) ผู้ป่วยมุสลิมมีสิทธิได้รับการเยี่ยมจากญาติ คนรู้จัก เพราะเป็นหน้าที่ของผู้นับถือมุสลิมเมื่อรู้ว่าญาติ คนรู้จักป่วยต้องไปเยี่ยม

4) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาล ควรมีห้องเฉพาะผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเปิดโอกาสให้ญาติที่ใกล้ชิดได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาให้ญาติได้อ่านกุรอ่าน หรือสอนให้ผู้ป่วยกล่าว กาลิมะฮ์ ฎ็อยยิบะฮ์ (ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์)

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสงบและปรับตัวยอมรับความตาย

1) ให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ดี เช่น คุณเป็นคนใช้ที่อดทน และมีความพยายามในการปฏิบัติตัวตามคำสั่งของบุคลากรทางการแพทย์ได้ดีมาก

2) ให้ผู้ป่วยทบทวนบอกเล่าถึงสิ่งดีๆ ที่เคยทำไว้ ชื่นชมให้กำลังใจในความอดทนและพยายามทำสิ่งดีๆ เหล่านั้น

3) ให้ผู้ป่วยอดทนกับกำหนดสภาวะของพระองค์อัลลอฮ์ ไม่ขัดขืนการรักษา ไม่ทำให้ตนเองหายป่วยช้าลง ถ้าผู้ป่วยไม่มีโอกาสรักษาหายจากโรค ให้ผู้ป่วยขออภัยจากพระเจ้าให้มีชีวิตอยู่ต่อไปถ้าการมีชีวิตอยู่เป็นการดี

4) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยวางมือตรงตำแหน่งที่มีอาการเจ็บปวดแล้วกล่าวบิสมิลลาฮ์ 3 ครั้ง

5) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยพบบุคคลที่ต้องการพบเพื่อสั่งเสียให้ปฏิบัติภารกิจสำคัญ

6) อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยขออภัยจากบุคคลที่เคยล่วงละเมิด หรือขอใช้สิทธิของผู้อื่น (ถ้ามี)

7) เมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตให้ผู้ป่วยกล่าว “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์”

3. การดูแลตามหลักศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์ (คาทอลิก) มีความเชื่อว่าชีวิตมนุษย์มาจากพระเจ้าตลอดช่วงการดำเนินชีวิต พระเจ้าจะให้ปัจจัยที่จะใช้ดำเนินชีวิตด้วยความดีไว้ให้ นอกจากนี้ยังเชื่อเรื่องดวงวิญญาณที่ถาวรในโลกหน้า ซึ่งพระเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเวลาที่มนุษย์จะก้าวไปสู่อีกโลกที่สมบูรณ์กว่านี้ให้อีกเช่นกัน ช่วงชีวิตในโลกนี้เป็นเวลาชั่วคราวเท่านั้น คาทอลิกจึงมีทัศนคติต่อความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า ดังนั้นจึงต้องดูแลช่วงเวลานี้ ดูแลวิญญาณให้ไปสู่ความเป็นอมตะนิรันดร์ คาทอลิกให้ความสำคัญกับช่วงเวลาก่อนเสียชีวิตไม่น้อยกว่าเวลามีชีวิต เพราะถือว่าเป็นช่วงเวลาที่มียิ่ง เพราะเป็นโอกาสสุดท้ายที่คนจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกริดรอยเกี่ยวกับการกระทำในอดีตได้ ฉะนั้นจึงไม่เห็นด้วยกับการฆ่าเพื่อยุติความเจ็บปวด ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และน้ำตาเป็นกุศลได้ เพราะฉะนั้นทุกเวลาของชีวิตจึงต้องให้ออกาสเขาได้เรียนรู้ที่จะทำเช่นนี้ ดังนั้นทุกสัปดาห์ทุกคนจึงต้องไปโบสถ์ทุกอาทิตย์เพื่อรับศีลและฟังคำสอนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตด้วยความดีตลอดเวลา

บทบาทของบาทหลวงต่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

1) อภัยบาปในนามพระเจ้า เพราะผู้ป่วยระยะนี้ จะคิดถึงความผิดในอดีต ทำให้กังวล หวาดกลัว บาทหลวงจะอ่านคัมภีร์ตอนที่กล่าวว่าพระเจ้านิรมิตตาให้อภัยลูกตลอดเวลา กล่าวซ้ำๆ เพื่อให้เขาสงบและไว้วางใจในพระเมตตาของพระเจ้า

2) ให้กำลังใจและกำลังใจ โดยอ่านคัมภีร์เกี่ยวกับความตายให้ฟัง เพื่อให้มีสติตลอดเวลา

3) ให้ศีลศักดิ์สิทธิ์แห่งพระกายของพระเจ้า ที่จะให้กำลังใจและจิตวิญญาณ เช่น ศีลเจิมผู้ป่วย ศีลหาสุดท้าย สำหรับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต บาทหลวงจะเสกน้ำมันมะกอก เจิมผู้ป่วย 3 จุด คือ ศีรษะ (ให้รักษาความสงบ มองโลกในแง่ดี) และมือ 2 ข้าง (ให้รับพลังกลับคืน)

นอกจากคุณพ่อบาทหลวงแล้ว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงผู้เป็นที่รัก ควรจะมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้เขารู้สึกอบอุ่น และไม่รู้สึกเหงาจากไปคนเดียว

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการศพตามหลักศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าร่างกายของคนเสียชีวิตควรได้รับความเคารพ เพราะร่างกาย คือ เครื่องมือของจิตใจที่จะทำความดี ร่างกายทุกร่างกายจะถูกปลุกเพื่อรวมกับจิตวิญญาณอีกครั้ง เพราะฉะนั้นจึงไม่นิยมเผาศพ แต่จะฝังผาที่ดินไว้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตจะเก็บศพไว้ 3 วัน แล้วคุณพ่อบาทหลวงจะมารวมตัวกันเพื่อทำพิธีกรรมสำหรับคนเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าแม้มนุษย์จะเสียชีวิตแล้วแต่ความสัมพันธ์ทางใจยังคงอยู่ ฉะนั้นการไปเยี่ยมเยียนที่หลุมฝังศพ และการสวดมนต์ให้กับคนที่จากไปจึงยังสำคัญและควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

นอกจากการนำคำสอนทางศาสนามาใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายแล้ว ผู้ป่วยบางรายสามารถมีกิจกรรมต่างๆ เช่น

- 1) ดนตรีบำบัด ควรเปิดดนตรีในแนวที่ผู้ป่วยชอบ ระหว่างการฟังอาจร้องเพลงคลอไปด้วย หรืออาจชวนเพื่อนๆ และญาติ มาร่วมร้องเพลงก็จะเป็นการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น สนุกสนาน
- 2) การนวดและสัมผัส การสัมผัส เป็นการสื่อสารความรู้สึกที่ไร้คำพูด หากเราสัมผัสมือหรือลูบแขนผู้ป่วยอย่างอ่อนโยนจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ได้และรู้สึกดี การกอดอุ้ม นวด ลูบสัมผัสด้วยความรักและความอ่อนโยนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย การนวดช่วยให้กล้ามเนื้อที่ยึดเกร็งจากความปวดได้คลาย ซึ่งสามารถบรรเทาความเจ็บปวดไปได้บ้าง แต่ต้องระวังไม่นวดบริเวณจุดที่ปวด
- 3) การทำงานอดิเรก ควรสนับสนุนให้ทำเพื่อความเพลิดเพลิน ไม่คิดฟุ้งซ่าน การชมภาพยนตร์ การท่องเที่ยว การอ่านและเขียนหนังสือ เป็นการถ่ายทอดและระบายความรู้สึก
- 4) การทำงานศิลปะ เช่น การวาดภาพ ระบายสี ปั้นดิน เป็นการระบายความรู้สึกออกมาทางผลงานก็สามารถนำมาใช้เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายได้เป็นอย่างดี
- 5) การหัวเราะและมีอารมณ์ขัน ช่วยบริหารอวัยวะภายใน กล้ามเนื้อใบหน้า และทำให้จิตใจปลอดโปร่ง

บรรณานุกรม

1. กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: ชานเมืองการพิมพ์; 2555.
2. นกขมิ้นเหลืองอ่อน. บทความการสื่อสารสิ่งค่าใจปลดปล่อยภาระติดค้างเพื่อคนอยู่ข้างหลัง. จดหมายข่าว อาทิตยอัสดง 2557; 21.
3. นักวิชาการศาสนา ผู้บริหารชมรมมัสยิดเขตหนองจอก และคณะที่ปรึกษา. ชมรมมัสยิดเขตหนองจอก 20 ธันวาคม 2562.
4. ปรีดา เวียงชัย. การดูแลตามหลักศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก. สัมภาษณ์ ศูนย์คามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ ระยะอง 21 กรกฎาคม 2555; 2555.
5. พรทวิ ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2557. 33-6.
6. พรทวิ ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care). พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2558.
7. มุhammad อาเะ เจะเลาะ, สุรีย์พร ศิริยะพันธุ์, สุภิรัชต์ นิธิวิสุทธิ, นิฐดา ชายเกตุ. การดูแลตามหลักศาสนา อิสลาม. สัมภาษณ์กลุ่มหน่วย palliative care โรงพยาบาลยะลา 26 กรกฎาคม 2555; 2555.



บทที่ 7

การดูแลผู้ป่วย ในภาวะกำลังจะเสียชีวิต

โชตินรินทร์ ไชยรินทร์
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

การดูแลผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต

ผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิต คือ ผู้ป่วยที่มีช่วงเวลาที่เหลืออยู่อาจไม่กี่ปีกว่าหรือไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีเรี่ยวแรง ร่างกายอ่อนล้าลงมาก ระดับความรู้สึกตัวและความอยากอาหารเริ่มลดลงจำเป็นต้องได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายหรือทุกข์ทรมาน ให้ความตายถูกยอมรับและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี การดูแลระยะใกล้เสียชีวิตมีความเปลี่ยนแปลง 2 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 9 ประการ ได้แก่

1.1 ความอ่อนเพลีย อ่อนล้า: เป็นสิ่งที่ควรยอมรับและไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยระยะนี้ได้พักผ่อนให้เต็มที่ การดูแลเน้นความสบาย ดูแลความสะอาดของร่างกาย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

1.2 เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้ลดลง: ผู้ป่วยจะกินอาหารน้อยลง ซึ่งความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น และบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความอยากอาหารลดลง การดูแลเน้นความสบาย ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเท่าที่ได้ ถ้าเริ่มกลืนลำบากพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการไม่สบายทางอื่น เช่น ทางใต้ผิวหนัง

1.3 ตื่นน้ำน้อยลง จิบได้เฉพาะน้ำอย่างเดียวหรือดื่มน้อยลง: ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้ตาย ไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร endorphins ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น หากปาก/ริมฝีปากแห้ง จมูกแห้ง และตาแห้ง ให้หมั่นทำความสะอาดและรักษาความชื้นไว้ โดยอาจใช้สาลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สิ่งของที่ริมฝีปาก สำหรับตากก็ให้หยอดน้ำตาเทียม

1.4 รู้สึกง่วง ซึมมากขึ้นหรือถึงรู้และไม่รู้สติ อาจนอนหลับตลอดเวลา: ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

1.5 ตาค้าง หลับตาไม่สนิท: ให้ข้อมูลครอบครัวว่า เกิดจากความอ่อนล้า ไม่มีเรี่ยวแรง และบางครั้งมีรูปร่างผอมมากจึงทำให้หลับตาไม่สนิท แนะนำญาติดูแล eye care

1.6 ระบบทางเดินหายใจ: ภาวะหายใจแบบหิวอากาศ (air hunger) เป็นลักษณะการหายใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิต ควรทำความเข้าใจกับครอบครัวว่าถึงระยะนี้ผู้ป่วยมักไม่ทุกข์ทรมาน ควรอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและครอบครัว

1.7 การร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยว: อาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาการเหล่านี้ได้

1.8 อาจมีเสมหะมากหรือหายใจมีเสียงเสมหะ: อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่าเสียงดังกล่าวเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ ไม่ใช่การสำลัก อย่าให้สารน้ำมากเกินไป จับผู้ป่วยนอนตะแคงแล้วเช็ดน้ำลายจากปาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะ ซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย (เฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกำลังจะเสียชีวิตเท่านั้น มิได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

1.9 ไม่รู้สึกตัว: ไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่มีคนพูดกันอยู่ข้างๆ เพราะผู้ป่วยอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในเรื่องที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจหรือเป็นกังวล

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

ผู้ป่วยหนักในภาวะกำลังจะเสียชีวิต จะมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก สิ่งที่คุณใกล้ชิดเสียชีวิตกลัวที่สุด คือ การถูกทอดทิ้ง การอยู่โดดเดี่ยว และต้องการใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เมื่อผู้ป่วยต้องการ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกันไป ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดควรให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ โดยการพูดคุยและเป็นผู้ฟังที่ดีและควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ชิดเสียชีวิต ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการในด้านการรักษา ทั้งนี้ควรต้องประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การดูแลด้านจิตใจกับให้โอกาสผู้ป่วยที่ใกล้ชิดเสียชีวิตเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

ตารางที่ 7.1 แนวทางการจัดการในภาวะกำลังจะเสียชีวิต

อาการเปลี่ยนแปลง	การจัดการดูแลในโรงพยาบาล	การจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนกรณีผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	การจัดการดูแลกรณีต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านในช่วง 24-48 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต
ด้านร่างกาย	- ดูแลสถานที่พักภายในโรงพยาบาลให้มีความสะอาดสงบ สิ่งแวดล้อมเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยแบบปัจเจกบุคคล (ขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล ควรพิจารณาการดูแลที่พิกัดในฐานะผู้ร่วมการรักษา) - ให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนและมีกิจกรรมที่เหมาะสมตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน - ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจภาวะเบื่ออาหารในระยะท้าย สามารถทำสื่อการสอนตามบริบท - สนับสนุนสถานที่และอุปกรณ์ในการปรุงอาหารโดยมีนักโภชนาการร่วมดูแล - การดูแลความสะอาดช่องปาก ร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายตามความเหมาะสม - การดูแลอาการรบกวนต่างๆ	- เตรียมความพร้อมปรับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลของญาติ - Family, doctor, coordinator, family care team ควรเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง ในสัปดาห์แรก และควรเยี่ยมบ้านต่อเนื่องตามความเหมาะสม ให้คำแนะนำญาติ - ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการใช้ทรัพยากรที่หน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายเอกชนที่มีส่วนสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในเขตพื้นที่ - เตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล และอาสาสมัครให้สามารถดูแลอาหารและความสะอาดร่างกายได้อย่างเหมาะสม ตามประเด็นการดูแลทางร่างกาย	- ประสานแหล่งสนับสนุนแต่ละพื้นที่เรื่องการเดินทางกลับบ้าน - ประสานส่งต่อข้อมูล เพื่อให้บุคลากรในพื้นที่ทราบว่าผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน - มอบสมุดประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับโรคการรักษา และบ่งชี้ความต้องการเสียชีวิตที่บ้าน และอาจรวมถึงหนังสือ living will เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเขียนใบรับรองการเสียชีวิต - ควรมีคำแนะนำสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนเสียชีวิต ช่วงเสียชีวิต และการจัดการหลังเสียชีวิต - ประเมินการดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายตามความเหมาะสมในช่วง 24-48 ชั่วโมง

ตารางที่ 7.1 (ต่อ) แนวทางการจัดการในภาวะกำลังจะเสียชีวิต

อาการเปลี่ยนแปลง	การจัดการดูแลในโรงพยาบาล	การจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนกรณีผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	การจัดการดูแลกรณีต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านในช่วง 24-48 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต
ด้านจิตใจ	- เสริมสร้างคุณภาพชีวิต สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างเป้าหมายระยะสั้นที่เป็นไปได้ - สร้างค่านิยมให้ผู้ป่วย และครอบครัวให้รู้จักความพึงพอใจ ความพอเพียง และการปรับตัวต่อความผิดหวัง - ควรทำ advanced care plan เพื่อลดภาวะปัญหา การดูแลด้านจิตใจตั้งแต่ระยะเริ่มแรก - ค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้ายร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์และทีมการดูแล - บุคลากรต้องปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่เหมาะสมในการพูดคุย รวมถึงการสื่อสารภาษากาย - ให้คำแนะนำการเยี่ยมไข้ที่เหมาะสม - สนับสนุนการทำพิธีกรรมตามศาสนา หรือความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วย - การดูแลอาการทางจิตใจ	- สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลในโรงพยาบาล - ประสานงานเชื่อมต่อ การดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	- ให้กำลังใจสนับสนุนความต้องการอย่างเต็มความสามารถ - ให้คำแนะนำเรื่องช่องทางการปรึกษาเมื่อใดเกิดข้อสงสัย

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2558.
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และ ปาริชาติ เพ็ญพรรณ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์การดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.



บทที่ 8

การดูแลภายหลังเสียชีวิต

ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์

สิริกานดา กอแก้ว

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

แนวทางการช่วยเหลือญาติและครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ควรมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติต่อศพ ควรให้สมเกียรติและคงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์กระทำเช่นเดียวกับขณะที่ผู้ตายยังมีชีวิตอยู่ ทำด้วยความนุ่มนวลให้ความเคารพ การตกแต่งร่างกายส่วนต่างๆ ต้องทำให้เรียบร้อยที่สุดเหมือนคนธรรมดา เช่น เย็บแผลให้เรียบร้อย ไม่ปล่อยส่วนที่ไม่น่าจะเปิดเผยต่อสายตาญาติและผู้อื่น ควรแต่งหน้าและสวมเสื้อผ้าให้มองดูคล้ายขณะที่มีชีวิตที่กำลังนอนหลับสนิทมากที่สุด การห่มผ้าคลุมศพ ควรคลุมแคอก ไม่ควรคลุมใบหน้าหรือศีรษะ

2. ประเมินการปรับตัวและสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวและญาติอย่างต่อเนื่อง

3. เข้าใจและยอมรับว่าสมาชิกครอบครัวย่อมมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียและการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวอาจจะแตกต่างกันไป เช่น ความรู้สึกผิด พยาบาลควรช่วยให้ญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกันจะช่วยให้ความรู้สึกผิดลดน้อยลงไปได้

4. ให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีคนรบกวนและมีความปลอดภัยจากการที่ญาติอาจทำร้ายตนเอง หรือให้ครอบครัวที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายคอยช่วยเหลือ

5. แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวหรือญาติให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติ บางกรณีพยาบาลอาจอยู่เป็นเพื่อน

6. คอยให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ ตามที่สามารถทำได้ เช่น ช่วยเหลือในการแต่งศพ เป็นที่ปรึกษาในการรับศพ การขอรับใบมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย การเคลื่อนย้ายศพ การติดต่อสถานที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลควรคอยช่วยเหลือญาติให้เข้มแข็งขึ้น ให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียได้

7. เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ หรือผู้ปกครองแสดงบทบาทของตนเองเป็นครั้งสุดท้าย

8. แนะนำแหล่งสนับสนุนประคับประคองจิตใจแก่ครอบครัว เช่น กลุ่มญาติ เพื่อน เป็นต้น

9. สนับสนุน ส่งเสริมพิธีกรรมตามความเชื่อของครอบครัว

10. ติดตามดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสีย โดยการเยี่ยมครอบครัวที่บ้าน/ การติดตามทางโทรศัพท์ หรือการประสานส่งต่อไปยังภาคีเครือข่ายการดูแลที่อยู่ใกล้บ้าน

10.1 สอบถามชีวิตความเป็นอยู่ภายในครอบครัว การกลับเข้าสู่กระบวนการของครอบครัวตามปกติ

10.2 สอบถามและสังเกตการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวภายหลังการสูญเสีย เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้จ่ายฟุ้งเฟ้อ เป็นต้น ถ้าพบว่ามีพฤติกรรมดังกล่าวควรให้การดูแล และประสานความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

10.3 ประเมินสภาพปัญหาของครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการดูแลบุคคลที่เคยอยู่ภายใต้การพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต หากจำเป็นอาจต้องหาทางช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

10.4 ประเมินปัญหาด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัว เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกโศกเศร้า หากพบว่ามีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไป หลังจากการเสียชีวิตควรได้รับการดูแลและปรึกษาจิตแพทย์

บรรณานุกรม

1. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ภาวะสูญเสีย เศร้าโศก และการดูแลหลังการเสียชีวิต. ใน: พิกุล พรพิมล, บำเพ็ญจิต แสงชาติ, สุรีพร ธนศิลป์, ฐิติณัฐ อัครเดชนันต์, จอนณะจง เพ็งจาด, วาสนี วิเศษฤทธิ์ และคณะ. บรรณาธิการ. คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา. เชียงใหม่: Good Work Media; 2559. 79-80.
2. พิกุล นันทชัยพันธ์, ประทุม สร้อยวงศ์, บรรณาธิการ. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การดูแลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: บริษัท จุฑทองจำกัด; 2557. 77.



บทที่ 9

การดูแลแบบประคับประคอง
เฉพาะโรค



บทที่ 9.1

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็ง

ชุตินา สิมะสาธิตกุล
พีรวิชญ์ ทัพวงษ์
เพชรรัตน์ หาญอุทัยรัมย์
ศิริกัญญา จงเสถียรธรรม
อััจฉิมา ชลไพศาล
อรสา อัครวัชรานุกร
ศิริพร สวยพริ้ง
อัญชลี สุขขัง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง

มะเร็ง เป็นภาวะที่เซลล์มีการแบ่งตัวที่ผิดปกติ มีการเจริญเติบโตอย่างไม่หยุดยั้ง เกิดเป็นก้อนเนื้อแทรกอยู่ตามอวัยวะที่เป็นต้นกำเนิดของมะเร็ง กดเบียดอวัยวะข้างเคียง และสุดท้ายจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย โดยก้อนเนื้อที่เกิดจากเซลล์มะเร็งจะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และจะทำให้การทำงานของอวัยวะเดิมเสื่อมถอยลง จนเกิดความล้มเหลวของระบบอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

มนุษย์เรามีความพยายามที่จะต่อสู้กับมะเร็งมาเป็นเวลานาน ปัจจุบันองค์ความรู้ในการรักษามะเร็งก้าวหน้าไปมาก ไม่ว่าจะเป็นการตรวจคัดกรองเพื่อเพิ่มโอกาสพบผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มต้น การผ่าตัดด้วยเทคนิคและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มความจำเพาะต่อเซลล์มะเร็งแต่ละชนิด และการฉายรังสีที่มีความแม่นยำสูง เพื่อให้ผลจากการรักษาดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีการรักษาอีกวิธีหนึ่งที่จะทำควบคู่ไปพร้อมกับการรักษามะเร็ง และเมื่อถึงเวลาการรักษาทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสีไม่ใช่หนทางที่ดีที่สุด การรักษาชนิดนี้จะยังคงเป็นการรักษาที่ให้อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยควบคุมอาการของมะเร็งไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานจนรบกวนการใช้ชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีราบเท่าที่ระยะเวลาของร่างกายจะเอื้ออำนวยให้ การรักษานี้มีชื่อว่า การดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคอง คือ กระบวนการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยร้ายแรงที่คุกคามต่อการมีชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกระบวนการนี้จะเริ่มตั้งแต่การประเมินและค้นหาปัญหา ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงการรักษา และป้องกันปัญหาและความทุกข์ทรมาน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

1. มีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้
2. มีความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
3. มีการพยากรณ์โรคว่าจะมีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือน เช่น Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ≥ 3 หรือ Karnofsky performance status (KPS) ≤ 50 หรือ palliative performance scale (PPS) ≤ 50
4. มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง
5. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ควรได้รับการวางแผนแบบประคับประคองจากทีมสหสาขาที่อาจจะประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ ผู้นำทางศาสนาหรือนักบวชตามศาสนาที่ผู้ป่วยและญาตินับถือ เป็นต้น

การดูแลแบบประคับประคอง ควรทำร่วมกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป และแนะนำให้มีการส่งปรึกษาและประสานงานกับทีมผู้ดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่นั้นๆ เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินอาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการในผู้ป่วยประคับประคองมีหลายแบบ แยกเป็นประเมินอาการและความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ประเมินสภาพจิตใจ ประเมินญาติ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แบบประเมินที่ใช้จะเป็นแบบประเมินที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองจากทุกโรค โดยที่มักใช้บ่อย ได้แก่ Edmonton symptom assessment scale (ESAS), Brief pain inventory (BPI), Wong-Baker FACES pain rating scale, ECOG performance status, Karnofsky performance scale, palliative care outcome scale (POS)

การศึกษาโดย Kutner และคณะ ในปี ค.ศ. 2001 พบว่าอาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มประคับประคอง ได้แก่ ภาวะไม่มีกำลัง (ร้อยละ 83) อาการปวด (ร้อยละ 76) ความไม่อยากอาหาร (ร้อยละ 63) รู้สึกซึม (ร้อยละ 61) ไม่มีสมาธิ (ร้อยละ 60) และเมื่อแยกกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ความเจ็บปวดเป็นอาการที่สำคัญที่สุดที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็ง

การควบคุมอาการที่เหมาะสม ทีมผู้ดูแลไม่ควรคำนึงถึงการใช้ยาอย่างเดียว แต่ควรคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐฐานะของผู้ป่วยด้วย

การควบคุมดูแลอาการทางร่างกายในผู้ป่วยมะเร็ง

ในผู้ป่วยมะเร็ง ความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุด โดยความปวดจากมะเร็งสามารถพบได้ทุกระยะของโรค โดยพบร้อยละ 55.0 ในระหว่างการรักษามะเร็ง และเพิ่มเป็นร้อยละ 66.4 ช่วงที่โรคลุกลามหรือในระยะสุดท้าย ความล้มเหลวในการควบคุมอาการปวดจากมะเร็งจะส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

ความปวดจากมะเร็งสามารถเกิดได้จากตัวมะเร็งเอง หรือจากการกดเบียดต่ออวัยวะข้างเคียงหรือกลุ่มเส้นประสาท หรือเป็นผลมาจากการรักษาไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การให้เคมีบำบัดหรือการฉายรังสี และอาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น ภาวะปวดศีรษะไมเกรน หรือภาวะกระดูกพรุน

ในการควบคุมและจัดการความปวดจากมะเร็ง ประวัติจากผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล การซักประวัติอาการปวดที่ครบถ้วน จะช่วยให้ผู้ดูแลทราบสาเหตุ สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด ส่งผลให้คุมความปวดได้ดี

ข้อมูลที่แนะนำให้ถามผู้ป่วยที่มีความปวด สามารถใช้ตัวย่อ O P Q R S T ดังนี้

O = onset	ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวด
P = position, palliated or provoked factors	ตำแหน่งที่ปวด ปัจจัยที่บรรเทา หรือกระตุ้นความปวด
Q = quality	ลักษณะของความปวด
R = radiation	อาการปวดร้าวไปที่บริเวณใด
S = severity	ความรุนแรงของความปวด
T = time, temporal pattern	ระยะเวลา หรือแบบแผนของอาการปวด

หลักมาตรฐานของการควบคุมความปวดที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งคือ WHO analgesic ladder ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมความปวดได้ถึงร้อยละ 75 แนะนำให้บริหารยาโดยการรับประทาน โดยการให้ยาตามเวลา และควรจะปรับชนิดของยาให้เข้ากับแต่ละบุคคล

ตารางที่ 9.1.1 WHO analgesic ladder

ระดับความปวด	ยาที่แนะนำ
ขั้นที่ 1 ปวดน้อย	ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และยาในกลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า
ขั้นที่ 2 ปวดปานกลาง	ยาในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน เช่น โคเดอีน ทรามาดอล ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาในกลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า
ขั้นที่ 3 ปวดมาก	ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เช่น มอร์ฟีน เฟนทานิล เมทาโดน ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาในกลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

เป็นสิ่งที่ควรทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเสมอถ้ามีทรัพยากรเอื้ออำนวย เช่น การนวดสัมผัส การทำสมาธิ การผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจ การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การทำศิลปะบำบัด การทำดนตรีบำบัด โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การรักษาด้วยยา

เนื่องจากก่อนมะเร็งมักเป็นสาเหตุที่ทำให้ปวด และในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มักไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง ที่จะทำให้อ่อนยุบลงไปได้ การระงับปวดด้วยวิธีการใช้ยาจึงจำเป็นต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่กังวล ไม่ว่าจะเป็นความกังวลเรื่องติดยา กังวลเรื่องยาจะมีผลต่อการทำงานต่างๆ ของร่างกาย

หลักการรักษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จึงต้องกำหนดเป้าหมายในการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติเสมอ เนื่องจากเป็นความปวดที่ไม่เพียงเกิดจากพยาธิสภาพ แต่เกิดจากสภาพด้านจิตใจ สังคม และความเชื่อของผู้ป่วยรวมกัน จึงแนะนำให้มีการรักษาความปวดโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วยเสมอ และแนะนำให้กำหนดเป้าหมายให้ควบคุมความปวดไว้ในลักษณะปวดน้อย และสามารถใช้ชีวิตได้โดยไม่เป็นอุปสรรค เพื่อลดโอกาสการเกิดอาการข้างเคียงจากยาลดโอกาสการเสพติดยาแก้ปวด และลดโอกาสการใช้ยาเกินขนาด

1. พาราเซตามอล (Paracetamol หรือ Acetaminophen) เป็นยาแก้ปวดที่ช่วยลดความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง โดยขนาดสูงสุดที่แนะนำในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น และมีน้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัม คือ 4 กรัมต่อวัน แต่หากผู้ป่วยน้ำหนักไม่ถึง 50 กิโลกรัม ไม่ควรใช้เกิน 75 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ใน 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคตับไม่ควรใช้เกิน 3 กรัมต่อวัน

ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำว่า มียาแก้ปวดหลายชนิดเป็นยาที่ผสมพาราเซตามอลถึงแม้จะไม่ได้ชื่อพาราเซตามอล และควรได้รับการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะการได้ยาพาราเซตามอลเกินขนาดเมื่อใช้ยาแก้ปวดหลายชนิดพร้อมๆ กัน

2. ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs หรือ NSAIDs) เป็นยาแก้ปวดที่ช่วยลดความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง มีหลักฐานที่แสดงถึงการใช้ยานาโปรเซน (naproxen) ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในการบรรเทาความปวดจากมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังกระดูกได้ดี

อย่างไรก็ตามยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มีผลข้างเคียงคือ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร การมีพิษต่อไต และเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาที่มีผลกับไต เมื่อใช้ร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์แล้ว จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมมากขึ้น

ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในช่วงเวลาสั้นๆ และควรให้ยาลดการหลั่งกรดร่วมด้วยเสมอในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

ข้อห้ามของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่กำลังมีแผลในกระเพาะอาหาร และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3. โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน (Weak opioids) ใช้สำหรับรักษาอาการปวดปานกลาง ยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์แก้ปวดจำกัด หากใช้ในขนาดสูงสุดแล้วยังไม่สามารถระงับปวดได้ ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็นโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรง โดยในประเทศไทยจะมีโอปิออยด์ชนิดอ่อน 2 ชนิด คือ โคเดอีน (codeine) และ ترامาดอล (tramadol)

3.1 โคเดอีน (Codeine) มีฤทธิ์น้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า ขนาดสูงสุดของยา คือ 240 มิลลิกรัมต่อวัน นิยมบริหารยาโดยการรับประทาน 30-60 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีตับหรือไตวาย

โคเดอีนไม่มีฤทธิ์แก้ปวด แต่จำเป็นต้องอาศัยเอนไซม์ CYP2D6 ในร่างกาย เพื่อเปลี่ยนจากโคเดอีนเป็นมอร์ฟีน ซึ่งจะให้ฤทธิ์ระงับปวด โดยจะมีความหลากหลายของเมตาบอลิซึมของยาในแต่ละบุคคล

กลุ่ม slow metabolizer โคเดอีนจะถูกเปลี่ยนเป็นมอร์ฟีนน้อย ทำให้ไม่ได้รับฤทธิ์แก้ปวดจากโคเดอีน

กลุ่ม ultra-rapid metabolizer โคเดอีนจะถูกเปลี่ยนเป็นมอร์ฟีนปริมาณมาก นำไปสู่การได้รับโอปิออยด์เกินขนาดได้ โดย ultra-rapid metabolizer พบได้มากถึงร้อยละ 29 ในประชากรกลุ่มแอฟริกา/ เอเชีย ส่วนในประชากรกลุ่มชาวเอเชียพบได้ร้อยละ 1.2-2

3.2 ترامาดอล (Tramadol) มีฤทธิ์น้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า โดยนิยมให้ 50-100 มิลลิกรัมทุก 6-8 ชั่วโมง ขนาดสูงสุดของยา คือ 400 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว และ 300 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนผู้ป่วยไตวายหรือตับวายไม่ควรใช้

ترامาดอลและโคเดอีนจะอยู่ในอันดับที่ 2 ของการระงับปวดจากมะเร็ง อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงในขนาดต่ำทดแทนการใช้โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน โดยการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการระงับปวดที่ดีกว่าโดยผลข้างเคียงที่เกิดไม่แตกต่างกัน

การใช้โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน ควรพิจารณาให้ยาระบายกลุ่มที่กระตุ้นการทำงานของลำไส้ เช่น สารสกัดมะขามแขก ร่วมด้วยเพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะท้องผูกจากโอปิออยด์

4. ยากลุ่มโอปิออยด์หรือโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรง (Strong opioids) เช่น มอร์ฟีน เฟนทานิล ใช้รักษาความปวดปานกลางถึงปวดมาก เป็นยามาตรฐานที่รักษาความปวดจากมะเร็ง ยาจะไม่มีขนาดสูงสุด แต่จะต้องปรับยาให้เข้ากับระดับความปวดและความทนได้ของผลข้างเคียงที่จะเกิดจากยา

หากผู้ป่วยไม่เคยได้รับโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงมาก่อน แนะนำให้เริ่มต้นจากขนาดแนะนำที่น้อยที่สุดก่อนเสมอ จากนั้นดูการตอบสนองและผลข้างเคียงของยา แล้วจึงพิจารณาปรับเพิ่มขนาดยาขึ้นให้ได้ผลการระงับปวดตามต้องการ

โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงที่ไม่แนะนำให้ใช้ติดต่อกันในการระงับปวดจากมะเร็ง คือ เพทิดีน (pethidine) เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นนอร์เพทิดีน (norpethidine) ที่มีพิษต่อระบบประสาท

4.1 มอร์ฟีน (Morphine) เป็นยาที่สามารถบริหารยาได้หลายรูปแบบ โดยรูปแบบที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรกในผู้ป่วยมะเร็ง คือ รูปแบบรับประทาน ควรเริ่มต้นด้วยมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที (morphine immediate release) รูปแบบเม็ดหรือรูปแบบน้ำเชื่อมก็ได้ โดยเริ่มที่ขนาด 5-10 มิลลิกรัม แต่หากผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะที่มีความเจ็บปวดรุนแรงและต้องระงับอาการปวดแบบเร่งด่วน ควรให้เป็นรูปแบบฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยขนาดยาที่ใช้เริ่มต้นคือ 0.5-1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม สำหรับฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ไม่แนะนำให้ฉีดมอร์ฟีนเข้ากล้ามเนื้อเพราะไม่สามารถทำนายการออกฤทธิ์ได้แน่ชัด

ไม่แนะนำให้ใช้มอร์ฟีนในผู้ป่วยโรคไต แต่หากจำเป็นต้องใช้ แนะนำให้เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากมอร์ฟีนเกินขนาดอย่างเคร่งครัด

ในประเทศไทย มอร์ฟีนชนิดรับประทานมีหลายรูปแบบ ดังนี้

ตารางที่ 9.1.2 รูปแบบต่างๆ ของมอร์ฟีน

รูปแบบ	ความแรง	เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลาที่ยามีฤทธิ์	ข้อควรระวัง
มอร์ฟีนเม็ดชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที (morphine immediate release tablet)	10 มิลลิกรัม	30 นาที	2-4 ชั่วโมง	
มอร์ฟีนน้ำเชื่อม (morphine syrup)	10 มิลลิกรัม ต่อ 5 มิลลิลิตร	30 นาที	2-4 ชั่วโมง	
มอร์ฟีนเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา (morphine controlled release tablet, MST continus [®])	10, 30, 60 มิลลิกรัม	3 ชั่วโมง	12 ชั่วโมง	ไม่สามารถหัก บด แบ่งเม็ดยา
มอร์ฟีนแคปซูลชนิดควบคุมการปล่อยยา (morphine controlled release capsule, Kapanol [®])	20, 50, 100 มิลลิกรัม	3 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	สามารถแกะแคปซูล ให้ยาทางสายอาหาร ได้ แต่ห้ามบดเม็ดยา ที่อยู่ในแคปซูล

มอร์ฟีนแบบฉีดจะมีรูปแบบเดียว คือ 10 มิลลิกรัมในสารละลาย 1 มิลลิลิตร ขนาดบรรจุ 1 มิลลิลิตร ต่อหลอด โดยหากฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายในระยะเวลา 5-10 นาที แต่หากฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังจะออกฤทธิ์ในระยะเวลา 20-60 นาที และจะมีระยะเวลาการมีฤทธิ์ที่ใกล้เคียงกัน คือ 3-4 ชั่วโมง

การปรับยามอร์ฟีน หากผู้ป่วยไม่เคยรับยามอร์ฟีนมาก่อน ควรเริ่มต้นจากการให้รับประทานมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 5-10 มิลลิกรัม และอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานซ้ำได้หากยังมีการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ซ้ำได้ทุก 2-4 ชั่วโมง จากนั้นนำผลรวมของยาที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง เพื่อมาคำนวณปรับเป็นมอร์ฟีนชนิดควบคุมการปล่อยยา

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วย นาย ก. ได้รับยามอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที ดังนี้			
08.00 น.	5 มิลลิกรัม	20.00 น.	5 มิลลิกรัม
10.00 น.	5 มิลลิกรัม	01.00 น.	5 มิลลิกรัม
13.00 น.	5 มิลลิกรัม	05.00 น.	5 มิลลิกรัม
16.00 น.	5 มิลลิกรัม	09.00 น.	5 มิลลิกรัม
จากตัวอย่างที่ 1 จะเห็นว่า ใน 24 ชั่วโมง (08.00-07.59 น.) ผู้ป่วยใช้มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 35 มิลลิกรัม (ไม่นับยาที่ได้เวลา 09.00 น. เพราะเกิน 24 ชั่วโมง) เราสามารถแปลผลได้ว่า ความต้องการมอร์ฟินชนิดรับประทานต่อวัน คือ ประมาณ 35 มิลลิกรัม ดังนั้นเราสามารถปรับยาเป็น มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา (MST continus[®]) 10 มิลลิกรัม รับประทานทุก 12 ชั่วโมง หรือมอร์ฟินแคปซูลชนิดควบคุมการปล่อยยา (Kapanol[®]) 20 มิลลิกรัม วันละครั้ง กรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหาร เพื่อสามารถแกะแคปซูลของยาและให้ทางสายอาหารได้ ร่วมกับให้มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 5 มิลลิกรัม (ประมาณร้อยละ 14 ของมอร์ฟินที่ได้รับต่อวัน) รับประทานเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง หากยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ดีหลังจากได้ยามอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันทีไปแล้ว 2-3 ครั้ง แนะนำปรับเพิ่มยามอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันทีร้อยละ 25-50 กรณีปวดปานกลาง หรือหากปวดมากสามารถเพิ่มขนาดได้ร้อยละ 50-100 แล้วจึงนำผลรวมของมอร์ฟินที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงมาปรับยาการให้ยาใหม่			

ตัวอย่างที่ 2 จากการไปซักถาม นาย ก. แจ้งว่าหลังได้ยามอร์ฟินยังคงมีอาการปวดมาก แพทย์จึงเพิ่มมอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที เป็นครั้งละ 10 มิลลิกรัม รับประทานเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง พบว่า นาย ก. ได้รับยา ดังนี้	
08.00 น.	มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 10 มิลลิกรัม
10.00 น.	มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 10 มิลลิกรัม
15.00 น.	มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 10 มิลลิกรัม
20.00 น.	มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 10 มิลลิกรัม
03.00 น.	มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 10 มิลลิกรัม
08.00 น.	มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 10 มิลลิกรัม
จากตัวอย่างที่ 2 จะเห็นว่า ใน 24 ชั่วโมง (08.00-07.59 น.) ผู้ป่วยใช้มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 3 ครั้ง คือ เวลา 10.00 น., 15.00 น., และ 3.00 น. เท่ากับ 30 มิลลิกรัม ร่วมกับมอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 2 ครั้ง คือ เวลา 08.00 น. และ 20.00 น. เราสามารถแปลผลได้ว่า ความต้องการมอร์ฟินชนิดรับประทานต่อวันคือประมาณ 50 มิลลิกรัม ดังนั้นเราสามารถปรับยาเป็น มอร์ฟินเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา (MST continus[®]) 10 มิลลิกรัม 2 เม็ด รับประทานทุก 12 ชั่วโมง หรือมอร์ฟินแคปซูลชนิดควบคุมการปล่อยยา (Kapanol[®]) 20 มิลลิกรัม 2 แคปซูล วันละครั้ง หรือ 50 มิลลิกรัม 1 แคปซูล วันละครั้ง ร่วมกับให้มอร์ฟินชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 10 มิลลิกรัม (ประมาณร้อยละ 20 ของมอร์ฟินที่ได้รับต่อวัน) รับประทานเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง	

ตามปกติขนาดยา morphine ชนิดปลดปล่อยยาทันทีที่ได้รับประทานเมื่อมีอาการมักคิดเป็นร้อยละ 5-20 ของขนาด morphine ที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง หากสามารถควบคุมอาการปวดให้อยู่ในระดับปวดน้อย และรับประทาน morphine ชนิดปลดปล่อยยาทันทีไม่เกิน 3-4 ครั้งต่อวัน ไม่มีความจำเป็นต้องปรับยา morphine ชนิดควบคุมการปล่อยยา

หากผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิต และไม่สามารถรับประทานยาได้ แต่ยังมีความจำเป็นต้องใช้ morphine สามารถเปลี่ยนเป็นรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดหรือฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง โดยคำนวณขนาดยา morphine จากค่า equianalgesic dose ของ morphine ชนิดฉีดต่อรับประทาน คือ 1:3 (ขนาดยาที่ใช้ฉีดของ morphine จะน้อยกว่าขนาดยาที่ใช้รับประทานประมาณ 3 เท่า)

จากตัวอย่างที่ 2 หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ โดยมีความต้องการ morphine ชนิดรับประทาน ต่อวันประมาณ 50 มิลลิกรัม เราสามารถเปลี่ยนเป็นรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดหรือฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง โดย $50/3 = 16.67$ มิลลิกรัมต่อวัน หรือประมาณ 0.7 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ร่วมกับให้ morphine ชนิด 10/3 หรือประมาณ 3 มิลลิกรัม ฉีดเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง

ผลข้างเคียงของ morphine ที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ง่วงนอน ซึ่งอาการเหล่านี้มักดีขึ้น เมื่อได้รับ morphine ไประยะหนึ่ง

อาการท้องผูก เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจาก morphine มีผลโดยตรงที่ทำให้ลำไส้เคลื่อนตัวช้าลง จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้ควบคู่ด้วยเสมอ ได้แก่ ยาระบายมะขามแขก bisacodyl ยาระบายชนิดอื่นที่สามารถให้ได้ คือ milk of magnesia, lactulose แต่ยาระบายกลุ่มที่ไม่ควรให้ คือ ยาระบายกลุ่มเพิ่มเนื้ออุจจาระ กลุ่มเส้นใย เนื่องจากเพิ่มโอกาสการเกิดลำไส้อุดตัน

ควรใช้ morphine อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีค่าไตผิดปกติ เนื่องจาก morphine เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะถูกร่างกายเปลี่ยนเป็นสารอื่นและจะถูกกำจัดออกทางไต หากผู้ป่วยมีการทำงานของไตที่ผิดปกติจะทำให้กำจัดไม่ได้ อาจเกิดภาวะง่วงซึมและกดการหายใจจนถึงแก่ชีวิต

4.2 เฟนทานิล (Fentanyl) เป็นโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติละลายในไขมันได้ดี ทำให้สามารถนำมาทำในรูปแบบของแผ่นปิดผิวหนังเพื่อตัวยาสามารถซึมผ่านชั้นใต้ผิวหนังผ่านเข้าสู่กระแสเลือด และออกฤทธิ์ระงับปวดได้ โดยแผ่นปิดผิวหนังสามารถออกฤทธิ์ได้นานถึง 72 ชั่วโมง และเฟนทานิลยังมีข้อดีที่สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตได้

อย่างไรก็ตามเนื่องจากเฟนทานิลในรูปแบบแผ่นปิดผิวหนังมีระยะเวลาในการเริ่มออกฤทธิ์นานถึง 12-24 ชั่วโมง ทำให้ไม่เหมาะกับการนำมาใช้เป็นอันดับแรกในการปรับยาระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

เฟนทานิลมีความแรงมากกว่า morphine 100 เท่า แต่ขนาดยาที่ใช้ก็จะลดลง 100 เท่าเช่นกัน ดังนั้นควรระมัดระวังหน่วยที่ใช้ในการสั่งยา ซึ่งเฟนทานิลจะใช้หน่วยเป็นไมโครกรัม

เฟนทานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนังมี 3 ขนาด คือ 12, 25 และ 50 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง

การเปลี่ยนมาใช้เฟนทานิลในรูปแบบแผ่นปิดผิวหนัง แนะนำให้ปรับยาด้วยโอปิออยด์ชนิดอื่นหรือบริหารยาด้วยวิธีอื่นก่อน หลังจากปรับระดับยาโอปิออยด์ที่ใช้ในการควบคุมความปวดคงที่มาแล้วระยะหนึ่ง จึงสามารถเปลี่ยนเป็นเฟนทานิลในรูปแบบแผ่นปิดผิวหนังได้ โดยใช้ตารางเทียบ equianalgesic dose ดังแสดงในตารางที่ 9.1.3 และผู้ป่วยควรได้ยาโอปิออยด์ที่ใช้อยู่เดิมต่ออีก 24 ชั่วโมง หลังจากมีการปิดแผ่นเฟนทานิล

ตารางที่ 9.1.3 Equianalgesic dose ของมอร์ฟินและเฟนทานิล

ขนาดยามอร์ฟินชนิดรับประทาน ที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง (หน่วยเป็นมิลลิกรัม)	ขนาดยาเฟนทานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนัง (หน่วยเป็นไมโครกรัมต่อชั่วโมง)
20-44	12
45-134	25
135-224	50
225-314	75
315-404	100
405-494	125
495-584	150

จากตัวอย่างที่ 2 ข้างต้น นาย ก. ที่ได้รับมอร์ฟินชนิดฉีด 16.67 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง ถ้าต้องการเปลี่ยนเป็นเฟนทานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนัง ทำได้โดยปรับเป็นมอร์ฟินชนิดรับประทานใน 24 ชั่วโมงจะได้ $16.67 \times 3 = 50$ มิลลิกรัม จากตารางที่ 9.1.3 พบว่าหากใช้มอร์ฟินชนิดรับประทานปริมาณ 50 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง จะตรงกับเฟนทานิล 25 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง

อย่างไรก็ตามหากมีการเปลี่ยนชนิดของโอปิออยด์ แนะนำให้ลดขนาดของยาลงร้อยละ 25-50 เนื่องจากผู้ป่วยอาจตอบสนองกับโอปิออยด์ชนิดใหม่มากกว่า อาจเกิดภาวะได้รับโอปิออยด์เกินขนาดได้เมื่อเปลี่ยนยา

จากตัวอย่างที่ 2 ข้างต้น หากปรับเป็นมอร์ฟินชนิดรับประทานใน 24 ชั่วโมง ได้ $16.67 \times 3 = 50$ มิลลิกรัม พิจารณาลดขนาดยาลงร้อยละ 25 จะได้ $50 - (50 \times 0.25) = 37.5$ มิลลิกรัม จากตารางที่ 8.1.3 พบว่า หากใช้มอร์ฟินชนิดรับประทานปริมาณ 37.5 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง จะตรงกับเฟนทานิล 12 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง

ผลข้างเคียงของเฟนทานิลพบได้เช่นเดียวกับผลข้างเคียงของมอร์ฟิน ที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ง่วงนอน ซึ่งอาการเหล่านี้มักดีขึ้นเมื่อได้รับเฟนทานิลไประยะหนึ่ง

อาการท้องผูก ต้องให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้เสมอ เช่นเดียวกับการให้การรักษาผลข้างเคียงของมอร์ฟิน

หากได้รับเฟนทานิลเกินขนาด สามารถทำให้เกิดอาการง่วงซึมและกดการหายใจ และอาจเสียชีวิตได้

4.3 ออกซีโคโดน (Oxycodone) เป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการนำเข้าในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2558 โดยมีรูปแบบเดียว คือ รูปแบบออกฤทธิ์ยาว 12 ชั่วโมง มี 2 ขนาด คือ 10 และ 40 มิลลิกรัม ยังจัดอยู่ในยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ออกซีโคโดนมีความแรงมากกว่ามอร์ฟินประมาณ 1.5-2 เท่า และมีคุณสมบัติที่ดูดซึมทางเดินอาหารได้ประมาณร้อยละ 60-87 (มอร์ฟินจะดูดซึมได้ประมาณร้อยละ 20-40) อย่างไรก็ตามมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าทั้งออกซีโคโดนและมอร์ฟินให้การระงับปวดที่ไม่แตกต่างกัน

ผลข้างเคียงของออกซีโคโดนพบได้เช่นเดียวกับผลข้างเคียงของมอร์ฟิน ที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ง่วงนอน ซึ่งอาการเหล่านี้มักดีขึ้นเมื่อได้รับออกซีโคโดนไประยะหนึ่ง

อาการท้องผูก ต้องให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้เสมอเช่นเดียวกับการให้การรักษาผลข้างเคียงของมอร์ฟิน

หากได้รับออกซีโคโดนเกินขนาด สามารถทำให้เกิดอาการง่วงซึมและกดการหายใจ และอาจเสียชีวิต

การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นระยะที่มีการลุกลามและอาการแสดงของโรคเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อจิตใจ มีความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงต้องดูแลทุกมิติแบบองค์รวมอย่างบูรณาการ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความหมาย และสามารถเตรียมพร้อมที่จะเผชิญความตายได้อย่างสงบ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ประกอบด้วย การบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง การพยาบาลให้ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม การประสาน การประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนและปกป้องสิทธิผู้ป่วย การจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายและการเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต

ปัญหาความต้องการด้านจิตใจ

ปัญหาความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความกลัวเกี่ยวกับความตาย มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง รวมถึงมีความคิดทำร้ายตนเอง

การประเมินด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็ง

- ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะของโรค
- ประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรักษา
- ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว
- ประเมินคัดกรองเกี่ยวกับความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า
- ประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็ง

- การยอมรับ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยด้วยการแสดงท่าทีที่เป็นมิตร ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ ใช้เวลา เยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ
- ประเมินและสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นระยะ สอบถามความต้องการ แหล่งสนับสนุน และปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความสูญเสียและความตาย
- ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการดูแลรักษา
- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในเรื่องการตัดสินใจด้านการดูแลรักษา เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว
- เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก ซักถามปัญหา พูดคุยถึงความหวังความต้องการ การเตรียมตัวเผชิญกับความตาย
- ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังตามที่เป็นจริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก
- จัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสงบใจ

ปัญหาความต้องการด้านสังคม

ปัญหาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมักเป็นความรู้สึกขัดแย้งต่อผู้ใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าเวลาเหลือน้อยลง จึงมีอาการหงุดหงิด ท้อแท้ กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกแยกและถูกปฏิเสธ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลัวเป็นภาระคนอื่น เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้เสียรายได้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว

การประเมินด้านสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง

- บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว
- ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
- ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก (care giver)
- ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน
- เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม
- ความต้องการของครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษา
- ความต้องการด้านการเข้าถึงสังคมและกิจกรรมพักผ่อนต่างๆ

การดูแลด้านสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง

- ประเมินค้นหาปัญหาด้านเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมของครอบครัวและสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วย

- ให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้
- ให้คำปรึกษา วางแผนร่วมกับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจในการดูแล
- ประสานแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เครือข่ายชุมชน
- ส่งเสริมและเชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว
- เตรียมความพร้อมครอบครัว/ ผู้ดูแล ในการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- อำนวยความสะดวกในการดูแลของครอบครัว การเข้าเยี่ยมของญาติ
- จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ปัญหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยมะเร็งที่รับรู้ว่าเป็นโรคของตนเองไม่สามารถรักษาต่อไปได้แล้ว ความตายกำลังใกล้เข้ามา และต้องพลัดพรากจากบุคคลที่รัก ผู้ป่วยจะเสียกำลังใจ ท้อแท้สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาใจได้ ลุกลี้้ง ไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขออโหสิกรรมต่อการกระทำผิดพลาดในอดีต ต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น ต้องการกลับไปเยี่ยมเยียน สักลา หรือได้พบและอยู่กับบุคคลที่ตนรักและสิ่งที่รู้สึกผูกพัน ต้องการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นสิ่งสำคัญของการมีชีวิตอยู่ เพื่อช่วยให้มีกำลังใจที่แข็งแกร่งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและยอมรับกับความตายได้

การประเมินด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

- ความรักและความสัมพันธ์ ความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหาย ของใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

- ความศรัทธา ประเมินค้นหาแหล่งกำลังใจ ความเชื่อมั่นในชีวิตและจิตวิญญาณ
- ความหวังในการดำเนินชีวิต
- ความเชื่อและการปฏิบัติตามความเชื่อ ศาสนา

- การค้นหาความหมายของการเจ็บป่วย คุณค่าและเป้าหมายของชีวิต ที่มีผลในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป
- การให้อภัย ความรู้สึกผิดและการปฏิบัติเพื่อแก้ไขความรู้สึกผิด
- ค้นหาความต้องการครั้งสุดท้ายในชีวิต (last wish)
- ภาระที่ยังไม่เสร็จ (unfinished business)

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ
- ให้ความรักความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ดูแล ให้ความหวัง และกำลังใจ ไม่ทอดทิ้งแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่หมดหวังไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้
- ให้ความสนใจ เคารพในความเชื่อและสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ
- เต็มใจที่จะพูดคุยเรื่องความเชื่อ ความต้องการในการปฏิบัติตามความเชื่อนั้น
- ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย
- เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุย เล่าระบายความคิด ความรู้สึกต่างๆ
- ให้ข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับทีมการดูแล
- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับกับความตายที่กำลังจะมาถึงและมีความพร้อมสำหรับการจากไป
- ช่วยประคับประคองจิตใจให้จดจ่อกับสิ่งที่ตั้งถาม
- ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ
- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ
- อำนวยความสะดวกให้ครอบครัวอยู่ด้วยตลอดเวลา

ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งในผู้ป่วยระยะประคับประคอง

1. ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง (Brain metastasis)

1.1 สาเหตุและอุบัติการณ์

ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง (brain metastasis) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดของโรคเนื้องอกของสมองในผู้ใหญ่ ซึ่งพบบ่อยเป็น 10 เท่าของโรคเนื้องอกจากสมอง (primary brain tumor) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการจากภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองนั้น มีประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองทั้งหมด ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของมะเร็งแพร่กระจายไปยังสมองมากขึ้น เนื่องจากการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่ดีขึ้น ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองพบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา (melanoma) ตามลำดับ บริเวณของสมองที่พบรอยโรคบ่อย จะเป็นสมองส่วนซีรีบรัม (cerebrum) ร้อยละ 80 ซีรีเบลลัม (cerebellum) ร้อยละ 15 และก้านสมอง (brain stem) พบได้ร้อยละ 5

1.2 อาการ

คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชัก อ่อนแรง ชา และอาการอื่นๆ ตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการดังกล่าว ควรมีการซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียด เนื่องจากอาการเหล่านี้อาจบ่งบอกถึงการมีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองได้

1.3 การวินิจฉัย

1.3.1 ซักประวัติ

1) อาการทางระบบประสาท

ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชัก อ่อนแรง ชา ที่เป็นมากขึ้น ไม่ดีขึ้น เมื่อรักษาตามอาการ และสอดคล้องเข้าได้กับพยาธิสภาพของระบบประสาท และอาการอื่นๆ ตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง

2) อาการร่วม

ในกรณีที่อาการทางระบบประสาทเป็นอาการนำ ควรตรวจหาอาการร่วมอื่นๆ ที่อาจบ่งชี้ถึงโรคมะเร็งตั้งต้นที่แพร่มาที่สมอง (primary tumor) เช่น หากผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลดร่วมด้วยอาจบ่งบอกถึงมะเร็งปอด การมีก้อนที่เต้านมอาจบ่งบอกถึงมะเร็งเต้านม เป็นต้น

อาการร่วมของการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นนอกจากสมอง ในผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย (ระยะที่ 4) นั้น ถ้ามีมะเร็งกระจายมาที่สมอง ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีมะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น กระดูก ปอด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องซักประวัติ ถึงอาการร่วมที่ผิดปกติของระบบอื่นๆ ด้วย เช่น ปวดหลังมากผิดปกติ ปวดมากช่วงเวลากลางคืน ไอเรื้อรัง เป็นต้น

1.3.2 การตรวจร่างกาย

ควรตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียด เพื่อหาตำแหน่งของรอยโรคในสมอง และใช้เป็นการประเมินเบื้องต้นก่อนการรักษา (initial assessment) จากนั้นนำมาวัดผลเปรียบเทียบ (comparison) และประเมินผลการรักษา (evaluation and result of treatment)

ตรวจหาความผิดปกติของระบบอื่น ๆ ที่อาจบ่งชี้ถึงโรคมะเร็งตั้งต้นที่แพร่มาที่สมอง (primary tumor) และตรวจเพื่อหาการแพร่กระจายไปที่ระบบอื่นนอกจากระบบประสาท (other metastasis site)

1.3.3 การตรวจทางรังสีวินิจฉัย (computer tomography หรือ CT, magnetic resonance imaging หรือ MRI)

การตรวจทางรังสีวินิจฉัยมีความสำคัญในผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายมาที่สมอง เพราะสามารถใช้ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยเพื่อวินิจฉัย ใช้ประเมินความรุนแรง การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษาทั้งการผ่าตัดและการฉายรังสี

ภาพทางรังสีวินิจฉัยของภาวะมะเร็งแพร่กระจายมาสมองมีรูปแบบที่หลากหลาย พบได้ทั้ง isodense, hypodense or hyperdense เมื่อเทียบกับเนื้อสมองปกติ โดยอาจมีภาวะบวมรอบก้อน (surrounding edema) มากน้อยต่างกันไป และอาจมีรอยโรคเพียงจุดเดียว หรือมีหลายจุดได้ โดยรอยโรคมักพบอยู่บริเวณรอยต่อสมองส่วนเทาและขาว (grey-white matter junction) และบริเวณส่วนปลายของเส้นเลือด (arterial watershed areas) ส่วนรอยโรคในภาวะมะเร็งแพร่กระจายมาสมองของมะเร็งชนิด melanoma, renal cell carcinoma, choriocarcinoma, thyroid cancer, lung and breast cancers มักมีเลือดออก (hemorrhage) ในสมองร่วมด้วย

1) Computer tomography หรือ CT เป็นการวินิจฉัยเบื้องต้น สำหรับภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง

2) Magnetic resonance imaging หรือ MRI มีความไว (sensitivity) ต่อการวินิจฉัยมากกว่า CT และถือเป็นตัวเลือกหลัก (imaging of choice) ในการวินิจฉัยภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง

อย่างไรก็ตามพบว่าการทำ MRI เพื่อหารอยโรคในผู้ป่วยหลายราย (screening) ไม่ได้เปลี่ยนแปลงผลของการรักษา ดังนั้น CT จึงอาจใช้เป็นการตรวจภาพทางรังสีวินิจฉัยในเบื้องต้น (initial test of choice) แทนได้

3) การตรวจทางรังสีวินิจฉัยอื่นๆ ที่อาจบ่งถึงโรคมะเร็งตั้งต้นที่แพร่มายังสมอง (primary tumor) และตรวจหาความผิดปกติของระบบอื่นๆ เพื่อหาการแพร่กระจายไปที่ระบบอื่นนอกจากระบบประสาท (other metastasis sites)

1.4 การพยากรณ์โรค การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) ชนิดของโรคมะเร็งต้นกำเนิด (primary site) มะเร็งเต้านม มีการพยากรณ์โรคที่ดีที่สุด มะเร็งปอดมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีนัก
- 2) อายุ และสมรรถนะของผู้ป่วย
- 3) ตำแหน่ง ขนาด จำนวน และปริมาณรอยโรคที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังสมอง
- 4) รอยโรคที่อวัยวะอื่นๆ ที่มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งนอกจากสมอง

1.5 การรักษา

1) การรักษาเบื้องต้น

เมื่อได้รับการวินิจฉัยภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง และผู้ป่วยมีอาการจากการกดเบียดเนื้อสมอง แพทย์จะพิจารณาให้ยา dexamethasone เพื่อบรรเทาอาการอักเสบของเนื้อสมอง หากต้องรักษาด้วยการฉายรังสีที่สมอง จะเริ่มให้ยา dexamethasone อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ก่อนเริ่มฉายรังสี

การให้ยา dexamethasone

สัปดาห์ที่ 1 เริ่มที่ 8 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง (หรือแบ่งให้ได้ขนาดยา 16 มิลลิกรัมต่อวัน)

สัปดาห์ที่ 2 จะลดขนาดยาลง 2-4 มิลลิกรัม ทุก 5 วัน เช่น เริ่มต้นที่ 8 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง จากนั้นลดขนาดยาเป็น 4 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง จากนั้นลดขนาดยาเป็น 2 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง จนจบการฉายรังสี

อย่างไรก็ตามการปรับยาต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ หากผู้ป่วยมีอาการแย่งลงหลังจากลดยา สามารถปรับเพิ่มกลับไปให้ขนาดยาเท่าเดิมหรือมากขึ้นกว่าเดิมก่อนที่จะลดยาได้ และเมื่อมีอาการคงที่หรือดีขึ้น จึงทำการลดยาอีกครั้ง

2) การรักษาตามอาการ เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบาย ได้แก่

- 2.1) อาการปวดศีรษะ นิยมรักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ ร่วมกับยากลุ่มระงับปวดปลายประสาท เช่น กาบาเพนติน (gabapentin) หรือพรีกาบาลิน (pregabalin)
- 2.2) อาการชัก ให้ยากันชักเมื่อมีอาการชัก ไม่ให้เพื่อป้องกันอาการชัก
- 2.3) อาการอื่นๆ ให้ยารักษาตามอาการ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน

3) การรักษาเฉพาะที่

หลังจากรักษาเบื้องต้นและรักษาตามอาการแล้ว แพทย์เฉพาะทางจะเป็นผู้พิจารณาการรักษาเฉพาะที่ ตามจำนวนรอยโรคในสมอง หากรอยโรคในสมองมีจำนวนจำกัด (limited brain metastasis) อาจพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด การฉายรังสีเฉพาะจุด แต่ถักรอยโรคในสมองมีจำนวนมาก (Extensive brain metastasis) อาจพิจารณาการรักษาโดยการฉายรังสีเฉพาะจุด ฉายรังสีทั้งสมอง หรือรักษาตามอาการ

3.1) การรักษาด้วยการผ่าตัด ใช้ในกรณีที่

- มีภาวะกดเบียดจากก้อน
- ขนาดก้อนมากกว่า 3 เซนติเมตร และอยู่ในตำแหน่งที่สามารถผ่าตัดได้
- เมื่อต้องการผลชัดเจนเพื่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

3.2) การรักษาด้วยการฉายรังสี แบ่งเป็นการฉายรังสีเฉพาะจุด (stereotactic radiosurgery หรือ SRS และ stereotactic radiotherapy หรือ SRT) และการฉายรังสีทั้งสมอง (whole brain radiotherapy หรือ WBRT) ซึ่งแพทย์เฉพาะทางจะเป็นผู้พิจารณาเลือกชนิดการรักษาในแต่ละราย

3.3) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งบางชนิดที่มียีนที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา (เช่น มะเร็งปอดที่มีการกลายของยีน ALK หรือ EGFR (ALK or EGFR mutations) มะเร็งผิวหนังชนิด Melanoma ระยะแพร่กระจายที่มีการกลายของยีน BRAF (BRAF mutations) แพทย์อาจพิจารณาให้ยา เพื่อรักษาภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองในรายที่ยังไม่มีอาการ หรือตามแต่ดุลยพินิจของแพทย์เฉพาะทาง

1.6 การตรวจติดตาม

ตรวจติดตามอาการ อาการแสดง และภาพทางรังสีวินิจฉัย ทุก 3 เดือน ใน 1 ปีแรก จากนั้นอาจตรวจติดตามทุก 4-6 เดือน

2. ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงชนิดร้ายแรง (Malignant hypercalcemia)

ผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 30 มีโอกาสเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ซึ่งร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน ถึงแม้ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงจะได้รับการรักษา ซึ่งแสดงถึงภาวะฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงในมะเร็งระยะลุกลาม มักเกิดร่วมกับมะเร็งชนิดมัลติเพิล มัยอิโลมา (multiple myeloma) มะเร็งเต้านม มะเร็งปอดแบบ squamous cell, non-small cell มะเร็งของหูก คอ จมูกแบบ squamous cell และมะเร็งของต่อมไทรอยด์

2.1 คำจำกัดความ

ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง คือ ภาวะที่มีระดับแคลเซียมในเลือดมากกว่า 2.6 มิลลิโมลต่อลิตร (หรือ 10.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

2.2 พยาธิกำเนิดของโรค

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น การหลั่งของฮอร์โมนพาราไธรอยด์จากก้อนมะเร็ง หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่หลั่ง 1.25 (OH) 2D (vitamin D) หรืออาจเกิดภาวะการสลายของกระดูกจากการที่มะเร็งแพร่กระจายไปกระดูก

2.3 อาการและอาการแสดง

ระบบ	อาการและอาการแสดง
อาการโดยทั่วไป	ภาวะขาดน้ำ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย คันตามร่างกาย หรืออาจจะมีอ่อนแรง หรือปวดตามกระดูก
ระบบประสาท	อาการเมื่อยล้า อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ การตอบสนองโดยอัตโนมัติช้าลง (hyporeflexia) ชัก ประสาทหลอน หรือโคม่า โดยอาการทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะเพ้อ
ระบบทางเดินอาหาร	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ท้องผูก ท้องอืด หรือปวดท้อง
ระบบหัวใจ	คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ เช่น shorten Q-T interval, prolonged P-R interval , wide T waves หัวใจห้องบนและห้องล่างเต้นระริก หัวใจเต้นช้าผิดปกติจนถึงแก่ชีวิตได้
ระบบทางเดินปัสสาวะ	ภาวะขาดน้ำ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย และมีนิ่วในไต

ความรุนแรงของอาการอาจจะไม่ได้สอดคล้องกับปริมาณแคลเซียมในเลือด แต่มักจะสอดคล้องกับการเกิดอาการเร็วหรือช้า และผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มีอาการทุกอาการ ในช่วงแรกของการมีภาวะแคลเซียมในเลือดสูง โดยรวมจะมีภาวะขาดน้ำ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกลางคืน เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า อ่อนแรง การตอบสนองโดยอัตโนมัติช้าลง (hyporeflexia) และมีอาการปวด เมื่ออาการดำเนินมาสู่ระยะหลังๆ จะมีการกระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า ไม่แสดงอารมณ์ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มีภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน สายตาพร่ามัว มีอาการโคม่า และอาจเสียชีวิตจากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับประทานยา digitalis

2.4 การตรวจวินิจฉัย

เนื่องจากร้อยละ 40 ของแคลเซียมจะจับอยู่กับโปรตีนซึ่งส่วนมากเป็นอัลบูมิน ร้อยละ 15 จับกับ citrate, sulfate และ phosphate ที่เหลือจะอยู่ในรูปแคลเซียมอิสระ จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อค่าของแคลเซียมในเลือดที่ได้จากการตรวจวัดในห้องปฏิบัติการ ตัวอย่างที่สำคัญคือ ปริมาณของอัลบูมินในเลือด ซึ่งการลดลงของอัลบูมินในเลือดทุก 1 กรัมต่อเดซิลิตร จำเป็นจะต้องปรับ total calcium เพิ่มขึ้น 0.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ดังนั้นการตรวจเลือดเพื่อระดับแคลเซียมในเลือด จำเป็นต้องดูค่าอัลบูมินควบคู่ด้วยเสมอ โดยค่าของอัลบูมินที่จะใช้ในการคำนวณ จะอยู่ในหน่วยกรัมต่อเดซิลิตร (g/dL) โดยสามารถคำนวณค่าแคลเซียมในเลือด หน่วยเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) ได้ตามสูตร

$$\{(4 - \text{Serum albumin}) \times 0.8\} + \text{serum calcium} = \text{corrected serum calcium}$$

2.5 การรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

จำเป็นต้องหาสาเหตุเพื่อแก้ไขตามสาเหตุนั้นๆ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มประคับประคอง สาเหตุของโรคอาจเกิดจากการที่โรคลุกลามมากขึ้น ทำให้เราไม่สามารถแก้ไขสาเหตุโดยตรงได้ แต่ไม่ว่าสาเหตุโดยตรงจะสามารถจัดการได้หรือไม่ ผู้ป่วยทุกคนจะยังได้ประโยชน์จากการดูแลของทีมแพทย์และพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคและอาการ การให้สารน้ำ และการรักษาด้วยยา

2.6 การรักษา

2.6.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การให้สารน้ำ สามารถเพิ่มการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะ และมักเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีแคลเซียมสูงไม่มากที่ไม่มีอาการแสดงของภาวะแคลเซียมสูง โดยสามารถลดระดับแคลเซียมได้ประมาณ 0.25 มิลลิโมลต่อลิตร

ผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงทุกคนมักมีภาวะขาดน้ำร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปัสสาวะบ่อยและคลื่นไส้ อาเจียน ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณ 2-3 ลิตรต่อวัน หรือให้สารละลายเกลือแร่ 100-120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดด้านการให้สารน้ำ (หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดการให้สารน้ำ เช่น มีโรคหัวใจ อาจให้ปริมาณที่น้อยลง)

ในทางทฤษฎี ยาขับปัสสาวะกลุ่ม loop diuretic สามารถลดการดูดซึมกลับของแคลเซียมได้ อย่างไรก็ตามหากจะมีการให้ยาขับปัสสาวะต้องแน่ใจว่าได้แก้ไขภาวะการขาดน้ำแล้ว ห้ามให้ยาขับปัสสาวะหากผู้ป่วยยังมีภาวะขาดน้ำอยู่

การที่ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวนั้นก่อให้เกิดการสลายตัวของทั้งเนื้อเยื่อและกระดูก ดังนั้นควรกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายถ้ายังสามารถทำได้

หยุดยาที่อาจเพิ่มปริมาณของแคลเซียมในเลือด เช่น ลิเทียม วิตามินดี ยาระบาย หรือยาลดกรด ที่มีส่วนประกอบของแคลเซียม อาหารเสริมที่มีส่วนประกอบของแคลเซียม หรือหยุดการเสริมแคลเซียมในสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือด และเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมต่ำ

2.6.2 การรักษาด้วยยา

1) Calcitonin ขนาดที่ใช้ calcitonin 4-8 หน่วยสากลต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดทางขึ้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง โดย calcitonin จะออกฤทธิ์ที่ 4 ชั่วโมง เหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องการลดปริมาณของแคลเซียมในเลือดลงอย่างรวดเร็ว แต่ฤทธิ์จะสั้น จึงแนะนำให้ใช้ร่วมกับ bisphosphonate

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการหน้าแดง คลื่นไส้ ปวดท้อง และอาจเกิดการแพ้ได้ เนื่องจากมีส่วนผสมจากสารที่ได้จากปลาแซลมอน

2) Bisphosphonates ออกฤทธิ์ลดระดับแคลเซียมโดยกลไกยับยั้งการทำงานของ osteoclast โดยทั่วไปยาในกลุ่ม bisphosphonates จะออกฤทธิ์ลดระดับแคลเซียมในเวลา 48 ชั่วโมง จึงควรใช้ควบคู่ไปกับการให้สารน้ำ และ calcitonin แนะนำให้ bisphosphonate เมื่อค่าแคลเซียมในเลือดสูงกว่า 3.0 มิลลิโมลต่อลิตร (หรือ 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) หรือค่าแคลเซียมในเลือดต่ำกว่า 3.0 มิลลิโมลต่อลิตร (หรือ 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร่วมกับมีอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

มักพบว่าผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองจะทนต่อ bisphosphonate รูปแบบรับประทาน เช่น clodronate หรือ alendronate ไม่ค่อยได้ แต่รูปแบบที่ใช้ฉีดเข้าหลอดเลือด เช่น pamidronate หรือ zoledronic acid มักประสบความสำเร็จในการใช้มากกว่าทั้งในเรื่องการทนต่อผลข้างเคียง และลดระดับแคลเซียมได้ดีกว่า

ก่อนใช้ยาในกลุ่ม bisphosphonate ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำ และผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้อย่างปกติ หากผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำหรือปัสสาวะได้น้อยต้องแก้ไขก่อนเสมอ และห้ามใช้ bisphosphonate ถ้าค่า creatinine สูงกว่า 4.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ควรมีการติดตามเกลือ ค่าแคลเซียมในเลือด และค่าการทำงานของไต (BUN และ creatinine) วันที่ 3 หลังจากได้ยา bisphosphonate เนื่องจากผลข้างเคียงที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ ภาวะไตวาย

ขนาดยา

ยา/ ขนาดยา	วิธีการใช้
Pamidronate 30-90 มิลลิกรัม	ให้ทางหลอดเลือดดำสำหรับภาวะที่แคลเซียมในเลือดสูงมากกว่า 3.5 mmol per Litre โดยใช้ 90 มิลลิกรัม ผสมน้ำเกลือ นอร์มัล 250-500 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 60-90 นาที โดยควรให้พาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม รับประทานก่อนเพื่อป้องกันการเกิดไข้จากการให้ยา pamidronate โดยยา pamidronate จะมีฤทธิ์ 3-4 สัปดาห์
Clodronate 1,500 มิลลิกรัม	ผสมน้ำเกลือ นอร์มัล 250-500 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 4 ชั่วโมง หรือผสม 500 มิลลิกรัม ในน้ำเกลือ นอร์มัล 250-500 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำวันละครั้งนาน 3 วัน โดยยา clodronate จะมีฤทธิ์ 2 สัปดาห์ ถ้าการทำงานของไตเสื่อมลง โดยค่า creatinine clearance 10-50 มิลลิลิตรต่อนาที ให้ลดขนาดยาลงร้อยละ 25-50
Zoledronic acid 4 มิลลิกรัม	ผสมน้ำเกลือ นอร์มัล 100 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 15 นาที ซึ่งพบว่ามีการออกฤทธิ์ที่เร็วกว่าและมีฤทธิ์ดีกว่า pamidronate โดยจะออกฤทธิ์นาน 4-6 สัปดาห์ และช่วยลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกระดูกที่เกิดจากมะเร็งชนิดต่างๆ รวมถึงมะเร็งชนิดมัลติเพิล มัยอีโลมา

3) สเตียรอยด์ สามารถใช้ได้กรณีที่มะเร็งชนิดนั้นๆ ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) หรือมะเร็งเม็ดเลือดชนิดมัลติเพิล มัยอีโลมา (multiple myeloma) มักแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์กรณีที่ไม่มียาในกลุ่ม bisphosphonate หรือในกรณีที่มิชอบซื้ออื่นๆ ในการให้ยา สเตียรอยด์ร่วมด้วย เช่น มีความปวด หรือมีอาการคลื่นไส้

ขนาดยา

Prednisolone รับประทาน 40-100 มิลลิกรัมต่อวัน นาน 1 สัปดาห์ หรือ hydrocortisone 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 6 ชั่วโมง หรือ dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง นาน 3-5 วัน

2.6.3 การล้างไต

สามารถลดระดับของแคลเซียมได้รวดเร็ว แต่ควรสงวนไว้ใช้ในกรณีที่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล เช่น ในผู้ป่วยมีภาวะไตวายหรือหัวใจวาย ทำให้ไม่สามารถให้ยาหรือให้สารน้ำทางเส้นเลือดได้

3. ภาวะมะเร็งกดไขสันหลัง (Spinal cord compression)

ภาวะมะเร็งการกดไขสันหลังพบในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 หรือโรคมะเร็งแพร่กระจาย พบอุบัติการณ์ของภาวะมะเร็งกดไขสันหลัง 2.2 รายต่อแสนประชากรต่อปี และในกลุ่มของคนไข้มะเร็งจะพบได้ร้อยละ 2-14

ภาวะมะเร็งการกดไขสันหลังถือว่าเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องการการดูแลเพื่อป้องกันความพิการจากอาการชาอ่อนแรง ไม่สามารถเดินและควบคุมการขับถ่ายได้ ซึ่งการรักษาเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตระยะท้าย

