

บทความ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน : ความท้าทายในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข

HOME PALLIATIVE CARE: THE CHALLENGING OF HOME HEALTH CARE NURSE' S ROLES

พัชระกรพจน์ ศรีประสาร*

วรธิดา มาศเกษม* อนงค์ ดิษฐสังข์**

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสภาพสิ่งแวดล้อม ปัจจัยต่างๆดังกล่าว ล้วนมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของบุคคล โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามมา จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2554-2555 โรคที่เป็นปัญหาคูกคามสุขภาพคนไทย คือ ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็ง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคติดเชื้อรุนแรง เช่น โรคเอดส์ที่ยังคงมีผู้ป่วยเรื้อรังทั้งสิ้นจำนวน 376,947 ราย (สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ประกอบกับสังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยปลาย (อายุ 80-99 ปี) จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่กล่าวมาทั้งหมดจะเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองในท้ายที่สุด (อุมารณ โปศาลสุทธิเดช, 2555; ประคอง อินทรสมบัติ, 2556)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่า เป็นกระบวนการดูแลรักษาสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและ

ครอบครัวที่มีสถานะจำเพาะ โดยมีวัตถุประสงค์ที่เน้นประเด็นที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เป็นการดูแลชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening condition) ร่วมกับการพยากรณ์โรคที่คาดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี (สายพิน หัตถิรัตน์, 2553) ทั้งนี้โดยการป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหาอาการ ความเจ็บปวด ปัญหาต่างๆ ทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้นและให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น กล่าวคือเป็นกระบวนการการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ตามบริบทของปัจเจกบุคคล การให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียด้วย

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

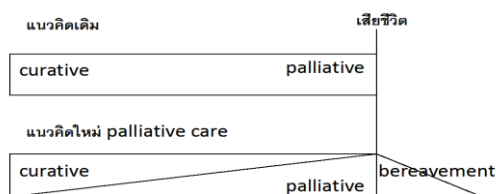
การดูแลแบบประคับประคองเป็นปรัชญาการดูแลและการจัดการที่เข้าไปอยู่ในระบบบริการสุขภาพโดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว โดยการจัดโปรแกรมให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงบริการและตอบสนองความต้องการการดูแลและคุณภาพชีวิตเต็มที่ตามศักยภาพ (ประคอง อินทร-

ผู้รับผิดชอบหลัก: พัทธกรพจน์ ศรีประสาร

* พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

สมบัติ, 2556) ในปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะ สอดแทรกการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดระยะ ของการเจ็บป่วยโดยเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยโรค ทั้ง ระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง จนกระทั่งระยะ สุดท้ายของชีวิต ซึ่งมากขึ้นขึ้นอยู่กับความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งรูปแบบนี้จะช่วยให้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด เพราะ การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานไม่ได้จำกัดอยู่ เฉพาะระยะสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น แต่เริ่มตั้งแต่ ได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งต่างจากแนวคิดเดิมที่มอง การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลในระยะ สุดท้ายของชีวิตเท่านั้น (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550)



แผนภูมิที่ 1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง

จะเห็นว่าผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบ ประคับประคอง เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เชื่อมโยงทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ หลายๆราย ยังมีประเด็นทางจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ประเด็นขัดแย้งกรณียุติการรักษา และการช่วยให้อายอย่างสงบ ดังนั้นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบ ประคับประคอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสุดท้าย ของชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแล จากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่เป็นแกนหลักสำคัญของการ ดูแล เนื่องจากมีลักษณะงานที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และ โดยวิชาชีพที่ให้ความสำคัญกับการดูแล (Care) ที่มีความหมายมากกว่าผลการรักษา (Cure) (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2550)

