



การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กรณีศึกษาหอผู้ป่วยประคับประคอง
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลุดวิกส์ ไพรบวร์ก สหพันธ์รัฐเยอรมนี

Palliative Care: A Case Study of Albert Ludwigs University Hospital,
Freiburg, Germany

วิริยา โพธิ์ขวาง-ยัสท์*

Wiriya Phokhwang-Just*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

ผู้เขียนได้มีโอกาสไปศึกษาดูงาน เรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ณ หอผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลุดวิกส์ เมืองไพรบวร์ก ประเทศเยอรมนี การดูแลที่หอผู้ป่วยนี้เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่ดูแลผู้ป่วยตามความหมาย และปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่เน้นความเป็นมนุษย์ เน้นความเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยและญาติ ในการให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ ซึ่งครอบคลุมในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย (Comfort Care) และโดยการจัดการอาการปวด และอาการของผู้ป่วย (Pain and Symptom Management) จากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายที่ดีของผู้ป่วย และครอบครัว การดูแลที่หอผู้ป่วยนี้ แตกต่างจากการดูแลที่หอผู้ป่วยทั่วไป คือ ที่นี่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย ไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่มีเครื่องดูดเสมหะ มีแต่การให้ออกซิเจนทางจมูก และเครื่องมืออุปกรณ์ยา และเวชภัณฑ์เพื่อการบริหารจัดการความเจ็บปวด ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสุขสบาย ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยอาการแย่ลง จะไม่มีการส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนัก จะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูแลจะเน้นการเตรียมการตายดี ตายอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยได้รับการเติมเต็มความปรารถนาก่อนตาย ที่หอผู้ป่วยนี้การทำงานตามบทบาท ของแต่ละวิชาชีพมีความเด่นชัด โดยเฉพาะพยาบาล ผู้ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพมีความสำคัญมาก เพราะต้องให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ ตลอดทั้ง 24 ชั่วโมง และเป็นผู้นำหน้าที่เชื่อมโยง ประสานการดูแล กับทีมสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รูปแบบการดูแลนี้ ทีมสุขภาพไทยควรเรียนรู้และประยุกต์ใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย และครอบครัวที่ต้องการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง, กรณีศึกษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wiriya.phokhwang@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 092-7341927)

Abstract

The author had a chance to observe the palliative care at palliative care station, Albert Ludwigs University Hospital, Freiburg, Germany. It was a very inspiring experience because this palliative station provides the palliative care to the patients and families based on the concept and philosophy of palliative care. In providing physical, psychosocial, and spiritual care to the patients and families, the palliative care from this station emphasizes human being and patient and family centeredness. The care is focused on comfort care as well as pain and symptom management at the end of life for the quality of life of the patients and families. This palliative care station is different from other stations. There is no life-prolonging machine, no respirator, no resuscitate equipment, and no suctioning equipment. Only can oxygen be given to the patients via nasal cannula or mask. Equipment and medicines are always available for pain and symptom management and to promote patients' comfort. When a patient is worsening, he will not be admitted to an intensive care unit and will not be intubated. The care is directed to good death and dignity of patients. Their wishes are fulfilled before they die. At this station, the role in palliative care of each profession is remarkable. Particularly, nurses take a major role in the palliative care team to provide 24 hour care to the patients and families. Nurses work as coordinators and delegators for health care team and patients and families to serve the needs of patients and families. This model of palliative care is worth learning and applying it to Thai patients and families needing the palliative care.

Keywords: Palliative Care, Case Study, Albert Ludwigs University Hospital

บทนำ

ปัจจุบัน เทคโนโลยีและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้เจริญก้าวหน้าขึ้นมาก ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวกว่าเดิม มีประชากรสูงอายุมากขึ้น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี ค.ศ.2012 ประชากรมีอายุเฉลี่ย 73 ปี เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ.1990 ประมาณ 6 ปี (WHO, 2014) ในประเทศไทยในปี พ.ศ.2553 พบว่า มีอายุเฉลี่ยของประชากรเท่ากับ 73 ปี ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีมากกว่าร้อยละ 11 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีประมาณถึง 25 เปอร์เซ็นต์ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) ซึ่งในปี ค.ศ. 2012 พบว่า ประชากรโลก เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ (ขาดเลือด) เป็นอันดับหนึ่ง ตามมาด้วย โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น ปอดบวม และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (WHO, 2014) ด้วยการที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น และรูปแบบของการเสียชีวิตด้วยโรคที่ไม่ติดเชื้อ เช่น มะเร็ง หัวใจ และหลอดเลือด หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ทำให้รูปแบบการดูแลทางสุขภาพก็เปลี่ยนไป หนึ่งในรูปแบบนั้นคือ การดูแลที่มีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงช่วงเวลาที่จะต้องจากไปของผู้ป่วย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จึงจำเป็น เพราะจะช่วยลดอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาล และการใช้บริการทางการแพทย์ (Bailey & Harman, 2015)

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

คำว่า Palliative มาจากภาษาละติน Pallium ซึ่งแปลว่าเสื้อคลุม ที่ปกป้องคุ้มครองผู้สวมใส่จากความหนาวเย็น Palliative Care ที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ให้เขาได้รับการปกป้องดูแล และให้ตายอย่างสงบ (Deutsche Krebshilfe e.V., 2010) ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และอาจคุกคามถึงชีวิต หรือป่วยด้วยโรคที่มีแนวโน้มทรุดลงจนเสียชีวิต จากตัวโรคในอนาคต การดูแลสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค ที่อาจคุกคามชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วย และครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งการดูแลนั้น จะครอบคลุมถึงการดูแลครอบครัวและญาติ ภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (WHO, 2015) มีความแตกต่างระหว่าง Palliative Care กับ Hospice Care โดยที่ Palliative Care คือ การดูแลที่ผู้ป่วยระยะใกล้ตาย ในช่วงไหนของการเจ็บป่วยก็ได้ ส่วน Hospice Care จะเป็นการดูแลผู้ป่วยในช่วงหกเดือนสุดท้าย (Deutsche Krebshilfe e.V., 2010)

ทางองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าทั่วโลกนั้น มีประชากรต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ประมาณ 40 ล้านคน ซึ่ง 78 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และด้อยพัฒนา และมีเพียง 14 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ที่ต้องการการดูแลนั้น ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น อาจเกิดจากนโยบาย และระบบสาธารณสุขที่ไม่ได้มีแผนการดูแลรูปแบบนี้ไว้ มีการฝึกฝน อบรมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยด้านนี้น้อย หรือไม่มีเลย ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาแก้ปวด กลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) และมาตรฐานการเข้าถึงนั้น ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ระดับนานาชาติ (WHO, 2015) สำหรับในประเทศไทยนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อยู่ในระยะเริ่มต้น โดยเริ่มมีนโยบาย และแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลศูนย์ แต่ยังไม่มีการดูแลแบบต่อเนื่อง และครบวงจร คือ ไม่มีหอผู้ป่วยประคับประคองในโรงพยาบาล หรือยังไม่มีโรงพยาบาลที่ดูแลเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) หรือมีทีมที่ได้รับการศึกษาอบรม และมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยต้องการไปเสียชีวิตที่บ้านน้อย ซึ่งจากการศึกษารวบรวมงานวิจัยทั่วโลก ที่เป็นปัจจุบันของ Bailey & Harman (2015) พบว่า ผู้ป่วย 49-91% ต้องการตายที่บ้าน แต่น้อยกว่า 25% ของผู้ป่วยอเมริกันตายที่บ้าน และคนอังกฤษตายที่โรงพยาบาล มากกว่า 50% โดยความเป็นจริงนั้น ผู้ป่วยตายที่บ้าน คุณภาพชีวิตดีกว่า ครอบครัวมีความสุขมากกว่า ค่าใช้จ่ายถูกกว่า ส่วนผู้ป่วยตายที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเครียดสูงกว่า คุณภาพชีวิตต่ำกว่า ครอบครัวมีความสุขต่ำกว่า สำหรับประเทศไทยนั้น จากการสำรวจของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ คนไทยตายที่บ้านประมาณ 50% (Hfocus, 2015) ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในช่วงหนึ่งปีก่อนเสียชีวิต อยู่ที่ประมาณ 10,646 - 231,167 บาท และพบว่า 31%-86% เป็นค่าเดินทาง และ 29.2% ของผู้ป่วย ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในช่วงหนึ่งปีก่อนเสียชีวิต (Akaleephan, 2010; อ้างใน Pairojkul, 2015) ดังนั้น การประเมินผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง มีความจำเป็นและสำคัญมาก เพื่อการจัดการเตรียมผู้ป่วย และครอบครัว และส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล ที่หน่วยผู้ป่วยประคับประคอง และที่บ้าน ด้วยเหตุนี้ ทางกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่สนับสนุน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ

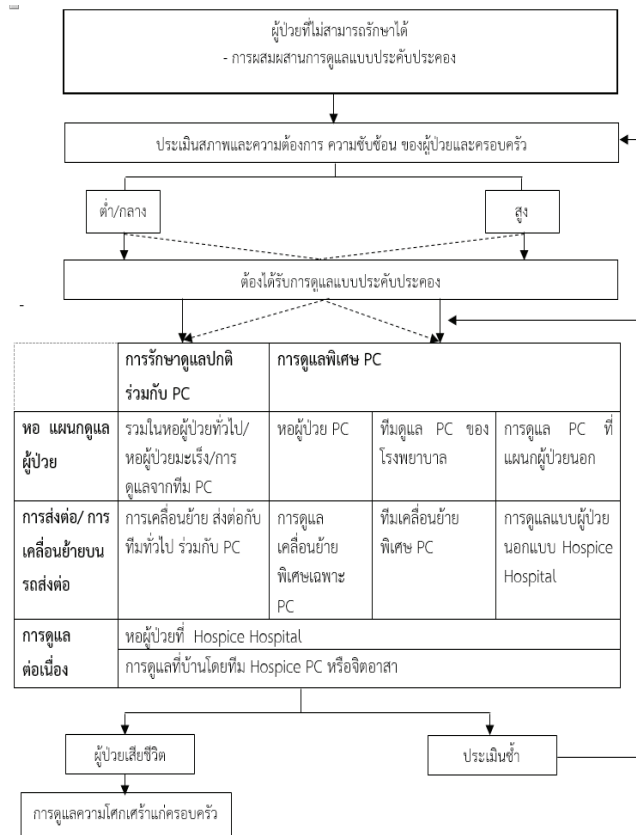


ประคับประคอง เช่นในปี พ.ศ.2558 มีนโยบายที่จะขยายการดูแลนี้ ไปให้โรงพยาบาลชุมชน 300 แห่ง พร้อมทั้งผลิตทีมผู้ดูแล 30,000 ทีม ทั่วประเทศ (Hfocus, 2015)

ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่า การเรียนรู้และทำความเข้าใจรวมถึงประเด็นการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองนั้น ควรมีการนำเสนอในประเด็นกรณีศึกษาที่เป็นรูปแบบการดูแลที่ดี เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนใจ ได้เรียนรู้และนำไปใช้ การมีโอกาสดูแลศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ณ หอผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลุดวิกส์ เมืองไฟรบวร์ก ประเทศเยอรมนี นั้นเป็นประสบการณ์ที่ดีมาก ๆ เพราะถือได้ว่าการดูแลที่หอผู้ป่วยนี้เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยไทยควรได้รับ และผู้เขียนควรที่จะถ่ายทอดประสบการณ์เสมือนกรณีศึกษานั้นให้แก่แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ ได้รับรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งเพื่อพัฒนางานด้านนี้ให้ก้าวหน้าไปอีกระดับหนึ่ง ในบทความฉบับนี้ ผู้เขียนขอบรรยายถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศเยอรมนี และหอผู้ป่วยประคับประคองของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลุดวิกส์ ในประเด็น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศเยอรมนี ลักษณะหอผู้ป่วยประคับประคอง ประสบการณ์การศึกษาดูแลในประเด็นต่าง ๆ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศเยอรมนี

รูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของประเทศเยอรมนี จะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิต รักษาไม่ได้ และได้มีการประเมินจากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ แล้วว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะมีการดูแลหลัก 3 รูปแบบ คือ ที่หอผู้ป่วยใน ร่วมกับการดูแลปกติ ที่หอผู้ป่วยประคับประคอง และที่แผนกการดูแลผู้ป่วยนอก แบบประคับประคอง นั่นคือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะได้รับรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่ผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดูแลปกติ ที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่ ที่หอผู้ป่วยทั่วไป หรือหอผู้ป่วยมะเร็ง และได้รับการดูแลจากทีมการดูแลประคับประคอง หรืออาจจะได้รับการดูแลพิเศษแบบประคับประคอง ที่หอผู้ป่วยประคับประคอง โดยทีมดูแลประคับประคองของโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคอง ที่แผนกผู้ป่วยนอก ในการดูแลจะมีระบบการส่งต่อ และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบชัดเจน ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อมีการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วยนี้เกิดขึ้น จะต้องมีการส่งต่อ เคลื่อนย้ายจากทีมการดูแลผู้ป่วยปกติ วมกับทีมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยประคับประคอง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลพิเศษแบบประคับประคองอยู่แล้ว จะได้รับการดูแลเคลื่อนย้าย จากทีมเคลื่อนย้ายแบบประคับประคอง หรือถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่ดูแลในระยะหกเดือนสุดท้าย (Hospice Hospital) ก็จะมีการดูแลเคลื่อนย้ายแบบประคับประคอง จากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล หรือ จากโรงพยาบาล Hospice ความต่อเนื่องการดูแลนี้เชื่อมโยงไปถึงที่บ้าน ที่โรงพยาบาล Hospice โดยทีม Hospice Care หรือจิตอาสา ตลอดการดูแลจะมีการประเมินสภาพอาการของผู้ป่วย และครอบครัว ว่าเป็นอย่างไร เช่น ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยประคับประคองแล้ว ไม่เสียชีวิตภายในหนึ่งเดือน และยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อยู่ ผู้ป่วยจะถูกประเมินให้ไปรักษาที่บ้าน หรือ โรงพยาบาล Hospice ได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิต ญาติของผู้ป่วยก็จะได้รับความดูแลเรื่องความโศกเศร้า ดังแผนภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศเยอรมนี
ที่มา: Deutsche Krebshilfe e.V (2015)