3.1 สาเหตุ

เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งมาที่เยื่อหุ้มไขสันหลังส่วนนอก (extradural metastasis) นอกจากนี้อาจเกิดจากโรคมะเร็งมีการกระจายมาที่กระดูกสันหลังระดับอก หลัง และคอ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของไขสันหลังจากที่ถูกกลูกลามมายังบริเวณ vertebral body หรือเมื่อมีการขยายใหญ่ของกระดูกส่วน pedicle ทำให้เกิดการกดเบียดเยื่อหุ้มไขสันหลังที่อยู่ระดับล่าง โดยตำแหน่งที่พบบ่อยสุดคือ thoracic spine (ร้อยละ 70) รองลงมาคือ lumbosacral spine (ร้อยละ 20) มะเร็งต้นเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งไต multiple myeloma และ lymphoma

3.2 อาการและอาการแสดง

ตรวจพบอาการปวดหลังและจุดกดเจ็บเฉพาะที่ อาการดังกล่าวเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นอาการเริ่มแรกสุดของการกดไขสันหลัง สามารถพบอาการดังกล่าวได้นานหลายเดือนก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย การกดไขสันหลังหรือตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท ส่วนมากอาการปวดเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณกระดูกสันหลัง อย่างไรก็ตามอาจเกิดจากการดึงรั้งของเส้นประสาทไขสันหลังที่เกิดจากการกดไขสันหลัง ภาวะดังกล่าวมีลักษณะพิเศษที่แพทย์ต้องให้ความสนใจเพื่อการวินิจฉัย ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดหลัง ควรได้รับการประเมินการกดเบียดของไขสันหลังเสมอ การวินิจฉัยภาวะดังกล่าวได้ก่อนการเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงถือเป็นสิ่งสำคัญ

3.3 การวินิจฉัย

1) การซักประวัติ อาการปวดหลัง อาจมีปวดร้าวไปขาหรือไม่ก็ได้ โดยมักมีอาการปวดมากขึ้นเวลากลางคืนไม่สามารถบรรเทาด้วยยาแก้ปวดทั่วไป และอาการอาจแย่ลงเมื่อนอนหงาย มีการขยับตัวหรือท่าทางที่ทำให้เพิ่มแรงดันในช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังขึ้นนอก ได้แก่ ไอ จาม หรือเบ่ง ซึ่งอาการดังกล่าวแตกต่างจากภาวะความเสื่อมของกระดูกสันหลังที่มีมักจะอาการดีขึ้นเมื่อได้พัก

ควรซักประวัติเรื่องอาการปัสสาวะลำบากหรือ ท้องผูก หรืออาการชาอบๆ รูขุมริบ ซึ่งมีความสำคัญมาก อาการดังกล่าวบ่งบอกถึงการทำลายของไขสันหลังในระยะท้าย ถือเป็นกรณีฉุกเฉินทางรังสีรักษา (emergency radiation therapy) ซึ่งควรได้รับการฉายรังสีภายใน 24-48 ชั่วโมงนับจากเริ่มมีอาการ หากปล่อยไว้นานส่วนมากพบว่าไม่สามารถฟื้นคืนกลับมาได้หลังได้รับการรักษา

2) การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายประเมินระบบประสาทในแง่ระบบสั่งการกล้ามเนื้อ ความรู้สึกและระบบประสาทอัตโนมัติให้ครบถ้วน เพราะจะช่วยระบุตำแหน่งที่มีรอยโรคได้ เพื่อส่งตรวจทางรังสี ในบริเวณนั้นๆ ได้ตรงจุด ลดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัย และช่วยลดปริมาณการได้รับรังสีของผู้ป่วยในส่วนที่ไม่จำเป็น

3) การตรวจภาพทางรังสีวินิจฉัย (X-ray) ในผู้ป่วยที่มีการกดเบียดไขสันหลัง ความผิดปกติที่พบได้แก่ bone erosion หรือ การหายไปของกระดูก pedicle หรือพบการยุบตัวของกระดูกสันหลัง (vertebral collapse) หรือพบก้อนเนื้อบริเวณข้างกระดูกสันหลัง (paraspinal soft tissue mass)

หากภาพทางรังสีวินิจฉัย (x-ray) ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะดังกล่าวได้ ควรพิจารณาส่งตรวจทางรังสีด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging หรือ MRI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการประเมินการกดเบียดไขสันหลัง เพื่อระบุบริเวณที่ถูกกดเบียดได้อย่างชัดเจน และช่วยวางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3.4 การรักษา

การรักษาการกดเบียดไขสันหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดและคงสภาพหรือฟื้นกลับมาของการทำงานของไขสันหลัง สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ประสงค์จะรับการดูแลแบบประคับประคอง เคยแสดงความประสงค์ไม่รับการผ่าตัดและการฉายรังสี ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับคำแนะนำ แนวทางการรักษา ผลการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา และพิจารณาทำ Advance care plan ผ่านกระบวนการ family meeting อีกครั้ง คำแนะนำการรักษาแบ่งเป็นดังนี้

1) การรักษาเบื้องต้น

เมื่อแพทย์วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะการกดเบียดไขสันหลัง แพทย์ต้องให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการอักเสบของไขสันหลังด้วยยาทันที โดยยา dexamethasone เป็นสเตียรอยด์ที่ใช้ในการรักษาภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปไขสันหลัง ซึ่งวัตถุประสงค์ของการใช้สเตียรอยด์ เพื่อลดการบวมของเนื้อเยื่อ และการอักเสบที่จะเกิดขึ้นบริเวณที่เกิดการกดทับไขสันหลัง แต่การให้ยา dexamethasone ไม่สามารถลดขนาดของก้อนมะเร็งได้

ขนาดยาที่ใช้ แนะนำให้ dexamethasone ขนาด 4-5 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง สามารถบริหารยาได้ทั้งการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ หรือรับประทาน และรับส่งปรึกษาแพทย์รังสีรักษา

ไม่แนะนำให้ใช้สเตียรอยด์ในขนาดสูง เนื่องจากการวิจัยในสัตว์ทดลองพบว่า ถึงแม้จะช่วยให้สัตว์ทดลองกลับมาเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการใช้สเตียรอยด์ขนาดต่ำ แต่มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญจากการติดเชื้อที่รุนแรง และทางเดินอาหารเลือดออกและทะลุ

ในอดีตเคยมีการศึกษาในมนุษย์เปรียบเทียบการให้ยา dexamethasone ที่ขนาดต่างกัน โดยกลุ่มแรกจะให้ในขนาดสูงคือ 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เทียบกับกลุ่มที่สองที่ให้ครั้งแรกในขนาด 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ตามด้วยรับประทานขนาด 16 มิลลิกรัมต่อวัน ทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งพบว่าช่วยระงับปวดได้ดีในทั้ง 2 กลุ่ม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของการระงับปวด การฟื้นคืนของระบบประสาท และอัตราการรอดชีวิตระหว่างกลุ่ม

ดังนั้นเมื่อให้ยา dexamethasone จึงไม่ควรให้นานเกิน 1 สัปดาห์ และต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีเกร็ดเลือดต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสีรักษา โรคมาเร็วก่อน

2) การรักษาบรรเทาอาการ เพื่อลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น

2.1) อาการปวด นิยมรักษาด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์ ร่วมกับยากกลุ่มระงับปวดปลายประสาท เช่น ยากลุ่มกาบาเพนตินอยด์ (gabapentinoids) หรือยาต้านเศร้า เช่น อะมิทริปไทลีน (amitriptyline)

2.2) การเสียการควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะ อาจพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ

2.3) การเสียการควบคุมระบบขับถ่ายอุจจาระ หรือปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาทำทวารเทียม

นอกจากปัญหาด้านร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักสูญเสียความเป็นตัวเอง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งตัวเอง และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการขับถ่าย รับประทานอาหาร นั่ง เดิน หรือขับถ่าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า เพราะอาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจจากนักจิตบำบัด หรือจิตแพทย์ร่วมด้วย

3) การรักษาเฉพาะที่

3.1) การรักษาด้วยการฉายรังสี

เหมาะสำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีการกดเบียดไขสันหลังและเป็นโรคมะเร็งที่ตอบสนองต่อการรังสีรักษา (radiosensitive tumor) แนะนำให้มีการฉายรังสีโดยเร็วที่สุด คือ ภายใน 48 ชั่วโมงหลังมีอาการแสดงการกดทับไขสันหลัง ซึ่งแพทย์รังสีรักษามักพิจารณาฉายรังสีแบบประคับประคองประมาณ 10 ครั้งใน 2 สัปดาห์ ร่วมกับการให้ยา dexamethasone โดยจำนวนครั้งของการฉายรังสีกับปริมาณรังสีต่อครั้งอาจมีการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยแต่ละคน ขึ้นอยู่กับว่ากระดูกสันหลังบริเวณนั้นเคยได้รับการฉายรังสีหรือไม่

การฉายรังสีตามแผนของแพทย์รังสีรักษาไม่ได้เป็นการช่วยพยุงกระดูกสันหลังให้มั่นคงมากขึ้น และไม่มีผลต่อระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วย แต่การฉายรังสีสามารถช่วยลดอาการปวดลงได้ ซึ่งเป็นผลของรังสีที่ทำลายก้อนมะเร็งที่กดเบียดไขสันหลัง

3.2) การรักษาด้วยการผ่าตัด

เพื่อลดการกดเบียดไขสันหลังร่วมกับทำให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคงมากขึ้น จึงแนะนำในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งที่ไม่ตอบสนองต่อการฉายรังสี (radioresistant tumors) เช่น มะเร็งชนิด melanoma หรือ clear-cell carcinoma หรือถ้ามีกระดูกสันหลังยุบตัว หัก หรือมีเลือดกดเบียดไขสันหลัง ในกรณีที่พบการกระจายของโรคมะเร็งไปที่ไขสันหลังระดับเดียวโดยไม่พบการกระจายไปยังอวัยวะภายใน อาจเป็นข้อบ่งชี้ให้การผ่าตัดกระดูกสันหลังได้ นอกจากนี้การผ่าตัดยังมีข้อบ่งชี้เพื่อนำเนื้อเยื่อเยื่อมาตรวจ เพื่อการวินิจฉัยในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการไขกระดูกกดทับและยังไม่ทราบสาเหตุ

4. ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ Superior vena cava (superior vena cava syndrome; SVCS)

หลอดเลือดซูปิเรียเวนาคาวา เป็นหลอดเลือดดำใหญ่ที่รับเลือดดำมาจากศีรษะ คอ รางางค์ส่วนบน และช่องอกส่วนบน และมีอวัยวะสำคัญอยู่ล้อมรอบ เช่น หลอดลม หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา (aorta) หลอดเลือดปอด (pulmonary artery) ต่อมน้ำเหลืองรอบๆ หลอดลม (paratracheal lymph node) และกระดูกหน้าอก

ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ เกิดจากการอุดตันบางส่วนหรือทั้งหมดของหลอดเลือดซูปิเรียเวนาคาวา (superior vena cava) ที่เปิดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ทำให้การไหลกลับของหลอดเลือดดำบริเวณศีรษะและคอ แขนทั้งสองข้างและหน้าอกลดลง ภาวะดังกล่าวจัดเป็นภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน

4.1 สาเหตุ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุหลักของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ โดยพบมากถึงร้อยละ 80 มะเร็งที่พบได้บ่อย ได้แก่ มะเร็งปอดโดยเฉพาะชนิด small-cell และ squamous cell และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยเฉพาะชนิด non-Hodgkin สำหรับโรคมะเร็งอื่นๆ ที่เกิดบริเวณ mediastinum (primary mediastinal tumors) เช่น มะเร็งของต่อมไทมัส, germ cell tumor พบได้น้อยกว่าร้อยละ 2 ของมะเร็งที่เป็นสาเหตุของภาวะการอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ทั้งหมด

สาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากโรคมะเร็ง ได้แก่ retrosternal goiter วัณโรค การเกิดพังผืดบริเวณช่องอกหลังการได้รับรังสีรักษา สาเหตุจากหัวใจ เช่น ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หรือสาเหตุจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่

4.2 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่พบได้หลายแบบ ได้แก่ อาการบวมบริเวณใบหน้าและคอโดยเฉพาะบริเวณรอบดวงตา อาการหายใจลำบาก และไอ ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นๆ ตึงๆ บริเวณศีรษะ เสียงแหบ ปวดศีรษะ ภาวะคั่งจุก เลือดกำเดาไหล ไอเป็นเลือด เวียนศีรษะ กลืนลำบาก เป็นลม และหมดสติ อาการของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่จะแย่ลง เมื่อผู้ป่วยนั่งก้มตัวไปข้างหน้าหรือนอนหงาย (stoop or lie down)

การตรวจร่างกายที่พบได้แก่ การโป่งขยายของหลอดเลือดบริเวณคอและหน้าอก ใบหน้าบวมและบวมแดง (plethora) ตาโปน (proptosis) เสียงหายใจครืดคราด (stridor) และแขนบวม

4.3 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ สามารถวินิจฉัยโดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย อย่างไรก็ตามสำหรับการตรวจทางรังสีวินิจฉัย การเอกซเรย์ปอด อาจพบก้อนในบริเวณผนังขวาของทรวงอก ซึ่งจากการศึกษาของ Parish และคณะ พบว่ามีเพียงร้อยละ 16 มีภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่แต่ยังมีผลเอกซเรย์ปอดปกติ

การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computer tomography scan หรือ CT scan) บริเวณทรวงอก เป็นการตรวจที่เหนือกว่าการเอกซเรย์ปอด และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถวินิจฉัยภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ ซึ่งจะเห็นบริเวณที่เกิดการอุดตันและ collateral flow นอกจากนี้การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ยังสามารถใช้แยกสาเหตุที่เกิดจากก้อนมะเร็งกดเบียดบริเวณหลอดเลือดดำ ออกจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด และยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของก้อนมะเร็ง และการลุกลามไปยังโครงสร้างอวัยวะภายในช่องอก และช่วยเป็นแนวทางในการทำเจาะชิ้นเนื้อมาตรวจ (fine-needle aspiration หรือ biopsy) หากยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging; MRI) ยังไม่แนะนำให้ใช้สำหรับวินิจฉัยภาวะนี้ เนื่องจากใช้เวลานานในการตรวจและมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า อย่างไรก็ตามสามารถใช้เป็นทางเลือกหากผู้ป่วยมีภาวะไตวาย หรือแพ้สารทึบรังสี

สำหรับหัตถการที่รุกล้ำ (invasive procedure) ได้แก่ bronchoscope, mediastinoscopy และ thoracotomy ควรทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะเลือดออก

4.4 การรักษา

1) **การรักษาประคับประคอง** จุดประสงค์เพื่อช่วยลดความไม่สบายตัวที่เกิดจากภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ ได้แก่ การนอนยกศีรษะสูง เลือกเสื้อผ้าที่นุ่มและหลวม นอนบนหมอน ให้อารมณ์สบาย เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า การจัดปรับสภาพแวดล้อมให้สะอาดปลอดโปร่ง และมีลมพัดอ่อนๆ จะช่วยลดความรู้สึกเหนียวและอึดอัดให้ผู้ป่วยได้

การให้ยาขับปัสสาวะ (diuretic) พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองหรือทางเดินหายใจบวม ให้สเตียรอยด์ โดยแนะนำให้ dexamethasone ขนาด 16 มิลลิกรัม สามารถบริหารทางการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือให้รับประทานทางปากได้ ตามด้วย 8 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง และควรหยุดเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น หรือการตอบสนองต่อยาลดลง และควรให้ยาลดกรดกลุ่ม proton pump inhibitor ร่วมด้วยเสมอ เพื่อลดผลข้างเคียงการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

2) **การรักษาจำเพาะ** จำเป็นต้องหาสาเหตุเพื่อวินิจฉัยให้ได้ว่าภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ของผู้ป่วยมีสาเหตุจากอะไร หากพบว่าสาเหตุเกิดจากมะเร็ง จะเริ่มให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา

2.1) **เคมีบำบัด** เหมาะสำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งปอดชนิด small cell มะเร็ง germ cell เนื่องจากเป็นมะเร็งชนิดที่ตอบสนองกับเคมีบำบัด (chemo-sensitive tumors) ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำนวนมากมีการตอบสนองที่ดี และตรวจไม่พบอาการของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ภายใน 1 หรือ 2 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัด

2.2) **รังสีรักษา** ถือเป็นการรักษาหลักในภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ที่เกิดจากโรคมะเร็งที่ไม่ตอบสนองต่อเคมีบำบัด เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small cell

การฉายรังสีแบบ external beam ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากสามารถทนผลข้างเคียงได้ และมีอาการดีขึ้นภายในไม่กี่สัปดาห์หลังจากได้รับรังสีรักษา

ไม่แนะนำให้ใช้รังสีรักษาแก่ผู้ป่วยภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ ก่อนที่จะได้รับการตรวจชิ้นเนื้อยืนยัน เนื่องจากเนื้อเยื่อที่ได้รับรังสีแล้ว จะทำให้การแปลผลชิ้นเนื้อเกิดความผิดพลาดได้ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ในกรณีฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น เช่น ภาวะทางเดินหายใจอุดตัน (impending airway obstruction) หรือภาวะการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ (increase intracranial pressure) ที่ควรได้รับการฉายรังสีโดยเร็วที่สุด

2.3) **การให้ยาละลายลิ่มเลือด** หากสาเหตุของการอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่เกิดจากลิ่มเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ สามารถส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณาการให้ยาละลายลิ่มเลือด และพิจารณาเอาสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ออก

บรรณานุกรม

1. พชัย พรหมสิงห์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
2. พระไพศาล วิสาโล. การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทาย สิทธิพันธุ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด; 2552. 239-249.
3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลของศูนย์การุณรักษ์. พิมพ์ครั้งที่1. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
4. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai association for the study of pain). แนวทางเวชปฏิบัติความ ปวดจากมะเร็ง (clinical practice guideline for cancer pain) กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย; 2556.
5. สินี ดิษฐบรรจง. ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด (Hypercalcemia) [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Hypercalcemia.pdf>.
6. Bandieri E., Romero M., Ripamonti Cl., Artioli F., Sichetti D., Fanizza C., et al. Randomized trial of low-dose morphine versus weak opioids in moderate cancer pain. J Clin Oncol 2015; 34: 436-42.
7. Codeine phosphate tablets 30mg-Summary of product characteristics (SmPC)-(emc) [Internet]. UK: Datapharm Ltd; 2020 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://www.medicines.org.uk/emc/product/5753/smpc>.
8. Delattre JY., Arbit E., Rosenblum MK., et al. High dose versus low dose dexamethasone in experimental epidural spinal cord compression. Neurosurgery 1988; 22: 1005-7.
9. Guo KK., Deng CQ., Lu GJ., Zhao GL., et al. Comparison of analgesic effect of oxycodone and morphine on patients with moderate and advanced cancer pain: a meta-analysis. BMC Anesthesiol 2018; 18: 132.
10. Fraserhealth. Hospice palliative care program-symptom guidelines: Hypercalcemia in malignant disease [Internet]. Fraserhealth; 2020 [cited 21 February 2020]. Available from: https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-20-FH---Sym_Guide-Hypercalcemia.pdf.
11. Phengjard J. Nurse's role in palliative care. Journal of Boromarajonani college of Nursing, 2014; 30: 100-4.
12. Kutner J., Kassner C., Nowels D. Symptom burden at the end of life. Journal of pain and symptom management. 2001; 21(6): 473-80.
13. Lemay K., Wilson KG., Buenger U., Jarvis V., Fitzgibbon E., Bhimji K., et al. Fear of pain in patients with advanced cancer or in patients with chronic noncancer pain. Clin J Pain 2011; 27(2): 116-24.
14. Levick S., Jacobs C., Loukas DF., Gordon DH., Meyskens FL., Uhm K. Naproxen sodium in treatment of bone pain due to metastatic cancer. Pain 1988; 35: 253-8.

- 15.Measurement and evaluation tools [Internet]. New York: National palliative care research center; 2020 [cited 2020 Feb 17]. Available from:
<http://www.npcrc.org/content/25/Measurement-and-Evaluation-Tools.aspx>.
- 16.NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): Central nervous system cancers version 3. 2019 [Internet]. Pennsylvania: National comprehensive cancer network; 2020 [cited 2020 Feb 14]. Available from:
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cns.pdf.
- 17.Orton T. Brain metastases. Radiology Reference Article. Radiopaedia.org [Internet]. Radiopaedia.org; 2020 [cited 2020 Feb 14]. Available from:
<https://radiopaedia.org/articles/brain-metastases>.
- 18.Parish JM., Marschke RF. Jr., Dines DE. Etiologic considerations in superior vena cava syndrome. Mayo Clin Proc. 1981; 56(7): 407-13.
- 19.Radiation oncology/palliation/brain metastases - Wikibooks, open books for an open world [Internet]. Wikimedia foundation; 2020 [cited 2020 Feb 14]. Available from:
https://en.m.wikibooks.org/wiki/Radiation_Oncology/Palliation/Brain_Metastases.
- 20.Rajer M., Kovac V. Malignant spinal cord compression. Radiol Onco 2008; 42(1): 23-31.
- 21.Siddiqui F., Weissman DE. Hypercalcemia of malignancy - palliative care network of Wisconsin [Internet]. Wisconsin: Palliative Care Network of Wisconsin; 2020 [cited 2020 Feb 22]. Available from: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/hypercalcemia-of-malignancy/>.
- 22.Skeoch GD., Tobin MK., Khan S., Linninger AA., Mehta AI. Corticosteroid treatment for metastatic spinal cord compression: A Review. Global Spine J. 2017; 7(3): 272–9. doi:10.1177/2192568217699189.
- 23.Scottish palliative care guidelines. Superior vena cava obstruction [Internet]. NHS Scotland; 2020 [cited 2020 Mar 19]. Available from:
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71299/2019-superior-vena-cava-obstruction.pdf>.
- 24.Superior vena cava obstruction (SVCO) [Internet]. Velindrecc.wales.nhs.uk; 2020 [cited 2020 Mar 19]. Available from:
<http://www.velindrecc.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1087/SUPERIOR%20VENA%20CAVA%20OBSTRUCTION.pdf>.
- 25.World Health Organization. Cancer pain relief, 2nd edition with a guide to opioid availability. Geneva: WHO; 1996.
- 26.World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. WHO; 2020 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- 27.van den Beuken-van Everdingen MH., Hochstenbach LM., Joosten EA., Tjan-Heijnen VC., Janssen DJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage 2016; 51(6): 1070-90 e9.

- 28.Vecht CJ., Haaxma-Reiche H., van Putten WL., de Visser M., Vries EP., Twijnstra A. Initial bolus of conventional versus high-dose dexamethasone in metastatic spinal cord compression. Neurology 1989; 39: 1255-7.
- 29.Zech DFJ., Grond S., Lynch J., Hertel D., Lehmann KA. Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain 1995; 63: 65-76.



บทที่ 9.2

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคระบบประสาท

ญดา พงษ์กาญจนะ

อัญเชิญ ชัยลือรัตน์

สถาบันประสาทวิทยา

รตนา จันทรแจ่ม

สุพัตรา ปวนไผ่

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท

การให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทมีความท้าทายหลายประการ เนื่องจากโรคทางระบบประสาทหลายโรคมีระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน และในขณะเดียวกันการดำเนินโรคก็ยังมีผลแตกต่างกันแม้จะเป็นโรคเดียวกัน นอกจากนี้โรคทางระบบประสาทยังมีความยากลำบากในการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยบางรายมีการเสียชีวิตแบบกะทันหัน ขณะที่บางรายการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพโดยแท้จริง บางครั้งต้องการผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเฉพาะทางอีกด้วย และเมื่อโรคดำเนินไปผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านพุทธิปัญญา (cognitive function) และอาการทางจิตเวชส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ เป็นต้น

การดูแลแบบประคับประคองเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทเนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งตรงกับหลักการในการรักษาโรคทางระบบประสาทหลายๆ โรค การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทสามารถให้การดูแลไปพร้อมกับการดูแลรักษาหลักตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและบริบทของสถานพยาบาล

โรคทางระบบประสาทที่สามารถให้การดูแลแบบประคับประคองได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรง (severe stroke) โรคพาร์กินสันระยะท้าย (advanced Parkinson's disease) โรคสมองเสื่อมระยะท้าย (advanced dementia) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่มีการดำเนินโรคไปมาก (progressive and incurable neuromuscular disease) โรคปลอกประสาทอักเสบระยะท้าย (advanced multiple sclerosis) เป็นต้น

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทที่สามารถให้การดูแลแบบประคับประคอง

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

Stroke คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตกอย่างเฉียบพลัน ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นหยุดชะงักลง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายจากการขาดออกซิเจนและสารอาหาร แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 ระยะ ดังตารางที่ 9.2.1

ตารางที่ 9.2.1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะผู้ป่วย	รายละเอียด
ระยะเฉียบพลัน (Acute stroke)	มีภาวะ coma หรืออยู่ในภาวะผัก (vegetative state) ระยะเวลามากกว่า 3 วันร่วมกับอาการอย่างน้อย 3 อย่าง ดังต่อไปนี้ 1. Abnormal brain stem response 2. Absent verbal response 3. Absent withdrawal response to pain 4. Serum creatinine > 1.5 mg/dL

ตารางที่ 9.2.1 (ต่อ) การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะผู้ป่วย	รายละเอียด
ระยะเรื้อรัง (Chronic stroke)	1. เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอยู่ระยะติดเตียงเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป 2. ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำได้ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้ร่วมด้วย 1 ข้อ - มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่แย่ง ได้แก่ 2.1 น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา หรือมากกว่าร้อยละ 7.5 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 2.2 Serum albumin < 2.5 g/dL 2.3 ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (aspirated pneumonia) โดยไม่ตอบสนองต่อการฟีกกลืน 2.4 มีความยากลำบากในการกลืนจนมีภาวะทุพโภชนาการ

2. Motor neuron disease (MND)

- 1) มีการติดเชื้อในปอดจากการสูดสำลัก
- 2) มีอาการซัปป้อนและมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก
- 3) ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้วยตัวเอง (dependent in basic ADL)
- 4) มีภาวะหายใจลำบาก จากอาการเหนื่อยเวลานอนราบ ต้องนั่งหลับ หรือ vital capacity ต่ำ (< 70 % predicted) ตรวจโดย standard spirometry
- 5) ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้

3. Parkinson's disease

- 1) อาการอยู่ในระยะท้าย ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาชนิดรับประทานหรือยาแผ่นแปะ และไม่สามารถรับการรักษาด้วยวิธีการฉีดยาใต้ผิวหนังหรือการผ่าตัดทางสมองได้
- 2) มีปัญหาการเดินและการทรงตัวผิดปกติที่เกิดจากตัวโรคและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา
- 3) มีอาการทางจิตเวชและภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากตัวโรคและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

4. Multiple sclerosis, Neuromyelitis optica

- 1) Expanded Disability Status Scale (EDSS) $\geq$ 8 (ตารางที่ 9.2.2)
- 2) กลืนลำบาก และมีภาวะทุพโภชนาการ
- 3) มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก

5. Encephalitis

- 1) Modified Rankin Scale (mRS) $\geq$ 4 (ตารางที่ 9.2.3)
- 2) มีภาวะ cognitive dysfunction ที่รุนแรงไม่สามารถให้การตัดสินใจเองได้
- 3) Vegetative state
- 4) มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก

ตารางที่ 9.2.2 Expanded disability status scale (EDSS)

Score	Description
0	Normal neurological exam, no disability in any FS
1.0	No disability, minimal signs in one FS
1.5	No disability, minimal signs more than in one FS
2.0	Minimal disability in one FS
2.5	Minimal disability in two FS
3.0	Moderate disability in one FS, or mild disability in three or four FS. No impairment to walking
3.5	Moderate disability in one FS and more than minimal disability several others. No impairment to walking
4.0	Significant disability but self-sufficient and up and about some 12 hours a day. Able to walk without aid or rest for 500 m
4.5	Significant disability but up and about much of the day, able to work a full day, may otherwise have some limitation of full activity or require minimal assistance. Able to walk without aid or rest for 300 m
5.0	Disability severe enough to impair full daily activities and ability to work a full day without special provisions. Able to walk without aid or rest for 200m
5.5	Disability severe enough to preclude full daily activities. Able to walk without aid or rest for 100 m
6.0	Requires a walking aid – cane, crutch, etc. – to walk about 100 m with or without resting
6.5	Requires two walking aids – pair of canes, crutches, etc. – to walk about 20 m without resting
7.0	Unable to walk beyond approximately 5 m even with aid. Essentially restricted to wheelchair; though wheels self in standard wheelchair and transfers alone. Up and about in wheelchair some 12 hours a day
7.5	Unable to take more than a few steps. Restricted to wheelchair and may need aid in transferring. Can wheel self but cannot carry on standard wheelchair for a full day and may require a motorized wheelchair
8.0	Essentially restricted to bed or chair or pushed in wheelchair. May be out of bed itself much of the day. Retains many self-care functions. Generally, has effective use of arms
8.5	Essentially restricted to bed much of day. Has some effective use of arms retains some self-care functions
9.0	Confined to bed. Can still communicate and eat
9.5	Confined to bed and totally dependent. Unable to communicate effectively or eat/ swallow
10.0	Death due to MS

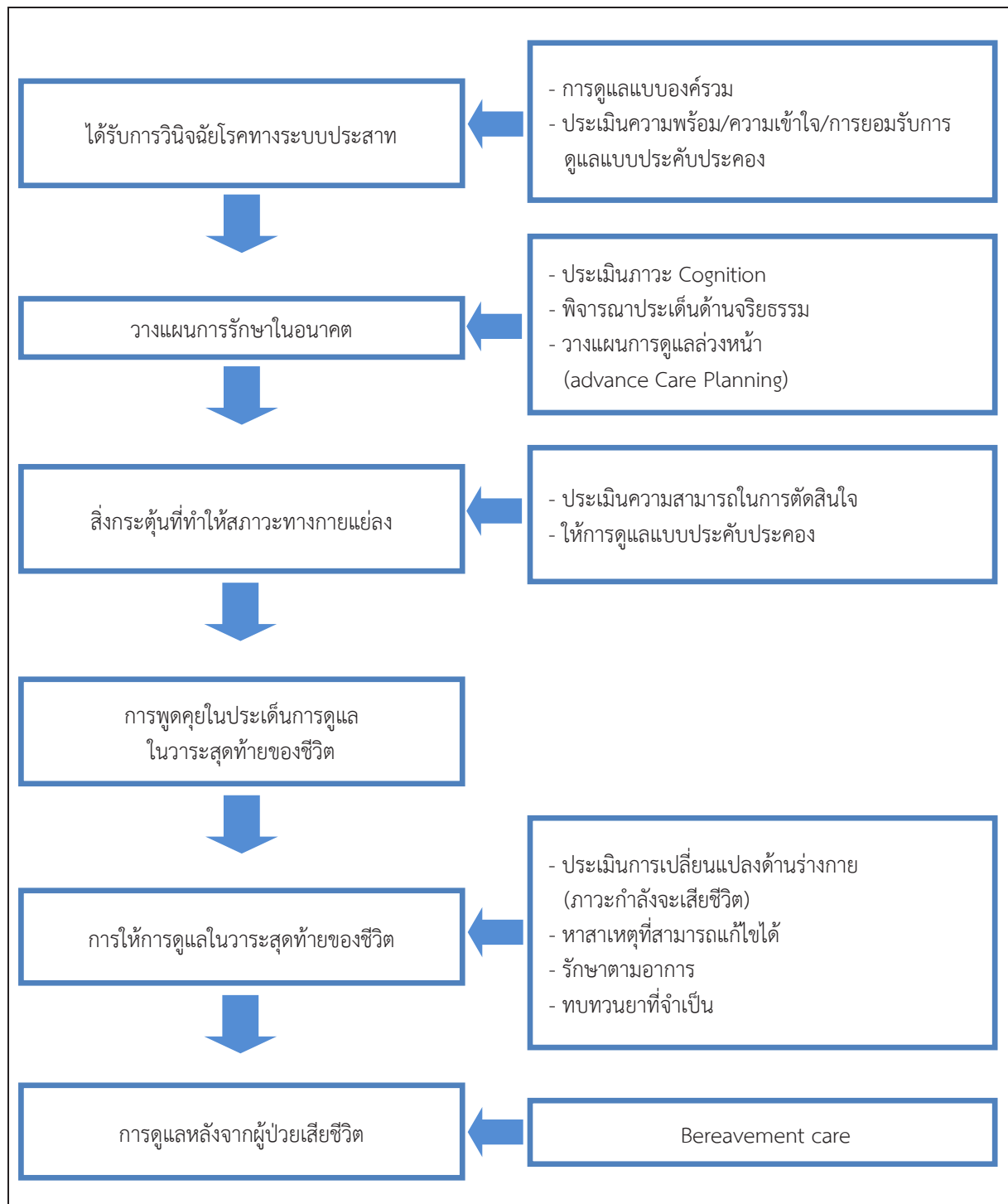
หมายเหตุ: ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาทจากการตรวจร่างกาย คะแนน 10 หมายถึง เสียชีวิตจากโรค

ตารางที่ 9.2.3 The modified rankin scale (mRS)

Score	Description	Date/ Score			
0	No symptoms at all.				
1	No significant disability despite symptoms; able to carry out all usual duties and activities.				
2	Slight disability; unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance.				
3	Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance.				
4	Moderately severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance.				
5	Severe disability, bedridden, incontinent and requiring constant nursing care and attention.				
6	Dead.				
Total					
Signs					

หมายเหตุ: คะแนน functional systems (FS) บ่งชี้ถึงระดับความพิการ (disability) มีระดับตั้งแต่ 0 ถึง 5 (หรือ 6) โดยคะแนนที่มากบ่งบอกถึงระดับความพิการมาก

แนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทระยะท้าย



ภาพที่ 9.2.1 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นความผิดปกติของสมองที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุ คาดว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 450,000 คน ในปี พ.ศ. 2563 และ 1,200,000 คน ในปี พ.ศ. 2593 โดยพบว่าโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40-70 ของภาวะสมองเสื่อม ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้ อาการของโรคจะค่อยๆ แย่ลง การรักษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นชะลอการดำเนินโรค และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตพบว่าผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี

ลักษณะและการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

การดำเนินของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่

1. ระยะก่อนสมองเสื่อมหรือมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเล็กน้อย (mild cognitive impairment)
2. ภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (mild dementia) สามารถตรวจพบความผิดปกติโดยแพทย์ เช่น พบว่ามีปัญหาสูญเสียความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น สูญเสียความสามารถในการคำนวณ สูญเสียสามารถในการวางแผนทำกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น การจัดการเรื่องเงิน การประกอบอาหาร สูญเสียความจำเกี่ยวกับเรื่องราวส่วนตัวของตนเองและบางรายอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์หรือแยกตัวได้
3. ภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง (moderate dementia) ในระยะนี้จะพบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำและการคิดมากขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆ เช่น ไม่สามารถจำที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ ไม่สามารถจำชื่อโรงเรียนที่เรียนจบมา อาจมีความสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ เช่น มีการทำกิจกรรมซ้ำๆ ในตอนกลางคืน มีปัญหาเกี่ยวกับการคำนวณหรือการนับเลขง่ายๆ เช่น 40-4 หรือ 20-2 จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลเกี่ยวกับการอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม แต่ยังช่วยตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและการใช้ห้องสุขาได้ ในช่วงท้ายของระยะกลางอาจมีปัญหาใช้ห้องสุขาเองไม่ได้ และมีปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ ในระยะนี้มักพบปัญหาด้านจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน พฤติกรรมทำกิจกรรมซ้ำๆ และการเดินหลงทาง เป็นต้น
4. ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (severe or advanced dementia) พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ปัญหาการกลืน ปัญหาการสนทนากับบุคคลอื่น และสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักพบในลักษณะของผู้ป่วยติดเตียง จำบุคคลใกล้ชิดไม่ได้ เคลื่อนไหวลำบาก กลืนลำบาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบติดเชื้อ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ในขณะเดียวกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อดังกล่าวอาจนำไปสู่ภาวะสับสนหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

ปัจจุบันพบว่า การวางแผนและการตัดสินใจว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ยังไม่มีการกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะเริ่มกล่าวได้ว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การวางแผนและการตัดสินใจยังคงเป็นเรื่องเฉพาะตัวและความจำเป็นต้องปรับให้เหมาะกับคนคนนั้น

สำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นกระบวนการสนทนาระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการ โดยอาจมีทั้งครอบครัวและเพื่อนมาร่วมกันสนทนา โดยมีการบันทึกการสนทนาเพื่อทบทวน และสื่อสารกับทีมผู้รักษา การสนทนาเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอาจหมายถึงความกังวลของบุคคลนั้น ค่านิยมที่สำคัญหรือเป้าหมายส่วนบุคคลสำหรับการดูแล ความเข้าใจเรื่องโรค และการพยากรณ์โรค รวมถึงการประเมินความพึงพอใจของการดูแลหรือการรักษาที่อาจเป็นประโยชน์ในอนาคต

การจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย

การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะแรกเน้นเรื่องความสะดวกสบายของผู้ป่วย และเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายพบว่าปัญหาความปวดเป็นปัญหาของความไม่สุขสบายที่ประเมินความรุนแรงได้ยาก และจากหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมักใช้ยาแก้ปวดน้อยลง เพราะการประมวลผลความปวดของผู้ป่วยในภาวะสมองเสื่อมอาจมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ที่มีอาการปวดอาจมีความผิดปกติในการแปลผลการรับรู้ และการประเมินอารมณ์เกี่ยวกับความปวดที่แตกต่างกันไป ส่วนผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองตีบอาจมีความรู้สึกปวดมากกว่าปกติ เพราะรอยโรคที่ชั้นสมองเนื้อสีขาวถูกการกระตุ้นให้เกิดความปวดจากระบบประสาทส่วนกลาง

ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักไม่สามารถบอกถึงความเจ็บปวดได้ แต่จะแสดงอาการเจ็บปวดด้วยพฤติกรรมต่างๆ ฉะนั้นจึงใช้การสังเกตพฤติกรรมหรือการใช้แบบประเมินพฤติกรรมความปวดที่ได้รับการตรวจสอบความแม่นยำในการประเมินความปวดหรือความไม่สุขสบาย แนวทางปฏิบัติของสมาคมอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำเสนอการประเมินพฤติกรรมความปวดด้วยเครื่องมือต่างๆ โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมความปวดจากการสังเกตส่วนมากที่นิยมใช้ ได้แก่ Abbey pain scale, pain assessment in advanced dementia (PAINAD) และ the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC)

วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดมีหลากหลายขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บปวด ได้แก่ การรักษาโดยใช้ยาลดอาการปวดและการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจโดยวิธีต่างๆ การนวด การฝังเข็ม การกดจุด เป็นต้น รวมทั้งการติดตามประเมินผลความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และปรับเปลี่ยนแบบแผนการดูแลจนผู้ป่วยสูงอายุมีความเจ็บปวดลดลงหรือไม่รู้สึกปวด

ส่วนอาการรบกวนอื่นๆ สามารถพบได้เหมือนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาททั่วไป การจัดการไม่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรคอื่นที่เน้นการบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งประคับประคองจิตใจของครอบครัวหรือผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไป

บรรณานุกรม

1. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. กรุงเทพฯ: ธนาเพรศ; 2558.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2556.
3. วีระศักดิ์เมืองไพศาล. ระยะการดำเนินของภาวะสมองเสื่อม[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช; (เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2563). เข้าถึงได้จาก: http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title2_3.html#.
4. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. คู่มือยืดอายุสมอง. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2552.
5. Holloway RG., Arnold RM., Creutzfeldt CJ., Lewis EF., Lutz BJ., McCann RM., et al. AHA/ASA Scientific statement palliative and end-of-life care in stroke: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. Stroke 2014; 45(6): 1887-916.
6. Abbey J., Piller N., De BA., Esterman A., Parker D., Giles L., et. al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. Int J Palliat Nurs 2004; 10(1): 6-13.
7. Achterberg WP., Pieper MJ., van Dalen-Kok AH., de Waal MW., Husebo BS., Lautenbacher S., et al. Pain management in patients with dementia. Clin Interv Aging 2013; 8: 1471-82.
8. American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002; 50 (6 Suppl): S205-24.
9. Benedetti F., Vighetti S., Ricco C., Lagna E., Bergamasco B., Pinessi L., et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. Pain 1999; 80 (1-2): 377-82.
10. De la Torre JC. Alzheimer's disease is incurable but preventable. Journal of Alzheimers Disease 2010; 20(3): 861-70.
11. Fuchs-Lacelle S., Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). Pain Manag Nurs 2004; 5(1): 37-49.
12. Heerema, E. When to use antibiotics in late stage dementia [Internet]. Verywellhealth; 2016 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://www.verywellhealth.com/antibiotic-use-in-advanced-dementia-98209>.
13. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983; 33(11): 1444-52.
14. North west coast strategic clinical networks. Palliative care guidelines in dementia 2nd edition [Internet]. UK: North west coast strategic clinical networks; 2018 [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/north/wp-content/uploads/sites/5/2018/06/palliative-care-guidelines-in-dementia.pdf>.

- 15.Scherder E., Herr K., Pickering G., Gibson S., Benedetti F., Lautenbacher S. Pain in dementia. Pain 2009; 145(3): 276-8.
- 16.Van Swieten J., Koudstaal P., Visser M., Schouten H., van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke 1998; 19(5): 604-7.
- 17.Warden V., Hurley AC., Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc 2003; 4(1): 9-15.



บทที่ 9.3

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

สุวารีวรรณ จิระเสวกดีลก
โรงพยาบาลราชวิถี

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบประคับประคอง

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ให้ความหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบประคับประคอง ว่าเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (comprehensive conservative care; CCM) หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ซึ่งมุ่งเน้นการรักษาอาการและความไม่สบาย จากโรค รักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่ใช้การบำบัดทดแทนไต ชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นส่วนประกอบ ทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต และให้การดูแลอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว แต่มีการวางแผนและเป้าหมายการรักษาโดยอาศัยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. กระบวนการรักษาที่มีจุดประสงค์เพื่อชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์
2. ไม่ใช้การบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่งร่วมด้วย ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต
3. การรักษาควรเน้นที่การแก้ไขอาการผิดปกติที่ปรากฏ
4. การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาควรได้รับการวางแผนและวางแผนเป้าหมายไว้ล่วงหน้า (advance care planning) โดยผ่านการปรึกษาและเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลรักษา
5. รูปแบบการรักษาประคับประคองควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ให้ครบถ้วน ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

คำแนะนำการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางขึ้นไป และการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

1.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการกำหนดแนวทางและเป้าหมายของการรักษาของตนเอง

1.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ควรได้รับการส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และได้รับการกำหนดแนวทางและเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม

1.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ควรได้รับความรู้และข้อมูลสำหรับการเตรียมการบำบัดทดแทนไต และการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรงอย่างครบถ้วน และรอบด้าน ทั้งวิธีการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง โดยคำนึงถึงข้อดี ข้อด้อย และผลการรักษาของแต่ละวิธี กระบวนการดูแลทางการแพทย์ การดำรงชีวิต เศรษฐฐานะ และคุณภาพชีวิต

1.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรมีการทบทวนแผน และเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละรายเป็นระยะทุก 6-12 เดือน รวมถึงการพิจารณาร่วมกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนแผน และเป้าหมายในการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีสถานะเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการดำเนินและการพยากรณ์โรค

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความหลากหลายของการดำเนินโรคและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ รวมทั้งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยค่อนข้างมาก เป้าหมายหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังคือการชะลอความเสื่อมของไต การลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง และการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้อย่างเหมาะสมและราบรื่นที่สุด องค์ประกอบในการทำให้กระบวนการดูแลรักษาได้เป้าหมายดังกล่าวมีหลายประการและเกี่ยวเนื่องกับแง่มุมต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งครอบคลุมทั้งในด้านการแพทย์ การดำรงชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ สภาพครอบครัวและสังคม ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การดำเนินโรค และผลของโรค รวมถึงแนวทางการรักษาในระยะต่างๆ ของโรคไตเรื้อรัง จะทำให้เกิดการยอมรับและความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยและครอบครัวได้สำเร็จ และประสิทธิผลเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาขั้นตอนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้าย ก็จะมีควมราบรื่นมากขึ้นด้วย ปัจจัยที่ช่วยเกื้อหนุนให้กระบวนการนี้สำเร็จ ได้แก่ การให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างรอบด้านและเป็นกลาง ช่วงระยะเวลาสำหรับผู้ป่วยในการปรับตัว สภาพจิตใจให้คุ้นเคยกับตัวโรค ผู้รักษา และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care team; MDCT) ที่ประกอบด้วยแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เภสัชกร นักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา รวมถึงอาสาสมัครชุมชนในระดับต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการเสื่อมของไตช้าลง อัตราการเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้ายและอัตราการเสียชีวิตต่ำลง อย่างไรก็ตามช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจาก MDCT ก่อนจะเริ่มการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง และไตวายเรื้อรังระยะท้ายก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาปรับตัวทำความเข้าใจตัวโรค และวางแผนการดำเนินชีวิตได้ง่ายขึ้น รวมถึงการปรับวิธีการรักษาและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเร่งความเสื่อมของไต เช่น การควบคุมความดันโลหิต การหลีกเลี่ยงยาที่มีพิษต่อไต และมีโอกาสในการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังได้เร็วและง่ายขึ้น ข้อมูลจากหลายการศึกษา และ meta-analysis พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการดูแลรักษาจาก MDCT อย่างน้อย 6-12 เดือน ก่อนการเริ่มบำบัดทดแทนไต มีอัตราการยอมรับการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้น ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดก็ได้รับการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดได้พร้อมในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตลดลง

วิธีการรักษาที่เพิ่มเข้ามาเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้าย ได้แก่ การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (comprehensive conservative management; CCM) โดยแต่ละวิธีมีข้อดีข้อด้อยและรายละเอียดในการดูแลทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายต่างกัน อย่างไรก็ตามการรักษาทุกวิธีที่กล่าวมามีจุดประสงค์หลักเดียวกันคือ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดผลแทรกซ้อน ลดความทุกข์จากโรค และการรักษาให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งในลักษณะพื้นฐานประจำตัวและลักษณะทางคลินิก ได้แก่ อายุ จำนวนและความรุนแรงของโรคร่วมอื่นๆ ที่อยู่อาศัย และความร่วมมือในการรักษาจากครอบครัว ความพร้อมทางกายภาพ และจิตใจในการดูแลรักษาตลอดจนความเชื่อ และวัฒนธรรมประจำถิ่น ทำให้แต่ละรายมีความเหมาะสมและความพึงพอใจต่อวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแตกต่างกัน การมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาใดๆ ก็ตามบนพื้นฐานของข้อมูลความรู้แง่มุมต่างๆ ของการรักษาอย่างถูกต้องรอบด้าน และเป็นกลาง จะทำให้กระบวนการรักษาประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองดีขึ้น

การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง เป็นวิธีการรักษาที่มีมานานแล้ว แต่ไม่เป็นที่รู้จักและนิยมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพราะบุคลากรที่ปฏิบัติงานมักมีความเห็นว่าวิธีการนี้มีความซับซ้อน และมีความเกี่ยวข้องกันของหลายหน่วยงานที่ต้องมีการประสานงานที่ดี รวมทั้งความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกระบวนการ และวัตถุประสงค์

ของการรักษา นอกจากนี้การจัดวิธีการบริหารจัดการให้เป็นระบบยังไม่ชัดเจน คณะทำงานของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) ได้ประชุมรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญนานาชาติและเผยแพร่คำจำกัดความของ “การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง หรือ *comprehensive conservative management*” ว่าเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 โดยได้รับการวางแผนแนวทางและเป้าหมายไว้ล่วงหน้าจากการพิจารณาร่วมกันระหว่างทีมผู้รักษาและผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลแก้ไขอาการทางกาย การดูแลทางจิตใจ สังคม ความเชื่อ และจิตวิญญาณ รายละเอียดของการรักษาล้ายคลึงกับผู้ที่วางแผนจะรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต แต่ต่างกันที่ไม่มีการทำบำบัดทดแทนไตในรูปแบบใดๆ สำหรับผู้ที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง วัตถุประสงค์ของการรักษาเพื่อลดและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน และความทุกข์จากโรคและการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะท้าย โดยเฉพาะช่วงสุดท้ายของการดำเนินโรค ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีสุขภาวะดีที่สุดที่สามารถเป็นไปได้ วิธีการรักษาด้วยวิธีนี้เหมาะกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่แสดงเจตจำนงไม่ประสงค์รับการรักษาชนิดรุกราน (aggressive management) รวมทั้งการบำบัดทดแทนไตชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือผู้ที่มีลักษณะที่น่าจะได้รับผลเสียมากกว่าประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต ได้แก่

- 1) ผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตรใดๆ (vegetative stage) หรือผู้ที่แพทย์หรือทีมผู้รักษาและผู้แทนโดยชอบธรรมเห็นพ้องต้องกันว่าไม่น่าจะได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต
- 3) ผู้ที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากโรคไตเรื้อรังและได้รับการพิจารณาแล้วว่าโรคนั้นๆ อยู่ในระยะท้ายที่ไม่สามารถรับการรักษาให้ดีขึ้นได้ หรือผู้ที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตได้ไม่เกิน 1 ปี
- 4) ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่
 - 4.1) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดทุกประเภทที่ตำแหน่งใดได้ และมีสภาพภายในช่องท้องหรือผนังหน้าท้องไม่เหมาะกับการล้างไตทางช่องท้อง (ตารางที่ 9.3.1)
 - 4.2) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง เช่น ความดันโลหิตต่ำมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไม่สามารถเปลี่ยนเป็นการล้างไตทางช่องท้องทดแทนได้

ตารางที่ 9.3.1 ข้อห้ามสมบูรณ์ของการล้างไตทางช่องท้อง

1	มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้ หมายถึง รอยโรคที่เป็นถาวรในบริเวณผิวหนังที่จะทำการผ่าตัดวางสาย tenckhoff ได้แก่ แนว midline หรือ paramedian และผิวหนังบริเวณที่จะทำ exit site ซึ่งรอยโรคดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคต่อการหายของแผลหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
2	มีพังผืดภายในช่องท้องไม่สามารถวางสายได้ โดยต้องมีหลักฐานทางการแพทย์บ่งบอกชัดเจนว่ามี peritoneal fibrosis หรือ peritoneal sclerosis หรือมี bowel adhesion ซึ่งอาจทราบได้จากการตรวจ abdominal CT scan หรือ laparoscopic examination หรือการผ่าตัดวางสาย tenckhoff แล้วประสบปัญหา
3	มีสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งอาจกระทบต่อการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่มีสติปัญญาบกพร่อง (mental retardation)
4	ภาวะ pleuroperitoneal fistula

ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; อ้างอิงจากคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559

สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายบางรายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอยู่แล้วที่น่าจะมีความเหมาะสมในการเปลี่ยนมารับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ได้แก่

- 1) ผู้ที่แสดงเจตจำนงด้วยตัวเองเป็นลายลักษณ์อักษรในการขอยุติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง
- 2) ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ แสดงเจตจำนงด้วยตัวเองเป็นลายลักษณ์อักษรในการขอยุติการฟอกไตทุกประเภท
- 3) ผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตรใดๆ (vegetative stage) หรือผู้ที่แพทย์หรือทีมผู้รักษาและผู้แทนโดยชอบธรรมเห็นพ้องต้องกันว่าไม่น่าจะได้รับประโยชน์จากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- 4) ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่

4.1) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดทุกประเภทที่ตำแหน่งใดได้ และมีสภาพภายในช่องท้องหรือผนังหน้าท้องไม่เหมาะกับการล้างไตทางช่องท้อง (ตารางที่ 9.3.1)

4.2) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง เช่น ความดันโลหิตต่ำมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไม่สามารถเปลี่ยนเป็นการล้างไตทางช่องท้องทดแทนได้

4.3) ผู้ที่ไม่ร่วมมือในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องจนอาจเกิดอันตรายร้ายแรงได้

นอกจากนั้นการประเมินเพื่อคัดกรองว่าผู้ป่วยรายใดมีแนวโน้มจะมีการพยากรณ์โรคหรือได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตหรือไม่ อาจทำได้โดยใช้ Charlson comorbidity index (CCI) หรือ Karnofsky performance status scale (ตารางที่ 9.3.2 และ 9.3.3) ร่วมกับการตั้งคำถาม (surprise question) และตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะแปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 6-12 เดือนข้างหน้า หากได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” ร่วมกับการประเมิน CCI ได้สูงกว่า 8 คะแนน หรือ Karnofsky performance status scale ได้ต่ำกว่า 40 คะแนน จะบ่งชี้ถึงว่าผู้ป่วยรายนั้นมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และไม่น่าจะได้ประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร แพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือทีมดูแลโรคไตเรื้อรัง อาจจะเป็นผู้เริ่มต้นคัดกรองลักษณะผู้ป่วยเบื้องต้น เพื่อให้ทีมผู้รักษาและผู้ป่วยเองเกิดความคำนึงอย่างรอบคอบถึงข้อดีและข้อด้อยของการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ระหว่างการตัดสินใจเลือกการรักษา

จากการทบทวนหลักฐานการศึกษาในปัจจุบันที่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ยอยู่ในช่วง 15-20 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ระหว่างการเข้าสู่วิธีการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองกับการทำบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง พบว่ากลุ่มหลังมีความยืนยาวของชีวิตโดยเฉลี่ยนานกว่ากลุ่มแรก 10-45 เดือน แต่ความแตกต่างนี้จะลดลงอย่างมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป หรือมี CCI สูงกว่า 8 คะแนน หรือกลุ่มที่ต้องเริ่มการฟอกเลือดอย่างฉุกเฉิน โดยมีระยะเวลาต่างกันเพียง 4-6 เดือน นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดมักมีอัตราและระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลมากกว่า อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาประคับประคอง และผู้ป่วยยังต้องใช้เวลาประมาณครึ่งหนึ่งของระยะเวลาการรอดชีวิตในหน่วยฟอกเลือดทำให้เกิดคุณภาพชีวิตไม่ดี ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับทราบควบคู่ไปกับ

ข้อมูลอื่นๆ ของการบำบัดทดแทนไต อย่างไรก็ตามข้อสรุปของการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาควรได้มาจากผู้ป่วยและครอบครัวเอง หลังจากได้ปรึกษาพูดคุยกับแพทย์ประจำตัว หรือทีมดูแลโรคไตเรื้อรังจนเข้าใจดีแล้ว

ตารางที่ 9.3.2 การประเมินด้วย Charlson comorbidity index

หัวข้อประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ส่วนที่ 1 การประเมินจากโรคประจำตัว		
- ประวัติโรคหัวใจขาดเลือด (ไม่มี ECG ประกอบ), ภาวะหัวใจวาย, โรคหลอดเลือดแดงตีบตัน (รวมหลอดเลือดแดง aorta โป่งพองขนาดมากกว่า 6 ซม.), โรคหลอดเลือดแดงสมองที่มีการฟื้นตัวของการทำงานของสมองจนปกติ หรือร่องรอยน้อย, โรคสมองขาดเลือดชั่วคราว, ภาวะสมองเสื่อม, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน, โรคแผลในกระเพาะอาหาร, โรคเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและใหญ่, โรคตับที่ยังไม่มีแรงดันพอร์ทัลสูง, โรคตับอักเสบเรื้อรัง	1 คะแนน	
- โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ได้แก่ ความผิดปกติของจอประสาทตา โรคไตจากเบาหวาน โรคเส้นประสาทบกพร่องจากเบาหวาน, โรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงปานกลางขึ้นไป, โรคหลอดเลือดแดงสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก, โรคกระดูกสันหลังคดโก่งงอ, โรคกระดูกพรุนและเรื้อรัง, โรคกระดูกอ่อน, โรคกระดูกที่ผิดปกติ	2 คะแนน	
- โรคตับที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก	3 คะแนน	
- โรคกระดูกที่ผิดปกติ โรคเอดส์	6 คะแนน	
- (ไม่นับรวมการตรวจพบ anti HIV ในเลือด โดยไม่มีอาการ)		
ส่วนที่ 2 การประเมินจากอายุ		
- ทุก 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้นนับจาก 40 ปี	1 คะแนน	
คะแนนรวม		

หมายเหตุ: ประกอบด้วยการประเมิน 2 ส่วน คือ การประเมินให้คะแนนตามโรคประจำตัวของผู้ป่วย และการประเมินจากอายุของผู้ป่วย แล้วนำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมารวมกัน

ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

ตารางที่ 9.3.3 Karnofsky performance status scale

100 คะแนน	ปกติยังไม่มีอาการของโรคต่างๆ
90 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องพื้นฐานได้เป็นปกติ มีอาการ อาการแสดงของโรคน้อยมาก
80 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น มีอาการ อาการแสดงของโรคบางอย่าง
70 คะแนน	สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำงาน หรือกิจกรรมอื่นได้
60 คะแนน	สามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวของตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง
50 คะแนน	ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก และต้องได้รับการรักษา การตรวจจากแพทย์บ่อยครั้ง
40 คะแนน	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือพิเศษ
30 คะแนน	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย จำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาล
20 คะแนน	ป่วยหนักจำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาลแบบ active support
10 คะแนน	ใกล้ตาย หรือมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว
0 คะแนน	เสียชีวิต

หมายเหตุ: เป็นการประเมินตามความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยดูจากความสามารถในการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

2. องค์ประกอบและกระบวนการเตรียมการรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

2.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ควรได้รับการเตรียมตัวอย่างเหมาะสมสำหรับการดูแลรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายตามแผนและเป้าหมายที่ผู้ป่วยและทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพิจารณาและให้ความเห็นร่วมกัน

2.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรบันทึกแผนและเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยในเวชระเบียนรวมทั้งเอกสารการส่งตัวไปต่างสถานพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยไปรับการรักษาหลายแห่ง หรือมีโอกาสได้รับการรักษาฉุกเฉินในต่างสถานพยาบาล

2.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร ที่เลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองและมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอยู่แล้วที่แสดงความประสงค์ขอรับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรได้รับการดูแลจากทีมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับแพทย์หรือทีมผู้รักษาโรคไตเดิม

หลังจากการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการรักษาที่เลือกในระยะเวลาที่เหมาะสม ทั้งนี้แพทย์และทีมดูแลโรคไตเรื้อรังอาจพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย และบริบทของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับการรักษาหรือถูกส่งต่อไปรับการรักษา กล่าวคือ

1) ผู้ที่ตัดสินใจเลือกการรักษาชนิดประคับประคองควรได้รับการประเมินจากแพทย์บริบาลผู้ป่วยระยะท้าย หรือบุคลากรที่ได้รับการอบรมจนเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เมื่ออัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10-15 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

2) ผู้ที่ตัดสินใจเลือกการฟอกเลือดควรได้รับการส่งต่อพบศัลยแพทย์หลอดเลือดก่อนเวลาที่คาดว่าจะเริ่มการฟอกเลือดประมาณ 6-9 เดือน หรืออัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15-20 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

3) ผู้ที่ตัดสินใจเลือกการล้างไตทางช่องท้องควรได้รับการส่งต่อพบศัลยแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคไต เพื่อวางแผนสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง ประมาณ 4-6 สัปดาห์ ก่อนเวลาที่คาดว่าจะผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเริ่มล้างไตทางช่องท้องหรืออัตราการกรองของไตต่ำกว่า 6-8 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

4) ผู้ที่ตัดสินใจเลือกการปลูกถ่ายไตควรได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเองและญาติสายตรง ที่สมัครใจเป็นผู้บริจาคไต 6-9 เดือน ก่อนเวลาที่คาดว่าจะเข้าสู่ไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 6 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร

การทบทวนแผนและเป้าหมายการรักษาโรคไตเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะทุก 6-12 เดือน จะช่วยให้ทีมผู้รักษาและผู้ป่วยค้นพบการเปลี่ยนแปลง หรือปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ระหว่างการติดตามการรักษา ได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ สถานะของโรคร่วม ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม ที่มีผลกระทบ ต่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย ผู้ป่วยสามารถแจ้งทีมผู้รักษาหรือแพทย์ประจำตัว เพื่อขอคำปรึกษาหรือทีมผู้รักษาอาจเป็นผู้เริ่มต้นการพูดคุยกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนแผนและเป้าหมาย ของการรักษาอย่างเหมาะสม

แผนและเป้าหมายของการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายควรได้รับการบันทึกไว้ในเอกสารในสถานพยาบาล หรือเวชระเบียนที่สามารถใช้สื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของการสื่อสาร ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบี่ยงไปจากเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ อาจก่อให้เกิดความทุกข์แก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะผู้ที่มีเป้าหมายจะเลือกการรักษาชนิดประคับประคองไม่ได้รับการรักษาชนิดรุกราน ผู้ป่วยที่อาจจะเข้ารับ การรักษาต่างสถานพยาบาลในกรณีฉุกเฉินควรมีเอกสารสรุปประวัติและแผนการรักษาไว้ให้ผู้ป่วยใช้สื่อสาร กับแพทย์และบุคลากรต่างสถานพยาบาลด้วย เอกสารเหล่านี้ควรได้รับการปรับเปลี่ยนโดยเร็วที่สุดหากผู้ป่วย แสดงความจำนงค์เปลี่ยนแนวทางการรักษา

3. เกณฑ์เป้าหมายของการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

3.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่ยังมีอัตราการกรองของไตสูงกว่า 10 มิลลิลิตร/นาที่/ 1.73 ตารางเมตร และเลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการ มาตรฐานตามคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558

3.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร และเลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายกายและใจ จากโรคเป็นสำคัญโดยไม่เป็นการเร่งหรือยื้อการเสียชีวิตตามธรรมชาติ

3.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร และเลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรได้รับยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพียงเพื่อ ป้องกันหรือแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ระยะสั้นจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะสามารถได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลของโรค การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรคที่ถูกต้องจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนวางแผนและเป้าหมายการรักษา ของตนเองได้ล่วงหน้า หรือเรียกว่า advance care planning ซึ่งแผนการรักษาและเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนได้ ตามสถานการณ์เฉพาะบุคคลได้ตามความเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเลือกรับการรักษาดังวิธีต่างๆ โดยอยู่บนพื้นฐาน ของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทราบถึงข้อดี ข้อด้อย และผลข้างเคียงของการรักษาอย่างครบถ้วน โดยทั่วไปโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 มักมีการดำเนินโรคช้า จากข้อมูลการสำรวจติดตามอาสาสมัครในโครงการ ศึกษาอุบัติการณ์และการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai-SEEK (Thai-SEEK 2 project) โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 พบว่าอาสาสมัครที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 มีอัตราการลดลง

ของการกรองของไตโดยเฉลี่ย 1.3-1.6 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตรต่อปี และอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 10 ต่อปี ดังนั้นการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังจึงยังคงจำเป็นสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ยังคงมีอัตราการกรองของไตสูงกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร โดยไม่ขึ้นกับวิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่วางแผนไว้ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะท้ายเร็วเกินไปและมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพขณะที่ยังไม่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะท้าย ซึ่งเป็นการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น และร่นระยะเวลาการเสียชีวิตโดยธรรมชาติของโรค รายละเอียดของการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังอ้างอิงตามคำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558

อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะที่ 5 อัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10-15 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร มักมีอาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรังชัดเจนขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร เหนื่อย เหนื่อย ภาวะบวม ปวดตามร่างกาย คัน ภาวะซีด การแก้ไขอาการและอาการแสดงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยหวังผลเพียงบรรเทาอาการระยะสั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต วิธีการบรรเทาอาการ อาจเป็นการใช้ยาหรือเวชภัณฑ์อย่างสมเหตุสมผล การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การปรับสภาพห้องพัก การประคบลดอาการปวด การรับฟังความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและประเพณี เป็นการรักษาประคับประคองทางกายควบคู่กับการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความผ่อนคลาย ความกลัวและวิตกกังวลสำหรับการบริหารยาควรคำนึงถึงประเด็นการกระจายของยาในร่างกายและการขับถ่ายยาออกจากร่างกายด้วยหลักการที่ซับซ้อนที่ซับซ้อนได้ รวมทั้งความสามารถในการรับยาได้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายอาจมีปัญหาในการกลืน อาจเปลี่ยนมาใช้ยาชนิดผ่านผิวหนัง ยาฉีดทางหลอดเลือด และยาพ่นแทน ผู้ป่วยที่มีภาวะซีดควรได้รับการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือมีอาการจากภาวะซีดมากน้อยเพียงใด แพทย์สามารถเลือกวิธีเพิ่มระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงได้ตามความเหมาะสมและรักษาระดับฮีโมโกลบินให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะซีดเท่านั้น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระดับโพสเฟต แคลเซียม และฮอร์โมนพาราไธรอยด์ ควรได้รับการแก้ไขเพียงเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการคัน และอาการจากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะบวมหรือสารถน้ำเกินควรได้รับยาขับปัสสาวะกลุ่ม loop diuretics ในรูปแบบและขนาดที่เหมาะสม ร่วมกับการจำกัดน้ำและเกลือโซเดียม การให้ออกซิเจน อาจพิจารณาให้ยาลดสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ ยาลดความวิตกกังวล หรือยาในกลุ่ม opioid ในขนาดต่ำ การร่วมดูแลระหว่างทีมดูแลโรคไตเรื้อรังที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจร่วมกับแพทย์บริบาลผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยให้กระบวนการเหล่านี้มีโอกาสประสบความสำเร็จสูง

บรรณานุกรม

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2560.



บทที่ 9.4

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคหัวใจ

อลิศรา อนันันัน

พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล

ปวีศา บัวทอง

สถาบันโรคทรวงอก

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure)

เป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง เช่น ความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ หรือ โรคของหลอดเลือด ซึ่งส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจโดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular systolic function) หรืออาจเกิดจากการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติไป ได้แก่ การมีภาวะหัวใจเต้นช้าเกินไป หรือเต้นเร็วเกินไป ในผู้ป่วยที่ยังคงมีโครงสร้างหัวใจปกติ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการที่สำคัญ 2 ประการ ประการแรกคือหายใจลำบากและอ่อนเพลีย ประการที่สองคืออาการที่เกิดจากการมีน้ำคั่งและเกลือในร่างกาย (congestion) ทำให้บวม ไอ หอบ และนอนราบไม่ได้

ภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถถูกแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ตามเกณฑ์ที่นำมาใช้ ได้แก่ การแบ่งประเภทตามความรุนแรงของอาการรวมกับการใช้ New York Heart Association (NYHA) functional classification การแบ่งประเภทตามการประเมินค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction; LVEF) และการแบ่งประเภทตามระยะเวลา (time course) ตั้งแต่ผู้ป่วยแสดงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure หรือ chronic HF)

เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยที่มี LVEF < 40 % ร่วมกับเคยมีอาการหัวใจล้มเหลวมาแล้ว สาเหตุสำคัญของ chronic HF คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง และสำหรับประเทศไทยโรคลิ้นหัวใจ rheumatic ยังเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยของ chronic HF

Dilated cardiomyopathy (DCM) และ Ischemic cardiomyopathy (ICM)

Dilated cardiomyopathy (DCM) เป็นภาวะผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ ที่มีสาเหตุมาจากโรคที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง ส่งผลให้การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดน้อยลง โดยไม่มีภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบ ที่อธิบายได้ว่าเป็นสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจที่อ่อนแรงลง ส่วน ischemic cardiomyopathy (ICM) เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวน้อยลง ที่มีสาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดพังผืดที่กล้ามเนื้อหัวใจ โดยทั้ง 2 โรคนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหัวใจห้องล่างซ้าย (LV remodeling) จากเดิมที่เคยเป็นรูปทรงรีกลายเป็นรูปทรงกลมและมีปริมาตรเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะดำเนินไปพร้อมกับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจที่ลดลง ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการ บางรายต้องใช้เครื่องพุงหัวใจ เพื่อรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ หรือประคับประคองอาการให้หายเหนื่อยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานการณ์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของประเทศไทย

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของ American Heart Association ในปี ค.ศ. 2011 ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงถึง 5.7 ล้านคน ประเมินการณ์ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั่วโลกเป็นจำนวน 26 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนจะเพิ่มขึ้นทั่วโลก เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคอ้วนลงพุง และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ในปัจจุบันยังพบว่าโรคนอนกรนเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบประมาณร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วย

จากการศึกษา Framingham Heart Study พบว่าอุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับอายุ และเพศ กล่าวคือ ในผู้ชายอายุระหว่าง 65-70 ปี, 75-84 ปี และ 85 ปีขึ้นไป พบภาวะหัวใจล้มเหลว 9.2, 22.3 และ 41.9 ต่อพันประชากร ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิงกลุ่มอายุเดียวกันพบภาวะหัวใจล้มเหลว 4.7, 14.8 และ 32.7 ต่อพันประชากร ตามลำดับ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้หญิงพบได้น้อยกว่าผู้ชายในกลุ่มอายุเดียวกัน แต่ก็พบว่าในผู้สูงอายุผู้หญิงจะมีอายุยืนยาวกว่า

ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน แต่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจาก Thai ADHERE registry ซึ่งเป็นการศึกษาลักษณะรวบรวมทะเบียนผู้ป่วยในกลุ่ม acute decompensated heart failure ที่ได้รับการนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เข้าร่วมในการลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยในประเทศไทย จำนวน 18 สถาบัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 65 ปี ซึ่งน้อยกว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรป ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 72.5 ปี และ 69.7 ปี ตามลำดับ โรคที่พบเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) พบร้อยละ 45 โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) พบร้อยละ 19 โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ (cardiomyopathy) พบร้อยละ 14 และโรคหัวใจล้มเหลวจากความดันโลหิตสูง (hypertensive heart disease) พบร้อยละ 12 จากรายงานนี้พบว่าหลังการวินิจฉัยอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปี และ 10 ปี ของผู้ป่วยอยู่ที่เพียงร้อยละ 50 และ 10 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะ acute decompensated heart failure มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 5.5 โดยเมื่อเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและทวีปยุโรปจะพบว่าอัตราการอยู่ที่ร้อยละ 3.8 และ 6.8 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการติดตามผู้ป่วยระยะยาวพบว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยเมื่อติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิตสะสมที่ 5 ปี เป็นร้อยละ 59.8

Advanced heart failure (advanced HF/ atage D heart failure)

เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต่อการรักษา (refractory heart failure) หรืออาจนิยามได้ว่าเป็น end-stage HF ผู้ป่วยมีอาการของหัวใจล้มเหลวตลอดเวลาแม้ในขณะที่พักหรือออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย (NYHA III-IV) มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 เดือน แม้จะได้รับยาอย่างเหมาะสม คำนิยามของ advanced heart failure และลักษณะที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ refractory/ end-stage HF จากหลายองค์กร ได้แก่ มีภาวะ fluid retention บ่อยครั้ง เช่น การมี pulmonary/ systemic congestion และ peripheral edema หรือร่วมกับมี peripheral hypoperfusion แม้ในขณะที่พัก เช่น ตรวจพบ systolic blood pressure (SBP) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่ามีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงระดับรุนแรง ได้แก่ LVEF < 30%, ค่าเฉลี่ย pulmonary capillary wedge pressure (mean PCWP) > 16 มิลลิเมตรปรอท หรือร่วมกับการมีค่า right atrial pressure (RAP) > 12 มิลลิเมตรปรอท จากการตรวจด้วยสายสวนหัวใจวัดแรงดันโลหิตที่เส้นเลือด pulmonary artery (PA catheterization) การมีค่า pro B-type natriuretic peptide (PRO-BNP)

หรือ N-terminus pro B-type natriuretic peptide (NT-PROBNP) ในระดับสูงโดยไม่มีสาเหตุอื่น นอกเหนือจากความผิดปกติของหัวใจ นอกจากนี้ภาวะ advanced HF ยังบ่งบอกได้จากการมี severe Impairment ของ functional capacity ได้แก่ การไม่สามารถออกกำลังกายได้แม้เพียงเล็กน้อยต้องอยู่ในขณะพักตลอดเวลา การไม่สามารถเดินทางราบได้ระยะทางหนึ่งช่วงตึก (ประมาณ 300 เมตร) เนื่องจากมีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อย นอกจากนี้การมี frequent ICD shock ในผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเครื่อง automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD) แล้วยังอาจบ่งบอกว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่ภาวะ end-stage HF แล้ว เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยภาวะ advanced heart failure ต้องใช้ทั้งการประเมินด้านอาการ อาการแสดง และการตรวจด้วยอุปกรณ์พิเศษที่เหมาะสมร่วมกันในการวินิจฉัย และเนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงอย่างค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่อง โดยค่อยๆ ปรากฏอาการและอาการแสดงมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้การวางแผนการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

เครื่องพุงหัวใจ (Mechanical circulatory support)

เป็นการรักษาขั้นสูงของภาวะ advanced HF โดยใช้อุปกรณ์เพิ่มความดันเลือดหรือทดแทนการบีบตัวของหัวใจ แบ่งเป็น ventricle assisted device (VADs) กับ total artificial heart (TAH) มีวัตถุประสงค์การใช้แตกต่างกันตามกลุ่มผู้ป่วย วัตถุประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ การใช้พุงหัวใจผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อรอการทำการ heart transplantation (bridge to transplant) หรือในรายที่มี progressive end-organ dysfunction จาก low cardiac output

อาการที่พบบ่อย

อาการที่พบบ่อยในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ อาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม แน่นอึดอัดที่หน้าอกและท้อง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ เหนื่อยเมื่่อออกกำลังกาย ขณะได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือทรุดลงเป็นระยะ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง จนถึงระยะรุนแรงของโรคซึ่งผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะท้ายของโรค (end-stage heart failure) มีตัวชี้บ่งดังนี้

1. CHF, NYHA III/ IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อยขณะอยู่เฉยๆ หรือเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย มีอาการไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ในขนาดที่ผู้ป่วยทนได้ ตาม stage D in ACC/AHA guideline
2. เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ด้วยภาวะหัวใจวายหรือมี angina pectoris
3. ได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะและ vasodilator อย่างเต็มที่แล้ว

ในผู้ป่วยระยะท้าย มักมีอาการปวดทรมาน หายใจลำบาก เหนื่อย อาการเป็นมากขึ้น ครอบคลุมต่อการดำเนินชีวิตโดยปกติ ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ หดหู่ รู้สึกสูญเสีย เป็นภาระกับคนอื่น รู้สึกไม่มีคุณค่าไร้ความหมาย ไม่รู้จะหันหน้าไปหาใคร เป็นความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Criteria for palliative care in heart failure) มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง (advanced heart failure)
2. มีการประเมินพยากรณ์โรคว่า อาจเสียชีวิตเวลาน้อยกว่า 1 ปี (predicted by HF survival models)
3. ผู้ป่วย cardiomyopathy ทั้ง ischemic และ non-ischemic cardiomyopathy ที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30% ร่วมกับมีอาการหัวใจล้มเหลว แม้จะได้รับการรักษาเต็มที่ด้วยยา อุปกรณ์พิเศษ หรือหัตถการรักษาสายสวน หรือการผ่าตัดแล้วก็ตาม
4. มีการดำเนินของโรคที่เลวลง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องพึ่งพาการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมิน PPS < 50%
5. มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้ง ในเวลา 12 เดือน ด้วยอาการรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลว
6. ใช้เครื่องพุงหัวใจ (mechanical circulatory support) เพื่อประคับประคอง
7. มีข้อห้ามในการทำผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
8. น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือน (cardiac cachexia)
9. แพทย์ผู้ดูแลพิจารณาแล้วว่าอาการทางคลินิกโดยรวมบ่งชี้ว่าถึงภาวะใกล้เสียชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

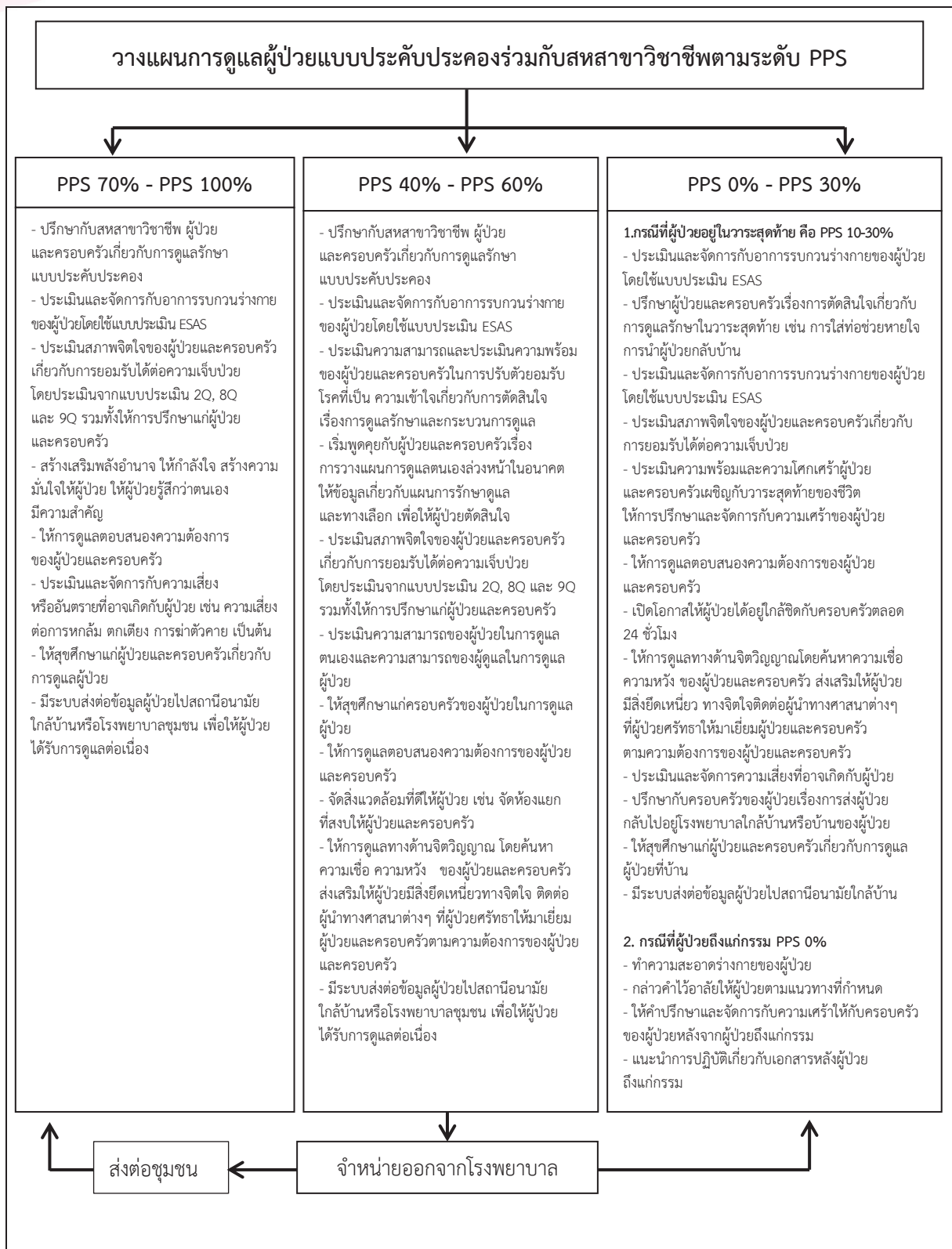
การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวควรให้ความสำคัญในการดูแลรักษาและบรรเทาอาการที่พบได้บ่อยของผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความรู้สึกสิ้นหวังและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการดูแลจากครอบครัว การให้การดูแลแบบประคับประคองสามารถสอดแทรกในแผนการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ตั้งแต่เริ่มต้นการวินิจฉัย แม้ในช่วงที่ความรุนแรงของโรคจะยังไม่เข้าสู่ภาวะ advanced/ refractory HF ก็ตาม โดยเพิ่มและมุ่งเน้นการรักษาแบบประคับประคองมากขึ้นเมื่ออาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดำเนินไปมากขึ้น ทั้งนี้การตัดสินใจที่จะเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาจากการรักษาเพื่อลดอัตราการตาย ยืดชีวิต หรือลดอัตราการดำเนินของโรค ไปสู่เป้าหมายเพื่อลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยการรักษาแบบประคับประคองนั้น ควรต้องเป็นการพิจารณาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลผู้ให้การดูแล โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและการยอมรับของครอบครัว

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ช่วงการดูแลโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (NYHA I-III) จุดมุ่งหมายเพื่อยืดชีวิต โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในด้านตัวโรค และเข้าใจแนวทางการรักษาตามมาตรฐาน ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการยืดชีวิต ลดอัตราการตาย และลดอัตราการดำเนินโรคที่แย่ง ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยาตามมาตรฐาน (optimal medication therapy; OMT) การรักษาด้วยการฝังเครื่อง AICD หรือร่วมกับเครื่อง cardiac resynchronization therapy (CRT) ในรายที่มีข้อบ่งชี้ หรือการรักษาขั้นสูงสุดด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจถ้าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ และไม่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองในระยะนี้ยังมุ่งเน้นและสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และมีการประเมินติดตามอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยเป็นระยะตามมาตรฐานเพื่อวางแผนแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างเหมาะสม

ระยะที่ 2 ช่วงการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อคุณภาพชีวิต (NYHA I-III) จุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากหัวใจล้มเหลว และเพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่กับโรคได้ โดยสหสาขาวิชาชีพแบบองค์รวมเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล มีการวางแผนดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 24 ชั่วโมง มีการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ช่วงระยะท้ายของชีวิต (terminal care phase or end of life; NYHA IV) ตัวบ่งชี้ทางคลินิกว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะนี้แล้ว ส่วนใหญ่พบว่ามีอาการซับซ้อนหลายอาการที่อาจเกิดขึ้นพร้อมกันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ บวมตลอดเวลา อ่อนเพลีย เบื่ออาหารมาก ไตวาย หรืออวัยวะล้มเหลวหลายระบบ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาและวิธีอื่นตามมาตรฐานแล้ว ในระยะนี้นอกจากผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ยังมีผลกระทบต่อจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณร่วมด้วย จุดมุ่งหมายการรักษาในระยะนี้เพื่อลดความทรมานจากอาการของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจะดำเนินต่อไป และมีการปรึกษาศูนย์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และ/หรือผู้ป่วย ได้ผลสรุปแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการกู้ชีวิต (resuscitation) การเสียชีวิต และการจากไปของผู้ป่วย ตามแนวทางมาตรฐานโดยเน้นเรื่องการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมของการดูแลให้เอื้อต่อการตายดีหรือเสียชีวิตอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ตามเจตจำนงความประสงค์ ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วย รวมทั้งมีการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจว่าสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (bereavement care)



ภาพที่ 9.4.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพตามระดับ PPS

บรรณานุกรม

1. กนกพร แจ่มสุบรรณ, พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
2. เกรียงไกร เสงี่ยม. สถานการณ์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของประเทศไทยและทั่วโลก: มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2561.
3. ทศนีย์ ทองประทีป. Palliative Care Nursing: Competency. ใน: การประชุมวิชาการ 1st National Palliative and Hospice Care Conference (NPHC); 25 มีนาคม 2558; ณ รร.ริชมอนด์. กรุงเทพฯ; 2558.
4. ยุวเรศมศรี สติธิชาญบัญชา, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช, ศากุน ปวีณวัฒน์. การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเรื่องความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ: National forum of palliative care: The harmony of education to service. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
5. สุวคนธ์ ภูรัตน์, พิชรี ภาระโข, สุวิริยา สุวรรณโคตร. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
6. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล.เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้าย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
7. Hemani S., Letizia M. Providing palliative care in end stage heart failure. J Hosp Palliat Nurs 2008; 10(2): 100-5.
8. Konstam MA., Kramer DG., Patel AR., Maron MS., Udelson JE. Left ventricular remodeling in heart failure current concepts in clinical significance and assessment. JACC Cardiovascular Imaging 2011; 4(1): 98-108.
9. Laothavorn P., Hengrussamee K., Kanjanavanit R., Moleerergpoom W., Laoakpongse D., et al. Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE). CVD Prevention and Control 2010; 5(3): 89-95.
10. Mahmood SS., Levy D., Vasan RS., Wang TJ. The Framingham heart study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. Lancet 2014; 383(9921): 999-1008.
11. Ponikowski P., Voors AA., Anker SD., Bueno H., Cleland JGF., et al. Guideline for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Euro Heart J 2016; 37(27): 2129-200.
12. Yancy CW., Jessup M., Bozkurt B., Butler J., Casey DE., Drazner MH., et al. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American college of cardiology foundation/ American heart association task force on practice guidelines. JACC. 2013; 62(16): 147-239.