ความจำเป็นของสังคมไทยกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจนเข้าสู่ ระยะสุดท้าย มีความจำเป็นในระบบสุขภาพปัจจุบัน เนื่องจากมีการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยเรื้อรังและ ผู้สูงอายุ ร่วมกับความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และ เทคโนโลยีที่มีการพัฒนามาเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามค่า รักษาพยาบาลในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ก็เป็นการ แยกครอบครัวและสังคมโดยรวม จากการศึกษาของ ชูติมา อัครสิพรรณ ใน ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2556) พบว่าค่าใช้จ่ายของการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยใน ประเทศไทยทั้งหมดที่เสียชีวิตในปี พ.ศ.2548-2549 พบว่าร้อยละ 51 เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ครั้งหนึ่ง เสียชีวิตที่บ้าน ค่าใช้จ่ายในที่สุดท้ายก่อนเสียชีวิตอยู่ ระหว่าง 10,646-231,167 บาท ร้อยละ 31- 86 เป็น ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง ครอบครัวมักประสบปัญหา เศรษฐกิจจากการขาดรายได้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล การจำกัดปริมาณยาแก้ปวดในแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วย ต้องมารับยาบ่อยๆ ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงยา แก้ปวดในระดับโรงพยาบาลชุมชนทำให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางและ เสียเวลาทำมาหากิน การเจ็บป่วยในระยะประคับ- ประคองอาจใช้เวลานานหลายเดือนจนจะเข้าสู่ระยะ สุดท้าย จึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างมากต่อ ครอบครัว รัฐบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อ การรักษาและควบคุมอาการในระยะสุดท้ายซึ่งเป็น ปัญหาสาธารณสุขคล้ายกันทั่วโลก (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2556)

จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยคนส่วนใหญ่ยัง ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน การตระหนักของทีมสุขภาพ ในการพิจารณาว่า เมื่อไรควรเลือกการรักษาแบบ ประคับประคองและให้ผู้ป่วยได้ใช้ช่วงเวลาสุดท้าย ของชีวิตในสถานที่ที่ตนเองคุ้นเคย “บ้าน” จึงเป็น ทางออกที่ดีที่สุด ดังนั้นการมีระบบการดูแลผู้ป่วย

แบบประคับประคองและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยให้มีโอกาสเสียชีวิตในที่ที่ผู้ป่วยต้องการ ปลอดภัย ภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

ประโยชน์วิชาชีพพยาบาล

จากนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศที่พยายามลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และผลักดันให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วที่สุดทันทีที่อาการดีขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายก็เช่นเดียวกันเมื่อทีมสุขภาพพิจารณาแล้วว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องนอนโรงพยาบาลต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจากการศึกษาของปาริชาติ เพียรสุพรรณ (2556) พบว่า ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายร้อยละ 90 มีความคิดเห็นตรงกันว่าต้องการใช้ระยะเวลา 1 ปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตอยู่ที่บ้านและเลือกบ้านเป็นสถานที่สุดท้ายในการดูแล แต่การดูแลต่อเนื่องที่บ้านก็มีความซับซ้อน อีกทั้งยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ดังนั้นการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ซึ่งหมายถึงกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลเรื่องโรคและแผนการรักษา ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน รวมถึงการตัดสินใจปฏิเสธการพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ล่วงหน้าในอนาคตที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ จึงเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปในการเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นและช่วยทำให้การดูแลแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคุณภาพที่ดี การที่ผู้ป่วยเลือกเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการได้เพิ่มขึ้น เป็นการช่วยป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ช่วยลดปริมาณ

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลลง อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยภาพรวมทั้งต่อครอบครัวและประเทศด้วย (ปาริชาติ เพียรสุพรรณ, 2556)

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวคิดเชิงพหุลักษณะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ต้องการการทำงาน of หลายๆ สาขาวิชาชีพร่วมกัน โดยแต่ละวิชาชีพมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่ดีขึ้นและมีคุณภาพสูง ในฐานะที่เป็นวิชาชีพ องค์ความรู้ทางการพยาบาลมีจุดเน้นของการดูแลแบบองค์รวม พื้นฐานของการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) และการดูแลที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลางรวมทั้งมุ่งสุขภาพมากกว่ามุ่งเฉพาะดูแลโรค ตระหนักว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันด้วยสถานการณ์และปัจจัยหลายอย่างในความเป็นบุคคล ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลทุกคนจำเป็นต้องมีสมรรถนะดังกล่าว โดยใช้ทั้งศิลปะและศาสตร์การบำบัดที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ปัจจุบันสามารถแบ่งระดับการพยาบาลแบบประคับประคองเป็น 3 ระดับคือ การพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลเฉพาะทางและการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งมีการฝึกอบรมและการสอบความรู้ความชำนาญในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การออกแบบระบบการดูแลล้วนเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญเพราะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ประคอง อินทรสมบัติ, 2556) ซึ่งแสดงให้เห็นประโยชน์เชิงวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวด้วย

ความหมายและแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Nurse Association [ANA], 2008) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ที่มุ่งเน้นการบริการด้านสุขภาพขณะเจ็บป่วย ทั้งในระยะ

เฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับบริการภายในที่อยู่อาศัยของตนเอง (CHCA, 2008) ภายใต้เป้าหมายเดียวกันของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยมุ่งจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีอยู่หรือปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (CHCA, 2008; CHNAC, 2008)

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการจัดบริการพยาบาล การดูแลผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ ซึ่งอาจจะเป็นการบริการช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเป็นครั้งคราว โดยให้บริการสุขภาพบนแนวคิดของแรงจูงใจ วัฒนธรรม การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว โดยมีพยาบาลผู้ให้บริการที่บ้าน เป็นผู้อำนวยความสะดวกผ่านวิธีการให้ความรู้ การพิทักษ์สิทธิ์ และการดูแลแบบการจัดการรายกรณี เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจ เกิดทักษะในการดูแล เกิดแรงจูงใจด้านบวก สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจนสามารถยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองเข้าสู่ภาวะปกติหรืออยู่ในภาวะที่ดีที่สุดตลอดจนการดูแลแบบประคับประคองจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพหรือถ้าตายก็ให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยมีเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดสมรรถนะในการดูแล ช่วยเหลือตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อนำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทบาทของพยาบาล

ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ก่อนที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวมาก่อนระยะหนึ่งแล้ว การตัดสินใจพาผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือระยะสุดท้ายกลับไป

ดูแลที่บ้าน จึงขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ที่จะต้องปรึกษาหารือและตกลงร่วมกัน การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองตามความต้องการที่บ้านได้ จำเป็นต้องบูรณาการการดูแล (Integrated approach) จากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลสาธารณสุขหรือพยาบาลเยี่ยมบ้านซึ่งทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยง (Primary nurse) เป็นบุคลากรสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประสบความสำเร็จ บทบาทที่สำคัญตามที่ประคอง อินทรสมบัติ (2556) ได้รวบรวมไว้มีดังนี้

1. ศึกษาหาความรู้ที่ทันสมัยและรักษามาตรฐานการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงและเป็นพลวัตร และประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่นเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว

2. พินิจพิเคราะห์ผู้ป่วยโดยใช้หลักจริยธรรมมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจ และประเมินผลการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

3. มีความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาได้ดี

4. ใช้ผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและการจัดการควบคุมอาการทุกข์ทรมาน อาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การควบคุมอาการปวด ความอ่อนล้า ความไม่สุขสบาย การเสริมสร้างพลังใจในการเผชิญกับความตายอย่างสงบ เป็นต้น

5. สร้างทีมงานและใช้ความพยายามในการประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพและพัฒนารูปแบบการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลทั้งในโรงพยาบาล บ้าน และชุมชนโดยมีการส่งต่อ ใช้ระบบบันทึก รวมทั้งการวางระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

6. พัฒนาความเป็นหุ้นส่วน สร้างเครือข่าย เพื่อให้มีการปฏิบัติประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือครอบครัว ทั้งในระหว่างเจ็บป่วย และหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

7. จัดระบบการดูแลต่อเนื่อง มีช่องทางให้ผู้ป่วย และครอบครัวทั้งหมดเข้าถึงบริการและการดูแล ประคับประคองเข้าไปอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพ

8. มีส่วนผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการ กำหนดนโยบายสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการ ศึกษาวิจัยและใช้ผลการวิจัยเพื่อให้เกิดผลต่อ นโยบายและการพัฒนาคุณภาพการดูแล

ระยะของกระบวนการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่บ้าน มี 3 ระยะ ได้แก่