หอผู้ป่วยประคับประคอง

1. ลักษณะทั่วไปของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลูทวิชส์ ไพรบวร์ก เป็นโรงพยาบาลของรัฐที่สร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1457 มีหน้าที่รักษา จัดการศึกษา และวิจัยทางการแพทย์ มีคลินิกจำนวน 15 คลินิก และมีหน่วยหรือศูนย์ต่าง ๆ 10 ศูนย์ เช่น หน่วยดนตรีบำบัด มีเตียงผู้ป่วยจำนวน 1600 เตียง มีผู้ทำงานประมาณ 10,600 คน ในจำนวน 110 หอผู้ป่วย มีการให้บริการผู้ป่วยประมาณ 66,000 รายกรณีต่อปี ส่วนหอผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Station) นั้น ได้เปิดทำการเมื่อปี ค.ศ. 2006 มีเตียงผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง โดยมีห้องที่มีเตียงเดี่ยว 8 ห้อง และมีเตียงคู่ 1 ห้อง ซึ่งแต่ละห้อง จะมีประตูเปิดออกไปสู่ระเบียงเพื่อญาติและผู้ป่วยได้นั่งพักผ่อน และสัมผัสกับธรรมชาติภายนอกห้องได้ในหอผู้ป่วย จะมีห้องทำงานของแพทย์ มีเคาน์เตอร์พยาบาล มีห้องประชุมปรึกษา มีห้องรับประทานอาหารสำหรับทีมทำงาน มีห้องอาหาร และห้องรับแขก และทำกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยและญาติ มีมุมสงบให้ญาติและผู้ป่วย โดยที่หอผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือที่ช่วยหายใจ หรือฟันคีนซีฟ ไม่มีเครื่องดูดเสมหะ มีเตียงที่ไว้สำหรับบริหารจัดการตามอาการของผู้ป่วย ที่อยู่ในระยะสุดท้าย มีเครื่องมือที่ให้ออกซิเจนทางจมูก และถังบรรจุออกซิเจนแบบพกพา ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการไปนอกหอผู้ป่วย เช่น กลับไปเยี่ยม



บ้านชั่วคราว 2 ชั่วโมง ในวันคริสต์มาส และมีอุปกรณ์บริหารยาแก้ปวดหรือยาอื่น ๆ เช่น มีเครื่องบริหารยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยควบคุมปริมาณยาเองได้ ชนิดพกพา (PCA: Patient Controlled Analgesia Pump) หอผู้ป่วยมีหลักเกณฑ์การรับผู้ป่วย เข้ามารับการดูแลในหอผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยแบบรุนแรงกว่าหน้า และอยู่ในระยะสุดท้าย มีความเจ็บปวด และมีอาการยากที่จะควบคุมรักษา ผ่านการประเมินจากทีมปรึกษาที่มีแพทย์ พยาบาล ทีมดูแลด้านนี้ มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางจิต สังคม และวิญญาณ เข้าใจ และให้ความร่วมมือ ถึงหลัก และข้อปฏิบัติของหอผู้ป่วย ซึ่งหอผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย มีทีมการดูแล การกิจ และดังต่อไปนี้

1. เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของหอผู้ป่วยประคับประคองประกอบด้วย

1.1 เพื่อส่งเสริม และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

1.2 ช่วยลดความเจ็บปวด หรืออาการทางกายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระยะใกล้ตาย

1.3 ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวมองครวมทั้งทาง กาย จิต สังคม และวิญญาณ

1.4 ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยอาการคงที่ ให้ได้ไปเสียชีวิตในสถานที่หรือสิ่งแวดล้อม ที่ผู้ป่วยได้ปรารถนาไว้

1.5 เป็นเสมือนผู้ดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าถึงได้ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาลไปแล้วก็ตาม

1.6 ดูแลช่วยเหลือและนำทางผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยนี้ ให้ตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีของความเป็มนมนุษย์

2. ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยมีทีมผู้ดูแลผู้ป่วยที่ประกอบไปด้วย แพทย์ 3-4 คน (หัวหน้าแพทย์ 1 คน แพทย์ประจำบ้านประจำเวรเช้า 2-3 คน) พยาบาล (เวรเช้า 3 คน บ่าย 2-3 คน ดึก 1-2 คน) นักจิตวิทยาประจำหอผู้ป่วย 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ประจำหอผู้ป่วย 1 คน นักดูแลทางจิตวิญญาณ 2 คน (นักบวช หรือผู้นำทางจิตวิญญาณ ที่เป็นคาทอลิกประจำโรงพยาบาล และที่เป็นเอวangelic ประจำหอผู้ป่วย ซึ่งนักบวชนี้ มีตำแหน่งประจำ และได้รับเงินเดือนเสมือนผู้ปฏิบัติงานประจำ) นักศิลปะบำบัด นักดนตรีบำบัด ซึ่งมีตำแหน่งประจำของโรงพยาบาล และจะมาทำกิจกรรมบำบัดอาทิตย์ละ 1 วัน และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ทีมเหล่านี้ ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับทีมปรึกษา (Consultant Team) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ซึ่งทีมที่ทำงาน ได้รับการศึกษาอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ

3. การกิจของหอผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยประคับประคอง มีภารกิจดังต่อไปนี้

3.1 ดูแล และรักษาผู้ป่วยตามอาการ ที่เป็นลักษณะสร้างสรรค์ และปรับให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล

3.2 ดูแลโดยคำนึงถึงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัว

3.3 สร้างและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมการดูแล

3.4 ให้ความรู้แนะนำ และช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล รวมทั้งหลังจากจำหน่ายออกไปจากโรงพยาบาล

3.5 สร้างสิ่งแวดล้อม หรือวิธีการที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าสู่ความตาย และการตายดี

3.6 ให้การช่วยเหลือดูแลด้านการโศกเศร้า

ประสบการณ์การศึกษาในงานในประเด็นต่าง ๆ

ในการไปศึกษาในงานในเดือนมกราคมนั้น ผู้เขียนได้รับมอบหมายให้ศึกษาดูการปฏิบัติงานร่วมกับทีมปรึกษา 1 วัน กับแพทย์ 2 วัน และกับพยาบาล 2 วัน ส่วนในเดือนพฤษภาคมนั้น ได้ไปศึกษาและร่วมดูแลผู้ป่วยกับทีมพยาบาลอย่างเดียว การศึกษาดูงานทั้งสองครั้งนี้ สามารถสรุปเป็นประสบการณ์การศึกษาในงานในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ลักษณะผู้ป่วย และการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษา จะผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าอยู่ในระยะสุดท้าย ต้องการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผ่านการประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยและญาติ และมีการประเมินระดับการทำการกิจกรรมของผู้ป่วย โดยใช้ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) โดยทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของหอผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยอาจจะมาจากหอผู้ป่วยทั่วไป บ้าน หรือโรงพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสื่อสารเข้าใจ และไม่มีเครื่องมือที่ยื้อชีวิตผู้ป่วย เช่น ไม่มีเครื่องช่วยหายใจ