บทที่ 9.5 | การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ แบบประคับประคอง

กรุณา ลี้มเจริญ
ณัฐนันท์ หาญณรงค์
สถาบันบำราศนราดูร

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์แบบประคับประคอง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยส่วนใหญ่จะไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรืออาการแสดงของโรคแทรกซ้อน แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์จะเป็นการติดเชื้อเอชไอวีระยะรุนแรงเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันซีดีโฟร์ลดลงมาก ส่งผลให้มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น เชื้อราขึ้นสมอง วัณโรค ปอดอักเสบ หรือเชื้อไวรัสซีสต์เป็นต้น ประเทศทั่วโลกที่มีระบบการดูแลสุขภาพขั้นสูงมีการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เหมือนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์อาจแตกต่างจากโรคเรื้อรัง คือ ความสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย รวดเร็ว อาจเนื่องจากสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ การตีตราและแบ่งแยกเลือกปฏิบัติ (stigma and discrimination) จากตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ทีมผู้ให้บริการหรือจากสังคมที่เหมารวมทั้งในรูปแบบตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการดูแลรักษา ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพตนเองล่าช้า และอาจเสียชีวิตจากโรคเอดส์

เป้าหมายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์แบบประคับประคองเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (เอดส์) มุ่งทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับโรค โดยให้การป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ บรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตั้งแต่วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย

ประเด็นท้าทายสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์แบบประคับประคองมีดังนี้

1. มุ่งเน้นผู้ป่วยและ/ หรือครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient and family's focus) ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกและใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ
2. การรักษาความลับ (confidential)
3. การไม่ตีตราและไม่เลือกปฏิบัติ (non-stigma and discrimination)
4. การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (culturally sensitive care) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบไร้พรมแดน
5. การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (collaborated and coordinated care) โดยผู้จัดการพยาบาลประคับประคองรายกรณี (case manager)
6. การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในสถานพยาบาล เครือข่ายภายนอก ครอบครัวและชุมชน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

1. People with HIV/AIDS in advance diseases with poor prognosis ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ร่วมกับโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (end stage heart failure) โรคปอดระยะสุดท้าย (end stage lung disease) โรคไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal failure) โรคตับระยะสุดท้าย (end stage liver disease)
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีโรคร่วมที่รักษาไม่ได้
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีภาวะคุกคามถึงชีวิต (life threatening concomitant condition)
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่มีการดำเนินของโรคมารถึงระยะสุดท้าย

แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์แบบประคับประคองโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ ด้านกระบวนการทางพยาธิวิทยาตามการดำเนินการของโรค และด้านความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมที่เกิดจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเป็นความจริงเฉพาะแต่ละบุคคล และซับซ้อน ซึ่งมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลตามพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิต โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ตามการรับรู้ส่วนใหญ่จากตัวผู้ป่วยและครอบครัวข้างเป็นทางเชิงลบ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตีตราตนเอง ดังนั้นกรอบแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์แบบประคับประคอง ที่บูรณาการกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตามแนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของเดมมิ่งและมาตรฐานสถานพยาบาลคุณภาพ ประกอบด้วย

1. Context and assessment: การประเมินลักษณะทั่วไป อาการ อาการแสดง และระดับความต้องการ การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถผสมผสานแบบประเมินร่วมกันเพื่อประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว ได้แก่

1.1 ประเมินข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ครอบคลุมตั้งแต่ลักษณะนิสัย ระดับการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ครอบครัว ความเชื่อ ประเมินความคาดหวังในเป้าหมายและคุณค่าของบุคคล (personal goal, values expectation)

1.2 แบบประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative performance scale version 2; PPS) เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามระดับเหมือนกลุ่มโรคอื่นๆ

1.3 แบบประเมินอาการรบกวน (Edmonton symptom assessment system; ESAS) เพื่อประเมิน ความทุกข์ทรมาน/ อาการรบกวนทางกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทางกาย

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจและความต้องการของผู้ป่วยขณะที่รักษาในสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริม ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแล ด้านระบบการให้บริการ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และรวมถึงพฤติกรรมบริการของทีมให้บริการ

2. Plan (design): การออกแบบรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เฉพาะรายบุคคล

2.1 ให้คำปรึกษาแบบกัลยาณมิตรเพื่อเพิ่มคุณค่าของตัวเองสำหรับผู้ป่วย (life meaning) จากผลการประเมินที่ใส่ใจในการฟังผู้ป่วยและทราบถึงปม หรือสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย (life review) ที่อาจฝังใจผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ประชุมกลุ่มครอบครัวร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (family meeting and advance care planning; ACP) เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวล่วงหน้า

2.3 ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อาทิ การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม ยาต้านไวรัสเอดส์ และยาระงับปวด ออกซิเจน สารน้ำ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองต่อการเจ็บป่วย

2.4 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหารมีอิสระจำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง ประเมินการติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องปาก ประเมินความเสี่ยง ของการเกิดแผลกดทับ

2.5 จัดสิ่งแวดล้อมที่ดี โดยจัดให้มีห้องแยกหรือสถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน ในวาระสุดท้ายของชีวิต

3. Do (action): การดูแลแบบประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคองนี้จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันตามบริบท ดังนั้นการดูแลรักษาด้านร่างกายเพื่อบรรเทาอาการที่รบกวน ควบคู่กับการดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับหรือสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ อาทิ

3.1 สร้างสัมพันธภาพอย่างมีมิตรแท้ ใช้ทักษะการสื่อสารแบบ 2 ทาง รับฟังผู้ป่วยและญาติ ไม่ควรโต้แย้งต่อความเชื่อของญาติและผู้ป่วย เพื่อจะลดความรู้สึกผิดที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างรุนแรงหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

3.2 สร้างขวัญและพลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง มีคนพูดคุยด้วย อยากฟังอะไรให้ความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแลดีที่สุด การให้กำลังใจ ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจพร้อมที่จะต่อสู้

3.3 ผู้ป่วยที่ยังไม่เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อแก่ญาติ ทีมการพยาบาลที่ดูแลควรรับฟังความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยมีความต้องการให้แจ้งญาติเรื่องผลเลือดหรือไม่ ถ้าต้องการจะแจ้งผลเลือด ผู้ป่วยต้องการแจ้งด้วยตนเองหรือไม่ หรือต้องการให้ทีมพยาบาลเป็นผู้แจ้ง สุดท้ายอาจต้องบอกความจริงเรื่องโรค

3.4 ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวัง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ติดต่อผู้นำทางศาสนาที่ศรัทธามาเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3.5 ประเมินและจัดการกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น จัดห้องแยกที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว

3.6 การแพทย์ผสมผสาน ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลรักษาที่ใช้ควบคู่ไปกับการรักษาหลัก มิได้มุ่งหวังให้หายขาดจากโรค แต่มุ่งหวังเพื่อให้มีอาการที่ดีขึ้นบ้าง เช่น การทำสมาธิบำบัด การนวดผ่อนคลายความอ่อนล้าปวดกล้ามเนื้อหรือคลายความตึงเครียด การฝังเข็มเพื่อลดอาการปวด ดนตรีและศิลปะบำบัด หัตถะบำบัด เป็นต้น

3.7 ให้สุศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามหลักมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้าน แก่ญาติและครอบครัว และปรึกษากับครอบครัวเรื่องการส่งผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านหรือกลับไปอยู่ที่บ้าน

3.8 มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

3.9 การผ่อนคลายภาระเบียดเบียนของโรงพยาบาล เช่น ไม่เข้มงวดเวลาเยี่ยม การจัดกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่เหมาะสม เช่น การทำพิธีละหมาด การทำพิธีบวชพระ การจัดงานวันเกิด เปิดบทสวดสรรเสริญพระเจ้า (ในศาสนาพุทธ) การเปิดเพลงการบรรยายของพระสงฆ์ การให้ผู้ป่วยไปเที่ยว ฯลฯ

3.10 ผู้ให้การปรึกษาควรเปิดโอกาสให้ญาติได้พบ พูดคุยเพื่อสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีการดูแลที่ถูกต้อง

3.11 ความต้องการครั้งสุดท้าย (the last wish) หมายถึง การจัดเตรียมเอกสารเพื่อระบุความต้องการของตนเองตามมาตรา 12/2550 วรรค 1 (living will) ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางการแพทย์เป็นหลัก ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการตัดสินใจวางแผนการรักษา อาทิ การใช้หัตถการเพื่อยื้อชีวิตออกไป ในกรณีที่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อ หรือปล่อยให้เสียชีวิตตามกลไกธรรมชาติโดยไม่ต้องยืดเวลาออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ซึ่งไม่มีความสามารถที่จะเลือกหรือตัดสินใจได้เอง

4. Check (learn): การทบทวน ติดตามประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นไปตามความต้องการหรือไม่ อย่างไร

4.1 ประชุมกลุ่มครอบครัวร่วมกับ/ หรือสหสาขาวิชาชีพ (family meeting and advance care planning; ACP) เพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวต่อเนื่อง

5. Action (improve): ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.1 ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามสถานการณ์ และผลการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง (reassessment) กรณีรายบุคคล

5.2 ประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวมเพื่อนำมาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกรณีศึกษา

6. Linkage: การทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ

6.1 สถานพยาบาลควรมีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ทีมบริหาร ทีมดำเนินการ และทีมสนับสนุน มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนกลยุทธ์ และสนับสนุนการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

6.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์ (แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง) พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลประคับประคอง เกสเซอร์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯลฯ บุคลากรอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ นักบวช แพทย์แผนโบราณ ฯลฯ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร

6.3 ประชุมกลุ่มครอบครัวร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์. List disease of palliative care and functional unit. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2559.
2. Sepulveda. C et.al. Palliative Care: World Health Organization's Global Perspective. J Pain Symptom Manage 2002; 24(2): 91-6.



บทที่ 9.6

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคปอด

สตรียรัตน์ จันครุฑ

พิมพ์สุดา เจียปิยะสกุล

สถาบันโรคทรวงอก

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease; COPD) เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกคาดว่าปี ค.ศ. 2030 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2549-2556 พบว่าอัตราการตายของโรคมียาวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ ซึ่งหมายรวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมมีการอักเสบและตีบแคบลงร่วมกับความยืดหยุ่นของถุงลมปอดสูญเสียไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว แยกตัวออกจากสังคม และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา อาการหายใจลำบาก จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

อาการหายใจลำบาก

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ เมื่อสารพิษจากควันบุหรี่เข้าสู่ทางเดินหายใจ สารนี้จะส่งผลกระทบทำให้หลอดลมมีการอักเสบอย่างเรื้อรัง เซลล์ขนกวัด (ciliated columnar cells) ทำงานลดลง และต่อมเมือกเพิ่มจำนวนและขนาดโตมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรัง เกิดการคั่งของเสมหะร่วมกับหลอดลมตีบแคบส่งผลให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ นอกจากนี้เกิดการทำลายอีลาสติน (elastin) ที่ผนังของถุงลม ส่งผลให้ถุงลมปอดสูญเสียความยืดหยุ่น ร่วมกับขณะหายใจออก หลอดลมจะตีบแคบลงก่อนที่อากาศในถุงลมจะออกให้หมด มีอากาศคั่งค้างอยู่ในถุงลม ผนังถุงลมขยายออกเรื่อยๆ เกิดภาวะถุงลมปอดโป่งพอง การแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมปอดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถึงความยากลำบากในการหายใจของตนเอง และต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติ หากผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 24-48 ชั่วโมง มีอาการไอและเสมหะมากขึ้นร่วมด้วย เรียกว่าอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และหากอาการหายใจลำบากไม่รุนแรงและอาการคงที่อยู่ตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานกว่า 1 เดือน เรียกว่าอาการระยะสงบ (stable stage) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกในวินาทีแรกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ (force expiratory volume in one second; FEV₁) โดยเกณฑ์ของ Gold guidelines แบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับเล็กน้อย ค่า FEV₁ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการกำเริบของโรคสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ แต่ถ้าทำงานหนักจะมีอาการหายใจลำบาก

ระดับที่ 2 ระดับปานกลาง ค่า FEV₁ อยู่ระหว่างร้อยละ 50-79 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเล็กน้อย เมื่อทำกิจกรรมประจำวันร่วมกับมีอาการกำเริบของโรคไม่รุนแรง

ระดับที่ 3 ระดับรุนแรง ค่า FEV₁ อยู่ระหว่างร้อยละ 30-49 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น จนรบกวนการทำกิจกรรมประจำวันและมีอาการกำเริบของโรครุนแรงมาก

ระดับที่ 4 ระดับรุนแรงมาก ค่า FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากตลอดเวลา มีอาการกำเริบรุนแรงมากและบ่อยครั้ง จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวัน

การประเมินระดับความรุนแรงของโรคและการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมโดยใช้แบบสอบถามอาการหายใจลำบากของสภาวิจัยทางการแพทย์ประเทศอังกฤษ (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; mMRC) ทำให้พยาบาลสามารถแยกความแตกต่างของระดับการดำเนินของโรค และสามารถนำไปวางแผนการจัดการอาการหายใจลำบากได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ผู้ป่วยประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรม ดังตารางที่ 9.6.1

ตารางที่ 9.6.1 การประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมตามระดับการดำเนินของโรค

ระดับการดำเนินของโรค	การประเมินอาการหายใจลำบาก
ระดับ 0	รู้สึกหายใจเหนื่อยง่าย ขณะออกกำลังกายหนักเท่านั้น
ระดับ 1	หายใจเหนื่อยง่าย เมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน
ระดับ 2	เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจเหนื่อย หรือต้องหยุดเดินเพื่อหายใจ เมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ
ระดับ 3	ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ
ระดับ 4	หายใจเหนื่อยมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้าน หรือหายใจเหนื่อยมากขณะแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า จำเป็นต้องพักอยู่บนเตียงหรือนั่งเก้าอี้ และต้องมีผู้ช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวัน

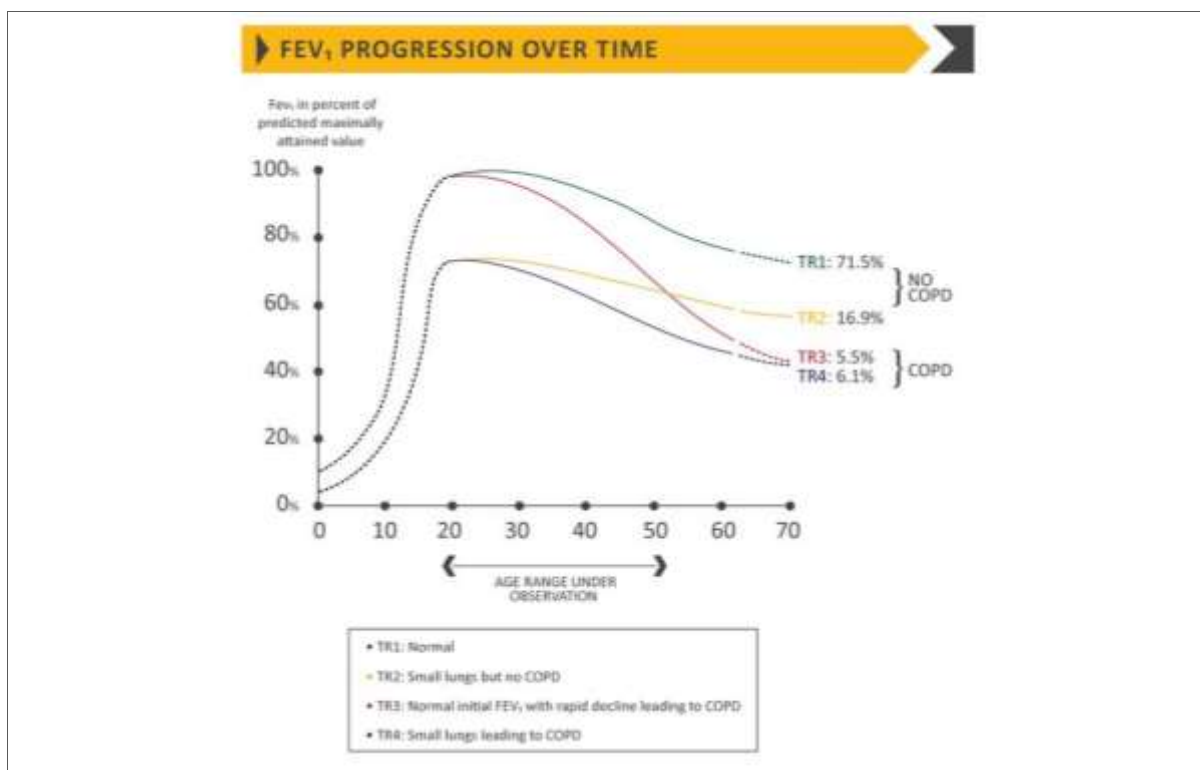
COPD and Comorbidities

ผู้ป่วยโรค COPD อาจมีโรคร่วมได้ทุกโรค และอาจมีผลกระทบต่อสาเหตุของการเกิดโรค โดยทั่วไปการเกิดโรคร่วมไม่เปลี่ยนแปลงการรักษา COPD และโรคร่วมสามารถรักษาร่วมกับการรักษามาตรฐานของ COPD โรคร่วมที่พบได้บ่อย ได้แก่

- Lung cancer พบบ่อยในผู้ป่วย COPD และเป็นสาเหตุหลักของการตาย
- Cardiovascular disease มีความสำคัญและพบบ่อยใน COPD
- Osteoporosis และ depression/ anxiety พบบ่อยและมีความสำคัญ มักไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและการพยากรณ์โรค
- Gastrointestinal reflux มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของ exacerbation และภาวะสุขภาพที่แย่ลง

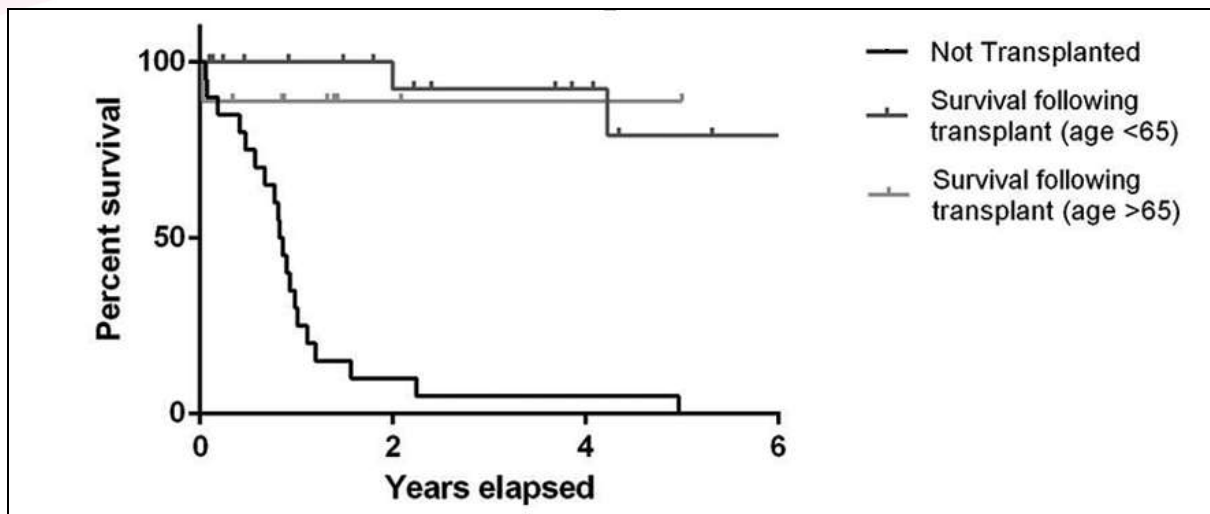
Palliative care criteria in pulmonary disease

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD เป็นโรคที่มีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย (multicomponent disease) โดยทั่วไปมักหมายรวม 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) มักวินิจฉัยในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ที่มีอาการเหนื่อย ไอเรื้อรัง และมีประวัติสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของโรค ยืนยันการวินิจฉัยด้วยการทำสมรรถภาพปอดพบว่า postbronchodilator $FEV_1/FVC < 0.70$ ซึ่งหมายถึงมี persistent airflow limitation โดยจะมีการลดลงของการทำงานของปอดเมื่อเวลาผ่านไป ดังภาพที่ 9.6.1



ภาพที่ 9.6.1 การทำงานของปอดที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในคนปกติและผู้ป่วย COPD

โรคปอดเรื้อรังอื่นๆ ในที่นี้หมายรวมถึงโรคที่มีการเสื่อมถอยของพยาธิสภาพของโรคปอดนั้นๆ เช่น bronchiectasis, severe restrictive lung disease เช่น severe kyphoscoliosis และ idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) มีการศึกษาอัตราการมีชีวิตรอดชีวิตในผู้ป่วย IPF ดังภาพที่ 9.6.2



ภาพที่ 9.6.2 ร้อยละการรอดชีวิตของผู้ป่วย IPF ที่ไม่ได้รับและได้รับการปลูกถ่ายเปลี่ยนปอด

การประเมิน specific criteria เฉพาะกลุ่มโรค มีดังนี้

ข้อบ่งชี้ทาง palliative care for pulmonary disease

1. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) มี 2 ข้อขึ้นไป

- สถานะของโรคอยู่ระดับรุนแรง ($FEV1 < 30\%$ predicted)
- เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ (อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 12 เดือนที่มาจากภาวะ COPD exacerbation)

- ข้อบ่งชี้การใช้ long-term oxygen therapy
- mMRC score ระดับที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยหลังการเดินระยะ 100 เมตร ในพื้นระนาบหรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้านจากข้อจำกัดจากภาวะหายใจหอบเหนื่อย

- มีอาการและอาการแสดงของ right heart failure
- ได้รับ systemic corticosteroids มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อรักษาอาการของ COPD ในระยะ 6 เดือน

ที่ผ่านมา

2. โรคปอดเรื้อรังอื่นๆ

หลักเกณฑ์พิจารณามีดังต่อไปนี้ (ต้องมีข้อ 1, 2 และ 3)

1) ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ (ทุกข้อ)

- เหนื่อยมากขณะพัก
- ไม่ตอบสนองหรือตอบสนองน้อยต่อยาขยายหลอดลม
- Decreased functional capacity (อยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ อ่อนเพลีย ไอ)

2) Progression of end-stage pulmonary disease (increasing visits to ER or hospitalizations for pulmonary infection and/ or respiratory failure)

- 3) มีข้อใดข้อหนึ่งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
 - Hypoxemia at rest ($\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ or $\text{SpO}_2 \leq 88\%$)
 - Hypercapnia ($\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$)
- 4) Supporting documentation includes
 - Right heart failure secondary to pulmonary disease (cor pulmonale)
 - Unintentional progressive weight loss $\geq 10\%$ ใน 6 เดือน
 - Resting tachycardia $\geq 100/\text{minute}$

การดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายโรคปอดให้การดูแลตามการประเมิน PPS ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะคงที่ PPS 70-100%

มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้มีองค์ประกอบหลายอย่าง คือ

1. ให้ข้อมูลผู้ป่วย/ ครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น การดำเนินไปของโรค และแนวโน้มของโรคในอนาคต
2. ประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจ สังคม ค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย
3. ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมพลังอำนาจ สนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง การจัดการตนเองแบบไม่ใช้ยา (เช่น การใช้พัดลมมือถือ หรือผ้าเย็นเช็ดบริเวณใบหน้า ขณะมีอาการหายใจลำบาก) หรือให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ เช่น เทคนิคการขับเสมหะให้ถูกวิธี การหายใจที่ถูกต้อง เทคนิคการเบี่ยงเบนต่างๆ เทคนิคการผ่อนคลาย

4. สหสาขาวิชาชีพร่วมให้การดูแลผู้ป่วย โดยร่วมประเมินและฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ ภาวะโภชนาการ การใช้ยาที่ถูกต้องและการฝึกการออกกำลังกาย อันจะนำไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสม การฝึกออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนด ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

5. สนับสนุนและให้กำลังใจครอบครัว ผู้ดูแล
6. ส่งต่อผู้ป่วยกับเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ติดตามเป็นระยะ

ระยะที่ 2 ระยะเปลี่ยนผ่าน PPS = 40-60%

ระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการรบกวนมากขึ้น มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพเพิ่มขึ้น จากอาการหอบเหนื่อย ทำให้กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ และหน้าท้อง เกิดความอ่อนเปลี้ย น้ำหนักร่างกายลดลง เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้นส่งผลต่อการลดลงของความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดทางกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจด้วย ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มีความกลัวอย่างรุนแรงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก และผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและบทบาทสำคัญในสังคม มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ การดูแลผู้ป่วยระยะนี้เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและยอมรับในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง การให้การดูแลในระยะนี้มีดังต่อไปนี้

1. ให้การดูแลเช่นเดียวกับระยะที่ 1
2. ประเมินอาการหอบเหนื่อย อาการรบกวนทางกายอื่นๆ ที่มีเพิ่มขึ้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งการได้รับยา และการดูแลแบบไม่ใช้ยา
3. สหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
5. ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับต่อความเจ็บป่วยและการดำเนินไปของโรค
6. ประเมินแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงจากอาการหายใจลำบาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบากขณะนอนเวลากลางคืน เพื่อร่วมวางแผนควบคุมปัจจัยที่รบกวนการนอนให้กับผู้ป่วย
7. ประเมินด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา และปรัชญาชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีอิทธิพล
8. ประเมินสิ่งค้างคาใจ สิ่งที่ต้องการทำและยังไม่สำเร็จ เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย
9. สร้างเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อครอบครัว แนะนำครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย
10. เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล สามารถเผชิญปัญหา และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว
11. เริ่มพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในอนาคต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาดูแลและทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ
12. เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกหรือเตียงที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว
13. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและครอบครัว ค้นหาผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง เพื่อช่วยกันดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยทั้งหมด รวมทั้งอาการปัจจุบันและอาการที่จะเกิดขึ้นฝึกสอนญาติเกี่ยวกับการประเมินอาการต่างๆ
14. เตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย เช่น โถง สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก เตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน เช่น oxygen และ nebulizer
15. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเครือข่ายทีมสุขภาพในพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่องในกรณีกลับบ้าน ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ

การประเมินอาการหายใจลำบาก

1. ประเมินจากการบอกเล่า บรรยายความรู้สึกขณะมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย
2. ประเมินโดยถามคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก เช่น
 - อาการเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ระยะเวลา และความถี่ที่เกิด เช่น เกิดเมื่อมีกิจกรรม หรือแม้ขณะนอน
 - อะไรทำให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลง อยู่ในท่าใดสบายที่สุด
 - ความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อาการขณะปัจจุบัน อาการที่รู้สึกดีที่สุด อาการที่รู้สึกแย่ที่สุด
 - ผลกระทบต่อกิจกรรมหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รบกวนการดำรงชีวิต/ การนอนหรือไม่ อย่างไร
 - การดำเนินของอาการ ถ้าเริ่มมักมีสาเหตุที่แก้ไขได้ ตัวอย่างเช่น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด ปอดบวม
3. ประเมินปัจจัยส่งเสริมต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ได้แก่
 - ด้านร่างกาย เช่น อาการเจ็บป่วยและไม่สบายทางกาย
 - ด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเครียด กังวล หรือความกลัว เป็นต้น
 - ด้านสังคม สถานการณ์ทางครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด หรือ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว
 - ด้านจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อในอำนาจการควบคุมตนเองลดลง ความเข้มแข็งและศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตลดลง

4. ประเมินทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สาเหตุด้านพยาธิของโรคอย่างครอบคลุมร่วมกับผู้ป่วยบางรายมีอาการหายใจลำบากโดยที่ตรวจไม่พบความผิดปกติทางพยาธิสภาพปอดและการหายใจ

ระยะที่ 3 ระยะสุดท้าย PPS = 10-30%

ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการรบกวนมากขึ้น โดยอาการรบกวนสำคัญเด่นชัด คือ อาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น สมรรถภาพของร่างกายลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นและอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ ทั้งยังมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยระยะนี้เป็นช่วงที่ต้องให้การบรรเทาอาการด้วยยาโดยผู้เชี่ยวชาญ การจัดการอาการหอบเหนื่อย กับอาการไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งการดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และญาติ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจนถึงใกล้เสียชีวิตให้การดูแลดังนี้

1. ให้การดูแลต่อเนื่อง ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเช่นเดียวกับระยะที่ 2
2. พุดคุยและทบทวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว
3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในช่วงใกล้เสียชีวิต และแผนการรักษาการดูแล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำในสิ่งที่ต้องการ หรือตามเจตนาของของผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเชื่อ การประกอบพิธีทางศาสนา
5. ให้การดูแลปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน เช่น ถ้าผู้ป่วยปากและนัยน์ตาแห้ง ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่เนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าว หรือทำความสะอาดปากและฟันให้เกิดความสุขสบาย
6. รับฟังปัญหาและเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้ญาติและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล ให้การประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและญาติ
7. ให้ความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ ดังนี้
 - 7.1 การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความกลัวอย่างมาก เช่น กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตายอย่างโดดเดี่ยว ความรักกำลังใจจากลูกหลาน คนใกล้ชิด ญาติมิตรมีความสำคัญมาก เพราะสามารถลดทอนความกลัวและช่วยให้เกิดความมั่นคงในจิตใจได้
 - 7.2 การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงและยอมรับการตายที่จะมาถึง การทำให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงได้ ทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเตรียมตัวและปรับตัวปรับใจ ให้เข้าสู่ความสงบและได้สะสางสิ่งค้างคาใจก่อนจากไปได้เหมาะสม
 - 7.3 การช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งงาม การนึกถึงสิ่งตั้งงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจน้อยลงและสามารถเผชิญความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น
 - 7.4 การช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ สิ่งต่างๆ ที่ค้างคาใจผู้ป่วย ควรได้รับการประเมินและช่วยเหลือปลดปล่อยอย่างเร่งด่วนเพราะเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยทรมานพยายามปฏิเสธความตายและจากไปไม่สงบ
 - 7.5 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับ ความจริงที่อยู่เบื้องหน้าสาเหตุของความทุกข์ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งบางครั้งเกิดจากการยึดติดอยู่กับบางสิ่งบางอย่างไม่สามารถพลัดพรากจากสิ่งนั้นได้ เช่น ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สิน การงานหรือโลกทั้งโลกที่เคยชิน การช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ จะทำให้ความกลัว ความกังวล ทรมานทรมานในวาระสุดท้ายลดลง

7.6 การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ เน้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติ การกล่าวคำอำลาขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไปและสัญญาในชีวิตที่อ่อนลง หากลูกหลานญาติมิตรต้องการกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติระงับความโศกเศร้า จากนั้นกระซิบบ้างหูพูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อผู้ป่วย ชื่นชมและขอบคุณในสิ่งดีๆ ที่ผู้ป่วยได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมา จากนั้นน้อมจิตให้เป็นกุศล บอกผู้ป่วยให้ปล่อยวางสิ่งต่างๆ อย่างกังวลสิ่งใดๆ และให้ระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนับถือ

การดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

เป็นการดูแลในเรื่องภาวะจิตใจของญาติและผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นการเยียวยาอาการจิตใจของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ หลังจากการสูญเสีย อาจมีสภาพจิตใจที่ยังไม่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นความเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต บางคนมีความรักความผูกพันกับผู้ที่จากไปมาก การยอมรับการสูญเสียจึงเป็นเรื่องที่ทุกข์ทรมาน ทรมานสุขภาพสามารถเข้าไปให้กำลังใจ ปลอบโยน และหาวิธีการถ่ายโอนความเศร้าให้เป็นความหวัง และมีกำลังใจ ในการดำรงชีวิตอยู่ เช่น การบำเพ็ญประโยชน์หรือดูแลสิ่งที่ยังตายค้างอยู่ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตควรดูแล ดังนี้

1. การช่วยทำความสะอาดร่างกายของผู้ตาย ใส่ฟันทบโลม หวีผม แต่งตัวให้เรียบร้อย ควรดูแลทันที ก่อนที่เนื้อเยื่อจะผิรุปร่างหรือถูกทำลาย จัดทำให้ผู้ปวยนอนในท่าที่สุขสบายคล้ายผู้ป่วยกำลังหลับ กระทำด้วยความนุ่มนวล สมศักดิ์ศรี
2. แจ้งให้ญาติทราบว่าการตายได้เกิดขึ้นแล้ว ดูแลจิตสภาพผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่ดี ก่อนให้ญาติเข้าเยี่ยม ให้เวลาแก่ญาติบอกกล่าวผู้ป่วย แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ คอยอยู่เป็นเพื่อน
3. อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายศพ เปิดโอกาสให้ญาติได้ประกอบพิธีตามความเชื่อ ในแต่ละศาสนา
4. เขียนใบมรณะบัตร พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนต่างๆ ตามกฎหมาย ให้ความช่วยเหลือ ประสานให้ แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น ที่เก็บศพ สถานที่จัดงานศพ
5. ติดตามเยี่ยมประเมินสุขภาพจิตครอบครัวผู้ตายหลังจากการจัดงานศพ อาจจนถึงประมาณ 1 ปีหลังการตาย

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2557.
2. ผาณิต หลีเจริญ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ. วารสาร มฉก. วิชาการ 2557; 17(34): 127-38.
3. ปาริชาติ เพ็ญสุวรรณ, สุธีรา พิมพ์รส. การจัดการกับอาการในผู้ป่วยระยะท้าย. คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: สมาคมพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2558.
4. เมธิณี จันทิยะ, พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ, ผุสดี คุณาพันธ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี. รามาธิบดีรามาสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2563]; 17(3): 328-42. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/9033>.
5. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. อุรเวชช์ในเวชปฏิบัติ, ภาคพิมพ์ :190; 2557.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พศ.2556 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics_2556.pdf.
7. สืบตระกูล ตันตลานุกุล, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, สุริยา พองเกิด. การดูแลตนเองเพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิตและสมรรถภาพปอดเมื่อเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2560; 9(2): 140-51.
8. อัจฉาณัฐ วังโสม. การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก. 2559; 27(1): 2-12.
9. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2019 report [Internet]. Global initiative for chronic obstructive lung disease 2019 [cited 2019 Mar 22]. Available from: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>.
10. Riddell P., Lawrie I., Winward S., Redmond K., Egan JJ. Lung transplantation and survival in idiopathic pulmonary fibrosis - An Irish perspective: Thorax 2013; 68(Suppl 3): A1-A220.
11. Maddocks M., Lovell N., Booth S., D-C Man W., Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 2017; 390: 988-1002.
12. Lanken PN., Terry PB., DeLisser HM., Fahy BF., Hansen-Flaschen J., Heffner JE., et al. An official American thoracic society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177(8): 912-27.



บทที่ 9.7

การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคตับ

ฐิติรัตน์ ตันติปรีชาพงศ์
โรงพยาบาลราชวิถี

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ

แนวทางการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

โรคตับเรื้อรัง (chronic liver disease; CLDs) คือภาวะของตับที่มึการทำงานลดลง เกิดจากการที่ตับได้รับอันตรายหรืออักเสบจากหลายสาเหตุ เช่น การดื่มสุรา การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ หรือการใช้ยาบางชนิดติดต่อกันนานๆ ส่งผลให้เนื้อตับถูกทำลายกลายเป็นพังผืด ถ้ามีการทำลายเซลล์ตับอย่างเรื้อรังจนมีพังผืดเกิดขึ้นมาก เนื้อตับที่เคยนุ่มจะค่อยๆ แข็งขึ้น จนกลายเป็น “ตับแข็ง” (cirrhosis) ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของตับลดลง และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งตับ

ปัจจุบันอุบัติการณ์ทั่วโลกของผู้เสียชีวิตจากโรคตับประมาณ 2 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็ง 1 ล้านคน และเสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบและมะเร็งตับอีก 1 ล้านคน นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 11 และ 16 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ภาพรวมโรคตับอักเสบในช่วงปี พ.ศ. 2549-2558 พบอัตราป่วยอยู่ระหว่าง 12.06-15.06 คนต่อแสนประชากร แม้ว่าปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้นและการปลูกถ่ายตับถือเป็นการรักษาที่เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตับวาย แต่พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้ารับการปลูกถ่ายตับได้ ปัญหาที่สำคัญคือการขาดแคลนอวัยวะ ในประเทศไทยอัตราผู้ให้ต่อผู้รอคอยไม่ต่ำกว่า 1:80 ทำให้มีผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นจำนวนมากระหว่างการรอรับการปลูกถ่ายตับ สำหรับอาการที่พบได้ในผู้ป่วยตับวาย ได้แก่ ปวด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องมาน ความดันในตับสูง อาเจียนเป็นเลือด ภาวะสับสน ตัวเหลือง ตาเหลือง เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต (life-threatening illness) โดยเป้าหมายการดูแล คือ หวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดความทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการรักษาดังกล่าวนี้ควรเริ่มทำตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้ยังรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากเกิดการสูญเสีย

ในผู้ป่วยโรคตับระยะท้าย ไม่ว่าจะเป็นภาวะตับแข็งหรือโรคมะเร็งตับ จัดว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิต การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยผู้ป่วยจัดการกับอาการที่ทำให้ไม่สบาย ช่วยการสื่อสารให้มองเห็นภาพชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลที่มีผลต่อการวางแผนการรักษา ตลอดจนช่วยประสานงาน ทีมแพทย์ พยาบาล รวมถึงบุคลากรด้านอื่นในการร่วมดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในวาระสุดท้าย

การดำเนินและพยากรณ์โรค

การทำนายระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังและตับแข็งจัดว่าทำได้ยาก เนื่องจากมีความไม่แน่นอนในวิถีการดำเนินโรค (disease trajectory) โดยตามธรรมชาติของการเกิดโรคตับเรื้อรังและตับแข็ง เริ่มจากตับถูกทำลายเกิดการอักเสบมีพังผืดเกิดขึ้น ส่งผลให้การทำงานของตับค่อยๆ เสื่อมถอยลง แต่ยังไม่แสดงอาการหรืออยู่ในระยะ compensated cirrhosis ผู้ป่วยในระยะนี้อาจมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน จากนั้นหากการทำงานของตับลดลงมากผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ decompensated cirrhosis ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น เช่น ท้องมาน ดีซ่าน มีจุดจ้ำเลือดตามตัว อาจมีอาเจียนเป็นเลือดจากการแตกของเส้นเลือดที่หลอดอาหาร

(esophageal varices) จากความดันหลอดเลือดพอร์ทัลสูงขึ้น (portal hypertension) และในระยะสุดท้ายเมื่อเข้าสู่ภาวะตับวายอาจเกิดอาการทางสมอง (hepatic encephalopathy) ได้แก่ ซึม สับสน เพ้อ ไม่รู้สึกตัว ค่ามัธยฐานการอยู่รอดของผู้ป่วยระยะ compensated cirrhosis อาจมากกว่า 12 ปี ในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ประมาณร้อยละ 5-7 ต่อปี ในผู้ป่วยระยะ decompensated cirrhosis ที่มีภาวะหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (esophageal varices) การอยู่รอดเฉลี่ยลดลงอยู่ที่ประมาณ 7 ปี และพบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าร้อยละ 10 ในแต่ละครั้งที่ต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมานที่ดื้อต่อการรักษาด้วยยา (refractory ascites) พบว่าอัตราเสียชีวิตที่หนึ่งปีสูงถึงร้อยละ 70 ผู้ป่วยตับแข็งที่มีการติดเชื้อมาร่วมด้วยพบว่ามีอัตราการตายสูงกว่าปกติถึง 4 เท่า และพบว่าร้อยละ 30 จะเสียชีวิตภายใน 1 เดือน และผู้ป่วยอีกร้อยละ 30 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้บ่อยในเวชปฏิบัติเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะตับวาย ใช้ในการทำนายโอกาสเสียชีวิตและนำมาช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ Child-Turcotte-Pugh classification (CTP) และ model for end-stage liver disease (MELD) สำหรับ Child-Turcotte-Pugh classification (CTP) คำนวณจาก 5 พารามิเตอร์ ประกอบด้วย อาการทางสมอง (hepatic encephalopathy) ภาวะท้องมาน ระดับ bilirubin albumin ในเลือด และค่า prothrombin time โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 ระดับตามผลรวมคะแนน พบว่าสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี และ 2 ปี โดยร้อยละอัตราการรอดชีวิตที่ 1 และ 2 ปีของผู้ป่วยระดับ A (คะแนน 5-6) อยู่ที่ร้อยละ 95 และ 90 ผู้ป่วยระดับ B (คะแนน 7-9) อยู่ที่ร้อยละ 80 และ 70 และผู้ป่วยระดับ C (คะแนน 10-15) อยู่ที่ร้อยละ 45 และ 38 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการแบ่งความรุนแรงของโรคตับแข็งตาม MELD scoring system โดยคำนวณตามสูตร ซึ่งต้องใช้ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) ค่าบิลิรูบิน (serum bilirubin) และค่า international ratio (INR) นิยมใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อการปลูกถ่ายตับและสามารถใช้ทำนายอัตราการรอดชีวิตในระยะ 3 เดือน

ตารางที่ 9.7.1 The Child-Turcotte-Pugh score and classification

Criteria	1 point	2 points	3 points
Bilirubin (mg/dL)	<2	2-3	>3
Albumin	>3.5	2.8-3.5	<2.8
Prothrombin time and INR	<1.7	1.7-2.3	>2.3
Hepatic encephalopathy	none	stage 1-2	stage 3-4
Ascites	none	mild-moderate	severe

ตารางที่ 9.7.2 Model for end stage liver disease (MELD) score

Score	3-Month mortality (%)
40 or more	71
30-39	53
20-29	20
10-19	6
9 or less	2

หมายเหตุ: MELD = $3.78[\ln \text{ serum bilirubin (mg/dL)}] + 11.2[\ln \text{ INR}] + 9.57[\ln \text{ serum Cr (mg/dL)}] + 6.43$

Any value <1 is given a value of 1

ที่มา: Wiesner R, Edwards E, Freeman R, et al. Model for end-stage liver (MELD) and allocation of donor livers. *Gastroenterology*.2003;124(1):91-96

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษาแบบประคับประคอง

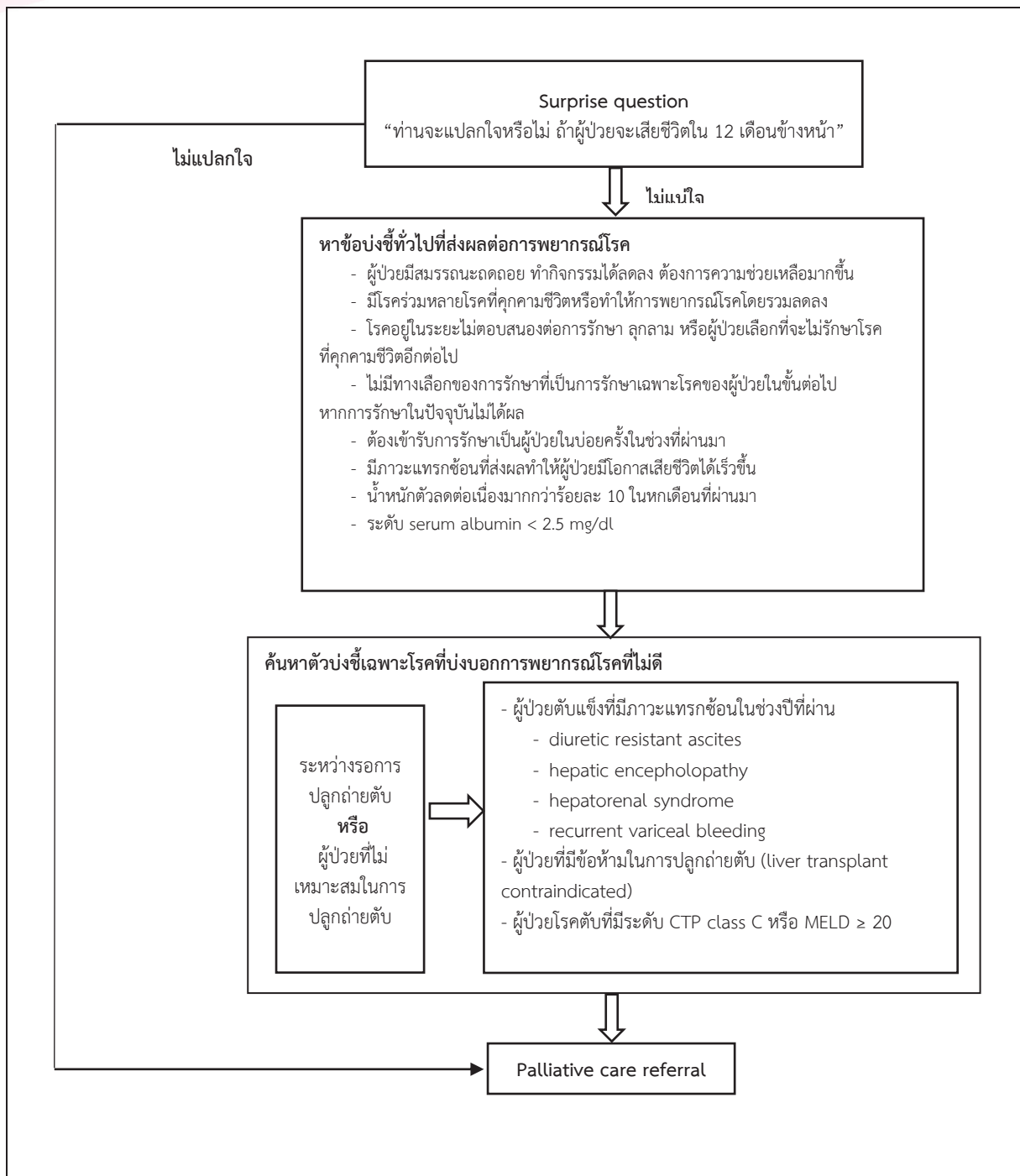
แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษาแบบประคับประคองอิงตามแนวทางของ The Gold Standards Framework ประเทศอังกฤษ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้ surprise question ให้แพทย์ที่ดูแลถามคำถามกับตัวเองว่า “ท่านจะแปลกใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตใน 12 เดือนข้างหน้า” หากไม่แปลกใจ ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยคำตอบของคำถามนี้ ควรได้หลังจากประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยพิจารณาจากอาการของโรค โรคประจำตัว ปัจจัยต่างๆ ทั้งทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย แต่หากไม่แน่ใจควรพิจารณาต่อในขั้นที่ 2 และ 3

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาข้อบ่งชี้ทั่วไปที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรค กรณีที่คำตอบ คือ ไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจจะมีการพยากรณ์โรคลดลง ดังภาพที่ 9.7.1

ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาตัวบ่งชี้เฉพาะโรคที่บ่งบอกการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (disease specific indicators of decline) ข้อบ่งชี้เฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง มีดังนี้

- ผู้ป่วยตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อนในช่วงปีที่ผ่านมา เช่น มีภาวะท้องมานที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยาขับปัสสาวะ (diuretic resistant ascites) มีอาการทางสมองจากโรคตับ (hepatic encephalopathy) ภาวะไตวายจากโรคตับแข็ง (hepatorenal syndrome) มีเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำจากหลอดเลือดโป่งพอง (recurrent variceal bleeding)
- ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการปลูกถ่ายตับ ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปลูกถ่ายตับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 ได้แก่ ตับสุราเป็นประจำ ติดเชื้อทั่วร่างกายรุนแรง ติดเชื้อเอชไอวี มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคทางระบบประสาทที่มีผลต่อหัวใจค่อนข้างมาก มะเร็งจากอวัยวะอื่นที่รักษาไม่หายขาด โรคจิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการปลูกถ่ายตับทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ไม่มีผู้ดูแลที่เหมาะสม
- ผู้ป่วยโรคตับที่มีระดับ Child-Pugh class C หรือ MELD ≥ 20



ภาพที่ 9.7.1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษาแบบประคับประคอง

บรรณานุกรม

1. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปลูกถ่ายตับ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.transplantthai.org/upload/170815114538293_MNB.pdf.
2. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558 เข้าถึงได้จาก: http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/sum_aesr.php.
3. Arvaniti V., D'Amico G., Fede G., Manousou P., Tsochatzis E., Pleguezuelo M., et al. Infections in patients with cirrhosis increase mortality four-fold and should be used in determining prognosis. *Gastroenterology* 2010; 139: 1246-56.
4. D'Amico G., Garcia-Tsao G., Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006; 44: 217-31.
5. D'Amico G., Pasta L., Morabito A., D'Amico M., Caltagirone M., Malizia G., et al. Competing risks and prognostic stages of cirrhosis: A 25-year inception cohort study of 494 patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 39: 1180-93.
6. Garcia-Tsao G., Lim JK. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the department of Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program and the National Hepatitis C Program. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 1802-29.
7. Kamath PS., Wiesner RH., Malinchoc M., Kremers W., Therneau TM., Kosberg CL., et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology* 2001; 33: 464-70.
8. Mokdad AA., Lopez AD., Shahraz S., Lozano R., Mokdad AH., Stanaway J., et al. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *BMC Med* 2014; 12: 145.
9. Planas R., Montoliu S., Balleste B., Rivera M., Miguel M., Masnou H., et al. Natural history of patients hospitalized for management of cirrhotic ascites. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4: 1385-94.
10. Roth K., Lynn J., Zhong Z., Borum M., Dawson NV. Dying with end stage liver disease with cirrhosis: insights from SUPPORT. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: S122-30.
11. Runyon BA. Treatment of patients with cirrhosis and ascites. *Semin Liver Dis* 1997; 17: 249-60.
12. NHS Lothian and The University of Edinburgh primary palliative care research group. Supportive and palliative care indicators tool (SPICT). The university of Edinburgh; 2013.
13. Thomas K., Wilson JA., et al. Prognostic indicator guidance, 4th Edition. The gold standards framework centre in end of life care CIC; 2011.
14. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2019 April 18]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

The background of the page features a photograph of several hands of different skin tones gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned in the upper right quadrant. The left side of the page is decorated with large, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta, creating a modern, abstract design.

บทที่ 10

การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก

เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาวเรือง

ปราณี เมืองน้อย

ถิรพร ตั้งจิตติพร

วาณี แม่นยำ

สยมพร รัตนดิลก ณ ภูเก็ต

ปริภาดา สร้างนอก

จิณณพัต ยอดไกรศรี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วรพิทักษ์ ไทยสิทธิ

โรงพยาบาลเลิดสิน

10.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Definition of pediatric palliative care)

ในความคิดของคนทั่วไป เด็กมักจะเป็นตัวแทนของอนาคตและความหวังของครอบครัว พ่อแม่ทุกคนหวังให้บุตรของตนมีสุขภาพแข็งแรงและมีชีวิตที่ยืนยาว อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงนั้น มีเด็กมากมายที่ป่วยเป็นโรคที่คุกคามชีวิต (life threatening illness) แม้ในปัจจุบันจะมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยและความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมาก แต่ก็ยังมีผู้ป่วยเด็กส่วนหนึ่งที่เสียชีวิตจากโรคต่างๆ มากมายในปีหนึ่งๆ การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (pediatric palliative care; PPC) จึงมีความสำคัญในการบูรณาการไปกับการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ ไม่ว่าผลลัพธ์ของการรักษาจะเป็นไปเพื่อการรักษาให้หายขาดหรือการประคับประคองไปจนถึงวาระสุดท้าย โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการดูแลคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (patient and family care) ช่วยบรรเทาความทุกข์ (relief suffering) โดยครอบคลุมทุกมิติ (holistic care: physical, psycho-social, spiritual) รวมถึงการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (bereavement care)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ให้ความสำคัญของ PPC โดยเน้นให้เป็นการดูแลที่มีเด็กป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary/ interdisciplinary care) ครอบคลุมไปถึงที่บ้านและแหล่งชุมชนที่ครอบครัวอาศัยอยู่ นอกจากนี้สมาคมกุมารแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Academy of Pediatrics) ยังสนับสนุนให้สถานพยาบาลที่มีการบริการด้านกุมารเวชศาสตร์ทุกแห่งบูรณาการ PPC เข้ากับการดูแลผู้ป่วยเด็กในทุกระดับ โดยบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กทุกคนควรมีความรู้และทักษะทางด้าน PPC ทั้งนี้เป็นไปตามระดับความซับซ้อนของการดูแล ได้แก่ general pediatric palliative care และ specialist pediatric palliative care เป็นต้น และมีเครือข่ายการส่งต่อ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีข้อจำกัด

ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองในเด็ก คือ การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคที่คุกคามชีวิต โดยดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เริ่มต้นตั้งแต่เมื่อมีการวินิจฉัยโรค ไปจนถึงระยะท้ายและครอบคลุมถึงการดูแลครอบครัวหลังสูญเสีย มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้ ดังเช่นคำกล่าวของพระคริสตศุภินันท์ คุณวโร ว่า “แม้จะถึงวาระสุดท้าย มนุษย์ก็ไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งที่ดีที่สุดของชีวิต”

ผู้ป่วยเด็กกลุ่มใดที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

สมาคมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเด็กของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ ประเทศอังกฤษ (The Association for Children's Palliative Care and British Royal College of Pediatricians and Child Health) ได้แบ่งกลุ่มโรคในเด็กที่จำกัดอายุขัย ดังตารางที่ 10.1

บางครั้งมีการแยกกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิด (neonatal palliative care) ออกมาเป็นกลุ่มเฉพาะอีกกลุ่มหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของทีมผู้ให้บริการ

เนื่องจากสาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยในเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่มักเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง แต่ในเด็กพบว่าการเสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงทารกแรกคลอดก่อนกำหนดและภาวะพิการแต่กำเนิด รวมถึงโรคเรื้อรังในเด็กมักเป็นจากภาวะผิดปกติทางพันธุกรรมและเมตาบอลิก อีกทั้งการดำเนินโรคจะเรื้อรัง ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมักต้องการการช่วยเหลืออย่างมากและอยู่ในบริการนานกว่าผู้ใหญ่ (ในผู้ใหญ่อาจกำหนดการเข้าสู่บริการโดยระยะเวลาที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน หรือ 1 ปี) แต่ในผู้ป่วยเด็กอาจไม่สามารถกำหนดการเข้าสู่บริการด้วยระยะเวลาที่คาดว่าจะเสียชีวิตได้ เกณฑ์การเข้าสู่บริการขึ้นอยู่กับโรคและความต้องการความช่วยเหลือดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว

ตารางที่ 10.1 การแบ่งผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลระดับประคับประคอง

	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
ความหมาย	โรคที่คุกคามต่อชีวิต อาจหายได้ แต่มีโอกาสล้มเหลวจากการรักษา	โรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยสั้น ต้องการการดูแลอย่างมาก เพื่อใช้ชีวิตได้ตามควร	โรคที่มีการดำเนินโรคเลวลงอย่างต่อเนื่อง	โรคที่ไม่สามารถฟื้นตัว เป็นปกติได้แต่โรคไม่ลุกลาม และอาจมีภาวะแทรกซ้อน คุกคามชีวิต
ตัวอย่างโรค	Cancer (ที่มีการพยากรณ์ไม่ดี หรือโรคกลับเป็นซ้ำ)	HIV infection ที่การรักษาล้มเหลว	Genetic/Chromosome abnormalities	Severe hypoxic ischemic encephalopathy (HIE)
	Complex congenital heart disease	Severe Immunodeficiency	Inborn error of metabolism	Severe cerebral palsy
	Extreme prematurity	Muscle dystrophy	Mucopolysaccharidosis	Severe disabilities
	Acute life-threatening severe illness	Spinal muscular atrophy	Glycogen storage disease	Thanatophoric dwarfism
	Organ failure	Short bowel syndrome	Progressive neurodegenerative disease	
		End-stage renal disease		
		Cystic fibrosis		
		Chronic respiratory disease (ที่ต้องการ home respiratory support)		

ความแตกต่างของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยเด็กกับผู้ใหญ่

1. สาเหตุการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต เช่น ในเด็กเล็กมักเป็นโรคทางพันธุกรรม โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในเด็กวัยที่โตขึ้นสาเหตุอาจมาจากอุบัติเหตุ เช่น การจมน้ำมากกว่าโรคติดเชื้อ
2. พยากรณ์โรคนำต่อการคาดเดา
3. การเจ็บป่วยต่อเนื่องยาวนาน เปลี่ยนแปลงการหลายช่วงวัย หรือเด็กมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น จึงต้องระมัดระวังในการปรับขนาดยา
4. การดูแลแต่ละช่วงวัยมีความจำเพาะ พัฒนาการและการเรียนรู้แต่ละช่วงวัยเด็กมีการรับรู้ความเข้าใจกับการเจ็บป่วยหรือการตายแตกต่างกันออกไป
5. การดูแลต้องประกอบด้วย การดูแลเด็กและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยของเด็กย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัวด้วย
6. การสื่อสารกับเด็กและครอบครัวต้องใช้ทักษะเฉพาะ

ความเข้าใจและปฏิกิริยาของเด็กเกี่ยวกับความตาย

การจะช่วยเหลือเด็กและครอบครัวได้ ทีมผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เรื่องความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับความตาย และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น ซึ่งอาการแสดงออกแตกต่างกันไปตามความเข้าใจของเด็ก โดยขึ้นอยู่กับอายุ ความคิด และพัฒนาการทางอารมณ์ ดังตารางที่ 10.2

ตารางที่ 10.2 ความเข้าใจเรื่องความตายในเด็กแต่ละวัยและปฏิกิริยาต่อความตาย

อายุ (ปี)	ความเข้าใจ (concept)	ปฏิกิริยาต่อความตาย
0-2 ปี	ยังไม่มี ความเข้าใจเรื่อง concept ของความตาย เข้าใจว่าความตาย คือ การถูกพรัดพราก ทอดทิ้ง ไม่มีคนดูแล	เป็นความรู้สึก ไม่สบายตัว จากความเจ็บป่วย ปวด เหนื่อย หิว รวมทั้งเริ่มมีความกังวลต่อการแยกจาก
2-6 ปี	การตายเป็นสิ่งที่ชั่วคราว กลับฟื้นคืนได้ เหมือนนอนหลับไป ความตายคือถูกกลืนโดย ยังมี magical thinking โดยเข้าใจว่าสิ่งที่ตนคิดจะเกิดขึ้นจริง	นอกจากความไม่สบายตัวจากความเจ็บป่วย มีความกังวลต่อการแยกจากมากขึ้น มีพฤติกรรมถดถอย งอแง อ่อนมากขึ้น
6-11 ปี	เริ่มเข้าใจว่ามีสาเหตุนำไปสู่ความตาย (causality) และตายแล้วไม่สามารถฟื้นได้อีก (irreversibility) ร่างกายหยุดทำงาน (finality) แต่ยังไม่เข้าใจเรื่องความตายเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับทุกคน (universality) ชัดเจนพอ	กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย กลัวเจ็บ มีพฤติกรรมถดถอยเป็นเด็กเล็ก ช่วยตัวเองไม่ได้ อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากไม่สามารถทำอะไรด้วยตัวเองได้ตามวัย อย่างที่เคยทำได้ หรือแสดงออกมาเป็นอาการทางกายอื่นๆ
11 ปีขึ้นไป	มีความคิดรวบยอด และความคิดเชิงนามธรรม แบบผู้ใหญ่ มีความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย ครบสมบูรณ์ รู้ว่าคนทุกคนต้องตาย	กลัวอันตรายที่เกิดกับร่างกาย วิตกกังวล ซึมเศร้า

การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายมักเป็นประสบการณ์ที่น่ากลัว เพราะเด็กต้องแยกจากเพื่อนและผู้ปกครอง มาอยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโลกที่ไม่คุ้นเคยและเต็มไปด้วยความเจ็บปวดทำให้เกิดอารมณ์ต่างๆ ได้แก่

- 1) ความโกรธ ทั้งต่อตัวโรค พ่อแม่ และแพทย์ผู้ดูแล
- 2) ความกลัว ทั้งต่อการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความสามารถที่จะทำสิ่งต่างๆ ที่เคยทำได้ ความเจ็บปวดทางร่างกาย การต้องอยู่คนเดียว และกลัวในสิ่งที่ยังไม่รู้ว่าเป็นอะไรแน่
- 3) ความอาย ต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปลักษณ์ภายนอก การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- 4) ความรู้สึกผิด โดยเฉพาะในเด็กโตจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของพ่อแม่ ทำให้พ่อแม่ลำบาก
- 5) ความเศร้า จากการสูญเสียทั้งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต

กระบวนการสำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก

1. การประเมินที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อประเมินความต้องการ การช่วยเหลือ
2. การประสานการดูแลของทีมผู้รักษา ทีมประคับประคอง ทีมสนับสนุนอื่นๆ
3. การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care plan) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว (family meeting)
4. การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯลฯ) ที่ครอบคลุมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากอาการไม่สบายทางกาย เช่น อาการปวด และอาการหอบเหนื่อย บรรเทาความทุกข์ทางใจ ภาระทางสังคม ตลอดจนการดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแล ครอบครัว
5. การดูแลหลังสูญเสีย

บรรณานุกรม

1. วินัดดา ปิยะศิลป์. Introduction in pediatric palliative care. ใน:วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์ บรรณาธิการ. Pediatric palliative care. กรุงเทพฯ: เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิง. 2558.
2. A guide to the development of children's palliative care services. Association for children with life -threatening or terminal conditions and their families (ACT) and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RPCH), 2003, Bristol, UK.
3. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. NPHCO. Standards of practice for pediatric palliative care. 2019. Access 2020 Feb 16. Available from: https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/07/Pediatric_Standards.pdf.

10.2 การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (Pediatric palliative assessment)

การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยค้นหาปัญหาต่างๆ แล้วนำมาให้บริการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้ การประเมินผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่แรกรับ ไม่ใช่เป็นการประเมินแบบเบ็ดเสร็จให้ได้ทุกอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ แต่การเข้าพูดคุยในแต่ละครั้งจะสามารถประเมินผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมมากขึ้น และสามารถบริหารจัดการปัญหาได้ตามลำดับความสำคัญ

วัตถุประสงค์ในการประเมิน

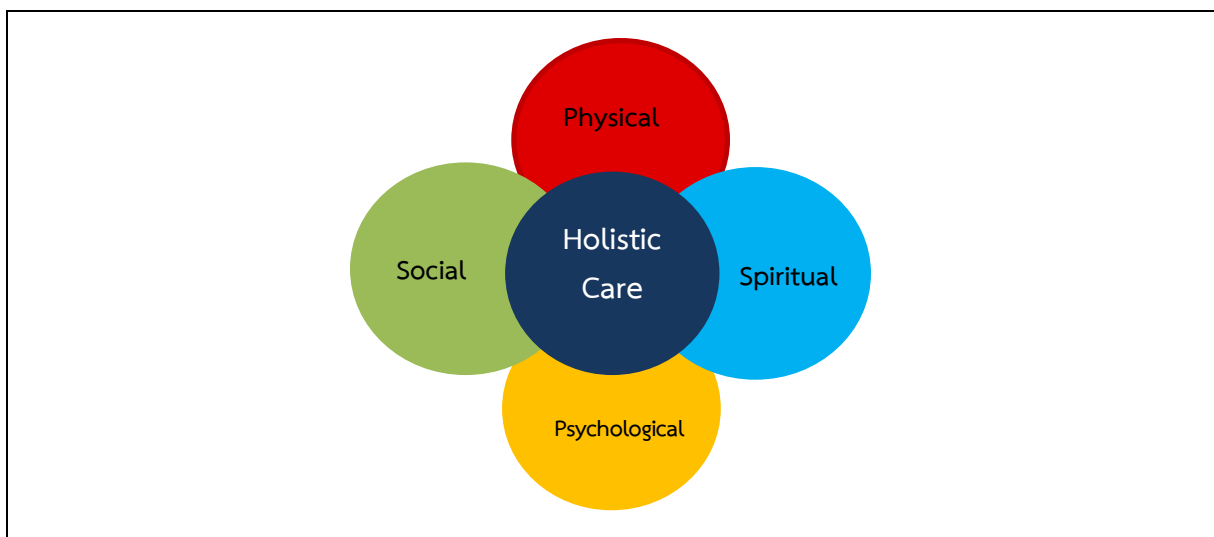
- 1) เพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่เป้าหมายในการดูแลรักษา
- 2) เพื่อให้ทีมเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้อง ลึกซึ้ง ครอบคลุมทุกด้าน
- 3) เพื่อให้วางแผนการดูแลอย่างเหมาะสมกับบริบท และจัดลำดับความสำคัญในการช่วยเหลือ

หลักการประเมิน

- 1) ผู้ประเมิน/ ผู้ได้รับการประเมิน ผู้ประเมินต้องมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินผู้ป่วย ใช้ภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ครอบคลุมความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย
- 2) สิ่งที่ต้องประเมิน/ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เลือกใช้ให้ถูกต้องเหมาะสม เช่น palliative performance scale (PPS)/ palliative performance scale for children Suandok (PPS-children Suandok), Edmonton symptom assessment system (ESAS)
- 3) เวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อมในการประเมิน และมีการบันทึกทุกครั้ง
- 4) วิธีการประเมิน ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการทำแบบทดสอบ ควรเลือกให้ต้องถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งบันทึกผลการประเมินทุกครั้ง เพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือต่อไป

สิ่งที่พึงระลึกถึง

- 1) วางแผนการประเมินอย่างเป็นระบบ
- 2) ผู้ป่วยและญาติทราบเบื้องต้นในสิ่งที่ต้องการประเมิน
- 3) ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะให้ใครอยู่ด้วยขณะประเมิน
- 4) ระลึกว่า บางคำถามอาจจะกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย อาจต้องปรับในการใช้ภาษา
- 5) แสดงออกถึงความเคารพ ความรัก ความเมตตา และเอื้ออาทร



ภาพที่ 10.1 องค์ประกอบของ holistic care

การประเมินแบบองค์รวม (holistic care) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว และข้อมูลในแต่ละด้าน รายละเอียดดังตารางที่ 10.3

ตารางที่ 10.3 การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม (holistic care)

ด้าน	การประเมิน
Physical (เป็นการประเมินด้านร่างกาย)	- การรับรู้ข้อมูลการดำเนินโรค การแพร่กระจาย สิ่งคุกคามและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ความพิการหรือความผิดปกติที่พบ เป้าหมายในการดูแลรักษา - Pain and other symptoms เช่น หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย การกลืน เคี้ยวจุก กระสับกระส่าย ฯลฯ - Physiologic เช่น การหายใจ การไหลเวียนโลหิต ฯลฯ - Appearance พัฒนาการและการเคลื่อนไหว - Level of conscious, cognition - Function, safety, aids - Senses เช่น การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การลิ้มรส การรู้สึกรับสัมผัส - บาดแผล - อาหาร น้ำ - การขับถ่าย - Sexual function - การเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ เกมส์ - อื่นๆ
Psychological (เป็นการประเมินด้านจิตใจ)	- Personality, strengths - Behavior, motivation, cognitive - Depression, Anxiety - Emotions (เช่น anger, distress, responses, hopeless, loneliness) - Fears (เช่น abandonment, burden, death) - Control, dignity, independence - Conflict, guilt, stress, coping - Self-image, self-concept, self-esteem, self-understanding - อื่นๆ

ตารางที่ 10.3 (ต่อ) การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม (holistic care)

ด้าน	การประเมิน
Social (เป็นการประเมินด้านสังคม)	- ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ - ความสัมพันธ์กับเพื่อน พี่น้อง คนในครอบครัว แฟน ชุมชน เพื่อนร่วมงาน ของพ่อแม่ - แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง - สถานะแวดล้อม ความปลอดภัย ประกันชีวิต สิทธิประโยชน์สวัสดิการต่างๆ - ความเป็นส่วนตัว การคาดการณ์ และเตรียมการสำหรับการตาย - การดำเนินชีวิตประจำวัน งานอดิเรก การพักผ่อน - เศรษฐกิจการเงิน ค่าใช้จ่าย รายรับ หนี้สินที่มาจากการเจ็บป่วย - การเดินทาง สถานพยาบาลใกล้บ้าน - การรับรู้ข้อมูลและองค์ประกอบการตัดสินใจ การเตรียมการของผู้ป่วยและครอบครัว - อื่นๆ
Spiritual (เป็นการประเมินด้านจิตวิญญาณ)	- ความหมายของชีวิต ภารกิจที่ยังค้างคาใจ - คุณค่า ศรัทธา แรงจูงใจ hope wish - การพึ่งพา สิ่งยึดเหนี่ยว การนับถือศาสนาและความเชื่อต่างๆ - สัญลักษณ์ถึงความสุขสงบ - อื่นๆ

การประเมินผู้ป่วยกับครอบครัวควรแยกประเมิน เนื่องจากความต้องการและปัญหาเป็นปัจเจกบุคคล ตัวอย่างคำถาม ได้แก่

- การเจ็บป่วยครั้งนี้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไร ต่อครอบครัวอย่างไร
- คุณพ่อ คุณแม่คิดว่า อะไรเป็นสิ่งที่กังวลมากที่สุดในขณะนี้
- ที่ผ่านมา อะไรที่เป็นความทุกข์ที่สุดที่เคยเจอ จัดการต่อความเครียดขณะนั้นได้อย่างไร
- คุณพ่อคุณแม่ รับรู้ เข้าใจโรคที่น้องเป็นอยู่อย่างไรบ้าง
- คุณพ่อ คุณแม่คาดหวังเกี่ยวกับน้องอย่างไรบ้าง
- มีอะไรบ้าง ที่คุณพ่อคุณแม่อยากทำให้น้อง หรือคิดว่าทำอะไรแล้วทำให้น้องมีความสุขที่สุด
- หากน้องเสียชีวิต คุณพ่อคุณแม่ได้วางแผนว่าจะทำอะไรบ้าง ฯลฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

1) palliative performance scale for children Suandok (PPS-children Suandok) ใช้ประเมินสถานะผู้ป่วยขณะนั้นตามความเป็นจริง มีข้อจำกัดในการใช้ สามารถใช้เพื่อการประเมินอาการ แต่ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ ใช้ในเด็กอายุ 1-14 ปี (ภาพที่ 10.2)

2) Edmonton symptom assessment system (ESAS) ผู้ประเมินควรถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

แบบประเมินระดับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
(Palliative Performance Scale for Children Suandok) (PPS- Children Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหวตามอายุ	การปฏิบัติกิจกรรมตามอายุ	การดำเนินของโรค**	การทำกิจวัตรประจำวันตามอายุ	การรับประทานอาหารตามอายุ	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุ	เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ	ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เต็มที่ตามอายุ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุ	เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ	มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เต็มที่ตามอายุ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุ	เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติโดยต้องใช้ความพยายามบ้าง	มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เต็มที่ตามอายุ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุแต่ไม่สะดวกบ้าง	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่างๆ บางอย่าง	มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เต็มที่ตามอายุ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย ได้ตามอายุแต่ไม่สะดวกบ้าง	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย	มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการ ความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	ลดลงอย่างน้อย หนึ่ง ระดับจากเดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการความช่วยเหลือมาก	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน
40	ลดลงอย่างน้อย สอง ระดับจากเดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำหงาย	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน
30	อยู่กับเตียง ไม่สามารถเคลื่อนไหว	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน
20	อยู่กับเตียง ไม่สามารถเคลื่อนไหว	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน
10	อยู่กับเตียง ไม่สามารถเคลื่อนไหว	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ไม่สามารถรับอาหารหรือน้ำได้เลย	ง่วงซึมหรือโคม่า
0	เสียชีวิต	-	-	-	-	-

** อาจจัดแบ่งโรคเป็น 4 กลุ่มรายงานร่วมระหว่าง British organization ACT (Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families) และ Royal College of paediatrics and Child health

กลุ่มที่ 1 มีการรักษาให้หายขาดได้ แต่อาจไม่ได้นัล (ตัวอย่างเช่น โรคเมะเร็งในเด็ก)

กลุ่มที่ 2 การรักษาอย่าง intensive และใช้เวลานานอาจยืดระยะเวลาได้ แต่ไม่ทำให้หายขาด อาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ตัวอย่างเช่น cystic fibrosis ซึ่งปัจจุบันมีอายุขัยประมาณ 40-50 ปี)

กลุ่มที่ 3 โรคที่มีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาเป็นการบรรเทาอาการ (ตัวอย่างเช่น โรคทางพันธุกรรมเมตาบอลิซึม)

กลุ่มที่ 4 ภาวะบกพร่องทางระบบประสาทอย่างรุนแรง (severe neurological impairment, SNI) การบาดเจ็บต่อระบบประสาท เป็นแบบไม่เพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและอาการอาจเลวลง (ตัวอย่างเช่น ภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง มีการสำลักอาหารเข้าปอดเกิดขึ้นซ้ำๆ มีอาการชักและไม่สามารถรับประทานอาหาร ทำให้เสียชีวิต)

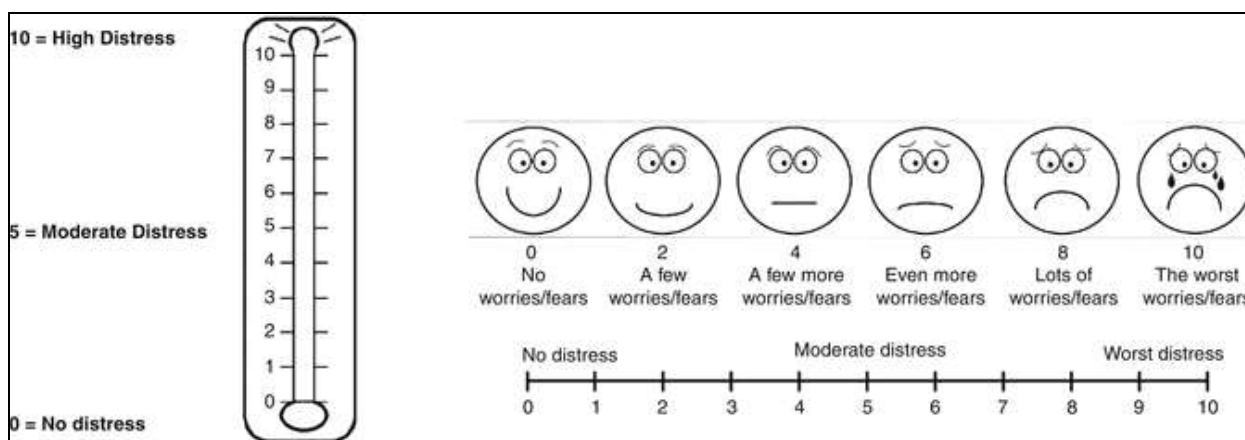
ภาพที่ 10.2 PPS-children Suandok ใช้สำหรับเด็กอายุ 1-14 ปี

ที่มา: Suandok's Palliative care model.

http://hsmi2.psu.ac.th/upload/forum/7_Suandok_s_Palliative_care_model_5.60.pdf

ผู้ประเมิน คือ

- ผู้ป่วยที่เป็นผู้ประเมินเอง ควรมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาทาง cognitive หากไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของสภาวะทางจิตหรือไม่ ควรประเมิน mini-mental state examination (MMSE) ก่อน
 - หากเป็นผู้ดูแล หรือพยาบาลประเมินแทน ให้ยกเว้นการตอบ 3 ข้อที่เป็นความคิดเห็นของผู้ป่วย ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความสบายดีทั้งกายและใจ
 - บันทึกวัน เวลาในการประเมินทุกครั้ง เพื่อใช้ในการติดตามการรักษา
- 3) Distress thermometer ที่เป็น visual analog scale ตั้งแต่ 0 (ไม่ทุกข์ใจเลย) โดยมีรูปหน้ายิ้มกำกับอยู่ด้านข้างเลข 0 จนถึง 10 (ทุกข์ใจมากที่สุด) ดังภาพที่ 10.3
- 4) ประเมินโดยผ่านการเล่น ศิลปะ ระบายสี เล่าเรื่อง



ภาพที่ 10.3 Distress thermometer for child

ที่มา: Barrera M.E et. al. (2018) *Easing Psychological Distress in Pediatric Cancer*

บรรณานุกรม

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลระดับรองประจำหอผู้ป่วย (หลักสูตร 10 วัน) ประจำปี 2561, โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี และศูนย์รามาธิบดีอภิบาล ; วันที่ 5-9 และ 12-16 พฤศจิกายน 2561 ; ณ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวม ด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
2. สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร : 2557.
3. เอกสารประกอบการอบรมพยาบาลเฉพาะทางแบบระดับรอง. สถาบันศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย. กรุงเทพฯ: 2561.
4. Betty R. Ferrell. Pediatric Palliative Care. Hospice & Palliative Nurses Association. USA.: Oxford University press; 2016.
5. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Postovsky S., Lehari A., Attias O., Hershtman E. (2018) Easing of Physical Distress in Pediatric Cancer. In: Wolfe J., Jones B., Kreicbergs U., Jankovic M. (eds) Palliative Care in Pediatric Oncology. Pediatric Oncology. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61391-8_7.
7. Suandok' s Palliative care model. (เข้าถึงเมื่อ 11 ก.พ.2563). เข้าถึงได้จาก: http://hsmi2.psu.ac.th/upload/forum/7_Suandok_s_Palliative_care_model_5.60.pdf.