1. การดูแลระยะประคับประคอง เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้จะเป็นการติดตามผลการรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเฉียบพลันที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะของโรคที่ลุกลามมากขึ้น (Disease progress) จนส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพที่ดียาวนานที่สุด ตลอดจนเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแล การบรรเทาอาการทางกาย ต่างๆ และเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นในเรื่องความสุขสงบ ทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นหลัก รวมไปถึงการวางแผนเตรียมความพร้อม ก่อนที่ผู้ป่วยจะใกล้เสียชีวิต (Preparing death and dying) การดูแลที่สำคัญมีดังนี้

1) เพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยทรมาน เช่น อาการเจ็บปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะ เรื่องความเจ็บปวดและการจัดการความปวดและอาการรุนแรงทางกายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2) ไม่ให้การรักษาที่ไม่จำเป็น หรือไม่มีประโยชน์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น

3) ให้การดูแลด้านต่างๆ เช่น การนอน การขับถ่าย การดูแลเนื้อตัวให้สะอาดและให้อาหารให้เพียงพอ

4) ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว้าวนอกเหนือจาก ให้เวลาพูดคุยและใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

5) เตรียมพร้อม วางแผนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เห็นคุณค่าของชีวิตตลอดจนตระหนักว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวิต และไม่ย่อมนหรือยึดความตายออกไปเมื่อถึงวาระสุดท้าย

6) ทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะนี้

2. การดูแลเมื่อใกล้เสียชีวิต

จุดมุ่งหมายของการพยาบาลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้านคือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาระหว่างที่ไม่เป็นประโยชน์ และไม่จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุการดำเนินโรค ดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเน้นการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย รวมถึงให้การดูแลครอบครัว (ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, 2556) การดูแลที่สำคัญมีดังนี้

1) ควรทำความเข้าใจและแจ้งว่าจะสามารถคาดหวังอะไรได้บ้าง และให้ข้อมูลที่สำคัญ และจำเป็นต่อการดูแลที่บ้านได้ตามที่ต้องการ

2) ให้การพยาบาลโดยเคารพความเป็นปัจเจกบุคคลและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

3) ผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆรวมถึงอาการที่ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในช่วงวาระสุดท้าย

4) ให้ทางเลือกเพื่อเข้าถึงสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความต้องการไม่ใช่เฉพาะที่บ้านและโรงพยาบาลเท่านั้น

5) ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตวิญญาณ ตามความเหมาะสม

6) ให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้บอกความต้องการของตนเองว่าต้องการให้ใครอยู่ด้วยในวันที่เสียชีวิต มีโอกาสได้กล่าวลา และขอขมาในสิ่งที่เคยล่วงเกิน

7) ให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคต (ลงชื่อเป็นหลักฐานด้วยตัวเอง) เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายพยาบาลต้องช่วยให้ญาติทุกคนเข้าใจความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่ยื้อเวลาที่ทุกซ์หรมานออกไปอีก

3. การดูแลภายหลังเสียชีวิต

การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการเผชิญความเศร้าโศก ครอบครัว ควรให้ผู้ดูแลเห็นถึงมุมมองที่เป็นธรรมชาติของชีวิตมี เกิด แก่ เจ็บ และตายอันเป็นบริบทของชีวิตแนวทางการพยาบาลครอบครัว (ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, 2556) มีดังนี้

1) ช่วยเหลือสนับสนุนภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตเช่น การจัดการกับศพ อธิบายให้ข้อมูลเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในช่วงที่ครอบครัวกำลังสับสน เช่น จัดหาแหล่งประโยชน์และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อให้

2) แสดงให้ครอบครัวเห็นถึงความจริงใจด้วยถ้อยคำที่เหมาะสม เช่น “อยากจะบอกอะไรกับพยาบาลไหมคะ” “ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก สำหรับคุณและครอบครัว แต่พยาบาลก็เชื่อว่า คุณจะสามารถผ่านมันไปได้” “เป็นกำลังใจให้คะ” เป็นต้น สร้างความเชื่อมั่นให้กับครอบครัวว่ายังมีคนที่อยู่เคียงข้างในวันที่โศกเศร้า