ตัวอย่างกรณีที่ 1

ผู้ป่วยชายอายุ 47 ปี ป่วยด้วยโรค Prostate Carcinoma มี Bone Metastasis สถานภาพสมรส คู่มีลูก 3 คน (อายุ 14 ปี, 11 ปี และ 5 ปี) มีพี่น้อง 3 คน พ่อเสียชีวิตแล้ว แม่ยังมีชีวิตอยู่ มีเพื่อนเยอะ ระดับการทำการกิจกรรม ECOG = 4 ผู้ป่วยมีการเซ็นเจตจำนงในระยะสุดท้ายของชีวิต (Living Will) มีการมอบสิทธิการตัดสินใจการรักษาให้กับภรรยา อาการปัจจุบัน คือ 4 วันก่อนมา Paraplegia และ Meninges Carcinomatous ทำ MRI พบ Bone Metastasis การรักษาโดยการผ่าตัดนั้น ไม่ได้ช่วยอีกแล้ว ผู้ป่วยได้เริ่มการรักษาด้วยการฉายรังสี เพื่อประคับประคอง เมื่อวันที่ 18.12.2015 ซึ่งวางแผนที่จะฉายรังสีทั้งหมด 10 ครั้ง ปัจจุบันมีอาการปวดมาก ไม่สามารถควบคุมได้ โดยเฉพาะการรับรังสีในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจึงอยากอยู่ใกล้กับเตียงรังสี เพราะว่าการเคลื่อนย้ายไปทำรังสีแต่ละครั้งปวดมาก (ซึ่งหอผู้ป่วยประคับประคอง อยู่ชั้นล่างของแผนกรังสีรักษา) ผู้ป่วยมี Paraplegia ตั้งแต่วันที่ 4.12.2015 เห็นภาพซ้อน วันที่ 09.12.2015 มีท้องผูก นอนไม่หลับเนื่องจากปวด

ประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง

แพทย์และพยาบาล ร่วมกันประเมิน พบว่า หลังจากทำรังสี ผู้ป่วยอยากกลับบ้านมาก แต่ผู้ป่วยก็อ่อนเพลียมาก ขาเคลื่อนไหวได้น้อยลง ปวดหลัง กินได้น้อย ตึมน้อย ปัสสาวะออกน้อย แพทย์จึงให้นักสังคมสงเคราะห์ติดต่อหา Palliative Care ใกล้บ้านผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอยู่อีกเมืองหนึ่ง โดยต้องติดต่อประสานว่านอกจากมีทีมที่ดูแลแล้ว ยังมี PCA ให้ผู้ป่วยด้วยหรือไม่

ตัวอย่างกรณีที่ 2

ผู้ป่วยหญิงอายุ 42 ปี เป็น Ovarian Carcinoma ได้รับการทำหัตถการ Mechanical Ileus, Double Barrel Transverse Colostomy, Close Umbilical Hernia (10/2015) และ Prolapsed Transverse Stoma-Resection (11/2015) ปัจจุบันอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ไม่มีบุตร แพนอยู่อีกเมืองหนึ่ง เคยทำงานด้านบริการการเสิร์ฟอาหาร และจัดเลี้ยง และล่าสุดได้ทำงานในตำแหน่งพนักงานฝ่ายขาย ของธนาคาร งานอดิเรก คือ การเต้นรำ รับใหม่จากหอผู้ป่วยนรีเวช วันที่ 04.01.2016 รับใหม่ ด้วยสาเหตุ ร่างกายอ่อนเพลียมาก ปวดขา



มาก บวมเพิ่มขึ้น ผลจากอุตราคารวน พบว่า ขาที่บวมไม่ได้เกิดจาก Thrombosis ไม่สามารถรักษาหรือแก้ปัญหาได้แล้ว ระดับการทำกิจวัตรประจำวัน ECOG=4 อาการปัจจุบันมีขาทั้งสองบวมมาก ปวดแสบที่ขาทั้งสองมาก โดยเฉพาะเมื่อสัมผัสขา ร่างกายอ่อนเพลียมากขึ้น และไม่สามารถช่วยตัวเอง หรือเคลื่อนไหวทำกิจกรรมได้ หายใจลำบากแม้ขณะพัก $O_2 \text{ sat}=89\%$ ร้อนใน ปากแห้งมาก 2 วันมาแล้ว กลัวการเสียชีวิต

ประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง

แพทย์อธิบายทุกอย่างอย่างละเอียด ผู้ป่วยต้องการแต่งงานก่อนตายมาก ซึ่งเวลาไม่มีใครบอกได้ว่ายังเหลืออีกกี่วัน แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ ประชุมร่วมกันถึงความเป็นไปได้ นักสังคมสงเคราะห์จัดการติดต่อ อำเภอบุคลากร บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการแต่งงาน เช่น ทนายความ ญาติ เพื่อ เติมเต็มความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าติดต่อไม่ได้ ลำบากก็พยายามทุกทาง แม้แต่การโทรแล้วไปติดเบอร์ฉุกเฉิน หรือดับเพลิงก็ยอม

จะเห็นว่า ผู้ป่วยทั้งสองกรณีนั้น พยาบาลซึกประวัติ และประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมในรายละเอียดทุกประเด็น ที่มีผลต่อผู้ป่วย ต่อการบริหารจัดการ การดูแล ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการ และปัญหาทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม อารมณ์ วิญญาณ และครอบครัว โดยเฉพาะการแสดงเจตจำนงในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการใส่ใจในรายละเอียด ที่ดูเหมือนเล็กน้อย แต่มีความสำคัญเพื่อที่จะให้การดูแล และการแก้ปัญหาแบบองค์รวม เน้นความเป็นมนุษย์ ความเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วย

2. การทำงานของแพทย์

เมื่อแพทย์มาทำงาน แพทย์จะเช็คว่าในระบบการดูแลรักษา ซึ่งเป็นระบบคอมพิวเตอร์ เครือข่ายการดูแลของโรงพยาบาลก่อน ว่ามีแพทย์เวรก่อนบันทึกรายงานอะไรมาบ้าง หรือผู้ป่วยเป็นอย่างไร หลังจากนั้น แพทย์อภิปรายถึงอาการของผู้ป่วยด้วยกัน ว่ามีผู้ป่วยกี่คน โดยทั่วไปเป็นอย่างไร แล้วไปรับส่งเวรจากพยาบาลจากนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด ที่มาร่วมรับส่งเวรด้วยกัน เสร็จแล้ว แพทย์มาปรึกษากันต่อว่า จะทำอะไร ผู้ป่วยคนไหนควรปรับยา หรือทำอุตราคารวน หรือปรึกษาแพทย์แผนกอื่น เช่น แพทย์จากศูนย์รักษาความเจ็บปวด หรือวันนี้จะไปให้การดูแลรักษาผู้ป่วยคนไหนอย่างไร เช่น แพทย์มีการปรึกษากันว่า ควรที่จะปรึกษาแพทย์ด้านหัวใจในผู้ป่วยรายหนึ่ง ที่มีการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจแบบอัตโนมัติไว้ที่ผนังหน้าอก (Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator: ICD) เพื่อที่จะเอาออก เพราะถ้าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจะได้ไม่มีการกระตุ้นหัวใจของผู้ป่วยอีก เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบจริง ๆ