10.3 การสื่อสารกับเด็กและครอบครัว การจัดการประชุมครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Communication in pediatric palliative care, family meeting and advance care planning)

การวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า (advance care planning: ACP) เป็นเครื่องมือที่ใช้สื่อสารถึงเจตจำนงของเด็กและครอบครัวที่ต้องการให้ปฏิบัติในอนาคตเมื่อผู้ป่วยอาจมีอาการทรุดหนักหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยเน้นกระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น คนในครอบครัวและผู้ดูแลรักษา คือ บุคลากรสุขภาพ

การวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าแตกต่างจากแผนการรักษาทั่วไป เนื่องจากให้ความสำคัญกับความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกัน ช่วยให้เด็กและครอบครัวมีโอกาสทบทวนและวางแผนชีวิตล่วงหน้า มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักและพูดคุยเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต ความกลัว ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย การจัดการหลังการเสียชีวิตและการดูแลด้านจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุยเกี่ยวกับความหวังและความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตหรือชีวิตหลังความตายได้อย่างเปิดเผย ปลอดภัย นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการชีวิตในยามที่อาการรุนแรงหรือเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าผู้อื่นจะรับรู้และยอมรับถึงคุณค่า เป้าหมาย ความคาดหวังในช่วงท้ายของชีวิตของเขา ทำให้เขารู้สึกมั่นคง ปล่อยวางและจากไปอย่างสงบได้

ผู้ป่วยประเภทใดที่ควรทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าและหลักการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายควรบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจมีความรุนแรงถึงชีวิต โรคเรื้อรังที่ทำให้อายุขัยสั้นหรือเมื่อรักษาแนวทางแรกแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ อาการโรคแย่ลง โดยแผนการดูแลรักษาดังกล่าวมุ่งหวังเพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย แผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าควรทำแต่เนิ่นๆ ไม่ควรรอทำเมื่ออาการเข้าสู่ระยะวิกฤติหรือระยะท้าย โดยอาจมีการทบทวนเป็นระยะๆ ตลอดการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามสภาวะโรคของผู้ป่วย ตามบริบทของครอบครัวหรือบริบททางการแพทย์

ผู้ที่เหมาะสมในการเปิดประเด็นอภิปรายเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า คือ แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยและพ่อแม่ของผู้ป่วยเด็กประชุมวางแผนร่วมกันไม่ควรรอให้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นฝ่ายเปิดประเด็นหรือร้องขอ

ขั้นตอนการทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

1. เปิดประเด็น: บุคลากรทางการแพทย์ควรเป็นผู้เปิดประเด็นก่อนผู้ป่วยร้องขอ อย่างอ่อนโยนสายเกินไป สอบถามการรับรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา
2. แลกเปลี่ยน: ประเมินการณ์ในอดีตของผู้ป่วย ความรู้สึก ความคิดของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา สอบถามการตัดสินใจของคนไข้ในกรณีต่างๆ
3. บันทึก: เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร บันทึกในเวชระเบียน สำเนาเอกสาร แจ้งผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
4. ทบทวน: สรุปและทบทวนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทบทวนอยู่เสมอเมื่อมีเหตุการณ์สำคัญ สอบถามเพื่อยืนยันความต้องการของผู้ป่วย
5. นำไปใช้: ปฏิบัติตามความต้องการของคนไข้ หากมีความเห็นขัดแย้ง อย่าตัดสินใจคนเดียว

ประเด็นอภิปรายในการทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรคและพยากรณ์โรค
2. รูปแบบและเป้าหมายการดูแลในอนาคตที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย
3. สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญในชีวิต ความหมายของชีวิตและความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ
4. สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติคาดหวัง เป้าหมาย คุณค่าในชีวิต ความเชื่อและสิ่งที่หวาดกลัว วิดกกังวล

หรือเป็นห่วง

5. สิ่งที่ยากขอขอบคุณ ขอโทษ ผู้คนที่อยากขอโทษหรือ
6. ผู้ที่ผู้ป่วยเด็กอยากให้อยู่ด้วยหรือไม่อยากเห็นหน้าใคร
7. สิ่งค้างคาใจที่ยังไม่ได้จัดการ
8. สถานที่ที่ผู้ป่วยอยากไปพักผ่อนหรือใช้เวลาในช่วงท้ายของชีวิต
9. หากร่างกายอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถกลับบ้านได้ และอยู่ในภาวะวิกฤติต้องการให้ช่วยเหลือ

อย่างไร เช่น

- A full Do-Not-Resuscitate order (DNR) ปฏิเสธการกู้ชีพ
- A limited DNR order ให้ทำการกู้ชีพโดยช่วยหายใจผ่านชุดช่วยหายใจแบบมือบีบ นวดหัวใจ

โดยการกดหน้าอกและให้ยากระตุ้น เช่น อะดรีนาลีน อะโทรปีน

- ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ให้ยากระตุ้นการไหลเวียนโลหิต
- ทำการฟอกไต
- การให้อาหารเสริมทดแทนอาหาร
- การให้สารน้ำทดแทน
- การให้ยาปฏิชีวนะ
- การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด
- ยาลดอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เช่น น้ำเกลือแร่แบบดื่ม ยาแก้ปวด ยาลดอาการเหนื่อยหอบ
- การดูแลเสมหะ

10. เจตนาที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ จิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม

11. การใช้วิธีการอื่นๆ ในการลดอาการไม่สุขสบาย

อุปสรรคต่อการทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

1. ผู้ป่วยและญาติไม่ตระหนักถึงสิทธิในการตัดสินใจของตนเอง หรือยังเคยชินกับการให้แพทย์เป็นคนตัดสินใจ
2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลว่า หากตัดสินใจแล้วจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ทำให้ไม่กล้าวางแผน การดูแลรักษาตนเองและไม่กล้าทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
3. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในเรื่องดังกล่าว
4. ญาติไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้เป็นที่รักซึ่งใกล้เสียชีวิต จึงไม่ตระหนักถึงอนาคต

5. พ่อแม่ส่วนใหญ่มักมีความหวังให้ลูกหายป่วย รอดชีวิต จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธความจริงที่ลูกอาการหนักกว่าที่คิด

6. บุคลากรทางการแพทย์ประเมินความพร้อมของพ่อแม่ในการพูดคุยเกี่ยวกับความตายต่ำกว่าความเป็นจริงทำให้ขาดโอกาสในการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

7. บุคลากรทางการแพทย์ไม่ตระหนักถึงการกลัวความล้มเหลวในการรักษาของตนเอง ทำให้หลีกเลี่ยงการสื่อสารเกี่ยวกับความตายและการสูญเสีย

8. บุคลากรทางการแพทย์ไม่มั่นใจในทักษะการสื่อสารสำหรับประเด็นที่อ่อนไหวหรือการสูญเสีย ทำให้หลีกเลี่ยงการทำ ACP

9. บุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจแง่มุมกฎหมายหรือจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่กล้าทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

องค์ประกอบของ ACP จะสมบูรณ์เมื่อประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญคือ

1. Patient preference สิ่งที่คุณต้องการให้ความสำคัญ เป้าหมายการดูแลรักษา เมื่อถึงวาระสุดท้ายของตนเอง

2. Advance decisions หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะไปจนไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ด้วยตนเองแล้ว

3. Proxy nomination การเลือกบุคคลใกล้ชิดแสดงเจตนาแทน เมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังต้องมีพ่อแม่ร่วมตัดสินใจหรือเป็นผู้ตัดสินใจแทน

ทักษะสำคัญที่ควรมีในการทำแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

1. ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ: เด็กมีวิธีการสื่อสารผ่านการพูดคุยและภาษากาย เด็กมักช่างสังเกต ดังนั้นแม้พ่อแม่จะปกปิดเรื่องโรค ไม่ได้พูดอย่างชัดเจน แต่พบว่าส่วนใหญ่แล้วเด็กจะสังเกตจากภาษาท่าทางของพ่อแม่และสิ่งแวดล้อมที่เขามารักษาตัว การหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงบางประเด็นเป็นการสื่อสารให้เด็กเห็นว่าประเด็นนั้นไม่ควรพูดถึง จะยังเป็นผลเสียทำให้เด็กไม่สามารถสื่อสารกับพ่อแม่ได้และรู้สึกอึดอัด วิธีสื่อสารกับเด็กจึงควรเปิดเผย เป็นมิตรและมีท่าทีสบายๆ อาจสื่อสารกับเด็กผ่านการเล่น การสื่อสารทำให้ทราบว่าเด็กรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้เด็กมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตัวเอง ควรใช้เวลา กับเด็กและครอบครัวในการพูดคุย สร้างสัมพันธ์ภาพต่อกันด้วยการเปิดใจ แนะนำตัวเองและบทบาท ทำที่เป็นมิตรกับเด็ก อาจย่อตัวลงคุยในระดับเดียวกับเด็ก สื่ออารมณ์ที่ไม่คุกคาม ระมัดระวังน้ำเสียงที่สื่อสาร จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรกับเด็ก ให้กำลังใจและคำชมเด็กเป็นระยะหรืออาจให้รางวัลเล็กๆ น้อยๆ เช่น สติกเกอร์ ขนม เมื่อต้องเข้าไปทำหัตถการใดๆ กับเด็กต้องอธิบายให้เด็กเข้าใจเสมอ ควรเคารพสิทธิของเด็ก ไม่รู้ล้าพื้นที่เด็ก มีขอบเขต รักษาระยะใกล้ไกลอย่างเหมาะสม และสัมผัสเด็กอย่างอ่อนโยนและเหมาะสม ไม่บังคับ ตัดสิน หรือข่มขู่เด็ก ไม่สัญญาแบบเลื่อนลอย เลี่ยงการคาดเดาไปเอง ควรสอบถามและให้เด็กอธิบายสิ่งที่เขาคิดหรือสิ่งที่เขาพูดเสมอ

2. การใช้ภาษาให้เหมาะกับวัยเด็ก เข้าใจง่าย ไม่ใช่คำเปรียบเทียบที่เข้าใจยาก ตรวจสอบความเข้าใจของเด็กหลังตอบคำถาม

3. การประเมินแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทของเด็กและครอบครัว

4. ทักษะการรับมือกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นความกลัว รู้สึกผิด โกรธ หรือไม่ยอมรับ ในยามที่เด็กเข้าสู่ระยะท้าย ทั้งเด็กและครอบครัวเปรียบเหมือนมีการเดินทางทั้งทางร่างกายและทางใจไปสู่ วาระสุดท้าย ก่อนจะนำทางผู้ป่วยเด็กและญาติไปสู่การตระหนักรู้ถึงความตายและการสูญเสีย บุคลากรทางการแพทย์ จึงต้องสร้างความไว้วางใจและให้เวลามากพอในการพูดคุยสื่อสารเกี่ยวกับความตาย ควรระลึกเสมอว่า การใช้กลไก การปกป้องตัวเองเมื่อพบเรื่องทุกข์ใจ มีผลต่อความสามารถในการรับมือและการสื่อสารระหว่างกัน บุคลากรทางการแพทย์ต้องเข้าใจตนเองก่อน เนื่องจากบางคนอาจมีความกลัวต่อการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติ การสื่อสารเรื่องผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายจะได้ผลดีหากทุกคนมีความตระหนักรู้ประเด็นอ่อนไหวของตนเอง และมีการแก้ไขจนสามารถสื่อสารได้อย่างเหมาะสม

การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (Family meeting)

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อเด็ก เนื่องจากเป็นจุดกำเนิดของการสร้างความรัก ความผูกพันระหว่างกัน เด็กเกิดรากฐานความไว้วางใจ เด็กผ่านการดูแลเอาใจใส่ การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำสั่งสอน ถ่ายทอดคุณค่า ความเชื่อต่างๆ จากครอบครัว นอกจากนี้ยังมีประสบการณ์ในการแบ่งปันความทุกข์ความสุขร่วมกัน ทำให้เด็ก มีการเติบโตทั้งทางร่างกายและความคิดในยามที่ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองจะยิ่งลดน้อยลง สมาชิก ในครอบครัวจึงมีส่วนอย่างมากในการดูแล ปลอดภัย และปกป้องเด็ก

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักมีข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแนวทางการดูแลรักษาบางอย่างที่ละเอียดอ่อน บางครั้งอาจมีปัญหาก็เกิดขึ้น เช่น ทีมที่ดูแลมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันกับผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว หรือปัญหา สมาชิกในครอบครัวมีความเห็นขัดแย้งกันเรื่องเป้าหมายการดูแล จึงจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารระหว่างทีมดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยผู้ป่วยและญาติในกระบวนการตัดสินใจ

การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (family meeting) จึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาส ให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษา ร่วมกัน

เป้าหมายของการทำ Family meeting

1) สร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับตัวโรคและระยะของโรค รวมไปถึงการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

2) ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตายได้ดีขึ้น

3) กำหนดเป้าหมายหลักของการดูแลและแนวทางของการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

4) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน

5) ประเมินวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนการทำ Family meeting

1. การเตรียมการก่อนทำ Family meeting ประกอบด้วย

1) นัดวันเวลา และจัดเตรียมสถานที่ที่เงียบสงบเป็นส่วนตัว

2) เชิญผู้เกี่ยวข้อง

3) ทีมดูแลทำการทบทวนวัตถุประสงค์ของการทำ family meeting

4) ทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย การรักษาที่ผ่านมาและพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาที่เป็นไปได้ทั้งหมด สถานการณ์ความรุนแรงของโรค

5) ศึกษา genogram และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

6) ทบทวนข้อสรุปจากการประชุมที่ผ่านมา และการตัดสินใจของสมาชิกแต่ละทีมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา ทั้งนี้เพื่อให้ระหว่างที่พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วย ทีมสุขภาพที่ดูแลจะได้มีความเข้าใจตรงกัน และอธิบายสอดคล้องกัน ไม่สร้างความสับสนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

7) กำหนดตัวผู้ทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยการสนทนา (facilitator) ระหว่างการทำ family meeting (อาจจะเป็นใครก็ได้ในทีมที่มีทักษะการทำ family meeting ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์เสมอไป โดยแพทย์อาจจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลในเรื่องทางการแพทย์เท่านั้น)

8) กำหนดบทบาทของสมาชิกอื่นๆ ในทีมที่เข้าร่วมประชุมว่าต้องการให้ผู้ใดทำหน้าที่ชี้แจงหรือตอบคำถามแก่ครอบครัวในส่วนไหน

9) เตรียมคำถามที่อาจต้องถาม และเตรียมคำตอบล่วงหน้าที่คาดว่าผู้ปกครองหรือเด็กอาจสอบถาม

2. ขั้นตอนดำเนินการเมื่อเริ่มประชุม มีดังนี้

1) สมาชิกในทีมกล่าวแนะนำตัวและบอกบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้แนะนำตัวเอง

2) ผู้เอื้ออำนวยการสนทนา (facilitator) กล่าวสั้นๆ ถึงวัตถุประสงค์ของการทำ family meeting ในครั้งนี้ว่ามีประเด็นอะไรบ้างที่ต้องการให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ร่วมกันตัดสินใจหรือรับทราบ

3) ผู้เอื้ออำนวยการสนทนา (facilitator) แจ้งกติกาของการประชุม เช่น

- การเรียงลำดับของการแสดงความเห็น (ส่วนใหญ่นิยมให้ผู้ป่วยเป็นผู้แสดงความเห็นก่อน จากนั้นเรียงลำดับตามสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจในครอบครัวน้อยที่สุด ไปยังสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากที่สุด เนื่องจากหากให้สมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากกว่าคนอื่นๆ พูดก่อน สมาชิกที่เหลืออาจจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นของตัวเอง

- ให้สมาชิกคนอื่นๆ พูดจบก่อนแล้วจึงแสดงความคิดเห็น

- แจ้งระยะเวลาของการประชุมคร่าวๆ ให้ทุกคนได้รับทราบ

4) ถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเข้าใจระยะของตัวโรคและการพยากรณ์โรค

- ใช้คำถามเปิด ให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้แสดงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย

- เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วยทีมอธิบายและตอบคำถามของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ระยะของโรค และการพยากรณ์โรคเท่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากจะทราบ

5) ทำความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายและแนวทางการดูแล

- ถามความเห็นของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแล ทีมอธิบายเป้าหมายของการดูแล และชี้แจงข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี)

- สอบถามสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับข้อสงสัยเรื่องแผนการดูแลในอนาคต ทีมอธิบายเรื่องแผนการดูแลรักษาและชี้แจงแนวทางการจัดการกับอาการต่างๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

- สอบถามความต้องการของครอบครัวด้านต่างๆ ที่อยากให้ทีมช่วยเหลือ

- สอบถามประเด็นการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤติ เช่น การกู้ชีพ การให้ยา ความต้องการเกี่ยวกับพิธีกรรมทางศาสนาของครอบครัว สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต เช่น อยากเสียชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล

- ผู้ที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน หากอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ ควรมีตัวแทนของครอบครัวที่ทีมสามารถติดต่อได้ หากมีปัญหาบางอย่างที่ต้องการให้ครอบครัวร่วมตัดสินใจ

- กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารเกี่ยวกับวาระสุดท้ายในชีวิต

6) ประเมินผลกระทบและวิธีการรับมือกับปัญหา

- ภาระที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- พลวัตของครอบครัว ผลกระทบทางจิตใจ สิ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจ
- ประเมินความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยว คุณค่า การให้ความสำคัญของเด็กและครอบครัว ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจ

- วิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่างๆ ที่ผ่านมา
- ประเมินจุดแข็งของครอบครัวในการรับมือกับปัญหาและชี้ให้ครอบครัวเห็นจุดแข็งของตนเอง

- ประเมินว่ามีสมาชิกในครอบครัวคนใดที่ต้องการความช่วยเหลือด้านใดเป็นพิเศษหรือไม่ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ซึมเศร้า ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงิน อาชีพการงาน

- ให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้มีการตัดสินใจรับมือกับปัญหาอย่างเหมาะสม อาจเป็นการช่วยเหลือทางจิตใจ จิตวิญญาณ ช่วยเหลือในพิธีกรรมต่างๆ ทั้งก่อนและหลังจากเด็กเสียชีวิต

- ให้คำแนะนำในการดูแลพี่น้องของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากในภาวะที่พ่อแม่ทุ่มเทเวลาในการดูแลเด็กป่วย อาจทำให้ไม่สามารถดูแลพี่น้องอื่นๆ ได้เต็มที่ พี่น้องเหล่านั้นอาจรู้สึกโดนทอดทิ้ง จึงควรแนะนำให้พ่อแม่ให้อนุญาตให้พี่น้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือมีส่วนร่วมในการร่วมกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หากพบว่าพี่น้องได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

7) สรุปและปิดการประชุม

- เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ซักถามในประเด็นที่ทีมยังไม่ได้ตอบ
- สรุปสั้นๆ เกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ รวมทั้งแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต
- กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3. หลังการประชุม

หลังการประชุมระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วยทุกครั้ง ควรจดบันทึกสิ่งที่ได้พูดคุยกันระหว่างประชุมในประเด็นที่สำคัญอย่างละเอียดลงในเวชระเบียน ควรมีการเขียนสิ่งที่พูดคุยหรือแจ้งข่าวเป็นลายลักษณ์อักษรให้พ่อแม่ได้อ่านทบทวนภายหลัง เนื่องจากในระหว่างการจัดข่าวร้าย พ่อแม่อาจอยู่ในภาวะที่ตกใจ เครียดจนรับรู้ข้อมูลได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมที่ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประชุมเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดประชุมในครั้งต่อไป

ในการประชุมครอบครัวควรยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและเปิดเผยตรงไปตรงมาก่อนที่จะให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนตัดสินใจ ให้ความเคารพต่อความต้องการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติอย่างให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เลือกการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่ยึดความสะดวกของผู้รักษา ให้การดูแลแบบองค์รวม และช่วยติดต่อเครือข่ายบริการและเครือข่ายช่วยเหลืออื่นๆ ทางสังคมเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

1. กิตติพล นาควิโรจน์. การจัดประชุมพูดคุยระหว่างทีมที่ดูแลกับครอบครัว. (เข้าถึงเมื่อ 11 ก.พ.2563). เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/knowledges/doctorpalliative7th>.
2. จริยธรรมการแพทย์ (Medical ethic) และปัญหาความขัดแย้งในแง่จริยธรรม (Medical dilemma). 2556 (เข้าถึงเมื่อ 11 ก.พ.2563). เข้าถึงได้จาก: <https://ergoldbook.blogspot.com/2013/10/medical-ethic-medical-dilemma.html>.
3. ธาดา สืบหลินวงศ์. แนวทางจริยธรรมการวิจัยในเด็ก. (เข้าถึงเมื่อ 11 ก.พ.2563). เข้าถึงได้จาก: <http://www.fercit.org/file/ResChildren.pdf>.
4. แสง บุญเฉลิมวิภาส. หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. (เข้าถึงเมื่อ 11 ก.พ.2563). เข้าถึงได้จาก: <http://www.thailivingwill.in.th/content/หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต>.
5. All-Wales paediatric palliative care network. Paediatric advance care plan (PAC-Plan) v 2.2 2016 Mar; (cited 2020 Feb 11). Available from: http://www.cardiffandvaleuhb.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1143/all_wales_pac-plan_v2.2dr_6.pdf.
6. American Academy of Pediatrics. Pediatric palliative care and hospice care commitments, guidelines, and recommendations. Pediatrics 2013 Nov; 132 (5): 966-72.
7. Auckland district health board, Ministry of Health. Advance care planning: A guide for the New Zealand health care workforce. Wellington, New Zealand: Ministry of Health; 2011: 1-30.
8. Barton Goldsmith. 10 Tips for holding a family meeting; cited Feb 11,2020. Available from: <https://www.psychologytoday.com/ca/blog/emotional-fitness/201209/10-tips-holding-family-meeting>.
9. Canadian Paediatric Society. Advance care planning for paediatric patients. Paediatr Child Health 2008 Nov; 13(9): 791-6.
10. Christine R. Sanderson, Philippa J. Cahill, Jane L. Phillips, Anne Johnson, Elizabeth A. Lobb. Patient-centered family meetings in palliative care: a quality improvement project to explore a new model of family meetings with patients and families at the end of life. Ann Palliat Med 2017; 6(Suppl 2): S195-S205.
11. David E Weissman, Timothy E Quill, and Robert M Arnold. Fast facts and concepts # 222 preparing for the family meeting; cited Feb 11,2020. Available from: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/the-family-meeting-part-1-preparing/>.
12. Harold (Hal) Siden. Shifting focus in pediatric advance care planning: from advance directives to family engagement. J Pain Symptom Manage 2016 Sep; 52 (3): 355-65.
13. Justin Amery. A really practical handbook of children's palliative care for doctors and nurses anywhere in the world. Lulu Publishing Services, North Carolina: The APPM master formulary 2015 rev; 2016: 1-29.

14. Ramona Joshi. Family meetings: An essential component of comprehensive palliative care. Can Fam Physician 2013 Jun; 59(6): 637-9.
15. Sonya Collins. Pediatric palliative care: easing your child's suffering (internet). (WebMD feature reviewed by Laura J. Martin, MD on February 02, 2011; cited 2020 Feb 11). Available from: <https://www.webmd.com/palliative-care/pediatric-palliative-care-pediatric-advanced-care#1>.

10.4 การจัดการอาการไม่สุขสบายทางกายในผู้ป่วยเด็ก (Pediatric symptoms management)

การควบคุมอาการเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อาการที่สำคัญที่พบได้ เช่น ปวด อาการอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

การจัดการอาการปวดสำหรับการดูแลประคับประคองในเด็ก

ความปวดเป็นอาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกายซึ่งส่งผลต่อร่างกายและจิตใจตลอดจนคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติ การจัดการอาการทางกายเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การควบคุมอาการปวดที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ

ความปวดในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ อาการของโรคที่เป็นมากขึ้นและกระจายลุกลาม การกดทับเส้นประสาทของเนื้องอก การอักเสบติดเชื้อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด/ การฉายรังสี การผ่าตัด การทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย/ การรักษา ฯลฯ ก่อนที่จะให้การรักษาคควรจะต้องหาสาเหตุของความปวดเพื่อที่จะได้ให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง

การแบ่งชนิดของความปวดตามสาเหตุของพยาธิสภาพ ชนิดของความปวดตามพยาธิสภาพ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ/ การทำลายของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain)

1.1 Somatic pain เกิดเมื่อมีการทำลายเนื้อเยื่อของ somatic structure ได้แก่ ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ เป็นต้น ลักษณะปวดจะเป็น sharp pain

1.2 Visceral pain เกิดเมื่อมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออวัยวะภายใน (visceral organ) ลักษณะปวดจะเป็น dull aching pain

2. ความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) ผู้ป่วยอาจมีความปวดมากกว่า 1 ชนิดได้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค

การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (Effective pain management) ประกอบด้วย การประเมินความปวด (pain assessment) และการให้การรักษา (pain management)

1. การประเมินความปวด

ความปวดเป็นสภาวะที่มีทั้งมิติทางกาย สรีรวิทยา พัฒนาการด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ความเชื่อ ฯลฯ ถึงแม้ว่าความปวดจะเป็นประสบการณ์เฉพาะตัวของเด็กแต่ละคนทำให้สามารถประเมินได้ยาก แต่ได้มีความพยายามในการพัฒนาวิธีการประเมินความปวดในเด็กมาอย่างต่อเนื่อง การประเมินความปวดในเด็กมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ เนื่องจากการพัฒนาด้านการตอบสนองต่อความปวด รวมถึงการสื่อสารและการแสดงออกที่เป็นไปตามวัย

การประเมินความปวด ประกอบด้วย การประเมินด้านคุณลักษณะ (qualitative assessment) ได้แก่ การประเมินตำแหน่ง ลักษณะของการปวด ระยะเวลาที่ปวด อาการปวดร้าวไปที่อื่นๆ อาการร่วม ฯลฯ โดยใช้การซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุของอาการปวดอันจะนำไปสู่การให้การรักษาที่ถูกต้อง และการประเมินด้านปริมาณ (quantitative assessment) ได้แก่ การประเมินระดับหรือความรุนแรงของความปวด (pain intensity) ซึ่งจะช่วยในการให้การรักษาและติดตามการรักษา การประเมินความปวดควรเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินแบบองค์รวม และเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว

การประเมินความรุนแรงของความปวดนั้นอาจทำได้โดยการให้เด็กบอกอาการปวดของตนเอง (self-report) หากสามารถทำได้ โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด (pain assessment tool) ที่เหมาะสมตามวัย ได้แก่ FPS-R (faces pain scale-revised), Wong-Baker faces scale, poker chip tool, visual analogue scale (VAS), The Oucher photographic, numeric rating scale (NRS) หากผู้ป่วยไม่สามารถบอกความปวดด้วยตนเองได้ อาจใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้การสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (ตารางที่ 10.4) อย่างไรก็ตามเครื่องมือประเมินความปวดดังกล่าว ได้รับการศึกษาถึงความน่าเชื่อถือในการประเมินความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เท่านั้น ในกรณีผู้ป่วยเด็กที่เป็นผู้ที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารอาจต้องใช้เครื่องมือเฉพาะ เช่น การใช้ non-communicating children's pain checklist (NCCPC) หรือ rFLACC (revised FLACC) ในผู้ป่วยสมองพิการ เป็นต้น ซึ่งรายละเอียดในการประเมินความปวดในเด็กและแบบประเมินสามารถดูรายละเอียดได้จากเอกสารแนวทางการจัดการความปวดเฉียบพลันในเด็ก พ.ศ. 2561 จัดทำโดยสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

ตารางที่ 10.4 ตัวอย่างเครื่องมือประเมินความปวดตามวัย

ทารกแรกเกิดและทารก (Composite pain measures)	เด็กก่อนวัยเรียน (Behavioral measures)
PIPP	CHEOPS
NIPS	FLACC
CRIS	OPS

PIPP = Premature Infant Pain Profile, NIPS = Neonatal Infant Pain Profile, CHEOPS = Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale, FLACC = Face Legs Activity Cry Consolability, OPS = Objective Pain Scale

ควรระลึกอยู่เสมอว่าพฤติกรรมของเด็กอาจจะเปลี่ยนแปลงได้จากปัจจัยต่างๆ นอกเหนือจากอาการปวด เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิดกกังวล ซึมเศร้า หรือการอยู่กับอาการปวดเรื้อรังมาเป็นเวลานาน ฯลฯ ทำให้เด็กอาจนอนนิ่งทั้งที่ปวดมาก อาจทำให้เจ้าหน้าที่ประเมินความปวดได้ไม่ถูกต้อง จึงควรเชื่อในคำพูดที่เด็กบอกและจะต้องมีทักษะในการสื่อสารกับเด็กในวัยต่างๆ บางครั้งอาจต้องสื่อสารผ่านผู้ปกครอง บางครั้งการให้เด็กเขียนบันทึกประจำวันเกี่ยวกับความปวดของตนเอง (pain diary) ก็จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดได้ดี

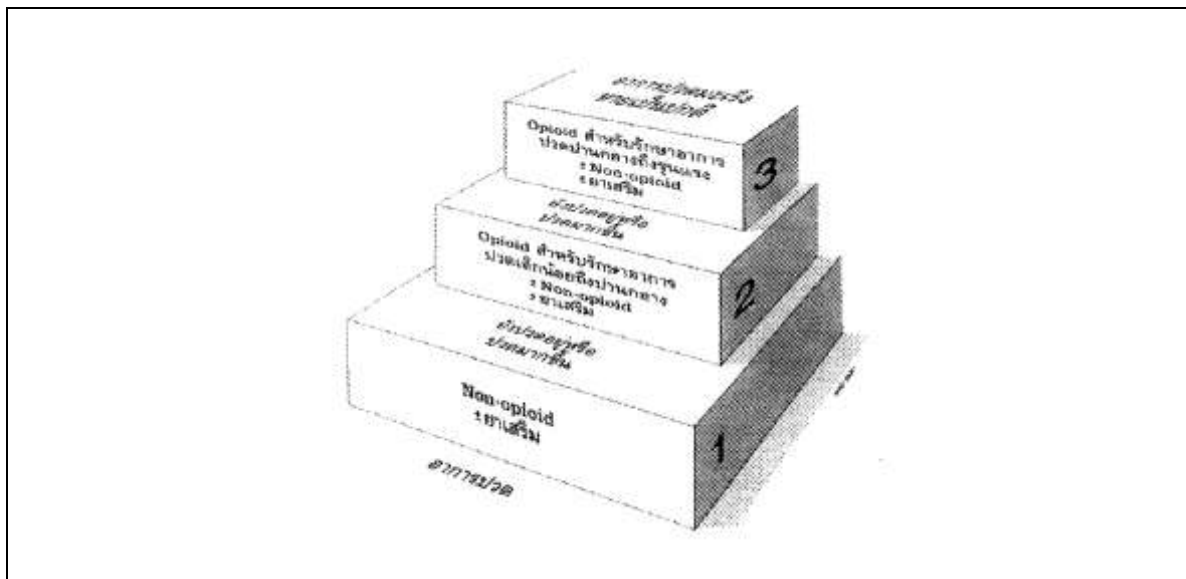
ควรสอบถามเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยทุกรายเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา หากพบว่ามีอาการปวด ควรประเมินความปวดในด้านคุณลักษณะและปริมาณ (ความรุนแรง) และประเมินซ้ำเป็นระยะ หรือเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อเป็นการติดตามผลการรักษาและจะต้องบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยด้วย

2. การรักษาอาการปวด

ในการรักษาความปวดนั้นจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ปกครองในเรื่องเป้าหมายของการรักษา ระดับความปวดที่ยอมรับได้และพึงพอใจ วิธีการและยา ตลอดจนวิธีที่จะใช้ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความปวดและความทุกข์ทรมาน ซึ่งแนวทางการรักษาความปวดนั้นต้องประกอบด้วยการรักษาโดยยา (pharmacological management) และไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) ควบคู่กันไป

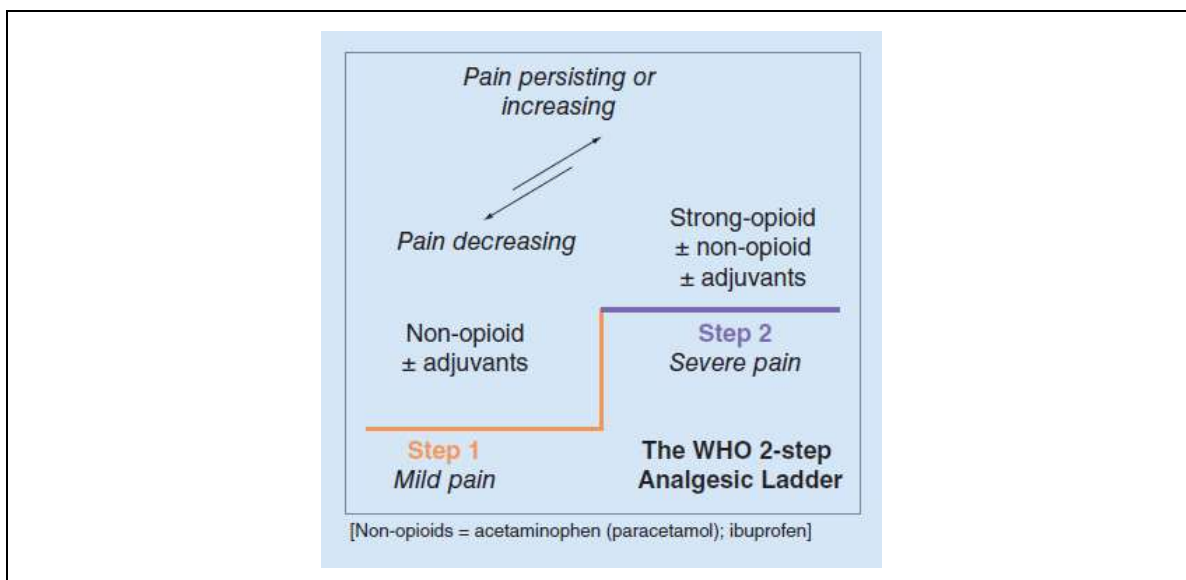
หลักในการใช้ยารักษาความปวดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ

2.1 “ตามลำดับขั้น” ให้ยาระงับปวดตามความรุนแรงของอาการปวดตามลำดับขั้น ดังภาพที่ 10.4



ภาพที่ 10.4 บันได 3 ขั้น ของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1998

ในปี พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำแนวทางการให้การระงับปวดสำหรับเด็กที่มีความปวดจากโรคต่างๆ (WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses) และแนะนำให้ใช้บันได 2 ขั้นของการใช้ยาระงับปวด (two step strategy) แทนการใช้บันได 3 ขั้น โดยยา codeine และ tramadol ในบันไดขั้นที่ 2 นั้น ได้ถูกนำออกจากแนวทางการให้ยาระงับปวด เนื่องจาก codeine มีฤทธิ์ระงับปวดที่ไม่แน่นอนเพราะความแตกต่างอย่างมากของเมตาบอลิซึมของยาในแต่ละบุคคล ส่วน tramadol มีการศึกษาและข้อมูลไม่เพียงพอในการสนับสนุนการใช้ในผู้ป่วยเด็ก (ภาพที่ 10.5)



ภาพที่ 10.5 บันได 2 ขั้น ของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2012

2.1.1 บันไดขั้นที่ 1: สำหรับอาการปวดไม่รุนแรง ยาที่แนะนำ คือ paracetamol และ ibuprofen ดังตารางที่ 10.5

ตารางที่ 10.5 ขนาดยาสำหรับบรรเทาอาการปวดไม่รุนแรง

ชนิดยา	ขนาดยาชนิดรับประทาน			
	ทารกแรกเกิด	ทารกอายุ 1-3 เดือน	ทารกอายุตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 12 ปี	ขนาดยาสูงสุดต่อวัน
Paracetamol	5-10 มก./กก. ทุก 6-8 ชม.	10 มก./กก. ทุก 4-6 ชม.	10-15 มก./กก. ทุก 4-6 ชม.	ไม่เกิน 4 ครั้ง/วัน
Ibuprofen			5-10 มก./กก. ทุก 6-8 ชม.	40 มก./กก./วัน

2.1.2 บันไดขั้นที่ 2: สำหรับอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ยาที่แนะนำ คือ ยาในกลุ่ม strong opioids โดยแนะนำให้ใช้ยา morphine เป็นชนิดเริ่มต้น ยกเว้นมีข้อห้ามหรือเกิดปัญหาจากการใช้ยา morphine จึงแนะนำให้เปลี่ยนเป็น strong opioids ชนิดอื่น (ตารางที่ 10.6-10.9)

ตารางที่ 10.6 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด

ชนิดยา	รูปแบบการบริหารยา	ขนาดเริ่มต้น
Morphine	IV injection*	25-50 มก./กก. ทุก 6 ชั่วโมง
	SC injection	
	IV infusion	เริ่มต้น 25-50 มก./กก. จากนั้น 5-10 มก./กก./ชม. หรือ 100 มก./กก. ทุก 6 ชม.
Fentanyl	IV injection*	1-2 มก./กก. ทุก 2-4 ชม.
	IV infusion	เริ่มต้น 1-2 มก./กก. จากนั้น 0.5-1 มก./กก./ชม.

หมายเหตุ: ควรฉีดยาช้าๆ ภายใน 3-5 นาที

ตารางที่ 10.7 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารก ตั้งแต่อายุ 1 เดือน - 1 ปี

ชนิดยา	รูปแบบการบริหารยา	ขนาดเริ่มต้น
Morphine	Oral (immediate release)	80-200 มก./กก. ทุก 8 ชม.
	IV injection	1-6 เดือน: 100 มก./กก. ทุก 6 ชม.
	SC injection	6-12 เดือน: 100 มก./กก. ทุก 4 ชม. (ไม่เกิน 2.5 มก./ครั้ง)
	IV infusion	1-6 เดือน: 50 มก./กก. จากนั้น 10-30 มก./กก./ชม.
		6-12 เดือน: 100-200 มก./กก. จากนั้น 20-30 มก./กก./ชม.
	SC infusion	1-3 เดือน: 10 มก./กก./ชม.
Fentanyl		3-12 เดือน: 20 มก./กก./ชม.
	IV injection	1-2 มก./กก. ทุก 2-4 ชม.
	IV infusion	1-2 มก./กก. จากนั้น 0.5-1 มก./กก./ชม.
Oxycodone	Oral (immediate release)	50-125 มก. ทุก 4 ชม.

หมายเหตุ: ควรฉีดยาช้าๆ ภายใน 3-5 นาที

ตารางที่ 10.8 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่อายุ 1-12 ปี (2)

ชนิดยา	รูปแบบการบริหารยา	ขนาดเริ่มต้น
Morphine	Oral (immediate release)	1-2 ปี: 200-400 มก./กก. ทุก 4 ชม.
		2-12 ปี: 200-500 มก./กก. ทุก 4 ชม. (ไม่เกิน 5 มก.)
	Oral (prolonged release)	200-800 มก./กก. ทุก 12 ชม.
	IV injection	1-2 ปี: 100 มก./กก. ทุก 4 ชม.
	SC injection	2-12 ปี: 100-200 มก./กก. ทุก 4 ชม. (ไม่เกิน 2.5 มก.)
	IV infusion	100-200 มก./กก. จากนั้น 20-30 มก./กก./ชม.
	SC infusion	20 มก./กก./ชม.
Fentanyl	IV injection	1-2 มก./กก. ทุก 30-60 นาที
	IV infusion	1-2 มก./กก. จากนั้น 1 มก./กก./ชม.
Methadone	Oral (immediate release)	100-200 มก./กก. ทุก 4 ชม. สำหรับ 2-3 ครั้งแรก จากนั้น ทุก 6-12 ชม. (เริ่มต้นไม่เกิน 5 มก. ต่อครั้ง)
		100-200 มก./กก.
Oxycodone	Oral (immediate release)	125-200 มก./กก. ทุก 4 ชม. (ไม่เกิน 5 มก./ครั้ง)
	Oral (prolonged release)	5 มก. ทุก 12 ชม.

ตารางที่ 10.9 อัตราส่วนการปรับยาระหว่างการบริหารยาแบบ parenteral และ oral (2)

ชนิดยา	อัตราส่วนยา parenteral: oral
Morphine	1:2 - 1:3
Methadone	1:1 - 1:2

2.1.3 ยาเสริม (Adjuvant drugs): ยาเสริม เป็นกลุ่มยาที่ไม่ได้เป็นยาระงับปวดโดยตรง แต่ช่วยเสริมฤทธิ์การระงับปวดได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาที่ไม่เพียงพอที่จะแสดงประสิทธิภาพการใช้ยา กลุ่มนี้ในเด็ก ในการช่วยลดปวดจากพยาธิสภาพระบบประสาท แต่ในทางปฏิบัติมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย (ตารางที่ 10.10)

ตารางที่ 10.10 ตัวอย่างยากลุ่ม ยาเสริม (adjuvant drugs)

ชนิดยา	ตัวอย่างยา
Antidepressants	amitryptiline, imipramine
Anticonvulsants	carbamarzepine, valproic acid, gabapentin
Corticosteroids	prednisolone, dexamethasone
Anesthetic drugs	ketamine

2.2 “ตามเวลา”

ควรบริหารยาโดยกำหนดเวลาของมียาให้คงที่ตามคุณสมบัติของยานั้นๆ และปรับยาตามอาการของผู้ป่วยโดยเพิ่มซ้ำๆ จนผู้ป่วยสบาย *ไม่ควรบริหารยาเป็น prn*

บางรายอาจต้องมีการเพิ่มยามื้อพิเศษ (rescue dose) เพื่อบรรเทาอาการ breakthrough pain ซึ่งยานี้ควรจะเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว และใช้ขนาดประมาณ 5-10% ของขนาดยาที่ให้ต่อวัน โดยให้เสริมจากยาที่บริหารตามเวลากรณีที่มีความปวดเพิ่มมากขึ้นเป็นช่วงๆ

2.3 “ตามวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม”

เด็กมักจะต่อต้านการบริหารยาที่ทำให้มีความเจ็บปวดเกิดมากขึ้น เช่น บริหารเข้ากล้ามเนื้อ หรือ เข้าทางหลอดเลือดดำ (กรณีที่ต้องเจาะเข็มน้ำเกลือใหม่) การบริหารโดยการกินเป็นวิธีที่ยอมรับได้ดีที่สุด โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้าน แต่หากมีปัญหาในการบริหารโดยการกิน ก็ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป อาจมีวิธีทางเลือกอื่นๆ เช่น การบริหารต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำหรือเข้าใต้ชั้นผิวหนัง การใช้ยาชนิดแผ่นแปะผิวหนัง ฯลฯ

2.4 “ตามความเหมาะสมของเด็กแต่ละคน”

เด็กแต่ละคนมีความต้องการยาระงับปวดที่ต่างกัน การวางแผนการรักษาจึงต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไปตามความเหมาะสม

ข้อควรระวังในการให้การรักษาด้วยยา

- การใช้ pethidine ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดการสะสมของ toxic metabolite จึงควรหลีกเลี่ยง
 - ควรให้การรักษาลดความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยา opioid ได้แก่ ท้องผูก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคัน ควบคุมกันไปเพื่อความสบายของผู้ป่วย และสังเกตอาการง่วงหลับหรือการหายใจลดลง ซึ่งเป็นอาการของการได้รับยามากเกินไป
 - ความกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยาเป็นอุปสรรคสำคัญของการบริหารยาให้ได้ประสิทธิภาพ หากเราให้การระงับปวดที่ดีผู้ป่วยก็จะไม่เรียกร้องขอยาระงับปวด
 - หากผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดชนิด opioid นานเกิน 7-10 วัน จะมีอาการ withdrawal symptom เมื่อหยุดยาโดยทันที ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงควรค่อยๆ ปรับลดยาลง 10%
 - ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการระงับปวดที่ไม่เพียงพอในขณะมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา strong opioid ชนิดใดชนิดหนึ่ง อาจทำการเปลี่ยนชนิดยา (opioid switching/ opioid rotation) โดยคำนึงถึงขนาดที่เทียบเคียงกัน (equianalgesic dose)
- การรักษาความปวดโดยการให้ยา ควรต้องทำควบคู่กันไปกับการรักษาโดยไม่ใช้ยา (psychological intervention) ซึ่งจะต้องพิจารณาเป็นรายๆ ตามวัย รวมทั้งพัฒนาการทางสมองและอารมณ์ของผู้ป่วย ในกรณีที่อาการปวดจัดการได้ยาก ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการระงับปวดในเด็ก

การจัดการอาการทางระบบทางเดินหายใจ

อาการทางระบบหายใจของผู้ป่วยได้ระยะท้าย เป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ดูแลและผู้ปกครอง โดยเฉพาะเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการดังกล่าวได้ อาการที่พบบ่อย ได้แก่

1. อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea)

เป็นอาการทางระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีอยู่เดิม หรือเกิดจากโรคระยะเรื้อรังในตำแหน่งอื่นๆ

กลไกที่ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย ได้แก่

- 1) ภาวะที่มี respiratory workload เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะน้ำในช่องปอด (pleural effusion)
- 2) ภาวะที่กล้ามเนื้อต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อจัดการกับ normal workload เช่น neuromuscular disease, spinal muscular atrophy (SMA)

- 3) ภาวะที่ร่างกายต้องการเพิ่ม ventilation เช่น metabolic acidosis ไข้สูง ช็อค

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความหอบเหนื่อยนอกจากให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยใช้ visual analog scale แล้ว ยังมีเครื่องมืออื่น เช่น modified borg scale (MBS) ดังตารางที่ 10.11 นอกจากนี้อาจประเมินจากการแสดงออกของผู้ป่วย เช่น การแสดงออกทางสีหน้า การใช้ accessory muscle, paradoxical movement, grunting เป็นต้น

ตารางที่ 10.11 Modified borg scale (MBS)

Scale	Severity
0	No breathlessness at all
0.5	Very very slight
1	Very slight
2	Slight breathlessness
3	Moderate
4	Somewhat severe
5	Severe breathlessness
6	
7	
8	Very severe breathlessness
9	Almost maximum
10	Maximum

แนวทางการรักษา

- 1) ป้องกันอาการหอบเหนื่อย เช่น หลีกเลี่ยงภาวะน้ำเกิน (fluid overload) การแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) การให้ยาขยายหลอดลม
- 2) รักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น การให้ยาปฏิชีวนะกรณีปอดอักเสบ การเจาะระบายน้ำในช่องปอด การทำ pleurodesis

3) การรักษาอาการหอบเหนื่อยแบบประคับประคอง

3.1) การใช้ยา (pharmacological management) ดังตารางที่ 10.12

- Opioids มีการศึกษาพบว่าการใช้ยาในกลุ่ม opioids สามารถลดอาการหอบเหนื่อยลงได้ ทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงใช้ยาในกลุ่มนี้ในการควบคุมอาการปวดอยู่แล้ว

- Benzodiazepine แต่ประโยชน์ของยาในกลุ่มนี้คือเพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล มีการศึกษาในผู้ใหญ่ที่ใช้ midazolam ร่วมกับ morphine ในการลดอาการหอบเหนื่อยในผู้ใหญ่ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน ถึงผลของการรักษาในเด็ก

3.2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) เช่น

- การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง (upright position) เพื่อให้มี optimal lung capacity
- การให้ออกซิเจน
- การฝึกสมาธิ
- การใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ non-invasive

2. อาการไอ (Cough) เป็นอาการที่พบร่วมกับอาการหอบเหนื่อย อาจเกิดจากการระคายเคืองบริเวณ upper airway, lower airway, pleura, pericardium การบรรเทาอาการทำได้ เช่น การพ่นฝอยละอองด้วยน้ำเกลือ ในกรณีเสมหะเหนียวข้น การใช้ยาในกลุ่ม opioids เช่น codeine ในผู้ป่วยไอแห้งๆ หรือการใช้ proton pump inhibitor (PPI) สำหรับการไอจาก GERD

3. อาการไอเป็นเลือด (Hemoptysis) พบได้ในผู้ป่วยที่มีปอดติดเชื้อ เช่น เชื้อรา (pulmonary aspergillosis) ภาวะแทรกซ้อนจากเกล็ดเลือดต่ำหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหลังการได้รับยาเคมีบำบัด การรักษาทำได้โดยการให้ยาฆ่าเชื้อรา หรือการให้ส่วนประกอบของเลือด

ตารางที่ 10.12 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการระบบทางเดินหายใจ

อาการ	ยา	ขนาดยา	ข้อพิจารณา
Dyspnea	Morphine	0.02-0.05 mg/kg/dose IV	¼ to ½ the dose used for analgesic
	Lorazepam	0.02-0.05 mg/kg/dose IV/PO	
	Midazolam	0.1- 0.2 mg/kg/dose IV	
Bronchospasm	Salbutamol	2.5-5 mg/dose nebulizer	
Secretion	Atropine 10% Eye drop	0.04-0.1 mg/kg/dose PO	
Cough	Dextrometorphane	0.2-0.4 mg/kg/dose	
	Codeine	0.06-0.15 mg/kg/dose	

การจัดการอาการระบบทางเดินอาหาร

ผู้ป่วยเด็กระยะท้าย จะเป็นช่วงที่อวัยวะต่างๆ ทำงานลดลง ความอยากอาหารหรือการเคลื่อนไหว ลำไส้ลดลง อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อย ดังนี้

1. อาการปวดท้อง (Abdominal pain) อาจเกิดจากท้องอืดจากลมในกระเพาะ ปวดแสบบริเวณลิ้นปี่ ภาวะเครียด หรือปวดจากลำไส้บีบตัวมากเกินไป โดยมียาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการระบบทางเดินอาหาร ดังตารางที่ 10.13

ตารางที่ 10.13 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการระบบทางเดินอาหาร

อาการ	ยาและขนาดยารักษา	
	ยา	ขนาดยา
ท้องอืดจากลมในกระเพาะ	Simethicone	< 2 years - 20 mg/dose PO 2-12 years - 40 mg/dose PO
ปวดแสบบริเวณลิ้นปี่	Omeprazole	1 mg/kg/dose PO /IV
ปวดจากลำไส้บีบตัวมากเกินไป	Dicyclomin	5 -10 mg PO วันละ 3-4 ครั้ง
	Hyoscine	0.3-0.6 mg /kg
	butylbromide	

2. คลื่นไส้อาเจียน (Nausea/ Vomiting) อาจเป็นจากตัวโรคของผู้ป่วย การได้รับยาเคมีบำบัด หรือการอุดตันของลำไส้ ความเครียด การได้รับยาบางอย่าง การรักษาโดยประเมินอาการผู้ป่วย รักษาสาเหตุที่ทำให้คลื่นไส้อาเจียน ยาที่ใช้รักษา ดังตารางที่ 10.14

ตารางที่ 10.14 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

Mechanism	Drug	Dose	Route
5HT ₃ -Receptor Antagonist	Ondansetron	0.1-0.2 mg/kg/dose	IV, PO
Dopamine D ₂ -Receptor Antagonist	Metoclopramide	0.15-0.3 mg/kg/dose	IV, PO
	Domperidone	0.2-0.4 mg/kg/dose	PO
Anti-Histamine	Diphenhydramine	1 mg/kg/dose	IV, PO

3. ท้องผูก (Constipation) พบว่า ร้อยละ 27-59 ของเด็กในระยะสุดท้ายจะมีอาการท้องผูก สาเหตุที่พบ เช่น รับประทานอาหารน้อย โรคประจำตัวหรือโรคทางสมองบางอย่าง และยา เช่น opioids induced constipation, hypothyroid ความเครียด เป็นต้น การรักษาทำได้โดยหาสาเหตุการให้ยา เช่น

- Stool softener/ laxative เช่น lactulose
- Stimulants-senna, bisacodyl

การจัดการอาการทางระบบประสาท

1. อาการชัก (Seizure) ควรประเมินว่าเป็นอาการชักที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ เป็นอาการชักเฉพาะที่หรือชักทั่วไป ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชัก หรือสาเหตุที่ทำให้ชักมีอะไรบ้าง

แนวทางการบำบัดอาการชักเป็นไปตามตารางที่ 10.15 หลังจากนั้นจึงพิจารณาการให้ยาป้องกันการชักต่อไป

ตารางที่ 10.15 แนวทางปฏิบัติให้การรักษาชักต่อเนื่องในโรงพยาบาล

นาทิตั้ง 0 - 5	จัดทำให้เหมาะสม, เปิดทางเดินหายใจ เปิดหลอดเลือดให้สารน้ำและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
นาทิตั้ง 5 - 30	ถ้ายังชักพิจารณาให้ diazepam 0.3 mg/kg/dose IV ถ้ายังชักพิจารณาให้ phenytoin 20 mg/kg or phenobarbital 20 mg/kg หรือ valproate 20-30 mg/kg
นาทิตั้ง 30 - 50	ถ้ายังชักพิจารณาให้ ยากันชักซ้ำในขนาดครึ่งหนึ่งของครั้งแรก
นาทิตั้ง 50	ถ้ายังชักพิจารณา เปลี่ยนชนิดยากันชัก

2. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง สมองพิการ เป็นต้น การบำบัดอาการดังกล่าวทำได้ เช่น 1) การบำบัดโดยไม่ใช้ยา เช่น กายภาพบำบัด 2) เกล็ดขัดยอก ยาในกลุ่ม benzodiazepine เช่น diazepam หรือยากระตุ้น GABA-receptor เช่น baclofen และ 3) การผ่าตัด เช่น การเพิ่มความยาวกล้ามเนื้อ

ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) อาจไม่สามารถรับประทานยาที่ได้รับอยู่เป็นประจำได้ ซึ่งจะทำให้มีอาการไม่สบาย เกิดความทุกข์ทรมาน อย่างไรก็ตามมีวิธีการบริหารยาโดยทางชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous administration) โดยใช้ syringe driver หรือเครื่องให้ยาต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้และจากไปโดยไม่ทุกข์ทรมานเช่นเดียวกับการดูแลในผู้ใหญ่

บรรณานุกรม

1. กวีวัฒน์ วีรกุล. Palliative care for pediatric oncologist. ใน: ปัญญา เสกสรรค์ บรรณาธิการ. Intensive review in childhood cancer. กรุงเทพฯ: นวัตกรรมพิมพ์, 2556: 160-8.
2. พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน. การรักษาอาการปวดมะเร็ง องค์การอนามัยโลก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ผีเสื้อ; 2547.
3. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2554.
4. วินัดดา ปิยะศิลป์. Introduction in pediatric palliative care. ใน:วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์ บรรณาธิการ. Pediatric palliative care. กรุงเทพฯ: เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิง. 2558.
5. สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการจัดการความปวดเฉียบพลันในเด็ก พศ. 2561. กรุงเทพฯ: บริษัทนพชัยการพิมพ์; 2561.
6. Collins J John. Symptom control in life-threatening illness in children. In Hanks J, Cherny IN, Christakis AN, Fallon M. Oxford textbook of Palliative medicine 4th eds Oxford university press 2010 New York. 1337-50.
7. Davies D. Respiratory symptoms. In Wolfe J, Hinds SP, Sourkes MB. Textbook of interdisciplinary pediatric palliative care. Saunders, Philadelphia 2011. 300-10.
8. Downing J, Jassal SS, Mathews L, Brits H et al. Pediatric pain management in palliative care. Pain Management 2015; 5(1): 23-35.
9. Grégoire M, Frager G. Ensuring pain relief for children at the end of life. Pain Res Manage 2006; 11 (3): 163-71.
10. Hester NO et al. Measurement of children's pain by children, parents, and nurses: psychometric and clinical issues related to the Poker Chip tool and Pain Ladder. Final grant report. Generalizability of procedures assessing pain in children. Denver, CO, Center for Nursing Research, School of Nursing, University of Colorado, 1989.
11. Loeser JD, Butler SH, Chapman RC, Turk DC. Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
12. Odole AC, Akinpelu AO. Translation and alternate forms reliability of the Visual Analogue Scale in the three major Nigerian languages. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 2009, 7.
13. World Health Organization. Cancer pain relieve and palliative care in children. Geneva: World Health Organization, 1998.
14. World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Geneva Switzerland: WHO, 2012.
15. Woodruff R. Gastrointestinal. Palliative medicine, Oxford university press 2004, 212-78.
16. Stinson JN, Kavanagh T, Yamada J, Gill N, Stevens B. Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. Pain; 125: 143-57.

10.5 การพยาบาลเพื่อการบรรเทาอาการไม่สุขสบายในเด็ก (Nursing management for symptom control)

เมื่อเด็กเจ็บป่วยจนการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตนั้น สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก คือ ความไม่สุขสบายจากอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ความปวด คลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก ความอ่อนล้า ฯลฯ นอกจากนี้ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยยังส่งผลให้ญาติมีความวิตกกังวลด้วย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ในระยะนี้ ควรมีแนวทางในการพยาบาลที่เหมาะสม สามารถช่วยจัดการอาการดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อาการไม่สุขสบายที่พบบ่อยในระยะท้าย ได้แก่

1. ความปวด (Pain)

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด

1) การจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลต้องสังเกตอาการปวด และอาการข้างเคียงของยา เช่น คื่น คลื่นไส้อาเจียน ฯลฯ และประเมินปวดซ้ำหลังผู้ป่วยได้รับยาทุก 1/2-1 ชม. ตามความเหมาะสม ลงบันทึกเพื่อพิจารณาการปรับเปลี่ยนยาต่อไป เป้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ การประเมิน sedation score และการหายใจ

2) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1) การบรรเทาปวดด้วยหลักกลศาสตร์ ได้แก่ การนวด (massage) การกดจุด (acupressure) การฝังเข็ม (acupuncture) การใช้ความร้อน (heat) การใช้ความเย็น (cold) การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS) การสัมผัส (touch) สัมผัสรักษา (therapeutic touch) อัมโยกตัว ให้สารความหวาน และพลังจักรวาล (cosmic energy)

2.2) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ได้แก่ การจัดกลุ่มให้ความรู้และการสนับสนุน (educative and supportive group) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) การฝึกการผ่อนคลาย (relaxing training) การสร้างจินตภาพ (imaginary) การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) ด้วยการ เล่น เล่าเรื่อง เล่นนิทาน หุ่นมือ ดูทีวี ฟังเพลง ฯลฯ ดนตรีบำบัด (music therapy) การบำบัดด้วยอารมณ์ขัน (humor therapy) การสวดมนต์ (prayer) ทำสมาธิ การตอบกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การใช้อาหารเพื่อบรรเทาความปวด ฝึกหายใจ (deep breathing) และการสะกดจิต (hypnotic therapy)

3) การสนับสนุนทางอารมณ์ ด้วยการไต่ถามอาการ ไม่ตีตราว่าเป็นปวดหลอก ตอบสนองความต้องการ ในการจัดการความปวดอย่างรวดเร็ว พยาบาลจึงต้องค้นหาสาเหตุของพฤติกรรม และประสานงานสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลเปิดโอกาสให้ได้รับบายความทุกข์ใจ สร้างความมั่นใจในบริการ

2. อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)

อาการหายใจลำบาก หรือหายใจไม่อิ่ม รู้สึกหายใจไม่เต็มปอด ไขก้นแน่นช่วยในการหายใจ สร้างความเครียดและทุกข์ทรมานใจให้ครอบครัว เนื่องจากไม่ทราบว่า จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร พยาบาล หาสาเหตุได้ตามมิติขององค์รวม อาจเกิดจากสาเหตุด้านร่างกาย คือ โรคของผู้ป่วย ยาที่ได้รับ ฯลฯ หรือสาเหตุ ทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลและความกลัว ฯลฯ

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก

1) ด้วยการให้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา

2) ด้วยการไม่ใช้ยา

2.1 วิธี Pursed-lip and diaphragmatic breathing พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูก และค่อยๆ ผ่อนลมหายใจเป่าออกทางปากช้าๆ วิธีนี้จะช่วยเพิ่มการขยายตัวของปอด หากทำได้ ควรแนะนำ และฝึกให้ผู้ป่วยหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยให้หายใจเข้าท้องป่อง และใช้มือ วางบนหน้าท้อง ขยับมือขึ้นตามจังหวะการหายใจเข้า เมื่อหายใจออกท้องจะยุบ มือก็ขยับลงตามการหายใจออก ผู้ป่วยจะผ่อนคลาย

2.2 จัดทำให้หายใจสะดวก ศีรษะสูง

2.3 สงวนพลังงานและวางแผนในการจัดลำดับกิจกรรม หลีกเลี่ยงการออกแรงที่ไม่จำเป็น

2.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี เปิดพัดลมหมุนเข้าหน้าผู้ป่วย ปรับระยะ และความแรงของลมให้พอเหมาะ อากาศที่เย็นและแห้งเกินไปจะทำให้หายใจลำบาก และไอมากขึ้นได้ ควรให้ใส่ เสื้อผ้าที่อบอุ่น

2.5 ไม่ควรรับประทานอาหารปริมาณมากเกินไป ควรรับประทานอาหารย่อยง่าย ครึ่งละน้อยๆ

2.6 ดูแลจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัว ฟังธรรมะ/ บทสวดที่คุ้นเคย ฟังเพลงที่ชอบ ฟังนิทาน

2.7 ให้ออกซิเจน และ/ หรือกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)

ภาวะไม่สุขสบายนี้ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียและขาดน้ำ พยาบาลประเมินลักษณะการเกิด ความถี่ อาการที่เกิดร่วมด้วย อาจเกิดจากหลายสาเหตุ

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

1) ด้วยการให้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา

2) ด้วยการไม่ใช้ยา

2.1) การจัดสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่ระบายอากาศดี ปราศจากกลิ่นและสิ่งกระตุ้น เช่น แสงจ้า เสียงดัง

2.2) หลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือหัตถการสร้างความเจ็บปวดก่อนมื้ออาหาร

2.3) รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารมัน กลิ่นฉุน ให้รับประทานทีละน้อย บ่อยครั้ง ไม่ดื่มน้ำก่อนหรือระหว่างรับประทานอาหาร

2.4) จัดท่านั่งนอน ศีรษะสูง นอนราบได้หลังอาหาร 2 ชั่วโมง

2.5) กดจุด ฝังเข็ม ดนตรีบำบัด จินตภาพ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ deep breathing ฯลฯ

2.6) Mouth care บ่อยๆ โดยเฉพาะหลังอาเจียนด้วยน้ำอุ่น

4. อาการท้องผูก (Constipation)

เกิดจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ขาดน้ำ เกลือแร่ไม่สมดุล ลำไส้ถูกกด ผลแทรกซ้อนจากยา opioid ฯลฯ พยาบาลซักประวัติแบบแผนการขับถ่าย ความสามารถในการขับถ่าย ลักษณะของอุจจาระ อาการร่วม ฯลฯ

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก ควรเริ่มจากการป้องกัน

1) ด้วยการให้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา

2) ด้วยการไม่ใช้ยา

- 2.1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าที่จะขอความช่วยเหลือ กล้าที่จะบอกผู้ดูแลหากต้องการขยับย้าย ฝึกขยับย้ายบนเตียงให้ชินหากมีแนวโน้มจะติดเตียง
- 2.2) ให้ได้รับอาหารกากใยและน้ำมากและบ่อยเท่าที่ทำได้
- 2.3) ติดตามอาการท้องผูก และอาการที่อาจเกิดร่วมด้วย เช่น ท้องอืด ปวดท้อง ฯลฯ
- 2.4) จัดทำนั่งเปิดทางเดินอาหารส่วนล่าง คือ เข้าสูงกว่าสะดือ โดยใช้ที่วางเท้าช่วย เอนตัวไปข้างหน้า เอาข้อศอกวางบนเข่า หลังตรง
- 2.5) คvik/ สวนอุจจาระ ตามแผนการรักษาของแพทย์หากไม่ดีขึ้น
- 2.6) กระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกาย หากเป็นผู้ป่วยติดเตียง พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

5. อาการเบื่ออาหาร (Anorexia) และขาดสารอาหาร (Cachexia)

loss of appetite ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย เด็กมักร้องขอเลือกแต่อาหารที่ชอบและคุ้นเคย อาจได้รับพลังงานที่ไม่เพียงพอ รวมไปถึงสาเหตุอื่นๆ เช่น ปัญหาทางกาย ได้แก่ ความปวดที่ควบคุมไม่ได้ การกลืนไม่ดี การติดเชื้อ แผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก การรับรสเปลี่ยนไป การย่อยไม่ดี การได้รับยา ฯลฯ ปัญหาทางจิตใจ ได้แก่ ซึมเศร้า stress ปัญหาทางอารมณ์ ฯลฯ

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเบื่ออาหารและขาดสารอาหาร

- 1) ด้วยการใช้ยาหรือสารอาหารทางหลอดเลือด พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา
- 2) ด้วยการไม่ใช้ยา
 - 2.1) ให้อาหารที่ชอบ ครั้งละน้อยๆ บ่อยครั้ง
 - 2.2) อนุญาตให้รับประทานอาหารที่คุ้นเคย ไม่ต้องเน้นให้ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ
 - 2.3) ให้อาหารอ่อน หรือ เหลวขึ้น ย่อยง่าย
 - 2.4) เสนอให้อาหารปั่นที่ให้พลังงานสูง
 - 2.5) ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางอาหาร เท่าที่ทำได้
 - 2.6) ผู้ดูแลช่วยสร้างบรรยากาศที่ดี ไม่สร้างความเครียดในการรับประทานอาหาร
 - 2.7) หากอยู่ในระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต การกินอาหารไม่ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น มีแต่จะทำให้ไม่สบาย แน่นท้อง หายใจลำบากมากขึ้น ผู้ดูแลจะวิตกกังวล พยาบาลจึงควรแนะนำว่าเป็นภาวะที่ร่างกายชดเชยตามธรรมชาติ การรับรู้ลดลง สบายมากขึ้น

บรรณานุกรม

1. กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555.
2. ลักขมี ชาญเวช และดุสิต สถาวร,บรรณาธิการ. The dawn of Palliative care in Thailand. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2556.
3. สมากรพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็ก ระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: 2557.
4. เอกสารประกอบการอบรมพยาบาลเฉพาะทางแบบประคับประคอง. สถาบันศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย. กรุงเทพฯ: 2561.
5. Ann Goldman, Richard Hain, Stephen Liben. Edited. Oxford textbook of Palliative Care for Children. Second edition. New York: Oxford University press ; 2012.
6. Betty R. Ferrell. Pediatric Palliative Care. Hospice & Palliative Nurses Association. USA.: Oxford University press; 2016.
7. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

10.6 การประเมินและช่วยเหลือทางจิตใจในผู้ป่วยเด็ก (Psychological assessment and support)

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายโดยการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งเด็กและครอบครัว ต้องเผชิญหน้ากับภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะ 2 สิ่งนี้ คือ 1) ตัวโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และต้องทนทุกข์ทรมานไม่จบไม่สิ้น และ 2) ปัญหาของชีวิตที่ไม่มั่นคงอาจจบลงในเวลาอันใกล้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดความคิดที่วนเวียนซ้ำไปซ้ำมา โดยการตั้งคำถามกับตนเองหรือมีการพูดคุยระหว่างกัน อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นมักแสดงออกมาทางสีหน้า เช่น เครียด วิตกกังวล กลัว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และมีพฤติกรรมเจ็บ พุดน้อยลง ไม่ร่าเริง ทานน้อยลง ปฏิเสธที่จะทำกิจกรรมที่เคยชอบ หรือแสดงออกในทางตรงข้ามได้ เช่น เอะอะโวยวาย พุดมาก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ทั้งเด็กและผู้ดูแลหรือครอบครัวเกิดปัญหาสัมพันธ์กัน การประเมินทางจิตใจในผู้ป่วยเด็กนั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้นั้น การประเมินจิตใจของผู้ดูแล/ ผู้ปกครองของเด็กเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากที่จะทำให้ทราบถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กได้ ดังนั้นจึงมีการช่วยเหลือทางจิตใจผ่านกระบวนการพูดคุย/ การให้การปรึกษา ซึ่งอาจต้องใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิตต่างๆ ในการประเมินร่วมด้วยและการทำจิตบำบัดรายบุคคล ครอบครัว จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจในสิ่งที่ตนกำลังเผชิญอยู่และมีแนวทางในการช่วยเหลือต่อไป

1. การประเมินด้วยการพูดคุยหรือให้การปรึกษาและจิตบำบัด เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีในระดับต่างๆ ดังนี้

1) การทักทายเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (เทคนิคที่ใช้: การสังเกต การถาม การฟัง และการเปิดประเด็น)

2) การสำรวจสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม เพื่อให้สำรวจตนเอง (เทคนิคที่ใช้: การถาม/ การเจ็บ การทวน/ สรุปความ การสะท้อนความรู้สึก การแกะรอย) ส่วนใหญ่มักจะใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิตและจิตเวช เข้ามาช่วยในการสำรวจสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญร่วมด้วย ดังนี้

2.1) แบบประเมิน/ คัดกรองสุขภาพจิตสำหรับเด็ก

- แบบประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง developmental assessment for intervention manual (DAIM)

- แบบคัดกรองโรควิตกกังวลสำหรับเด็ก screen for child anxiety related disorders (SCARED)-Thai version (ภาพที่ 10.6)

- แบบคัดกรองซึมเศร้าในเด็ก children's depression inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย

- แบบคัดกรองซึมเศร้าในวัยรุ่น center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย

2.2) แบบประเมิน/ คัดกรองสุขภาพจิตสำหรับผู้ใหญ่

- แบบประเมินความเครียด stress test-5 (ST5) หรือ SuanPrung stress test-20 (SPST20)
- แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย thai hospital anxiety and depression scale (Thai-HADS)

- แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q, แบบประเมินซึมเศร้า 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q กรมสุขภาพจิต

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (ซุ่ยย่อ) ฉบับภาษาไทย world health organization quality of life-bref-thai (WHOQOL-BREF-THAI)

- แบบประเมินพลังสุขภาพจิต resilience quotient (RQ)

- แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ thai mental health indicator version 2007 (TMHI-15)

Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)-Thai version สำหรับเด็ก

ชื่อ

วันที่

ข้อความด้านล่างเป็นคำอธิบายความรู้สึกต่างๆ ให้เลือกคำตอบ 1 ข้อ จากแต่ละข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรืออาการของหนูในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขอให้พยายามตอบคำถามทุกข้อ ถึงแม้จะมีบางข้อที่อาจดูไม่เกี่ยวข้องหรือตรงกับอาการของหนู

	0 ไม่จริง	1 จริงบ้าง บางครั้ง	2 จริง บ่อยๆ
1. เวลาารู้สึกกลัวมากๆ ฉันจะหายใจลำบากติดขัด			
2. ฉันมักปวดหัวเวลาอยู่ที่โรงเรียน			
3. ฉันไม่ชอบอยู่กับคนที่ฉันคุ้นเคยกัน			
4. ฉันรู้สึกกลัวเวลาต้องไปนอนที่อื่นไกลจากบ้าน			
5. ฉันกังวลว่าคนอื่นจะรู้สึกชอบ/ ไม่ชอบฉัน			
6. เวลาารู้สึกกลัวมากๆ ฉันมีอาการคล้ายจะหมดสติไป			
7. ฉันเป็นเด็กวิตกกังวลง่าย			
8. ฉันชอบตามติดพ่อแม่ (ผู้ปกครอง) ไปทุกที่ไม่ว่าจะไปไหน			
9. คนอื่นๆ บอกว่าฉันวิตกกังวลง่าย			
10. ฉันรู้สึกกังวลเวลาอยู่กับคนที่ฉันคุ้นเคย			
11. ฉันมีอาการปวดท้องเวลาอยู่ที่โรงเรียน			
12. เวลาารู้สึกกลัวมากๆ ฉันจะรู้สึกเหมือนกำลังจะควบคุมตนเองไม่ได้			
13. ฉันรู้สึกกังวลถ้าต้องนอนคนเดียว			
14. ฉันกังวลว่าตนเองจะดีหรือเก่งเท่าเด็กคนอื่น ๆ หรือไม่			
15. เวลาารู้สึกกลัวมากๆ ฉันจะรู้สึกเหมือนสิ่งต่างๆ รอบตัวดูไม่จริง			
16. ฉันมีฝันร้ายว่ามีเหตุการณ์ไม่ดีเกิดขึ้นกับพ่อแม่ (ผู้ปกครอง) ของฉัน			
17. ฉันกังวลเกี่ยวกับการไปโรงเรียน			
18. เวลาารู้สึกกลัวมากๆ หัวใจฉันจะเต้นเร็วเร็ว			
19. ฉันตื่นตื่นง่าย			
20. ฉันฝันร้ายว่ามีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง			
21. ฉันกังวลว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดีหรือไม่			
22. เวลาารู้สึกกลัวมากๆ ฉันจะมีเหงื่อออกมาก			
23. ฉันเป็นเด็กขี้กังวล			
24. ฉันเกิดอาการกลัวขึ้นมามากโดยไม่มีเหตุผลชัดเจน			

ภาพที่ 10.6 แบบคัดกรองโรควิตกกังวลสำหรับเด็ก screen for child anxiety related disorders (SCARED)-Thai version

ที่มา: กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 2563

Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)-Thai version สำหรับเด็ก

	0 ไม่จริง	1 จริงบ้าง บางครั้ง	2 จริง บ่อยๆ
25. ฉันกลัวการอยู่คนเดียวในบ้าน			
26. เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะพูดคุยกับคนที่ฉันรู้จักคุ้นเคย			
27. เวลารู้สึกกลัวมากๆ ฉันมีอาการคล้ายกำลังจะสำลัก			
28. คนอื่นๆ บอกว่าฉันขี้กลัวมากเกินไป			
29. ฉันไม่ชอบอยู่ห่างจากคนในครอบครัวฉัน			
30. ฉันกลัวว่าจะเกิดอาการกังวลมากคล้ายแพนิค			
31. ฉันกังวลว่าอาจมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับพ่อแม่ (ผู้ปกครอง) ของฉัน			
32. ฉันรู้สึกเขินอายเวลาอยู่กับคนที่ฉันรู้จักดี			
33. ฉันกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต			
34. เวลารู้สึกกลัวมากๆ ฉันจะมีอาการคล้ายจะอาเจียน			
35. ฉันกังวลว่าตนเองทำสิ่งต่างๆ ได้ดีพอหรือยัง			
36. ฉันกลัวการไปโรงเรียน			
37. ฉันกังวลกับสิ่งที่ได้เกิดขึ้นไปแล้ว			
38. เวลารู้สึกกลัวมากๆ ฉันรู้สึกคลื่นไส้			
39. ฉันรู้สึกกังวลเวลาต้องทำสิ่งต่างๆ ต่อหน้าคนอื่น (เช่น อ่านหนังสือ พูด หรือ เล่นกีฬา)			
40. ฉันรู้สึกกังวลเวลาไปงานเลี้ยง ปาร์ตี้ หรือที่ต่างๆ ที่มีคนที่ไม่สนิทคุ้นเคยอยู่			
41. ฉันเป็นคนขี้อาย			

การให้คะแนน คะแนนรวมมากกว่า หรือ เท่ากับ 25 คะแนน บ่งชี้ว่าอาจมีโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) โดยคะแนนมากกว่า 30 คะแนนจะมีความจำเพาะมากขึ้น

คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 7 จากข้อ 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 อาจบ่งชี้ถึง Panic Disorder หรือ Significant Somatic Symptoms

คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 9 จากข้อ 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 อาจบ่งชี้ถึง Generalized Anxiety Disorder

คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 5 จากข้อ 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 อาจบ่งชี้ถึง Separation Anxiety Disorder

คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 8 จากข้อ 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 อาจบ่งชี้ถึง Social Anxiety Disorder

คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 3 จากข้อ 2, 11, 17, 36 อาจบ่งชี้ถึง Significant School Avoidance

สำหรับเด็กอายุ อายุ 8-11 ปี ควรมีผู้ใหญ่ช่วยอธิบายแบบสอบถาม หรือนั่งอยู่ด้วยขณะทำแบบสอบถามเพื่อช่วยอธิบายข้อคำถามที่เด็กอาจไม่เข้าใจ*

Developed by Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David Brent M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D.,
Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh. (10/95).