3) การไปร่วมงานศพตามความเหมาะสม

4) การทำความเข้าใจในพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัว ใส่ใจต่อความสามารถในการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย ประเมินว่ามีเรื่องอะไรที่ยังค้างคาใจอยู่หรือไม่ เพื่อให้การช่วยเหลือและคลี่คลาย

5) ให้ความรู้เรื่องกระบวนการของความเศร้า ให้กำลังใจโดยการโทรศัพท์ติดตาม พร้อมทั้งประเมินความสามารถในการปรับตัวหลังสูญเสีย พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ

6) ช่วยหาทางเลือกหรือกิจกรรมให้ครอบครัว ถึงสิ่งที่ทำให้สบายใจ เช่น การปฏิบัติตามแนวทางของแต่ละศาสนา

7) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาให้ครอบครัวได้ระบายความเศร้า นัดพบปะเพื่อจัดกิจกรรมระลึกถึงผู้จากไปร่วมกันหรือเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้สูญเสียก็จะทำให้เกิดการเยียวยาซึ่งกันและกัน

8) แนะนำให้ครอบครัววางแผนล่วงหน้าสำหรับความเศร้าโศก อาจจะกลับมาเมื่อครบรอบวันหยุดพักผ่อนและครบรอบเหตุการณ์สำคัญ ความทรงจำและความรู้สึกที่เคยมีร่วมกับผู้ตาย ขอให้เตรียมตัวเตรียมใจไว้สำหรับอารมณ์เศร้า และรับรู้ว่ามันเป็นเรื่องปกติที่อาจเกิดได้

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายที่บ้าน

1. การวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge Planning) (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก, 2556; วรณัน ประสารอริคม, 2557) เป็นกระบวนการทำงานของทีมสุขภาพ โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เมื่อพยาบาลสาธารณสุข/พยาบาลเยี่ยมบ้านได้รับส่งต่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉินและจากศูนย์ Palliative Care Center ของโรงพยาบาล โดยพยาบาลสาธารณสุข

จะร่วมวางแผนกับทีมสุขภาพซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย

1.2 ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ ทศนคติ สัมพันธภาพในครอบครัว และความพร้อมของผู้ดูแล/ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน

1.3 ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

1.4 ประเมินแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น โรงพยาบาล สถานีนามัย หรือศูนย์บริการฟื้นฟูที่อยู่ใกล้บ้าน

1.5 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้เกิด Trust bonding process ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

1.6 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการฝึกทักษะในการดูแลให้กับครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว โดยใช้หลัก D-METHOD (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2556; ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร, 2550) ที่ประกอบด้วย

D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M : Medication & Adverse effects การบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

E : Environment & Equipment การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

T : Treatment แผนการรักษาที่ดำเนินต่อบ้าน เช่น ปริมาณออกซิเจนที่ผู้ป่วยควรได้รับ เป็นต้น

H : Health การให้ความรู้และสอนทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง

O : Outpatient (Follow up & Referral) การมาตรวจตามนัด การมาตรวจเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การส่งต่อไปรับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

D : Diet ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เช่น อาหาร และเครื่องดื่ม มีการจำกัดอาหารหรือไม่ ปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน

1.7 การประเมินความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

1.8 เป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งระยะก่อนและภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.9 การประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ผู้แทนขายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ตามแผนการรักษา เพื่อให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home care nursing) (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2556; วรณัน ประสารอิศม, 2557) ระบบบริการสุขภาพต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้บริการเยี่ยมบ้านครอบคลุมในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย ที่มีปัญหาสุขภาพที่ยุ่งยากซับซ้อน มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ทักษะในการดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแล เฝ้าระวังปัญหาได้ในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง โดยจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายใน 7 วันแรกหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

2.1 ตรวจร่างกายและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2.2 ประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลโดยให้ทวนสอบซ้ำในการดูแล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีท่อเจาะคอ เป็นต้น

2.3 ให้ความรู้และสอนสาธิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลต่างๆให้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน และเน้นย้ำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา

2.4 ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ความสะอาดของสถานที่อยู่อาศัย เตียง ที่นอน อุปกรณ์เสริม เป็นต้น

2.5 ให้กำลังใจ สนับสนุนให้คำแนะนำและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล

2.6 ให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อประสานงานระหว่างแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2.7 บันทึกรายงานการให้บริการพยาบาลที่บ้านแฟ้มประวัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care admission record) เพื่อติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล ลงบันทึกใน Electric Medical Record (EMR) เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และบันทึกในระบบสารสนเทศ ของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อรายงานสถิติการดูแลผู้ป่วยในระดับประเทศ

2.8 ประสานงานกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประชุมปรึกษา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องครบวงจร

3. การติดตามผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Follow up) (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค,

2556; วรณัน ประสารอติคม, 2557; นิธิมา ศรีจำนงค์, 2553; ญัฐริรา ประสานแก้ว, แสงทอง ธีระทองคำ และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2555) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลที่บ้านเมื่อมาตรวจตามนัด โดยให้บริการพยาบาล ให้บริการปรึกษาในหน่วยงาน/หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก หรือทางโทรศัพท์ ในกรณีที่ผู้ป่วย/ครอบครัวมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการดูแลจะมีหมายเลขโทรศัพท์สำหรับปรึกษาฉุกเฉิน และการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล การให้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์จะช่วยแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคในการดูแล ลดความเครียด/วิตกกังวล สร้างความสบายใจ ความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

4. การประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน (Referral service) (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2556; วรณัน ประสารอติคม, 2557) ผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร หรืออยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอื่นๆที่อยู่ต่างจังหวัด เมื่อได้รับการส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กระทั่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนผ่านภาวะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยดังกล่าวจะได้รับการส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลที่ต้นสังกัดอยู่ (สิทธิบัตรทองหรือประกันสังคม) จะเห็นว่าการส่งต่อเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ หรือแม้แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มูลนิธิและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนใกล้บ้านจนบรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีความพร้อมและเผชิญกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี

กรณีศึกษาที่ 1

นาง ก อายุ 56 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ระยะสุดท้าย ร่วมกับมีภาวะลำไส้อุดตัน ได้รับการทำผ่าตัดทวารเทียม (Ileostomy) เพื่อระบายอุจจาระออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้จึงใส่สายยางให้อาหารทางจมูก และมีอาการเหนื่อยจากภาวะน้ำท่วมปอดจึงใส่ออกซิเจนทางจมูก (Nasal cannula) 3 ลิตร/นาทีไว้ แพทย์ได้แจ้งการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค รวมถึงแนวทางการดูแลแบบประคับประคองตามอาการ เนื่องจากโรคลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายได้กับผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ เพื่อร่วมตัดสินใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจจะกลับไปรักษาต่อที่บ้าน พยาบาลสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล ร่วมกับทีมสุขภาพซึ่งมีแพทย์และเภสัชกร เนื่องจากผู้ป่วยยังมีการปวดและจำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวด ซึ่งแพทย์อนุญาตให้ผู้ดูแลมารับยาแก้ปวดที่คลินิกะงับปวดโดยไม่จำเป็นต้องพาผู้ป่วยมา พยาบาลพูดคุยถึงการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นกับผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งบอกแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ให้คำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปที่บ้าน สอนสาธิตการดูแลทวารเทียม พร้อมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปใช้ที่บ้าน โดยสร้างความมั่นใจในการดูแลทั้งอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ มีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกันกับญาติ พร้อมทั้งติดตามอาการผู้ป่วยวิธีการดูแลและการใช้ออกซิเจนที่บ้าน (Home oxygen) การให้อาหารทางสายยาง การดูแลทวารเทียม การบรรเทาความไม่สุขสบายและความปวดที่เกิดขึ้นโดยมียาเฟนทานิลชนิดแผ่น (Fentanyl patch) แปะทุก 72 ชั่วโมง และมอร์ฟีนชนิดน้ำ (Morphine syrup) ที่ให้ตามแผนการรักษา การดูแล

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ ภาวะปอดอักเสบ เป็นต้น รวมถึงสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญและดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคอง การจัดการอาการในระยะสุดท้ายที่อาจเกิดขึ้นโดยผู้ป่วยเลือกที่จะใช้วาระสุดท้ายที่บ้านกับครอบครัว พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะพร้อมทั้งให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษาได้ตลอดเมื่อผู้ดูแลมีประเด็นที่สงสัยเกี่ยวกับการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และไม่รู้สึกลูกทอดทิ้งจากทีมสุขภาพ ในระหว่างที่โรคดำเนินไปผู้ดูแลเป็นผู้มาตรวจและติดตามการรักษาจากโรงพยาบาลแทนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลียทำให้เป็นอุปสรรคในการเดินทางเพื่อมาพบแพทย์ ผู้ป่วยได้กลับไปพักที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมีพยาบาลสาธารณสุขและครอบครัวเป็นผู้ดูแล ในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตเป็นเวลา 3 เดือนสุดท้าย พยาบาลได้ร่วมกับครอบครัว เพื่อวางแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Prepare dead & dying) ประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อออกใบรับรองว่าเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคองให้ญาติเก็บไว้ที่บ้านเพื่อใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายโดยไม่ต้องทำการชันสูตรศพเพื่อหาสาเหตุของการเสียชีวิต แนะนำวิธีการบอกเล่าและโอสิกรรมให้กันและกันก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ภายหลังผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน พยาบาลได้ติดตามครอบครัวหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวสามารถยอมรับกับการสูญเสียได้ดีเนื่องจากมีการเตรียมตัวมาเป็นระยะเวลานานทำให้สามารถยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้นได้

กรณีศึกษาที่ 2

นาง ข อายุ 48 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ระยะแพร่กระจาย (Advance ovarian cancer) เคยได้รับการผ่าตัดมดลูก และรังไข่ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ในครั้งนี้มีการกระจายของมะเร็งไปภายในช่องท้องทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน

(Intestinal obstruction) ได้รับการผ่าตัดลำไส้เล็กบริเวณเจจูนัม (Jejunostomy) เพื่อระบายของเสียออกทางหน้าท้อง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องระบบการย่อยอาหารที่ไม่สามารถรับอาหารและขับถ่ายได้ตามปกติ แพทย์จึงพิจารณาใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Subcutaneous venous port implantation) เพื่อให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามสิทธิ์การรักษา เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์ได้คุยแนวทางการรักษาและวางแผนการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยวางแผนกลับไปให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่บ้าน พยาบาลสาธารณสุขร่วมกับแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลซึ่งเป็นสามีของผู้ป่วย โดยสอนวิธีการดูแล การให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำรวมถึงการดูแลอื่นๆ เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งจัดหาเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือด (Infusion pump) ที่จำเป็นต้องใช้สำหรับการให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำ มีบทบาทในการทบทวนกระบวนการดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจพร้อมที่จะกลับไปดูแลที่บ้าน ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทีมพยาบาลสาธารณสุขได้ลงเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยรวมถึงการให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำโดยมีสามีเป็นผู้ดูแล ในระยะแรกผู้ดูแลมีความกังวล จึงได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านทุก 1-2 สัปดาห์และทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาคอยอธิบายในประเด็นที่สงสัยภายหลังออกจากโรงพยาบาล ให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อปรึกษาในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินหรือสงสัยในการดูแล สนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการประเมินและติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะตามความเหมาะสมตามแผนการรักษา เมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็น

ระยะเวลาประมาณ 8 เดือนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถกลับไปทำงาน พักผ่อน และใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ อยู่กับครอบครัวโดยมีสามีและลูกเป็นผู้ดูแล หลังจากนั้นประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อยและอาการปวดที่เกิดขึ้นจากการกระจายของมะเร็งไปที่ปอดและกระดูกตามลำดับ ร่วมกับมีภาวะท้องมานด้วย ในวาระสุดท้าย แพทย์ได้ให้สารละลายมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ (Morphine sulfate injection) เพื่อบรรเทาความไม่สบาย ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตอย่างสงบที่โรงพยาบาลโดยไม่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพและใส่ท่อช่วยหายใจ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป

การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน เป็นการช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล กอปรกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตระยะสุดท้ายที่บ้านอย่างสงบในบรรยากาศที่เอื้ออาทรเต็มไปด้วยญาติมิตร ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการถูกยึดชีวิตด้วยเครื่องมือต่างๆ ในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจึงเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะพยาบาลสาธารณสุข/พยาบาลเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตทั้งที่บ้านและสถานบริการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง จึงนับเป็นบทบาทที่ท้าทาย โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลใช้ศิลปะและศาสตร์การพยาบาลแบบองค์รวม โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และกระบวนการพยาบาลเข้ามาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้กล้าเผชิญกับความจริงสามารถยอมรับความตาย การสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีสติ สงบ สมเกียรติและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

จอนพะจง เพ็งจาด. (2556). การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน: ลักษณะมี ชาญเวชช์ และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ). *The Dawn of Palliative Care in Thailand* (หน้า 25-41). กรุงเทพฯ: บริษัท บี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

ณัฏฐิรา ประสานแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำและวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(3), 19-31.

ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร. (2550). *Case management /Discharge planning*. Retrieved February 5, 2557, from http://www.si.mahidol.ac.th/km/cops/discharge_planning/admin/knowledge_files/652_0.pdf

ทัศนีย์ เทสประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพะยอม จุลพันธุ์ และยุพยงค์ พุฒธรรม. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(1), 80-90.

นิชธิมา ศรีจันทน์. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2556). การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน: ลักษณะมี ชาญเวชช์ และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ). *The Dawn of Palliative Care in Thailand* (หน้า 21-24). กรุงเทพฯ: บริษัท บี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. (2556). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน (Palliative Home Care). ใน: ลักษณะมี ชาญเวชช์ และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ). *The Dawn of Palliative Care in Thailand* (หน้า 77-90). กรุงเทพฯ: บริษัท บี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

วรรณ ประสารอริคม. (มิถุนายน, 2557). *Home Health Care Concept*. ในเอกสารการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว. ณ ห้องแกรนด์บอลรูม ชั้น 3 โรงแรมดิ เอ็มเมอรัลด์, กรุงเทพมหานคร.

สายพิน หัตถิรัตน์. (2553). *คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สุริพร ธนศิลป์. (2556). การดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน: ลักษณะมี ชาญเวชช์ และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ). *The Dawn of Palliative Care in Thailand* (หน้า 60-66). กรุงเทพฯ: บริษัท บี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค. (2556, กรกฎาคม). *Home health care in 2013*. ในเอกสารประกอบการบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Home health care in Ramathibodi hospital. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, กรุงเทพมหานคร.

สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข. (2555). *สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย*.

Retrieved June 8, 2557, from
<http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1268>

สำนักโรคติดต่อ. (2556). *รายงานประจำปี*.

นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2556). Home-Based

Palliative Care: Making it Happen. ใน

ลักขมี ชาญเวชช์ และดุสิต สถาวร

(บรรณาธิการ). *The Dawn of Palliative*

Care in Thailand (หน้า 67-76). กรุงเทพฯ:

บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (กุมภาพันธ์, 2555).

วิทยาการก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วย

โรคมะเร็ง (Best Practice for Cancer

care). เอกสารประกอบการประชุมฟื้นฟู

วิชาการ ณ ห้องประชุม 7R ชั้น 7 ศูนย์

การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ,

กรุงเทพมหานคร.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย,

อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และ

ฉันทาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ). *การดูแล*

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of Life Care (หน้า

15 - 23). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์อักษร

สัมพันธ์ (1987) จำกัด.

American Nurse Association [ANA]. (2008).

Home health nursing: Scope and

standards of practice. Maryland:

Author.

Canadian Home Care Association [CHCA].

(2008). *Home care. The next essential*

service: Meeting the needs of our

aging population. Ottawa: Author.

Retrieved January 6, 2013 from

<http://www.cdnhomocare.ca/media.php?mid=1914>

Community Health Nurse Association of

Canada [CHNAC]. (2008). *Canadian*

community health nursing standards

of practice. Toronto: Author

Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A.D., Costantini,

M., & Higginson, I.J. (Eds.). (2011).

Palliative care for older people:

better practices. Rome: Fondazione

Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.

World Health Organization (2010). *WHO*

definition of Palliative Care. Retrieved

May 15, 2014, from

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>