3. การทำงานของแพทย์กับผู้ป่วย

เมื่อเข้าไปคุยกับผู้ป่วย แพทย์จะแนะนำตัว พูดคุยทักทายผู้ป่วยโดยเรียกชื่ออย่างให้เกียรติทุกครั้ง แพทย์จะนำเก้าอี้มานั่งสนทนาล้อมรอบเตียงผู้ป่วย เพื่อรับทราบปัญหา แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลของการแก้ปัญหา มีการประเมินปัญหา ประเมินความเข้าใจ ความต้องการของผู้ป่วย และญาติ หาแนวทางแก้ปัญหาด้วยกัน กับผู้ป่วยและญาติ ใช้เทคนิคในการสนทนากับผู้ป่วย โดยพูดส่วนที่เป็นบวกก่อน แล้วพูดประเด็นที่เป็นความจริงที่เป็นลบ ก่อนปิดการสนทนา หรืออภิปราย แพทย์จะสรุปประเด็นทุกครั้งว่า วันนี้มีปัญหาคืออะไรที่ต้องแก้ไขร่วมกัน เช่น การปรับยา การติดต่อประสานงาน ผู้ร่วมดูแล เป็นต้น ถามผู้ป่วย ญาติว่ามีคำถามหรือไม่ การพูดคุย เปรียบเสมือน ผู้ป่วยเป็นเจ้านาย ที่ผู้ทำงาน คือ แพทย์และทีมต้องหาทางแก้ปัญหา ความต้องการ



ที่อยู่บนพื้นฐานความจริง แบบวันต่อวัน แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยมาก ไม่ต่ำกว่าครึ่งชั่วโมงในแต่ละครั้งที่เข้าไป การสื่อสารการแสดงออกถึงการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่น มีการจับมืออย่างอ่อนโยน มีการป้อนน้ำให้เมื่อผู้ป่วยหิวน้ำ

4. การทำงานของทีมปรึกษา (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา)

ตอนเช้า หัวหน้าแพทย์ พยาบาล และทีมปรึกษา จะใช้ระบบฐานข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อน ว่าที่ติดห่อผู้ป่วยใดขอคำปรึกษา เรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อให้ไปเยี่ยมผู้ป่วยบ้าง ทีมจะปรึกษากันก่อนว่าจะไปเยี่ยมผู้ป่วยคนไหน ในประเด็นใดบ้าง และจะไปเยี่ยมผู้ป่วยทั้งที่ติดที่ขอปรึกษา มาและรับปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลอื่น หรือติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง

เมื่อไปที่ติดที่ขอปรึกษา ทีมปรึกษาจะเข้าไปคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ ในเรื่องประเด็นการขอคำปรึกษา จากแพทย์เจ้าของไข้ แล้วเข้าไปพบผู้ป่วย จะซักถามความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น การรับรู้สถานะของอาการของผู้ป่วย การเตรียมตัวตาย และสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการไปเสียชีวิตว่าเป็นที่บ้าน ที่โรงพยาบาล ที่ติดผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือที่โรงพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) จะมีการซักถาม ให้ข้อมูล แผ่นพับเรื่องแหล่งสนับสนุน ดูแลเรื่องการตาย แพทย์ พยาบาล และทีมให้นามบัตรที่ติดต่อแพทย์ถ้าต้องการคำปรึกษา บอกความเป็นไปได้ถึงการมาเยี่ยมครั้งต่อไป เมื่อเสร็จสิ้นการเยี่ยม ผู้ป่วยแพทย์ พยาบาล และทีมจะรายงานแพทย์เจ้าของไข้ ก่อนออกจากห่อผู้ป่วย ว่าได้ทำอะไรไปบ้าง และควรวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างไร หลังจากไปให้คำปรึกษา ทุกติดที่ขอคำปรึกษา แพทย์พยาบาล และทีมจะกลับมาเขียนรายงานการเยี่ยม การให้คำปรึกษาในผู้ป่วยแต่ละคน ที่ไปเยี่ยม ผ่านระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยทางคอมพิวเตอร์และประสานงานต่อ เช่นติดต่อโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Hospital) ติดต่อทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

5. การทำงานของพยาบาล

การดูแลของพยาบาลจะเป็นแบบ Primary Nurse คือ พยาบาลคนเดิมดูแลผู้ป่วยคนนั้นไปจนกระทั่งผู้ป่วยตาย หรือจำหน่าย ผู้ป่วยสามารถติดต่อพยาบาลได้ตลอดเวลา ถึงแม้ออกจากเวรแล้ว มีการแบ่งการทำงานเป็น 3 เวร โดยเวรเช้า ตั้งแต่ 6.30-14.30 ซึ่งมีพยาบาล 3 คน เวรบ่าย 14.30-22.30 มีพยาบาล 2-3 คน เวรตึก 22.30-6.30 พยาบาล 1-2 คน พยาบาลจะดูแลเรื่อง สุขวิทยาส่วนบุคคล การพยาบาลตามอาการ เช่น อาการเจ็บปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ ท้องอืด นอนไม่หลับ กระวนกระวาย เป็นต้น พยาบาลประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิต สังคม และวิญญาณ และให้การพยาบาลที่เน้นเรื่องความสุขสบาย (Comfort Care) พยาบาลเวรตึกจะจัดยาทั้งหมด วางไว้ให้เวรเช้าและเวรบ่าย พยาบาลเหล่านี้จะเช็กยา และให้ผู้ป่วย ยา กินจะจัดไว้ในกล่อง จัดยารับประทานของผู้ป่วยแต่ละวัน และเอายาตลอดทั้งวันไปให้ผู้ป่วย คือ ให้ผู้ป่วยทานเอง กรณีการรับรู้สติยังดีอยู่ พยาบาลจะเป็นคนแจกอาหาร ที่ถูกจัดมาจากฝ่ายโภชนาการของโรงพยาบาล พยาบาลชงชา กาแฟให้ผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยต้องการ ถ้าผู้ป่วยยังทำกิจกรรมได้ ก็ให้ทำเอง เช่น เช็ดตัว แปรงฟัน รับประทานอาหาร และพยาบาลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก เช่น ช่วยเช็ดตัวด้านหลัง หวีผม ใส่เสื้อผ้า ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ และกำลังเข้าสู่การตายก็จะไม่ให้ยา และอาหารทางปาก แต่จะยังคงให้ยาแก้ปวด แก้อาการทรมานทรมาน แก้อาการหายใจลำบาก ทาง Pump หากปากแห้ง จะใช้สเปรย์เพื่อทำให้ปากชุ่มชื้น ฉีดในปาก ทาลิปมันที่ริมฝีปาก ทาโลชั่นที่ผิวหนัง มีการผสมผสานเรื่องสุนทรียภาพ (Aromatherapy) ในการ



ดูแล เมื่อผู้ป่วยเริ่มไม่รับรู้ ก็ยังคงพูดคุยเจรจาอย่างนุ่มนวล และอ่อนโยนเช่นเดิม จะไม่รบกวนผู้ป่วยมาก ไม่ตัดสิน อนุญาตให้ผู้ป่วยทำสิ่งที่อยากจะทำ ถ้าใกล้ตาย พยาบาลจะคำนึงถึงศักดิ์ศรี และการตายอย่างสงบของผู้ป่วยมาก โดยรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด และบอกผู้ป่วยทุกครั้ง ที่ทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วย เช่น ตื่นเข้ามา เปิด-ปิดม่านหน้าต่าง ก็จะบอกทุกครั้ง ออกจากห้องก็จะบอกลา เข้ามาในห้องก็จะทักทายเรียกชื่อทุกครั้ง เวลาพยาบาลส่งเวรนอกจากจะส่งกับแพทย์และทีมแล้ว ยังต้องมาส่งต่อกันระหว่างพยาบาลด้วยกันอีกด้วย ก่อนลงเวรก็จะไปบอกลาผู้ป่วย

6. การทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาพยาบาล ผู้ดูแลทางจิตวิญญาณ

นักสังคมสงเคราะห์ จะติดต่อประสานงานเรื่องค่าใช้จ่าย เรื่องประกันสุขภาพ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย เรื่องรถส่งต่อที่มีทีมส่งต่อที่เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง เรื่องความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ ในการดูแลที่บ้าน และเรื่องที่เกี่ยวข้องในด้านความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และครอบครัว ที่มีผลต่อการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และให้ตายอย่างสงบ เช่น ถ้าลูกจำเป็นต้องหยุดพักงาน เพื่อมาดูแลแม่ในระยะสุดท้าย ก็จำเป็นต้องได้รับเงินเดือนจากที่ทำงาน หรือจากรัฐทดแทน ส่วนนักจิตวิทยา จะดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น มีการทำจิตบำบัดในญาติร่วมด้วย นักกายภาพบำบัด จะมาบำบัดเรื่องความเจ็บปวด และการหายใจ พร้อมกับรายงานแพทย์และพยาบาลเมื่อทำเสร็จ หรือบางครั้ง แพทย์และพยาบาล ได้ไปสังเกตการณ์บำบัด ไปปรึกษาหาเรื่องด้วยกันที่เตียงผู้ป่วย เพื่อคิดว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่ การตอบสนองต่อการทำกายภาพบำบัดเป็นอย่างไร ในการทำงานของผู้ดูแลทางจิตวิญญาณนั้น ผู้ดูแลทางจิตวิญญาณจะทำหน้าที่ชี้แนะทางความเชื่อ และศรัทธาของผู้ป่วย ที่มีต่อพระเจ้า ต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำหน้าที่ปลดปล่อยพันธนาการทางวิญญาณที่ผู้ป่วยมี เช่น มีการร้องเพลงทางศาสนา มีการท่องและอ่านบทสวดจากคัมภีร์ไบเบิล เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

7. การดูแลเพื่อเตรียมตัวตาย

แพทย์ พยาบาล และทีมให้คำปรึกษาดังที่กล่าวไว้ข้างต้น จะเข้าไปเตรียมผู้ป่วยที่ตึกต่าง ๆ และอธิบาย การมารักษาที่หอผู้ป่วยประคับประคอง โดยจะปรึกษาและสนทนากับผู้ป่วยเรื่องสิทธิการตาย (Living Will) โดยมีการอธิบายเรื่องสิทธิการตาย ดังนี้ ผู้ป่วยต้องเข้าใจว่า เมื่อโรคของเขาไม่สามารถรักษาให้หายแล้ว จะไม่มีการให้การรักษาใด ๆ ที่เป็นการใส่เครื่องมือ ยา หรืออาหาร ที่เป็นการยืดชีวิตของผู้ป่วย ไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวด ดูแลเรื่องการหายใจ การคลื่นไส้ อาเจียน รักษาตามอาการจาก แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ ที่จะทำให้เขามีคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายที่ดีที่สุด ถ้าผู้ป่วยอาการแย่มาก หรือผู้ป่วยไม่เสียชีวิตภายในหนึ่งเดือน ผู้ป่วยจะไม่ได้ไปรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) แต่จะไปรักษาต่อที่บ้าน ที่โรงพยาบาล Hospice หรือที่หอผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care Station) พยาบาลจะทำหน้าที่ประสานงานระหว่าง แพทย์ ทีมสุขภาพ ทีมดูแลต่อเนื่อง และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ช่วยประสานเรื่องสถานที่ ที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อการเตรียมแหล่งที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ไม่ว่าผู้ป่วยจะต้องการไปเสียชีวิตที่ไหน เช่น ถ้าไปรักษาต่อที่บ้าน พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ ก็จะติดต่อทีมดูแลส่งต่อ (Bridge Care Team) ที่ถูกฝึกอบรมทางด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ช่วยในการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย และติดต่อทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน (Home Palliative Care Team) ที่เตรียมการให้ผู้ป่วยบริหารยาแก้ปวดเอง (PCA) ที่บ้าน และออกซิเจน พยาบาลประสานให้มีนักดูแลทางจิตวิญญาณ เพื่อนำทางการตาย การปลดปล่อยทางจิตวิญญาณที่บ้าน นักสังคมสงเคราะห์จะทำการประสานงานเรื่องการดูแลที่บ้าน หรือการส่งต่อไป Hospice ค่าใช้จ่ายกับประกันสุขภาพ เป็นหลัก



8. ตัวอย่างการเขียนบันทึกการดูแลของทีมสุขภาพ

ในการดูแลผู้ป่วยทีมสุขภาพทุกคน ต้องเขียนบันทึกการดูแลผู้ป่วย เช่น ในผู้ป่วย อายุ 66 ปี ที่ป่วยเป็น มะเร็งรังไข่

09 พ.ค. 59 (เวลา 04.39 น.) ผู้ป่วยมีอาการกลัว และไม่สงบ แต่การได้รับยา MSI Bolus และ Dormicum Bolus สามารถสงบอาการได้ดี (พยาบาล J.)

09 พ.ค. 2559 (เวลา 18.31 น.) การสนทนาพูดคุยกับผู้ป่วย และลูกสาว พบว่า ผู้ป่วยมีความกลัว และ ตื่นตระหนก (Panic Attack) ลูกสาวพยายามที่จะช่วยดูแลลอบประโยชน์ ให้ผู้ป่วยสงบ ได้ทำจิตบำบัดในเรื่อง มาตรการการจัดการความกลัว และการตื่นตระหนก และค้นหาความเป็นไปได้ในการสนับสนุนผู้ป่วยและลูกสาว ในการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ท้ายสุดได้ทำจินตนาการบำบัด ซึ่งผู้ป่วยตอบสนองต่อการบำบัดดี แต่ลูกสาว ไม่สามารถผ่อนคลายได้ แต่ก็พยายามฝึกกับผู้ป่วย ได้นัดเจอผู้ป่วยอีกครั้งพรุ่งนี้ (นักจิตวิทยา R.)

10 พ.ค. 2559 (เวลา 12.08 น.) ผู้ป่วยต้องการให้ลูกสาวอยู่ด้วยเมื่อเขาตื่น ลูกสาวรู้สึกว่ามีหลายอย่าง เกิดขึ้นมาก แต่สามารถยอมรับ และรับการแนะนำได้ ได้คุยกับผู้ป่วยเรื่องการระงับยา Dormicum ชั่วคราว (แพทย์ D.)

29 เม.ย. 2559 (เวลา 10.00 น.) การพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาความต้องการ และอาการปัจจุบัน ให้คำปรึกษาด้านการดูแล และการเงินของลูกสาว ระหว่างที่ลูกสาวขอหยุดงานลาดูแลมารดา ผู้ป่วยต้องการกลับไป อยู่บ้านอีกครั้ง หลังจากอยู่ที่นี้ เครือข่ายการดูแล (จากที่ลูกสาวติดต่อ) ทีมดูแลที่บ้าน และทีมเคลื่อนย้าย (Bridge Care) ได้รับการเตรียมพร้อมแล้ว (นักสังคม B.)