แปลโดย พญ.ศิริรัตน์ อุพารัตินนท์ กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (2557)

Translated By: Sirirat Ularntinon, M.D. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok,
THAILAND. (2014)

ภาพที่ 10.6 (ต่อ) แบบคัดกรองโรควิตกกังวลสำหรับเด็ก screen for child anxiety related disorders (SCARED)-Thai version

ที่มา: กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 2563

3) การเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น สาเหตุและความต้องการ เพื่อให้กระจ่างแจ้งในสิ่งที่เกิดขึ้น (เทคนิคที่ใช้: การสังเกต การฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การสรุปความ และการผ่อนคลายต่างๆ) ซึ่งสามารถให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กฝึกการผ่อนคลายการช่วยเหลือในกรณีที่มีอาการทางกาย เช่น เครียด กังวล กลัว จนไม่สามารถควบคุมประสาทอัตโนมัติได้ ดังนั้นเทคนิคผ่อนคลายจะช่วยให้อาการทางกายต่างๆ ดีขึ้น สามารถให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กทำพร้อมกันได้ดังนี้

- การเบี่ยงเบนความสนใจ
- การกำหนดลมหายใจ
- การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- การฝึกจินตนาการ

4) การช่วยเหลือในการวางแผนในการจัดการกับปัญหา เพื่อให้รู้เป้าหมายและวิธีการในการจัดการปัญหา (เทคนิคที่ใช้: การให้ข้อมูล การแนะนำ การกำหนดทางเลือก การตัดสินใจในการนำไปปฏิบัติใช้)

5) การยุติและติดตามผลเพื่อการนำไปปฏิบัติ (เทคนิคที่ใช้: การให้กำลังใจ การสรุปยุติบริการ การปิดบริการ/ ส่งต่อเฉพาะทาง)

2. ประเมินผ่านกิจกรรมต่างๆ เป็นการใช้สื่อกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเด็กได้แสดงออกถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมต่างๆ โดยผ่านการใช้กิจกรรมต่างๆ ดังนี้

- 1) การอ่านนิทานหรือแต่งนิทานให้ใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
- 2) การใช้ศิลปะ เช่น การวาดภาพสัตว์ คน ครอบครัว หรือภาพอิสระที่ผู้ป่วยต้องการ การใช้สี การปั้น การประดิษฐ์ต่างๆ เป็นต้น
- 3) การเล่น อาจใช้ของเล่นที่ผู้ป่วยชื่นชอบหรือผู้บำบัดเตรียมมาเอง เช่น การเล่นเกมกระดาน ของเล่นที่กำหนดสถานการณ์/ เงื่อนไข เช่น เกมกระดาน เป็นต้น
- 4) การใช้ดนตรีผ่านการฟัง ร้อง เต้น เช่น การให้ผู้ป่วยเด็กแสดงท่าทางประกอบดนตรี การเล่นต่อเพลง ทายเพลง ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กที่สามารถลุกเดินจากเตียงได้อาจใช้การเล่นเป็นกลุ่ม เป็นต้น
- 5) การใช้กิจกรรมอื่นๆ เช่น การใช้สัตว์เลื้อย การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ การออกกำลังกาย สมนไพร น้ำหอม ฯลฯ

บรรณานุกรม

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ [Internet]. Available from: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1/20-21_11_61/C_3.pdf [2020, Feb 08].
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต [Internet]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/> [2020, Feb 07].
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง [Internet]. Available from: <https://www.thaichilddevelopment.com/ebook/DAIM%2010.04.2562.pdf> [2020, Feb 07,].
4. ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา. การบำบัดทางเลือกในเด็กพิเศษ [Internet]. [cited 2020 Feb 09]. Available from: https://www.happyhomeclinic.com/alt01-alternative_sp.htm.
5. ธนา นิลชัยโกวิทย์. แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย(Thai-HADS). [Internet]. [cited 2020 Feb 09]. Available from: <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/hads.html>.
6. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย : End of life care improving care of the dying. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด; 2552.
7. มัณฑรา ธรรมบุศย์. จิตวิทยาสำหรับครู (502 204) [Internet]. [cited 2020 Feb 05]. Available from: <https://sites.google.com/site/psychologybkf1/home/citwithya-kar-naeanaew-laea-kar-hi-kha-pruksa/prapheth-laea-khan-txn-kar-hi-kha-pruksa>.
8. ศันสนีย์ เรืองสอน. Psychological support & coping skills. ใน: วนิดา ปิยะศิลป์, วนิดี นิงสานนท์, บรรณาธิการ. Pediatric Palliative Care. หน้า 183-190. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558.
9. Ularntinon S. Screen for child anxiety related disorder (SCARED) - Thai version [Internet]. 2014 [cited 2020 Feb 09]. Available from: <https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/resources/instruments>.

10.7 การประเมินและการช่วยเหลือครอบครัว (Family support)

การดูแลเด็กป่วยระดับประคับประคองและระยะท้าย เป็นการดูแลที่อาศัยแนวคิดของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient-and family-centered care) และเป็นการดูแลที่มีความเฉพาะแตกต่างไปจากการดูแลผู้ใหญ่ เพราะเด็กป่วยแต่ละคนมีความต้องการเฉพาะที่แตกต่างกัน นอกจากการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเด็กแล้ว ครอบครัวซึ่งเป็นบริบทที่สำคัญของผู้ป่วยเด็ก ก็ยังถูกให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว เน้นการช่วยเหลือครอบครัวให้ผ่านพ้นวิกฤติไปได้ การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย 4 แนวคิดหลัก ดังนี้

1. การเคารพในความแตกต่างและรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ
2. การสื่อสารระหว่างทีมให้การดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล และความคิดเห็น
3. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา
4. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการทั้งในระดับปฏิบัติการจนถึงระดับนโยบาย

มีการศึกษาถึงความต้องการ การช่วยเหลือของครอบครัวของเด็กป่วยระดับประคับประคองและเด็กที่ใกล้เสียชีวิตทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ยังมีความต้องการหลายด้านที่ครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง ดังนี้

1. การบอกความจริง การแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยขาดการเตรียมตัวก่อนได้รับข่าวร้าย
2. ทีมสุขภาพขาดการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่เพียงพอ และไม่ได้รับข้อมูล รวมถึงการร่วมตัดสินใจกับแพทย์ที่อยู่เวรช่วงกลางคืน
3. ขาดประสิทธิภาพในการควบคุมความปวด และอาการไม่สุขสบายต่างๆ ให้ผู้ป่วยเด็ก
4. ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการบริการที่เหมาะสมจากสถานพยาบาลใกล้บ้านทำให้เสียค่าใช้จ่ายและลำบากในการเดินทาง
5. สถานบริการสุขภาพต่างๆ ขาดความตระหนักและขาดองค์ความรู้เรื่อง palliative care
6. ไม่สามารถหาแหล่งช่วยเหลือด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์
7. ขาดการดูแลต่อเนื่องและการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลเด็กป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่แพทย์และพยาบาลเปลี่ยนเวร
8. ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ
9. ขาดการดูแลช่วยเหลือและประคับประคองทางจิตใจแก่ครอบครัวหลังการสูญเสียผู้ป่วยเด็ก (bereavement care)
10. ครอบครัวรู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าครอบครัว และผู้ดูแลหลักที่ต้องดูแลเด็กป่วยระยะท้าย ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากกว่าทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา รู้สึกกังวลกับหลายๆ เรื่อง รู้สึกว่าตัวเองอารมณ์เสียง่ายขึ้น มีปัญหาสัมพันธ์กับเด็กป่วย ปฏิกริยาทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลและเด็กป่วยรุนแรงขึ้น รู้สึกว่ามีเวลาดูแลตัวเอง และการเข้าสังคมน้อยลง

การช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวเป็นสิ่งที่จำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องประเมินและช่วยเหลือควบคู่ไปกับการดูแลเด็กป่วย เพราะถ้าครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัย ก็จะทำให้ครอบครัวผ่านพ้นวิกฤติ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กแบบมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้ายของเด็กได้

การประเมินครอบครัว แนวทางการประเมินครอบครัวมีดังนี้

1. การประเมินแผนผังครอบครัว เขียนแผนผังครอบครัวของเด็กป่วย โดยหาบุคคลที่สำคัญต่อครอบครัวทั้งในด้านการเป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้ที่หารายได้หลัก บุคคลที่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย บุคคลที่เด็กป่วยสนิทที่สุด ลักษณะความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันในแต่ละบุคคล ถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในประเทศหรือต่างประเทศ สิทธิตามกฎหมายหรือนอกกฎหมายในการดูแลเด็ก หรือถ้าผู้ดูแลหลักไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว แต่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กมาตลอดก็มีความจำเป็นที่ต้องเขียนผังครอบครัวของผู้ดูแลหลักด้วย เพื่อประเมินศักยภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กป่วย

2. ประเมินระบบเครือญาติ ประเมินผู้ดูแลหลัก ที่ดูแลเด็กป่วยว่าเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นเครือญาติกันหรือเป็นบุคคลที่ครอบครัวจ้างมาดูแลเด็กป่วย บางครอบครัวที่เป็นครอบครัวแม่ หรือพ่อเลี้ยงเดี่ยว จำเป็นต้องหาเครือญาติคนอื่นๆ ที่สามารถช่วยสนับสนุนพ่อ แม่ ในการดูแล หรือช่วยเยียวยา จิตใจพ่อแม่ได้

3. ประเมินวัฒนธรรมครอบครัว และกระบวนการตัดสินใจ ประเมินหาความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งหรือบุคคลที่ครอบครัวให้คุณค่า ให้ความสำคัญ เพราะสิ่งต่างๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของครอบครัว อีกทั้งทีมรักษาต้องค้นหาผู้มีอำนาจตัดสินใจหลักในครอบครัว โดยเฉพาะในเรื่องการดูแล และการตัดสินใจที่ยุ่ยากในการรักษาผู้ป่วยเด็ก

4. ประเมินการสื่อสารในครอบครัว ลักษณะการพูดคุยปรึกษาหารือ การส่งต่อข้อมูล การสื่อสารของแต่ละครอบครัวเป็นอย่างไร สมาชิกในครอบครัวใช้ช่องทางใดบ้างในการสื่อสารกัน เช่น คุยกันช่วงอาหารเย็น คุยผ่านโทรศัพท์ และครอบครัวมีการส่งต่อข้อมูล การสื่อสารเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กอย่างไรบ้าง มีการสื่อสารการบอกความจริงกับเด็กป่วยหรือไม่ รวมถึงความต้องการการปกปิดข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็ก

5. ประเมินระบบและหน้าที่ของครอบครัว หาผู้บังคับบัญชาของบ้านที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้บ้านดำเนินไปได้ บทบาทสมาชิกแต่ละคนในบ้านที่ได้รับมอบหมาย หรือต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปเมื่อมีเด็กป่วยในบ้าน การแบ่งกลุ่มแบ่งข้างเมื่อเกิดความขัดแย้งกัน บุคคลที่เป็นแพะหรือถูกกล่าวหาว่าเป็นต้นเหตุของปัญหาในบ้าน หากกระบวนการภายในบ้านว่าเมื่อเกิดปัญหาขึ้น สมาชิกมีการแก้ปัญหาอย่างไร เช่น ยังรักกันเหนียวแน่น มีอารมณ์ความเข้าใจร่วมกัน ช่วยกันแก้ปัญหา หรือห่างเหินกันไป ไม่สื่อสารกัน โยนความผิดให้คนอื่น นอกจากนี้ควรประเมินระยะพัฒนาการของครอบครัว เพื่อจะได้เข้าใจภารกิจ หน้าที่ และความรับผิดชอบหลักของสมาชิกในบ้าน

6. ทรัพยากรของครอบครัว ประเมินทรัพยากรหลักและทรัพยากรที่เอื้อ ที่เป็นทั้งด้าน เงิน บุคคล อุปกรณ์ หรือแหล่งสนับสนุนเครือข่ายต่างๆ ที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตเทียบเท่าปกติสุข และสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้ เช่น สถานะทางการเงิน คนที่ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ช่วยดูแลพี่น้อง หรือดูแลเด็กป่วยเมื่อผู้ดูแลหลักไม่อยู่

7. การประเมินความเสี่ยงของครอบครัว หาจุดอ่อนหรือความเสี่ยงอื่นๆ ในครอบครัวที่จะส่งผลกระทบต่อ การดูแลเด็กป่วย เช่น โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพจิตใจ การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแลเด็ก ระดับการศึกษา ระดับเชาวน์ปัญญาของพ่อแม่ การขาดบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ ครอบครัวมีประสบการณ์ การแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตัวเอง การฆ่าตัวตาย ทำร้ายเด็กป่วย ใช้อาหารหรือสารเสพติด

เนื่องจากผู้ป่วยเด็กแต่ละรายและครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน ในทุกๆ ด้าน ดังนั้นจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ทีมดูแลต้องทำความเข้าใจ ซึ่งจะสามารถประเมินได้ถึงปัญหา และความต้องการที่แท้จริงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วยได้ เป้าหมายของการช่วยเหลือครอบครัวของเด็กป่วยระดับประคับประคองและระยะท้ายควรครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ค้นพบและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวได้
- 2) ลดความทุกข์ของผู้ดูแล
- 3) ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี ส่งเสริมสุขภาพกายและใจที่ดีของผู้ดูแล
- 4) ช่วยให้ครอบครัวดูแลผู้ป่วยให้เกิดความสุขสบายที่สุดได้

ครอบครัวที่มีเด็กป่วยเรื้อรัง หรือมีเด็กที่ป่วยในระยะท้าย มักต้องเผชิญกับความเครียด อยู่ในภาวะตัดสินใจลำบาก เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิกทุกคนในบ้านรวมทั้งเด็กป่วย จนบางครั้งครอบครัวไม่สามารถรักษาระบบครอบครัวไว้ได้ ดังนั้นหลักในการดูแลครอบครัวคือ ช่วยจัดการและลดปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยค้นหาแนวทางแก้ปัญหา และจัดการกับทรัพยากรที่ครอบครัวมีอยู่ มาสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถผ่านวิกฤติ และดำเนินหน้าที่ในระบบครอบครัวต่อไปได้

การดูแลช่วยเหลือครอบครัว การดูแลช่วยเหลือครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

1. การช่วยลดความตึงเครียดของครอบครัว โดยทีมดูแลต้องให้การช่วยเหลือในเรื่องดังนี้
 - 1.1 ดูแลจัดการกับอาการปวด และอาการไม่สุขสบายต่างๆ ทางร่างกายให้เด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.2 ส่งเสริมให้พ่อ แม่ และสมาชิกในครอบครัวได้ทำหน้าที่กับผู้ป่วยตามบทบาทในครอบครัว เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงศักยภาพ ความรู้ ความสามารถในการวางแผนหรือดูแลเด็กป่วย
 - 1.3 สื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจชัดเจน ในเรื่องการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา หรือการใช้ยากลุ่มพิเศษต่างๆ ที่ครอบครัวอาจมีความกังวล รวมถึงการแจ้งข่าวร้ายและการคุยเรื่อง advance care plan
 - 1.4 มีการเตรียมการ และวางแผนล่วงหน้า ในกรณีครอบครัวต้องพาเด็กกลับบ้านโดยมีการประชุม พูดคุย ให้ข้อมูลเป็นระยะ เพื่อให้ครอบครัวได้มีเวลาเตรียมตัวและเตรียมใจ
2. การสนับสนุนด้านการบริหาร จัดการทรัพยากรทั้งภายในครอบครัวและนอกครอบครัว
 - 2.1 การให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนแก่ครอบครัว รวมถึงการช่วยประสาน ส่งต่อข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีมให้บริการ เพื่อให้ครอบครัวสะดวกและรู้สึกปลอดภัยว่าจะได้รับการดูแลต่อเนื่องจริง สมุดประจำตัวผู้ป่วยระดับประคับประคองหรือใบบันทึกการทำ advance care plan เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยติดตัวไว้เมื่อกลับบ้าน
 - 2.2 การให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็กประคับประคองที่บ้าน ควรให้ผู้ดูแลหลักมาฝึกปฏิบัติเสมือนจริงที่โรงพยาบาล และมีทีมดูแลช่วยเป็นที่ปรึกษาให้ จนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และในเด็กที่ต้องใช้อุปกรณ์ที่ยุงยากที่บ้าน เช่น เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์การช่วยชีวิต ทีมดูแลต้องให้ความรู้เรื่องการบำรุงรักษา การหาอุปกรณ์สำรอง รวมถึงการขอความช่วยเหลือกรณีมีปัญหาฉุกเฉิน
 - 2.3 ด้านการเงิน อาจสนับสนุนในเรื่องการช่วยค่าครองชีพระหว่างแม่เฝ้าลูกที่โรงพยาบาล การช่วยหาอาชีพให้กับพ่อแม่ที่ไม่มียานพาหนะ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินช่วยเหลือ เช่น ค่าเลี้ยงดูบุตร เงินสนับสนุนจากรัฐกรณีเป็นเด็กพิการ ซึ่งการช่วยเหลือด้านนี้ทีมดูแลสามารถปรึกษาทีมสังคมสงเคราะห์ให้การช่วยเหลือได้

2.4 สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลเด็กป่วยที่บ้าน ทีมดูแล ประเมินผู้ป่วยและเตรียมการ ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเรื่องเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่เด็กป่วย จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน ควรมีระบบการให้ยืมอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ไปใช้ที่บ้าน รวมถึงการลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน และให้การช่วยเหลือเรื่องการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ

2.5 ผู้ดูแลหลักถือเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการดูแลเด็กป่วย ดังนั้นผู้ดูแลเด็กควรได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอทั้งด้านร่างกายและจิตใจระหว่างการดูแลเด็กที่โรงพยาบาล ควรให้ผู้ดูแลได้ไปนอนพัก ในห้องพักสำหรับญาติบ้างในช่วงที่พยาบาลให้การพยาบาลเด็กหรือช่วงที่มีสมาชิกอื่นมาดูแลเด็กแทน รวมถึง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสดำเนินกิจกรรมที่ชอบ เช่น ทำผม เดินเล่น ช็อปปิ้ง ออกกำลังกาย ทำบุญไหว้พระ ไปงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อน

3. การช่วยเหลือด้านการรับมือกับปัญหา

3.1 การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ เทคนิคการรับมือกับปัญหา ปฏิกริยา และผลกระทบกับ ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดภาวะกดดัน ดึงเครียดขึ้น โดยอาจใช้การเล่าเรื่อง ชวนคุย และใช้แบบประเมินสภาพจิตใจ เช่น แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบคัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิต (GHQ) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) เมื่อพบค่าความเสี่ยง ควรให้การช่วยเหลือ โดยอาจส่งปรึกษานักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์เพื่อให้การประเมิน ช่วยเหลือด้านจิตใจต่อ

3.2 การช่วยเหลือด้านจิตใจ เมื่อประเมินพบว่า ผู้ป่วยเด็ก สมาชิกหรือผู้ดูแลหลัก มีปัญหาด้านจิตใจ จนกระทบต่อการดำรงชีวิตและการดูแลเด็กป่วย ทีมดูแลควรส่งต่อให้ทีมสุขภาพจิตดูแลและช่วยเหลือต่อ ซึ่งเทคนิคที่มักใช้ในการช่วยเหลือ เช่น การเล่นบำบัดในเด็กป่วย เทคนิคการผ่อนคลาย กลุ่มบำบัด ศิลปะบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นต้น

4. การช่วยเหลือ สนับสนุนปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเป็นระบบครอบครัว การดำรงหน้าที่ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กป่วยและครอบครัว ได้แก่

4.1 การสนับสนุนให้เด็กและครอบครัวได้ทำกิจกรรมตามความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนา ที่ไม่เป็นอันตรายต่อครอบครัวและเด็กป่วย

4.2 ช่วยเหลือให้เด็กป่วยและครอบครัวได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาตามความฝันของเด็ก และสิ่งที่ยัง ค้างคาใจ

4.3 ทีมดูแลให้การดูแล ช่วยเหลือเด็กป่วยตามพันธกิจชีวิต หรือตามข้อตกลงใน advance care plan ที่ครอบครัวหรือเด็กต้องการเมื่อเด็กเข้าสู่ภาวะวิกฤติ หรือระยะท้าย

บรรณานุกรม

1. Tse Man, Doris. Care for the Family in Palliative Care. HKSPM Newsletter. 2007[cited 2020 February 10];26-30. Available from: www.fmshk.org> care for the family in palliative carets.
2. World health organization. WHO definition of palliative care. 1998. [cite 2020 February 10]. Available from World Health Organization Website <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. Zimmermann et.al. When parents face the death of their child: a nationwide cross-sectional survey of parental perspectives on their child's end-of life care. BMC Palliative Care (2016) 15:30 DOI :10.1186/s12904-016-0098-3.

10.8 การดูแลด้านจิตวิญญาณในเด็กระยะท้าย (Spiritual management)

การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่มีความจำเป็นและละเอียดอ่อนในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะท้ายและครอบครัวให้เป็นองค์รวมโดยสมบูรณ์ เพื่อเตรียมเด็กและครอบครัวในการปรับตัว ปรับใจ ทำให้ยอมรับสภาวะใกล้ตายและความตายได้อย่างสงบ อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับบริบทแวดล้อม ความเชื่อ ความรัก ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม สิ่งยึดเหนี่ยว ศาสนาของแต่ละครอบครัว ดังนั้นทีมการดูแลรักษา ควรเคารพใส่ใจประเมินปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณของเด็กและครอบครัว

การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ประเด็นทางจิตวิญญาณในเด็ก มักจะไม่ใช่ศาสนาและความเชื่อ แต่เป็นลักษณะนิสัย ความชอบ ตัวตนของเด็กคืออะไร ชีวิตเกิดมาเพื่ออะไร อะไรคือคุณภาพชีวิตของเด็ก wishes ความใฝ่ฝัน/ ความปรารถนา ดังนั้นการให้การพยาบาลทางจิตวิญญาณจึงควรให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ ดังตารางที่ 10.16

ตารางที่ 10.16 การพยาบาลตามระยะพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ

วัย	การพยาบาล
ทารก	- ให้การตอบสนองด้านการสัมผัสโอบกอด เสียงที่อ่อนโยน - ให้การดูแลเพื่อลดอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในร่างกาย - จัดกิจกรรมการเล่น จัดหาของเล่นที่ชอบให้ เช่น ของเล่นที่มีเสียง โมบาย ฯลฯ
เด็กวัยเตาะแตะ	- นำของรักของใช้ส่วนตัวที่เด็กชอบมาไว้ให้ เช่น ตุ๊กตา ผ้าห่ม เป็นต้น - จัดกิจกรรมการเล่น เช่น การขีดเขียนด้วยสีเทียน จิกซอร์ขนาด 3-4 ชิ้น ตุ๊กตา ลูกบอล บล็อกต่อจำนวนรูปร่างน้อยๆ หนังสือนิทานป๊อบอัฟ ฯลฯ
เด็กก่อนวัยเรียน	- อธิบายให้เด็กเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กว่าไม่ได้เป็นการถูกลงโทษ - นำของรักของใช้ส่วนตัวที่เด็กชอบมาไว้ให้ เช่น ตุ๊กตา ผ้าห่ม เป็นต้น - ใช้ภาษาในการสื่อสารแบบเข้าใจง่ายๆ ใช้ตุ๊กตาประกอบ หรือเล่านิทานช่วย เป็นต้น - จัดกิจกรรมการเล่น เช่น การวาดรูป ระบายสี หนังสือนิทาน จิกซอร์จำนวนชิ้นมากขึ้น (5-6 ชิ้น) เลโก้ รถสามล้อ บล็อกต่อรูปร่างที่มากขึ้น (12 รูปร่าง) ฯลฯ
เด็กวัยเรียน	- อธิบายให้เด็กเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยโดยไม่โกหก บอกความจริงให้เด็กรับทราบ - เปิดโอกาสให้เด็กได้ซักถามหรือเล่าถึงความรู้สึกของตนเอง ให้ความสำคัญกับคำถามของเด็ก - ให้ความมั่นใจแก่เด็กว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของเด็ก และเด็กจะไม่ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกโดดเดี่ยว - จัดกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมตามวัย จัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายตามความชอบของเด็ก เช่น การวาดภาพ ระบายสี ดูทีวี ฟังเพลง และเล่นเกมส์ เป็นต้น - จัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้เด็กมีจิตใจที่สงบ มีสติ ยอมรับและเตรียมใจต่อการใกล้เสียชีวิตของตน เช่น ทำบุญตักบาตร จัดหาซีดีการ์ตูนธรรมะ/ หนังสือการ์ตูน ธรรมะ นิมนต์พระ/ นักบวชมาพูดคุยให้กำลังใจ นำพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือมาไว้ ให้ข้างเตียง

ตารางที่ 10.16 (ต่อ) การพยาบาลตามระยะพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ

วัย	การพยาบาล
วัยรุ่น	- อธิบายให้เด็กเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วย และวิธีการรักษา สิ่งที่ต้องเผชิญขณะรับการรักษา เปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการรักษา - ให้กำลังใจ และแสดงให้เด็กรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความเข้มแข็ง - รับฟังเด็กด้วยท่าที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้เด็กได้พูดระบายความคิด ความรู้สึก หรือซักถามปัญหา ข้อสงสัย และตอบข้อซักถามของเด็ก - จัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้ความรู้สึกสงบและผ่อนคลายตามความเหมาะสม เช่น การวาดภาพ ดูทีวี ฟังเพลง เล่นเกมส์ เป็นต้น - ช่วยเหลือให้เด็กได้กระทำในสิ่งที่ยังค้างคาใจโดยสอบถามถึงสิ่งที่เด็กต้องการที่จะทำให้เสร็จสิ้น หากมีความโกรธใคร แนะนำให้อภัยไม่ถือโทษ หรือขออโหสิกรรม ช่วยบรรเทาความรู้สึกผิดออกไป - จัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้เด็กยอมรับและเตรียมใจต่อการใกล้เสียชีวิตของตน เช่น ทำบุญตักบาตร จัดหาชีวิตีธรรมะ/ หนังสือธรรมะ นิมนต์พระ/ นักบวชมาพูดคุยให้กำลังใจ นำพระพุทธรูป หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือมาไว้ให้ข้างเตียง หรือเปิดโอกาสนำสิ่งของที่รัก/ ให้ได้อยู่กับบุคคลที่รักจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง เพราะจิตวิญญาณคือสิ่งที่อยู่ลึกซึ้งที่สุดของจิตใจ มีผลต่อชีวิตโดยส่วนรวมของบุคคลนั้น การตอบสนองความต้องการวาระสุดท้ายของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นการส่งผู้ป่วยให้จากไปอย่างสมเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ เช่น ได้รับ “การดูใจ” หรือ “บอกทาง” จากบุคคลที่ผูกพันได้อย่างสงบ ปราศจากสิ่งรบกวนใดๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็กระยะท้ายทางจิตวิญญาณ

- 1) ความรักของพ่อแม่และคนรอบข้างมีพลังยิ่งใหญ่เรามาช่วยกันเติมพลังใจให้เด็กมีความสุขที่สุดด้วยความรัก ความอ่อนโยน ความเมตตากรุณา
- 2) ความซื่อสัตย์ อุดหนุน จริงใจ พูดคุยด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายให้ข้อมูลเมื่อเด็กพร้อมตามความต้องการของเด็กที่อยากรับรู้
- 3) ให้ข้อมูลซ้ำเมื่อเด็กต้องการ
- 4) ตรวจสอบความเข้าใจสิ่งที่เราพูดและบอก
- 5) เป็นผู้รับฟังที่ดี
- 6) พร้อมที่จะตอบคำถามง่ายๆ และอย่าแปลกใจถ้าเด็กถามคำถามที่ยาก
- 7) ไม่ควรห้ามเด็กไม่ให้ถาม และอย่าเปลี่ยนเรื่องเมื่อเด็กต้องการถาม
- 8) ถ้าเราตอบไม่ได้ก็ต้องบอกเด็กว่า “ตอบไม่ได้” ไม่ทราบก็ต้องบอกว่า “ไม่ทราบ”
- 9) ให้เด็กเผชิญความเศร้าโศกในวิถีของเขา และเราช่วยประคับประคองให้ผ่านไปด้วยดี
- 10) ช่วยให้เด็กหาหนทางที่จะแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองออกมา เช่น การวาดรูป การเขียนบันทึก ฯลฯ

- 11) อย่าพยายามบอกเด็กให้ทำอย่างนั้น ให้ทำอย่างนี้
- 12) สอบถามหรือค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับความเศร้าโศกของเด็ก
- 13) การแสดงออกถึงความเศร้าโศกเป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่ควรมีมากเกินไปจนทำให้เด็กกังวลหรือไม่สบายใจ
- 14) ให้รู้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ปกติในเด็ก เช่น เด็กพยายามค้นหาหรือพูดถึงความตายไปแล้ว เช่น มองหาภายในบ้าน โทรศัพท์ถึง เรียกชื่อ วิธีการค้นหาแบบนี้เด็กอาจทำเพื่อบอกตัวเอง หรือเพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลเหล่านั้นไม่ได้อยู่แล้ว
- 15) อาจหาช่วงจังหวะเวลาที่เหมาะสมในการพูดคุยอย่างระมัดระวัง และทำความเข้าใจ หาโอกาสที่จะบอก และชี้ให้เด็กเห็นว่า ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่เกิดขึ้น โดยอาจสื่อสารกับเด็กด้วยการเล่าเรื่องประกอบภาพการ์ตูน ภาพธรรมชาติ วงจรของสิ่งมีชีวิต ที่เข้าใจได้ง่ายและไม่น่ากลัว
- 16) ให้ความรักแก่เด็กอย่างต่อเนื่อง ให้ความมั่นใจและส่งเสริมกำลังใจแก่เด็ก ไม่ว่าจะเป็นวัน สัปดาห์ เดือน หรือปีข้างหน้าที่จะมาถึง พ่อแม่และคนที่หนูรักยังมีความรักให้หนูเสมอและตลอดไป

บรรณานุกรม

1. เกศณี บุญยวัฒนางกูร. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ความท้าทายของบุคลากรทีมสุขภาพ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550; 22(suppl): 61-72.
2. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: End of Life Care improving Care of The Dying. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด, 2552.
3. สภาการพยาบาล, สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: 2558; 40-53.

10.9 การเยียวยาหลังสูญเสีย (Bereavement care)

การเยียวยาหลังการสูญเสีย หมายถึง การให้การดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียเพื่อให้ผ่านพ้นความเศร้าโศก โดยมีเป้าหมายของการเยียวยาหลังการสูญเสีย คือ ทำให้ครอบครัวสามารถผ่านพ้นความสูญเสียไปได้ด้วยดีและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพยอมรับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับความสูญเสียได้

ความสำคัญของการเยียวยาหลังการสูญเสียในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในช่วงที่เด็กเสียชีวิตแล้วมีความสำคัญ ดังนี้

1) เป็นการรักษาสัมพันธภาพระหว่างที่รักษากับครอบครัว เพื่อเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือในกรณีที่ครอบครัวมีการชะงักงันในการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ

2) สร้างโอกาสพัฒนาปัญญาให้แก่ครอบครัวผู้สูญเสีย โดยใช้ความสูญเสียในครอบครัวนั้นเป็นเหตุทำให้เกิดความเข้าใจและเติบโตในทางจิตวิญญาณ

3) ประเมินครอบครัว เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเข้มแข็งที่มีผลต่อการปรับตัวหลังเกิดการสูญเสีย ประเมินสภาพจิตใจหลังการสูญเสีย และให้การรักษาฟื้นฟูต่อไป

กลุ่มเสี่ยง (High risk) ถึงแม้ว่าความพลัดพรากจากสิ่งที่รักมักเป็นเหตุทำให้เกิดความทุกข์ มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านบวกที่ทำให้คนสามารถเผชิญกับความสูญเสียได้ดี แต่ขณะเดียวกันก็มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (pathological grief) หลังการสูญเสีย (ตารางที่ 10.17)

ตารางที่ 10.17 ปัจจัยด้านบวกและด้านลบของกลุ่มเสี่ยง (high risk) ภายหลังการสูญเสีย

ปัจจัยด้านบวก	ปัจจัยด้านลบ
ปัจจัยด้านบวก (ผู้ใหญ่) มักพบลักษณะต่อไปนี้	มักพบลักษณะต่อไปนี้
- เคยผ่านประสบการณ์สูญเสียในอดีตได้ด้วยดี - มีความสัมพันธ์ที่ดีและได้รับความช่วยเหลือ ภายในครอบครัวและชุมชน	- การสูญเสียอย่างกะทันหันไม่คาดคิด - สถานภาพของครอบครัว: ผู้ดูแลที่มีความเสี่ยง เช่น พ่อแม่ วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว, ผู้ดูแลที่อยู่ใน
- มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและจิตวิญญาณ ปฏิบัติตามหลักศาสนาเสมอ	สถานภาพหย่าร้าง หรือเป็นหม้าย
- สามารถเรียนรู้และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้ที่เคยสูญเสียมาก่อน - สามารถยอมรับความตายได้ - สามารถพูดหรือคิดเกี่ยวกับความตายได้อย่างไม่อึดอัด	- ประวัติการสูญเสียของบุคคลที่รักก่อนหน้านี้ที่ยังคงอยู่ - ซึ่งอารมณ์ในจิตใจ และการสูญเสียอื่นๆ เช่น การแท้ง การสูญเสียงาน การหย่าในครอบครัว
	- มีความสัมพันธ์แบบพึ่งพิงหรือใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิต - มีความเครียดด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ
ปัจจัยด้านบวก (เด็ก) มักพบลักษณะต่อไปนี้	- ไม่มียุทธวิธี (coping style) ที่ดีในการเผชิญกับความเครียด - ความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ: ประเมินสุขภาพร่างกาย โรคประจำตัวสุขภาพจิต ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว
- เด็กมีความผูกพันแบบมั่นคง (secure attachment) - มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ใหญ่ออย่างน้อย 1 คน - สร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนได้ดี - มีความสามารถ มีคุณค่าในตัวเองและสังคม	- ช่วงก่อนที่เด็กเสียชีวิตได้รับผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เป็นอย่างมาก เช่น ความอ่อนล้าในการดูแลเด็ก ความรู้สึกเศร้าต่อการที่เด็กป่วยจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
	- ขาด supporting system เช่น จากครอบครัว สังคม เพื่อน - ครอบครัวที่ไม่พอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับในขณะที่เด็กป่วย - เพื่อนหรือครูที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิต หรือมีคน ในครอบครัวหรือตนเองที่ป่วยด้วยปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับผู้เสียชีวิต

แนวทางการประเมินครอบครัว จะใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมของคนในครอบครัว และเพื่อนสนิทของเด็กที่เสียชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซักถามประเมินสภาพจิตใจ เช่น ถามอารมณ์หรือความรู้สึกต่อการสูญเสีย ความรู้สึกผิดต่อเหตุการณ์ การดำรงชีวิตประจำวัน เป็นต้น หรืออาจใช้แบบประเมินเพื่อค้นหาผู้ที่เกิดโรคจิตเวช ภายหลังจากเกิดการสูญเสีย เพื่อช่วยส่งต่อการดูแลรักษา เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q ในผู้ใหญ่/ PHQ-A หรือ CES-D ในเด็กวัยรุ่น/ CDI ในเด็กวัยเรียน

กระบวนการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว

มีการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวในช่วงหลังความตายอย่างสม่ำเสมอ โดยติดตามประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และสังคมของครอบครัว เพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือตามความจำเป็นอย่างเหมาะสมโดยแผนการติดตามช่วยเหลือแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. การให้ความช่วยเหลือหลังผู้ป่วยเสียชีวิตและการดูแลศพ
 - กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล จัดสิ่งแวดล้อมให้ครอบครัวได้อยู่อย่างสงบและส่วนตัวกับเด็กที่เสียชีวิต รวมถึงพี่น้องของเด็กด้วย เพื่อกล่าวคำ “อำลา” ครั้งสุดท้าย หากสภาพศพไม่น่ามอง อาจใช้ผ้าคลุมร่างกายไว้บางส่วน หลังจากนั้นทีมพยาบาลขออนุญาตปลดอุปกรณ์การแพทย์และทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าตามที่ครอบครัวจัดหา จัดทำทางเด็กให้เรียบร้อยและทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยร่วมแสดงความเสียใจ และแสดงความเคารพต่อผู้เสียชีวิต หลังจากนั้นช่วยประสานงาน อำนวยความสะดวกเรื่องการเคลื่อนย้ายศพต่อไป
 - กรณีเสียชีวิตที่บ้าน ทีมรักษาควรมีการติดต่อครอบครัวเพื่อแสดงความเสียใจ และให้การช่วยเหลือครอบครัวตามความต้องการ อาจเข้าร่วมพิธีศพ เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ว่ายังมีทีมที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ

2. การติดตามระยะสั้น ควรมีการประเมินติดตามครอบครัว ทุก 3-6 สัปดาห์หลังจากเด็กเสียชีวิต โดยซักถามความเป็นอยู่ อารมณ์ความรู้สึก การใช้ชีวิตประจำวัน

3. การติดตามระยะยาว ควรประเมินครอบครัวและผู้ดูแลหลังจากเด็กเสียชีวิต 6 เดือน อาจประเมินโดยส่งแบบสอบถาม หรือโทรศัพท์สอบถาม หรือเยี่ยมบ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี

Bereavement care program ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของงาน palliative care คือการวางแผนเพื่อช่วยให้ครอบครัวผ่านกระบวนการสูญเสียได้อย่างดี ประกอบด้วย

- 1) การช่วยเหลือด้านร่างกาย เช่น จัดสถานที่พักให้ครอบครัวได้พักผ่อนเพียงพอ ตรวจสอบสุขภาพร่างกาย
- 2) การช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การรับฟังครอบครัวอย่างเข้าใจ แก้ไขความรู้สึกผิด ช่วยเหลือให้ปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ใหม่ การเห็นคุณค่าในตนเอง มีกิจกรรมช่วยระบายความรู้สึก ลดสิ่งที่ติดค้างในใจ
- 3) การช่วยเหลือด้านสังคม เช่น การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีเครือข่ายในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือในครอบครัว
- 4) การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ เช่น ส่งเสริมการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เน้นการยอมรับความจริง การให้อภัย และการก้าวต่อไปข้างหน้าของครอบครัว ให้ครอบครัวได้เรียนรู้ธรรมชาติของชีวิต

การให้ความช่วยเหลือที่ได้ผลดี คือ การจัดกิจกรรมโดยผ่านการทำกระบวนการกลุ่ม (group support) เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีประสบการณ์คล้ายๆ กัน จะมีวิธีการผ่านเหตุการณ์ร้ายๆ แตกต่างกัน กลุ่มจะช่วยให้ครอบครัวผ่านพ้นเหตุการณ์ได้ดีขึ้นและช่วยลดสิ่งที่ติดค้างในใจ หรืออาจมีการรำลึกถึงผู้เสียชีวิต (memorial services) และการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการโศกเศร้า (grief education programs) เพื่อให้เข้าใจสิ่งเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

บรรณานุกรม

1. Brown E., Dominica F. Bereavement. In: Goldman A., Hain R., Liben S., editors. Oxford textbook of palliative care for children. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006. 193-203.
2. Himmelstein BP., Hilder JM., Boldt AM., Weissman D. Medical progress: pediatric palliative care. N Engl J Med 2004; 350(17): 1752-62.
3. Hall C, Hudson P, Boughey A. 2012, Bereavement support standards for specialist palliative care services, department of health, state government of Victoria, Melbourne. Victoria: Department of Health; 2012. 8-10.
4. Hudson P., Remedios C., Zordan R., Thomas K., Clifton D., Crewdson M., et.al. Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. J Palliat Med. 2012; 15(6): 696-702.
5. Tangjittiporn T., Tankura R., Chaiyamool S., Meesiri S. The family preparedness and associated factors with their preparedness of caring pediatric palliative patient at Queen Sirikit National Institute of Child Health. Journal of the Department of Medical Services. 2019; 44(2): 74-82.

A photograph of three hands, likely belonging to different people, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned over a light-colored wooden surface. The background of the entire page features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta.

บทที่ 11

การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

สแกนต์ บุณนาค

จิตนภา วาณิชวโรตม์

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ช่วงปี พ.ศ. 2544-2563 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจนซึ่งจะเป็นประเด็นท้าทายทางสังคมและเศรษฐกิจ ในประเทศไทยคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2578 อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายก็สูงกว่าอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุมีอัตราการพึ่งพิงผู้อื่นสูงขึ้นตามอายุ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลงทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานที่ใกล้เคียงได้ด้วยตัวเองร้อยละ 95 และมีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลร้อยละ 5 ซึ่งจำเป็นต้องจัดหาทรัพยากร สวัสดิการสังคม บริการทางการแพทย์และสังคมมารองรับให้เพียงพอ

ผู้สูงอายุมีสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีความบกพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นและอาจมีความบกพร่องด้านสติปัญญาด้วย และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยได้ง่าย มีการรักษาระยะยาวเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ผู้สูงอายุอาจต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ ขณะเดียวกันผู้ดูแลก็เกิดความเครียดมีปัญหาสภาพกายและจิตจากภาระการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานและไม่สามารถเข้าถึงระบบการสนับสนุนได้

หลักการพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ

1. **พื้นฐานทางเวชกรรม** ที่สำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุประกอบด้วย การเข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราส่งผลให้การตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งต่างๆ เปลี่ยนไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยอาจมีอาการและอาการแสดง รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแตกต่างจากวัยอื่นและมีลักษณะไม่จำเพาะ เช่น ในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำมักมีอาการเตือน คือ ใจสั่น เหงื่อแตก ก่อนจะเป็นลมหมดสติ แต่ในผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการเตือนมาด้วยซึมหมดสติเลย หรือในกรณีต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป (hyperthyroidism) มักมีอาการหิวเก่ง กินจุขึ้น แต่น้ำหนักลด หงุดหงิด ใจสั่น แต่ผู้สูงอายุอาจมาด้วยอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยหอบ หรือกรณีติดเชื้อในปอดทำให้ปอดบวม (pneumonia) คนทั่วไปจะมีอาการไข้ ไอ หอบ เต้น แต่ในผู้สูงอายุอาจไม่มีไข้ตัวไม่ร้อนชัดเจน แต่มีอาการเหนื่อยมากกว่าปกติ เบื่ออาหาร สับสน พูดไม่รู้เรื่อง หรือกรณีเส้นเลือดหัวใจตีบกล้ามเนื้อหัวใจตาย คนทั่วไปจะมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการเด่น แต่ในผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการเจ็บหน้าอกแต่มาด้วยอาการหัวใจวายเลย เป็นต้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลควรตระหนักและเข้าใจในเรื่องนี้ เพื่อไม่ทำให้การวินิจฉัยล่าช้าและให้การดูแลไม่ทันการ

2. **กลุ่มอาการผู้สูงอายุ** ได้แก่ instability (ภาวะหกล้ม) immobility (การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว) incontinence (อาการปัสสาวะหรืออุจจาระราด) intellectual impairment (ภาวะซึม สับสน เหนื่อยล้า และภาวะสมองเสื่อม) iatrogenes (โรคที่เกิดจากการปฏิบัติการทางการแพทย์โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา) และ inanition (ภาวะขาดสารอาหาร) ซึ่งทั้งหมดเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งแต่ละชนิดไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของระบบใดระบบหนึ่งชัดเจน แต่เป็นผลจากพยาธิสภาพในหลายระบบหรือหลายอวัยวะรวมกัน

3. การประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม (Geriatric assessment) เป็นการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัจจัยด้านสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะทำให้ปัญหาต่างๆ ที่ซ่อนเร้นอยู่ถูกค้นพบ นำไปสู่การดูแลรักษาที่ไม่ซับซ้อน สามารถตั้งเป้าหมายการรักษาที่ชัดเจน โดยการดำเนินการร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับบ้านได้ และดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ

กลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในคลินิกผู้สูงอายุ มี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

1. กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ (musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ (crystal-associated arthritis) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) ภาวะกระดูกหัก
2. กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (atherosclerosis) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease)
3. กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disease) เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ภาวะสมองเสื่อมซึ่งเกิดจากโรคชนิดต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression)

ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงพยาธิสภาพเหล่านี้ที่มีต่อความพิการที่จะเกิดขึ้น เพื่อป้องกันความพิการและคุณภาพชีวิตที่เลวลง การศึกษาในผู้สูงอายุไทยพบปัญหาสุขภาพที่พบร่วมกับความพิการในระยะยาว ได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรงแบบครึ่งซีก (hemiparesis) ข้ออักเสบ อาการตาบอด อุบัติเหตุ ภาวะกระดูกสันหลังโก่งไปข้างหลัง (kyphosis) อาการแขนขาอ่อนแรง อาการหูหนวก และโรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยที่ 60 ปี (life expectancy at 60) ของผู้สูงอายุชายและหญิงเป็น 20.1 และ 23.3 ปี ตามลำดับ แต่อายุคาดเฉลี่ยที่ 60 ปี ที่ไม่มีความพิการ (disability-free life expectancy at 60) ของผู้สูงอายุชายและหญิงเป็น 16.4 ปี และ 18.2 ปี ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุหญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้สูงอายุชาย แต่จะมีระยะเวลาที่มีความพิการยาวนานกว่าชาย

จากสภาพสังคมสูงอายุและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวควรเป็นการดูแลแบบประคับประคองจากสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric medicine) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ดังนี้

ตารางที่ 11.1 การดูแลผู้สูงอายุแบบเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแบบประคับประคอง

การดูแลแบบเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	การดูแลแบบประคับประคอง
- ให้ความสำคัญกับปัญหาเฉพาะในผู้สูงอายุ - การฟื้นฟู การป้องกันภาวะทุพพลภาพ - การทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด - ดูแลมิติด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	- การดูแลทางการแพทย์เฉพาะผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้แล้ว คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน - เน้นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด อาการรบกวนต่างๆ และความเครียด - ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุจึงไม่ใช่การดูแลในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตเท่านั้น มีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวที่มีความเปราะบาง (frailty) จำนวนมากที่เสียชีวิตโดยขาดโอกาสได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลเรื่องโรค และแผนการรักษา ค้นหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน (การตัดสินใจปฏิเสธการพองชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ การขอโทษ และอภัยในสิ่งผิดพลาด การขอโทษกรรม ทำความปรารถนาให้แล้วเสร็จ สะสางสิ่งค้างคาใจ สถานที่เสียชีวิต การจัดการทรัพย์สิน การจัดการร่างกาย และงานศพ) การปรากฏอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน จากความเจ็บป่วยในระยะท้าย หรือไม่ก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องประเมินอาการ และวางแผนการรักษา และจัดลำดับความสำคัญตามเป้าหมายของคุณภาพชีวิตที่ต้องการ หากมีกระบวนการดังกล่าวจะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น ลดการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการยืดชีวิต (simultaneous palliative care and life-prolonging care model) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 วิธีการดำเนินโรคเรื้อรังจะมีอาการกำเริบ ภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เป็นระยะๆ อาจมีการฟื้นตัวขึ้น และทรุดลง สลับไปจนถึงระยะสุดท้าย ไม่สามารถพยากรณ์ช่วงเวลาของการมีชีวิตอยู่ได้แน่นอน การดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการรักษาควบคู่กับการดูแลแบบประคับประคอง หากการรักษานั้น ยังมีความเป็นไปได้และมีความเหมาะสม ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญ และถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลระยะยาว ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลบูรณาการทั้ง 2 แบบควบคู่กันไป ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือมีภาวะทุพพลภาพจากพยาธิสภาพของโรค ความเจ็บป่วย กระบวนการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เปราะบาง (frailty) (ผู้ที่มีโรคร่วมหลายอย่าง มีความเสื่อมถอย ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่าง: อ่อนแรง เดินช้า น้ำหนักลด มีกิจกรรมทางกายน้อย มีภาวะซึมเศร้า) ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ระยะสุดท้ายของโรค หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้เสียชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ฤๅลมโป่งพอง โรคไตวายระยะท้าย สมอๅงเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีระยะเวลาไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับธรรมชาติของโรค ผู้ป่วยและญาติบางส่วนเลือกที่จะกลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมุ่งดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย ผลการศึกษาเบื้องต้นของโครงการดูแลระยะยาวโดยชุมชน และท้องถิ่นเชื่อมโยงสถานพยาบาล พบว่า เมื่อการเจ็บป่วยไม่สามารถรักษาได้อีกต่อไป จึงต้องมีการจัดการที่เฉพาะเจาะจง ทั้งกลุ่มอาการ กลุ่มโรค ระยะเวลา รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องตลอดจนกระบวนการ ประสานงาน และการประสานงานระหว่างกันทั้งภาครัฐและเอกชน

แนวทางในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (เกณฑ์เข้าสู่อการดูแลแบบประคับประคองตามโรคที่เจ็บป่วย)
2. มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ ผู้ที่มีโรคร่วมหลายอย่าง มีความเสื่อมถอยในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่าง: อ่อนแรง เดินช้า น้ำหนักลด มีกิจกรรมทางกายน้อย มีภาวะซึมเศร้า
3. มีกลุ่มอาการที่พบในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เช่น ความบกพร่องด้านเชาวนปัญญา ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง และทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ

องค์ประกอบของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

สามารถจัดกลุ่มการดูแลได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน: การดูแลสุขภาพอนามัยและการลดการกระจายของเชื้อโรค การดูแลเรื่องอาหารและการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การขับถ่าย การพักผ่อน
2. การดูแลเฉพาะทาง: การจัดการอาการเจ็บปวด เหนื่อยหอบ อาการหายใจลำบาก แผลกดทับนอนไม่หลับ กลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้
3. การดูแลทางสังคมและจิตวิญญาณ: การอบรมญาติและการให้คำปรึกษาแก่ญาติ การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ การดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ การเตรียมพร้อมก่อนเสียชีวิตและการดูแลเรื่องเอกสารที่จำเป็น
4. การดูแลอื่นๆ: การจ่ายเบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ การเตรียมสภาพแวดล้อมในบ้าน การซ่อมแซมบ้านเพื่อความปลอดภัย เช่น การปรับห้องน้ำ ห้องส้วม การจัดการรับส่งและบริการรถฉุกเฉิน ฌาปนกิจสงเคราะห์ และการฝึกอาชีพให้ญาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามอาการและวางแผนการดูแล

1. ADL (activities of daily living) (ภาพที่ 11.1)
2. แบบประเมิน Edmonton symptom assessment system (ESAS)
3. แบบประเมินความสามารถผู้ป่วยในการจัดการความเสี่ยง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ palliative performance scale version 2 (PPS)

บทบาทของสถานบริการทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือกลุ่มชราภาพ ควรเน้นการดูแลที่เฉพาะเจาะจงบูรณาการร่วมกับการดูแลด้านสวัสดิการสังคม เป็นการพัฒนาการบริการเชิงรุกในชุมชน บริการเยี่ยมบ้านโดยให้บริการอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

ความต้องการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

1. การดูแลแบบต่อเนื่อง การดูแลที่มีการประสานงานกันในการดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการดูแลแบบเฉียบพลัน และการเปลี่ยนผ่านการดูแลในระดับต่างๆ
2. การจัดการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในกรณีที่มีโรคร่วมหลายโรค แบบองค์รวมโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก
3. การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน รวมถึงการให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน
4. การคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง
5. การแนะนำและสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแล รวมถึงการพิจารณาความเสี่ยงและประโยชน์ของการบำบัดรักษา
6. การควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆ
7. การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลที่บ้าน

หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ มีหลักการยึดถือร่วมกัน ดังนี้

1. การทำความเข้าใจกับความประสงค์ของผู้สูงอายุและเป้าหมายในการดูแล
2. ผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล
3. ใช้วิธีการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

4. ระวังการให้ยา
5. ใช้ทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในการสื่อสารเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ นำเสนอแผนการดูแลที่คำนึงถึงประสิทธิภาพของต้นทุน
6. มีการประสานการดูแลในช่วงที่ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนสถานที่ในการดูแลและช่วงเปลี่ยนผ่านระยะต่างๆ ของวิถีความเจ็บปวด
7. ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในครอบครัว ตระหนักถึงความต้องการความช่วยเหลือ และการดูแลของผู้ดูแล
8. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ สนับสนุนด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ การปรับตัวต่อการสูญเสียทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล คำนึงถึงคุณธรรมที่อยู่บนพื้นฐาน ความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัว

ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการจัดการอาการในผู้สูงอายุ

1. การประเมินอาการ ในผู้สูงอายุมีปัญหาเนื่องจากการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ข้อมูลลดลง มีความพร่องทางด้านระบบประสาท การมองเห็น การได้ยิน พูดลำบาก บางครั้งอาจให้ข้อมูลน้อยเนื่องจากความเกรงใจหรือไม่ต้องการกินยาจำนวนมาก การประเมินจากพฤติกรรมหรือถามจากผู้ดูแลจะช่วยให้การประเมินได้มาก

2. ความเข้าใจและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้สูงอายุ ปัญหาหรืออาการที่ผู้สูงอายุเป็นอาจถูกละเลย และได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากความเข้าใจผิดว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการสับสน (confusion) หลงลืมของคนชรา (senility change) จึงไม่มีการวินิจฉัยให้ละเอียด ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างถูกต้อง

3. การใช้ยาในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อวัยวะต่างๆ ทำงานลดลงจะมีปัญหาในการใช้ยาซึ่งเป็นผลรวมของปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การดูดซึมยาลดลงทั้งยาฉีดและยากิน แต่ไม่ได้ทำให้ยาในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่าคนที่อายุน้อย

การกระจายของยาในร่างกายลดลงเนื่องจากผู้สูงอายุมีน้ำในร่างกายลดลงร่วมกับระดับอัลบูมินที่ลดลง ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงกว่าคนที่อายุน้อย และยาจะอยู่ในร่างกายนานขึ้นถ้าตับ และไตทำงานน้อยลง

การออกฤทธิ์ของยาต่อระบบประสาท ซึ่งมีจำนวนตัวรับ (receptor) และสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ลดลง อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย เช่น เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) จากยา amitriptyline

การเกิดปฏิกิริยาต่อยา (drug interaction) ผู้สูงอายุใช้ยาหลายชนิดทำให้การออกฤทธิ์ของยาแตกต่างจากปกติ เช่น การหายใจถูกกดเพิ่มขึ้นจากการใช้ยาโอปิออยด์ (opioids) ร่วมกับไดอาซีแพม (diazepam) หรือมีผลเสียต่อไตมากขึ้นหากใช้ยา NSAIDs ร่วมกับยาขับปัสสาวะ (diuretic)

ดังนั้นการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างปลอดภัย ควรเริ่มต้นด้วยยาขนาดน้อยๆ และปรับขนาดยาช้าๆ (start low and go slow)

ผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง ประเมินได้จากภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ การเข้าถึงบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย รวมทั้งลดอันตรายและการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาศักยภาพของทีมนursesวิชาชีพ

Activity of Daily Living: ADL

วิธีการ เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าทำได้หรือไม่ โดยสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. Feeding: รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ☐

- ① ไม่สามารถถืออาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- ② ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตักเป็นเล็กลง ว่างลงหน้า
- ③ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming: ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ☐

- ① ต้องการความช่วยเหลือ
- ② ทำเองได้ (รวมทั้งทำตัวเองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer: ลุกนั่งจากพื้นนอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ☐

- ① ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- ② ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- ③ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ④ ทำได้เอง

4. Toilet use: ใช้ห้องน้ำ ☐

- ① ช่วยตัวเองไม่ได้
- ② ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองหลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ③ ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility: การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ☐

- ① เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ② ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- ③ เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง บอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ④ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing: การสวมใส่เสื้อผ้า ☐

- ① ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- ② ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ③ ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs: การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ☐

- ① ไม่สามารถทำได้
- ② ต้องการคนช่วย
- ③ ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing: การอาบน้ำ ☐

- ① ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- ② อาบน้ำเองได้

9. Bowels: การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ☐

- ① กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ② กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ③ กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder: การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ☐

- ① กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ② กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ③ กลั่นได้เป็นปกติ

เกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 20 คะแนน

≥12 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

5-11 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง

≤4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ภาพที่ 11.1 เครื่องมือประเมิน activity of daily living; ADL

ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว คู่มือการคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ 2557

บรรณานุกรม

1. ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ. การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในสถานดูแลระยะยาว. นนทบุรี: มาตาการพิมพ์จำกัด; 2558. 3.
2. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุและโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว: ประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับบุคลากรสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558. 1, 6, 8, 9, 10, 20, 21-26, 85.
3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัทอิสอากัส จำกัด; 2558. 1, 4-5, 9.
4. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลาคมจำกัด; 44.

A photograph of three hands, likely belonging to different people, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned over a wooden surface. The background of the entire page features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta.

บทที่ 12

การดูแลรักษาอาหาร แบบประคับประคอง

พรทรัพย์ เตชะกุลเจริญ
ชลลี เครือสุคนธ์
โรงพยาบาลสงฆ์

การดูแลโภชนาการแบบประคับประคอง

การดูแลโภชนาการแบบประคับประคองท่ามกลางความหลากหลายของหมู่สงฆ์

ความแตกต่างหลากหลายของพระภิกษุสามเณร เป็นข้อมูลพื้นฐานที่บุคลากรสุขภาพควรทราบเป็นกรอบความเข้าใจเบื้องต้น ก่อนที่จะเข้าไปพูดคุยขอทราบรายละเอียดที่เป็นการเฉพาะของพระภิกษุสามเณรแต่ละรูปต่อไป เพื่อให้การให้บริการอย่างมีอาชีวะ จึงควรรู้จักสอบถามในสิ่งที่ควรถามและมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันต่อคำตอบที่ได้รับจากผู้ป่วย ไม่ตีความไปเองจนเกิดความเข้าใจผิด เช่น พระท่านบอกว่า “ช่วงนี้จำวัดไม่ค่อยได้” ผู้ที่ไม่คุ้นเคยอาจเข้าใจไปว่าท่านคงเริ่มมีปัญหาทางสมองที่มีผลต่อความทรงจำ หรือเมื่อท่านตอบว่า “มีอาการมาตั้งแต่เริ่มบวชตอนนี้อายุมาได้ 3 พรรษาแล้ว” ผู้ดูแลอาจเคยรู้มาว่าหนึ่งพรรษากินเวลา 3 เดือน เลยตีความว่าท่านบวชมาแล้ว 3 พรรษา ก็คือ 9 เดือน ทั้งๆ ที่ท่านมีอาการมาแล้ว 2-3 ปี เป็นต้น การมีความรู้พื้นฐานเหล่านี้จะทำให้พระอาพาธหรือผู้ใกล้ชิดเกิดความเชื่อใจไว้วางใจต่อบุคลากรที่ดูแลแล้วมีความรู้และเข้าใจพระอาพาธดี ก่อนที่จะลงมือให้การดูแลรักษาเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจเมื่อท่านจะเข้าสู่ช่วงท้ายของชีวิตต่อไป

เพราะเหตุที่พระภิกษุสามเณรมีพื้นฐานและวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างหลากหลายกันมาก บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาโภชนาการแบบประคับประคองควรต้องปรับท่าทีและวิธีการเข้าหาพระอาพาธแต่ละรูป ให้เหมาะสมกับความต้องการของท่าน อย่างไรก็ตามแนวทางพื้นฐานเกณฑ์ในการปฏิบัติต่อพระอาพาธควรปฏิบัติให้เอื้อเพื่อต่อพระวินัยมากที่สุดก่อน เพื่อให้พระที่เคร่งครัดในพระธรรมวินัยซึ่งถือว่าเป็นพระดี พระในอุดมคติของพุทธศาสนาซึ่งพุทธศาสนิกชนอยากเคารพกราบไหว้เกิดความสบายใจ ยินดีที่จะเข้ารับการรักษาดูแลอาพาธของท่านในโรงพยาบาล การให้การดูแลที่เอื้อเพื่อต่อพระธรรมวินัยเป็นพื้นฐานยังช่วยฟื้นฟูพระพุทธศาสนาให้มั่นคงขึ้นได้ทางอ้อมด้วย เพราะพระที่ประพฤติดีด้วยอ่อนโยนเมื่อทราบว่ามีโรงพยาบาลให้บริการด้วยมาตรฐานที่อิงพระธรรมวินัยก็จะไม่กล้าต่อรองเรียกร้องหรือประพฤติดนในเรื่องที่ไม่เหมาะสมกับสมณสาธูป

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองถือเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่สำหรับทางโรงพยาบาล ที่บุคลากรกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาศักยภาพและเก็บเกี่ยวประสบการณ์ ยิ่งเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายนั้นเป็นพระภิกษุด้วยแล้ว อาจทำให้บุคลากรทำงานยากขึ้น เพราะความไม่คุ้นเคยกับวิถีชีวิตพระทำให้ไม่ทราบว่าควรจะทำอย่างไรจึงจะเหมาะสม เทคนิคที่เคยใช้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทั่วไปก็อาจไม่เหมาะที่จะใช้กับพระ นอกจากนี้พระยังถูกคาดหวังว่าได้ศึกษาปฏิบัติธรรมพัฒนามิติดาโมกขปัญญามากกว่าฆราวาส จึงทำให้บุคลากรไม่มั่นใจว่าจะให้การช่วยเหลือมิติดาโมกขจิตใจและปัญญาต่อท่านอย่างไรจึงจะเหมาะสม

ดังที่กล่าวไว้แล้วในเบื้องต้นว่าพระแต่ละรูปมีความแตกต่างกันมาก ทั้งทางด้านพื้นฐานทางครอบครัว การศึกษาเหตุผลที่บวช ระยะเวลาที่บวช ความสนใจในการศึกษาและปฏิบัติธรรม ฯลฯ ด้วยเหตุนี้การช่วยเหลือดูแลในแบบประคับประคองจึงแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละรูป ตั้งแต่ไม่มีความแตกต่างจากฆราวาสทั่วไปเลยไปจนถึงท่านที่ปฏิบัติมากจนมีความพร้อม สงบ อาจหาญไม่หวั่นไหวต่อความตายที่จะมาถึงเลย นอกเหนือจากการปฏิบัติดูแลร่างกายท่านด้วยความเคารพเช่นเดียวกับโภชนาการทั่วไปแล้ว ในที่นี้จะขอให้แนวทางเพื่อการดูแลโภชนาการระยะท้ายไว้เพิ่มเติมเล็กน้อย โดยเฉพาะในส่วนที่ปฏิบัติต่อพระที่เคร่งครัดในการปฏิบัติมากที่ทางโรงพยาบาลน่าจะช่วยเหลือท่านได้มากขึ้น ดังนี้

การประเมินว่าภิกษุอาพาธที่จะต้องดูแลนั้น ท่านมีความสนใจในการศึกษาและปฏิบัติธรรมเพียงใด เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญ อันจะนำไปสู่ความแตกต่างในการดูแลทั้งมิติทางร่างกายและจิตใจของพระแต่ละรูป ความสนใจปฏิบัติไม่ได้มีความสัมพันธ์นักกับวัยหรือจำนวนพรรษาที่บวชพระหนุ่มมิได้หมายความว่าสนใจ หรือมีความก้าวหน้าในการปฏิบัติน้อยกว่าพระที่อายุมาก หรือพระที่บวชมานาน การประเมินในเรื่องนี้ทำได้ไม่ยาก จากการสังเกตพฤติกรรม การสอบถาม หรือสังเกตบรรยากาศขณะที่มีคนมาเยี่ยมท่าน

หากเป็นพระที่สนใจศึกษาปฏิบัติมาพอควรแล้ว ท่านมักปล่อยวางภาระทางโลก ทางครอบครัวได้มาก ยอมรับการป่วยและความตายที่จะมาถึงได้ง่าย แต่ท่านอาจมีภาระทางวัด หรือภาระอื่นอยู่บ้าง หากเป็นไปได้ ควรเป็นธุระช่วยแบ่งเบาภาระที่ท่านมีอยู่ให้ลดลง อาจห่วงงานในวัดที่ยังค้างค้ำหวงผู้ดูแลท่าน ห่วงการรักษา ห่วงเรื่องการแจ้งข่าวอาพาธแก่ญาติโยม ห่วงทรัพย์สิน หรือแม้แต่สัตว์เลี้ยงที่กุฎิ ส่วนพระที่ไม่ค่อยสนใจศึกษา ปฏิบัติมากนัก มักมีภาระมากกว่านี้ และปลดปล่อยได้ยาก ซึ่งอาจเลือกใช้เทคนิคในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย ทั่วไป มาปรับใช้ได้ตามสถานการณ์ความเหมาะสม

ถ้าเป็นไปได้ควรถามจากท่านเองหรือผู้ใกล้ชิดว่า ท่านแสดงความจำนงให้ปฏิบัติดูแลท่านในช่วงท้าย อย่างไรเป็นพิเศษหรือไม่ เช่น จะอนุญาตให้ใช้อุปกรณ์พยุงชีพต่างๆ เพียงใด ต้องการได้รับการรับอาการปวด ชนิดแรงที่อาจทำให้หวั่น เคลิ้ม ควบคุมสติได้ยากขึ้นหรือไม่เพียงใด รวมทั้งหาโอกาสสอบถามความต้องการ ในช่วงท้ายของชีวิตด้วยว่าประสงค์ให้เกิดขึ้นที่ไหน ในลักษณะใด เป็นต้น

การทำวาระสุดท้ายให้เป็นวาระแห่งการได้สูงสุด ที่เรียกว่า “ตายดี” หรือ มรณภาพ นั้น มีหลักการง่ายๆ สั้นๆ ว่า “อสมมุพโห กาลิ กโรติ” หรือ “อสมมุพหกาลกิรียา” คือ ไม่หลงไหลแตกกาย แต่ดับชีพไปอย่างมีสติ (อ.พุทธทาส แปลไว้ในบทสวดมนต์ว่า ไม่หลงสติ เวลาตาย)

ชีวิตใกล้ตายนั้น ถ้ามองถูก วางใจถูก ก็เป็นโอกาสสำคัญที่ชีวิตนั้นจะได้พบประสบเข้าถึงภาวะที่งดงามแท้ แม้กระทั่งสูงสุด การมีชีวิตที่งดงามประเสริฐยามก่อนมรณะนี้ มี 3 ระดับ คือ

1. ระดับจิตใจ ให้ผู้อาพาธอยู่ในบรรยากาศซึ่งช่วยหรือนำจิตใจให้สดชื่น เบิกบาน ผ่องใส เช่น ได้เห็นหรือได้รับรู้น้ำใจรักใคร่ปรารถนาดีของครอบครัวลูกหลานญาติมิตรที่อยู่แวดล้อม ได้ยินเสียงสวดมนต์ หรือมีผู้ใกล้ชิดพูดถึงสิ่งที่ดีงาม เริ่มตั้งแต่พระรัตนตรัย ชวนให้ระลึกถึงการได้ไปทำบุญกุศล และคุณประโยชน์ ที่ได้บำเพ็ญไว้ ให้ใจอยู่กับสิ่งที่ดีงามที่ศรัทธาที่น่าชื่นใจนี้ หรือจิตจับอยู่กับนิมิตที่น่าจิตให้เป็นกุศลสุขสงบสว่าง ชื่นบานสดใส เช่น พระเจดีย์ หรือเสียงสวดมนต์ เป็นต้น พร้อมด้วยปิติปราโมทย์และปัสสัทธิ (ใจกายสบาย ผ่อนคลาย) มีความสุขสงบ ไปจนถึงสมาธิ

2. ระดับปัญญา ผู้ป่วยมองชีวิตและสิ่งทั้งหลายด้วยความรู้เข้าใจความจริงที่เป็นธรรมชาติของธรรมชาติ เห็นธรรมชาติของการเกิดแก่เจ็บตาย รู้เท่าทันอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา ตามที่มันเป็น ใจไม่ติดข้องในอะไรๆ ปล่อยวางได้ ใจโล่งโปร่งเบา เป็นอิสระ

3. ระดับวิมุตติ คือ ต่อจากระดับปัญญานั้นเอง เมื่อปัญญามองเห็นธรรม รู้เท่าทันเข้าถึงความจริงของธรรมชาติแล้ว จิตใจก็หลุดพ้นเป็นอิสระจากสิ่งผูกมัดห่วงกังวลทั้งปวง โล่งสว่าง เกิดญาณแจ่มแจ้ง บรรลุ อริยมรรคอริยผล ประจักษ์วิชชาวิมุตติวิสุทธิสันตินิพพาน ทันท่อนหรือพอดีกับที่ชีวิตจบสิ้น (เป็น “ชีวิตสมสึล”) อย่างนี้ก็คือได้สิ่งที่ประเสริฐสูงสุดของชีวิต เป็นการตายอย่างเลิกล้ำ ที่เหล่าคนผู้ยังอยู่ทั่วไปก็ยังไม่ได้ไม่ถึง นี่คือหลักที่ให้ความมั่นใจสบายใจตามที่ธรรมะบอกไว้ว่า ชีวิตนี้มีโอกาสดีเลิศแม้จนถึงขณะสุดท้ายคนเจ็บไข้ จึงไม่ควรเศร้าโศกเสียใจท้อแท้สิ้นหวังอย่างใดๆ เพียงแต่รู้จักใช้เวลาใช้โอกาสสุดท้ายนั้นให้ถูกทางที่ธรรมได้ให้ไว้

ข้อควรพิจารณาในการดูแลพระอาพาธแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

1. **ด้านสถานที่** โดยมีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนสำคัญ ไม่ปะปนกับคนไข้ มีสถานที่พักผ่อน ทำวัตรสวดมนต์ เติมน้ำดื่มและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ เช่น ห้องน้ำ ที่วางยาหม้อ ที่วางพาดจีวร ที่วางรองเท้า หนังสือธรรม ฯลฯ ทั้งนี้สิ่งแวดล้อม ต้องสะอาด สงบ ร่มรื่น เย็นสบาย มีระเบียบปลอดภัย และเป็นไปตามหลักสัปปายะ 7 ประการ คือ 1) ที่อยู่เหมาะสม สงบ สะอาด 2) การเดินทางเหมาะสม 3) การพูดคุยเหมาะสม 4) บุคลากรเหมาะสม มีบุคคลที่เป็นผู้รู้ 5) อาหารเหมาะสม 6) อากาศเหมาะสม และ 7) อิริยาบถเหมาะสม

2. **เครื่องนุ่งห่มที่ควรจัดเตรียม** บุคลากรด้านสุขภาพควรทราบเครื่องนุ่งห่มที่พระใช้ไว้บ้าง ในกรณีฉุกเฉินที่อาจจำเป็นต้องช่วยเหลือเครื่องแต่งกายท่าน หรือใช้สื่อสารกับท่านขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล หรืออาจต้องนุ่งห่มร่างท่านให้ดูเรียบร้อยเมื่อท่านมรณภาพที่โรงพยาบาล ผ้าและเครื่องใช้ในการนุ่งห่มของพระ (ภาพที่ 12.1) ประกอบด้วย

2.1 **จีวร** คือ ผ้าที่ห่มคลุมกายภายนอกที่มองเห็นได้ทั่วไป มีลักษณะเป็นผ้าผืนเล็กๆ เย็บต่อกันเป็นผืนใหญ่ตามพระวินัยกำหนด พระแต่ละวัด หรือจังหวัด หรือเขตปกครองสงฆ์ มักจะกำหนดสีจีวรให้พระในสังกัดใช้นุ่งห่มให้เหมือนกันเพื่อความเรียบร้อย แต่ไม่ถึงกับบังคับชัดเจน พระแต่ละรูปยังคงสามารถเลือกห่มผ้าในสีที่ตนอยากใช้ได้ หรืออาจเปลี่ยนใช้บางสีเฉพาะบางโอกาส