29 เม.ย. 2559 (เวลา 18.25 น.) ผู้ป่วยออกตัวว่าวาดรูปไม่เก่ง แต่ต้องการลองดู ผู้ป่วยเลือกที่จะ วาดรูปโปสเตอร์ที่เป็นธรรมชาติ ที่มีสีส้มโทนสีอบอุ่นและอ่อนโยน และมีรูปนกยูง ผู้ป่วยชอบลักษณะสี ผู้ป่วย วาดรูปภูเขากับแม่น้ำจากสีน้ำ ผู้ป่วยเล่าว่าเมื่อก่อนนี้ ชอบไปอยู่บนภูเขาและเดินป่า ซึ่งบ่อยครั้งไปกับเพื่อน ผู้ป่วยบรรยายได้ดี พร้อมกับการวาดรูปทุ่งหญ้าสีเขียว พร้อมพืชที่แซมขึ้นมาในทุ่งหญ้า ระหว่างวาดดูเหมือนจะ ผ่อนคลาย และเข้าถึงสิ่งที่วาด ทิวทัศน์ เสมือนเป็นสถานที่ที่คุ้นเคย มีความสุข ผู้ป่วยได้เริ่มถามมากขึ้น ว่า จะ วาดต่ออย่างไรดี ผู้ป่วยดูสดชื่น และผ่อนคลาย (นักศิลปะบำบัด E.)

9. ตัวอย่างการเขียนใบสั่งยาของแพทย์

เมื่อผู้ป่วยได้รับการอนุญาตให้กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ไปดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาล Hospice แพทย์ที่ดูแลด้าน Palliative Care ที่หอบผู้ป่วยประคับประคอง หรือที่ไปเยี่ยมปรึกษาผู้ป่วยที่ตึกต่าง ๆ จะสั่งยาให้ผู้ป่วยเพื่อการ บริหารจัดการกับอาการในระยะสุดท้าย ตัวอย่างการเขียนใบสั่งยาดังตาราง 1 และ 2

ตัวอย่างที่ 1

ผู้ป่วยมี Kidney Cell Carcinoma ที่มีการแพร่กระจายไปที่กระดูก สมอง และตับอ่อน มีอาการปวด และอ่อนเพลียมาก และมีอาการชักหลังจากมีการแพร่ของเซลล์มะเร็งไปยังสมอง



ตาราง 1 ตัวอย่างการบริหารยาเพื่อการควบคุมอาการในผู้ป่วย Kidney Cell Carcinoma

ยา	เช้า	เที่ยง	เย็น	กลางคืน	หมายเหตุ
Pantazol 40 mg	0	0	0	1	แก้ปวดท้อง ลดกรด
L-Thyroxin 100 mg	1	0	0	0	ทดแทนฮอร์โมนไทรอยด์ (ได้เพิ่มขนาดวันที่ 30 พ.ย.59)
Lamotrigin 50 mg	1	0	1.5	0	ปรับสภาวะทางอารมณ์ แก้ซึมเศร้า กันชัก
Levitiracetam mg	2,500	0	1,500	0	กันชัก
Cymbalta 30 mg (antidepressant)	1	0	1	0	ปรับสภาพทางอารมณ์/ ความกลัว
Palladon Capsule mg	28	0	28	0	แก้ปวด
Fortecortin 4 mg	1	1	0	0	แก้คลื่นไส้ อาเจียน แก้ ปวด ค่อย ๆ ลดขนาด ยา วันที่ 8 ธ.ค.59
Metoclopramide (MCP) 10 mg	1	1	1	0	แก้คลื่นไส้ อาเจียน
Movicol	1	0	0	0	แก้ท้องเสีย
Pamifos 90 mg iv	ทุก 4 สัปดาห์ ให้ครั้งสุดท้าย 1 ธ.ค.59				แก้การแพร่กระจายของ เซลล์มะเร็งที่กระดูก
Clexane 40 mg		1 daily sc			ป้องกัน Thrombosis
Tavor 1,0 mg exp (Lorazepam)		เมื่อจำเป็น			กลัว หายใจลำบาก
Abstral 100 µg (Fentanyl)		เมื่อจำเป็น			แก้ปวด/หายใจลำบาก

ตัวอย่างที่ 2

ผู้ป่วย เป็น Pulmonary Fibrosis ระยะลุกลาม ซึ่งการใช้ยาในการบริหารจัดการอาการผู้ป่วยสามารถสรุปเป็นไดแแกรมดัง ภาพ 2 ร่วมกับมีการให้ยาร่วม คือ Glucocorticoid และ Prednisone ยาพวก Palliative Sedation เช่น Non-Opioids-Benzodiazepines, Barbiturates และ Propofol



ภาพ 2 การจัดการอาการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Symtomp Management)

ตาราง 2 ตัวอย่างการบริหารยาเพื่อการควบคุมอาการในผู้ป่วย Pulmonary Fibrosis

ยา	เช้า	เที่ยง	เย็น	กลางคืน	หมายเหตุ
Walkmed-Pumpe ¹ s.c.	Morphine 1 mg/ml Metoclopramide 0.8 mg/ml Dexamethasone 0.16 mg/ml in 300 ml NaCl 0.9 %				ให้ทาง Pump กรณี หายใจลำบาก และ ปวด ในอัตรา flow rate: 1 ml/h Bolus: 2 times ปรับเปลี่ยน: +/- 0,2 ml/h
Macrogol (Movil) Btl. p.o.	1	0	0	0	แก้ท้องเสีย
Sandornfruchtflleischöl ² trpf.	1	1	1	0	แก้ปากแห้ง
Natriumpicosulfat (Laxoreral) trpf p.o.	เมื่อจำเป็น 10-20 หยด				แก้ท้องเสีย
Zopiclon 7,5 mg p.o.	เมื่อจำเป็น				นอนไม่หลับ



10. การจากไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยนี้ มีการจากไปแบบสงบ ไม่ทรมานทรมาย ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้าย จะได้รับยาแก้ปวด ยาที่ปรับการหายใจ แก้ปัญหาหายใจหอบ แก้ความกลัว เช่น มีการให้ยา Morphine ร่วมกับ Lorazepam ที่ผสมกันในเครื่องให้ยา ซึ่งในการศึกษาดูงานทั้งสองครั้ง ผู้เขียนได้มีโอกาสเรียนรู้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ดี ที่เน้นความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล เช่น เมื่อมีการเสียชีวิตเกิดขึ้น ภายในหอผู้ป่วย จะมีการแสดงสัญลักษณ์ของการจากไปของผู้ป่วย โดยมีการติดรูปภาพที่แสดงว่าผู้ป่วยมีการเสียชีวิตแล้วบนประตูห้องผู้ป่วย ทางเดินภายในหอผู้ป่วย จะมีการเปิดโคมไฟ และข้างโคมไฟมีรูปแกะสลักนางฟ้า แสดงถึงว่านางฟ้าได้นำจิตวิญญาณของผู้ป่วยไปแล้ว เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตลง ร่างกายผู้ป่วยจะต้องอยู่ที่หอผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพื่อความแน่ใจว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วแน่นอน และแพทย์จะต้องตรวจอาการของการเสียชีวิตก่อน ที่จะมีการย้ายร่างกายของผู้ป่วยไปยังห้องเก็บศพ ในห้องส่งเเวร ทีมผู้ดูแลจะมีการสะท้อนคิด และระบายความรู้สึกโศกเศร้า หรือสิ่งที่ค้างคาใจในใจด้วยกันหลังมีการส่งภารกิจของเเวรเข้า ให้กับเเวรบายเสร็จ นอกจากนี้ มีการออกชื่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตในวันนั้น โดยการตีขึ้นที่เบต หรือระฆังสติ ที่มีเสียงสะท้อนแบบนุ่มนวล ดังกังวาน ให้ทีมดูแลมีการสงบจิต ระลึกถึงผู้ตาย และส่งผู้ตายไปสู่ภพภูมิที่ดี นอกจากนี้ ผู้เขียนได้มีโอกาสเตรียมผู้ป่วยเพื่อการแต่งงาน (ตัวอย่างกรณีที่ 2) และได้ร่วมกับทีมผู้ดูแลร่วมแสดงความยินดีกับผู้ป่วย และเจ้าบ่าว ทำให้ได้เข้าถึงความรู้สึกที่ว่า นี่คือการสุขและรางวัลตอบแทนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย นั่นคือ ความสุขที่ทำให้ความฝัน ความปรารถนาของผู้ป่วยที่ใกล้ตาย ความต้องการทางจิตวิญญาณได้เติมเต็ม การดูแลของทีมสื่อให้เห็นความเป็นมนุษย์ของทั้งผู้ดูแลและของผู้ถูกดูแล

สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นการดูแลด้านร่างกาย จิตสังคม วิญญาณของผู้ป่วย และญาติแล้ว การดูแลแบบประคับประคองด้วยยา จะเป็นการดูแลตามหลัก Comfort Care ที่เน้นจัดการตามอาการ (Symptom Management) การดูแลของหอผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลุดวิกส์ ไพรบวร์ก สหพันธ์รัฐเยอรมนี สอดคล้องกับปรัชญา และหลักการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งคำนึงถึงการตายดี (Good Death) การผสมผสาน (Integrated Care Pathways) การดูแลจากทีมสหสาขาวิชา (Multidisciplinary Care Team) (Bailey & Harman, 2015) ที่ไม่ใช่การดูแลแบบการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติ แต่จะเป็นการดูแลที่เชื่อมต่อประเมินผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยทั่วไป หรือบ้าน มายังหอผู้ป่วยระยะสุดท้าย และส่งผู้ป่วยไปสู่บ้าน หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) เน้นการดูแลที่เปลี่ยนจากการรักษา เป็นการทำให้สุขสบายไม่ทรมาน (Comfort Care Approach) เน้นการจัดการความเจ็บปวด และปัญหาอาการทางร่างกาย (Pain and Symptom Management) จิตสังคม และวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัว โดยคำนึงถึงทุกบริบทที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎหมายในกรณีการเซ็นแสดงเจตจำนงในระยัยท้ายของชีวิต (Living Will) ประกันสังคม ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องหยุดงาน การจ่ายค่ารักษาต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากวงเงินประกันสุขภาพ ประเด็นสำคัญในการดูแลที่หอผู้ป่วยประคับประคอง คือ จะไม่ดูแลเพื่อการรักษา หรือรูล้ำในตัวผู้ป่วยหรือเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ดูแลให้ผู้ป่วยไม่เจ็บปวด หรือทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ญาติได้รับการดูแลเรื่องความโศกเศร้าอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ในการที่จะพัฒนา หรือประยุกต์การดูแลแบบประคับประคอง ตามรูปแบบในกรณีศึกษา นี้ เพื่อให้เข้ากับบริบทของการดูแลในประเทศไทยนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ต้องมีการวางแผน ศึกษาความเป็นไปได้ และลงมือทำด้วยกัน โรงพยาบาลอาจจะเริ่มมีผู้ป่วยขนาดสักระยะ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ และหลักเกณฑ์การดูแล การรับผู้ป่วยที่ชัดเจน จัดตั้งทีมที่ผ่านการอบรมด้านนี้ ที่สำคัญต้องมีพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง เช่นเดียวกับหอผู้ป่วยในอื่น ๆ บทบาทพยาบาลจะเด่นชัดมาก ในการให้การดูแลแบบประคับประคอง เพราะความสำเร็จเกิดจากพยาบาล ผู้ซึ่งให้การดูแลหลัก เชื่อมประสาน และทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ โดยเฉพาะขณะนี้ ที่เริ่มมีการสร้างรูปแบบการดูแลที่เข้ามาเติมเต็มระบบการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลมากขึ้น เช่น มีการสร้างโรงพยาบาล Hospice ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีรูปแบบการดูแลในชุมชน เช่น บ้านปันรักสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ จะมีศูนย์และทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่โรงพยาบาล และที่บ้าน เช่น ศูนย์กาญจนาภิเษก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ถึงแม้ว่าประเทศไทย ไม่สามารถทำให้เกิดระบบการดูแลที่เหมือนกับประเทศเยอรมนี หรือประเทศที่มีระบบการดูแลที่ดี แต่ปรัชญาการดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์ และการตายดี ที่เป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วย ควรบรรลุเหมือนกัน นอกจากนี้ ในการที่จะพัฒนางานด้านนี้ให้ก้าวหน้า ต้องมีงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ มาสนับสนุนระบบการดูแล การตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและญาติ ว่าในบริบทสังคมไทยนั้น รูปแบบและลักษณะการดูแลที่เหมาะสมควรเป็นแบบใด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียน ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ศาสตราจารย์ ดอกเตอร์นายแพทย์ฮันยอร์ก ยูสท์ ที่ช่วยติดต่อประสานงานในการศึกษาดูงานในครั้งนี้ และขอขอบคุณทีมดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติ หอผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลูทวิชส์ ไฟร์เบิร์ก สหพันธรัฐเยอรมนี ที่ให้โอกาสผู้เขียนในการศึกษาดูงาน ขอขอบคุณ อาจารย์เพ็ญศรี ทองเพชร ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่อนุญาตให้ผู้เขียนได้ไปเยี่ยมครอบครัว ที่อาศัยอยู่ที่ประเทศเยอรมนี ซึ่งทำให้ผู้เขียนมีโอกาสได้ไปศึกษาดูงานทุกครั้งที่มีโอกาส

รายการอ้างอิง

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *ตายดี วิธีที่เลือกได้*. สืบค้นเมื่อ 28 ม.ค. 59

จาก <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/ThaiHealth.php?m=2>

Hfocus. (2015). *ตั้งเป้าขยายบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใน 300 รพช. เชื่อมโยงหมอครอบครัว 30,000 ทีม* ใน ก.ย. นี้. สืบค้นเมื่อ 27 ม.ค. 59 จาก <http://www.hfocus.org/content/2015/03/9603>

Bailey, F. A., Harman, S. M. (2015). *Palliative Care: The Last Hours and Days of Life*.

UpToDate. Retrieved Nov. 06, 2015 from <http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life>

Deutsche Krebshilfe e.V. (2010). *Die blaue Ratgeber: Palliativ Medizin, Antworten, Hilfe, Perspektiven*. n/a



- Deutsche Krebshilfe e.V. (2015). *Leitlinienprogramm Onkologie S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten Mit Einer Nicht Heilbaren Krebserkrankung S3-Leitlinie Palliativmedizin–Kurzversion*. Retrieved May 24, 2016 from http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLk_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf
- Pairojkul, S. (2015). *Palliative Care: What, Why, When, and How?*. Retrieved Mar 03, 2017 from http://www.thaps.or.th/wp-content/uploads/2015/02/1_What-is-Palliative-Care-Why-we-need_Dr.Srivieng.pdf.
- WHO. (2014). *World Health Statistics 2014: A Wealth of Information on Global Public Health*. Retrieved Jan 26, 2016 from <http://www.who.int/gho>
- WHO. (2015). *Palliative Care*. Retrieved Jan 26, 2016 from [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/\(Footnotes\)12](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/(Footnotes)12)