2.2 **สบง** คือ ผ้านุ่ง ลักษณะคล้ายผ้าขาวม้า แต่พับเป็นขอบหนาเข้ามาทุกด้าน

2.3 **สังฆาฏิ** ผ้าที่มักเห็นพระพับแล้วพาดไว้ที่บ่าเมื่อร่วมพิธีของสงฆ์ ปัจจุบันผ้าไตรจีวรที่ทำขายมักเย็บสังฆาฏิเหมือนจีวรทุกประการ บางรูปจึงอาจคลี่สังฆาฏิมาห่มแทนจีวรในบางโอกาส เช่น เมื่อนำจีวรไปซักโดยผ้า 3 ผืน คือ จีวร สบง และสังฆาฏินี้รวมเรียกว่า “ไตรจีวร” ซึ่งมีข้อกำหนดในพระวินัยว่าพระจะต้องมีผ้าทั้ง 3 ผืนนี้ เพียงรูปละ 1 ชุด (ซึ่งเรียกว่าผ้าอธิฐาน) และต้องนำติดตัวไปเมื่อจะไปค้างแรมที่อื่น โดยเฉพาะช่วงใกล้รุ่งจะขึ้นวันใหม่ผ้าสามผืนนี้จะต้องอยู่ใกล้ตัวระยะพอเอื้อมหยิบถึง มิฉะนั้นจะเป็นอาบัติ ผ้าผืนที่อยู่ใกล้ตัวนั้น จะไม่สามารถนำมาใช้ได้อีกต่อไป เว้นแต่ต้องผ่านกระบวนการบางอย่างและปลงอาบัติกับภิกษุรูปอื่นก่อน เมื่อพระอาพาธต้องนอนพักค้างที่โรงพยาบาลจึงต้องจัดผ้าไตรจีวรนี้ให้อยู่กับตัวหรือใกล้ตัวท่านเสมอ

2.4 **อังสะ** มีลักษณะคล้ายเสื้อไม่มีแขนไว้สวมซับเหงื่อด้านใน ปัจจุบันทำให้มีกระเป๋ามีซิปปิดไว้ใส่ของใช้ส่วนตัวได้ตามสมควร พระจำนวนไม่น้อยนิยมใส่พระเครื่อง ของขลังไว้ในอังสะ หรือทำเป็นเข็มกลัดติดไว้ที่อังสะ

2.5 **รัดประคด** เป็นเชือกถัก/ ผ้าเย็บขึ้นเป็นแถบใช้แทนเข็มขัดไว้รัดสบง ปัจจุบันมีการเย็บซ่อนใส่ซิปปิดเป็นช่องเก็บสิ่งของหรือเครื่องรางเล็กๆ น้อยๆ ได้



ภาพที่ 12.1 เครื่องนุ่งห่มที่ควรจัดเตรียม (จีวร สบง สังฆาฏิ อังสะ และรัดประคด)

3. **เครื่องมือการประเมิน** ใช้เครื่องมือเหมือนฆราวาส แต่การสื่อสาร/ การใช้คำพูด ให้เหมาะสมกับ พระอาพาธ ซึ่งพระจะมีชั้นยศ มีสมณศักดิ์/ การใช้คำราชาศัพท์

4. **เมื่อต้องใช้ยามอร์ฟิน (Morphine) กับภิกษุอาพาธ**

มีพระภิกษุสามเณร อุบาสก อุบาสิกา โยมอุปฐากจำนวนหนึ่ง มีความสงสัยกับการให้ยาแก้ปวด โดยเฉพาะมอร์ฟิน ซึ่งรู้กันอยู่ว่ามีคุณสมบัติที่ทำให้ผู้ได้รับยานี้ไม่ว่าวิธีใดเกิดความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม (euphoria) ง่วงและหลับ พระอาพาธบางรูป กังวลว่า ท่านอาจจากไปอย่างไม่มีสติ ก็ขออธิบายว่า

4.1 ความปวดที่บุคลากรทางการแพทย์เข้าทำการบำบัดจะเป็นไปตามอาการที่ผู้ป่วยบอกเล่า หรือแสดงออก ผู้ป่วยจะมีความสุขทรมานอย่างมาก โดยเฉพาะความปวดจากการป่วยใช้จากมะเร็ง และโดยเฉพาะช่วงท้ายของโรคนี การบำบัดความปวดไม่ใช้การเริ่มบำบัดโดยมอร์ฟินตั้งแต่แรก หากกระทำการประเมิน โดยเฉพาะจากอาการปวดและผลของการบำบัดที่ผ่านมา โดยเฉพาะการพิจารณาจากยาแก้ปวดที่ใช้อยู่เดิม ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าจำเป็นต้องใช้มอร์ฟินเข้าควบคุมความปวด ขนาดยาจะเริ่มต้นจากขนาดที่พิจารณาแล้วเห็นว่าเหมาะสมกับระดับความปวดที่เกิดขึ้น ด้วยขนาดยาที่เพียงแค่นี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ปวดและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และใช้ชีวิตในเวลากลางวันได้อย่างปกติเท่านั้น หรืออย่างน้อยพักผ่อนได้เช่นคนปกติทั่วไป และหลับได้อย่างสนิทในเวลากลางคืน โดยมียามอร์ฟินขนาดพิเศษไว้เพิ่ม ถ้ามีความปวดปะทุขึ้นจากการเคลื่อนไหว มากเกินไป หรือขนาดยาที่ให้อยู่เดิมไม่เพียงพอ และอาจต้องพิจารณาปรับขนาดยามอร์ฟินในแต่ละขนาดให้มากขึ้น ถ้าต้องใช้ยาขนาดพิเศษนี้บ่อยเกินควร

4.2 ในทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ยามอร์ฟินเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเคลิบเคลิ้ม ผู้ป่วยจึงยังคง มีสติสัมปชัญญะในระดับปกติ การหยุดยามอร์ฟินทันที ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะร่างกายขาดยา (withdrawal syndromes) ถ้าหากได้รับยามอร์ฟินต่อเนื่องยาวนานกว่า 3 วัน ซึ่งไม่ใช่ภาวะติดยาแต่เป็นภาวะที่ร่างกายชินต่อการรักษา ความปวดที่ผ่านมาจากผลข้างเคียงของมอร์ฟิน

4.3 แม้มอร์ฟินอาจทำให้ผู้ถูกบำบัดต่อเนื่อง หยุดยาทันทีไม่ได้ แต่สามารถปรับลดขนาดยาให้ลดลงได้ และหยุดการใช้ได้ถ้าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดได้รับการบำบัดแก้ไขจนปกติ ไม่ว่ากรณีใด

4.4 การอาพาธ ถ้าพระภิกษุที่อาพาธได้ตั้งปณิธานไว้ก่อนแล้วว่าไม่อนุญาตให้ใช้มอร์ฟินในการบำบัดรักษา และได้เขียนไว้ในหนังสือ "ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (living will)" อย่างเป็นทางการจะลักษณะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์คงไม่มีผู้ใดสามารถแก้ปณิธานนี้ได้ ยกเว้นถ้าพระภิกษุนั้นได้เข้าสู่ภาวะที่ไม่รู้สึกตัว มีอาการทรมานทรมานจากความปวด ญาติ โยมอุปฐาก หรือพระภิกษุที่ได้รับการยินยอมจากพระภิกษุที่ป่วยให้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในโอกาสนี้อาจสามารถแก้ปณิธานเดิมที่เขียนไว้ได้

5. โภชนาการสำหรับพระภิกษุที่อาพาธเข้าสู่ระยะท้าย

การถือปฏิบัติทั่วไป พระภิกษุเมื่ออาพาธโดยมากจะได้รับการดูแลด้านโภชนา (ภัตตาหาร) เฉกเช่นเดียวกับผู้คนทั่วไป คือ สามารถฉันอาหารได้ตลอดทั้งวันโดยไม่มีข้อห้ามหรือผิดพระวินัย แต่ก็มีพระภิกษุจำนวนหนึ่งที่ยังถือเคร่งครัดต่อข้อปฏิบัติประเพณีที่สืบทอดมาแต่เดิมอย่างอุกฤษ โดยฉันเพียงวันละมื้อเดียว ณ อาสนะเดียวเป็นวัตร (เอกกาสนิกังคะ) ไม่รับอาหารนำมาถวายอีก (ขลุ่ปัจฉาภัตติกังคะ) และไม่ฉันอาหารเลยเที่ยงวัน (เอกภัตติกะ) พระภิกษุกลุ่มนี้ จึงต้องประเคนภัตตาหารให้ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ถ้ายังฉันอาหารได้ตามปกติ ก็ควรพิจารณาประเคนอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ถ้าต้องประเคนอาหารทางสายให้อาหาร ก็ต้องพิจารณาให้อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไปโดยตามคำสั่งของแพทย์และโภชนาการ

น้ำปานะ คือ เครื่องดื่ม น้ำสำหรับดื่มสำหรับพระภิกษุ โดยเฉพาะที่คั้นจากลูกไม้ (รวมทั้งเหง้าพืชบางชนิด) น้ำคั้นผลไม้ (จัดเป็นยามกาลิก) ซึ่งถือว่าใช้เป็นประโยชน์อย่างมากเมื่อพระภิกษุนั้นอาจจำเป็นต้องฉันยาในช่วงเวลาหลังเที่ยงวัน ซึ่งปานะ 8 ชนิดที่อยู่ในพุทธานุญาต (อัฐฐานหรือน้ำอัฐฐาน) พร้อมทั้งน้ำคั้นพืชต่างๆ ดังที่แจ้งไว้จากพุทธพจน์ว่า (วินย 5/86/123) “ภิกษุทั้งหลาย เราอนุญาตปานะ 8 อย่าง คือ 1) น้ำมะม่วง 2) น้ำชมพูหรือน้ำหว่า 3) น้ำกล้วยมีเมล็ด 4) น้ำกล้วยไม่มีเมล็ด 5) น้ำมะขาง 6) น้ำลูกจันทร์หรือองุ่น 7) น้ำแห้วอบล 8) น้ำมะปรางหรือลิ้นจี่..... เราอนุญาตน้ำผลไม้ (รส) ทุกชนิด เว้นน้ำผลธัญชาติ..... เราอนุญาตน้ำใบไม้ (ปัตตรส) ทุกชนิด เว้นน้ำผักต้ม เราอนุญาตน้ำดอกไม้อ่อน (บุพผรส) ทุกชนิด เว้นน้ำดอกมะขาง เราอนุญาตน้ำอ้อยสด (อุจฺจฺรส)”

น้ำผลธัญชาติที่ต้องห้าม ได้แก่ น้ำจากผลธัญชาติ 7 ชนิด เช่น เมล็ดข้าว (น้ำข้าวข้าว น้ำข้าว) นอกจากนั้นผลไม้ใหญ่ (มหาผล) 9 ชนิด (จำพวกผลไม้ที่ทำกับข้าว) ได้แก่ ลูกตาล มะพร้าว ขนุน สาเก น้ำเต้า ฟักเขียว แตงไทย แตงโม ฟักทอง และพวกอปริณณะ เช่น ถั่วเขียว จัดอนุโลมเข้าเป็นธัญผล เป็นของต้องห้าม

ปานะนี้ให้ใช้ของสด ห้ามมิให้ต้มด้วยไฟ ให้เป็นของเย็นหรือสุกด้วยแดด (ซึ่งพระมติ สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรสว่า ในบาลีไม่ได้ห้ามน้ำสุก แม้สุกก็ไม่น่ารังเกียจ) ปานะต้องเป็นของที่อุปสัมปन्न (ผู้ที่ยังมิได้อุปสมบท ได้แก่ คฤหัสถ์ และสามเณร) ทำ จึงฉันได้ในเวลาวิกาล ถ้าเป็นภิกษุทำถือเป็นยาวกาลิก คือ ของที่ฉันได้เฉพาะเช้าถึงเที่ยงวันเท่านั้น ส่วนประกอบของปานะ เช่น น้ำตาลและเกลือ ไม่ให้อาหารรับประทาน ค้างคืนไว้มาใช้ ทั้งเพื่อให้เป็นปานะที่อุปสัมปन्न ทำถวายด้วยของๆ เขาเอง

ในมหานิทเทศ (ข.บ. 29/742/449) ได้แสดงปานะ 8 (อัฐฐาน) ไว้ 2 ชุด โดยชุดแรกตรงกับที่เป็นพุทธานุญาตในพระวินัย ส่วนชุดที่สองอันต่างหากนั้น ประกอบด้วย น้ำผลสละศรีอ น้ำผลเล็บเหยี่ยว น้ำผลพุทรา ปานะทำด้วยเปรี้ยว ปานะน้ำมัน ปานะน้ำยาคุ (ยาคุปานะ) ปานะน้ำนม (เปรี้ยปานะ) ปานะน้ำคั้น (รสปานะ) ซึ่งพระภิกษุที่เคร่งทางพระวินัยจะไม่ยอมฉันปานะชุดที่สองนี้หลังเที่ยงวันเด็ดขาด

รายการอาหารน้ำที่ทำถวายพระอาจารย์ขาว อนาลโย (หลวงปู่ขาว) หลวงปู่ขาววัดถ้ำลอดเพล โดย ศ.นพ.อวย เกตุสิงห์ หลังเที่ยงวันประกอบด้วย กลูโคส หรือน้ำผึ้ง หรือโกโก้ ไม่ใส่นมได้ตลอดเวลา

ด้วยเหตุนี้ หากภิกษุอาพาธต้องกลับไปจำวัด หรือพักรักษาตัวที่บ้าน จึงควรหาสามเณรหรือญาติ หรือโยมอุปัฏฐาก ทำปานะไว้คอยประเคนให้ วิธีทำปานะที่ท่านแนะไว้ คือ ถ้าผลยังดิบก็ให้ผ่าฝานใส่น้ำให้สุกด้วยแดด ถ้าสุกแล้วก็ปอกหรือควั่น เอาผ้าห่อปิดให้ตึง อัดเนื้อผลไม้ให้คายน้ำออกจากผ้า เติมน้ำลงให้พอดี (จะไม่เติมน้ำก็ได้ เว้นแต่ผลไม้บาง ซึ่งท่านระบุว่าต้องเจือน้ำจึงควร) แล้วผสมน้ำตาลและเกลือ เป็นต้น พอให้รสดี ข่อยจืดที่พึงทราบ คือ

5.1 ปานะนี้ให้ใช้ของสด ห้ามมิให้ต้มด้วยไฟให้เป็นของเย็นหรือสุกด้วยแดด (แต่น้ำสุกไม่ห้าม)

5.2 ต้องเป็นของที่อนุสัมปันทำจึงฉันได้ในยามวิกาล

5.3 ไม่ใช่ส่วนประกอบของน้ำตาลและเกลือที่ภิกษุรับประเคนค้างคืนไว้แล้วมาใช้สำหรับน้ำผึ้ง หรือน้ำตาลอ้อย นำมาผสมน้ำสุกหากนำมาทำเป็นน้ำปานะ จะเหมาะสมหรือไม่คงต้องนำมาปรึกษากับภิกษุที่อาพาธเป็นรูปๆ ไป

6. การจัดการสรีรสังขารหลังจากรมณภาพ (ในโรงพยาบาล)

ควรทำด้วยความเคารพลักษณะเดียวกับพระสงฆ์ทั่วไป ดังนี้

6.1 จัดสภาพแวดล้อมรอบเตียง โดยปิดม่านกันรอบเตียง เป็นการให้ความเคารพแก่ผู้มรณภาพและญาติ

6.2 ปิดเปลือกตา โดยญาติ พระศิลาณูปัฏฐาก หรือบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

6.3 ปลดอุปกรณ์สายต่างๆ ที่ต่ออยู่กับสรีระ

6.4 ช่วยยืดเส้นสาย และข้อต่อต่างๆ ของสรีระให้เข้าที่ เพื่อมิให้แข็งงอ

6.5 สรงน้ำ ทำความสะอาดสรีรสังขารหลังมรณภาพ 2 ชั่วโมง วิธีการสรงน้ำ ดังนี้

1) กล่าวขออนุญาตทำความสะอาด และสรงน้ำเช่นเดียวกับตอนที่ยังมีชีวิตอยู่

2) สวมถุงมือสะอาด และผ้าปิดปาก-จมูก ขณะทำความสะอาด

3) ปลงผม ปลงคิ้ว และหนวด เครา ให้เรียบร้อย รวมทั้งตัดเล็บหากมีความยาวเกินไป

4) ทำความสะอาดสรีระ โดยเริ่มจากบริเวณที่มีสาคัดหลัง เช่น จมูก ปาก แปรงฟันให้สะอาด

5) สรงน้ำ ชำระร่างกายให้สะอาดเรียบร้อย สามารถใช้สบู่ และซับตัวให้แห้งตามปกติ

ชำระร่างกายเพียงเบาๆ ไม่เกา ไม่ข่วนเพราะจะทำให้ผิวเป็นรอย เป็นแผล ต้องกระทำอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน เสมือนกับว่าท่านยังมีชีวิตอยู่โดยจะมีบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลอีก 1-2 คน เข้ามาช่วย

6.6 ใช้สำลีแห้งอุดจมูก ปาก หู และทวารหนักของพระสงฆ์มรณภาพ อย่าให้เห็นปลายออกมาข้างนอก โดยใส่ให้ลึกและแน่นพอ เพื่อป้องกันไม่ให้สาคัดหลังไหลออกมา

6.7 จัดให้อยู่ในท่านอนหงาย มือสองข้างแนบลำตัว

6.8 นุ่งห่มด้วยชุดผ้าไตรครองของท่าน หรือไตรจีวรชุดใหม่ที่ถวาย และท่านรับไว้ก่อนมรณภาพ ลักษณะของการนุ่งห่ม ควรสังเกตจากพระที่มาเยี่ยม หรือสอบถามเพิ่มเติมว่าท่านนุ่งห่มอย่างไร ใช้ผ้าสีใด จะได้ปฏิบัติต่อสรีรสังขารท่านได้ตรงตามประสงค์ขณะที่ไม่มีญาติหรือพระผู้ดูแล หากเป็นไปได้ควรห่มดอง/ห่มพาดสังฆาฏิ

6.9 บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล และญาติ ร่วมกันทำพิธีขอขมา และอธิษฐานกรรมพระสงฆ์มรณภาพ

ตัวอย่างการจัดรูปแบบการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะท้ายในโรงพยาบาลสงฆ์

1. รูปแบบการจัดหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต



ภาพที่ 12.2 ตัวอย่างการจัดหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต
ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์ 2563

2. สิ่งแวดล้อมในหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต



ภาพที่ 12.3 ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อม

ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์ 2563

3. เกณฑ์การรับผู้ป่วย

3.1 ผู้ป่วยมีเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะสำคัญอื่นๆ ที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 3-6 เดือน

3.2 ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีแนวโน้มที่โรคจะทวีความรุนแรงขึ้น และคุกคามต่อชีวิต

3.3 ผู้ป่วยที่แพทย์ปรับเปลี่ยนจากการรักษาให้หายขาด มาเป็นเพียงการดูแลตามอาการ เนื่องจากโรคได้ลุกลามไปมาก เช่น ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลว

3.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการควบคุมความปวด เช่น Cancer pain

3.5 ผู้ป่วยอาจจะใส่ท่อช่วยหายใจแต่ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

4. การดูแลด้านร่างกาย การบรรเทาความปวด และอาการรบกวนต่างๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน การปรับกายภาพตามความต้องการของพระอาพาธ ในบริบทของพระภิกษุจะไม่เคยชินกับที่นอนหนานุ่ม และการนอนบนเตียง บุคลากรสาธารณสุขควรเอื้อเฟื้อตามความต้องการของท่าน

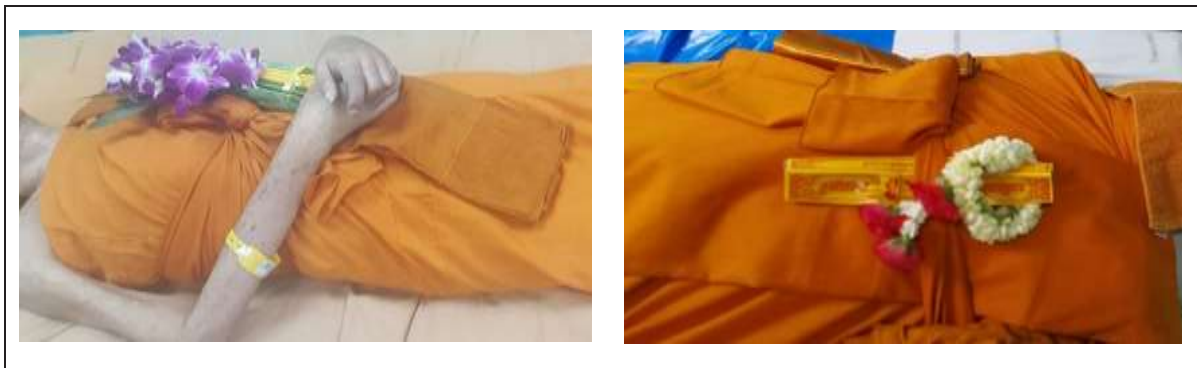
5. การช่วยเหลือด้านจิตใจ การจัดสิ่งแวดล้อมแห่งการเยียวยา (Healing environment) สื่อธรรมะ เช่น การทำวัตรเช้า-เย็น การสวดมนต์ทุกวันพระร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

6. การดูแลด้านจิตวิญญาณ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ค้นหาสิ่งค้างคาใจที่ผู้ป่วยต้องการทำในวาระสุดท้าย

7. การดูแลต่อเนื่องที่วัด/ บ้าน เน้นให้ญาติและจิตอาสามีส่วนร่วมในการดูแล เตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้า เครื่องดูดเสมหะ เตียง เพื่อใช้ในการดูแลระหว่างอยู่บ้าน/ วัด ประสานผู้ดูแลติดตามต่อเนื่อง และมีระบบให้คำปรึกษาปัญหาการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และการจัดตั้งกองทุนในการพาผู้ป่วยกลับวัด/ บ้าน

8. การดูแลขณะใกล้มรณภาพ ควรมีการสอบถามถึงแนวปฏิบัติธรรมของท่าน ครูบาอาจารย์ที่นับถือ เทปธรรมะ และ/หรือบทสวดมนต์ที่ชอบฟัง เพื่อจัดเตรียมไว้เปิดให้ฟังระหว่างวัน รวมทั้งขณะใกล้สิ้นลม ควรทำ family meeting อีกครั้ง เพื่อสื่อสารถึงอาการที่อาจเกิดขึ้น และสอบถามความประสงค์ของพระอาพาธ พระบางรูป ต้องการลูกหลานให้มาส่งท่านเป็นครั้งสุดท้าย พระบางรูปอาจต้องการจากไปสงบๆ รูปเดียว อยากพบครูบาอาจารย์ อยู่กับเพื่อนภิกษุมากกว่าอยากอยู่กับญาติโดยให้ความสำคัญกับจิตสุดท้าย

9. การดูแลหลังมรณภาพ การจัดการสรีระสังขารหลังมรณภาพ ควรทำด้วยความเคารพ โดยทำความสะอาดร่างกายท่านแล้วห่มผ้า ส่วนมากใช้วิธีห่มดองหรือห่มพาดสังฆาฏิและวิธีห่มคลุม ดังภาพที่ 12.4 การถวายสีก้านควรสังเกตจากพระที่มาเยี่ยม หรือสอบถามเพิ่มเติมว่าท่านนุ่งห่มอย่างไร ใช้ผ้าสีใดเพื่อเตรียมพร้อม หากท่านมรณภาพที่โรงพยาบาลขณะที่ไม่มีญาติหรือพระผู้ดูแล จะได้จัดการสรีระสังขารท่านได้ตรงตามประสงค์



ภาพที่ 12.4 วิธีห่มดองหรือห่มพาดสังฆาฏิ และวิธีห่มคลุม
ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์ 2563

บริบทของจริยธรรมและกฎหมาย (พระราชบัญญัติสงฆ์ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)

โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นสถานที่ให้การรักษายาบาลพระภิกษุสงฆ์ ภาระหน้าที่ของผู้รักษายาบาล จึงต้องเกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ในทุกมิติที่จะเกิดขึ้น ระหว่างนั้นปัญหาที่มักเกิดขึ้นเสมอก็คือ ในกรณีการรักษายาบาล หรือไม่รักษายาบาลต่อที่เป็นขั้นตอนสำคัญ แพทย์จะตัดสินใจอย่างไรต้องได้รับคำยินยอมจากญาติและผู้มีอำนาจเสียก่อน เพราะเป็นขั้นตอนที่เกี่ยวกับข้อกฎหมายและกฎหมายจริยธรรมวิชาชีพ กอปรกับพระภิกษุที่อาพาธอาจไม่สามารถตัดสินใจได้ในขณะนั้น เนื่องจากระดับความรู้สึกตัว สติสัมปชัญญะลดลง ดังนั้นจึงได้นำแบบหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ทั้ง 2 แบบมาใช้ ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดเป็นแนวทางไว้ เพื่อให้พระภิกษุได้ตัดสินใจแสดงเจตนาไว้ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยเฉพาะผู้ที่สามารถตัดสินใจแทนได้ซึ่งต้องระบุชื่อไว้ ในกรณีที่ไม่มีญาติดูแลก็สามารถใส่ชื่อบุคคลที่ใกล้ชิด หรือผู้อุปฐากมาโดยตลอดตัดสินใจแทนไว้ก่อนเพื่อให้แพทย์หรือพยาบาลติดต่อและดำเนินการต่อไปได้ ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรทำไว้

อีกกรณีหนึ่งที่เกิดปัญหา ก็คือ ทรัพย์สินสมบัติของพระภิกษุที่รักษายาบาลไม่ได้ดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งตามกฎหมายไว้ก่อน เมื่อพระภิกษุรูปนั้นมรณภาพ โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องก็ต้องติดต่อเป็นภาระดำเนินการจัดการกับทรัพย์สินของท่านอยู่เสมอ ในประเด็นนี้พระภิกษุที่มีทรัพย์สินที่ได้มาในขณะที่เป็นบรรพชิตอยู่นั้น มีกฎหมายที่ต้องรับทราบไว้ คือ ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 6 ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิในทรัพย์สินของพระภิกษุไว้เป็นการเฉพาะอยู่ 3 มาตรา ดังนี้ คือ

1) มาตรา 1266 พระภิกษุ นั้นจะเรียกร้องเอาทรัพย์สินมรดกในฐานะที่เป็นทายาทโดยธรรมไม่ได้ เว้นแต่จะได้สืบทอดจากสมณเพศมาเรียกร้องภายในกำหนดอายุความตามมาตรา 1754 (1 ปี นับแต่วันเสียชีวิตของผู้มอบมรดกให้) แต่พระภิกษุ นั้นอาจเป็นผู้รับพินัยกรรมได้

2) มาตรา 1623 ทรัพย์สินของพระภิกษุ ที่ได้มาในระหว่างเวลาอยู่ในสมณเพศนั้น เมื่อพระภิกษุ นั้นถึงแก่กรรมภาพให้ตกเป็นสมบัติของวัดที่เป็นภูมิลำเนาของพระภิกษุ นั้น เว้นไว้แต่พระภิกษุ นั้นจะได้จำหน่ายไปในช่วงที่มีชีวิตหรือโดยพินัยกรรม

3) มาตรา 1624 ทรัพย์สินใดเป็นของบุคคลก่อนอุปสมบทเป็นพระภิกษุ ทรัพย์สินนั้นหากตกเป็นสมบัติของวัดไม่ และให้เป็นมรดกตกทอดแก่ทายาทโดยธรรมของบุคคลนั้น หรือบุคคลนั้นจะจำหน่ายโดยประการใดตามกฎหมายก็ได้

ดังนั้นการที่พระภิกษุ รูปใดรูปหนึ่งมีมรดก หรือมีทรัพย์สินสมบัติจำเป็นต้องจำหน่ายทรัพย์สินนั้นตามกฎหมายเสียก่อน ด้วยการทำพินัยกรรมมอบทรัพย์สินสมบัติเพื่อให้เป็นไปตามเจตนาของตน ตามกฎหมายฉบับนี้ ทางโรงพยาบาลสงฆ์ จึงได้มีแบบฟอร์มทำพินัยกรรมมอบสมบัติของพระภิกษุ อาพาธไว้ด้วย ดังภาพที่ 12.5 เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่พระภิกษุ สงฆ์ที่อาพาธ ซึ่งมีความจำเป็นต้องแจ้งให้ทราบเงื่อนไขของการรักษาพยาบาลและเงื่อนไขของการจัดการทรัพย์สินของตน จะได้ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมต่อไป จึงให้ความสำคัญต่อสวัสดิภาพของพระภิกษุ อาพาธไว้

ปัจจุบันพระสงฆ์ที่เดินทางมารักษาตนเองมาจากทั่วประเทศ มีทั้งที่อาพาธเบาและอาพาธหนัก รวมทั้งที่เป็นการอาพาธเชิงอายุรกรรม แม้ว่าในทางพระพุทธศาสนาจะถือว่า พระภิกษุ เป็นผู้ออกจากเรือนมาอยู่วัด โดยมีเจ้าอาวาสเป็นผู้ปกครองในฐานะอุปัชฌาย์หรืออาจารย์ การดูแลภิกษุ อาพาธให้ถือเป็นภาระธุระของท่านด้วย แต่ในความเป็นจริง พระภิกษุ อาพาธยังต้องพึ่งพาญาติเข้ามาดูแลเช่นเดิม และมีภิกษุ จำนวนไม่น้อยที่ญาติไม่ได้รับทราบอาการอาพาธของท่าน และทางวัดก็ไม่ได้มีการจัดผู้อุปัฏฐากไว้ ทั้งหมดก็ถือเป็นภาระของแพทย์และพยาบาลสงฆ์ที่ต้องดูแล จึงนับว่า การให้ความเข้าใจเกี่ยวกับเจตนาการรักษาพยาบาลของท่าน และการดำเนินการต่อทรัพย์สินของท่านเป็นไปอย่างถูกต้องทั้งธรรมวินัยและตามกฎหมาย

พินัยกรรม

พินัยกรรมฉบับนี้ทำที่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า พระ.....ได้คำนึงถึงสังขารของตนเองแล้ว ก็เห็นว่ามียายุมาก
แล้ว จึงถือโอกาสที่ยังมีสติสัมปชัญญะติดอยู่นี้ สั่งการเกี่ยวกับทรัพย์สินเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมแล้วฉะนั้นข้าพเจ้าจึงขอ
ทำพินัยกรรมสั่งการไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าขอยกทรัพย์สินดังมีรายการต่อไปนี้

- 1.1ให้แก่
นาย/นาง/นางสาว.....
1.2ให้แก่
นาย/นาง/นางสาว.....
1.3ให้แก่
นาย/นาง/นางสาว.....

ข้อ 2. ทรัพย์สินนอกจากข้อ 1.1-1.3 ดังกล่าวข้างต้นที่เหลือทั้งหมดข้าพเจ้าขอยกให้แก่ นาย/นาง/นางสาว

ข้อ 3. ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งให้ พระภิกษุ/นาย/นาง/นางสาว.....
เป็นผู้จัดการมรดกตามพินัยกรรมของข้าพเจ้า หากบุคคลดังกล่าวเสียชีวิตก่อนข้าพเจ้าขอแต่งตั้งให้เจ้าอาวาสที่
ข้าพเจ้าสังกัดอยู่เป็นผู้จัดการมรดกแทนบุคคลดังกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทำพินัยกรรมขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องเป็นอย่างเดียวกัน โดยมอบให้นาย/นาง/
นางสาว.....ผู้จัดการมรดกเก็บไว้ฉบับหนึ่ง และมอบให้นาย/นาง/
นางสาว.....เก็บไว้ฉบับหนึ่ง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ขณะที่ข้าพเจ้าทำพินัยกรรมฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดีทุกประการ
และการทำพินัยกรรมฉบับนี้ มิได้เกิดจากการข่มขู่หรือฉ้อฉล หรือสำคัญผิดในสิ่งที่เป็นสาระสำคัญแต่อย่างใด
ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมดแล้ว เห็นว่าตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าทุกประการ ดังนั้น จึงได้ลงลายมือ
ชื่อไว้ต่อหน้าผู้เป็นพยานทั้งสองคนพร้อมกัน ณ สถานที่ตั้งระบุข้างต้น และให้ นาย/นาง/นางสาว.....
.....ผู้จัดการมรดกตามพินัยกรรมนี้

ลงชื่อ.....ผู้ทำพินัยกรรม
(.....)

ข้าพเจ้าผู้เป็นพยานในพินัยกรรมนี้ ขอรับรองและยืนยันว่าได้อ่านพินัยกรรมนี้และสอบถามเจตนาของผู้ทำ
พินัยกรรมนี้แล้ว ผู้ทำพินัยกรรมยืนยันว่า พินัยกรรมนี้ถูกต้องตรงกับเจตนาแท้จริงของผู้ทำพินัยกรรมและลงลาย
มือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าผู้เป็นพยาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อรับรองเป็นพยาน ไว้เป็นหลักฐานพร้อมกัน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ภาพที่ 12.5 ตัวอย่างแบบฟอร์มทำพินัยกรรมมอบสมบัติของพระภิกษุอาพาธ

บรรณานุกรม

1. ไพรัตน์ แสงดิษฐ์, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2560.
2. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์ (ชำระ-เพิ่มเติม ช่วงที่ 1/เสริม). พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: ธนัชชการพิมพ์; 2552.
3. โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลพระภิกษุอาพาธในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2560.
4. หลวงปู่ขาว อนาลโย. อนาลโยวาทะ [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dharma-gateway.com/monk/preach/lp_kao/lp-kao-03.htm.
5. สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต). ทำวาระสุดท้าย ให้เป็นวาระแห่งการได้สูงสุด [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/sivirtue/>.



บทที่ 13

บทบาทการดูแล
ของทีมสหสาขาวิชาชีพ



บทที่ 13.1

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง

วราภรณ์ รีมชัยสิทธิ์
โรงพยาบาลอุดรธานี

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายของโรค มีเป้าหมายในการลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ แบบองค์รวม ซึ่งอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ความปวด (ร้อยละ 64) นอกจากนี้ยังมีอาการรบกวนอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย ฯลฯ ดังนั้นผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาอาการปวดตาม WHO analgesic ladder โดยพบว่ามีการใช้ยาในกลุ่ม strong opioids ในผู้ป่วย palliative care มากที่สุด (ร้อยละ 68) ซึ่งยาในกลุ่มนี้ในประเทศไทยจัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ดังนั้นการบริหารจัดการยาในกลุ่มนี้ต้องดำเนินไปตามที่พระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดไว้ เภสัชกรมีบทบาทสำคัญทั้งในกระบวนการบริหารจัดการยาให้มีใช้อย่างเพียงพอ มีแนวทางการบริหารจัดการยาที่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ รวมถึงบทบาทในการบริหารเภสัชกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารยา การปรับขนาดยา ปฏิกริยาของยาต่างๆ ผลข้างเคียงของยา การทบทวนรายการยาของผู้ป่วย (medication review) การประสานรายการยาของผู้ป่วย (medication reconciliation) รวมถึงการให้ความรู้ด้านการใช้ยาต่างๆ แก่ผู้ป่วย ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผู้ป่วยมีความปลอดภัย

บทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Role of pharmacist in palliative care)

เภสัชกรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการใช้ยาที่เหมาะสมและเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา ในหลายๆ ประเทศทั่วโลก เช่น แคนาดาและออสเตรเลีย ได้กล่าวถึงบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบไปด้วยด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการจัดทำข้อกำหนดด้านยาและการจัดหา: เภสัชกรมีบทบาทในการกำหนดกรอบรายการยาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม เพียงพอ มีการจัดหาและดำเนินการสอดคล้องกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท รวมถึงระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระเบียบพัสดุ เป็นต้น ตลอดจนการจัดเตรียมยา/ รูปแบบยาที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation)

2. ด้านการบริหารจัดการ: เภสัชกรมีบทบาทในการบริหารจัดการงบประมาณด้านยา การบริหารจัดการสูตรตำรับยาต่างๆ ที่ใช้ ระบบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ด้านคลินิก: เภสัชกรมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยาทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รวมถึงที่บ้าน โดยมีหน้าที่จัดเก็บรักษา ยา เตรียมยาให้พร้อมใช้และมีประสิทธิภาพ บันทึกข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน การประสานรายการยา การค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาด้านยา เช่น adverse drug reaction, incompatibility, drug interaction และ pain and symptom management เป็นต้น นอกจากนี้เภสัชกรมีหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล

4. ด้านวิชาการและวิจัย: เภสัชกรมีบทบาทในการให้ความรู้ด้านการรักษาด้วยยาหรือเภสัชบำบัด แก่บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล รวมถึงประชาชนในชุมชน ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการผ่านการวิพากษ์กรณีศึกษาร่วมกัน มีการทบทวนวรรณกรรมใหม่และการศึกษาวิจัยด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โดยเภสัชกรควรมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้และยาที่ใช้ เช่น อาการปวด อาการเบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย หายใจลำบาก และอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน การใช้ยาแก้ปวด และบรรเทาอาการต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นเภสัชกรจะต้องมีองค์ความรู้และสมรรถนะ ด้านต่างๆ ที่จำเป็น เช่น หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แผนการรักษาด้วยยา การจัดการความปวด และอาการผิดปกติต่างๆ การใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การบริหารยาทางชั้นใต้ผิวหนัง โดยผ่านอุปกรณ์เฉพาะ เช่น syringe driver เป็นต้น นอกจากนี้การสื่อสารเป็นทักษะที่สำคัญ โดยจะต้องคำนึงถึง ประสิทธิภาพในการสื่อสารและการจัดการกับความเครียด สภาวะความเศร้า ความทุกข์ รวมถึงการให้คำแนะนำ ในการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการบริหารจัดการระบบยา ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ปีงบประมาณ 2561 โดยได้กำหนดบทบาทเภสัชกร ในการบริหารทางเภสัชกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนี้

1. การบริหารทางเภสัชกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลมีการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความเหมาะสมของโรงพยาบาลดังนี้

1.1 งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก: จัดบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบ การให้บริการในคลินิกแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะท้าย โดยเภสัชกร

1.2 งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน: จัดบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบ round ward, การทำ case conference, การทำ advance care planning หรือการทำ discharge counselling ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เภสัชกรมีบทบาทในการทำกิจกรรมดังต่อไปนี้

- 1) ร่วมปรับขนาดยาระงับปวดและยากกลุ่มอื่นๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย
- 2) จัดการแก้ไขปัญหาด้านยา (DRPs) ที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย
- 3) Medication reconciliation
- 4) ให้ความรู้และทักษะที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและ care giver
- 5) เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนวิชาการด้านยาเพื่อการจัดการอาการของผู้ป่วย palliative care ให้กับทีมสุขภาพในชุมชน

6) จัดหา/ จัดเตรียมยา/ รูปแบบยาที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation)

2. การบริหารทางเภสัชกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยกำหนดให้เภสัชกร ทุกโรงพยาบาลมีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ดังนี้

2.1 เภสัชกรมีกิจกรรมในการดำเนินการเช่นเดียวกับการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบ ประคับประคองในโรงพยาบาลที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น

2.2 เชื่อมโยงการดูแลด้านการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับระบบสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ประสานงานผ่านหน่วยงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

รายการยาจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Essential drug list in palliative care)

ในแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข ได้ทบทวนรายการยาที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นรายการพื้นฐานขั้นต่ำที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องใช้ ทั้งนี้โรงพยาบาลสามารถมีรายการยาที่เพิ่มขึ้นกว่านี้ตามศักยภาพของโรงพยาบาลได้ โดยแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ A (advance level hospital) ระดับ S (standard level hospital) ระดับ M (middle level hospital) และระดับ F (first level hospital) ดังนี้

1. โรงพยาบาลศูนย์/ จังหวัดขนาดใหญ่ (A: Advance level hospital)

ยากลุ่ม opioids ได้แก่ morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ morphine immediate release (morphine IR) 10 mg tab, MST[®] 10 mg tab, MST[®] 30 mg tab, MO injection, Kapanol[®] cap (ไม่ระบุขนาด), fentanyl patch (ไม่ระบุขนาด) ส่วนยา methadone และยา oxycodone พิจารณาตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล

ยาที่ใช้บรรเทาอาการอื่นๆ ได้แก่ lorazepam tab, amitriptyline tab, atropine inj หรือ atropine eye drop, haloperidol tab, haloperidol inj, midazolam 5 mg inj, gabapentin cap, dexamethasone 4 mg tab, octreotide inj และรายการยาอื่นๆ ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล

2. โรงพยาบาลจังหวัด (S: Standard level hospital)

ยากลุ่ม opioids ได้แก่ morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ morphine IR 10 mg tab, MST[®] 10 mg tab, MST[®] 30 mg tab, MO inj, Kapanol[®] cap (ไม่ระบุขนาด) และ fentanyl patch (ไม่ระบุขนาด)

ยาที่ใช้บรรเทาอาการอื่นๆ ได้แก่ lorazepam tab, amitriptyline tab, atropine inj หรือ atropine eye drop, haloperidol tab, haloperidol inj, midazolam 5 mg inj, gabapentin cap, dexamethasone 4 mg tab, octreotide inj และรายการยาอื่นๆ ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล

3. โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่และกลาง (M: Middle level hospital)

ยากลุ่ม opioids ได้แก่ morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ morphine IR 10mg tab, MST[®] 10 mg tab, MST[®] 30 mg tab, MO inj และ fentanyl patch (ไม่ระบุขนาด)

ยาที่ใช้บรรเทาอาการอื่นๆ ได้แก่ lorazepam tab, amitriptyline tab, atropine inj หรือ atropine eye drop, haloperidol tab, haloperidol inj, midazolam 5 mg inj, gabapentin cap และรายการยาอื่นๆ ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล

4. โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F: First level hospital)

ยากลุ่ม opioids ได้แก่ morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ morphine IR 10mg tab, MST[®] 10 mg tab และ MO inj

ยาที่ใช้บรรเทาอาการอื่นๆ ได้แก่ lorazepam tab, amitriptyline tab, atropine inj, haloperidol tab, haloperidol inj และรายการยาอื่นๆ ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล

สำหรับสถานพยาบาลในระดับ A, S, M1 หรือ M2 ควรพิจารณาเพิ่มประเภทยา รูปแบบ และขนาดยา ให้มากขึ้น เพื่อบุคลากรทางแพทย์จะได้ประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้โรงพยาบาลทุกระดับควรมีการพิจารณารายการยาสมุนไพรรักษาอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยแบบประคับประคองตามรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียาจากสมุนไพร เพื่อเพิ่มทางเลือก ในการใช้ยาตามความจำเป็นและเหมาะสมของสถานพยาบาล

แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับเภสัชกร

ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่จะกลับไปดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วย palliative care ที่ดูแลแบบประคับประคองที่บ้านพบปัญหาจากการใช้ยากลุ่ม strong opioids (ร้อยละ 86.7) โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบ ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษา ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ได้รับชนิดยาไม่เหมาะสม ใช้ยาไม่ถูกเวลา ขาดความรู้และทักษะในการใช้ยา ปัญหาที่เกิดจากระบบยา การใช้ยาผิดเทคนิค ปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแล ได้รับยาในขนาดที่ต่ำ และอื่นๆ

ดังนั้นเภสัชกรจึงมีบทบาทในการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดการปัญหาด้านยาของผู้ป่วยที่บ้าน การปรับขนาดยา การทำทบทวนรายการยา การประสานรายการยา การให้ความรู้ด้านยา การพัฒนาเชิงระบบ และอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยาที่บ้าน

การเยี่ยมบ้านของเภสัชกรจะใช้หลักการของ Pharmacist's patients care process ของ The Joint Commission of Pharmacy Practitioners (JCPP) ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูล (collect) การประเมิน (assessment) การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (implement) และการติดตามประเมินผล (follow-up: monitor and evaluate) โดยรวมไปถึงการพัฒนาเชิงระบบ (system) เชื่อมโยงระบบบริการในโรงพยาบาล และระบบสุขภาพในชุมชน

1. การรวบรวมข้อมูล (Collect)

ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย เภสัชกรต้องมีข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบความสัมพันธ์ของประวัติการใช้ยาและอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ทั้งข้อมูลด้านประวัติส่วนตัว ความเจ็บป่วย ข้อมูลด้านสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล สิทธิการรักษาพยาบาล

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการประเมินที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย palliative care เช่น palliative performance scale (PPS), pain score, Edmonton symptom assessment system (ESAS)

ในส่วน of ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยาประกอบด้วยประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ข้อมูลยาที่ใช้ในปัจจุบัน ยา/สมุนไพร/อาหารเสริมที่ผู้ป่วยใช้เองที่บ้าน

2. การประเมิน (Assessment)

เภสัชกรจะต้องนำข้อมูลผู้ป่วย การเจ็บป่วย การรักษา การใช้ยาต่างๆ ของผู้ป่วย มาประเมินผลการรักษาทางด้านคลินิกของผู้ป่วยว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ มีปัญหาด้านยาเกิดขึ้นหรือไม่

การประเมินสุขภาพองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความสำคัญมากในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย palliative care เพราะมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยา รวมถึงจำนวนยาของผู้ป่วย โดยสัมพันธ์กับการประเมินค่าที่สำคัญ เช่น palliative performance scale (PPS) ซึ่งใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน 5 หัวข้อหลัก (ภาพที่ 13.1.1) ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและความรู้สึกตัว โดยมีค่าตั้งแต่ร้อยละ 100 (เคลื่อนไหวปกติ ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รับประทานอาหารได้ตามปกติ รู้สึกตัวดี) – 0 (เสียชีวิต) เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น PPS จะลดลง การปรับยาจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยในแต่ละครั้งตามผลการประเมิน ดังนั้นเภสัชกรจำเป็นต้องเข้าใจการประเมิน PPS เพื่อวางแผนการจัดการด้านยาให้แก่ผู้ป่วย หรือใช้ pain score เพื่อประเมินความปวด หรือ Edmonton symptom assessment system (ESAS) ในการประเมินผู้ป่วยตามสภาพของปัญหา โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาการที่ควรประเมินมี 9 อาการ (ภาพที่ 13.1.2) ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ อาการเหนื่อยหอบ โดยแต่ละอาการจะถูกวัดเป็นหมายเลขตั้งแต่ 0 (ไม่มีอาการ) – 10 (มีอาการมากที่สุด) การใช้แบบประเมิน ESAS จะทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้เภสัชกรควรใช้ทักษะการฟัง เพื่อให้เข้าใจความคิด อารมณ์

ความรู้สึก สมรรถนะและความคาดหวังของผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลและญาติ โดยกระบวนการเหล่านี้จะสามารถกระทำได้ หากผู้ป่วยยังมี PPS สูง หรือผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารกับเภสัชกรครอบครัวได้

เภสัชกรควรใช้ข้อมูลต่างๆ ที่ประเมินได้จาก PPS, pain score, ESAS หรืออื่นๆ มาประเมินความเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ทั้งข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความสามารถในการเข้าถึงหรือบริหารยา นอกจากนี้เภสัชกรควรระลึกเสมอว่า ผลการประเมินที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผลกระทบที่เกิดจากยาได้หรือไม่ และต้องใช้อย่างไรหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาด้วยยาอย่างไร ซึ่งจะทำให้สามารถวินิจฉัยทางเภสัชกรรม (pharmaceutical diagnosis) เพื่อค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok)					
ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก หรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทาน ทางปากไม่ได้	ง่วงซึม หรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือ ไม่มีอาการ
(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ผศ.พญ.บุษยามาศ ชีวสุกลง และคณะกรรมการ
Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหารามราชชนกเชียงใหม่)

ภาพที่ 13.1.1 แบบประเมิน palliative performance scale (PPS)

ที่มา: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2563

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด								มีอาการปวดรุนแรงที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย								มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการคลื่นไส้								มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการซึมเศร้า								มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่วิตกกังวล								วิตกกังวลมากที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน/งง								มีอาการง่วงซึม/สับสน/งงมากที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เบื่ออาหาร								เบื่ออาหารมากที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สบายดีทั้งกายและใจ								ไม่สบายกายและใจเลย		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ								มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ภาพที่ 13.1.2 แบบประเมิน Edmonton symptom assessment system (ESAS)

ที่มา: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2563

3. การวางแผน (Plan)

เภสัชกรสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมถึงทีมสุขภาพในชุมชนภายใต้บริบทของชุมชน โดยสร้างกระบวนการดูแลที่กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามเป้าหมายและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

4. การลงมือปฏิบัติ (Implement)

ดำเนินการป้องกัน หรือ แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems) โดยอาจร่วมปรับขนาดยา เปลี่ยนรูปแบบยา หยุดยา เปลี่ยนยา หรืออื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปตามเป้าหมาย

ให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้สามารถใช้ยาที่บ้านได้อย่างถูกต้อง มีการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความท้อแท้ หดหู่ หดใจ รวมถึงให้คำแนะนำการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีเวลามากพอสำหรับดูแลผู้ป่วย

ประสานส่งต่อการดูแลผู้ป่วยให้ทีมผู้รักษาทั้งในโรงพยาบาลและทีมสุขภาพในชุมชน ผ่านทางเวชระเบียนหรือใบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกำหนดช่วงเวลาในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

5. การติดตามประเมินผล (Follow up: monitor & evaluation)

เภสัชกรต้องมีการติดตาม วิเคราะห์ และประเมินประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยและการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยมีการติดตามในประเด็น ดังนี้

1) ความถูกต้อง ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการใช้ยา โดยดูจากอาการของโรค ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น ผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการประเมินอาการ PPS, pain score, ESAS และอื่นๆ ร่วมกับการสอบถามจากผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) ผลลัพธ์ทางคลินิกหรืออาการสำคัญที่สัมพันธ์กับการบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โดยรูปแบบในการติดตามอาจมีการปรับและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การติดตามเยี่ยมซ้ำ การติดตามทางโทรศัพท์ ทางแอปพลิเคชันไลน์ รวมถึงผ่านทางทีมสุขภาพในชุมชน

6. การเชื่อมโยงเชิงระบบ (System)

การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จะเป็นการดูแลและแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย การถอดบทเรียน และคืนข้อมูลสู่ระบบบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย palliative care นำไปสู่การป้องกันเชิงระบบ ทั้งการบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การปรับเปลี่ยนรูปแบบของยาเพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วย palliative care ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อลดปัญหาอันเกิดจากยาที่บ้านของผู้ป่วย การจัดระบบบริหารจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยที่ดีในการดูแลผู้ป่วย palliative care เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยด้านยา รวมถึงการสร้างเครือข่ายกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน หน่วยงานอื่นๆ จิตอาสา จะเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชนที่จะช่วยดูแลผู้ป่วย palliative care ในชุมชนได้ดี

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้ายของโรคแบบประคับประคอง มีเป้าหมายในการลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ แบบองค์รวม โดยเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการบริหารจัดการระบบยา การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและที่บ้าน ในการบริหารยา ปรับขนาดยา จัดการแก้ไขปัญหาด้านยา (DRPs) ผลข้างเคียงของยา และผลที่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยา ทบทุนและประสานรายการยา การให้ความรู้เกี่ยวกับยาต่างๆ แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ทั้งนี้เภสัชกรจะต้องมีองค์ความรู้และสมรรถนะด้านต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและจัดบริการเภสัชกรรมให้เหมาะสมตามอัตรากำลังและบริบทของหน่วยงาน

บรรณานุกรม

1. กิตติพล นาควิโรจน์. วิธีการประเมินอาการต่างๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative2th>.
2. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative3th>.
3. Austwick EA., Brown LC., Goodyear K. Pharmacist's input into a palliative care clinic. The Pharmaceutical Journal 2002; 268: 404-6.
4. Nauck F., Ostgathe C., Klaschik E., Bausewein C., Fuchs M., Lindena G., et al. Drugs in Palliative care: results from a representative survey in Germany. Palliat Med 2004; 18(2): 100-7.
5. Potter J., Hami F., Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. Palliat Med 2003; 17(4): 310-4.
6. Joint Commission of Pharmacy Practitioners. Patient care process document: Pharmacists' patient care process [Internet]. 2014 [cited 2018 sep 3]. Available from: <https://jcphp.net/patient-care-process>.
7. Ministry of public health, Health administration division. Drug system management in palliative care. Nonthaburi: Ministry of public health; 2018.
8. O'Connor M., Fisher C., French L., Halkett G., Jiwa M., Hughes J. Exploring the community pharmacist's role in palliative care: focusing on the person not just the prescription. Patient Educ Couns 2011; 83(3): 458-6.
9. Ningsanon T, et al. Textbook of family pharmacist. Bangkok: The association of hospital pharmacy; 2557.
10. Gilbar P., Stefaniuk K. The role of the pharmacist in palliative care: Result of a survey conducted in Australia and Canada. Journal of Palliative care 2002; 18: 287-92.
11. Rimchaisith W. Drug related problem of strong opioids in home palliative care. Bangkok: The college of pharmaceutical and health consumer protection of Thailand(CPHCP); 2018.
12. Rimchaisith W. Use of herbal products and dietary supplements among patients with home palliative care: Case study in Muang District. Thai Journal of Pharmacy practice (TJPP) 2020; 12.
13. Hussaini SY., Box M., Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. BMC Palliative care 2011; 10: 16.



บทที่ 13.2

บทบาทนักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัด
ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

อนุชตรา วรรณเสวก

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

บทบาทนักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามการดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยทุกวัยที่เผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น ตั้งแต่กระบวนการวินิจฉัยเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแล การรวบรวมข้อมูลในการประเมินอาการ และการรักษาในเรื่องของความปวดและอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยตระหนักถึงกระบวนการตายของผู้ป่วยที่เป็นปกติโดยไม่เร่งหรือยื้อชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญที่สหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องมีความเข้าใจว่าเป็นการรักษาที่ไม่หวังผลว่าจะสามารถทำให้หายขาด แต่ยังคงดำเนินการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ

ในการดูแลด้านโภชนาการและโภชนบำบัดแบบประคับประคองนั้น มีแนวปฏิบัติด้านโภชนศาสตร์คลินิกของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งยุโรป (European society of clinical nutrition and metabolism (ESPEN) ที่เน้นการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ต่อเนื่องและเต็มที่ ตามกระบวนการด้านโภชนาการ (nutrition care process) โดยให้มีการคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการ โดยละเอียดอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้การดูแลทางโภชนาการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ หากผู้ป่วยมีความประสงค์การดูแลด้านโภชนาการ ทั้งนี้แนวปฏิบัติดังกล่าวได้มีการพิจารณาด้านกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ร่วมด้วย โดยให้พิจารณาความเสี่ยง ประโยชน์ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง ดังนั้นการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองจึงควรจัดให้ทีมโภชนบำบัดมีส่วนร่วมในการดูแล

ทีมโภชนบำบัด (nutrition support team; NST) เป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ประกอบด้วย 4 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์โภชนศาสตร์คลินิก พยาบาลโภชนบำบัด เภสัชกร และนักกำหนดอาหาร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบโดยคำนึงถึงความเจ็บป่วยในระยะท้ายว่าเป็นความเจ็บป่วยในขั้นรุนแรงจนกระทั่งไม่มีโอกาสจะรักษาได้อีกจนเกือบถึงจุดที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มัวยังคงรับประทานอาหารได้มักจะรับประทานอาหารน้อยลงกว่าที่ควรจะเป็น ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด กลืนลำบาก ปฏิเสธอาหารแม้จะเป็นอาหารที่เคยชอบ และมีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง จนเกิดภาวะผอมแห้ง (cachexia) ที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อและไขมันสามารถพบได้ในโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคตับ หรือโรคไตเรื้อรัง เป็นความบกพร่องของร่างกายที่ส่งผลให้ความยืนยาวของชีวิตลดลง

ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำในผู้ป่วยระยะท้าย เช่น เบื่ออาหาร ปากแห้ง ปวดศีรษะ เพื่อ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง น้ำหนักลด ชูบผอม ไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้มักก่อให้เกิดความเครียดกับญาติผู้ดูแล ทำให้ต้องหาทางช่วยบรรเทา โดยมีการร้องขอการให้โภชนบำบัดและน้ำในผู้ป่วยระยะท้าย เรียกว่า artificial nutrition and hydration (ANH) ซึ่งทำได้ 2 วิธี คือ ผ่านทางเดินอาหารโดยการใส่สายให้อาหารและผ่านทางหลอดเลือดดำ เป็นรูปแบบการบังคับให้อาหาร (forced feeding) ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียและภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยมากกว่าผลดี และไม่อาจบรรเทาอาการไม่สุขสบายดังกล่าวได้ แต่การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่สามารถทำให้อาการทุเลาลงโดยการให้อาหารที่สร้างความพอใจให้กับผู้ป่วย ที่เรียกว่า comfort food การให้น้ำปริมาณน้อยๆ และน้ำแข็งและทาผลผลิตกันต์เพิ่มความชุ่มชื้นหล่อลื่นริมฝีปากจะลดความทรมานให้แก่ผู้ป่วยได้มากกว่า ดังนั้นการให้โภชนบำบัดและน้ำทางการแพทย์ (ANH) ในผู้ป่วยระยะท้ายควรคำนึงถึงเหตุผลทางจริยธรรมอันสมควรในการให้สารอาหารแก่ผู้ป่วยตามการพยากรณ์โรค มีความตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน พิจารณาความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยทางศาสนาและวัฒนธรรม เศรษฐฐานะ ระบบบริการทางการแพทย์

และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยอย่างระมัดระวัง และให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับประโยชน์และข้อจำกัดในการรักษา

แนวปฏิบัติการดูแลด้านอาหารและโภชนาการในผู้ป่วยระยะท้าย

การให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยระยะท้ายจะดำเนินการต่อเมื่อได้มีการพิจารณาแล้วว่าก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าผลเสียหรือเกิดภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว และต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ป่วยเป็นสำคัญ และกรณี que ผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิต ให้ดำเนินการเฉพาะสิ่งที่จะก่อให้เกิดความสบายแก่ผู้ป่วยเท่านั้น

กระบวนการด้านโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีดังนี้

1. การคัดกรองภาวะโภชนาการ (Nutrition screening) คือ

กระบวนการที่สามารถคัดแยกและระบุผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงที่จะมีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยระยะท้ายมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการคัดกรองเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกาย การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่ลดลง ค่าอัลบูมิน และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หรือใช้เครื่องมือในการคัดกรองภาวะโภชนาการ ที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม มีความเชื่อถือได้ เช่น malnutrition universal screening tool (MUST), malnutrition screening tool (MST), nutrition risk screening tool 2002 (NRS2002), MNA ซึ่งในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา พยาบาลมีหน้าที่คัดกรองภาวะโภชนาการเป็นส่วนใหญ่ สำหรับในประเทศไทยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (society of parenteral and enteral nutrition of Thailand; SPENT) ได้แนะนำให้ใช้แบบคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ (SPENT nutrition screening) โดยใช้คำถาม 4 ข้อ ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่
- 2) ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้รับมากกว่า 7 วันหรือไม่
- 3) ดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5 หรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรหรือไม่
- 4) ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติหรือกึ่งวิกฤติร่วมด้วยหรือไม่

หากพบว่ามีความเสี่ยงดังกล่าวดังตั้ง 2 ข้อขึ้นไป ให้ประสานทีมโภชนาบำบัดเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ โดยละเอียดต่อไป ซึ่งเครื่องมือ SPENT nutrition screening นี้ มีความสอดคล้องกับเครื่องมือในการวินิจฉัย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเริ่มแรกขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง หลายองค์กร เช่น The gold standards framework prognostic indicator guidance (PIG), the supportive and palliative care indicators tool (SPICT), The palliative necessities CCOMS-ICO (NECPAL)

2. การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition assessment) คือ การดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อวินิจฉัยปัญหาทางโภชนาการโดยใช้การประเมินหลายมิติร่วมกัน การดูแลโภชนาบำบัดที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องประเมินสถานะทางโภชนาการก่อน เพื่อให้ได้แนวทางในการให้โภชนาบำบัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยมากที่สุด การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่

A: Anthropometric assessment การประเมินภาวะโภชนาการโดยการวัดขนาดร่างกาย เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดเส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก เส้นรอบวงแขน เป็นต้น มีเป้าหมายหลัก 2 ด้าน คือ การประเมินสภาวะพลังงานจากน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ร้อยละของน้ำหนักตัวที่ลดลง (% weight loss from usual weight) ความหนาของชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (skinfold thickness) และการประเมินสภาวะโปรตีนจากเส้นรอบวงกล้ามเนื้อ (mid-arm muscle circumference; MAMC) ผู้ป่วยระยะท้ายไม่ควรชั่งน้ำหนักทุกวัน เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการร่วมกับการวินิจฉัยภาวะ cachexia

ตามข้อกำหนดของ European palliative care research collaborative (EPCRC) เพื่อประเมินการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (muscle wasting) การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยเป็นดัชนีที่สำคัญอย่างหนึ่ง แต่ควรกระทำตามความจำเป็นและระมัดระวัง การประเมินน้ำหนักตัวในผู้ป่วยที่มีการบวมหรือการคั่งของน้ำในร่างกายจึงควรใช้หลักฐานอื่นมาประกอบด้วย

B: Biochemical or laboratory assessment ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นการตรวจสอบวิเคราะห์ปริมาณหรือหน้าที่ของสารชีวเคมีในเลือด ในอุจจาระหรือปัสสาวะ หรือในสารคัดหลั่งต่างๆ เช่น การประเมินการขาดโปรตีน (visceral protein) ทำได้โดยวิเคราะห์ระดับ albumin, prealbumin, transferrin การตรวจภาวะการขาดธาตุเหล็ก จากระดับ hemoglobin, total iron binding capacity เป็นต้น ผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการนี้ต้องใช้ร่วมกับการประเมินวิธีอื่นๆ เนื่องจากผลการตรวจสามารถแสดงถึงปัญหาสุขภาพได้หลายด้าน ใช้ในการติดตาม ประเมินผล วิเคราะห์รายงานเพื่อการปรับเปลี่ยนอาหารต่อไป แต่สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย การตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจก่อความไม่สุขสบายให้กับผู้ป่วย จึงควรพิจารณาตามความจำเป็นเท่านั้น

C: Clinical assessment เป็นการประเมินสภาวะทางคลินิก โดยการตรวจร่างกายด้วยวิธีต่างๆ ที่สัมพันธ์กับอาการแสดงของการขาดสารอาหารตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า เช่น ตรวจตาเพื่อประเมินภาวะซีด (pale conjunctiva) ลักษณะเล็บที่คล้ายรูปช้อนผิวไม่เรียบ (spoon nail/ koilonychia) แสดงถึงการขาดธาตุเหล็ก เป็นต้น สามารถใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินต่างๆ นำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ของผู้ป่วยในเวลานั้นๆ เช่น ESAS (Edmonton system assessment system), CTCAE (common terminology criteria for adverse events) เป็นต้น การประเมินอาการทางคลินิกควรกระทำอย่างสม่ำเสมอ เพราะภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมักจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

D: Dietary assessment การประเมินอาหารบริโภคเพื่อใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ เช่น การแพ้อาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ความสามารถในการประกอบอาหาร แบบแผนการรับประทานอาหาร ปริมาณและชนิดอาหารที่รับประทานจริงโดยการชั่ง ตวง วัดโดยใช้การประเมินวิธีต่างๆ ได้แก่ 24-hour recall, food record เป็นต้น เมื่อทราบปริมาณอาหารที่รับประทานจริงก็จะนำมาคำนวณหาปริมาณของสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวันเปรียบเทียบกับเป้าหมายของพลังงานและสารอาหารที่กำหนดในแต่ละวัน ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยควรติดตามและบันทึกประเภทของอาหารและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ เมื่อพบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือได้รับพลังงานน้อยกว่าร้อยละ 75 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการมากกว่า 7 วัน หรือได้รับพลังงานน้อยกว่าร้อยละ 50 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการมากกว่า 5 วัน ต้องทำการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการซ้ำทุกวิธีโดยละเอียด การประเมินอาหารบริโภคนี้จะรวมถึงปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับด้วย

สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยได้แนะนำเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ 2 เครื่องมือ ได้แก่ nutrition triage (NT) พัฒนาโดย วิบูลย์ ตระกูลสุน และ nutrition alert form (NAF) พัฒนาโดย สุรัตน์ โคมินทร์ ซึ่งสามารถทำได้ง่ายและสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการได้ชัดเจน แต่แบบประเมิน NT มีความตรง (valid) และความไวต่อภาวะทุพโภชนาการที่เพิ่มขึ้นมากกว่า NAF NT 2013 ประกอบด้วยข้อมูล สมรรถนะของร่างกาย และสาเหตุหรือปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ประวัติการรับประทานอาหาร การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ภาวะบวม น้ำ ระดับการสูญเสียมวลไขมัน มวลกล้ามเนื้อ สมรรถภาพกล้ามเนื้อ และการประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและเมตาบอลิซึม

3. การจัดการด้านโภชนาการ

ความต้องการพลังงานของร่างกายประกอบด้วยพลังงานพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิต (resting energy expenditure; REE) พลังงานเพื่อการเผาผลาญสารอาหาร (thermic effect of food) และพลังงานในการทำกิจกรรมต่างๆ ของร่างกาย (physical activity) พลังงานพื้นฐานในผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอาจพบได้ทั้ง REE ไม่เปลี่ยนแปลง REE เพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรค วิธีการรักษาและสถานะของผู้ป่วยเองที่เปลี่ยนแปลงไปโดยอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อายุ เพศ อุณหภูมิของร่างกาย การอักเสบ และสถานะของโรค เป็นปัจจัยสูงสุดที่ส่งผลต่อความต้องการพลังงาน หากผู้ป่วยได้รับพลังงานจากอาหารน้อยเกินไปมีผลทำให้ผิวหนังขาดความสมบูรณ์ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ภูมิคุ้มกันต่ำลง การทำงานของอวัยวะต่างๆ ผิดปกติ แต่หากได้รับพลังงานมากเกินไปก็อาจกระตุ้นให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อไขมัน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงจนส่งผลให้ระบบหายใจล้มเหลวได้ การกำหนดปริมาณพลังงานและสารอาหารหลักที่ร่างกายผู้ป่วยต้องการตามระยะของโรค และการรักษา กำหนดให้พลังงาน 25-30 kcal/kg/d ให้โปรตีน 1-1.5 g/kg/d เป็นค่าเริ่มต้น และปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยควรได้รับให้พิจารณาตามข้อกำหนดแต่ละโรค ในการสั่งอาหาร ซึ่งควรพิจารณา ร่วมกับอาหารเฉพาะโรคด้วย ส่วนการเลือกรายการอาหารควรเลือกตามที่สามารถรับประทานได้ ภายใต้ข้อจำกัด การรับประทานอาหาร เช่น กลืนลำบาก เบื่ออาหารรุนแรง ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหามากกว่าหนึ่งด้านที่ทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารตามปกติได้ อาจต้องใช้อาหารทางการแพทย์ ให้อาหารทางสายยาง หรืออาหารทางหลอดเลือดดำ การเลือกช่องทางที่ปลอดภัยและเหมาะสมเป็นไปตามข้อกำหนดด้านโภชนาการศาสตร์คลินิก ผู้ป่วยระยะลุกลามและระยะท้ายของชีวิต การดูแลด้านโภชนาการจะเน้นการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ เกี่ยวข้องกับการจัดหาอาหาร การบริโภคอาหาร ที่สอดคล้องกับกระบวนการรักษาของแพทย์ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ เป็นความต้องการของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาทางโภชนาการรายบุคคลอย่างใกล้ชิดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความซับซ้อนที่อาจต้องแก้ไขด้วยการให้ความรู้ ปรับทัศนคติ โน้มน้าวใจ โดยใช้เทคนิค ประสพการณ์ และสื่อความรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ครบถ้วนด้วยสารอาหาร โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และกากใยอาหาร และหลีกเลี่ยงการรับเชื้อโรค สารพิษ สารอนุมูลอิสระ การใช้อาหารเสริมทางการแพทย์ (oral nutritional supplements; ONS) รวมถึงการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามิน (function food) สมุนไพรและการแพทย์ทางเลือกต่างๆ บุคลากรทางการแพทย์ควรสร้างความเข้าใจ เรื่องการให้ ANH ในผู้ป่วยระยะท้ายการให้อาหารและการไม่แนะนำอาหารพิเศษหรือมีการจำกัดอาหารอย่างหนึ่ง อย่างใดว่ามีผลในการรักษาโรค ต้องเน้นย้ำให้ชัดเจนว่าอาหารที่แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานมิได้มีผลต่อการรักษาโรค ในผู้ป่วยระยะท้าย

นอกจากนี้ยังมีข้อแนะนำในการดูแลด้านอาหารเพิ่มเติม เช่น การดูแลในช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ การวางแผนจัดรายการอาหารที่ผู้ป่วยชอบ อาหารทางสังคมและวัฒนธรรม และมีความสะดวกในการจัดหา มากกว่าการวิตกกังวลด้านคุณค่าทางโภชนาการ ทั้งนี้แนะนำอาหารที่ไม่มีกลิ่นรุนแรงและรสจัด หรืออุณหภูมิสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรสและกลิ่นที่ผิดปกติ

ในกรณีที่คาดว่าผู้ป่วยมีอายุยืนยาวมากกว่า 1 ปีขึ้นไป การดูแลด้านอาหารและโภชนาการให้เป็นไปตามกระบวนการด้านโภชนาการ โดยมีการประเมินอัตราและระดับความรุนแรงของอาการเบื่ออาหาร ภาวะน้ำหนักลด และผอมแห้งร่วมกับการหาสาเหตุของการเกิดภาวะดังกล่าว เช่น การใช้ยาที่รบกวนการย่อยและดูดซึมอาหาร ความผิดปกติของไทรอยด์ฮอร์โมน ความเครียด การจัดการอาการผิดปกติของทางเดินอาหาร และจัดโปรแกรม ออกกำลังกายกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต และส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยใช้แรงต้าน เพื่อดำรงความสามารถ

ในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ใช่การออกกำลังกายตามสภาพของคนปกติ แต่เป็นการขยับเคลื่อนไหวร่างกายตามสภาพที่ผู้ป่วยพอทำได้และไม่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น การขยับนิ้วมือ ขยับหัวไหล่ ยกสิ่งของเบาๆ ขยับปลายเท้า สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการช่วงวิกฤติ ซึม หรืออยู่ในช่วงช่วงพักฟื้นของชีวิต ควรหยุดให้อาหารทางปาก การกระตุ้นหรือบังคับให้รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ

4. การติดตามและประเมินผลการดูแลทางโภชนาการ

ในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการดูแลทางโภชนาการ (nutrition care process) เป็นการประเมินผลการดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดและสามารถสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการที่สามารถวัดได้ และเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการปรับแผนการดูแลทางโภชนาการได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมไปสู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการจัดการเรื่องอาหารได้อย่างถูกต้อง โดยมีหัวข้อที่จะติดตามและประเมินผล ดังนี้

- 1) การประเมินเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรม การได้รับอาหาร น้ำหนักตัว เป็นต้น
- 2) การประเมินดัชนีสุขภาพ ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ภาวะทางคลินิก การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา
- 3) การประเมินผลการรักษา ได้แก่ จำนวนครั้งที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลนอกเหนือแผนการรักษาปกติ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การปรับเปลี่ยนการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา
- 4) การประเมินผู้รับการดูแล ได้แก่ ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยภาพรวมการติดตามภาวะโภชนาการทางคลินิกสามารถใช้เครื่องมือ NT 2013 ในการติดตามได้อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ของการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคอง

ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย (patient outcome) ให้สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยจึงควรสามารถจัดการอาการรบกวนต่างๆ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร ภาวะขาดน้ำ ปากแห้ง อิ่มเร็ว อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน การรับกลืนรสผิดปกติ น้ำหนักลด โลหิตจางและการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ โดยผู้ป่วยสามารถควบคุมการรับประทานอาหารของตนเองได้ ได้รับการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย หรือโดยความช่วยเหลือของผู้ดูแลโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

การดูแลด้านโภชนาการไม่ได้ดำเนินการแค่เพียงการจัดอาหารแต่มีการดำเนินการตามกระบวนการตั้งแต่คัดกรอง ประเมินภาวะโภชนาการ การจัดการด้านโภชนาบำบัด การให้คำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งอาหารและสารอาหารไม่ก่อผลต่อการรักษาโรคแต่เป็นไปเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงควรพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนกระบวนการ กิจกรรมเพื่อช่วยลดความไม่สุขสบาย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

1. บุชชา พราหมณสุทธิ. บทบาทของพยาบาลในการบันทึกปริมาณอาหารผู้ป่วย. ใน: ส่งศรี แก้วนอม, บุชชา พราหมณสุทธิ, สรนิติ ศิลธรรม (บรรณาธิการ). พยาบาลโภชนบำบัด. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2557. 218-21.
2. สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. คำแนะนำการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่นอนโรงพยาบาล พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: www.spent.or.th/uploads/event/20171219_5a38b6392af47_guidelines%20EN%20final.pdf.
3. Baillie J, Anagnostou D, Sivell S, Van Godwin J, Byrne A, Nelson A. Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions. BMC Palliat Care [Internet]. 2018 [cited 2020 February 17]; 17: 60. Available from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0314-4>.
4. Bhekasuta A., Tejavaniya S. Validity of Thai nutritional assessment tools compared with subjective global assessment (SGA) in adult hospitalized patients in Phramongkutkloao hospital. In: The 34th Annual Meeting The Royal College of Physicians of Thailand 'Internal Medicine and One Health'; 2018 April 26-28; Chonburi. Bangkok; 2018. 1.
5. Billing JA. Comfort measures for the terminally ill. Is dehydration painful? J Am Geriatr Soc 1985; 33: 808-10.
6. Cederholm T., Barazzoni R., Austin P., Ballmer P., Biolo G., Bischoff SC., et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition, Clinical Nutrition [Internet]. 2016 [cited 2020 February 17]; 36(1): 49-64. Available from: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(16\)31242-0/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(16)31242-0/fulltext).
7. Dahlin C., Goldsmith T. Dysphagia, dry mouth, and hiccups. In: Ferrell B, Coyle N, eds. Textbook of palliative Nursing. New York: Oxford University Press; 2001. 122-138.
8. Druml C., Ballmer PE., Druml W., Oehmichen F., Shenkin A., Singer P., et al. ESPEN guidelines on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical Nutrition [internet]. 2016 [cited 2020 February 17]; 35(3): 545-56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26923519/>.
9. Ellershaw Je. Dehydration and the dying patient. J Pain Sympt Manage 1995; 10: 192-7.
10. Feason K., Strasser F., Anker SD., et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol 2011; 12, 489-95.
11. Fung EB. Estimating energy expenditure in critically ill adults and children. AACN Clin Issues 2000; 11(4): 480-97.
12. Hospice and palliative nurses association. Artificial nutrition and hydration in end-of-life care. HPNA position paper. Home Healthhc Nurse 2004; 22(5): 341-5.
13. Jensen GL., Hsiao PY., Wheeler D. Nutrition screening and assessment. In: Mueller CM. ed. The ASPEN adult nutrition support core curriculum. 2nd edition. MD: Silver Spring; 2012. 155-69.

14. Mayers T., Kashiwagi S., Mathis BJ., Kawabe M., Gallagher J., Morales Aliaga ML., Tamiya N., et al. International review of national-level guidelines on end-of life care with focus on the withholding and withdrawing of artificial nutrition and hydration. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2019 [cited 2020 February 17]; 19(9): 847-53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13741>.
15. McCann RM., Hall Wj., Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272: 1263-6.
16. Patel V, Romano M, Corkins MR, et al. Nutrition screening and assessment in hospitalized patients: A survey of current practice in the United States. *Nutrition in Clinical Practice* [Internet]. 2014 [cited 2020 February 17]; 29(4): 483-90. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1177/0884533614535446>.
17. Walsh RI., Mitchell G., Francis L., van Driel ML. What diagnostic tools exist for the early identification of palliative care patients in general practice? A systematic review. *J Palliat Care* [Internet]. 2015 [cited 2020 February 17]; 31(2): 118-23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1177/0884533614535446>.
18. Wooley JA. Indirect calorimetry: applications in practice. *Respir Care Clin N Am* 2006; 12(4): 619-33.
19. World Health Organization. Definition of Palliative Care [Internet]. World Health Organization; 2018 [cited 2020 February 17]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.



บทที่ 13.3

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สุทาวรรณ ไชยมูล

กรนิกา คงหนองลาน

สุภาวดี บุญรอด

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำงานกับผู้ป่วย ครอบครัว คนใกล้ชิด และชุมชน โดยใช้ความรู้และทักษะ ช่วยให้อุปการะผู้ป่วยรับมือกับผลกระทบทางด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ความสูญเสีย และภาวะที่เกิดขึ้นหลังการสูญเสีย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือเสียชีวิตอย่างสงบ มีบทบาทหลักในการประเมินปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบทบาทในการทำงานกับครอบครัวภายหลังจากผู้ป่วยจากไป อย่างไรก็ตามการกำหนดบทบาทดังกล่าวนี้ อาจแตกต่างกันไปตามบริบทของหน่วยงาน

กรอบการประเมินมิติทางจิตสังคม

1. ประเมินประวัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งในปัจจุบันและในอดีต: ประเมินทั้งปัญหาสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคม และปัญหาด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ
2. ประเมินบทบาทสมาชิกในครอบครัวและลักษณะของครอบครัว: ภาวะเจ็บป่วยจะทำให้บทบาทสำคัญของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เช่น บทบาทของหัวหน้าครอบครัว ผู้หารายได้หลักของครอบครัว ความเป็นพ่อ ความเป็นแม่ การเป็นลูกคนเดียว การเป็นหลานคนโปรด เป็นต้น และประเมินลักษณะของครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย ครอบครัวพ่อ/แม่คนเดียว ครอบครัวลักษณะพิเศษต่างๆ เพื่อจะตั้งศักยภาพของครอบครัวมาร่วมในการแก้ปัญหา
3. ประเมินรูปแบบการสื่อสารและการตัดสินใจในครอบครัว: เน้นการประเมินหาผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเรื่องสำคัญในครอบครัว
4. ประเมินวงจรชีวิต (life circle) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทบทวนการเปลี่ยนแปลงของวงจรชีวิตที่เกิดจากการเจ็บป่วย
5. ประเมินด้านจิตวิญญาณ ศาสนา วัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อ: ประเมินความต้องการสุดท้ายสิ่งที่ค้างคาใจ
6. ประเมินประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง: การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติต่างๆ เช่น 1) พระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 2) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2540 3) พระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2562 4) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2540 และ 5) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 สิทธิผู้ป่วย เป็นต้น
7. ประเมินเป้าหมายของการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว: ถ้าเป้าหมายไม่เป็นทิศทางเดียวกัน มีความจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจให้ตรงกันเพื่อลดความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นในครอบครัว และทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองบรรลุตามวัตถุประสงค์มากที่สุด หากผู้ป่วยเป็นเด็กโต สามารถให้เด็กร่วมตัดสินใจเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ปกครองได้ กรณีเด็กเล็กผู้ปกครองตามกฎหมายสามารถตัดสินใจแทนเด็กได้
8. ประเมินเครือข่าย ระบบการสนับสนุน ทั้งภายใน ภายนอกครอบครัว ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
9. ประเมินประสบการณ์และการจัดการปัญหา ความเจ็บป่วย ความพิการ ความตาย และความสูญเสียในอดีต
10. ประเมินที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม
11. ประเมินศักยภาพในการดูแลของญาติ
12. ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ประเมินทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ระหว่างสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับชุมชน

13. ประเมินผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลหลักขณะพักที่โรงพยาบาลกับที่บ้านอาจจะไม่ใช่คนเดียวกัน และควรประเมินปัญหาของผู้ดูแลหลักที่จะส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย

14. กรณีผู้ป่วยต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ประเมินผลกระทบอื่นๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว เช่น ผู้ป่วยอาศัยบ้านเช่า ต้องให้เจ้าของบ้านเช่าสมัครใจ จึงจะนำผู้ป่วยกลับได้ มิฉะนั้น ครอบครัวอาจจะถูกให้ย้ายออกจากบ้านเช่า หรือผู้ป่วยพักบ้านพักคนงานในแคมป์ก่อสร้างจำเป็นต้องให้หัวหน้างานอนุญาต เพราะอาจจะทำให้ ครอบครัวถูกออกจากงานได้ เป็นต้น

15. ประเมินเศรษฐกิจของครอบครัว ภาระทางการเงินที่เกิดจากการเจ็บป่วย

สำหรับผู้ป่วยเด็ก ควรมีประเด็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. ประเมินการตั้งครรภ์ พึงประสงค์ หรือ ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยเป็น wanted หรือ unwanted child
2. ประเมินความคาดหวังของพ่อแม่ที่มีต่อผู้ป่วย
3. ประเมินความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้เป็นที่รัก และความผูกพันระหว่างพี่น้อง
4. ประเมินความสามารถในการเรียน เน้นหลักการเด็กป่วย เรียนได้ต้องได้เรียน อาจจะเน้นการเรียนรู้ทักษะชีวิตตามศักยภาพ
5. ประเมินความสัมพันธ์กับเพื่อนตามช่วงวัย
6. ประเมินด้านจิตวิญญาณ หากเป็นผู้ป่วยเด็ก ควรคำนึงถึงของรัก ของหวง ของเล่นชิ้นโปรด สิ่งแวดล้อมที่คุ้นชิน และความต้องการสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

1. Family tree/ genogram/ ecomap
2. Timeline
3. แบบประเมินและการจัดการปัญหาทางจิตสังคม (social diagnosis and management assessment)
4. แบบประเมินความพร้อมครอบครัว (family readiness assessment)
5. แบบวัดคุณภาพชีวิต
6. แบบรายงานการเยี่ยมบ้าน
7. โมเดลการประเมินเด็กและครอบครัว “ the family assessment model of family functioning elements of family organization and family character ”
8. กรอบการประเมินเด็กและครอบครัว “framework for the assessment of children in need and their families”

บทบาทการให้ความช่วยเหลือ

การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง เน้นให้ความช่วยเหลือปัญหาทางจิตสังคม ตามสภาพปัญหา อาจจะดำเนินการรูปแบบ case work, group work หรือ community work ก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว โดยทั่วไปจะให้ความช่วยเหลือ ดังนี้

1. การให้การปรึกษารายบุคคล (individual counseling)
2. การให้การปรึกษาครอบครัว (family counseling)
3. การประชุมครอบครัว (family-team conferencing)

4. การให้การปรึกษาในภาวะวิกฤติ (crisis counseling)
5. การให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้อง
6. การเป็นตัวกลางประสานทรัพยากรต่างๆ
7. จัดกลุ่มสนับสนุน/ กลุ่มช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย
8. ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning)

การช่วยเหลือที่พบบ่อยในผู้ป่วยระดับประคับประคองและระยะท้ายและครอบครัว

1. การติดตามญาติมาเยี่ยมหรือรับผู้ป่วยกลับ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีกนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ญาติไม่อาจจะเฝ้าดูแลตลอดเวลา การทำข้อตกลงวัน เวลา เข้าเยี่ยม หรือเฝ้าผู้ป่วย หรือแจ้งกำหนดวันรับผู้ป่วยกลับจึงมีความจำเป็น กรณีญาติไม่มีการติดต่อ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จะดำเนินการติดตามญาติด้วยวิธีต่างๆ
2. การช่วยเหลือทางกฎหมาย เช่น แนะนำขั้นตอนการดำเนินการทางทะเบียนราษฎรกรณีเสียชีวิตที่บ้าน กรณีผู้ป่วยเด็กถูกละเลยทอดทิ้ง ก็ให้ความช่วยเหลือด้านสงเคราะห์และคุ้มครองเด็กตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2550 การแนะนำด้านกฎหมายกรณีผู้ดูแลถูกเลิกจ้าง เป็นต้น
3. การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการสังคมที่พึงได้รับ เช่น ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายที่นอนรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน สามารถนำเสนอข้อมูลให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาเรื่องเอกสารรับรองความพิการเพื่อทำบัตรประจำตัวคนพิการ รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เป็นต้น
4. การช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นซึ่งไม่มีสวัสดิการใดๆ รองรับ โดยจัดหากองทุนทั้งภายในหรือภายในหน่วยงานมาช่วยเหลือผู้ป่วย
5. การเข้าไปแทรกแซง ปรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤติ การเป็นตัวกลางในการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้
6. ประสานงานด้านอาชีพของผู้ดูแลหลักในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจจะเป็นรับงานมาทำที่บ้าน หรือเปลี่ยนอาชีพใหม่ที่สามารถทำได้ที่บ้าน โดยการประสานงานกับนายจ้าง หาทุนประกอบอาชีพหรือฝึกฝนทักษะใหม่ที่จะใช้ในการประกอบอาชีพใหม่ เป็นต้น
7. การจัดหาสิ่งของ เครื่องใช้ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อาหารพิเศษหรือของใช้สิ้นเปลืองในระยะยาว สามารถประสานงานกับองค์กร/ บริษัทที่เกี่ยวข้องขอสนับสนุนในรูปแบบของ CSR ได้ เช่น บริษัทผ้าอ้อมสำเร็จรูป บริษัทนมถั่วเหลือง เป็นต้น
8. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ไฟฟ้าตลอดเวลาเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น เครื่องช่วยหายใจ ประสานงานการไฟฟ้านครหลวงหรือการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคตามที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความพร้อมของระบบไฟฟ้าภายในบ้านและขอใช้สิทธิ์ยกเว้นการงดจ่ายไฟฟ้า
9. กรณีผู้ป่วยเด็กบางรายเป็นโรคทางพันธุกรรม หรือเกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มารดาควบคุมกำเนิด ให้ข้อมูลและประสานงานให้มารดาผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้ ทั้งกรณีที่อยู่ในระเบียบของการคุมกำเนิดฟรีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือไม่ก็ตาม
10. ประสานงานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนมาเป็นพี่เลี้ยงให้กับญาติที่ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง
11. การจัดกิจกรรมที่เสริมทักษะชีวิตให้เด็กป่วยระยะประคับประคองตามวัยและศักยภาพที่มีอยู่
12. ประสานงานกับโรงเรียนเรื่องการเรียนและการสอบของผู้ป่วย

13. การทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมของชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
14. การทำงานเชิงป้องกันความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลอื่นร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น เช่น กรณีเด็กป่วยระยะท้ายเกิดจากการเดินและตกน้ำ สามารถประสานให้เกิดการปรับปรุงทางเดินที่ปลอดภัยสำหรับทุกคนในชุมชน เป็นต้น
15. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเคลื่อนย้ายศพหน้าศพกลับไปดำเนินการตามพิธีกรรมทางศาสนา
16. การประสานงานกับศาสนสถานในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีการจัดการศพหรือ ฌาปนกิจศพ เช่น ติดต่อวัดขอประกอบพิธีกรรมทางพุทธศาสนาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ติดต่อคณะกรรมการอิสลามกลางประจำจังหวัดเกี่ยวกับการจัดการศพ เป็นต้น
17. การติดตามผลการช่วยเหลือเป็นระยะและการจัดกิจกรรมเยี่ยมเยียนหลังการสูญเสียเพื่อให้ญาติสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

เครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยเรื่องความพร้อมของครอบครัว พบว่า ครอบครัวยังขาดความรู้เกี่ยวกับเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือต่างๆ ดังนั้นหนึ่งในบทบาทที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูลเครือข่ายและขั้นตอนการติดต่อเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการได้จึงเป็นเรื่องจำเป็น เครือข่ายที่สำคัญดังตารางที่ 13.3.1

ตารางที่ 13.3.1 ข้อมูลเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ

ประเด็น/ด้าน	ข้อมูลเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือ
รถรับ-ส่ง ผู้ป่วย	- ศูนย์เอร์วีน 1646 - ศูนย์นเรนทร 1669 - มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง - องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น อบจ. อบต.
การพิสูจน์ทราบบุคคล แจ้งตาย-มรณบัตร	- สำนักงานเขต - ที่ว่าการอำเภอ
การเคลื่อนย้ายศพ	- มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง - มูลนิธิร่วมกตัญญู
ค่าจัดการศพตามพิธีกรรมทางศาสนา	- วัดใกล้บ้าน - สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด
การศึกษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก	- กระทรวงศึกษาธิการ สายด่วน 1579 - ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด - สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)
ด้านที่พักอาศัย/ สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ	- ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร - องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานเขต/ อบต./ อบจ./ เทศบาล)

ตารางที่ 13.3.1 (ต่อ) ข้อมูลเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ

ประเด็น/ด้าน	ข้อมูลเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือ
การประกอบอาชีพ	- กรมการจัดหางาน (ศูนย์มิตรไมตรี) 1694 - สำนักงานแรงงานจังหวัด - ศูนย์ฝึกอาชีพ กรุงเทพมหานคร - ศูนย์เรียนรู้การพัฒนาสตรีและครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
เงินทุนประกอบอาชีพ	- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด - กองคุ้มครองสวัสดิภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด - สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ - มูลนิธิสโกล์
ผู้ดูแลเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา	- ครอบครัวอุปถัมภ์/ รับบุตรบุญธรรม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
เงินช่วยเหลือต่างๆ	- กองทุน หรือมูลนิธิในหน่วยงาน ในพื้นที่ - สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในการประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ เป้าหมายของการจัดบริการ เน้นการนำศักยภาพของครอบครัวมาช่วยเหลือตามสภาพปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม จากไปสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และญาติสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

บรรณานุกรม

1. ถิรพร ตั้งจิตติพร, รัตนาวรรณ ตันทุระ, สุทาวรรณ ไชยมูล, ศศิเมษ มีศิริ. ความพร้อมของครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยประคับประคอง ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารกรมการแพทย์ 2562; 2: 74-81.
2. ปรียานุช โชคธนาวิชัย. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว: การจัดบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ 2561; 2: 113-23.
3. Barker P., Chang J. Healthy families and their development. In: Basic family therapy. 4th ed. Oxford: Blackwell Science; 1998.
4. Department of health and department for education and employment home office. Framework for the assessment of children in need and their families. London: The stationery office; 2000.
5. National association of social workers. Palliative and end of life care. Washington DC: National association of social workers; 2003.
6. Paul S. The role of social workers in palliative, end of life and bereavement care [Internet]. England: British association of social workers; 2016 [cited 2020 Feb 7]. Available from: <https://www.basw.co.uk/resources/role-social-workers-palliative-end-life-and-bereavement-care>.



บทที่ 13.4

บทบาทของนักกายภาพบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สุกัญญา ยังหอกิจไพศาล

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ในการตรวจ ประเมิน วินิจฉัย และบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์กายภาพบำบัด (พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547)

นักกายภาพบำบัดที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เข้าใจภาวะด้านจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ผู้ป่วย และญาติ
2. ให้การดูแล วางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
3. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี

วัตถุประสงค์การดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันให้ใกล้เคียงปกติที่สุด เท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้เหมาะสม และปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (improve quality of life)
2. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา
3. คงความสามารถในการเคลื่อนไหวปกติ และส่งเสริมการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ตามกิจกรรมของผู้ป่วย (maintain and improve function)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ทางกายภาพบำบัด รายละเอียดดังตารางที่ 13.4.1 ตารางที่ 13.4.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทางกายภาพบำบัด

ปัญหาทางกายภาพบำบัด	การตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด	การบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
1. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	1. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล, Barthel activities of daily living: ADL)	1. ให้คำแนะนำ และฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเน้นกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจง (task-specific training) 2. จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. การควบคุมการทรงตัวและการทรงตัว	1. การประเมินการทรงตัว (balance assessment) 2. การประเมินการทรงตัว (postural control and balance)	1. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว (core stabilization exercise) 2. ฝึกความสามารถในการทรงตัว

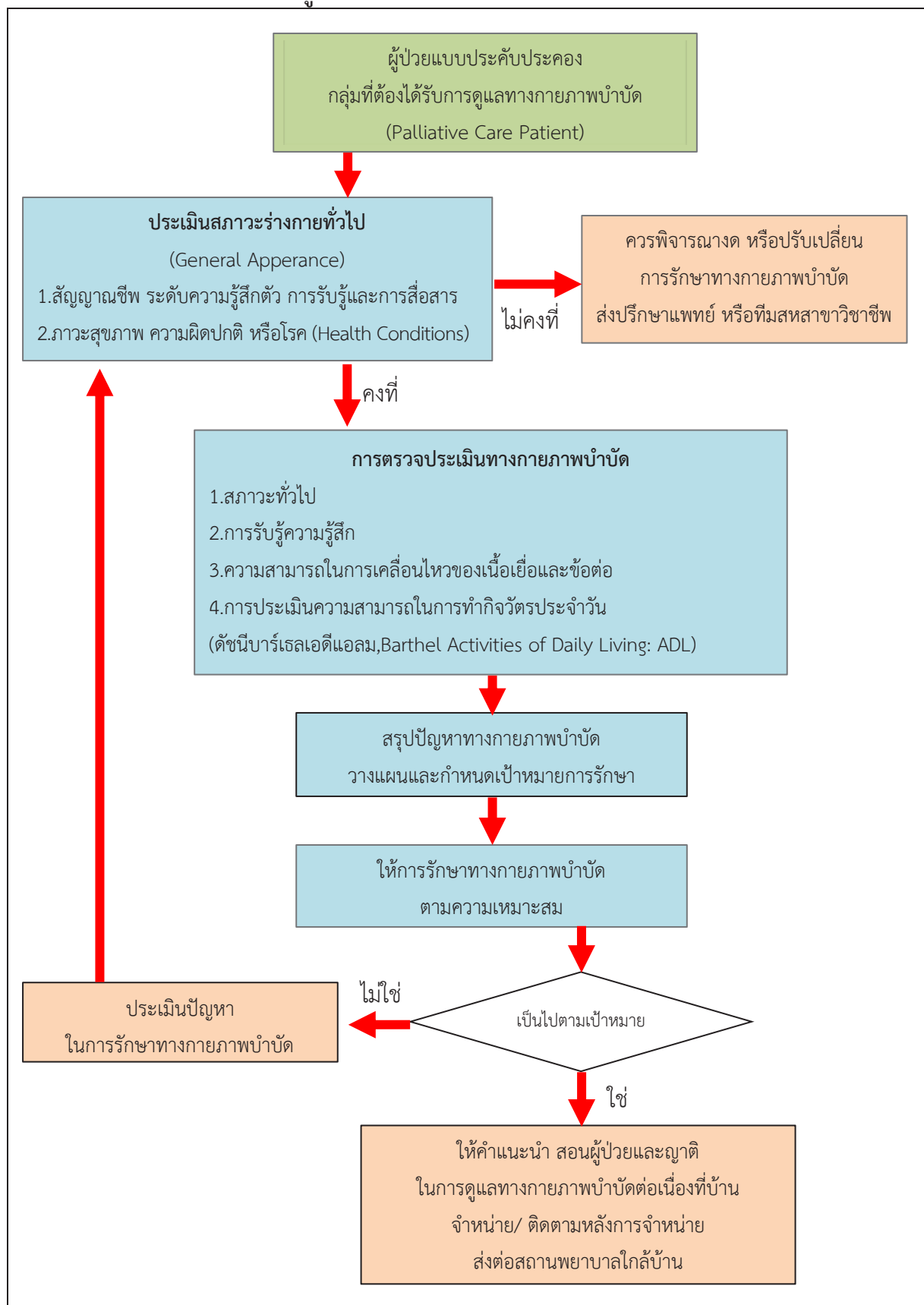
ตารางที่ 13.4.1 (ต่อ) แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายทางกายภาพบำบัด

ปัญหาทางกายภาพบำบัด	การตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด	การบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
3. ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวและการเดิน (functional activities and walking)	1. ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง (bed mobility) 2. ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตนเอง (transfer) 3. ความสามารถในการเคลื่อนที่และการเดิน (ambulation and gait)	1. การฝึกเคลื่อนย้ายตัวบนเตียงและการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเน้น กิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจง (task-specific training) 2. การฝึกเดิน ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยพยุง 3. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
4. ภาวะข้อยึดติดมักเกิดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถขยับข้อต่อต่างๆ ได้ หรือไม่สามารช่วยเหลือตนเองได้เป็นเวลานาน ข้อต่อที่มักเกิดภาวะยึดติด คือ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อเท้า	1. ความสามารถในการเคลื่อนไหวของเนื้อเยื่อและข้อต่อ 2. องศาการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ (range of motion; ROM) 3. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (muscle power)	1. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 2. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ 3. การบริหารข้อต่อต่างๆ โดยผู้ป่วยสามารถทำได้เอง (exercise active movement) 4. การบริหารข้อต่อต่างๆ โดยนักกายภาพบำบัด หรือผู้ดูแลทำให้ (exercise passive movement) 5. การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับและข้อติด
5. กล้ามเนื้ออ่อนแรงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงวันละ 1-3% ต่อวัน หากอยู่ในท่าเดิม หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย	1. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (muscle power) 2. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) 3. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล, Barthel activities of daily living; ADL)	1. ให้คำแนะนำ และฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเน้น กิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจง (task-specific training) 2. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 3. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ

ตารางที่ 13.4.1 (ต่อ) แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ทางกายภาพบำบัด

ปัญหาทางกายภาพบำบัด	การตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด	การบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
6. ภาวะแทรกซ้อนด้านโรคทรวงอก	1. ประเมินการหายใจ และการเคลื่อนไหวของทรวงอก 2. พิจารณาผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ทรวงอก	1. การจัดทำเพื่อระบายเสมหะ 2. การเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ 3. การฝึกหายใจโดยใช้กระบังลม 4. การฝึกดูด tri flow
7. อาการปวดกล้ามเนื้อ	1. ประเมินตำแหน่ง บริเวณที่ปวด 2. ประเมินระดับความปวด (pain score) 3. พิจารณาโรคร่วม และระมัดระวังในผู้ป่วยที่ต้องสงสัย มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง	1. การนวด เพื่อผ่อนคลายแบบ effleurage/ stroking ไม่เน้นการกดจุด หรือลงน้ำหนักลึก 2. การประคบด้วยความร้อน (heat) ใช้กับอาการปวดเรื้อรังปวดตึงกล้ามเนื้อ 3. การประคบด้วยความเย็น (cold) ใช้กับอาการบาดเจ็บเฉียบพลัน ร่วมกับการบวม 4. การใช้กระแสไฟฟ้าเพื่อลดปวด (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS)

ขั้นตอนการประเมินและบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด รายละเอียดดังภาพที่ 13.4.1



ภาพที่ 13.4.1 ขั้นตอนการประเมินและบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
PN.....

วันที่.....

แบบบันทึกการรักษาทางกายภาพบำบัด
PHYSICAL THERAPY RECORD

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี
HN.....

Requested by.....Department.....

Time for completion of consultation

☐ Within 48 Hr. ☐ Non-Agent

การวินิจฉัย (Diagnosis).....Stage.....

ข้อควรระวัง.....

อาการสำคัญ (Chief complaint).....

โรคประจำตัว.....

ประวัติการเจ็บป่วย.....

การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด.....

1. การตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด

☐ Orthopedic

Subjective :

Objective :

Assessment :

☐ Lymphedema

☐ Mild

☐ Moderate

☐ Severe

☐ Chest

☐ Breathing exercise ☐ Chest percussion

☐ Chest mobilization ☐ Postural drainage

☐ Pleurisy exercise ☐ Lung Med.

☐ Neuro

☐ Brain Med.

2. เป้าหมายการรักษา.....

☐ Cervical Traction ☐ Pelvic Traction ☐ Ultrasound

☐ Hydrocollator Pack

☐ Exercise

☐ Chest PT

☐ Passive exercise

☐ IPC (.....mm/Hg.....Min.)

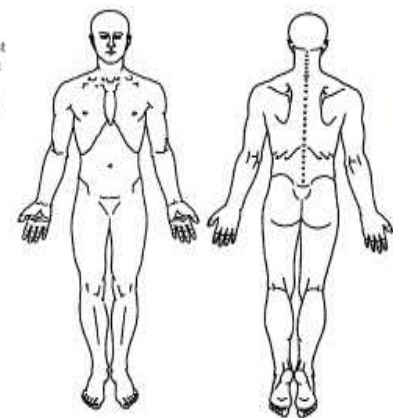
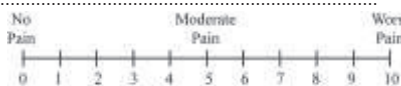
3. คำแนะนำในการปฏิบัติตัว.....

4. สรุปผลการรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วย วันที่.....

() อาการดีขึ้น ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา () อาการคงเดิม หลังจากให้การรักษาเต็มที่แล้ว

() ให้คำแนะนำ ดูแล ปฏิบัติตนที่บ้าน

ลงชื่อ (Physical Therapist)



ตำแหน่งที่วัด		ข้างขวา	ข้างซ้าย
เส้นรอบวงแขน	จุดที่ 1		
	จุดที่ 2		
	จุดที่ 3		
	จุดที่ 4		
องศาข้อไหล่	Abduction (กางข้อไหล่)		
	Flexion (งอข้อไหล่)		

ภาพที่ 13.4.2 แบบบันทึกทางกายภาพบำบัด

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2563

แบบบันทึกผลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด

วัน เดือน ปี	ผลและวิธีการรักษาทางกายภาพบำบัด	นักกายภาพบำบัด
	☐ Ortho ☐ Lymphedema ☐ Chest ☐ Neuro	
Subjective exam.		
Objective exam.		
Analysis		
Plan		
	☐ Ortho ☐ Lymphedema ☐ Chest ☐ Neuro	
Subjective exam.		
Objective exam.		
Analysis		
Plan		
	☐ Ortho ☐ Lymphedema ☐ Chest ☐ Neuro	
Subjective exam.		
Objective exam.		
Analysis		
Plan		
	☐ Ortho ☐ Lymphedema ☐ Chest ☐ Neuro	
Subjective exam.		
Objective exam.		
Analysis		
Plan		
	☐ Ortho ☐ Lymphedema ☐ Chest ☐ Neuro	
Subjective exam.		
Objective exam.		
Analysis		
Plan		
	☐ Ortho ☐ Lymphedema ☐ Chest ☐ Neuro	
Subjective exam.		
Objective exam.		
Analysis		
Plan		

ภาพที่ 13.4.3 แบบบันทึกผลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2563

แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - ☐ 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - ☐ 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
 - ☐ 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - ☐ 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - ☐ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - ☐ 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - ☐ 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - ☐ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 - ☐ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - ☐ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 - ☐ 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - ☐ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - ☐ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3. เดินหรือเคลื่อนที่เองได้
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
 - ☐ 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
 - ☐ 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

ภาพที่ 13.4.4 แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

ที่มา: ปิยภัทร และคณะ 2553

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ☐ 0. ไม่สามารถทำได้ ☐ 1. ต้องการคนช่วย ☐ 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย) 8. Bathing (การอาบน้ำ) ☐ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ ☐ 1. อาบน้ำเองได้ 9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ ☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) ☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ 10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ ☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) ☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ
สรุปผลรวมคะแนน คะแนน ☐ 1B1280-Special PP (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ☐ 1B1281-Special PP (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน ☐ 1B1282-Special PP (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน
แบบสอบถามเพิ่มเติมไม่มีผลคะแนน สำหรับทำทะเบียน 1. มีผู้ดูแลประจำหรือไม่ ☐ ไม่มี ถูกญาติทอดทิ้ง ☐ ไม่มี อยู่ตามลำพังไม่มีญาติ ☐ มี ครอบครัวดูแล ☐ มี เพื่อนบ้านดูแล 2. ได้รับเงินสงเคราะห์หรือไม่ ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ☐ ไม่ทราบ 3. เป็นสมาชิกชมรมใดๆ หรือไม่ ☐ ไม่ได้เป็น ☐ ชมรมผู้สูงอายุ ☐ คลังปัญญา ☐ ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา ☐ อื่นๆ

ภาพที่ 13.4.4 (ต่อ) แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

ที่มา: ปิยภัทร และคณะ 2553

บรรณานุกรม

1. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร, สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, เสาวลักษณ์ จันทรเกษมจิต และคณะ. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร; 16(1): 1-9.



บทที่ 13.5

บทบาทของนักจิตวิทยา ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ปรียาพร จันทรโิทาน

กุลธิดา พิพัฒน์จรัสสกุล

โรงพยาบาลราชวิถี

บทบาทของนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ปราชญ์ทางพระพุทธศาสนา คือ ผู้มีปัญญา สอนให้เร่งอบรมมรณสติ นึกถึงความตาย หัดตายก่อนตายจริง จุดมุ่งหมายสำคัญของการหัดตายก็คือ เพื่อให้ปล่อยใจจากสิ่งทั้งหลาย ก่อนที่จะถูกความตายบังคับให้ปล่อยกิเลส เรื่องเศร้าหมอง ตัณหาความดิ้นรนทะยานอยาก อุปาทาน ความยึดมั่นถือมั่นทั้งหลายทั้งปวง หัดใจให้ปล่อยเสีย พร้อมกับหัดตาย หลง ให้เกิดตัณหา สิ่งอันเป็นเหตุให้โลภ ให้โกรธ ให้เกิดอุปาทาน หัดละเสีย ปล่อยเสียพร้อมกับหัดตาย ซึ่งจะมาถึงเราทุกคนเข้าจริงได้ทุกวินาที

ปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อเจ็บป่วย: การที่ร่างกายเจ็บป่วยแสดงว่า บุคคลนั้นสูญเสียการควบคุมร่างกายของตน และมักแสดงว่าสูญเสียการควบคุมโลกของตนด้วย บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยโรคผ่ายผอม ต้องประสบเป็นครั้งแรกในชีวิต คือ หวั่นไหวกับความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ และสูญเสียความทะนงตน การที่ต้องอยู่กับความเจ็บป่วยของตน ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนการมองตนเองในอนาคตและการติดต่อกับผู้อื่น ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนจากคนที่แข็งแรงไปเป็นคนที่ต้องจำนนกับความเจ็บป่วย

การตีความของโรค (meaning of illness): Lipowski ได้อธิบายการให้ความหมายหลักๆ (meaning) เมื่อยามเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ ก็ตาม ที่พบได้บ่อยทางคลินิกไว้ 4 ประเภท ดังนี้

1. การท้าทาย (challenge) หรือ การคุกคาม (threat) ความเจ็บป่วยมีความหมายได้ทั้งท้าทาย และภาวะคุกคาม กลับไปมาได้

1.1 ผู้ป่วยที่มองความเจ็บป่วยว่าเป็น challenge เป็นหลัก จะมีลักษณะที่พยายามจัดการกับโรคแบบกระตือรือร้น พยายามจัดการกับปัญหา เจตคติเช่นนี้ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้วยเช่นกัน เช่น ไม่ตื่นกลัวต่อความเจ็บปวด แต่ยอมรับถึงความเจ็บปวด โดยไม่เอาอารมณ์เข้าไปเกี่ยวข้อง ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีเหตุผลยึดหยุ่น ร่วมมือในการรักษา

1.2 ผู้ป่วยที่มองว่าเป็นการคุกคาม (threat) เป็นหลัก มักสอดคล้องกับอารมณ์วิตกกังวล (anxiety) และตื่นกลัว (fear) และบางครั้งมีอารมณ์โกรธ (anger) การให้ความหมายแบบนี้จะเป็นการตอบสนองแบบสู้หนี และหนีหายไป Lipowski ให้ตั้งข้อสังเกตคำที่ผู้ป่วยใช้ในเวลาพูดถึงโรค เช่น “พิชิต” หรือ “ต่อสู้” เป็นตัวช่วยสังเกตในมุมมองที่ดีการที่ผู้ป่วยยังคงตื่นตัวต่อโรคทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธต่อสิ่งที่มาคุกคาม แต่บางครั้งอาจแสดงออกแบบก้าวร้าว โกรธผู้อื่น รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์

2. การสูญเสีย (loss) การสูญเสียเป็นทั้งรูปธรรมและนามธรรม หรือสัญลักษณ์ การสูญเสียแบบรูปธรรม คือ การสูญเสียจริง เช่น โดนตัดอวัยวะ รวมไปถึงการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายจริงๆ ส่วนการสูญเสียแบบนามธรรม เช่น เสียความปลอดภัย เสียการนับถือตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่าย อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคืออารมณ์เศร้าโศก (grief)

3. การได้ประโยชน์ (gain) หรือการปลดปล่อย (relief) สำหรับผู้ป่วยบางคนความเจ็บป่วยมีประโยชน์ หากเป็นแรงจูงใจจากภายนอกเรียกว่า secondary gain เช่น ไม่ต้องทำงาน ลดความรับผิดชอบ หากเป็นการเสริมความขัดแย้งในใจ เรียกว่า primary gain เช่น ความต้องการพึ่งพา เป็นต้น ผู้ป่วยประเภทนี้ไม่ค่อยร่วมมือในการรักษา ดูเพิกเฉย หรือรำเริงผิปกติ

4. การลงโทษ (punishment) สิ่งที่ใช้ตีความหมายของการลงโทษแบ่งเป็น

4.1 ความรู้สึกผิด ในผู้ป่วยที่มองว่าสมควรถูกลงโทษ เขาจะยอมจำนน ไม่พยายามที่จะดีขึ้น

4.2 แต่ถ้ามองว่าเป็นการลงโทษที่เขาไม่สมควรได้รับอาจแสดงความโกรธเคือง ขมขื่น บางทีอาจแสดงความโกรธกับสมาชิกในครอบครัวหรือแพทย์

4.3 ท้ายที่สุดบางรายที่มองว่าเป็นการลงโทษที่ตัดสินแล้ว และความเจ็บป่วยเหมือนเป็นสัญญาณการไถ่ถอน ผู้ป่วยอาจจะมีการแสดงออกแบบชั่วคราวซึ่งความหวัง มองโลกในแง่ดี หรือมีอารมณ์ดีมาก

ความต้องการก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วย 5 อันดับแรกที่คนใกล้เสียชีวิตรู้สึกเสียตายและเสียใจ คือ

- 1) เสียตายที่ไม่ได้ใช้ชีวิตอย่างที่ตนเองต้องการหลายคนใช้ทั้งชีวิตทำตามความคาดหวังของคนอื่นตลอดเวลาจนไม่เคยได้ใช้ชีวิตอย่างที่ตนเองต้องการจริงๆ สักที จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- 2) ทำงานหนักจนลืมครอบครัว ลืมคนที่เรารักและรักเราหลายคนใช้เวลาในชีวิตไปกับเรื่องงาน เรื่องสังคม และ เรื่องคนอื่นๆ เป็นหลัก จนละเลยคนที่เรารัก และรักเราเมื่อถึงช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต หลายคนรู้สึกเสียใจ
- 3) เสียใจที่ไม่ได้พูดในสิ่งที่รู้สึก โดยเฉพาะกับคนที่เรารัก
- 4) เสียใจที่ไม่ได้ใช้เวลากับเพื่อนอย่างคุ้มค่า หลายคนเมื่อถึงเวลาสุดท้าย มีมิตรภาพเก่าๆ ได้หวนกลับมาในห้วงคำนึงอีกครั้งและรู้สึกเสียตายเมื่อตอนที่มิโอกาสได้ละเลยสิ่งนี้ไป
- 5) เสียใจที่ไม่ได้เลือกที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตายที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยใกล้ตายจะรับรู้ถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตนเอง ดังนี้

- 1) ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา ได้แก่ ต้องการ สวดมนต์ขอให้ตนเองเข้มแข็ง ต้องการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา ต้องการใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ต้องการ ประกอบพิธีทางศาสนา
- 2) ต้องการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อนๆ เด็กๆ บุคคลทั่วไป และความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น
- 3) ต้องการควบคุมตนเองได้ โดยเลือกหรือตัดสินใจ ในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ต้องการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว
- 4) ต้องการทำหน้าที่ของตนเองให้เสร็จเรียบร้อย ไม่ว่าจะเป็นธุรกิจ มรดก หรือความรู้สึกต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีต
- 5) ต้องการสัมผัสกับธรรมชาติ สามารถออกไปนอกบ้านได้ ชมความสวยงามของธรรมชาติได้
- 6) ต้องการพบเห็นแต่สิ่งที่ดี การพูดคุย การยิ้มแย้มแจ่มใส การให้กำลังใจ

องค์ประกอบในการเตรียมผู้ป่วยในการรับรู้และไม่หวาดกลัวต่อความตาย มีความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ไม่ประมาท และสามารถจากไปอย่างสงบ (peaceful death) ดังตารางที่ 13.5.1

ตารางที่ 13.5.1 องค์ประกอบในการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต

ด้าน	องค์ประกอบในการเตรียม
ด้านสิ่งแวดล้อม	- เงียบสงบ - บรรยากาศที่คุ้นเคย อบอุ่น - มีคนที่ผูกพันอยู่ใกล้
ด้านร่างกาย	- ไม่เจ็บปวด เจ็บปวดน้อย - ร่างกายสะอาด - หายใจสะดวก
ด้านจิตใจ	- มีการสื่อสารที่เปิดเผย - มีความภาคภูมิใจในตนเอง - ปล่องวางได้ - ยึดมั่นในศาสนาของตน

ผู้ป่วยที่เผชิญหน้ากับความตายมักมีความเครียด ความกังวล ความกลัวอยู่ในใจทุกคน ความวิตกกังวลที่มักพบ ได้แก่

1. Organic anxiety เช่น ปวดมาก ทำให้ใจสั่น ปั่นป่วนในท้อง หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น
2. Situation anxiety เช่น กลัวเจ็บ กลัวทรมาน กลัวเดินไม่ได้ กลัวการรักษา เป็นต้น
3. Existential anxiety เช่น กลัวตาย กลัวขาดอิสรภาพ กลัวอยู่คนเดียว ถูกทอดทิ้งกลัวไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ตายแล้วไปไหน

นอกจากความวิตกกังวลแล้วอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยเช่นกัน โดยจากการศึกษาของ Mitchell และคณะ เกี่ยวกับความชุกของภาวะทางจิตเวชในผู้ป่วย palliative care พบความชุกของ major depression มีร้อยละ 16.5 และ minor depression ร้อยละ 9.6

จากปัญหาทางอารมณ์ดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ไม่ร่วมมือในการรักษา และคิดทำร้ายตัวเองได้ นักจิตวิทยานับว่ามีบทบาทสำคัญในการสำรวจปัญหา ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ ตามกระบวนการทางจิตวิทยา ดังนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ (therapeutic relationship) Vancarolis กล่าวว่าสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษา (therapeutic relationship) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับบริการ เป็นหัวใจสำคัญของวิธีการบำบัดทางจิตเวช โดยมีเป้าหมายเฉพาะผู้ให้การบำบัดมีการดำเนินสัมพันธ์ภาพอย่างเป็นขั้นตอน เน้นความปลอดภัยเป็นหลัก เป็นความลับ น่าเชื่อถือ มีความสม่ำเสมอ และมีขอบเขตชัดเจน

2. ให้ผู้ป่วยพูดระบาย (ventilation) ความรู้สึกต่างๆ ความกังวล ความกลัวหรือความรู้สึกอึดอัด ความต้องการต่างๆ ออกมา การได้ระบายปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดมานาน ช่วยให้ผ่อนคลาย และรู้สึกว่ามีคนรับฟังอย่างเข้าใจ ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์ที่สำคัญยิ่งต่อการรักษา

3. ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) กระบวนการเยียวยาทางจิตใจทั้งในรูปแบบจิตบำบัด หรือการให้การปรึกษา ต่างยอมรับว่าความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การเยียวยาจิตใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในขั้นตอนของ empathy การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) การใช้คำถาม (questioning) ลักษณะต่างๆ อย่างมีเป้าหมายเป็นทักษะสำคัญ นักจิตวิทยาคลินิกอาวูโสท่านหนึ่งได้แนะนำเทคนิค “LADDER” คือ การเข้า (ถึง) ใจผู้ป่วยตามมุมมองของเขา ดังนี้

- 1) Look at person มองที่ผู้ป่วย ใช้การสบตาอย่างเหมาะสม ซึ่งไม่ใช่การจ้องตา
- 2) Ask ใช้ลักษณะคำถามรูปแบบต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีเป้าหมาย
- 3) Don't interrupt ไม่ขัดจังหวะ แต่หากจำเป็นต้องใช้วิธีการที่นุ่มนวล ไม่ให้เสียสัมพันธภาพ เช่น “เรื่องที่คุณเล่ามาฟังดูน่าสนใจ แต่หมออยากทราบเกี่ยวกับ...” เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับน้ำเสียงและท่าทีด้วย หรือบางจังหวะต้องใช้การเงียบหยุด/ รอฟัง (silence) เสมือนเป็นการให้เวลาผู้ป่วยและสำรวจความคิดของตนเองอย่างอิสระ

- 4) Don't change subject ไม่เปลี่ยนเรื่องทันที ฟังระลึกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าคือสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังให้ความสำคัญ แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้ฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า (listening) เพียงแต่ฟัง (hearing) และมักเปลี่ยนเรื่องไปถามสิ่งที่ตัวเองสนใจโดยใช้ลักษณะการถามเพื่อวินิจฉัย (diagnostic question)

- 5) Emotion/ feeling ควรให้ความใส่ใจกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (reflection/ mirroring) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความรู้สึกของตนเองมากขึ้น และรู้สึกว่าผู้รักษาก็เข้าใจความรู้สึกของตนเช่นกัน นอกจากนี้การมีท่าทีเปิดรับฟัง รวมทั้งการเลือกสถานที่พูดคุยที่เป็นส่วนตัวและรู้สึกปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้รักษาให้ความสำคัญกับเรื่องอารมณ์ ความรู้สึกด้วย

6) Response ตอบสนองทั้งการใช้คำพูดและท่าทางซึ่งควรสอดคล้องกลมกลืนกัน เช่น ในกรณีที่เห็นด้วยกับความคิดของผู้ป่วย การตอบสนองด้วยการพูดว่า “ครับ/ค่ะ” พร้อมพยักหน้าและมีท่าทีเปิดรับ (open-ended manner) จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาใส่ใจเขามากขึ้น (แต่ต้องเข้าใจและรับฟังอย่างแท้จริง ไม่ใช่เป็นการเสแสร้ง)

นอกจากนี้ข้อควรคำนึงในการประเมินคือรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้นการประเมินความพร้อมในการรับรู้ความจริง

- 1) ค้นหาความต้องการรับรู้ความจริงว่ามีความต้องการที่จะรับรู้หรือไม่ ระดับใด
- 2) เพราะผู้ป่วยและครอบครัวบางคนไม่ต้องการรับรู้แต่ความคิดนี้อาจเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไป ที่สำคัญคือความต้องการของผู้ป่วยและญาติอาจสวนทางกันจึงต้องประสานความคิด ประสานประโยชน์เพื่อผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) ประเมินความรู้ และทัศนคติต่อโรคของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) ค้นหาและประเมินศักยภาพภายในของผู้ป่วยคือความสามารถที่มีอยู่ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหา เช่น ภาวะอารมณ์ ประสบการณ์เดิม ลักษณะบุคลิกนิสัย ความสามารถ เป็นต้น
- 5) ค้นหาและประเมินศักยภาพภายนอกของผู้ป่วยคือสถานะแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลังจากทราบความจริง

นอกจากนี้การประเมินสภาพจิตใจยังสามารถใช้แบบวัดเพื่อประเมินปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้อีกวิธีหนึ่ง ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างแบบวัดที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) และแบบวัดโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

สิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นนอกจากองค์ความรู้และประสบการณ์ที่มีแล้ว คุณสมบัตินี้ควรมีคือทัศนคติเชิงบวกในการให้บริการและความเห็นใจ ปรารถนาดีในการอยากช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างจริงใจนั่นเอง

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2557.
2. ญัณฐา สายเสวย. ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดและการเจ็บป่วย (Coping with stress and illness). ใน: สุนันทา ฉันทนากาญจน์, วรภัทร รัตอาภา, กมลพร วรรณฤทธิ์, ญัณฐา สายเสวย, บรรณาธิการ. จิตเวชรับปรึกษาจากต่างภาควิชา ศิริราช. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2559. 26-8.
3. นิภาธร ไหวทวิทยะกุล, ระพีพรรณ ลาภา. Guidelines for building therapeutic relationship for nursing students. วารสารราชานันท์นวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2017; 1: 3.
4. ปราณี อ่อนศรี. บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15: 39-43.
5. ปราโมทย์ เซาร์ศิลป์, รณชัย คงสกันธ์. กลุ่มจิตบำบัด สำหรับคนไข้ใน. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิษฐ์; 2542.
6. พิชรี ตั้งตุลยางกูร, ชะลอศักดิ์ ลักษณะวงศ์ศรี. การสื่อสารและการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
7. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. เวลาของฉันมาถึงแล้ว [Internet]. 2016 [เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/ThaiPsychiatricAssociation/posts/965269753577041/>.
8. สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก. ทุกชีวิตมีเวลาอันจำกัด. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา; 2554.
9. สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย; 2546.
10. สุนันทา ฉันทนากาญจน์, วรภัทร รัตอาภา, กมลพร วรรณฤทธิ์, ญัณฐา สายเสวย. จิตเวชรับปรึกษาจากต่างภาควิชา ศิริราช. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
11. อนันท์ บริณายกานนท์. Psychological with good death. ใน: โครงการอบรม “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”; 23-24 สิงหาคม 2550; โรงพยาบาลราชวิถี. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.; 2550.
12. Mitchell AJ., Chan M., Bhatti H., Halton M., Grassi L., Johansen C., et al. Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in oncological, haematological and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol 2011; 12: 160-74.
13. Salem R. Empathic listening. In: Beyond Intractability. Burgess G., Burgess H. editors. Conflict information consortium [Internet]. Colorado: University of Colorado; 2003 [cited 2020 July 18]. Available from: <http://www.beyondintractability.org/essay/empathic-listening>.
14. Varcacolis EM. Developing therapeutic relationships. In: Varcacolis EM., editor. Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. 220-3.
15. Kasantikul D., Karnjanathanalers N., Limsuwan N., Thongtang O., Vuthiganond S., Khuangsirikul V., et al. The diagnostic screening test for depression in Thai population. J Med Assoc Thai 1997; 80(10): 647-57.



บทที่ 14

กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง

พิสิษฐ์ ศรีอัคคโยธิน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองมีประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องค่อนข้างมาก เนื่องจากการดูแลทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงมิติการดูแลทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และดูแลครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้นผู้เขียนจึงขออธิบายประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัยโรคจนกระทั่งกระบวนการทางกฎหมายภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตลงแล้ว เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพเห็นภาพรวมของกระบวนการทั้งหมดเพื่อนำไปปรับใช้กับบริบทการทำงานของตนเองได้

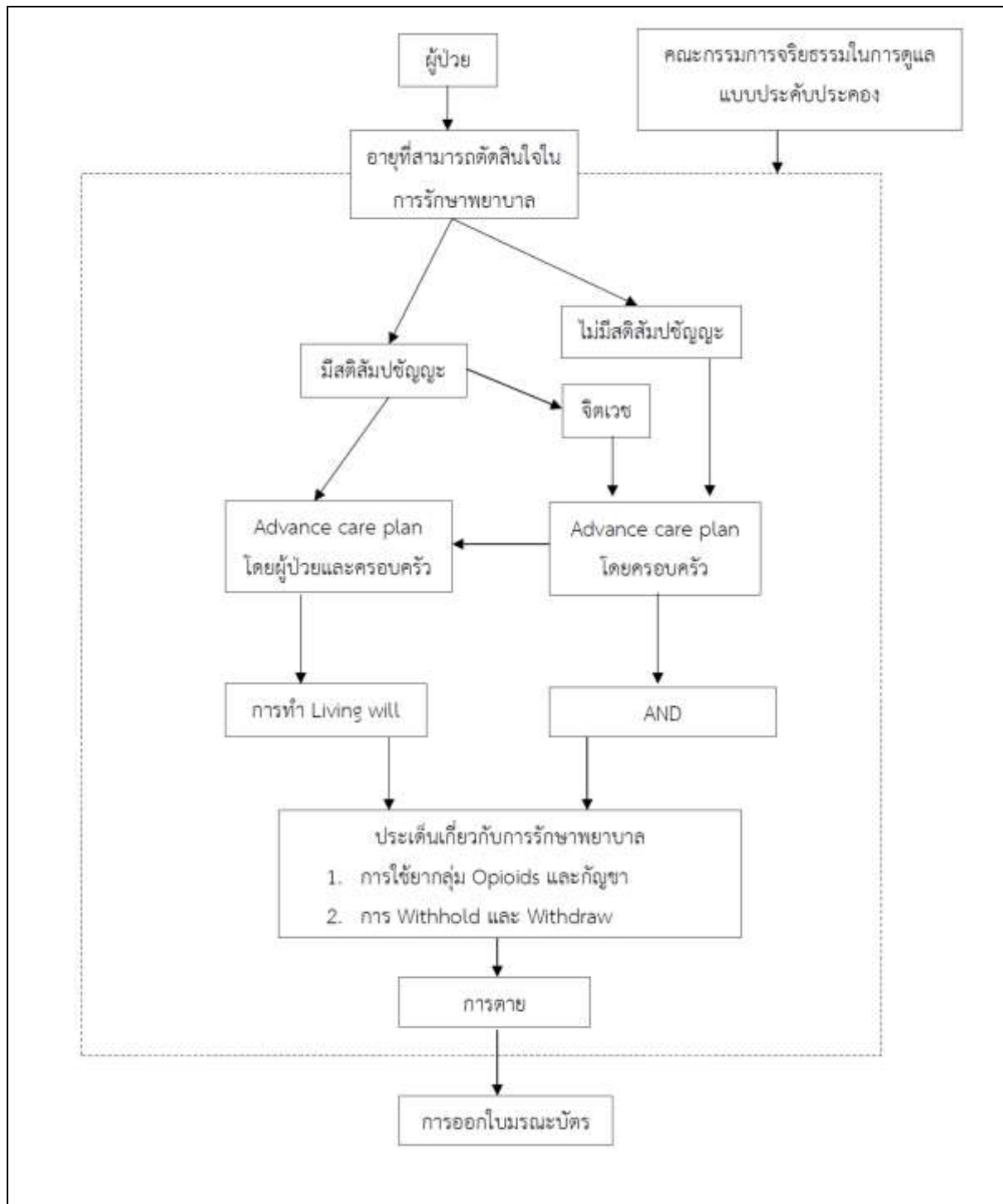
ในขั้นต้นผู้เขียนขอแยกพิจารณาในเรื่องกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ก่อนเพื่อให้เข้าใจความถึงความส่งเสริมและสอดคล้องกันของกฎหมายและจริยธรรม

กฎหมายและจริยธรรมเป็นเครื่องมือที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการควบคุมพฤติกรรมในสังคม แต่ทั้งสองมีความหมายแตกต่างกัน คือ กฎหมายเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ควบคุมพฤติกรรมของบุคคลจากภายนอก หากฝ่าฝืนสังคมจะไม่ยอมรับ ถือว่ามีความผิดและมีบทลงโทษชัดเจน ส่วนจริยธรรมเป็นมาตรฐานขั้นสูงที่ควบคุมพฤติกรรมของบุคคลจากภายในจิตใจที่ไม่มีการลงโทษชัดเจน (เว้นแต่จะนำหลักจริยธรรมมากำหนดเป็นกฎหมาย เช่น กฎหมายวิชาชีพเป็นการนำจริยธรรมแห่งวิชาชีพมาบัญญัติเป็นกฎหมายลายลักษณ์อักษร) หากแต่เป็นการควบคุมพฤติกรรมมนุษย์ในทางสังคม หลักจริยธรรมไม่เพียงแต่ห้ามมนุษย์ไม่ให้ดำเนินการตามที่สังคมกำหนด แต่มีความประสงค์ที่เหนือไปกว่านั้นคือต้องการให้มนุษย์มีความเมตตา กรุณา และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และปรับใช้หลักการทางจริยธรรมให้เหมาะสมเพื่อความเป็นธรรมของแต่ละกรณี

แม้กฎหมายและจริยธรรมมีความแตกต่างกันแต่ต่างก็มีบทบาทในทางสังคมที่ส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะกฎหมายไม่อาจบัญญัติข้อห้ามหรือกฎเกณฑ์ที่มนุษย์จะต้องประพฤติปฏิบัติได้อย่างกว้างขวางครอบคลุมทุกกรณี จึงต้องใช้จริยธรรมเป็นเครื่องมือในการวางหลักเกณฑ์ ดี ชั่ว ถูก ผิด ให้มนุษย์ได้ปฏิบัติตามเพื่อควบคุมพฤติกรรมภายใน สร้างความเป็นธรรมในแต่ละกรณี โดยเน้นการสร้างจิตสำนึกให้ตระหนักรู้ว่าสิ่งใดควรทำหรือไม่ควรทำ แม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้อย่างแน่ชัดก็ตาม

ในการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีความละเอียดอ่อน มีประเด็นทางสังคมครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องมาก รวมทั้งกฎหมายในหลายๆ กรณีก็ไม่ได้บัญญัติไว้อย่างชัดเจน จึงต้องนำหลักจริยธรรมทางการแพทย์ต่างๆ มาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยการดูแลแบบประคับประคองมีประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินการโดนสรุปดังภาพที่ 14.1

ประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง



ภาพที่ 14.1 สรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง

จากภาพที่ 14.1 ดังกล่าวสามารถสรุปประเด็นได้ดังต่อไปนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

การดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการดูแลทางการแพทย์ที่ผสมผสานการดูแลทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพร้อมในการเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต และตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการดูแลที่จำเป็นจะต้องอาศัยความรู้และความเชี่ยวชาญทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคมหลายสาขาเป็นทีมสหวิทยาการ คอยให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

โรงพยาบาลควรมีการตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษากับแพทย์ โรงพยาบาล ผู้ป่วย และญาติในการดูแลในแง่ต่าง ๆ โดยโรงพยาบาลสามารถออกคำสั่งภายในแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ได้ คณะกรรมการชุดนี้จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในแง่การดูแลต่างๆ แต่ไม่ได้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนแพทย์ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยหรือครอบครัวเพราะแพทย์ยังคงมีหน้าที่สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาพยาบาลตามความต้องการของตนเอง

คณะกรรมการจริยธรรมการดูแลแบบประคับประคองควรมีองค์ประกอบ คือ บุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายบริหาร ผู้แทนฝ่ายปฏิบัติงาน และบุคลากรนอกโรงพยาบาลอันได้แก่ ผู้นำองค์กรทางศาสนาในพื้นที่ ตัวแทนฝ่ายปกครอง ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ซึ่งปัจจุบันมีเครือข่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดเครือข่ายไว้กระจายครอบคลุมทั่วประเทศ)

2. อายุของผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งผู้สูงอายุ ทำให้ปัญหาเรื่องอายุในการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นประเด็นแรกที่จะต้องพิจารณา ในทางการแพทย์ถือกันว่าบุคคลที่อายุ 18 ปีบริบูรณ์ สามารถตัดสินใจในการรักษาพยาบาลด้วยตนเองได้ ทั้งนี้เป็นไปตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ข้อ 9 ซึ่งกำหนดว่า

“9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้ปกครองทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”

ประเด็นถัดมาถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์จะดำเนินการอย่างไรมีข้อแนะนำดังต่อไปนี้

(1) หากผู้ป่วยมีความเป็นผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะ (maturity) ตลอดจนความสามารถในการตัดสินใจได้เอง นอกจากบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องขอความยินยอมในการรักษาพยาบาลจากผู้ปกครองแล้ว จะต้องให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเท่าที่สภาพร่างกาย การรับรู้ของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย

(2) หากเป็นทารก ผู้ปกครองเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

3. การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล

การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลมีประเด็นที่ต้องพิจารณาทั้งในเรื่อง (1) การให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) (2) ความสามารถของผู้ให้ความยินยอม และ (3) ผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล โดยมีกฎหมายและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง คือ มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ข้อ 2 และข้อ 9 ของคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยซึ่งบัญญัติว่า

มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในการบริการสาธารณสุขบุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้ และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณีรับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

การบำบัดรักษาจะกระทำได้อต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษารายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่เป็นผู้ป่วยตามมาตรา 22

ถ้าต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ความยินยอมตามวรรคหนึ่งต้องทำเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมตามวรรคสองแทน

หนังสือให้ความยินยอมตามวรรคสองและวรรคสาม ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ 2 และข้อ 9 ของคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษามีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

(1) การให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent)

การให้ความยินยอมเป็นไปตามหลักการความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว โดยบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาพยาบาล หรือข้อมูลทางการแพทย์อื่น ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แก่ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลและตัดสินใจแสดงเจตนารับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลตามที่ต้องการ โดยการแสดงเจตนานี้อาจจะใช้ภาษากายหรือเขียนเป็นหนังสือแสดงเจตนาก็ได้ (เขียนใบ consent form กรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่ซับซ้อน)

(2) ความสามารถของผู้ให้ความยินยอมได้

ถ้าผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะอยู่สามารถให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ แม้ว่าผู้ปกครองตามกฎหมายหรือผู้ปกครองตามความเป็นจริงจะเป็นผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล แต่ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกาย การดำเนินโรค และควมมีวุฒิภาวะของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย

ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวช หากผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการตัดสินใจ เช่น เมื่อยังรับยาอยู่ และไม่มีอาการสามารถให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมตัดสินใจในการรับการรักษาพยาบาลได้เหมือนผู้ป่วยปกติทั่วไป แต่หากยังคงมีอาการทางจิตเวชอยู่และไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ ควรให้ผู้ปกครองตามกฎหมายหรือผู้ปกครองตามความเป็นจริงเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทน

(3) ผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล

ผู้ที่ยินยอมให้บุคลากรด้านสุขภาพทำการรักษาพยาบาล ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่จะให้ความยินยอมได้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตามกฎหมายและแนวปฏิบัติข้างต้นกำหนดให้ ทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ได้แก่ คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน) ผู้ปกครอง (ผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลของผู้ป่วย)¹ ผู้ปกครองดูแล² แล้วแต่กรณีเป็นผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย

ซึ่งหากไม่สามารถติดต่อบุคคลเหล่านี้ได้และเป็นกรณีฉุกเฉินที่จำเป็นเร่งด่วนจะต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพให้การรักษาพยาบาลได้เลยโดยไม่ต้องขอความยินยอม

4. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planing)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษามาชิกครอบครัว หรือปรึกษาศูนย์สุขภาพ

กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ กระบวนการขอความยินยอมในการบอกกล่าวที่นำครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมหรือเกี่ยวกับกระบวนการและแนวทางในการรักษาพยาบาลต่างๆ ดังนั้นจึงสามารถนำหลักการในเรื่องการยินยอมในการรักษาพยาบาลข้างต้นมาประยุกต์ใช้ได้

5. การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือยุติการทรมานจากภาวะเจ็บป่วย (Living will)

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เป็นเครื่องมือในการสื่อสารในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง กล่าวคือ ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการให้บุคลากรด้านสุขภาพและครอบครัว ให้การดูแลตนเองอย่างไรบ้าง เช่น ขอรับการรักษาพยาบาลที่ไม่ทำให้ตนเองต้องทรมาน ขอปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นการยืดชีวิตตนเอง โดยมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือบุคลากรด้านสุขภาพไม่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้

¹ ผู้ปกครองตามกฎหมาย

² ผู้ปกครองดูแลในความเป็นจริง ซึ่งอาจไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือกฎหมายก็ได้ แต่ในความเป็นจริงคือคนที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยอาจจะเป็นญาติ คนรู้จัก เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ ฯลฯ

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีกฎหมายรับรองคือ มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งบัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

ในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าแล้ว ในกรณีที่ต้องการให้เกิดความชัดเจนในการแสดงเจตนาของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตไว้

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการไม่มีผู้ที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะตัดสินใจเองได้ เพราะผู้ป่วยสามารถเขียนระบุความต้องการรักษาพยาบาลที่ต้องการและไม่ต้องการต่างๆ ได้ เช่น ต้องการการรักษาพยาบาลที่ทำให้ตนเองรู้สึกสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน ห้ามใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิต (withholding life sustaining treatment) หรือเมื่อให้การรักษายื้อชีวิตไปแล้วหากเห็นว่าการรักษาไม่เป็นประโยชน์อีกต่อไปก็ให้ยุติการรักษาพยาบาลเหล่านั้นได้ (withdrawing life sustaining treatment) หรือขอให้ถอดเครื่องช่วยหายใจ ยุติการให้ยาหรือสารอาหาร แบบนี้ก็สามารถทำได้

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวแล้วกฎหมายมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง ซึ่งเช่นนี้จะทำให้กระบวนการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมีความรอบคอบรัดกุมและสร้างความสบายใจแก่ทุกฝ่ายเพราะผู้ป่วยเขียนแสดงเจตนาไว้อย่างชัดเจน

หากผู้ป่วยไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาแต่ผู้ป่วยแจ้งโดยอ้อมว่าต้องการการรักษาพยาบาลแบบใดหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นการยื้อชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต บุคลากรด้านสุขภาพควรจดความต้องการของผู้ป่วยลงในเวชระเบียน

ปัจจุบันมีคำพิพากษาของศาลปกครองสูงสุดที่ พ. 11/2558 รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวว่าไม่ใช่เรื่องการถ่วงน้ำหนัก แต่เป็นการแสดงเจตนาที่จะขอยุติตามธรรมชาติโดยปราศจากการยื้อชีวิตโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยที่ระบุไว้ในหนังสือกฎหมายไม่ถือว่าเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

ขั้นตอนการทำหนังสือแสดงเจตนาจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง และแนวทางการปฏิบัติที่ออกตามความในกฎกระทรวง ซึ่งสามารถสรุปแนวทางในการทำดังต่อไปนี้

ผู้ที่ทำหนังสือแสดงเจตนาจะต้องอายุ 18 ปีบริบูรณ์ หนังสือแสดงเจตนาไม่มีแบบ ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถเขียนหนังสือแสดงเจตนาตามความต้องการของตนเองได้ (หรือสามารถเขียนตามตัวอย่างที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ออกแบบไว้) โดยเนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนาจะต้องระบุเรื่องความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ต้องระบุวันที่ทำหนังสือแสดงเจตนา หากมีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับให้ยึดถือวันที่ทำฉบับสุดท้าย สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไหนก็ได้ การเก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนา เมื่อทำเสร็จแล้วผู้ทำต้องแจ้งญาติพี่น้องของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่จะต้องเกี่ยวกับการดูแลหาความต้องการและกำชับให้ปฏิบัติตาม

หนังสือแสดงเจตนา โดยหนังสือฉบับจริงให้เก็บที่ตัวของผู้ทำหนังสือ ฉบับสำเนาให้เก็บไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่ปรึกษาเป็นประจำ หรือฝากญาติพี่น้องไว้ก็ได้

6. การปฏิเสธการรักษาพยาบาลโดยครอบครัว

ปัญหาที่เกิดขึ้นเสมอๆ ในการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวาระท้ายของชีวิต คือ ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองไว้ (ไม่ได้สั่งโดยวาจาหรือไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้) หรือไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว ทำให้ไม่สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยถึงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ เมื่อเกิดกรณีเช่นนี้ขึ้นบุคลากรด้านสุขภาพควรจัดประชุมกลุ่มครอบครัว (family meeting) กับญาติพี่น้องของผู้ป่วย (เกณฑ์การพิจารณาญาติพี่น้องของผู้ป่วยให้ใช้หลักการในเรื่องการให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล ข้างต้น) โดยควรเชิญญาติพี่น้องที่มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเข้ามาประชุมพร้อมกันทั้งหมด

บุคลากรด้านสุขภาพไม่ควรกังวลว่าผู้ที่มาประชุมจะเป็นญาติที่แท้จริงหรือไม่ เพราะไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพที่จะไปสืบหาความจริง และในความเป็นจริงก็ไม่มีทางทราบได้เลยว่าใครเป็นญาติที่แท้จริง บุคลากรด้านสุขภาพควรบันทึกลงในเวชระเบียนหรือบันทึกทางการแพทย์ว่ามีการจัดประชุมกลุ่มครอบครัว และมีผู้ที่เข้าร่วมประชุมได้แก่ผู้ใดบ้าง และหัวข้อในการหารือคืออะไร ข้อสรุปที่ได้คืออะไร

ในการประชุมกลุ่มครอบครัวอาจจะประชุมหลายครั้งก็ได้เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และในกรณีที่เป็นการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตข้อสรุปร่วมกันของแพทย์และครอบครัวอาจจะเป็นการให้ยุติการรักษาผู้ป่วยบางอย่าง เช่น ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิตอื่นๆ แต่ยังคงให้การรักษาแบบประคับประคอง เช่นนี้ก็สามารถทำได้

ในการลงนามในเอกสารการแสดงเจตนาของญาติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในช่วงวาระท้ายของชีวิตผู้ป่วยไม่ควรนำเอกสารปฏิเสธการรักษาพยาบาลหรือ DNR (do not resuscitate order form) ให้ญาติลงนาม เนื่องจากอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีกับญาติ เพราะเนื้อความและถ้อยคำของหนังสือทำให้ญาติเข้าใจว่าเป็นการทอดทิ้งผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการนำกฎหมายมาใช้เป็นเครื่องมือในการพูดคุยปรึกษาหารือ

โดยแนะนำว่าควรวางแผนการรักษาล่วงหน้ากับครอบครัวหรือญาติเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละระยะและควรปรับเปลี่ยนถ้อยคำในหนังสือดังกล่าวใหม่เป็น การแสดงเจตนาที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติหรือ AND (allow natural death) ซึ่งเป็นการลดความรู้สึกที่ไม่ดีของผู้ป่วยหรือญาติว่าไม่ใช่การปฏิเสธการรักษาแต่เป็นการเสียชีวิตตามธรรมชาติ นอกจากนั้นไม่ควรถามย้ำญาติว่ายังคงยืนยันการตัดสินใจแบบเดิมหรือไม่ เนื่องจากการถามเช่นนี้จะทำให้ญาติเกิดความลังเลที่จะตอบเพราะเข้าใจว่ายังมีแนวทางอื่นๆ ในการรักษาพยาบาลอีก ดังนั้นในเรื่องการสื่อสารและการสื่อความหมายในการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญมากในทุกขั้นตอน ควรมีการซักซ้อมความเข้าใจร่วมกันในทีมบุคลากรด้านสุขภาพถึงแนวทางการปฏิบัติต่อญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยเสมอ

7. การไม่ใช้ (Withhold) หรือการยุติการใช้ (Withdraw) เครื่องมือทางการแพทย์ในการพุงชีพผู้ป่วย

ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถร้องขอให้ยุติการรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (potentially inappropriate treatment) ได้ โดยการรักษาดังกล่าว คือ การรักษาทางการแพทย์ที่มีเจตนาให้หายขาด แต่มีโอกาสเกิดโทษแก่ผู้ป่วยมากกว่าโอกาสที่จะเกิดประโยชน์ ซ้ำยังสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิตของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น

ในทางจริยธรรมทางการแพทย์ไม่ควรให้ญาติเป็นผู้ถอดเครื่องมือทางการแพทย์เอง เพราะญาติไม่มีความรู้ทางการแพทย์ซึ่งหากญาติถอดเองอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

การไม่ใช้หรือเรื่องการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพไม่ใช่การฆ่าผู้ป่วยให้ตาย ไม่ใช่การการุณยฆาต (euthanasia) เพราะในวาระนั้นหากไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์ผู้ป่วยก็จะเสียชีวิตจากพยาธิสภาพของโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ดี ดังนั้นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการพุงชีพผู้ป่วยไว้จึงเหมือนเป็นการยื้อความตายเอาไว้เท่านั้น

ในทางจริยธรรมการดูแลแบบประคับประคองในระดับสากลการไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพไม่มีความแตกต่างกันเพราะในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการยื้อชีวิตไม่มีประโยชน์กับอาการของผู้ป่วยแล้ว ดังนั้นการไม่ใช้หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์จึงมีค่าเท่ากันเนื่องจากไม่ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งยังสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย

ขั้นตอนในเรื่องการไม่ใช้หรือเรื่องการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพ คือ

1. จะต้องทำความเข้าใจกับบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพ ว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ ไม่ใช่การทอดทิ้งผู้ป่วย ไม่ใช่การการุณยฆาตผู้ป่วย แต่คือการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งหรือยื้อชีวิตจากการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการยื้อชีวิต

2. ต้องสื่อสารกับญาติ (หรือผู้ป่วยในกรณีที่ยังมีสติสัมปชัญญะอยู่) ให้ยอมรับการตายตามธรรมชาติ และชี้ให้เห็นว่าการไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพไม่ใช่การทอดทิ้งผู้ป่วย ไม่ใช่การการุณยฆาต แต่คือการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งหรือยื้อชีวิตจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการยื้อชีวิต เครื่องมือทางการแพทย์เหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และแม้จะไม่ใช้หรือยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตไม่ได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด

3. ในกรณีที่ญาติเป็นผู้แสดงเจตนาขอไม่ใช้หรือให้ยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพแทน ผู้ป่วย ญาติจะต้องลงนามอนุญาตให้บุคลากรด้านสุขภาพดำเนินการ โดยบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องแจ้งหัตถการและกระบวนการในการดำเนินการให้ญาติรับทราบ ซึ่งญาติทั้งหมดจะต้องเห็นด้วยหากยังมีข้อสงสัยหรือไม่เห็นด้วยจะต้องสร้างความเข้าใจเพื่อให้ทุกฝ่ายเห็นพ้องตรงกันทั้งหมด

4. ต้องเตรียมความพร้อมญาติให้เข้าใจถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อดำเนินการไม่ใช้หรือให้ยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพไปแล้ว โดยจะต้องแจ้งว่าไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเท่าใด ผู้ป่วยอาจจะมีชีวิตอยู่ได้เป็นนาที ชั่วโมง หรือวัน หรือหลายวัน โดยไม่อาจประมาณเวลาที่แน่ชัดได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและการดำเนินโรคของผู้ป่วย และอธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยอาจเกิดความไม่สุขสบายจากการดำเนินการได้ เช่น มีอาการหอบ มีกระวนกระวาย มีเสมหะเพิ่มมากขึ้น ฯลฯ ซึ่งสามารถจัดการอาการเหล่านี้ได้ทั้งหมดด้วยวิธีการอะไรบางอย่าง เพื่อให้ครอบครัวสบายใจว่าไม่ได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด

5. การยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพองชีพ ไม่ใช่การยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ทันทีหรือถอดเครื่องช่วยหายใจทันที แต่จะมีวิธีการในการดำเนินการโดยหลักการคือจะต้องค่อยๆ ลดการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่พองชีพผู้ป่วยหรือลดปริมาณก๊าซออกซิเจนลงไปเรื่อยๆ ซึ่งเหล่านี้อาจใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน จนกระทั่งแม้จะมีเครื่องมือทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วยแต่ก็ไม่ได้มีการใช้งานแล้ว กล่าวคือ มีแต่เครื่องมือทางการแพทย์แต่ไม่ได้ใช้งาน โดยกระบวนการทั้งหมดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เครื่องมือทางการแพทย์มีบทบาทน้อยลงเรื่อยๆ จนถึงที่สุดเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ช่วยอะไรแล้ว ก็นำเครื่องมือทางการแพทย์ออก และเป็นการเยียวยาจิตใจแก่ญาติของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการแสดงให้เห็นว่ามีได้ถอดเครื่องมือทางการแพทย์ทันที และเป็นการแสดงให้เห็นว่าแม้จะยุติหรือไม่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์แล้ว ผู้ป่วยก็ยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

8. การใช้ยา กลุ่ม Opioids และกัญชาในการบรรเทาอาการปวด

เรื่องความปวดเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองหากระงับความปวดให้แก่ผู้ป่วยไม่ได้แล้ว ก็ไม่สามารถให้การดูแลในมิติอื่นได้เลยเพราะอาการปวดจะสร้างความทุกข์ทรมานทางกายและใจให้แก่ผู้ป่วย สร้างความทุกข์ใจให้แก่ญาติ

ในการดูแลแบบประคับประคองมักจะใช้ยา กลุ่ม opioids ในการระงับความปวดซึ่งยานี้นอกจากจะช่วยระงับความปวดแล้วยังลดอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยระยะท้ายได้อีกด้วย แต่ยาในกลุ่มนี้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งกฎหมายห้ามไม่ให้ครอบครองหรือเสพเว้นแต่จะเป็นการเสพยาได้คำแนะนำของแพทย์เพื่อรักษาอาการหรือโรคของผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์จึงสามารถสั่งยาเพื่อใช้ในการบรรเทาอาการปวดและการหอบเหนื่อยให้แก่ผู้ป่วยได้ และตามกฎหมายก็ไม่ได้ห้ามนำยาในกลุ่มนี้ออกไปใช้นอกโรงพยาบาล ดังนั้นในกรณีการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านแพทย์สามารถสั่งยา กลุ่ม opioids ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ที่บ้านได้ด้วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยตายก่อนยาที่ส่งไปใช้ที่บ้านจะหมด แล้วมีผู้นำยาไปใช้ต่อในกรณีนี้แพทย์ผู้สั่งยาและโรงพยาบาลที่อนุญาตให้นำยาออกไปใช้ไม่มีความผิดตามกฎหมายเพราะเป็นการสั่งยาให้ผู้ป่วยไปใช้ในการรักษาความปวด แต่บุคคลภายนอกที่นำยาไปใช้เองโดยไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์จะมีความผิดตามกฎหมาย

การใช้กัญชาในการดูแลแบบประคับประคอง โดยปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้นำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ โดยมีการแก้ไขกฎหมาย และออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อกำหนดการดังกล่าว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทยนั้นสรุปได้ว่าแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านสามารถจ่ายกัญชาเพื่อใช้ในการระงับความปวดได้ แต่แพทย์แผนไทยหรือหมอพื้นบ้านที่จะส่งจ่ายกัญชานั้นจะต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดก่อน

9. การออกใบมรณะบัตรในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปตายที่บ้าน

ผู้ป่วยระยะท้ายมักจะบอกกับแพทย์หรือญาติว่าอยากกลับบ้านเพื่อไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยที่มีญาติสนิท เพื่อนฝูงที่ใกล้ชิดคอยอยู่ดูแล และตายอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ญาติหรือแพทย์ก็มักจะดำเนินการตามความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย แต่การนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้านจะมีขั้นตอนทางกฎหมายในการขอใบมรณะบัตรตามมาก่อนข้างมาก โดยเจ้าบ้าน จะต้องไปแจ้งตายและขอออกใบมรณะบัตรที่อำเภอหรือสำนักงานเขตภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากการการตาย ซึ่งบ่อยครั้งที่นายทะเบียนไม่ยินยอมออกใบมรณะบัตรให้ และให้เจ้าบ้านนำร่างของผู้ป่วยที่ตายไปทำการชันสูตรพลิกศพก่อนที่จะออกใบมรณะบัตร เหตุการณ์นี้สร้างความเสียใจและหนักใจให้กับเจ้าบ้านอย่างมาก ซึ่งการนำศพเข้าสู่กระบวนการ

ชั้นสูตรพลิกศพจะสร้างความยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก ดังนั้นในกรณีที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้านจะต้องมีการเตรียมการ โดยโรงพยาบาลควรจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลควรเขียนหนังสือสรุปอาการและความประสงค์ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) นำติดตัวก่อนจะออกจากโรงพยาบาล โดยหนังสือฉบับนี้ญาติผู้ป่วยจะยื่นต่อเจ้าพนักงานทะเบียนหรือตำรวจแล้วแต่กรณีเพื่อเป็นข้อมูลให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการอะไรและมีความต้องการที่จะกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้าน โดยในหนังสือควรมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ด้วย

2. โรงพยาบาลควรสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ในการส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้าน หากโรงพยาบาลมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ในการส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อและตายที่บ้าน สามารถแจ้งข้อมูลผู้ป่วยไปยังเครือข่ายในชุมชนซึ่งได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเครือข่ายจิตอาสาอื่นๆ และเครือข่ายเหล่านี้จะเข้ามาช่วยเจ้าบ้านในการยืนยันกับเจ้าพนักงานทะเบียนหรือผู้ใหญ่บ้านว่าผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อและตายที่บ้านจริงๆ

หากไม่มีการเตรียมความพร้อมให้ญาติก่อนนำผู้ป่วยกลับบ้านจะทำให้เกิดปัญหาการชันสูตรพลิกศพโดยไม่จำเป็นซึ่งจะเป็นปัญหาแก่ญาติ แพทย์และโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

บรรณานุกรม

1. ภัคคพงศ์ วงศ์คำ. นโยบายและกฎหมายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง [สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
2. แสง บุญเฉลิมวิภาสและคณะ, บรรณาธิการ, สรุปการสัมมนาวิชาการ “ไม่ใส่เครื่อง ถอดเครื่องช่วยหายใจทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (Withholding and withdrawing of life-sustaining treatment)”. การประชุมวิชาการกองทุนศาสตราจารย์ จิตติ ตั้งสภักดิ์ ครั้งที่ 24. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์สิริพัฒนา จำกัด; 2562.

A photograph of three hands, likely belonging to different people, gently cupping a small, red, heart-shaped object with a white scalloped border. The hands are positioned over a light-colored wooden surface. The background of the entire page features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and magenta.

บทที่ 15

การดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองวิถีใหม่

ปฐมพร ศิริประภาศิริ

กรมการแพทย์

ชลศณีย์ คล้ายทอง

ณัฐฐา อาศนเลขา

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่

การระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งเป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเกิดขึ้นในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ รวมถึงวัณโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อของระบบทางเดินหายใจประจำถิ่น ในปี พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงในราชกิจจานุเบกษา ในสถานการณ์นี้การตอบสนองทางสาธารณสุขต่อโรคติดต่อและการให้บริการรักษาโรคและภาวะอื่นอย่างต่อเนื่อง (service continuity) มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน การรักษาความมั่นคงทางสาธารณสุขของประเทศต้องคำนึงถึงการลดอัตราการเสียชีวิตภาพรวม การลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ และยังคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ตลอดช่วงชีวิต เมื่อมีการระบาดของโรคติดต่อทางระบบเดินหายใจที่ไม่มียารักษา ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อรุนแรง ผู้สูงอายุในระยะพึ่งพิง ผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้าย กลายเป็นกลุ่มเปราะบาง และเสียประโยชน์จากการไม่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพปกติได้ ด้วยเหตุผลการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่ขาดการคำนึงถึงความเสี่ยงที่จะเกิดต่อสุขภาพด้านอื่นของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และภาวะสุขภาพองค์รวมของประเทศ

ในสถานการณ์ดังกล่าว กรมการแพทย์ร่วมกับคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมและสรุปรูปแบบการพัฒนาการจัดบริการแบบประคับประคองวิถีใหม่ (new normal in palliative care) โดยอ้างอิงหลักการดูแลแบบประคับประคอง และคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสภาวะโรคระบาด 5 ข้อ ได้แก่

1. ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยระยะท้ายต้องเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง
2. มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย สร้างปฏิสัมพันธ์ และความสบาย ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์
3. ลดเบี่ยงเบนความทุกข์ทรมานโดยการจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสบาย เช่น การจัดการความปวด หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน สับสน กระวนกระวาย
4. ให้การดูแลโดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการดูแลตามแนวทางความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม
5. ผู้ป่วยต้องไม่ถูกทอดทิ้ง แม้ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลแต่ยังคงต้องได้รับการดูแลจัดการอาการให้สบาย รวมถึงไม่ทำ euthanasia หรือเร่งการตาย ซึ่งไม่ใช่หลักการของการดูแลแบบประคับประคอง

นอกจากนี้แนวทางการบริการแบบประคับประคองวิถีใหม่ คำนึงถึงวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่

1. ความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ (2P safety)
2. การลดความแออัดของการรับบริการ (overcrowding management)
3. ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชน (health equity)

การจัดบริการแบบประคับประคองรูปแบบใหม่ เพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจ มีการปรับกระบวนการ ดังนี้

1. การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้มแข็งให้กับชุมชน ท้องถิ่น ในการจัดการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทดแทนการให้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งจำกัดการเฝ้าไข้ และการเยี่ยมไข้

2. การใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการประชุมร่วมกับครอบครัวและญาติ (tele-family meeting) กระตุ้นการทำ advance care plan รวมถึงให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เมื่อมีข้อสงสัย และเยี่ยมให้กำลังใจทางไกล (tele-family meeting)
3. จัดให้มีสื่อให้ความรู้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้ง่าย และระบบโทรศัพท์ตอบคำถามการดูแลผู้ป่วย
4. สนับสนุนให้โรงพยาบาลใกล้บ้านมีอำนาจอำนาจสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองตามมาตรฐาน ที่องค์การอนามัยโลกและกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
5. การจัดระบบการส่งยาสำหรับจัดการอาการต่างๆ ที่ถูกต้องตามระเบียบ โดยเฉพาะยาบรรเทาอาการปวด ประเภทยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทให้ผู้ป่วยผ่านระบบเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ไปรษณีย์ หรือการขับรถเข้ามารับยาโดยไม่ต้องลงจากรถ (drive thru) อย่างมีประสิทธิภาพ
6. กรณีที่ครอบครัวและญาติไม่สามารถจัดการดูแลที่บ้านหรือชุมชนได้ จำเป็นต้องพัฒนาส่วนแยก ของสถานพยาบาลใกล้บ้านเป็นศูนย์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ จัดหอบุคลากรเฉพาะตัวแยกส่วนจากการบริการผู้ป่วยอื่นๆ ของโรงพยาบาล เพื่อให้ญาติสามารถเข้าใช้และเยี่ยมใช้ ที่มีความสำคัญต่อการดูแลองค์รวมด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
7. ลดการสัมผัสใกล้ชิด จับมือ จับร่างกาย ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย เพราะบุคลากรอาจเป็นพาหะ นำเชื้อสู่ผู้ป่วย
8. สนับสนุนให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิตก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระยะท้าย (advance directive/ living wills) เพื่อให้สามารถเข้าถึง การดูแลแบบประคับประคอง และลดการถูกยืดชีวิตจากการตัดสินใจและมีโอกาสได้สื่อสารความต้องการ
9. ปรับรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างกำลังใจ ผ่านเครือข่ายระบบสื่อสารออนไลน์ หากผู้ป่วย รักษาในสถานพยาบาลและเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้เว้นระยะห่างและสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อของระบบ ทางเดินหายใจ

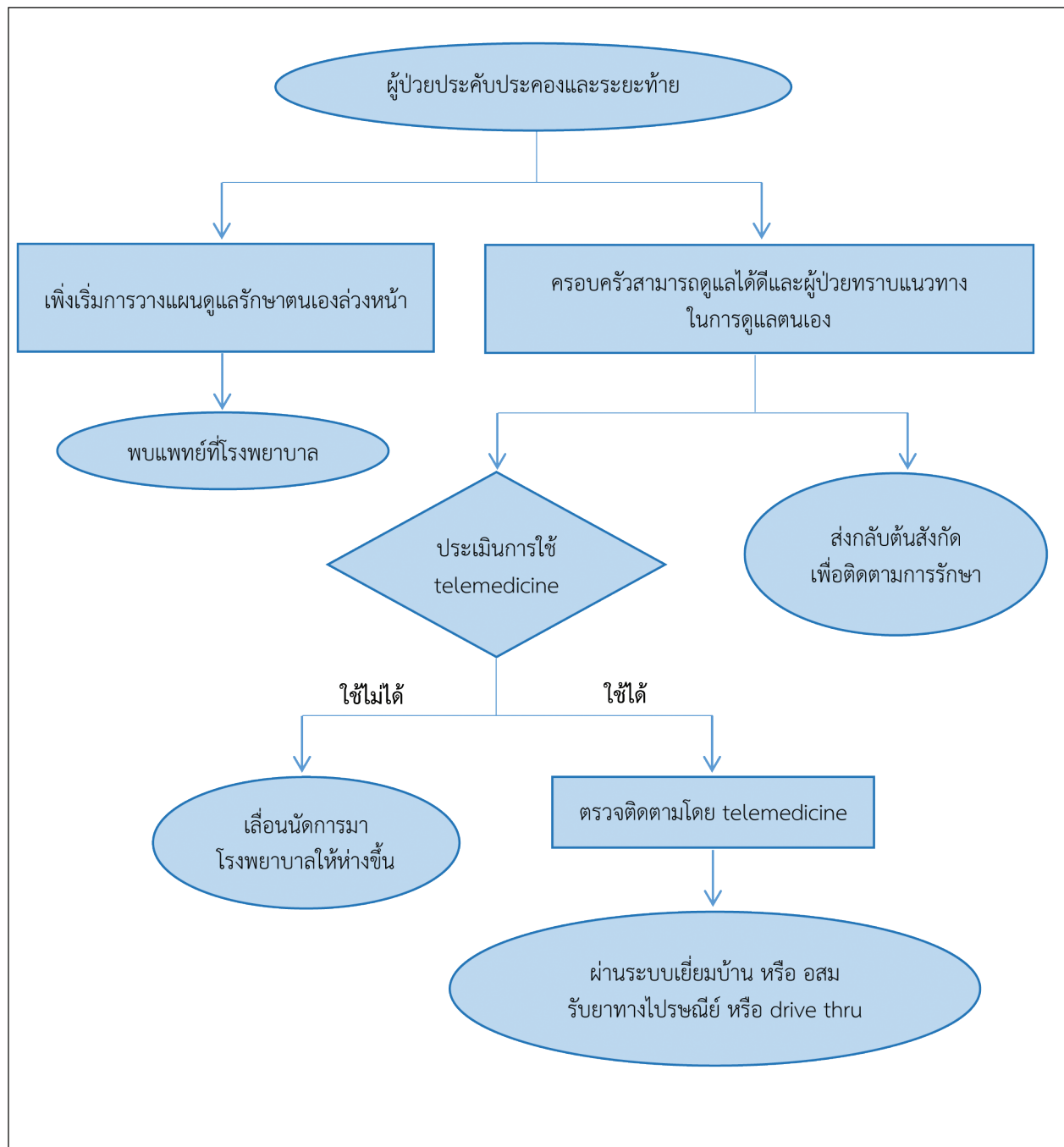
ตารางที่ 15.1 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่ (new normal in palliative care) แบ่งตามระดับ โรงพยาบาล

ระดับ รพ.	การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองวิถีใหม่	
รพศ./ รพ.เฉพาะทาง/ รพ.ทั่วไป/ รพ.จังหวัด	- การรับปรึกษา	คงเดิม: มีระบบการให้การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคับประคอง และระยะท้าย
	- การทำ advance care plan/ family meeting	- การลดความแออัดของการรับบริการ โดยการลดจำนวน ผู้เข้าร่วมกิจกรรม - ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการประชุมร่วมกับ ครอบครัวและญาติ (tele-family meeting)
	- 2P safety	- ให้ความรู้เรื่องการใช้ PPE, IC สำหรับบุคลากร - กำหนดการใช้ PPE ให้ถูกต้องตามมาตรฐาน

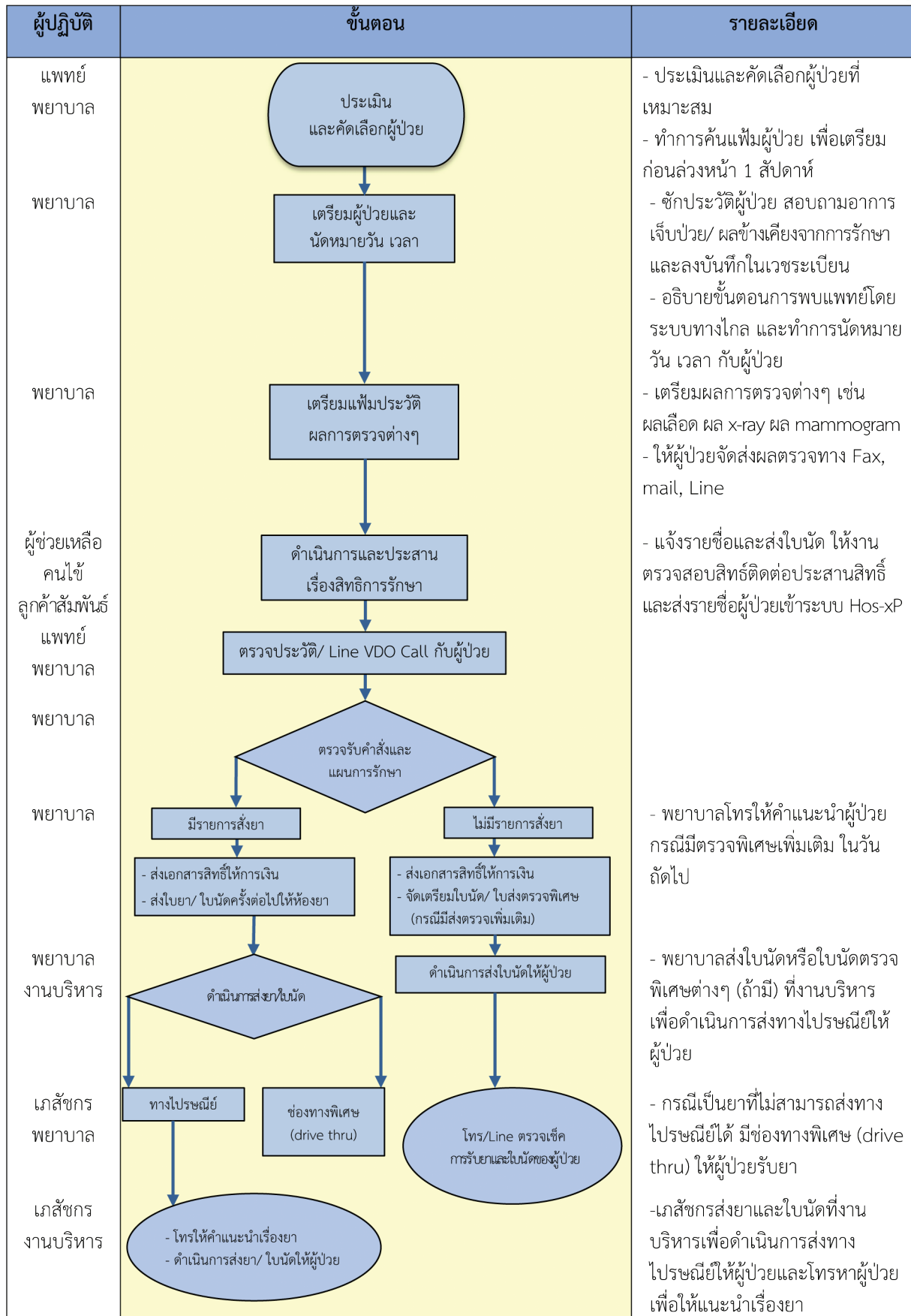
ตารางที่ 15.1 (ต่อ) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่ (new normal in palliative care) แบ่งตามระดับโรงพยาบาล

ระดับ รพ.	การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองวิถีใหม่	
รพศ./ รพ.เฉพาะทาง/ รพ.ทั่วไป/ รพ.จังหวัด	- การดูแลผู้ป่วยใน	- จำกัดผู้เยี่ยม และนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการเยี่ยมให้กำลังใจ (tele-home visiting) - ปรับกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการสัมผัสใกล้ชิด - จัดสื่อความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่เข้าใจง่าย และเข้าถึงได้ง่าย - ส่งต่อการดูแลที่บ้าน โดยใช้ระบบเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน
	- การดูแลผู้ป่วยนอก	- ลดจำนวนครั้งที่ต้องมาโรงพยาบาล เพื่อลดความแออัด โดยการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการประชุมร่วมกันกับทีมที่ดูแลที่บ้าน/ ในชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (telemedicine) - ปรับกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการสัมผัสใกล้ชิด และปรับกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างกำลังใจผ่านการใช้ระบบสื่อสารออนไลน์ - ส่งต่อการดูแลที่บ้าน/ ในชุมชน และแนะนำให้ผู้ป่วยรับยาที่ รพช. แทนการเดินทางมารับยาที่ รพศ./ รพท. หรือใช้ระบบการจัดส่งยาผ่านระบบเยี่ยมบ้านหรือ อสม. ไปรษณีย์ หรือการขับรถเข้ามารับยาโดยไม่ต้องลงจากรถ (drive thru) - มีระบบการรับ-ส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน และมีทีมที่ให้คำปรึกษาแก่ รพช./ ทีมที่ดูแลที่บ้านโดยการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (teleconsultation)
รพ.ชุมชน/ ทีมหมอครอบครัว (community palliative care)	รับดูแลต่อเนื่องจาก รพศ./ รพ.เฉพาะทาง/ รพ.ทั่วไป/ รพ. จังหวัด	- มีระบบการรับ-ส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน - มีบุคลากรที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง - มีรายการยาจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองตามมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกและกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อลดภาระแก่ผู้ป่วยและญาติในการเดินทางไปรับยาที่ รพศ./ รพ.เฉพาะทาง/ รพ.ทั่วไป/ รพ.จังหวัด - จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านร่วมกับ รพ.สต./ ศูนย์บริการสาธารณสุข และเครือข่ายในพื้นที่ - มีระบบปรึกษา รพศ./ รพ.เฉพาะทาง/ รพ.ทั่วไป/ รพ.จังหวัด โดยการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (teleconsultation)
รพ.สต./ ศูนย์บริการ สาธารณสุข (community palliative care) จัดสรรอัตรากำลังและ ทรัพยากรที่เหมาะสม	- ประสานการดูแลที่บ้าน/ ชุมชน กับ รพช./ ทีมหมอ ครอบครัว	- ให้การดูแลตามแผนการรักษาของทีมหมอครอบครัว และ advance care plan ของผู้ป่วย - เพิ่มศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ดูแลในชุมชนโดย tele-health education จาก รพศ./ รพ.เฉพาะทาง/ รพ.ทั่วไป/ รพ.จังหวัด - มีระบบปรึกษา รพช./ รพศ./ รพ.ทั่วไป/ รพ.จังหวัด โดยการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (teleconsultation)

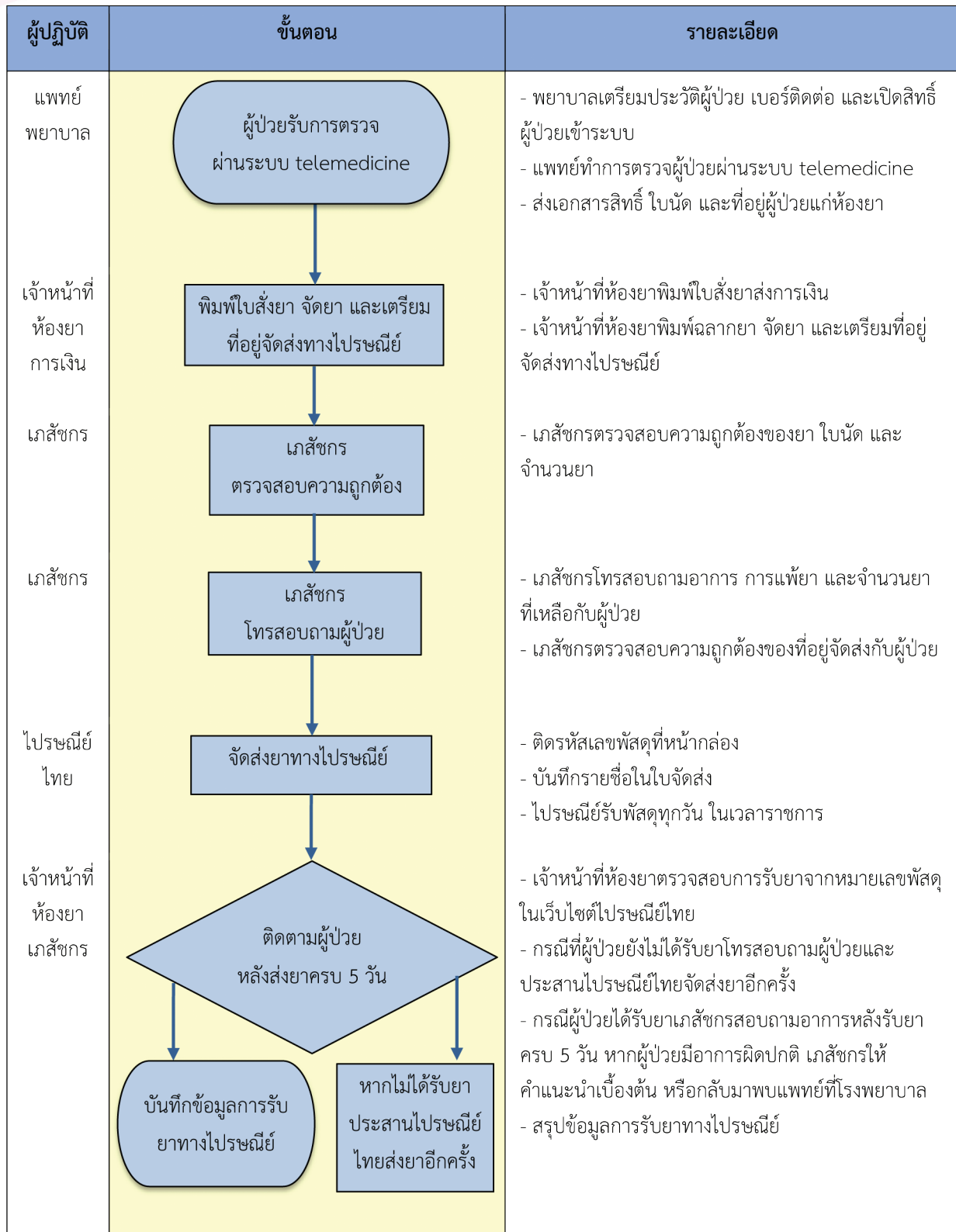
การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายเพื่อเลือกรูปแบบและสถานที่จัดบริการ โดยยังคงเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายแบบองค์รวม ด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายที่เพิ่งเริ่มการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) หรือมีอาการไม่สบายที่ไม่สามารถจัดการอาการที่บ้านได้ และผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายที่ครอบครัวสามารถดูแลได้ดี ดังแสดงในรูปแบบการดำเนินงาน (ภาพที่ 15.1-15.4)



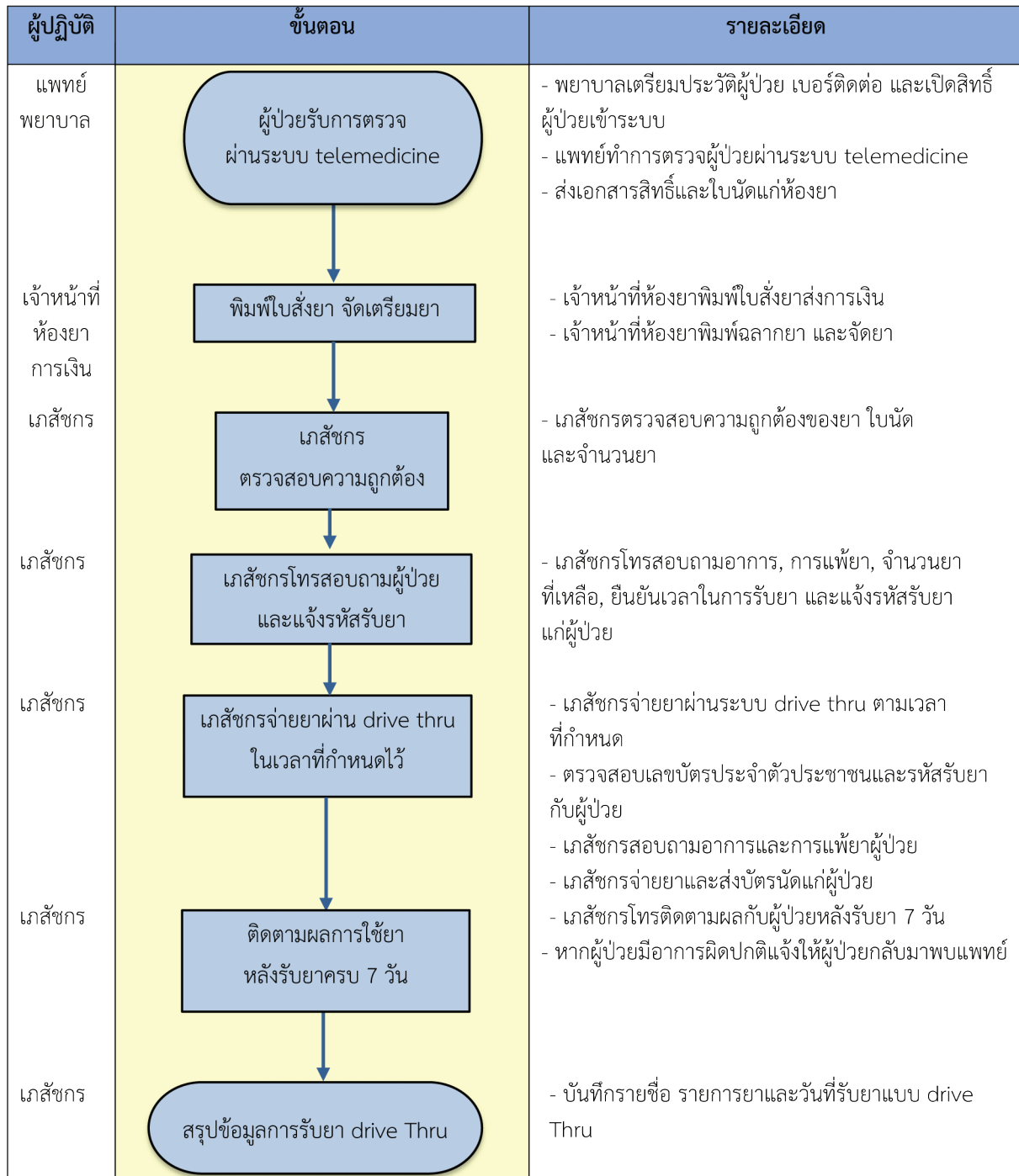
ภาพที่ 15.1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายเพื่อเลือกรูปแบบและสถานที่จัดบริการ



ภาพที่ 15.2 ระบบพบแพทย์ทางไกล (telemedicine)



ภาพที่ 15.3 ระบบการให้บริการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์



ภาพที่ 15.4 ระบบการให้บริการรับยาแบบไม่ลงจากรถ (drive thru)

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://webdms2.isgateway.com/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf.
2. กรมการแพทย์. List disease of palliative care and functional unit [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: อาร์ท ควอลิไฟท์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://webdms2.isgateway.com/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf.
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 48 ง. (ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563).
4. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. Palliative care in COVID-19 pandemic. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2563.
5. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) question and answers [Internet]. [cited 2020 April 1]. Available from: <http://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19>.



ภาคผนวก



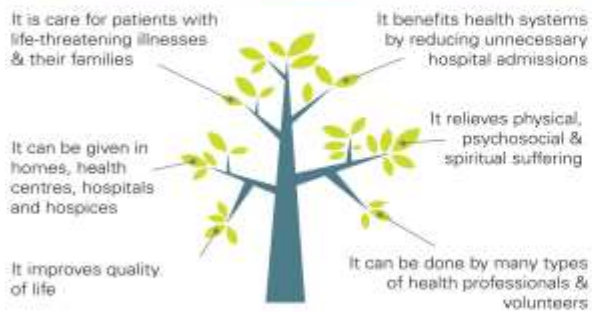
ภาคผนวกที่

1

**World Health Organization:
Improving access to palliative care
(infographic)**

IMPROVING ACCESS TO PALLIATIVE CARE

WHAT IS PALLIATIVE CARE ?

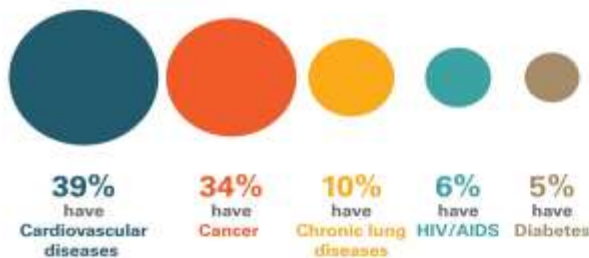


WHEN IS PALLIATIVE CARE NEEDED ?

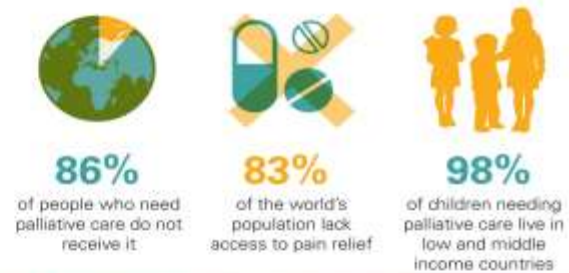


WHO NEEDS IT ?

Of the **40 million** people who need palliative care each year:



WHAT ARE THE GAPS ?



WHAT ARE THE BARRIERS ?



WHAT CAN COUNTRIES DO ?

Implement the 2014 World Health Assembly Resolution 67.19 on palliative care, by:

INTEGRATING PALLIATIVE CARE INTO NATIONAL HEALTH POLICIES



WHO/NMH/NVU/15.5

ที่มา: WHO [Internet] Available from: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/pc-infographics/en/>



ภาคผนวกที่ 2

นิยามปฏิบัติการ (Operational definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับ
เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
สำหรับประเทศไทย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย

ความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเหตุให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มีความสำคัญและได้รับความสนใจจากผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ให้บริการสาธารณสุขและสถานพยาบาลจัดบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งมีรูปแบบบริการที่หลากหลายตามความเข้าใจและความสนใจของแต่ละแห่ง ทำให้ไม่สามารถให้การสนับสนุนในเชิงระบบให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของทั้งบุคลากรด้านสุขภาพสถานพยาบาลที่ดำเนินการ ผู้ป่วยหรือญาติที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการรองรับเพื่อให้การสนับสนุนการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองแล้วก็ตาม แต่จากการที่ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดค่านิยมปฏิบัติการและคำอธิบายความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีข้อถกเถียงกันมากมายในมิติต่างๆ ทั้งเรื่องประเภทผู้ป่วย ลักษณะการบริการ สังคมวัฒนธรรม ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยแตกต่างกัน กำหนดแนวทางในการดูแลแตกต่างกันไปตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ ทำให้เกิดปัญหามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลกับการจัดระบบการสนับสนุนและบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพตามมด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์หลัก 4 องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดำเนินการจัดทำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยขึ้น โดยได้ทำงานร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยงานองค์กรต่างๆ ตลอดกระบวนการ อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์บริรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ชีวาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์รามธิบดีอภิบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ชีวันตาภิบาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรด้านสุขภาพสาขาต่างๆ เพื่อให้ได้นิยามฯ ที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วกัน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการได้ โดยนิยามฯ ดังกล่าวเป็นนิยามปฏิบัติการภายใต้บริบทของประเทศไทย มีการใช้ถ้อยคำที่ไม่เป็นวิชาการมากนัก ใช้รูปแบบและสำนวนภาษาที่สาธารณชนเข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสาขาอื่นๆ นำไปใช้ปฏิบัติการตามภารกิจ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานได้ นับตั้งแต่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การกำหนดแผนงานโครงการ การกำหนดงบประมาณ การจัดการทรัพยากรบุคคล การให้บริการและการเงินการคลัง ตลอดจนการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และการพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย

ในการดำเนินงานจัดทำนิยามฯ ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ โดยมีการอ้างอิงเอกสารทางวิชาการจากที่ประเทศไทยและทั่วโลกให้การยอมรับ โดย สช. ได้นำนิยามฯ ฉบับนี้เข้าสู่กระบวนการรับฟังความเห็นในวงกว้างทางเอกสารและเว็บไซต์ ก่อนที่จะนำเข้าสู่เวทีรับฟังความเห็นและกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นซึ่งกำหนดไว้ในมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อหาฉันทมติร่วมกันจากหน่วยงานองค์กรจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน หน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานด้านนโยบายสุขภาพ องค์กรศาสนา ภาคประชาสังคม และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ และในที่สุด สช. ได้นำนิยามปฏิบัติการฯ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้ความเห็นชอบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา

สช. ขอขอบคุณทุกหน่วยงาน องค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการร่วมนิยามปฏิบัติการฯ นี้ โดยหวังว่านิยามปฏิบัติการฯ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและบุคลากรด้านสุขภาพในอนาคต

ลำดับกิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน

วันที่ 5 มีนาคม 2561 คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 9/2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการจัดทำนิยามปฏิบัติการ (operation definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อทำหน้าที่จัดทำนิยามปฏิบัติการฯ เสนอต่อ สช. และจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ได้มาซึ่งนิยามปฏิบัติการฯ

วันที่ 25 เมษายน 2561 พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการจัดทำนิยามปฏิบัติการฯ ระหว่าง 5 องค์กร ประกอบด้วย สช. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชุมคณะทำงานยกร่างนิยามจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

- (1) วันที่ 8 สิงหาคม 2561 ประชุมครั้งที่ 1 ณ ห้องประชุมสุขชน 1 ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
- (2) วันที่ 17 สิงหาคม 2561 ประชุมครั้งที่ 2 ณ ห้องประชุมสุขชน 1 ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
- (3) วันที่ 5-7 กันยายน 2561 ประชุมครั้งที่ 3 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- (4) วันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 ประชุมครั้งที่ 4 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชุมรับฟังความคิดเห็นในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง 2 ครั้ง ได้แก่

- (1) วันที่ 7 มกราคม 2562 เวลา 08.00-17.00 น. ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร
- (2) วันที่ 3 พฤษภาคม 2562 เวลา 09.00-16.30 น. ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร

ประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานที่ดำเนินการยกร่างนิยาม 2 ครั้ง ได้แก่

- (1) วันที่ 8 สิงหาคม 2561 เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุมสุขชน 1 ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
- (2) วันที่ 5 กรกฎาคม 2562 เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุมสุขชน 1 ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 สช. ได้จัดส่งจดหมายไปยัง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยแบบประคับประคองของเอกชน องค์กรศาสนา หน่วยงานนโยบายด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษาทั้งคณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ สภาวิชาชีพและราชวิทยาลัย จำนวน 2,012 แห่ง/คน เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองทางจดหมาย ซึ่งกำหนดหมดเขตการรับฟังความคิดเห็นวันที่ 13 กันยายน 2562 โดยมีการส่งจดหมายตอบกลับมา 141 แห่ง/คน ซึ่งระบุชื่อผู้ส่ง 85 แห่ง/คน และไม่ระบุชื่อผู้ส่ง 56 แห่ง/คน

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 สช. เปิดรับฟังความคิดเห็นเป็นการทั่วไปทาง website ต่อนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งกำหนดหมดเขตการรับฟังความคิดเห็นวันที่ 13 กันยายน 2562 โดยมีผู้เข้ามาตอบจำนวน 15 ราย

วันที่ 17 กันยายน 2562 สช. ได้เชิญผู้แทนโรงพยาบาล สภาวิชาชีพ หน่วยงานต่างๆ และบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มาร่วมประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

วันที่ 17 กันยายน 2562 หลังจากที่ได้รับฟังความคิดเห็นจากโรงพยาบาล หน่วยงานของรัฐและเอกชน ผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ประชุมคณะทำงานยกร่างคำนิยามเพื่อปรับปรุงร่างนิยามปฏิบัติการ ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

วันที่ 18 กันยายน 2562 จัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

สารบัญ

ส่วนที่ 1 ภาวะผู้ป่วย (Patient Status)

- 1.ภาวะเรื้อรัง (Chronic Condition)
- 2.ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life limiting condition)
- 3.ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life threatening condition)
- 4.ความเจ็บป่วยระยะท้าย (Terminal illness)
- 5.ภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active Dying)
- 6.การตาย (Death)
- 7.ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)
- 8.ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief)
- 9.ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ (Complicated Grief)
- 10.ภาวะผิดปกติของความรู้สึกตัว (Disorder of Consciousness)

ส่วนที่ 2 ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล (Care Persons)

- 11.ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker)
- 12.หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney)
- 13.ครอบครัว (Family)
- 14.ผู้ดูแล (Caregiver)
- 15.ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)
- 16.ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team)
- 17.ทีมสหวิทยาการ (Multi-disciplinary Team)

ส่วนที่ 3 การดูแลและการจัดบริการ (Care and Service)

- 18.ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)
- 19.การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- 20.การดูแลสนับสนุน (Supportive care)
- 21.การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)
- 22.การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Pediatric Palliative Care)
- 23.การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)
- 24.การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)
- 25.การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care)
- 26.ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice service)
- 27.สถานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit/Center)
- 28.การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย

- 29.หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
(Advance Directive or Living Will)
- 30.การเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Accessibility)
- 31.การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Accessibility to Palliative Care)
- 32.คุณภาพชีวิต (Quality of Life)
- 33.การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care)
- 34.การตายดี (Good Death)
- 35.จิตวิญญาณ (Spirituality)

ส่วนที่ 4 จริยธรรมและกฎหมายการแพทย์ (Ethics and Medico-legal)

- 36.การรักษาพยาบาล (Life Sustaining Treatment)
- 37.การรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (Potentially Inappropriate Treatment)
- 38.การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futile Treatment)
- 39.การยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death, AND)
- 40.การยับยั้ง/การถอนการรักษาพยาบาล
(Withholding/Withdrawing Life Sustaining Treatment)
- 41.การุณยฆาต (Euthanasia)
- 42.การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ (Physician-assisted Suicide)
- 43.การลดระดับความรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation)
- 44.หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect)
- 45.หลักการตัดสินใจโดยยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Best Interests)
46. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision making)

ภาคผนวก

คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๙/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการ (Operation definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ส่วนที่ 1 ภาวะผู้ป่วย (Patient Status)

1. ภาวะเรื้อรัง (Chronic Condition)

ภาวะเจ็บป่วยหรือเสื่อมถอยทางกาย จิต หรือจิตเวช ซึ่งดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ก่อให้เกิดข้อจำกัดถาวรต่อสมรรถนะทางกาย จิตใจ และการรู้คิด (Cognition) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล การใช้ชีวิตประจำวัน และการใช้ชีวิตในสังคม^{1,2}

2. ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-Limiting Condition)

ภาวะที่รักษาไม่หายขาดและทำให้มีชีวิตรสั้นลง บางภาวะอาจเป็นการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องซึ่งต้องพึ่งพิงครอบครัวและผู้ดูแล³

3. ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Condition)

ภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่ หรือเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว มีโอกาสล้มเหลวในการรักษาสูง

4. ความเจ็บป่วยระยะท้าย (Terminal Illness)

โรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือฟื้นคืนสภาพเดิมได้ และคาดว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า⁴

5. ภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active Dying)

ภาวะที่อวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตทำงานล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลาง หรือก้านสมองหยุดทำงาน โดยทั่วไประยะเวลาการเสียชีวิต อาจเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวัน

6. การตาย (Death)

ภาวะที่หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต หรือระบบประสาท ก้านสมอง หยุดทำงานอย่างถาวร

¹ Salins N, Gursahani R, Mathur R, Iyer S, Macaden S, Simha N, Mani RK, Rajagopal MR. Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2018; 22(4): 249-262

² National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Summary Health Statistics for the U.S. Population [Internet]: National Health Interview Survey [cited 17-18 Sep 19]. Available from http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_259.pdf

³ The International Association for Hospice and Palliative Care. Life-limiting condition [Internet]. [cited 17-18 Sep 19]. Available from <https://pallipedia.org/life-limiting-condition/>

⁴ อ้างอิงแล้วในเชิงอรรถที่ 1

7. ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)

ภาวะหรือประสบการณ์ของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

8. ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief)

กระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึก ได้แก่ ความเครียด เศร้าโศก ซึมเศร้า และอารมณ์อื่นๆ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกายและจิตใจ พฤติกรรม การรับรู้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม

9. ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ (Complicated Grief)

กระบวนการตอบสนองต่อภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก อารมณ์ และการดำเนินชีวิตนานกว่าปกติ ตามเกณฑ์วินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5)^{5, 6, 7, 8}

10. ภาวะผิดปกติของความรู้สึกตัว (Disorders of Consciousness)

เป็นภาวะที่สมองของบุคคลได้รับอันตรายจากการบาดเจ็บ (Traumatic Brain Injury) หรือ ได้รับอันตรายแบบไม่ใช่จากการบาดเจ็บ (Non-Traumatic Brain Injury) เช่น การขาดออกซิเจน การอักเสบรุนแรง ทำให้สูญเสียภาวะการตื่นรู้ (Wakefulness) และการรับรู้ (Awareness)

ภาวะนี้เกิดขึ้นภายหลังสมองได้รับอันตรายร้ายแรง ระยะแรกไม่ตื่นไม่ลืมตาไม่ว่ากระตุ้นเพียงไร เรียกภาวะนี้ว่า โคมา (Coma) เมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งอาจต้องรอนานถึง 28 วัน จึงสรุปได้ถึงสถานะและพยากรณ์โรค ได้แก่

(1) การกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่น้อย (Severe Disability) หลังจากนั้นผู้ป่วยยังมีการฟื้นตัวได้อยู่

⁵ เกณฑ์วินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต Diagnostic and statistical manual of mental disorders ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 5 (DSM-5) ได้จัดความเศร้าโศกที่ผิดปกติมีเกณฑ์อยู่ 5 หมวดหลัก ได้แก่ ได้จัด CG ไว้ในชื่อว่า “Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) การวินิจฉัย CG หรือ PCBD ตามเกณฑ์ DSM 5 มี criteria 5 หมวดหลัก ได้แก่ต้องเป็นผู้ประสบกับการเสียชีวิตของคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (criteria A) ต้องมีอาการหลักใน criteria B อย่างน้อย 1 ใน 4 ข้อ และ ต้องมีอาการแสดงย่อย ๆ ใน criteria C อีก 6 ใน 12 ข้อ โดยผู้สูญเสียมีอาการ ทั้ง criteria B และ C นานกว่า 6 เดือน หรือ 1 ปี (ตามอายุ ผู้สูญเสีย) อาการข้างต้นต้องส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิต (criteria D) และ ภาวะเศร้าโศกมากเกินไปเกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่เข้ากับ วัฒนธรรม ศาสนา หรือบรรทัดฐานที่เหมาะสมตามอายุ (criteria E)

⁶ Kissane DW, Zaider TI. Bereavement. In: Nathan Cherny Marie Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, and David C. Currow, editor. Oxford Textbook of Palliative Medicine 5ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014. p. 1110-22.

⁷ Twycross R. Bereavement. In: Robert T, editor. Introducing palliative care. 4 ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003. p. 45-52

⁸ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington. American Psychiatric Publishing; 2013

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition)

ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย

(2) ภาวะมีสติเล็กน้อย (Minimal Conscious State; MCS) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ยังมีการตื่นรู้อยู่ แต่มีการสูญเสียการรับรู้โดยยังสามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้บ้าง เป็นเวลาอย่างน้อย 28 วันนับจากวันที่มีภาวะไม่รู้สีกตัว

(3) ภาวะตื่นแต่ไม่รู้ (Unresponsive Wakefulness หรือ Vegetative State) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ยังมีการตื่นรู้ แต่ไม่รู้และไม่ตอบสนองสิ่งรอบข้างอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 28 วัน นับจากวันที่มีภาวะไม่รู้สีกตัว

หลักฐานการแพทย์ปัจจุบัน จะเรียกภาวะตื่นแต่ไม่รู้ (Chronic/Permanent Vegetative State) เมื่อภาวะที่บุคคลตื่นแต่ไม่รู้ต่อสิ่งรอบข้างอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานานกว่า 3-6 เดือน กรณีสมองได้รับอันตรายแบบไม่ใช่จากการบาดเจ็บ หรือนานกว่า 12 เดือน หลังจากที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีโอกาสฟื้นตัวได้ยากอย่างยิ่ง⁹ การกำหนดนิยามเหล่านี้เพื่อให้แพทย์ไม่ด่วนสรุปผู้ป่วยไคว่ว่ามีพยากรณ์โรคเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและหยุดการรักษาพยาบาลเร็วเกินไป¹⁰

ส่วนที่ 2 ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล (Care Persons)

11. ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker)

บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ หมายถึงถึง ผู้แสดงเจตนาแทน หรือ บุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

สำหรับกรณีที่ไม่มีกรรมการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด และทีมสหสาขาวิชาจะร่วมกันพิจารณาอย่างรอบคอบ

12. หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/ Durable Power of Attorney)

เอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจจะระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้

⁹ Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, Whyte J, Ashman EJ, Ashwal S. Practice guideline update recommendations summary: Disorders of consciousness: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; the American Congress of Rehabilitation Medicine; and the National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research.. *Neurology*. 2018 Sep 4;91(10): 450–460

¹⁰ National Health Service, Disorders of consciousness [Internet]. nhs.uk. 2018 [cited 2019 Sep 18]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/disorders-of-consciousness/>

13. ครอบครัว (Family)

ผู้ที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย มีความเชื่อมโยงกันทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา หรือคู่ชีวิต หรือทางกฎหมาย หรือประเพณีวัฒนธรรม หรือบุคคลที่ไว้วางใจ

14. ผู้ดูแล (Caregiver)

ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ แก่ผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

15. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver)

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงาน ให้การดูแลโดยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

16. ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team)

กลุ่มของผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงานหรือระบบเดียวกัน รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และอื่นๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน

17. ทีมสหวิทยาการ (Multi-Disciplinary Team)

กลุ่มคนที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางวิชาการจากหลายสาขาวิชา ซึ่งแต่ละคนทำงานอย่างอิสระ คู่ขนานกันไป มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยมีเป้าหมายการดูแลรักษาาร่วมกัน

ส่วนที่ 3 การดูแลและการจัดบริการ (Care and Service)

18. ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)

การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อยุ้มนั่นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่ม

คนเหล่านี้ย่อมสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์¹¹

19. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย¹² ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ

การดูแลแบบประคับประคอง มี 3 ระดับ ได้แก่

(1) การดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรเป็นทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ

(2) การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลแบบระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก

(3) การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแล ซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต

องค์การอนามัยโลก ระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองไว้ดังนี้ เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติ ไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิต สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้การดูแลเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงการให้คำปรึกษาประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สนับสนุนเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจส่งผลดีต่อการดำเนินโรค ให้การดูแลตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยผสมผสานเข้ากับการดูแลจำเพาะที่มีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิต ซึ่งรวมถึงการส่งตรวจเพื่อให้เข้าใจและจัดการอาการให้ดีขึ้น

¹¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. [cited 2019 sep 18]. Available from: <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/คู่มือ%20LTC%20.pdf>

¹² WHO.WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [cited 2012 Dec 30]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

คำว่า การดูแลแบบประคับประคอง มีการทับซ้อนกับการดูแลแบบ Supportive Care ซึ่งหากแปลเป็นไทยตรงตัวว่า “ประคับประคอง” จะเกิดความสับสน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า คำว่า Supportive Care เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่ยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก เป้าหมาย คือ เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการป้องกันหรือจัดการอาการของโรค ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค และผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา¹³ ขณะที่การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงโรคลุกลาม และต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (End of life) จึงอาจเรียก Supportive Care ว่า “การดูแลสนับสนุน”

20. การดูแลสนับสนุน (Supportive Care)

การดูแลแบบสนับสนุนที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายคือ เพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยการป้องกันผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค หรือจัดการอาการของโรคและผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา

21. การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)

การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี

22. การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Pediatric Palliative Care)

การดูแลเด็กป่วยจากภาวะที่จำกัดอายุขัยหรือคุณภาพต่อชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการประคับประคองครอบครัว เริ่มตั้งแต่แรกวินิจฉัยและต่อเนื่องโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาโรคหรือไม่¹⁴

23. การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)

การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

24. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อโดยการบูรณาการ ประสานงาน และร่วมใช้ข้อมูลทุกด้านระหว่างผู้ให้บริการ

25. การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice Care)

การบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม

¹³ Recommendations from the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1[Internet]. European journal of palliative care, 2009; 16(6) [cited 18 Sep 2019] Available from:

<https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9M0Os7VYZs0ZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf>

¹⁴ อ้างอิงแล้วในเชิงอรรถที่ 12

26. ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Service)

ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะการดูแลอาจเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยพักค้างชั่วคราว เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพัก (Respite care) การดูแลช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้าน และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care) โดยสถานที่ดูแลดังกล่าวเรียกว่า สถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice)

27. สถานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit/Center)

หน่วยงานที่ให้บริการแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต แบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

- (1) หน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) ทำหน้าที่จัดบริการ
- (2) ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Center) มีความสามารถในการฝึกอบรมและวิจัย นอกเหนือจากงานบริการ

28. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

กระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

29. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will)

หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย¹⁵

30. การเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Accessibility)

การเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ จะเกิดขึ้นได้เมื่อระบบบริการสาธารณสุขเอื้อให้มีการบริหารยากกลุ่มนี้ ทั้งการจัดซื้อ จัดหา เก็บรักษา กระจายยา และส่งจ่าย ในโรงพยาบาลทุกระดับและสถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย รวมถึงมีการบริหารจัดการยาที่บ้าน

31. การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Accessibility to Palliative Care)

การเข้าถึงระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพและพอเพียง โดยปราศจากข้อจำกัดในด้านต่างๆ ทั้งภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และสถานะทางสังคมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

¹⁵ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

32. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

การให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตตามความชอบ ความเชื่อ และความศรัทธาของบุคคลในทุกๆ มิติของชีวิต รวมถึงสุขภาวะ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ซึ่งการให้ความหมายและคุณค่านี้สามารถแปรเปลี่ยนไปตามบริบท

33. การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)

การดูแลผู้ป่วยที่ยึดถือมุมมองจากประสบการณ์ ความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยยังคงรักษาสีห์ ความเป็นส่วนตัว ศรัทธาการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการทำตามเข้าใจชีวิตในภาพรวมตามความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล และนำไปสู่การออกแบบการดูแลแบบองค์รวม

34. การตายดี (Good Death)

การตายโดยที่ผู้ป่วยได้รู้ว่าความต้องการของเขาได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพมีความเคารพและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย¹⁶

35. จิตวิญญาณ (Spirituality)

การให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ ซึ่งแต่ละปัจเจกบุคคลแสวงหาความหมาย กำหนดทิศทาง การยอมรับและเข้าใจความเป็นจริงแห่งชีวิต เป็นกระบวนการอันเป็นพลวัต เกิดขึ้นภายในบุคคล แปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลนั้นกับตัวตน ครอบครัว คนรอบข้าง ชุมชน สังคม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบในการให้ความหมายที่ยึดเหนี่ยวของชีวิต

ส่วนที่ 4 จริยธรรมและกฎหมายการแพทย์ (Ethic and Medico-legal issues)

36. การรักษาเพื่อยังชีพ (Life-Sustaining Treatment)

การรักษาทางการแพทย์ เพื่อใช้ประคับประคองหรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต ได้แก่ การนวดหัวใจ ผายปอดกู้ชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจ และความดันโลหิต การให้สารอาหารหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การล้างไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ และอื่นๆ^{17,18}

¹⁶ The Economist. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world [Internet].

2015 [18 Sep 2019]. Available from:

<https://eiu.perspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>

¹⁷ ศัพท์บัญญัติ ราชบัณฑิตยสถาน [Internet]. [cited 2018 Nov 10]. Available from:

<http://rirs3.royin.go.th/coinages/webcoinage.php>

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition)

ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย

37. การรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (Potentially Inappropriate Treatment)

การรักษาทางการแพทย์ที่มีเจตนาให้หายขาด แต่มีโอกาสเกิดโทษมากกว่าโอกาสที่จะเกิดประโยชน์

38. การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futile Treatment)

การรักษาที่แน่ชัดว่าไม่ได้ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ต้องการ เช่น การใช้เครื่องฟุ้งหวนชีพให้ฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยสมองตาย

39. การยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death: AND)

การตัดสินใจให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติโดยงดการรักษาฟุ้งหวนชีพ ในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Active dying) เพื่อเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้าหรือตามความประสงค์ของผู้ตัดสินใจแทน

40. การยับยั้งการรักษาฟุ้งหวนชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) และการถอดถอนการรักษาฟุ้งหวนชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment)

การตัดสินใจไม่เริ่มใช้ ไม่เพิ่มระดับการรักษาฟุ้งหวนชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) การหยุด หรือถอดถอนการรักษาฟุ้งหวนชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณาแล้วว่าการรักษาหรือใช้เครื่องฟุ้งหวนชีพนั้น ผลการรักษาแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิต และก่อผลเสียหรือภาระมากกว่าประโยชน์ที่ได้ โดยผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีนี้เองภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลครบถ้วน ทั้งนี้การยับยั้งการรักษาฟุ้งหวนชีพ และการถอดถอนการรักษาฟุ้งหวนชีพ มิใช่เป็นการทำการุณยฆาต (Euthanasia)

41. การุณยฆาต (Euthanasia)

การกระทำโดยเจตนาเพื่อยุติชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงความทรมานของผู้ป่วย ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ

42. การยุติชีวิตด้วยตนเองโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ (Physician-Assisted Suicide)

การที่แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการเพื่อยุติชีวิตตัวเอง

¹⁸ Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM., Baras M, Michalsen A. et al. Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. October 15 2014; 190(8): 855-866

43. การลดระดับความรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation)

การบำบัดโดยการให้ยาลดระดับความรู้สึกตัว หรือทำให้ไม่รู้สึกตัว แก่ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงหรือจัดการลำบาก และจัดการด้วยวิธีการอื่นไม่สำเร็จ^{19,20}

44. หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect)^{21, 22, 23}

การกระทำที่มีเจตนาดี แม้จะตามมาด้วยผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาก็ตาม โดยมีองค์ประกอบครบ 4 ประการ ดังนี้

- (1) การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ดีในตัวเองหรือเป็นกลาง
- (2) การกระทำนั้นเป็นไปด้วยเจตนาให้เกิดผลดี ไม่มีเจตนาให้เกิดผลร้าย
- (3) ผลลัพธ์ที่ดีไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำที่ไม่ดี
- (4) ผลดีมีน้ำหนักมากกว่าผลร้ายที่อาจเกิดขึ้น

45. หลักการตัดสินใจโดยยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Best Interests)

หลักการการตัดสินใจของแพทย์และทีมสุขภาพในการเลือกแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วย โดยชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษาแต่ละอย่าง และเลือกการรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุดและมีความเสี่ยงน้อยที่สุดแก่ผู้ป่วย การตัดสินใจนี้ต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์และทางสังคม²⁴

¹⁹ เนื่องจากการลดระดับความรู้สึกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Sedation) ในระยะท้ายของชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่มีประเด็นทางจริยธรรม (Ethical concern) เมื่อลดระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย ถึงจุดที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความต้องการ ไม่สามารถถืงคืนได้ จึงอาจถูกมองว่าเป็นแรงให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ดังนั้นการลดระดับความรู้สึกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Sedation) ในระยะท้ายของชีวิต ต้องมีเกณฑ์ข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่ชัดเจน เช่น ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วว่า ไม่มีหนทางอื่นบรรเทาอาการผู้ป่วยแล้ว การวางเป้าหมายคือการลดอาการ มิใช่การเสียชีวิต และการหยุดอาหารและน้ำถือเป็นทางเลือก แต่ไม่ได้เป็น ‘ข้อบังคับ’ ในการลดระดับความรู้สึกในระยะท้ายของชีวิต

²⁰ Cherny NI, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. e.g. Jet Powered Engines. *Annals of Oncology*. 01 September 2014; 25(suppl_3): iii143–iii152

²¹ หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect) เป็นหลักการจริยธรรมที่มีพื้นฐานมาจากหลักศาสนา คาทอลิก ที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง หลักการนี้ยอมรับการนำทารกออกจากครรภ์มารดาเพื่อรักษาชีวิตมารดา ดังนั้นเหตุการณ์จึงทำไปเพื่อเจตนารักษาชีวิตแม่มิใช่ทำลายชีวิตเด็ก ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การลดระดับความรู้สึกในระยะท้ายของชีวิต (Palliative Sedation) หรือการการยับยั้งเครื่องพยุงชีพ/การถอดถอนเครื่องพยุงชีพ (Withholding/Withdrawal of Life-Sustaining Treatment) ด้วยเจตนาให้เพื่อลดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน จึงเป็นสิ่งที่ถูกจริยธรรม แม้จะได้ผลลัพธ์ที่ไม่เจตนาทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวก็ตาม

²² David Solomon. Double Effect. In: Lawrence C. Becker, editor. *The Encyclopedia of Ethics* [Internet]. [cited 17-18 Sep 19]. Available from <http://sites.saintmarys.edu/~incandel/doubleeffect.html>

²³ Stanford Encyclopedia of Philosophy. Doctrine of Double Effect [Internet]. [cited 2018 Nov 10]. Available from: <https://plato.stanford.edu/entries/double-effect/>

46. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making)

เป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ โดยเป็นการตัดสินใจร่วมระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว หรือตัวแทนผู้ป่วย การตัดสินใจอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์²⁵

²⁴ Donnelly M. Best interests, patient participation and the Mental Capacity Act 2005. *Medical Law Review*. 15 December 2008; 17(1): 1–29

²⁵ Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2011; 105(4): 300–304

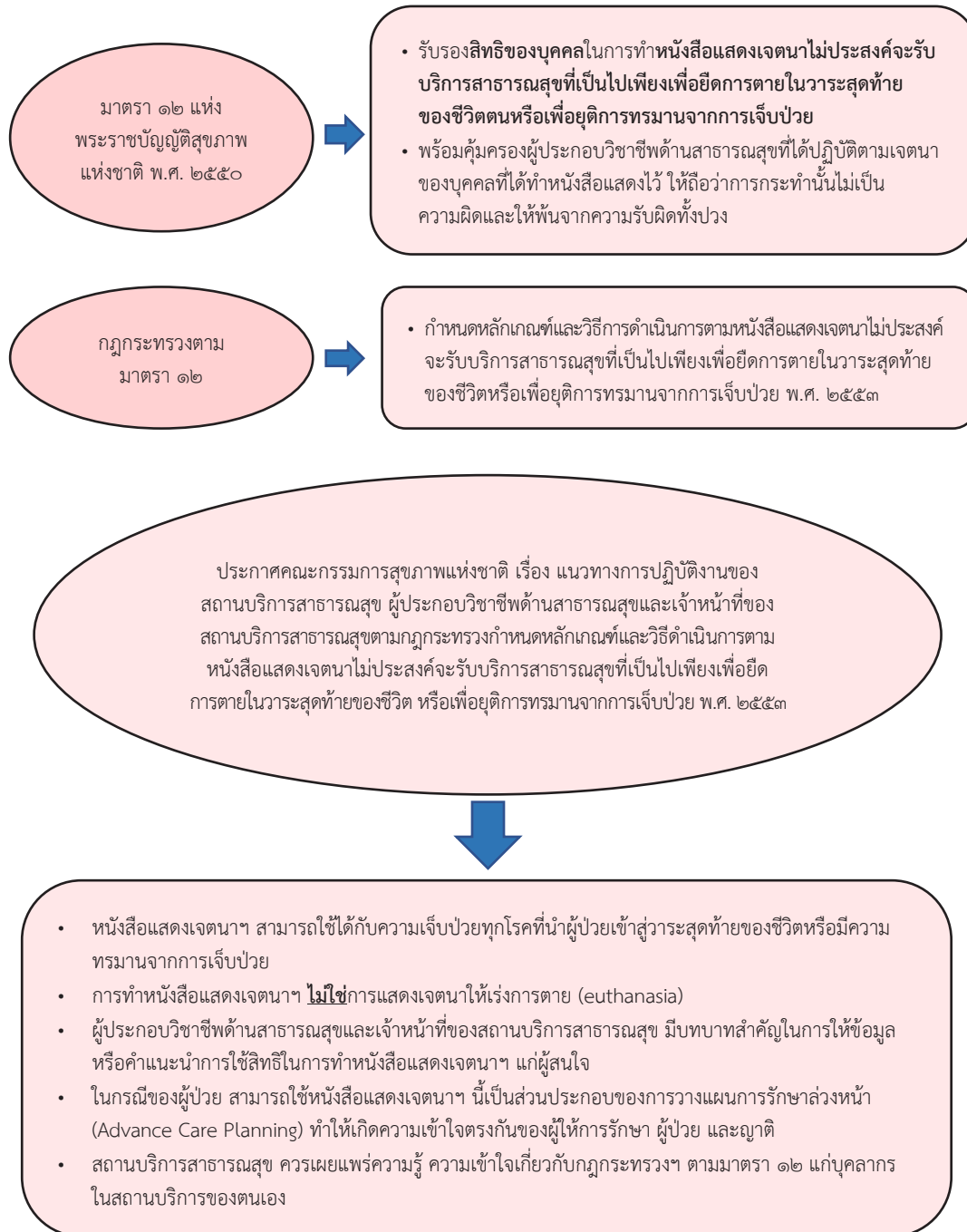


ภาคผนวกที่ 3

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมาตรา 12 แห่ง
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
และแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ
ด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข

คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12
แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ กระทรวงสาธารณสุข 2563

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐



ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ กระทรวงสาธารณสุข 2563

“หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย
ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หรือ “Living Will”

คือ หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป
เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

บุคคล หมายความว่า ทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย ไม่จำกัดเฉพาะแต่คนไทยโดยรวมถึง
ชาวต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยด้วย เช่น แรงงานข้ามชาติ นักท่องเที่ยว

- บุคคลมีสิทธิที่จะเลือกทำหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจ
- จะต้องอยู่ในภาวะที่มีสติสัมปชัญญะดี
- กรณีผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู
- ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้โดยให้ถ้อยฉบับ
ที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ
- หนังสือแสดงเจตนาฯ จะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้
- ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อาจเขียนหรือพิมพ์ด้วยรูปแบบของตนเองหรือใช้ตามแบบตัวอย่างที่
แนะนำโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก็ได้

ติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

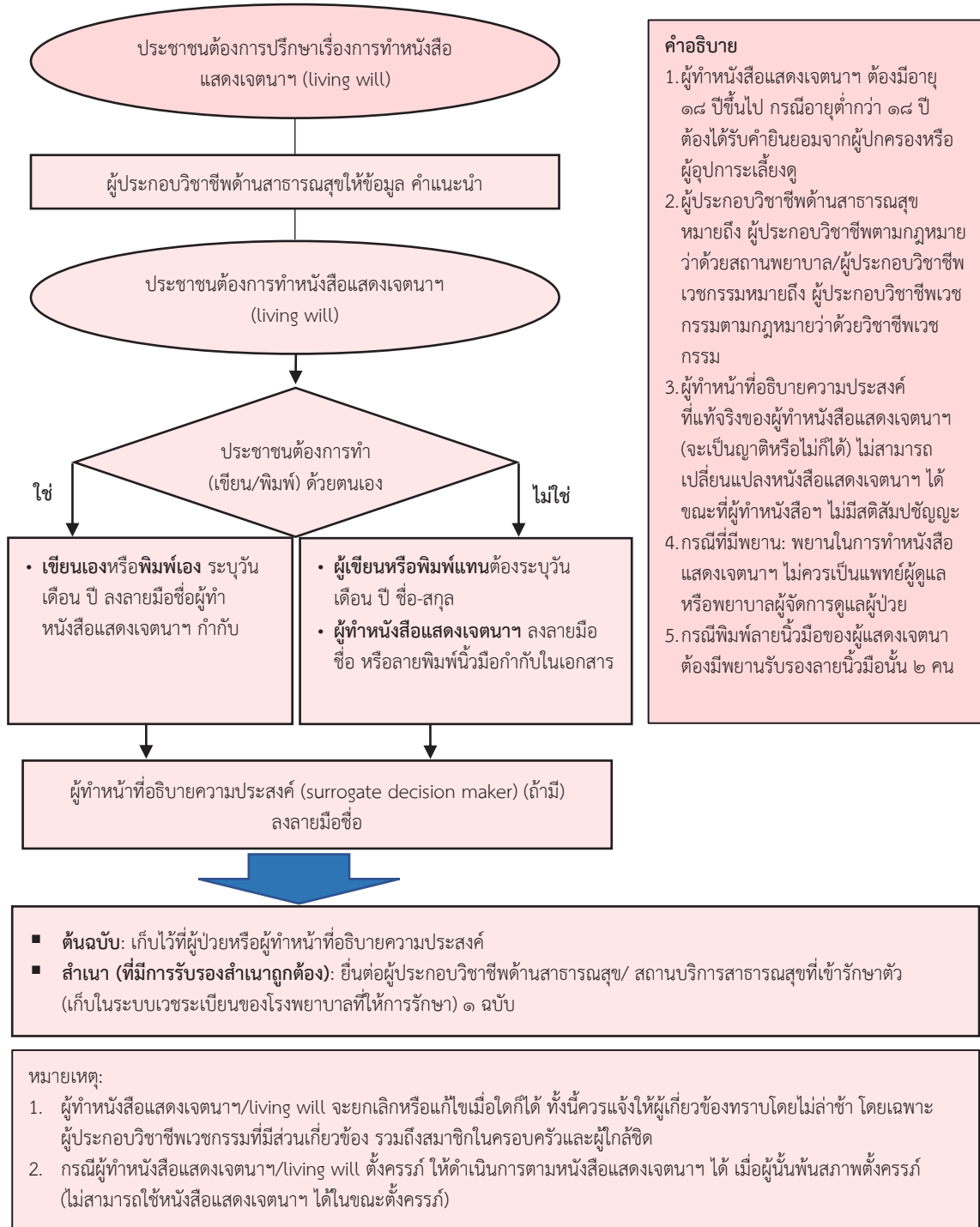
โทรศัพท์: ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐

<https://www.thailivingwill.in.th/>



ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ
กระทรวงสาธารณสุข 2563

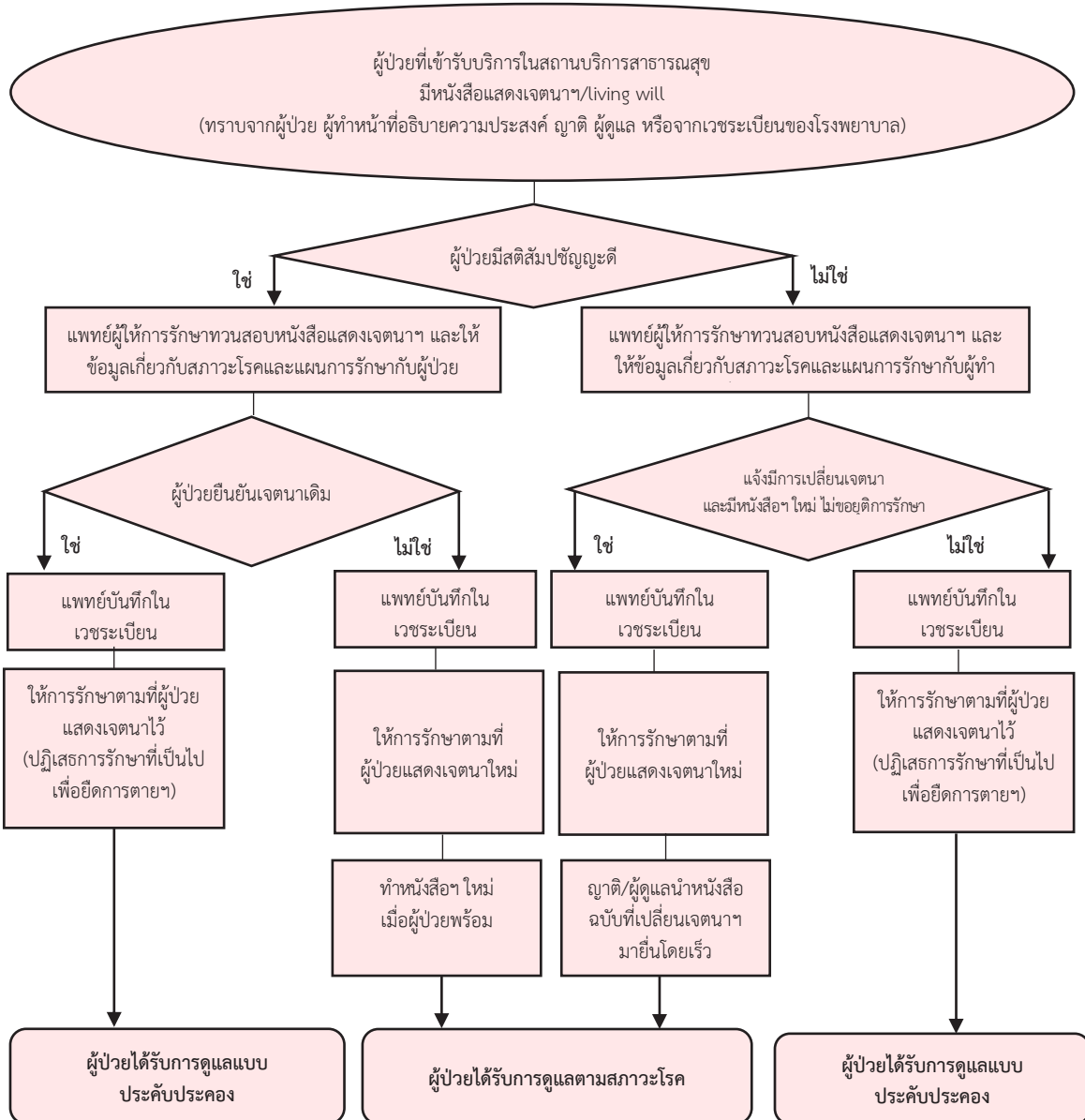
แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข
เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต
(มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐)



เอกสารอ้างอิง: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).(๒๕๖๑). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ ๘. บริษัทสามดีพรินต์อวิชั่น จำกัด นนทบุรี

ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ
กระทรวงสาธารณสุข 2563

**“หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย
ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หรือ “Living Will”**



หมายเหตุ:

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการ แพทย์มีการทวนสอบหนังสือแสดงเจตนา/Living Will ทุกครั้ง
2. ผู้ป่วยสามารถแก้ไขเนื้อหาหนังสือแสดงเจตนา ได้ตลอดเวลา
3. กรณีการทำหนังสือแสดงเจตนา หลายฉบับให้ยึดถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ยื่นต่อแพทย์เป็นฉบับที่มีผลบังคับใช้
4. หากมีการแก้ไขหรือยกเลิกหนังสือแสดงเจตนา ในโรงพยาบาล ควรมีการบันทึกแก้ไขในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์
5. กรณีที่ผู้ป่วยมีความประสงค์เปลี่ยนแปลงเจตนาต้องเป็นผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดีที่จะสื่อสารได้ตามปกติ
6. กรณีไม่มีหนังสือแสดงเจตนา มายื่นให้แพทย์ผู้รักษาและไม่มีเวชระเบียนที่สามารถตรวจสอบได้ แพทย์ให้การรักษาสถานะโรค

ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
กระทรวงสาธารณสุข 2563



ภาคผนวกที่ 4

ตัวอย่างหนังสือยินยอมให้พบแพทย์ออนไลน์
และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ กรมการแพทย์

ตัวอย่างหนังสือยินยอมให้พบแพทย์ออนไลน์และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ กรมการแพทย์



หนังสือยินยอมให้พบแพทย์ออนไลน์ และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์/ การรับยาโดยไม่ต้องลงจากรถ (Drive Thru) กรมการแพทย์

เนื่องจากปัจจุบันเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ประชาชนมีความกังวลในการเดินทางมาโรงพยาบาลที่ค่อนข้างลำบากมากขึ้น และอาจเกิดการติดเชื้อได้ ดังนั้นเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและญาติ ลดการแออัดภายในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มขีดความสามารถการรักษา กรมการแพทย์ จึงมีระบบบริการทางการแพทย์แบบใหม่ (New Normal Medical Service) คือ การพบแพทย์ออนไลน์ และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ ผ่านแนวคิดยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษามากขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าสามารถรับบริการได้ ที่ต้องการรับยาต่อเนื่อง โดยไม่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ และไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยนัด ที่มีอาการคงที่ ไม่มีอาการผิดปกติ ต้องการรับยาชนิดเดิม ผู้ป่วยหรือญาติ สามารถใช้สมาร์ตโฟนในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้ โดยสามารถลงทะเบียนแจ้งความประสงค์ ลงลายมือยินยอม เข้ารับการรักษารอแจ้งวันนัด ซึ่งระบบดังกล่าวรองรับสิทธิการรักษาทุกสิทธิไม่เสียค่าใช้จ่ายและค่ายาเพิ่มเติมค่าส่งยาทางไปรษณีย์ขึ้นอยู่กับสิทธิการรักษา

หมายเหตุ: ยาที่จัดส่งได้เฉพาะยาเม็ดเท่านั้นและขอสงวนสิทธิ์ให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ตัดสินใจในการสั่งยาและแพทย์ที่รับผิดชอบสามารถให้การปฏิเสธไม่สั่งยาถ้าคิดว่ามีเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถส่งยาทางไปรษณีย์ได้

สถาบัน/โรงพยาบาล.....

1. ข้อมูลทั่วไป

วันที่แสดงเจตนา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

LINE ID.....เป็นของ

☐

ผู้ป่วยเอง

☐

อื่นๆ (โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย).....

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

วันที่นัด.....
แพทย์ที่นัด.....
เลขที่บัตรโรงพยาบาล (HN).....
ประเภทผู้ป่วย.....

● ท่านที่ต้องการรับยาจากแพทย์แผนกใดบ้างที่ท่านมีนัดใกล้เคียงใน 1 สัปดาห์

1.
2.
3.
4.

● สิทธิการรักษา

- | | |
|--|--|
| ☐ สิทธิประกันสังคม | ☐ สิทธิบัตรทองใน กทม. |
| ☐ สิทธิบัตรทองในต่างจังหวัด | ☐ เบิกกรมบัญชีกลาง |
| ☐ จ่ายเอง | |

● ที่อยู่ในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์

บ้านเลขที่/หมู่ที่/ซอย/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/รหัสไปรษณีย์

.....
.....

2. การให้ความยินยอม

● การยอมรับโอกาสผิดพลาดในการรักษาผ่านไลน์วิดีโอคอล

การไลน์วิดีโอคอลกับแพทย์ และการให้การรักษาทางไกล อาจเกิดโอกาสผิดพลาดทางการรักษาได้ ท่านทราบข้อจำกัดในการให้บริการการรักษาทางไกล และยินยอมรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้

- ☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

● การยอมรับการชำระค่าบริการทางการแพทย์

ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการทางการแพทย์เป็นจำนวน 3 บาท สำหรับสิทธิเลิกได้ สำหรับผู้ป่วยจ่ายเอง ค่าบริการทางการแพทย์ 80 บาท รวมกับค่าส่งไปรษณีย์ด่วนพิเศษราคา 100 บาท ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้ไม่สามารถ นำเบิกได้ภายหลัง

นอกจากนี้ อาจจะมีค่ายานนอกบัญชีที่เบิกไม่ได้รวมด้วย (ถ้ามีสำหรับสิทธิเบิกข้าราชการ)

- ☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

ข้าพเจ้าได้รับทราบสิทธิที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับการรักษาด้วยยาใน บัญชียาหลักแห่งชาติ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

- ☐ รับทราบ ☐ ไม่รับทราบ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจทางเลือกในการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ☐ รับทราบ ☐ ไม่รับทราบ

ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่ายานอกบัญชี ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตลอดการรักษาในครั้งนี้ โดยจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจนกว่าจะมีการบอกเลิกความยินยอม

ถ้าท่านเลือกไม่ยอมชำระค่าใช้จ่าย แพทย์จะสั่งเฉพาะยาในบัญชียาหลักเท่านั้น

☐ รับทราบ ☐ ไม่รับทราบ

● การยอมรับระยะเวลาส่งยาจนถึงมือผู้ป่วย

ท่านสามารถยอมรับได้ว่ายาจะต้องจัดส่งให้ถึงผู้รับไม่เกิน 10 วัน นับจากวันที่ชำระเงิน

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

● การยอมรับการส่งเวชภัณฑ์ของแพทย์ซึ่งอาจจะไม่ตัดสินใจส่งยาทางไปรษณีย์

ท่านสามารถยอมรับได้ ถ้าแพทย์และเภสัชกรประเมินว่าไม่สามารถส่งยาได้ในบางกรณี

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

● การยอมรับระยะเวลาบริการพบแพทย์ออนไลน์ ล่วงหน้า 7 วันก่อนวันนัดจริง

เนื่องจากเวลาดำเนินการ จนถึงส่งยาถึงบ้านใช้ระยะเวลาประมาณ 7 วัน ทางสถาบัน/โรงพยาบาล จะจัดส่งยาให้ถึงบ้านผู้ป่วยใกล้เคียงกับวันที่นัดมาพบแพทย์โดยจะติดต่อท่านก่อนวันนัดล่วงหน้าประมาณ 7 วัน ผ่านระบบไลน์ยกเว้นการนัดหมายของท่านเลยนัดหมายมาแล้วพยาบาลจะแจ้งวันนัดหมายออนไลน์ใหม่ท่านกับแพทย์ประจำท่านเดิมทางไลน์

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

● การยอมรับการส่งยาประเภทยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

● การยินยอมให้นำข้อมูลไปใช้เพื่อให้ทางสถาบัน/ โรงพยาบาลติดต่อหรือการส่งเวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วย

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย แนะนำ และทางเลือกอื่นๆ ที่อาจเป็นไปได้ รวมทั้งความเสี่ยงต่างๆ จากการรักษาจากเจ้าหน้าที่แล้ว พร้อมกับได้รับคำตอบในประเด็นที่ข้าพเจ้าสงสัยทุกข้อคำถามเป็นที่พอใจและเข้าใจดีแล้ว และได้อ่านข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในหนังสือยินยอมฉบับนี้ ด้วยความเต็มใจต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจ
กระทำแทน

(.....)
วันที่.....

ลงนาม.....แพทย์
(.....)

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน
(.....)

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน
(.....)

วันที่.....



ภาคผนวกที่ 5

แนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/
วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์
ในระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ที่ สธ 1003.5/ว 6234)

แนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ในระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ที่ สร 1003.5/ว 6234)

หลักการและเหตุผล

ตามที่ปรากฏสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคระบาดใหญ่ที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่และแพร่ไปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยอย่างรวดเร็ว ดังนั้น เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและญาติซึ่งอาจได้รับเชื้อในระหว่างการเดินทางมารับการรักษา และรับยาที่โรงพยาบาล ประกอบกับโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งได้หาหรือมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ให้กับผู้ป่วยของตนทางไปรษณีย์ ในการนี้ อย. จึงกำหนดแนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ ระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานพยาบาลของรัฐ ในระหว่างสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เงื่อนไข

- ใช้เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ
- ใช้เฉพาะยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ ที่มีความจำเป็นประกอบดุลพินิจของแพทย์ เช่น morphine , Diazepam เป็นต้น (ไม่ใช้กับยา methadone กรณีบำบัดผู้ติดยาเสพติด*)
- เป็นผู้ป่วยเก่าของสถานพยาบาลที่รับยาอย่างต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ ระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผู้ป่วยเก่า ที่มีประวัติพบแพทย์และเคยได้รับ ยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ชนิดนั้นมาก่อน และมีกำหนดนัดพบแพทย์ระหว่างช่วงเวลาที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินการแพร่ระบาดของเชื้อโรคติดต่อ COVID-19

- | | |
|---------|--|
| แพทย์ | <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัย สอบถามตรวจติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรเวชกรรม (Telemedicine) เช่น วีดิโอคอล หรือวิธีการอื่นที่เหมาะสม - พิจารณาสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ โดยจ่ายครั้งละไม่เกิน 30 วัน โดยคำนึงถึงความจำเป็น ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่พบอาการผิดปกติ และมีประวัติการใช้ยาที่ถูกต้อง ไม่มีประวัติการใช้ยาในทางที่ผิด |
| ผู้ป่วย | ต้องทราบและยินยอมให้มีการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ |

- | | |
|---------------------|---|
| เภสัชกร/เจ้าหน้าที่ | <ul style="list-style-type: none"> - ดึงข้อมูลที่อยู่ของผู้ป่วย จัดยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามคำสั่งของแพทย์ - จัดส่งยาทางไปรษณีย์แบบลงทะเบียน หรือ EMS หรือใช้ระบบไปรษณีย์ตอบรับปลายทาง - แจ้งกับบริษัทไปรษณีย์ให้ทราบว่ามีการขนส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ ซึ่งต้องระมัดระวังในการขนส่งให้ถึงมือผู้ป่วย และควบคุมมิให้เกิดการชำรุดหรือสูญหาย |
|---------------------|---|

- | | |
|---------------------|---|
| เภสัชกร/เจ้าหน้าที่ | <ul style="list-style-type: none"> - สอบถามข้อมูลการได้รับยาว่าถูกต้อง ครบถ้วน - ติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ วีดิโอคอล หรือวิธีการอื่นที่เหมาะสม - บันทึกข้อมูลการดำเนินการ |
|---------------------|---|

*ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เมทาโดน กรณีเป็นสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด ให้ดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและเฝ้าระวังยาสำหรับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 หัวข้อหลักเกณฑ์ในการจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษานำไปรับประทานนอกสถานพยาบาลด้วย

ทั้งนี้ การจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/วัตถุออกฤทธิ์ ให้ดำเนินการสอดคล้องกับหนังสือกรมบัญชีกลาง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2)



<https://qr.go.page.link/5fsEi>

คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย
(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES