กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

คู่มือการดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคองและระยะท้าย

(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

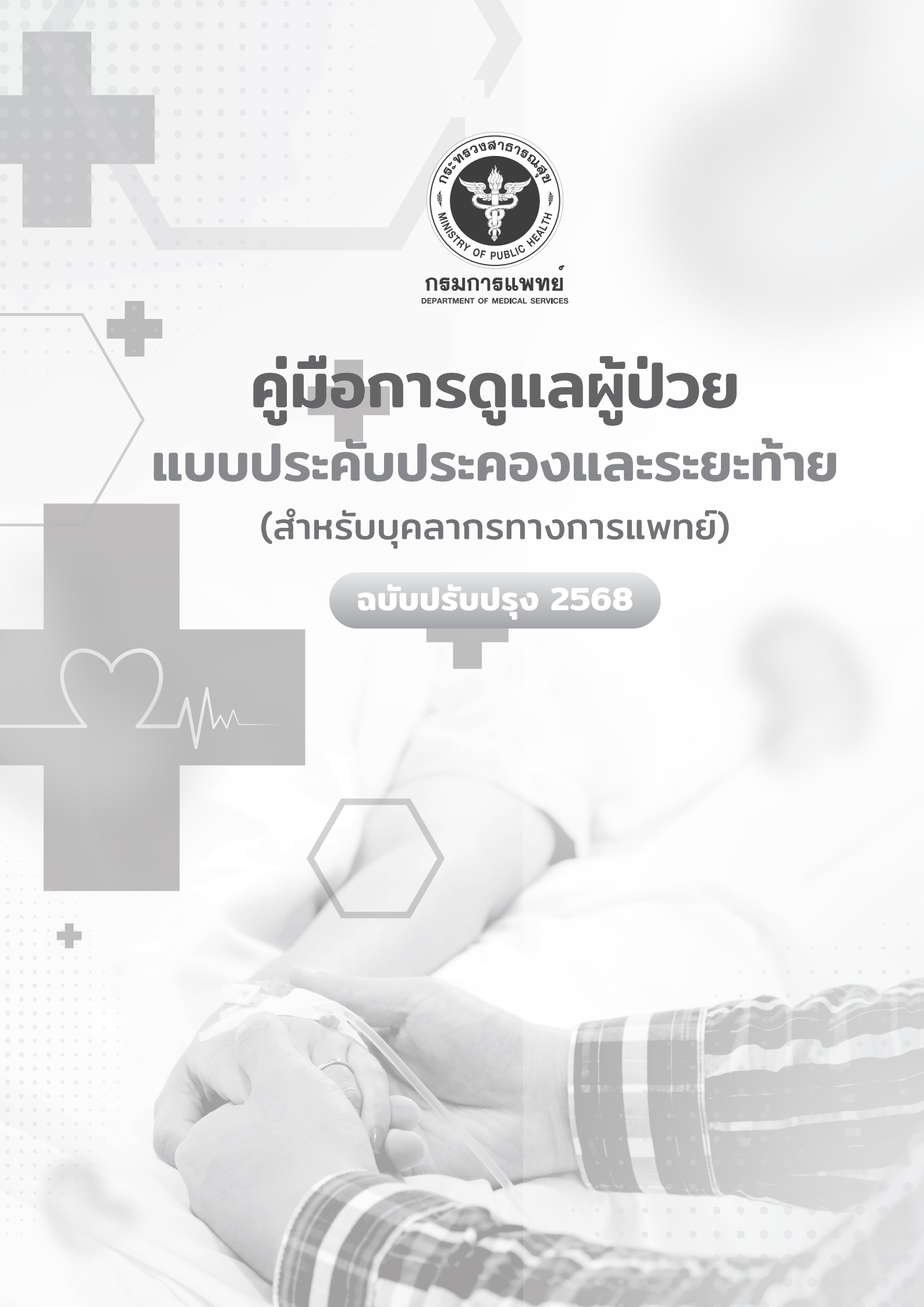
ฉบับปรับปรุง 2568



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

คู่มือการดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคองและระยะท้าย
(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

ฉบับปรับปรุง 2568



คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)
ฉบับปรับปรุง 2568
โดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษา	นพ. ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	อธิบดีกรมการแพทย์
	พญ. ปฐมพร ศิรประภาศิริ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
	นพ. ธนินทร์ เวชชาภินันท์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
	พญ. บุษกร โลหารชุน	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
บรรณาธิการ	พญ. ชุติมา สิมะสาธิตกุล	โรงพยาบาลราชวิถี
	พญ. จิตราพร ธนบดี	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
	พญ. ศุภมาส อำพล	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
	พญ. วรภัทร เชิงปัญญา	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
	พญ. ภาวิตา ประภากร	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
	พญ. มานิตา กิตติเลิศวรกุล	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ทีมบรรณาธิการ
เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, อุมาภรณ์ พงษ์พันธุ์, ธีระพล สมหมายไชยา, หฤทัย โชติสุขรัตน์, ชลิยา วามะลุน, โสภิต ทับทิมหิน, อรวรรณ เมืองสำราญ, อัญชลี สุขขัง, เขมจิต มุกดาดี, ทรงเดช ประเสริฐศรี, สนธิกานต์ ราชโทสี, สุวรรณา แก้วณรงค์, คฑาวุธ นันทิกิติราษฎร์, ดวงกมล ดีทองคำ, สมจิตต์ สุขสง, ชวลี เครือสุคนธ์, ศิรินทร์ทิพย์ นิสังกาศ, สุพัตรา ป่วนไฝ, กฤษณา ตรียมณีรัตน์, กมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์, พงางาม พงศ์จตุรวิทย์, ปนิตา มุ่งกลาง, เกศราภรณ์ ไค่นุ่นภา

พิมพ์ครั้งที่ 2	กุมภาพันธ์ 2569 จำนวน 100 เล่ม
ISBN	978-616-11-5529-2
ISBN (E-book)	978-616-11-5581-0
พิมพ์ที่	บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด 64/2 หมู่ที่ 5 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ตำบลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130 โทรศัพท์ 0 2408 2602
จัดทำโดย	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

คณะผู้เขียน

บทที่ 1 การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย: การบูรณาการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของประชาชน
ปฐมพร ศิรประภาศิริ
บทที่ 2 การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ
ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
บทที่ 3 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายแบบองค์รวม
บทที่ 3.1 ความหมายและหลักการทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
กิติพล นาควิโรจน์
บทที่ 3.2 หลักการสื่อสารในการดูแลประคับประคอง
ทรงเดช ประเสริฐศรี, ณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน, ศิริญญา พิมพ์วิชัย
บทที่ 3.3 การวินิจฉัยและการประเมิน (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
นิอร โชติธนประสิทธิ์, ชลิยา วามะลุน, โสภิต ทับทิมหิน, เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์, สุวรรณกิจ สมทรัพย์, ธีระพันธ์ กากแก้ว, นันทิยา แก้ววงษา
บทที่ 3.4 การดูแลทางด้านร่างกาย
ธีระพล สมหมายไชยา
บทที่ 3.5 การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยระยะท้าย
แพรวไพลิน สมพีร์วงศ์
บทที่ 3.6 การดูแลแบบประคับประคองด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนาอย่างรอบด้าน
ณัฏฐา ศรีระเดช, ภัทรวดี เกษมโชติธัญญ, จันทร์นภา เพชรมุณี, ชุลีรัตน์ ทรงธรรม, คฑาวุธ นันทิกิติราษฎร์, พิสมัย คุณาวัฒน์
บทที่ 3.7 การดูแลระยะกำลังจะเสียชีวิต
จิตราพร ธนบดี, สนธิกานต์ ราชโทสี
บทที่ 3.8 การดูแลภายหลังเสียชีวิต
ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์, สิริกานดา กอแก้ว, รัตนพร วังคะฮาด
บทที่ 4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเฉพาะโรค/เฉพาะกลุ่ม
บทที่ 4.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ชุติมา สิมะสาธิตกุล, อรวรรณ เมืองสำราญ, อัญชลี สุขขัง
บทที่ 4.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท
ญดา พงษ์กาญจนะ, อัญเชิญ ชัยล้อรัตน์, เสาวรินทร์ เผดิมปราชญ์, สุพัตรา ปวนไฝ
บทที่ 4.3 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
อนัญพร เจนวิริยะกุล, ณัฐชญา บัวละคร
บทที่ 4.4 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ
อลิศรา อนันนับ, ปวริศา บัวทอง
บทที่ 4.5 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ แบบประคับประคอง
ธัณฐภรณ์ กอสกุลศิริบูรณ์
บทที่ 4.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด
สตรีรัตน์ จั่นครุฑ, ปัณณวัฒน์ ปะมะคัง
บทที่ 4.7 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ
ฐิติรัตน์ ตันติปรีชาพงศ์
บทที่ 4.8 การดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายในเด็ก
เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, ปราณี เมืองน้อย, ถิรพร ตั้งจิตติพร, วาณี แม่นยำ, นารี หินนาง, ปริภาดา สร้างนอก, จิณณพัต ยอดไกรศรี, กมลวรรณ พ่อค้า
บทที่ 4.9 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ
มานิตา กิตติเลิศวรกุล, กมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์
บทที่ 4.10 การดูแลพระอาพาธแบบประคับประคอง
ชวลี เครือสุคนธ์, พจนา สายัณห์
บทที่ 4.11 การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤติ
นิษฐา เอื้ออารีมิตร
บทที่ 4.12 การดูแลแบบประคับประคองในห้องฉุกเฉิน
ธิดาทิต ประชานุกูล
บทที่ 5 บทบาททีมสหวิชาชีพในการดูแลประคับประคอง
บทที่ 5.1 บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์
บทที่ 5.2 บทบาทของนักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
อนุชตรา วรรณเสวก, ชลิดา ถมยาปริวัติ
บทที่ 5.3 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
สุทาวรรณ์ ไชยมูล, กรนิกา คงหนองลาน, สุภาวดี บุญรอด
บทที่ 5.4 บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
สุกัญญา ยังหอกิจไพศาล, พลอยขวัญ ชูสนิท
บทที่ 5.5 บทบาทของนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
กัลยพร นันทชัย
บทที่ 5.6 บทบาทของการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ภูมิณรงค์ วาณิชย์พุฒิกุล, กาญจนา ผาภูมมา
บทที่ 5.7 บทบาทของการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (art therapy, music therapy, pet therapy)
วรรณา ฉายอรุณ, เขมจิต มุกดาดี, ทรงเดช ประเสริฐศรี
บทที่ 5.8 บทบาทของพยาบาลในการเตรียมผู้ดูแลที่บ้าน
ณัฐกฤตา ชูสุวรรณ, ฑิกามาศ ยุรชาติ, นริสรา ใจยะเลิศ
บทที่ 6 การบูรณาการการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะยาว
ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
บทที่ 7 การดูแลประคับประคองในชุมชน (community-based palliative care)
อรรถกร รักษาสัตย์
บทที่ 8 การเสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลประคับประคอง
วรรณา จารุสมบูรณ์
บทที่ 9 คุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง
ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
บทที่ 10 การดูแลผู้ดูแล
วรรณา จารุสมบูรณ์
บทที่ 11 หลักกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
พงศ์นรินทร์ มากรัตน์
บทที่ 12 การบริจาคดวงตาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ฉวีวรรณ จันทนกูล, อภิรดี ธรรมจารี, ดาวรุ่ง คุณวุฒิคุณากร, ณภัทรกัญ แจ้งอรุณนิจ, ฐานิดา ก้อนทอง

รายนามผู้นิพนธ์

ภญ. กมลวรรณ พ่อค้า เภสัชกรชำนาญการ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

นางสาวกรนิกา คงหนองลาน นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ดร. กัลยพร นันทชัย นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

พท.ป. กาญจนา ผาภูมมา แพทย์แผนไทยประยุกต์
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

รศ.นพ. กิติพล นาควิโรจน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พว. เขมจิต มุกดาดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

พว. คฑาวุธ นันทิกิตติราษฎร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

พว. จันทร์นภา เพชรมุณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

นางจิณณพัต ยอดไกรศรี นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พญ. จิตราพร ธนบดี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

พว.ฉวีวรรณ จันทนกูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลราชวิถี

นางชลิดา ถมยาปริวัติ นักโภชนาการชำนาญการ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ดร.พว. ชลิยา วามะลุน พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

พว. ชวลี เครือสุคนธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลสงฆ์

พญ. ชุติมา สิมะสาธิตกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลราชวิถี

พว. ชุลีรัตน์ ทรงธรรม พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

พญ. ญดา พงษ์กาญจนะ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันประสาทวิทยา

นางสาวฐานิดา ก้อนทอง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โรงพยาบาลราชวิถี

พญ. ฐิติรัตน์ ตันติปรีชาพงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลราชวิถี

พว. ฑิกามาศ ยุรชาติ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

พว. ณภัทรกัญ แจ้งอรุณนิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลราชวิถี

พญ. ณัฏฐา ศรีระเดช นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

พว. ณัฐกฤตา ชูสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

พว. ณัฐชญา บัวละคร พยาบาลชำนาญการ
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พว. ณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

พว. ดาวรุ่ง คุณวุฒิคุณากร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลราชวิถี

พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พญ. ถิรพร ตั้งจิตติพร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พว. ทรงเดช ประเสริฐศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

พว. ธัณฐภรณ์ กอสกุลศิริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันบำราศนราดูร

รศ.พญ. ธิดาทิต ประชานุกูล ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นพ. ธีระพล สมหมายไชยา นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลเลิดสิน

พว. ธีระพันธ์ กากแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
พว. นริสรา ใจยะเลิศ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
พว. นันทิยา แก้ววงษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
พว. นารี หินนาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
พญ. นิษฐา เอื้ออารีมิตร	อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูน
พญ. นิอร โชติธนประสิทธิ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
พญ. ปฐมพร ศิรประภาศิริ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พญ. ปราณี เมืองน้อย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
พว. ปริภาดา สร้างนอก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
พว. ปวริศา บัวทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันโรคทรวงอก
พว. ปัณณวัฒน์ ปะมะคัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันโรคทรวงอก
พญ. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
นายพงศ์นรินทร์ มากรัตน์	นักวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
พว. พจนา สายัณห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงฆ์
พว. พิสมัย คุณาวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
พว. เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
ทพญ. แพรวไพลิน สมพีร์วงศ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันทันตกรรม
กภญ.พลอยขวัญ ชูสนิท	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

พว. ภัทรวดี เกษมโชติธัญญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

พท.ป. ภูมิณรงค์ วาณิชย์พุฒิกุล แพทย์แผนไทยชำนาญการ
โรงพยาบาลจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

พญ. มานิตา กิตติเลิศวรกุล นายแพทย์ปฏิบัติการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

พว. ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

พว. รัตนพร วังคะฮาด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

นางสาววรรณา จารุสมบูรณ์ ประธานกลุ่ม peaceful death
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา

พว. วรรณา ฉายอรุณ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

ภญ. วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

พว. วาณี แม่นยำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พว. ศิริญญา พิมพ์วิชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

พญ. สตรีรัตน์ จั่นครุฑ นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันโรคทรวงอก

พว. สนธิกานต์ ราชโทสี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาล มะเร็งชลบุรี

ดร.พว. โสภิต ทับทิมหิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

พญ. เสาวรินทร์ เผดิมปราชญ์ นายแพทย์ชำนาญการ
อายุรแพทย์ระบบประสาทและสมอง
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

พว. สิริกานดา กอแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

กภญ. สุกัญญา ยังหอกิจไพศาล นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

นางสุฑาวรรณ์ ไชยมูล นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พว. สุพัตรา ปวนไฝ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

นางสาวสุภาวดี บุญรอด นักสังคมสงเคราะห์
กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พว. สุวรรณกิจ สมทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

พญ. อนัญพร เจนวิริยะกุล นายแพทย์ปฏิบัติการ
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.พว. อนุชตรา วรรณเสวก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

พว. อภิรดี ธรรมจารี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลราชวิถี

นพ. อรรถกร รักษาสัตย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กรรมการราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
แห่งประเทศไทย

พว. อรวรรณ เมืองสำราญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

พญ. อลิศรา อนันนับ นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันโรคทรวงอก

พว. อัญชลี สุขขัง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ดร.พว. อัญเชิญ ชัยล้อรัตน์ พยาบาลวิชาชีพ
สถาบันประสาทวิทยา

เอกสารเล่มนี้เป็นเอกสารวิชาการ ซึ่งเป็นความคิดเห็นของบรรณาธิการและคณะผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของหน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง

คำนิยม

หนังสือ “คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) ฉบับปรับปรุง 2568” เล่มนี้ เป็นผลงานที่มีคุณค่าอย่างยิ่งในการสนับสนุนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ในการยกระดับคุณภาพระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเวลาสำคัญของชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน เหมาะสม และคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างสูงสุด

คู่มือฉบับนี้ได้รวบรวมองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างรอบด้าน ครอบคลุมตั้งแต่หลักการพื้นฐาน การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลแบบองค์รวมในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนแนวทางการดูแลเฉพาะภาวะและเฉพาะกลุ่ม รวมถึงบทบาทของสหวิชาชีพในการบูรณาการการดูแลตั้งแต่ระดับหน่วยบริการไปจนถึงชุมชน ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้าพเจ้าขอแสดงความชื่นชมต่อคณะผู้จัดทำ ผู้ทรงคุณวุฒิ และทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ ด้วยความวิริยะอุตสาหะและความทุ่มเทในการรวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการจนสำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของชาติ

(นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์)
อธิบดีกรมการแพทย์



คำนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายถือเป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ละเอียดอ่อนของชีวิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม จึงได้จัดทำ "คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) ฉบับปรับปรุง 2568" ขึ้น

คู่มือฉบับนี้ได้รับการปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยจากฉบับเดิมในปี พ.ศ. 2563 เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยและแนวปฏิบัติสากล โดยครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญ ได้แก่ การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา การดูแลในระยะกำลังจะเสียชีวิตและภายหลังเสียชีวิต การดูแลช่องปากในผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรคและเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ อาทิ ผู้ป่วยโรคระบบประสาท ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจ การดูแลในห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยวิกฤติ การดูแลภิกษุอาพาธ ผู้สูงอายุ และเด็ก

นอกจากนี้ คู่มือยังนำเสนอบทบาทของสหวิชาชีพในการทำงานร่วมกันโดยเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และการแพทย์แผนไทย รวมถึงบทบาทของการแพทย์ทางเลือก เช่น Art Therapy, Music Therapy และ Pet Therapy ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกับการบริจาคอวัยวะ

กรมการแพทย์ขอขอบคุณ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และ พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำอันมีค่ายิ่ง ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญ คณะทำงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้อุทิศเวลาและความรู้ความสามารถในการจัดทำคู่มือฉบับนี้ และขอขอบคุณบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกท่านที่ปฏิบัติงานด้วยความทุ่มเทและเมตตาธรรมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีที่สุดในช่วงเวลาสำคัญของชีวิต

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงเวลา

บรรณาธิการ
สิงหาคม 2568



สารบัญ

หน้า

คำนำ
สารบัญ
สารบัญตาราง
สารบัญภาพ
บทที่ 1 การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย: การบูรณาการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของประชาชน **1**
บทที่ 2 การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ **7**
บทที่ 3 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม **25**
3.1 ความหมายและหลักการทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 27
3.2 หลักการสื่อสารในการดูแลประคับประคอง 35
3.3 การวินิจฉัยและการประเมิน (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 47
3.4 การดูแลทางด้านร่างกาย 55
3.5 การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยระยะท้าย 73
3.6 การดูแลแบบประคับประคองด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนาอย่างรอบด้าน 79
3.7 การดูแลระยะกำลังจะเสียชีวิต 91
3.8 การดูแลภายหลังเสียชีวิต 99
บทที่ 4 การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค/เฉพาะกลุ่ม **103**
4.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 105
4.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท 141
4.3 การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังระยะท้าย 157
4.4 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ 185
4.5 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง 197
4.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด 205
4.7 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ 215
4.8 การดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายในเด็ก 223
4.9 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ 291
4.10 การดูแลพระอาพาธระยะท้ายแบบประคับประคอง 307
4.11 การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต 317
4.12 การดูแลแบบประคับประคองในห้องฉุกเฉิน 329
บทที่ 5 บทบาททีมสหวิชาชีพในการดูแลประคับประคอง **341**
5.1 บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 343

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

5.2 บทบาทของนักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 355

5.3 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 371

5.4 บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 383

5.5 บทบาทของนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 391

5.6 บทบาทของการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 401

5.7 บทบาทของการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 413

5.8 บทบาทของพยาบาลในการเตรียมผู้ดูแลที่บ้าน 435

บทที่ 6 การบูรณาการการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะยาว 447

บทที่ 7 การดูแลประคับประคองในชุมชน 467

บทที่ 8 การเสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลประคับประคอง 481

บทที่ 9 คุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง 493

บทที่ 10 การดูแลผู้ดูแล 505

บทที่ 11 หลักกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 513

บทที่ 12 การบริจาคดวงตาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง 523

ภาคผนวก 539

ภาคผนวกที่ 1 World Health Organization: Conceptual Model of Palliative Care Development 541

ภาคผนวกที่ 2 ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 542

ภาคผนวกที่ 3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 543

ภาคผนวกที่ 4 ระบบ e-Living Will สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 545

ภาคผนวกที่ 5 ตัวอย่างแบบฟอร์ม/เอกสารประกอบที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคดวงตาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง 546

สารบัญตาราง

หน้า

บทที่ 3.3 การวินิจฉัยและการประเมิน (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 47

ตารางที่ 3.3.1 เปรียบเทียบองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง 48

ตารางที่ 3.3.2 เปรียบเทียบ Clinical Frailty Scale, ADL, ECOG Performance Status, Kanofsky Performance Status และ Palliative Performance Score 52

บทที่ 3.4 การดูแลทางด้านร่างกาย 55

ตารางที่ 3.4.1 หลักการใช้ยาแก้ปวดขององค์การอนามัยโลก 57

ตารางที่ 3.4.2 ตัวอย่างยากลุ่ม non opioid ที่ใช้บ่อย 57

ตารางที่ 3.4.3 รายละเอียดของยาในกลุ่ม weak opioid ที่ใช้บ่อย 58

ตารางที่ 3.4.4 รายละเอียดของยาในกลุ่ม strong opioid ที่ใช้บ่อย 58

ตารางที่ 3.4.5 adjuvants drug ที่ใช้บ่อย 60

บทที่ 4.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 105

ตารางที่ 4.1.1 WHO analgesic ladder 107

ตารางที่ 4.1.2 รูปแบบต่าง ๆ ของมอร์ฟีน 110

ตารางที่ 4.1.3 Equianalgesic dose ของมอร์ฟีนและเฟนตานิล 113

ตารางที่ 4.1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดสูง 124

ตารางที่ 4.1.5 ขนาดยา Pamidronate, Clodronate และ Zoledronic acid 126

บทที่ 4.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท 141

ตารางที่ 4.2.1 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในโรคหลอดเลือดสมอง 144

บทที่ 4.3 การดูแลประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังระยะท้าย 157

ตารางที่ 4.3.1 การประเมิน Charlson Comorbidity Index (CCI) 162

ตารางที่ 4.3.2 การประเมิน Karnofsky Performance Status Scale (KPS) 163

ตารางที่ 4.3.3 ข้อดี-ข้อด้อยของแนวทางการรักษาด้วยวิธีการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการดูแลประคับประคอง 167

ตารางที่ 4.3.4 แนวทางการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย 171

ตารางที่ 4.3.5 การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 173

ตารางที่ 4.3.6 การจัดการอาการที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิต 176

บทที่ 4.4 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ 185

ตารางที่ 4.4.1 ลักษณะทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยระยะ advanced HF 189

ตารางที่ 4.4.2 ลักษณะทางคลินิกที่ใช้ในการพิจารณาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 190

ตารางที่ 4.4.3 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพตามระดับ PPS 193

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด **205**

ตารางที่ 4.6.1 การประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมตามระดับการดำเนินของโรค mMRC 207

ตารางที่ 4.6.2 COPD Assessment Test (CAT) 208

ตารางที่ 4.6.3 ข้อบ่งชี้ในการปรึกษา palliative care สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ ILD 212

บทที่ 4.7 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ **215**

ตารางที่ 4.7.1 The Child-Turcotte-Pugh score and classification 217

ตารางที่ 4.7.2 Model for end stage liver disease (MELD) score 217

บทที่ 4.8 การดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายในเด็ก **223**

4.8.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (definition of pediatric palliative care) 223

ตารางที่ 4.8.1.1 การแบ่งผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลประคับประคอง 224

ตารางที่ 4.8.1.2 ความเข้าใจ เรื่องความตาย ในเด็กแต่ละวัย และปฏิกิริยาต่อความตาย 226

4.8.2 การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (Pediatric palliative assessment) 229

ตารางที่ 4.8.2.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก Palliative Performance Scale for Children Suandok (PPS–Children Suandok) 236

4.8.4 การจัดการอาการไม่สุขสบายทางกายในผู้ป่วยเด็ก (pediatric symptoms management) 249

ตารางที่ 4.8.4.1 ตัวอย่างเครื่องมือประเมินความตามวัย 250

ตารางที่ 4.8.4.2 ขนาดยาสำหรับระงับอาการปวดไม่รุนแรง 252

ตารางที่ 4.8.4.3 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด 253

ตารางที่ 4.8.4.4 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารก ตั้งแต่อายุ 1 เดือน - 1 ปี 253

ตารางที่ 4.8.4.5 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่อายุ 1-12 ปี 254

ตารางที่ 4.8.4.6 อัตราส่วนการปรับยาระหว่างการบริหารยาแบบ parenteral และ oral 254

ตารางที่ 4.8.4.7 ตัวอย่างยากลุ่ม ยาเสริม (adjuvant drugs) 254

ตารางที่ 4.8.4.8 แสดงยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน 258

ตารางที่ 4.8.4.9 แนวทางปฏิบัติให้การรักษาชักต่อเนื่องในโรงพยาบาล 258

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

4.8.6 การประเมินและช่วยเหลือทางจิตใจในผู้ป่วยเด็ก (Psychological assessment and support) 270

ตารางที่ 4.8.6.1 การประเมินทางจิตใจของผู้ป่วยเด็กตามช่วงวัยและผู้ดูแล/ผู้ปกครอง 271

4.8.8 การดูแลด้านจิตวิญญาณในเด็กระยะท้าย (Spiritual care in pediatric palliative) 281

ตารางที่ 4.8.8.1 การพยาบาลตามระยะพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ 281

4.8.9 การเยียวยาหลังสูญเสีย (Bereavement care) 285

ตารางที่ 4.8.9.1 แสดงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยฟื้นตัวจากภาวะสูญเสียบุคคลที่รัก 286

ตารางที่ 4.8.9.2 การรับรู้ความโศกเศร้าในพี่น้องของเด็กที่เสียชีวิต 287

ตารางที่ 4.8.9.3 เครื่องมือดูแลความสูญเสียของพี่น้อง 288

บทที่ 4.9 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ 291

ตารางที่ 4.9.1 การดูแลผู้สูงอายุแบบเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแบบประคับประคอง 295

บทที่ 4.11 การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต 317

ตารางที่ 4.11.1 แบบคัดกรองผู้ป่วย ICU ที่ควรได้รับการดูแล Palliative care ควบคู่ 320

บทที่ 5 บทบาททีมสหวิชาชีพในการดูแลประคับประคอง 341

บทที่ 5.1 บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 343

ตารางที่ 5.1.1 คำแนะนำเกี่ยวกับรายการยาจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (essential drug list in palliative care) 348

บทที่ 5.2 บทบาทของนักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 355

ตารางที่ 5.2.1 ตัวอย่างเมนูอาหาร 5 วัน สำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย 364

ตารางที่ 5.2.2 การจัดการอาการในการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย 366

บทที่ 5.3 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 371

ตารางที่ 5.3.1 แบบประเมินปัญหาสังคมผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย 374

ตารางที่ 5.3.2 แบบตรวจสอบสวัสดิการสังคมที่ควรได้รับสำหรับทุกคน (welfare for all) 375

ตารางที่ 5.3.3 แบบตรวจสอบความพร้อมของที่อยู่อาศัยบ้านและสิ่งแวดล้อมก่อนกลับบ้าน 376

บทที่ 5.4 บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 383

ตารางที่ 5.4.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายสำหรับนักกายภาพบำบัด 384

ตารางที่ 5.4.2 ขั้นตอนการประเมินและให้การรักษา ดูแล ทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย 387

ตารางที่ 5.4.3 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) 388

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5.5 บทบาทของนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 391

ตารางที่ 5.5.1 การประเมินและการดูแลภาวะจิตใจผู้ป่วยระยะท้าย 395

ตารางที่ 5.5.2 การประเมินและการดูแลภาวะจิตใจญาติและผู้ดูแล 396

บทที่ 5.6 บทบาทของการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 401

ตารางที่ 5.6.1 เกณฑ์การตรวจประเมินทั่วไปทางการแพทย์แผนไทย 404

ตารางที่ 5.6.2 การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร 406

ตารางที่ 5.6.3 สมุนไพรที่ช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร 409

บทที่ 6 การบูรณาการการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะยาว 447

ตารางที่ 6.1 แสดงร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ของสปสช. 451

ตารางที่ 6.2 SPICT® criteria 459

ตารางที่ 6.3 แนวทางการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองใน LTC 460

บทที่ 7 การดูแลประคับประคองในชุมชน 467

ตารางที่ 7.1 การดูแลประคับประคองของทีมโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิงในชุมชน 473

ตารางที่ 7.2 สรุปบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน/อาชีพในการดูแลประคับประคองในชุมชน 477

บทที่ 12 การบริจาคดวงตาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง 523

ตารางที่ 12.1 วิธีการดูแลรักษาสภาพดวงตาของผู้บริจาคที่เสียชีวิตเพื่อรอการจัดเก็บดวงตา 528

ตารางที่ 12.2 ขั้นตอนการเจาะเก็บตัวอย่างโลหิตผู้บริจาคดวงตา 529

ตารางที่ 12.3 ขั้นตอนการจัดเก็บดวงตา 531

สารบัญภาพ

หน้า

บทที่ 3.1 ความหมายและหลักการทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 27

ภาพที่ 3.1.1 แสดงความต่อเนื่องของการดูแลแบบประคับประคองตาม WHO 30

บทที่ 3.3 การวินิจฉัยและการประเมิน (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 47

ภาพที่ 3.3.1 แนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 50

บทที่ 3.4 การดูแลทางด้านร่างกาย 55

ภาพที่ 3.4.1 มาตราวัดคะแนนเชิงตัวเลข (Numerical Rating Scale, NRS) 56

ภาพที่ 3.4.2 มาตราวัดความเจ็บปวดแบบใบหน้า (Face Pain Rating Scale) 56

บทที่ 4.3 การดูแลประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังระยะท้าย 157

ภาพที่ 4.3.1 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 160

ภาพที่ 4.3.2 แผนผังการบูรณาการเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการดูแลประคับประคองในโรคไตเรื้อรังระยะท้ายของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 164

ภาพที่ 4.3.3 แผนผังการบูรณาการแนวทางการทำงานสำหรับการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 165

ภาพที่ 4.3.4 บันไดการใช้ยาระงับปวดขององค์การอนามัยโลก 170

บทที่ 4.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด 205

ภาพที่ 4.6.1 กราฟแสดงการทำงานของปอดที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในคนปกติและในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 206

ภาพที่ 4.6.2 แสดงกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD guideline 208

ภาพที่ 4.6.3 กราฟแสดงการดำเนินโรคของ IPF 211

บทที่ 4.7 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ 215

ภาพที่ 4.7.1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษาแบบประคับประคอง 219

บทที่ 4.8 การดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายในเด็ก 223

4.8.2 การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (pediatric palliative assessment) 229

ภาพที่ 4.8.2.1 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) 237

ภาพที่ 4.8.2.2 Distress Thermometer for child 237

4.8.4 การจัดการอาการไม่สุขสบายทางกายในผู้ป่วยเด็ก (pediatric symptoms management) 249

ภาพที่ 4.8.4.1 บันได 3 ขั้นของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1998 251

ภาพที่ 4.8.4.2 บันได 2 ขั้นของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2012 252

ภาพที่ 4.8.4.3 Dalhousie Dyspnea Scale 256

สารบัญภาพ (ต่อ)

หน้า

ภาพที่ 4.8.4.4 ยามอร์ฟีนรูปแบบรับประทาน 259
ภาพที่ 4.8.4.5 ยา MST 259
ภาพที่ 4.8.4.6 ยา Kapanol 260
ภาพที่ 4.8.4.7 ยา fentanyl patch 261
ภาพที่ 4.8.4.8 การใช้ Fentanyl Transdermal Patch 261
4.8.8 การดูแลด้านจิตวิญญาณในเด็กระยะท้าย (spiritual care in pediatric palliative) 281
ภาพที่ 4.8.8.1 ตัวอย่างกิจกรรมเพื่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ 283
บทที่ 4.9 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ 291
ภาพที่ 4.9.1 วิถีการเจ็บป่วยโรคมะเร็ง 297
ภาพที่ 4.9.2 วิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ระบบอวัยวะล้มเหลว 297
ภาพที่ 4.9.3 วิถีการเจ็บป่วยภาวะสมองเสื่อมและภาวะเปราะบาง 298
ภาพที่ 4.9.4 เครื่องมือประเมิน Clinical Frailty Scale 303
ภาพที่ 4.9.5 แบบประเมินภาวะความเจ็บปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ 304
บทที่ 4.10 การดูแลพระอาพาธระยะท้ายแบบประคับประคอง 307
ภาพที่ 4.10.1 เครื่องนุ่งห่มที่ควรจัดเตรียม (สบง จีวร สังฆาฏิ อังสะ และรัดประคด) 308
ภาพที่ 4.10.2 วิธีห่มดองหรือห่มพาดสังฆาฏิ และวิธีห่มคลุม 311
ภาพที่ 4.10.3 ตัวอย่างการจัดหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต 311
ภาพที่ 4.10.4 ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อม 312
ภาพที่ 4.10.5 ตัวอย่างแบบฟอร์มทำพินัยกรรมมอบสมบัติของพระอาพาธ 314
บทที่ 4.11 การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต 317
ภาพที่ 4.11.1 ตัวอย่างการใช้แบบคัดกรองการดูแลแบบประคับประคองใน ICU โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 319
ภาพที่ 4.11.2 แผนภูมิแท่งแสดงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรายงานด้วยตัวเอง 322
ภาพที่ 4.11.3 Behavior Pain Scale มี 2 แบบ คือใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ 324
บทที่ 4.12 การดูแลแบบประคับประคองในห้องฉุกเฉิน 329
ภาพที่ 4.12.1 โครงสร้างการดูแลแบบประคับประคองในห้องฉุกเฉินตามการไหลเวียนของผู้ป่วย 330
บทที่ 5.2 บทบาทของนักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 355
ภาพที่ 5.2.1 เครื่องดื่มเพิ่มพลังงานและโปรตีน “Smoothie Soy milk บานาน่า นมชมพู” 365

สารบัญภาพ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5.7 บทบาทของการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 413

ภาพที่ 5.7.1 แสดงการทำศิลปะบำบัดในรูปแบบทัศนศิลป์ 416

ภาพที่ 5.7.2 การใช้ศิลปะบำบัดโดยการใช้สื่อที่ยืดหยุ่นได้ (สีน้ำ) 416

ภาพที่ 5.7.3 การทำศิลปะบำบัดที่ส่งเสริมความเข้าใจระหว่างครอบครัว 419

ภาพที่ 5.7.4 แสดงถึงกิจกรรมความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wish) ที่ได้มาจากการค้นหาความหมายในชีวิตของศิลปะบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี 420

ภาพที่ 5.7.5 ภาพกิจกรรมดนตรีบำบัด โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ 423

ภาพที่ 5.7.6 ภาพผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หออภิบาลคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี 425

ภาพที่ 5.7.7 ภาพกิจกรรม AAT โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ 426

บทที่ 5.8 บทบาทของพยาบาลในการเตรียมผู้ดูแลที่บ้าน 435

ภาพที่ 5.8.1 QR code ร่าง คู่มือการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง สำหรับครอบครัว 438

บทที่ 6 การบูรณาการการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะยาว 447

ภาพที่ 6.1 ดัชนีการสูงอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ และอัตราส่วนเกื้อหนุน พ.ศ. 2567 449

ภาพที่ 6.2 การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองใน LTC 458

ภาพที่ 6.3 สถานชีวาภิบาล 461

ภาพที่ 6.4 การพัฒนาคุณภาพการบูรณาการการดูแลประคับประคองใน LTC 464

บทที่ 7 การดูแลประคับประคองในชุมชน 467

ภาพที่ 7.1 ระบบการดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามรูปแบบการให้บริการ 469

ภาพที่ 7.2 รูปแบบการให้บริการประคับประคอง 471

ภาพที่ 7.3 ระบบการดูแลประคับประคองในชุมชน 472

บทที่ 9 คุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง 493

ภาพที่ 9.1 มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง 498

ภาพที่ 9.2 การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง 500

บทที่ 12 การบริจาคดวงตาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง 523

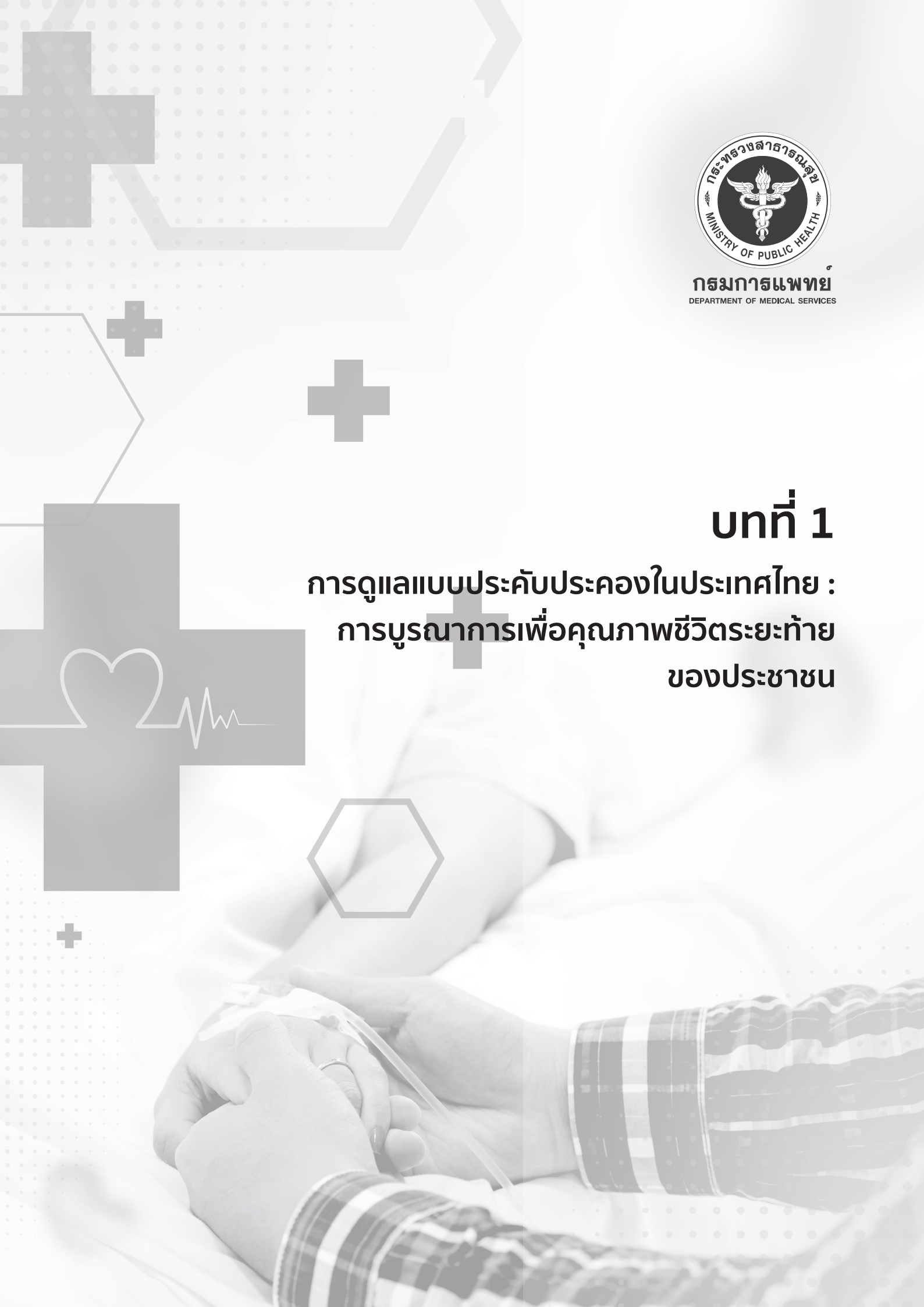
ภาพที่ 12.1 แสดงบรรจุภัณฑ์ การบรรจุ และการปิดผนึก เพื่อนำส่งดวงตาของโรงพยาบาลเครือข่าย 534



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 1

การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย : การบูรณาการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของประชาชน





บทที่ 1 การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย : การบูรณาการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายของประชาชน

พญ. ปฐมพร ศิรประภาศิริ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ที่มีระบบบริการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้า ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลดี ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาว ในขณะเดียวกันความนิยมในการแต่งงานใช้ชีวิตคู่ลดลง และแม้แต่งงานก็มักจะไม่มีบุตร ผลักให้ประเทศเข้าสู่ปัญหาสังคมสูงวัย ทำให้ผู้มีการศึกษาและวัยแรงงานส่วนหนึ่งเริ่มมีความวิตกกังวลในการใช้ชีวิตบั้นปลาย และเริ่มมีการเรียกร้องเรื่องการจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานจากการยื้อชีวิต การจัดระบบบริการชีวาภิบาลมีเป้าหมายในการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ด้วยการลดความทุกข์ทรมานทั้งทางกาย ทางใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวหรือเพื่อนยามชรา สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ โดย**มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตที่ดี และการจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามที่มีความประสงค์**

พัฒนาการของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย เกิดจากการผลักดันของนักวิชาการจนเกิดนโยบายและการปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2557 กรมการแพทย์ทำหน้าที่ขยายบริการแบบประคับประคองในโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาหลักสูตรและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ และพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับเครือข่ายวิชาชีพ เพื่อพัฒนาให้เกิดบริการในทุกรูปแบบ ทั้งการบริการผู้ป่วยนอก การบริการผู้ป่วยใน และการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อจัดการอาการและความทุกข์จากการเจ็บป่วยในระยะบั้นปลายให้กับประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย การพัฒนาที่ผ่านมามี**ภารกิจสำคัญที่กรมการแพทย์ดำเนินการ คือ การขยายโอกาสการเข้าถึงยาที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการในระยะประคับประคอง** เช่น ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ โดยการปรับปรุงระเบียบกฎหมายเกี่ยวกับการจำหน่ายยามอร์ฟีน การสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของประชาชนและความเข้าใจของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและสิทธิในการทำพินัยกรรมชีวิต และ**การผลักดันให้มีการจ่ายเงินชดเชยให้หน่วยบริการ**ที่ทำการรักษาแบบประคับประคองจากกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภารกิจมีความท้าทายมากขึ้น เมื่อมีการกระจายอำนาจการดูแลสุขภาพปฐมภูมิสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการปรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่ชีวาภิบาล คือ การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง (long term care) เข้ามาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย ทำให้กรมอนามัยต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างศักยภาพของนักบริบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นการขยายบทบาทหน้าที่จากทีมวิชาชีพสายการแพทย์ออกไปสู่สายสังคม คือ นักบริบาลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนขยายจากภาครัฐ

สู่ภาคเอกชนที่มีแนวคิดทางธุรกิจในรูปแบบ wellness และ hospice หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมและภาคีเครือข่าย องค์กรต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้และการประสานงานภายในโรงพยาบาลระหว่าง**สหวิชาชีพ (multidisciplinary team)** เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา แล้วยังจำเป็นต้อง**ประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแลสายการแพทย์ สายสังคม และกฎหมาย** เพื่อเชื่อมโยงบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจร หากผู้ป่วยที่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน ก็ต้องได้รับการดูแลตามขั้นตอนที่ถูกต้องจนถึงวาระสุดท้าย และเมื่อเสียชีวิตแล้ว ผู้เกี่ยวข้องสามารถอำนวยความสะดวกให้ญาติได้รับใบมรณบัตรและจัดพิธีทางศาสนาได้โดยเร็ว

จุดเริ่มต้นของการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญที่สุด คือ การประเมินสมรรถนะที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยอย่างแม่นยำ เพื่อนำไปสู่การดูแลที่ผู้ป่วยวางแผนล่วงหน้าไว้ ดังนั้น **บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้และทักษะในการประเมิน (triage) และจัดบริการแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care)** เพื่อให้เกิดการดูแลที่เป็นไปตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยเป็นหลัก โดย**ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (shared decision making) ผ่านกระบวนการ family meeting** เกี่ยวกับแผนการรักษาและการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนส่งเสริมค่านิยม**การตายดี (good death)** ซึ่งเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นทั่วโลก การตายดีไม่ใช่การเร่งให้เสียชีวิต แต่เป็นการยอมรับกระบวนการเสียชีวิตอย่างเป็นธรรมชาติ และมุ่งเน้นที่การเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จนวินาทีสุดท้าย การตายดีไม่ได้มีนิยามที่ตายตัว เพราะเป็นเรื่องส่วนบุคคลที่ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งทุกคนมีสิทธิในการตัดสินใจ **การกำหนดรายละเอียดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan, ACP)** เป็นแนวทางสำหรับผู้ให้การดูแลจะได้สามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและคนที่รักสามารถเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบและมีคุณค่า ดำเนินชีวิตไปตามช่วงเวลาต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง (continuity of care)

ปัจจุบัน สื่อสาธารณะต่าง ๆ ช่วยให้ประชาชนมีความเข้าใจและกล้าที่จะพูดคุยเรื่องความตายมากขึ้น การตายดีไม่ใช่เรื่องน่ากลัว แต่เป็นเรื่องที่ทุกคนควรเรียนรู้และเตรียมพร้อม ประชาชนควรตระหนักรู้ในสิทธิของตนในการไม่ยื้อชีวิตและมีการสื่อสารกับคนในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน เมื่อเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่บ้านหรือที่ทำงาน คนในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนร่วมงานที่ไม่ทราบเจตนายังอาจเรียกรถฉุกเฉิน ดังนั้น *การดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะในสังคมเมืองจึงไม่ได้เริ่มต้นที่โรงพยาบาล แต่เริ่มต้นจากการเรียกรถฉุกเฉินและสื่อสารข้อมูลเจตนารมณ์ของผู้ป่วยให้ผู้ทำหน้าที่กู้ชีพทราบ* เพื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ซึ่ง**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำ e-living will** เพื่อใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการ**สื่อสารความต้องการของประชาชนกับหน่วยงานการแพทย์**ทั้งหมด ตั้งแต่รถฉุกเฉิน ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ที่สามารถรับทราบเจตนาความประสงค์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแผนการจัดการในภาวะวิกฤต อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้จำเป็นต้องได้รับการผลักดันโดยภาคประชาชนให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เข้าใช้ระบบฐานข้อมูลกลาง และ**โรงพยาบาลควรมีหอผู้ป่วยชีวาภิบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ประสงค์จะเสียชีวิตในโรงพยาบาล**โดยไม่ยื้อชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit, ICU)

ในขณะที่**ชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น หลายแห่งมีการสร้างสถานชีวาภิบาล (hospice) และชุมชนกรุณา** ส่งเสริมบทบาทของการเกื้อกูลกันในชุมชนและครอบครัว ในการดูแลสุขภาพระยะประคับประคองและระยะท้ายของสมาชิก โดยมีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) อย่างครบวงจรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถจัดตั้งเป็นหอผู้ป่วยชีวาภิบาลในโรงพยาบาล และมีสถานชีวาภิบาลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือในชุมชนที่ดูแลโดยองค์การบริหารส่วนตำบลหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่วนหนึ่งอยู่ในรูปแบบของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน ที่ต้องจัดให้มีตามมาตรฐานทางกายภาพและบุคลากร ตามที่กรมอนามัยหรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดและให้บริการตามมาตรฐานตามที่กรมการแพทย์แนะนำ ในผู้ป่วยบางคนที่มีความประสงค์จะเสียชีวิตที่บ้าน บ้านก็จะกลายเป็นสถานชีวาภิบาลของเขา (home hospice care) ซึ่งควรจะมีการจัดบริการให้คำปรึกษาญาติ ในกรณีที่ญาติเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่สามารถจัดการได้ในลักษณะที่เรียกว่า home ward

การบำบัดฟื้นฟูต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยในระยะประคับประคองสามารถกระทำเพื่อลดความทุกข์จากอาการรบกวน เพิ่มความสุขสบาย เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เพื่อคงสภาพการทำงานของร่างกายและส่งเสริมคุณภาพชีวิตเท่าที่จะทำได้ ปัจจุบันไม่จำกัดเฉพาะการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่รวมถึงการบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ จากทั้ง**การแพทย์ทางเลือก การแพทย์แผนไทย การแพทย์เสริมและภูมิปัญญาพื้นบ้าน** ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการดูแลแบบประคับประคองอย่างยิ่ง เช่น การใช้ยาสมุนไพรช่วยจัดการอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาการนอนไม่หลับ การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การทำหัตถการทางการแพทย์แผนไทย การนวดกล้ามเนื้อ ช่วยให้ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น **การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย** ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้สะอาด ปลอดโปร่ง เป็นมิตร อบอุ่น และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงการดูแลในระยะประคับประคองแบบองค์รวม ร่วมกับการ**สนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว** โดยจัดให้มีช่องทางและกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนครอบครัวของผู้สูงอายุทั้งในระหว่างการดูแลและหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้เกิดความสมบูรณ์ของการบริการ ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณทั้งต่อผู้ที่จากไปและผู้ที่สูญเสีย

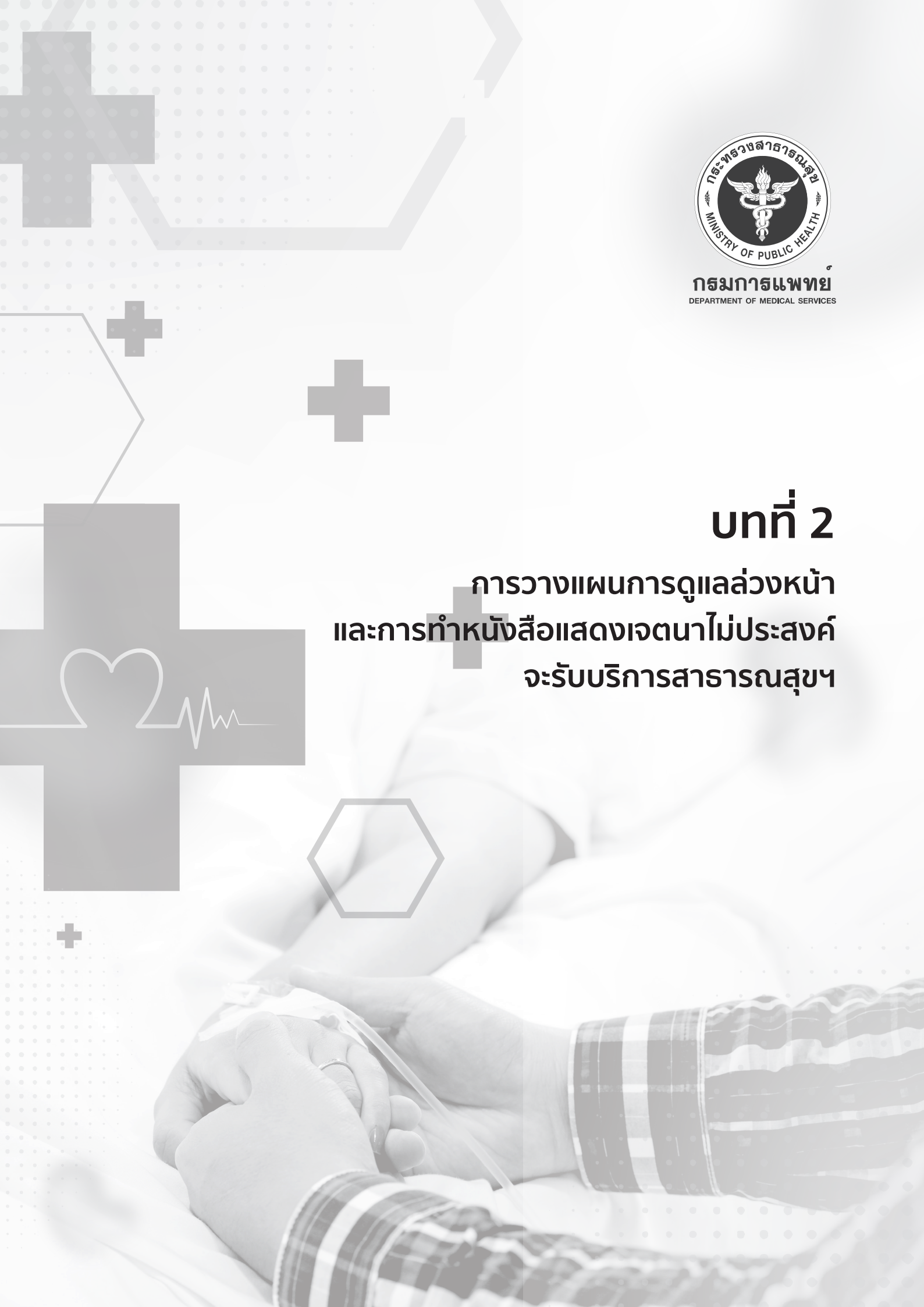
สิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้จึงเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยในช่วง 10 ปีข้างหน้า เราจะสามารถควบคุมงบประมาณ ค่ารักษาพยาบาล และทำให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และการตายดีได้หรือไม่



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 2

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขฯ





บทที่ 2 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นขบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อการพูดคุยกันถึงความต้องการการดูแลทางการแพทย์ ในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ เป็นขบวนการที่มีความสำคัญและนำไปสู่การทำแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ มีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องจัดให้มีการพูดคุยในหัวข้อนี้ เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาที่ตรงตามความประสงค์ของผู้ป่วย

• คำจำกัดความ

ก่อนอื่นควรทราบคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรที่มีบทบาทสำคัญด้านการดูแลประคับประคองได้จัดทำคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ทั้งนี้ ได้นำคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องมาให้ทราบ ดังนี้

1) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)

คือกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการโดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพหรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

2) หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ (advance directive or living will)

คือหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3) ผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker)

คือบุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะโดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถ ในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดจะได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน

4) หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (lasting/durable power of attorney)

คือเอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต และหมดความสามารถในการตัดสินใจซึ่งอาจระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ (advance directive หรือ living will) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ก็ได้

• ความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าคือการที่บุคคลเตรียมตัววางแผนการดูแลรักษาในแนวทางที่ตัวเองต้องการเผื่อในกรณีที่บุคคลนั้นอยู่ในสภาวะที่ไม่มีสติหรือการรับรู้เพียงพอที่จะตัดสินใจไม่สามารถแจ้งความจำนงแนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการแก่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลได้ เมื่อมีเหตุแทรกซ้อนที่แพทย์ลงความเห็นว่า ผลลัพธ์ของการรักษาอาจล้มเหลว หรือเมื่อผลการรักษาไม่สามารถทำให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หรือเมื่อโรคอยู่ในวาระสุดท้าย ในกรณีดังกล่าวข้างต้นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลันจำนวนมาก ไม่ต้องการรับการรักษาที่รุกรานกับร่างกายและที่แพทย์เห็นว่าไม่ก่อเกิดประโยชน์หรือได้ประโยชน์น้อยแต่สร้างความทุกข์ทรมาน ยกตัวอย่าง เช่น ผู้ที่แข็งแรงดี มีโอกาสประสบอุบัติเหตุหรือป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมองทำให้สูญเสียสมรรถนะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สูญเสียการรับรู้อย่างถาวร มีคนจำนวนมากมีความเห็นว่าเป็นสภาวะที่ไม่มีคุณภาพชีวิตและถ้าผลลัพธ์เป็นเช่นนั้นบางคนอาจไม่ต้องการให้แพทย์ยื้อการรักษาต่อ หรือตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นมะเร็งปอด หรือมะเร็งแพร่กระจายไปปอด ต่อมาโรคลุกลามจนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถหายใจได้ทางเลือกของการใส่เครื่องช่วยหายใจอาจยื้อเวลาได้มากขึ้นเป็นวัน ๆ หรือสัปดาห์ ๆ แต่ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้ ต้องรักษาตัวในหอผู้ป่วยไอซียู ซึ่งครอบครัวไม่สามารถอยู่ด้วยได้ ต้องเสียชีวิตในสภาพเจ็บปวด ทุกข์ทรมานและโดดเดี่ยว ผู้ป่วยจำนวนมากจึงทำแผนการดูแลตัวเองไว้ล่วงหน้าโดยเลือกการดูแลรักษา ในแนวทางแบบประคับประคอง ซึ่งมีทีมดูแลประคับประคองช่วยดูแลใช้ยาจัดการอาการ ไม่ให้เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานและสามารถวางแผนแจ้งความประสงค์เพื่อรับการดูแลในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น บ้าน หรือโรงพยาบาลในสภาวะแวดล้อมที่สงบ มีครอบครัวอยู่รายล้อม และจากไปอย่างสงบตามสภาวะโรค โดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพต่าง ๆ มายื้อความตาย การวางแผนดูแลล่วงหน้าทำให้มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษาในแนวทางที่ตนเองต้องการ ไม่ใช่ให้ลูกหลานหรือคนอื่นมาตัดสินใจให้ ซึ่งอาจทำให้ลำบากใจถ้าจะไม่รักษาอย่างเต็มที่ ซึ่งอาจไม่ใช่แนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ให้ครอบครัวทราบความต้องการและไม่ต้องลำบากใจในการตัดสินใจแทน รวมถึงลดความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้ทีมสุขภาพทราบและดำเนินการในแนวทางการดูแลที่ตนเองต้องการ ลดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นภาระในวาระสุดท้ายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้าช่วยให้การดูแลในช่วงท้ายของชีวิตเป็นไปได้อย่างราบรื่น และพบว่า ครอบครัวผู้สูญเสียที่มีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมในการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีความพึงพอใจในการดูแลมากกว่า ปัจจัยสำคัญที่ผู้ทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า มักระบุว่าเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์คือ การได้มีโอกาสเตรียมตัว ไม่ต้องการเป็นภาระกับผู้อื่น และการรับรู้ว่ามีโอกาสควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง และเป็นการตายดี

ทีมดูแลประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ตรงความจริง รวมถึงทางเลือกต่าง ๆ ในการตัดสินใจ และช่วยกันวางแผนการรักษาล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จากประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้สภาวะโรค ผู้ป่วยมักเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน และต้องการทางเลือกที่สุขสบายไม่เจ็บปวด รวมถึงการมีโอกาสได้อยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย ท่ามกลางครอบครัว และโรงพยาบาลมักเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่ นอกจากนี้ การทำแผนดูแลล่วงหน้าจะหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ สร้างภาระกับระบบสุขภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพพบสูงที่สุดในช่วงหนึ่งปีก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า ผู้เสียชีวิตซึ่งพบร้อยละ 5-6 ใช้ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพถึงร้อยละ 26-30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ร้อยละ 55-77 ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในประเทศไทยมีการศึกษาการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2550 พบว่ามากกว่าครึ่งเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ และครอบครัวได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจอย่างรุนแรง การศึกษาของศูนย์การุณรักษ์ พบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายถึง 16,000 บาทต่อรายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

• พัฒนาการด้านการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในต่างประเทศและในประเทศไทย

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในปี ค.ศ. 1990 โดยบุคคลสามารถทำเอกสารปฏิเสธการพยุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิต และภายใน ค.ศ. 1997 ทุกรัฐได้มีการออกกฎหมายดังกล่าวและสามารถกำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน ในประเทศต่าง ๆ ไม่ว่าเป็นสหราชอาณาจักรออสเตรเลีย ก็เริ่มมีการออกกฎหมายให้ประชาชนสามารถแสดงความจำนงในการปฏิเสธการพยุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเรียกว่า advance directive (AD) ซึ่งสำหรับประเทศไทย คือมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า advance directive ไม่ได้รับความนิยมหรือการยอมรับดีเท่าที่ควรตามเป้าประสงค์ โดยมีผู้ทำ advance directive เพียงร้อยละ 5-25 เนื่องจากเป็นการเกี่ยวข้องกับวาระสุดท้ายของชีวิต และเป็นเรื่องของการปฏิเสธการรักษา ซึ่งสร้างความกังวลใจกับแพทย์ผู้รักษา การวิเคราะห์ความล้มเหลวของ advance directive พบว่า การทำ advance directive มักไม่มีการพูดคุยถึงแนวทางการดูแลในระยะที่ยังไม่ใช่วาระสุดท้าย ไม่มีการพูดคุยถึงการมองเห็นคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการ การพูดคุยมุ่งไปที่ปฏิเสธการรักษาพยุงชีพในวาระสุดท้ายเท่านั้น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ทำ advance directive มักเป็นผู้ป่วยสูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (non-cancer) การประเมินว่าเมื่อไรผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายบางครั้งประเมินได้ยาก ทำให้แพทย์ลำบากในการตัดสินใจและเลือกที่จะรักษาเต็มที่ ซึ่งมักตามมาด้วยการรักษาพยุงชีพในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและบางครั้งมีการยื้ออย่างยาวนาน รวมถึงไม่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องอยู่ในสภาวะยื้อความตาย จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้เกิดพัฒนาการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าขึ้น (advance care planning) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าได้รับการยอมรับที่ดีจากผู้ป่วยและครอบครัว และเกิดความก้าวหน้าในการพัฒนาการด้านนี้ไปอย่างมาก มีการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ

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 ในสหราชอาณาจักรก็ได้มีการขับเคลื่อนเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบเช่นกัน โดยมีการจัดตั้งโปรแกรมชื่อ Preferred Priorities for Care ซึ่งดัดแปลงจาก Preferred Place of Care พัฒนาโดย Lancashire and South Cambria 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 ได้ผลน่าพอใจทั้งในผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ในประเทศไทยยังไม่มีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเปรียบเทียบระหว่างอัตราการทำแผนดูแลล่วงหน้าและการทำเอกสารมาตรา 12 จากสถิติของศูนย์การุณรักษ์ในปี พ.ศ. 2555 พบมีการทำเอกสารมาตรา 12 ร้อยละ 11 ในขณะที่มีแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 45 ในปี พ.ศ. 2560 มีแผนดูแลล่วงหน้าร้อยละ 85 ในขณะที่มีการทำเอกสารมาตรา 12 เพียงร้อยละ 8

• ความแตกต่างระหว่างการทำแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (advance directive)

แผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกให้ทีมสุขภาพทราบถึงแนวทางการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ กรณีเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงหรือการเจ็บป่วยทั้งที่คาดคิดและไม่คาดคิดเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาหลังการทำแผน โดยบุคคลสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่าการรักษาแบบใดที่บุคคลนั้นต้องการหรือไม่ต้องการ สามารถกำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน แผนดูแลล่วงหน้าไม่ใช่เอกสารตามกฎหมาย ซึ่งแตกต่างจากหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพฯ ซึ่งเป็นเอกสารตามกฎหมายที่บุคคลปฏิเสธการรักษาพยุงชีพเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น การทำแผนดูแลล่วงหน้ามักมีการนำไปสู่การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพฯ ด้วย

• ใครควรทำแผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้ที่ควรทำแผนการดูแลล่วงหน้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยด้วยโรคที่คุกคามกับชีวิต หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันที่ไม่คาดคิด ซึ่งได้แก่บุคคลเหล่านี้ผู้ที่เสี่ยงกับการเกิด strokes (ผู้ที่มี hypertension)

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น early dementia
2. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกับอุบัติเหตุทางสมอง
3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง และมีโอกาสเป็นซ้ำ
4. ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลใน long - term care

อย่างไรก็ตามบุคคลที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคร้ายแรงก็สามารถที่จะทำแผนดูแลล่วงหน้าได้

• ข้อดีของการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มักก่อให้เกิดการพูดคุยกันอย่างเปิดเผย ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการทำงานเป็นทีม การพูดคุยทำให้ทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยรู้ความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ หลีกเลี่ยงความสับสนหรือความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

1) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ในเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ

2) ลดปัญหา over หรือ under-treatment

3) ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและความขัดแย้งกับทีมสุขภาพ

4) ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลในแบบที่ต้องการได้ ช่วยลดความวิตกกังวล และลดภาวะที่ตนเองรู้สึกไร้พลังอำนาจ

5) ลดการเป็นภาระให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน

ในวัฒนธรรมบ้านเรามักให้ความเคารพในสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วยน้อย การไม่ยอมให้แพทย์บอกความจริงกับผู้ป่วย รวมถึงการไม่ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเอง เมื่อมอบการตัดสินใจให้ผู้อื่น บางครั้งผู้ตัดสินใจเกิดความกังวล และไม่มั่นใจว่าการตัดสินใจดังกล่าวเป็นความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ รวมถึงบางครั้งผู้ตัดสินใจยึดเอาผลประโยชน์ของตนเองเป็นที่ตั้ง เช่น บุตรที่ไม่มีโอกาสได้ดูแลบิดามารดาอาจต้องการให้แพทย์ยืดเวลาให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุด เพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสดูแลทดแทนบุญคุณครอบครัว หรืออาจกลัวถูกติฉินนินทาจากเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องที่ไม่ให้แพทย์ทำถึงที่สุด

• อุปสรรคของการทำแผนดูแลล่วงหน้าและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีระบบการทำแผนดูแลล่วงหน้ามาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ยังไม่มีระบบจัดเก็บเอกสารการทำแผนดูแลล่วงหน้ารวมถึงเอกสารมาตรา 12 ที่สามารถให้แพทย์เข้าถึงได้ จึงยังมีความยุ่งยากทั้งในขั้นตอนการทำและการเข้าถึง อุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่

1. ในผู้ป่วยระยะท้ายบางครั้งมีความยากลำบากในการประเมินพยากรณ์โรค ทำให้แพทย์ไม่มีความมั่นใจว่าสมควรถึงจุดที่จะทำตามความต้องการของผู้ป่วยแล้วหรือไม่ การแก้ปัญหาคือการทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เจ้าของไข้และทีมดูแลประคับประคอง

2. แพทย์ขาดความเชี่ยวชาญในการสื่อสาร ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะการสื่อสารด้านนี้ได้อย่างมั่นใจ ทำให้แพทย์ไม่สบายใจในการพูดคุย หรือหลีกเลี่ยงการพูดคุย จึงควรมีการพัฒนาทักษะทีมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป และทีมสุขภาพของศูนย์ดูแลประคับประคอง

3. ไม่มีระบบการรองรับ เพื่อให้สามารถเข้าถึงแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีความมั่นใจในการนำไปสู่การปฏิบัติ ในอนาคตควรมีการทำระบบจัดเก็บแผนดูแลล่วงหน้าและเอกสารมาตรา 12 ของผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงได้ และควรเป็นระบบที่ยอมรับและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ

4. ประชาชนขาดความตระหนัก เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์โรคเข้าสู่ระยะท้าย ไม่อยากพูดคุยเรื่องร้ายแรงหรือเกี่ยวกับความตาย และไม่เห็นความสำคัญของการเตรียมตัวล่วงหน้า จึงควรมีการสร้างความตระหนักให้กับสังคม จุดเริ่มที่ดีคือการทำในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการมีแผนดูแลล่วงหน้ารองรับ การทำจำเป็นต้องมีครอบครัวอยู่ด้วย ก็จะเป็นการสร้างความตระหนักให้กับคนรุ่นอื่นต่อไปด้วย

5. ประเพณีวัฒนธรรมของไทยที่ไม่ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะกลัวผู้ป่วยหมดความหวัง รวมถึงการเคารพในตัวตนของผู้ป่วย ความเชื่อในเรื่องของการรักษาให้ถึงที่สุด ควรกระตุ้นให้มีการเคารพสิทธิ์ การพูดคุยอย่างเปิดเผยและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลตนเองล่วงหน้า

• แนวทางการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวและขั้นตอนเกี่ยวกับการทำแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย

เป็นขบวนการที่อาศัยความละเอียดอ่อน และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจวางแผนการดูแล และเป็นขบวนการที่ทำให้ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยได้ทราบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว**ขบวนการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า** ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

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

ขั้นตอนที่ 2 การบอกพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง แพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรคที่ตรงจริง โดยแพทย์ต้องมีทักษะการบอกความจริงด้วยวิธีที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหมดกำลังใจ ใช้ภาษาที่พูดคุยประจำวัน เพื่อให้เข้าใจง่าย การสื่อสารเรื่องพยากรณ์โรคมีความสำคัญ ไม่ควรให้การพยากรณ์โรคที่ดีเกินจริง หลีกเลี่ยงการให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง ควรมีการพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้ รวมถึงทีมสุขภาพช่วยร่วมวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากร และการบริการต่าง ๆ ที่ครอบครัวต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาและกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ ควรพยายามส่งเสริมให้มีการพูดคุย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมายในชีวิต และมีโอกาสสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลรักษาในระยะต่าง ๆ ของโรค รวมถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ถ้าผู้ป่วยยังมีสมรรถนะดี ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะฉุกเฉินขึ้น ผู้ป่วยมีเป้าหมายให้แพทย์ดูแลในแนวทางใด เป้าหมายอาจได้แก่ การทำทุกอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุดไม่ว่าผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร หรือเป้าหมายการรักษาที่ไม่รุกรานถ้าแพทย์เห็นว่าโอกาสสำเร็จมีน้อยหรืออาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางคนอาจอยากเลือกเป้าหมายให้แพทย์ทดลองรักษาแต่ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นตามที่หวังขอให้ยุติและถอดถอนการรักษานั้นออก ควรมีการพูดคุยถึงเป้าหมายการดูแลเมื่อโรคอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งผู้ป่วยมักอยู่ในสภาวะติดเตียงต้องพึ่งพิงทุกอย่าง ต้องเข้าใจว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่คล้ายกันคือ ต้องการใช้เวลาอยู่กับครอบครัว หลีกเลี่ยงการอยู่ในโรงพยาบาล หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและหลีกเลี่ยงการพยุงชีพ

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนการดูแล ทีมสุขภาพควรพูดคุยเรื่องรายละเอียดทางเลือกของการดูแลรักษาต่าง ๆ และให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง แผนการดูแลของผู้ป่วยต้องคล้อยตามเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยวางไว้ เช่น ไม่ว่ามีอะไรเกิดขึ้น เป้าหมายคือการรักษาเต็มที่ให้ได้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด แผนการดูแลของผู้ป่วยคือการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล การรักษาทุกอย่างยังต้องคงไว้ เช่น การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใช้เครื่องพยุงชีพต่าง ๆ แต่ถ้าเป้าหมายของผู้ป่วยคือการดูแลให้สุขสบายไม่รุกราน แผนการดูแลของผู้ป่วยคือการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวด เช่น ให้ยาระงับอาการ การให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม ปฏิเสธการพยุงชีพที่รุกราน เช่น การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การล้างไต เป็นต้น ทีมสุขภาพอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการดูแลแบบ palliative care ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับสถานที่อยู่ที่ต้องการเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง รวมถึงการพูดคุยเกี่ยวกับการใช้เครื่องพยุงชีพ ข้อดี ข้อเสีย ความไม่สุขสบายและภาระที่เกิดขึ้น พูดคุยคำสั่งการกู้ชีพ (resuscitation order) การยืนยันถอดเครื่องพยุงชีวิตถ้าการลองรักษาไม่ได้ผลตามคาด

1) การบันทึกเจตจำนงของผู้ป่วยและการจัดเก็บบันทึกเอกสาร (advance care planning documents)

หลังจากที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงเลือกเป้าหมายและแผนการดูแลล่วงหน้า แพทย์ควรทบทวนเอกสารบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว แก้ไขในส่วนที่ยังคลาดเคลื่อนหรือเข้าใจไม่ตรงกัน ให้มั่นใจว่าเอกสารแสดงเจตจำนงมีความชัดเจนที่จะช่วยในการตัดสินใจการรักษาของทีมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสาร เก็บเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วย

2) มีการทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นระยะ

บทบาทของตัวแทนผู้ป่วย ต้องให้ตัวแทนในการตัดสินใจของผู้ป่วยอยู่ในการสนทนาเพื่อให้รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องระบุบทบาทของตัวแทนในการตัดสินใจแทน กรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะทำได้ เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ ตัวแทนต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาแทนผู้ป่วยโดยยึดเจตจำนงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้อบกพร่องที่มักพบในการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

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

• ปัญหาและช่องว่างด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าในประเทศไทยและแนวทางการพัฒนา

ปัจจุบันในระบบสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีแบบฟอร์มและการจัดเก็บแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทีมสุขภาพที่รับผิดชอบศูนย์ดูแลประคับประคองซึ่งมีบทบาทในการสื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายยังต้องการการพัฒนาทักษะเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถเผยแพร่และช่วยในการฝึกอบรมทีมสุขภาพอื่น แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไปไม่เข้าใจหลักการและขาดทักษะการสื่อสาร รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปและผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในระยะท้ายไม่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลประคับประคอง ทำให้ขาดการพูดคุยทำแผนดูแลล่วงหน้า แนวทางการพัฒนาให้ผู้ป่วยและประชาชนเข้าถึงการทำแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่ การศักยภาพของทีมดูแลประคับประคองเพื่อช่วยเผยแพร่องค์ความรู้และทักษะ การจัดตั้งคลินิกการทำแผนดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาล โดยอาศัยทีมดูแลประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการทำแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้น นอกจากนี้ การสร้างความตระหนักทั้งในหมู่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปก็เป็นส่วนที่มีความสำคัญ

สรุปโดยรวม ภาระโรคในปัจจุบันของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น รวมถึงปริมาณผู้ป่วยระยะท้ายที่มีจำนวนมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าจากการที่ไม่มีทีมดูแลประคับประคองเข้าร่วมดูแล การขาดความตระหนักในบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ รวมถึงประชาชนขาดความเข้าใจเข้าไม่ถึงข้อมูล ทำให้ขาดการวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้รับการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ ทุกข์ทรมานและสร้างความล่มสลายทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัว จึงควรมีการสร้างและพัฒนาระบบการเข้าถึงและการส่งเสริมการทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย และการสร้างความตระหนักในประชาชนทั่วไป แม้มาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพฯ ได้เริ่มดำเนินการมาร่วม 12 ปี แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับขององค์การแพทย์และมีการทำเอกสารตามมาตรา 12 น้อยมาก เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การส่งเสริมการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าจะช่วยให้มาตรา 12 ประสบความสำเร็จมากขึ้น และครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่า

• การทำแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ รวมถึงผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม ได้แก่ เบาหวานร้อยละ 18 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 ซึ่งทั้งสองโรคนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมอื่น ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง มักมีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูง หรือเกิดการถดถอยของสมรรถนะและการรู้คิด อาจตามมาด้วยสภาวะติดเตียง เกิดความทุกข์ทรมานและเสียชีวิตในที่สุด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมักพบสูงสุดในช่วงหนึ่งปีสุดท้ายและพบสูงมากในผู้มีโรคร่วมหลายโรคขึ้นไป การศึกษา point prevalence survey ของผู้ป่วยระยะประคับประคองในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 62.76+16.4 ปี และร้อยละ 43.7 มีอายุ > 65 ปี ผู้สูงอายุมักต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพและมักไม่ต้องการการยื้อชีวิตถ้าการรักษาไม่ได้ผลดี แต่ในสภาพเป็นจริงการตัดสินมักทำโดยครอบครัวซึ่งมักต้องการยื้อชีวิตให้ถึงที่สุด สถานการณ์นี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่ไม่เกิดประโยชน์

World Health Organization แนะนำให้มีการบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคองเข้าในระบบบริการสุขภาพของประเทศ และการดูแลในชุมชนเป็นหัวใจสำคัญ ทั้งนี้ ต้องเพิ่มการเข้าถึงการบริการโดยบูรณาการการดูแลประคับประคองเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ สร้างเครือข่ายการดูแลประคับประคองตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลจนถึงในระดับชุมชน รวมถึงการดูแลที่บ้าน พร้อมทั้งพัฒนาระบบการเข้าถึงยาระงับปวดโอปิออยด์ การดูแลต่อเนื่องและการดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิต การดูแลแบบประคับประคองต้องอยู่ในการดูแลระยะยาว เพราะผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาวมักเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเปราะบางและมีโรคร่วมจำนวนมาก รวมถึงมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเมื่อโรคดำเนินถึงระยะท้ายจำเป็นต้องมีการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตและคุณภาพการตายที่ดี หลีกเลี่ยงการกลับเข้าโรงพยาบาลและสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความต้องการ

ความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุ

การทำแผนดูแลล่วงหน้าเป็นเครื่องมือให้บุคคลสามารถคิดสะท้อน และวางแนวทางการดูแลสุขภาพล่วงหน้าในกรณีเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรงและไม่สามารถบอกความต้องการได้ ในปัจจุบันทั่วโลกได้เห็นความสำคัญและเริ่มการรณรงค์การทำแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือแม้ในบุคคลทั่วไป การทำแผนดูแลล่วงหน้าเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปี พ.ศ. 2564 สำนักงานสุขภาพแห่งชาติได้เป็นแกนนำในการรวบรวมองค์กรต่าง ๆ ด้านสุขภาพ เข้ามาร่วมกันจัดทำแบบฟอร์มแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทยขึ้น และได้มีแผนที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินการด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าทั่วประเทศ แบบฟอร์มแผนดูแลล่วงหน้าที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วยความชอบ การมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย สภาวะที่ยอมรับไม่ได้ และขอบเขตการรักษาที่ต้องการ รวมถึงการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตและการแต่งตั้งผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน

การทำแผนดูแลล่วงหน้ามีความสำคัญในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในโครงการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวและในสถานดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งควรได้รับการทำแผนดูแลล่วงหน้าเมื่อรับเข้าโครงการ

การวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้สูงอายุในชุมชน

แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์ปฐมภูมิอยู่ในสถานะที่เหมาะจะเป็นผู้เริ่มการพูดคุยและสื่อสารอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า เนื่องจากเป็นผู้ดูแลติดตามโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็น ควรพูดคุยเมื่อตรวจพบว่า ผู้สูงอายุยังไม่มีแผนดูแลล่วงหน้า หรือเมื่อมีการตรวจกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือเมื่อผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง แพทย์มีบทบาทในการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้สูงอายุ และสามารถเป็นพยานในการบันทึกข้อมูลแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น โครงการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (long-term care program) หรือในสถานดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) ควรมีการตรวจคัดกรองเมื่อแรกรับผู้สูงอายุเข้าสู่การดูแลว่าผู้สูงอายุมีแผนดูแลล่วงหน้าหรือยัง รวมถึงต้องมีการบ่งชี้ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน ต้องกระตุ้นให้มีการพูดคุยการทำแผนดูแลล่วงหน้า และมีความจำเป็นอย่างยิ่งถ้าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะท้าย โรคที่จำกัดหรือคุกคามต่อชีวิต หรือโรคสมองเสื่อมระยะแรก ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลและเอกสารแบบฟอร์มการทำแผนดูแลล่วงหน้า จากนั้นแผนดูแลล่วงหน้าของผู้สูงอายุควรได้รับการจัดเก็บในข้อมูลสุขภาพและส่งต่อถ้ามีการเปลี่ยนสถานที่ดูแล

ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจวางแผนด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น อาจเคยมีประสบการณ์หรือพบเห็นผู้ได้รับการทำหัตถการด้านการรักษาต่าง ๆ การตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยหัตถการทางการแพทย์ อาจได้รับการโน้มน้าวด้วยประสบการณ์ที่เคยได้รับหรือเคยเห็นผู้อื่นถูกทำ เช่น เคยเห็นญาติถูกใส่ท่อช่วยหายใจหรือถูกปั๊มหัวใจ

การตัดสินใจตามความชอบหรือความต้องการอาจเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูงอายุในระยะแรกอาจเลือกแนวทางการรักษาอย่างเต็มที่ เมื่อเวลาผ่านไปอาจเปลี่ยนเลือกการดูแลให้สุขสบาย (comfort care) เมื่ออายุมากขึ้น แต่ละคนอาจประสบกับความสูญเสียคนในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงใกล้ชิด การได้มีโอกาสใกล้ชิดกับความตายอาจทำให้มีโอกาสเข้าใจหรือคิดถึงสิ่งที่ตัวเองต้องการหรือไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เมื่อความตายของตนเองมาถึง ความต้องการเหล่านั้นสามารถบันทึกไว้ได้ในแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมักพบว่าเลือกปฏิเสธการรักษาพยุงชีพ โดยเฉพาะการรักษาเมื่อเป็นโรคมะเร็ง

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตเกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น รวมถึงบทบาทสถานะในสังคมและครอบครัวอาจมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ สถานะทางการเงิน การอยู่ในสถานะที่ยังทำงานหรือเกษียณจากการทำงาน ผลกระทบจากโรคเรื้อรังอาจเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลในอนาคต ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายและเข้าสู่การล้างไต ภาระจากการล้างไตอาจส่งผลต่อแนวคิดของผู้สูงอายุ อาจไม่ต้องการการรักษารุกรานเมื่อมีการเจ็บป่วยร้ายแรงเกิดขึ้น หรือเมื่อมีคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง

ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและทีมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและทีมสุขภาพ สามารถส่งเสริมให้มีการสื่อสารอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับแผนการรักษา และผลลัพธ์ของการรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับกรณีของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักคาดหวังให้หมอเป็นผู้เริ่มการสนทนา ผู้สูงอายุมักต้องการข้อมูลจากหมอที่ไว้วางใจมากกว่าการหาข้อมูลจากแหล่งอื่น การมีโรคร่วมหลายโรคอาจทำให้มีแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลหลายคน แผนการดูแลล่วงหน้าควรได้รับการสื่อสารอย่างทั่วถึง การมีระบบเก็บข้อมูลกลางที่แพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

การสื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้สูงอายุ

การสื่อสารกับผู้สูงอายุต้องให้เวลาและรับฟังเรื่องราวที่ผู้สูงอายุสื่อสารบอกเรา ทีมสุขภาพควรตั้งใจสื่อสารกับผู้สูงอายุและผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน เกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลด้านสุขภาพ ขอบเขตการรักษาที่ต้องการ ขณะเดียวกันคงความคาดหวังที่อยู่ในความเป็นจริง อาจต้องพูดทบทวนเป็นระยะโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาการรับฟัง หรือเริ่มมีภาวะสมองเสื่อม ควรเตรียมให้มีเวลาเพิ่มขึ้นเพื่อเขียนบันทึกข้อมูลต่าง ๆ

การสื่อสารอย่างเปิดเผย โดยให้มีโอกาสพูดคุยเกี่ยวกับความคิดเห็น ความวิตกกังวล และความต้องการของผู้สูงอายุ ต้องใช้เวลาสร้างความไว้วางใจให้เกิดการเชื่อใจซึ่งกันและกัน เคารพในการต้องการข้อมูลและการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลของแต่ละคนซึ่งเป็นปัจเจก ช่วยเหลือในการค้นหาความต้องการเฉพาะตัว โดยให้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับทางเลือกของการรักษาต่าง ๆ ผลดี ผลเสีย และข้อมูลตรงความจริงเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษาแต่ละแบบ ให้การประคับประคองจิตใจในระหว่างการสื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้า ให้มั่นใจว่าแผนการดูแลล่วงหน้าจะได้รับการทบทวนเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเมื่อเกิดสถานการณ์เปลี่ยนแปลง ขณะสื่อสารให้สังเกตการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและผู้ตัดสินใจแทน พิจารณาว่าผู้สูงอายุได้รับการโน้มน้าวหรือบีบบังคับจากครอบครัวหรือผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนหรือไม่

การสื่อสารตั้งแต่ระยะแรกเริ่มในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ควรมีการสื่อสารทำแผนล่วงหน้าแต่แรกเริ่มในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ทั้งนี้ เพราะโรคมีการพยากรณ์โรคที่แย่ลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีผลต่อการรู้คิดของผู้ป่วย ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีโอกาสนำเข้าสู่การเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการถดถอยอย่างรวดเร็วทั้งสมรรถนะและการรู้คิด รวมถึงการทำนายโรคสมองเสื่อมบางครั้งทำได้ลำบาก มีโอกาสทรุดลงได้รวดเร็ว ควรตระหนักว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระที่ยาวนานและหนักหน่วงสำหรับผู้ดูแล

แนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก

สิ่งสำคัญคือการฟังอย่างตั้งใจ:

- ยุติการทำกิจกรรมอื่น ให้เวลากับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ในขณะที่ทำการสนทนา
- ให้มีสิ่งรบกวนให้น้อยที่สุด เช่น การเปิดวิทยุหรือโทรทัศน์ หรือการมีเสียงรบกวนอื่น ๆ ซึ่งจะเบี่ยงเบนความสนใจ
- ประสานสายตาและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมองตาเราเมื่อมีการพูดคุย
- อดทนและมีท่าทีสงบ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสื่อสารได้ง่ายขึ้น แสดงท่าทีให้ความเคารพ รักษาระยะห่างที่เหมาะสม อยู่ในระดับสายตาเดียวกับผู้สูงอายุหรือต่ำกว่า จับมือหรือตบหลังมือผู้สูงอายุเบา ๆ ขณะพูดคุยช่วยให้รู้สึกเกิดความใกล้ชิด สังเกตภาษากายและฟังสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อสารอย่างตั้งใจ
- พูดให้ชัดและช้า ใช้ประโยคสั้นและเข้าใจง่าย รักษาระดับเสียงให้อ่อนโยนดูเป็นมิตร
- พูดทวนสิ่งที่เราได้ยินให้ผู้สูงอายุฟัง และถามว่าถูกต้องหรือไม่ หรือให้ผู้สูงอายุพูดทวนให้เราฟัง
- อย่าคุยกับผู้สูงอายุเหมือนคุยกับเด็ก ใช้ความอดทนและให้ความเคารพ

- สื่อสารแบบชวนพูดคุย หลีกเลี่ยงการให้ตอบคำถามเป็นข้อ ๆ พยายามหลีกเลี่ยงการพูดแทรก แม้ว่าเราจะทราบอยู่แล้วว่าผู้ป่วยกำลังจะพูดอะไร ให้เวลาในการตอบคำถาม เพราะการเร่งรีบอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกดดัน
- ให้โอกาสสื่อสารด้วยตนเองเมื่อพูดถึงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
- ควรให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพุดคุยกับคนอื่น ๆ เช่นครอบครัวที่ร่วมในการพูดคุยด้วย ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีตัวตน และไม่รู้สึกถูกโดดเดี่ยว
- ถ้าผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย ควรใช้เวลาสนทนาให้สั้น และอาจพูดคุยเป็นระยะ

เมื่อไรที่จะเริ่มการนำแผนดูแลล่วงหน้าของผู้สูงอายุมาใช้

เมื่อผู้สูงอายุมีการสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ (ชั่วคราวหรือถาวร) ให้ค้นหาแผนดูแลล่วงหน้าที่เคยทำไว้แล้ว และผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน เพื่อนำมาใช้

สถานการณ์ที่จำเป็นต้องเริ่มมีการใช้ advance care plan หรือ advance directive ของผู้ป่วย ได้แก่

- เมื่อเรียกรถฉุกเฉิน
- เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- การทำผ่าตัด
- การเริ่มหรือยุติการรักษาพยุงชีพ

ควรเริ่มใช้ advance care plan หรือ advance directive และให้การดูแลที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อทีมสุขภาพ ครอบครัว หรือผู้ตัดสินใจแทน เข้าใจตรงกันถึงสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อสารไว้เกี่ยวกับแผนการดูแล การมองเห็นคุณค่า และความต้องการของผู้สูงอายุ

• บทสรุป

สังคมไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแบบเต็มรูปแบบ จากสภาวะที่อายุมากขึ้นมีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยโดยเฉพาะการรู้คิด อาจถึงจุดหนึ่งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ จึงมีความจำเป็นที่ต้องสื่อสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าแต่เนิ่น ๆ การทำแผนดูแลล่วงหน้าช่วยให้ทีมสุขภาพและครอบครัวทราบความต้องการของผู้สูงอายุ ช่วยให้สามารถควบคุมขอบเขตการดูแลสุขภาพในอนาคตได้ การตัดสินใจของผู้สูงอายุอาจเปลี่ยนแปลงไปเมื่ออายุมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่มีคุณภาพชีวิตถดถอยลงจากโรคร่วมที่มีหรือจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การทำแผนดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุควรครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาล สถานที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมถึงในชุมชน ทักษะการสื่อสารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรับฟัง หรือการมีภาวะสมองเสื่อมแรกเริ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานประจำปี ปีที่ 2 ฉบับที่ 17. กรุงเทพฯ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2557. Available from: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2015/02/รายงานประจำปี-2557_Final.pdf .

2. ชุติมา อรรคลีพันธุ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, จิตปราณี วาศวิท, อรศรี ฮินท่าไม้, อาทิตยา เทียมไพรวัลย์. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548–2549. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.

3. ศูนย์การุณรักษ์. สถิติศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2555–2560. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์; 2560.

4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น; 2562.

5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อ 2565]. Available from: https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3584.

6. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น. นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ; 2562.

7. Agency for Integrated Care. [cited 2020 Jan 11]. Available from: https://www.aic.sg.

8. Bravo G, Dubois MF, Wagneur B, Arcand M, Blanchette D, Boire-Lavigne AM, et al. Promoting advance care planning among community-based older adults: a randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2016; 99(11): 1785–95.

9. Brown BA. The history of advance directives: a literature review. J Gerontol Nurs. 2003; 29(9): 4–14.

10. Centers for Disease Control and Prevention. Deaths: public health and aging: trends in aging – United States and worldwide. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2003; 52(6): 101–6.

11. Chaudhuri S, Le T, White C, Thompson H. Examining health information-seeking behaviors of older adults. Comput Inform Nurs. 2013; 31(11): 547–53.

12. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ. 2010; 340: c1345.

13. Five Wishes. [cited 2020 Jul 28]. Available from: https://fivewishes.org.

14. Froggatt KA, Moore DC, Van den Block L, Ling J, Payne SA, et al. Palliative care implementation in long-term care facilities: European Association for Palliative Care White Paper. J Am Med Dir Assoc. 2020; 21(8): 1051–7.

15. Hammes BJ, Rooney BL. Death and end-of-life planning in one midwestern community. Arch Intern Med. 1998; 158(4): 383–90.

16. Limpawattana P, Srinonprasert V, Manjavong M, Pairojkul S, Chindaprasirt J, Kaiyakit S, et al. Thai medical students' attitudes regarding what constitutes a "good death": a multicenter study. BMC Med Educ. 2019; 19: 78.

17. Lorenz K, Lynn J, Morton SC, Dy S, Mularski RA, Shugarman LR, et al. End-of-life care and outcomes. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2004; (110): 1–6.

18. Lynn J, Goldstein NE. Advance care planning for fatal chronic illness: avoiding commonplace errors and unwanted suffering. Ann Intern Med. 2003;138(10):812–8.

19. Manjavong M, Srinonprasert V, Limpawattana P, Chindaprasirt J, Pairojkul S, Kuichanuan T, et al. Comparison of Thai older patients' wishes and nurses' perceptions regarding end-of-life care. Nurs Ethics. 2019; 26(7–8): 2006–15.

20. Mills J, Abel J, Kellehear A, Patel A. Access to palliative care: the primacy of public health partnerships and community participation. Lancet Public Health. 2021; 6(11): e791–2.

21. National Health Service (NHS). End of life care programme – advance care planning. London: NHS; 2006 [Internet]. Available from: https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care .

22. Pairojkul S, Thongkhumcharoen R, Raksasattaya A, Limpawattana P, Manjavong M, et al. Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: a multicenter point prevalence survey from Thailand. Palliat Med Rep. 2021; 2(1): 75–81.

23. Pairojkul S. Quality standards for palliative care. Khon Kaen: Klung Nanathum Publishing; 2019. Available from: http://karunruk.org/home/index.php/component/content/article/91-content/135-quality-standards?Itemid=437.

24. Puts M, Monette J, Girre V, Wolfson C, Monette M, Batist G, et al. Characteristics of older newly diagnosed cancer patients refusing cancer treatments. Support Care Cancer. 2010; 18(8): 969–74.

25. Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success? J Am Geriatr Soc. 2007; 55(2): 277–83.

26. Schwartz CE, Hammes BJ. 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(2): 233–45.

27. 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.

28. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, Kongkum K, Kosuwon W. Direct cost of end-of-life care for advanced cancer patients: palliative care versus usual care. J Palliat Care Med. 2016; 6: 243. doi:10.4172/2165-7386.1000243.

29. Smith RA. Good death: “Age Concern Debate of the Age”. BMJ. 2000; 320: 129–30.

30. Srinonprasert V, Kajornkijaroen A, Na Bangchang P, Wangtrakuldee G, Wongboonsin J, et al. A survey of opinions regarding wishes toward the end-of-life among Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2014; 97: 216.

31. Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsky JA. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. Ann Intern Med. 2000; 132(10): 825–32.

32. Stjernsward J, Foley KM. The public health strategy for palliative care. J Pain Symptom Manage. 2007; 33(5): 486–93.

33. Storey L, O’Donnell L, Howard A. Developing palliative care practice in the community. Nurs Stand. 2004; 18(26): 40–2.

34. Storey L, Wood J, Clark D. An evaluation strategy for preferred place of care. Prog Palliat Care. 2006; 14(3): 120–3.

35. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. J Pain Symptom Manage. 2017; 53(5): 821–32.

36. Suraarunsumrit P, Nopmaneejumruslers C, Srinonprasert V. Advance care planning associated with reduced health care utilization in deceased older patients with advanced stage chronic diseases. J Med Assoc Thai. 2019; 102(7): 801–8.

37. Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. J Am Geriatr Soc. 2007; 55(2): 189–94.

38. The Respecting Choices Program. [cited 2020 Jul 28]. Available from: http://www.learnrc.org/default.asp

39. Walther W, Muller-Mundt G, Wiese B, Schneider N, Stiel S. Providing palliative care for residents in long-term care facilities: an analysis of routine data of LTC facilities in Lower Saxony, Germany. BMC Palliat Care. 2022;21:9.

40. Wood J, Storey L, Clark D. Preferred place of care: an analysis of the “first 100” patient assessments. Palliat Med. 2007; 21(4): 449–50.

41. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and planners. Geneva: WHO; 2018.

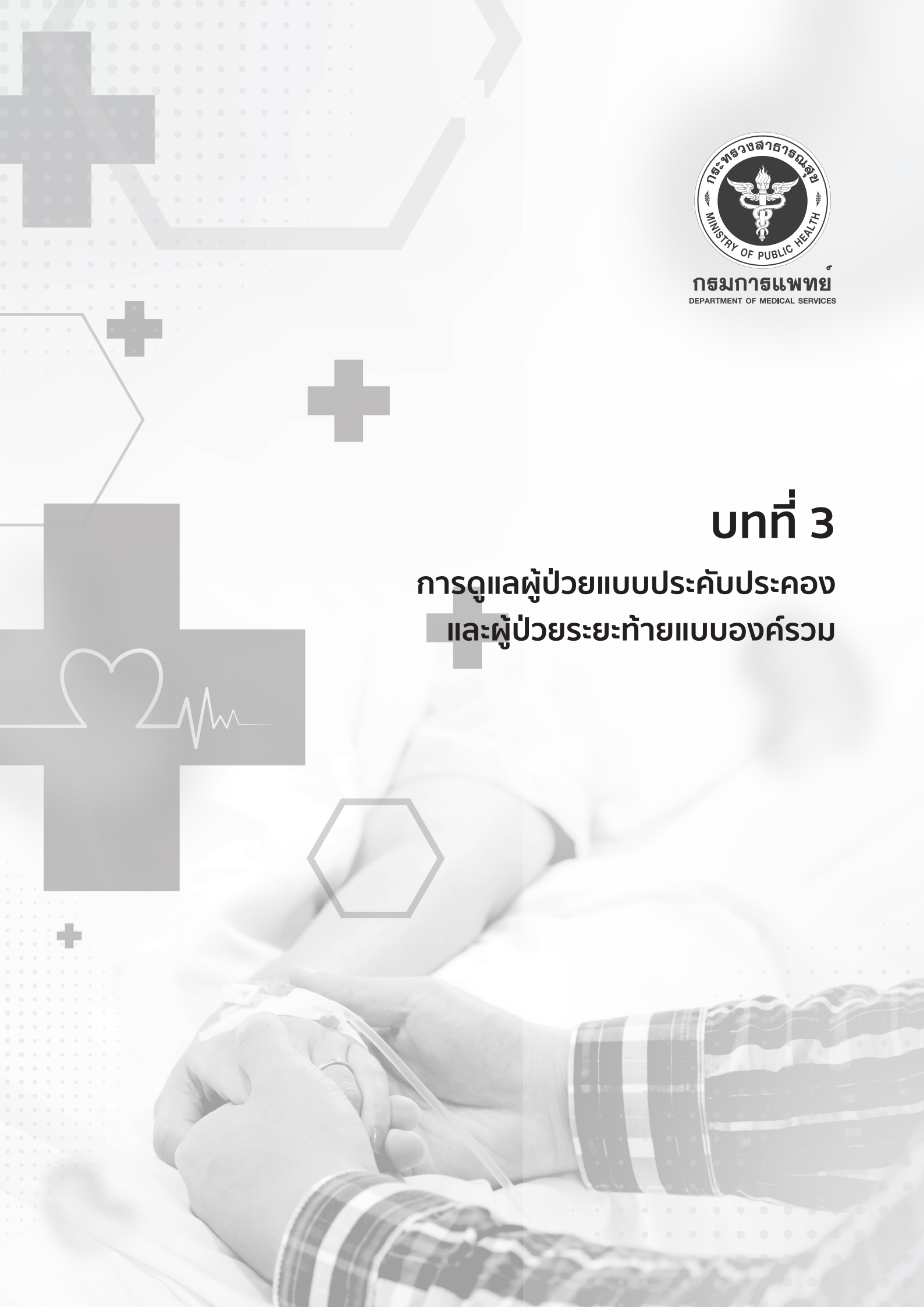
42. Wu SY, Green A. Projection of chronic illness prevalence and cost inflation. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2000. Available from: https://smhs.gwu.edu/sites/default/files/ChronicCareChartbook.pdf .



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 3

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม





บทที่ 3.1 ความหมายและหลักการทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

รศ.นพ.กิติพล นาควิโรจน์
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าลักษณะของโรคที่พบได้บ่อยในระบบสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจจะป่วยอยู่ในระยะที่ยังพอรักษาได้ ในขณะเดียวกันอีกกลุ่มหนึ่งอาจจะป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันก็ยังไม่สามารถยื้อความตายออกไปได้ ในหลายประเทศได้มีแนวคิดใหม่ในการรักษาโรคที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงรักษาไม่หาย และมีแนวโน้มจะทรุดลงถึงแก่ความตายโดยมุ่งเน้นการดูแลคนมากกว่าดูแลโรค เป้าหมายของการดูแลรักษาเน้นที่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าการกำจัดโรคให้หมดไป แนวคิดดังกล่าวเป็นศาสตร์ใหม่ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในช่วงห้าทศวรรษที่ผ่านมา โดย Dame Cicely Saunders เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติว่าเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเรื่อง Hospice care ในช่วงปี ค.ศ. 1960 และก่อตั้งสถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (hospice) แห่งแรกของประเทศอังกฤษ ต่อมา นายแพทย์ Balfour Mount เป็นผู้เสนอให้ใช้คำว่าการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) แทนคำว่า terminal care และเริ่มก่อตั้งหน่วยดูแลแบบประคับประคองแห่งแรกในโรงเรียนแพทย์ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในเมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา

แนวคิดเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเพิ่งเข้ามาสู่ประเทศไทยได้ไม่นาน ทำให้ยังไม่เป็นที่แพร่หลายในการแพทย์กระแสหลักที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลโรคด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ จึงเป็นการยากที่จะทำให้การแพทย์เฉพาะโรคนั้นยอมรับว่าหมดทางรักษาโรคหนึ่ง ๆ เพราะเป็นไปได้ที่จะมีคำตอบที่เป็นความหวังใหม่ ๆ อยู่เสมอ สังคมจึงพลอยคาดหวังกับการแพทย์นำสมัยเหล่านี้ด้วย ซึ่งอาจส่งผลให้ยอมรับการตายยากขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าเราจะผลิตเทคโนโลยีและความรู้นำสมัยทางการแพทย์มากเท่าใด เราก็ยังแพ้ธรรมชาติอยู่อย่างเดิม ยังคงมีหลายสิ่งที่ธรรมชาติสร้างขึ้นอย่างเป็นปริศนาและเรายังไม่สามารถหาคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เช่นโรคต่าง ๆ ที่ถึงที่สุดแล้วก็ไม่มีทางเยียวยารักษาได้ ในที่สุดเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มนุษย์สร้างขึ้นก็แพ้ธรรมชาติ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพคงต้องทำความเข้าใจและทำใจให้ยอมรับความจริงข้อนี้ก่อนจึงจะสามารถดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม

การดูแลแบบประคับประคองได้รับการยอมรับอย่างชัดเจนจากนานาชาติว่าเป็นสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยควรให้บริการสุขภาพที่เน้นเฉพาะตัวบุคคลและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2557 ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในระดับนานาชาติเป็นครั้งแรก และทางองค์การอนามัยโลกมีมติให้ทุกประเทศดำเนินการเพื่อให้เกิดนโยบายบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในระบบการดูแลสุขภาพหลักตลอดทุกช่วงของชีวิต โดยเน้นความสำคัญของการดูแลในระดับปฐมภูมิและการดูแลในชุมชนหรือที่บ้าน ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มากมาย ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 38.5) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 34) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 10.3) โรคเอดส์ (ร้อยละ 5.7) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 4.6) เป็นต้น

• ความหมายของ “ความตาย”

“ความตาย” (death) คือ ภาวะที่ร่างกายหยุดทำงานอย่างถาวร บุคคลนั้นไม่รับรู้ต่อสิ่งรอบข้าง ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

“การตาย” (dying) คือ กระบวนการที่ร่างกายกำลังเสื่อมสภาพ หยุดทำงานไปทีละระบบ แต่ผู้ป่วยยังสามารถรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ การตายจึงมีผลกระทบให้ผู้ป่วยมีมุมมองในชีวิตเปลี่ยนไป เช่น เคยตั้งเป้าหมายในชีวิตไว้อย่างหนึ่ง อาจต้องเปลี่ยนแผนใหม่ในช่วงชีวิตที่เหลือน้อยลง รู้สึกสูญเสียต่อจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง กลัวความทุกข์ทรมานขณะกำลังเจ็บป่วยใกล้ตาย การตายส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้มุมมองต่อการใช้ชีวิตของคนในครอบครัวเปลี่ยนไป รู้สึกว่าความสูญเสียมันใกล้ตัวมาก สมาชิกในครอบครัวอาจต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยด้วยการเจ็บป่วยใกล้ตาย นอกจากนี้ การตายยังส่งผลกระทบต่อสังคมรอบข้างที่รู้ว่าผู้ป่วยเริ่มใกล้ความตาย รู้สึกสูญเสียสมาชิกของสังคม หากเป็นสมาชิกที่มีบทบาทสำคัญในสังคมก็มักจะทำให้สังคมยอมรับต่อข่าวร้ายยากยิ่งขึ้น ในทางตรงข้าม เมื่อคนในสังคมรับทราบว่าสมาชิกคนหนึ่งกำลังจะตาย สมาชิกที่เหลือจะรู้สึกถึงคุณค่าของชีวิตตนเองและอาจเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตตนเองเมื่อได้เปรียบเทียบกับชีวิตหนึ่งที่กำลังจะตายและไม่มีโอกาสแก้ตัวใหม่

“ชีวิต” (life) คือ ภาวะที่ร่างกายนั้นสามารถทำงานได้ รับรู้ได้ ดำรงตนเองอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ มีความเป็นตัวของตัวเองที่แตกต่างจากผู้อื่น

ผู้ป่วยหลายรายที่เผชิญหน้ากับความตายจึงเกิดความรู้สึกต่อความตายแตกต่างกัน บางคนกลัวความตาย (death) ยังไม่อยากตาย เพราะยังมีสิ่งที่ห่วงกังวล ยังมีสิ่งที่ไม่ได้ทำตามความคาดหวัง บางคนกลัวกระบวนการตาย (dying) กลัวความทรมานที่เกิดขึ้นระหว่างเจ็บป่วย บางคนกลัวทั้งสองสิ่งพอ ๆ กัน แพทย์จึงควรช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่เผชิญหน้ากับความตายได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัด

“การตายดี” (good death) จึงหมายถึง การตายที่ก่อนผู้ป่วยจะตาย ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งที่คั่งค้าง สามารถแสดงความปรารถนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ นอกจากนั้น ครอบครัวและผู้ดูแลยังได้รับการดูแล เยียวยาความทุกข์จากการสูญเสียอย่างเหมาะสมควบคู่ไปด้วย

• นิยามและหลักการดูแลแบบประคับประคอง

ตามการให้นิยามขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและอาจคุกคามถึงชีวิต หรือป่วยด้วยโรคที่มีแนวโน้มทรุดลงจนเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต การดูแลสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นป่วยเป็นโรคที่อาจคุกคามชีวิต (life-threatening illness) จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค (end of life) เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย

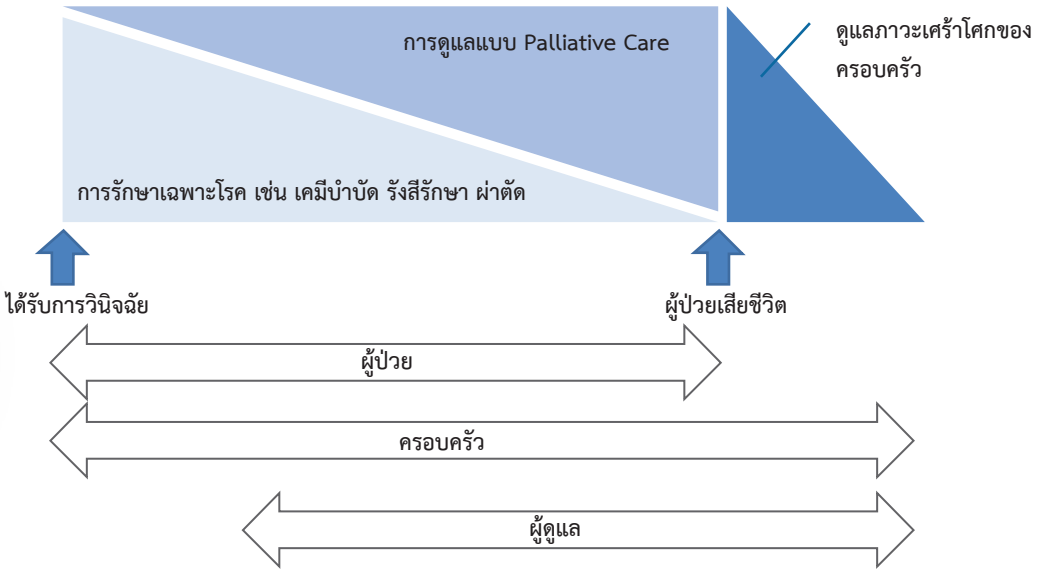
สำหรับในประเทศไทย ได้มีการจัดทำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2563 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 261 ง โดยนิยามการดูแลแบบประคับประคองว่า เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการมีชีวิต (life-limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life-threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัดเยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย ครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ การดูแลแบบประคับประคองจึงหมายรวมถึงการดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตเพียงเท่านั้น

• ทำไมการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญ

จากหลักฐานในปัจจุบันพบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความทรมานและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอกจากนั้น ยังสนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวสามารถรับมือกับการจัดการปัญหาระหว่างการดูแลและการสูญเสียที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการต้องพาผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ และทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่บ้านอย่างปลอดภัยและเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจมากขึ้นต่อการดูแลที่ได้รับ และลดภาวะเศร้าโศกและความเครียดหลังการสูญเสียอย่างมีนัยสำคัญ การให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่แรกวินิจฉัย (early palliative care) อาจลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และบางงานวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาจเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วย

• ควรเริ่มการดูแลผู้ป่วยการดูแลแบบประคับประคองเมื่อใด

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้เปลี่ยนจุดเริ่มต้นจาก จุดที่รักษาขั้นสุดท้ายของโรคไม่ได้ จึงค่อยพิจารณาให้การดูแลแบบประคับประคองมาเป็น สามารถเริ่มจากที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้น ๆ แม้ว่าจะเป็นกรณีที่เป้าหมายของผู้ป่วยยังไม่ยอมรับการเสียชีวิต และต้องการการรักษาเพื่อยื้อชีวิตก็ตาม เพราะระหว่างการรักษาเฉพาะโรคย่อมมีความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยในมิติอื่น ๆ นอกเหนือจากการดูแลโรค ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการดูแลแบบประคับประคองจะยิ่งมีบทบาทมากขึ้นเมื่อเห็นว่าโรคไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาเฉพาะโรค โดยต้องเพิ่มการดูแลรักษาด้านจิตสังคม หรือจิตวิญญาณให้มากขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถรับมือกับสุขภาพที่แย่ลงหรือแม้แต่การจากไปของผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองต้องดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย จนกระทั่งถึงการดูแลญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ดังภาพที่ 3.1.1



ภาพที่ 3.1.1 แสดงความต่อเนื่องของการดูแลแบบประคับประคองตาม WHO

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติอาจมีความไม่ชัดเจนว่าลักษณะของโรคหรือความเจ็บป่วยในลักษณะใดที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้น ในหลายประเทศได้มีการนำเอา Gold Standard Framework (GSF) ของประเทศอังกฤษมาใช้ในการคัดกรองว่าผู้ป่วยรายใดที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยเริ่มจากให้แพทย์ถามตนเองว่าจะประหลาดใจไหม หากผู้ป่วยที่ตนดูแลจะเสียชีวิตภายใน 6-12 เดือนข้างหน้า หากตอบว่าไม่ประหลาดใจก็สามารถเริ่มให้การดูแลแบบประคับประคองได้ (surprise question) ซึ่งการใช้คำถามนี้พบว่ามีหลักฐานว่าหากแพทย์ตอบว่าไม่ประหลาดใจ จะมีความสอดคล้องกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและโรคอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ในกรณีที่แพทย์ตอบว่าจะประหลาดใจหากผู้ป่วยจะเสียชีวิตใน 12 เดือนข้างหน้า ให้แพทย์ประเมินผู้ป่วยซ้ำในระหว่างการติดตามการรักษาเพื่อดูการพยากรณ์โรคเป็นระยะ ๆ ในขณะเดียวกันหากแพทย์ไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ในอีก 12 เดือนหรือไม่ ให้แพทย์พิจารณาโดยใช้ปัจจัยอื่นที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยน่าจะมีการพยากรณ์โรคแย่กว่าปกติ

นอกจากนั้น แนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมโรคมะเร็งของประเทศสหรัฐอเมริกา (ASCO) เกี่ยวกับการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับมาตรฐานของการดูแลโรคมะเร็ง ได้มีการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2559 โดยอิงตามงานวิจัยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) สรุปได้ว่ามีหลักฐานที่น่าเชื่อถือในระดับกลางที่ให้คำแนะนำที่ชัดเจนได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (solid tumors) ทั้งหมดควรได้รับบริการดูแลแบบประคับประคองแบบสหวิชาชีพเฉพาะทางตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของโรค ควบคู่ไปกับการรักษามะเร็งในรูปแบบการบูรณาการ คำแนะนำดังกล่าวยังเน้นว่าการดูแลแบบประคับประคองควรรวมถึงการสนับสนุนการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัว ตลอดจนองค์ประกอบสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เช่น การจัดการอาการ การพูดคุยเรื่องเป้าหมายการรักษา การสนับสนุนการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เกิดขึ้น และการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมตัดสินใจเรื่องการรักษา โดยแนวเวชปฏิบัติดังกล่าวได้มีการปรับปรุงอีกครั้งในปี พ.ศ. 2567 โดยมีคำแนะนำเพิ่มเติมว่าควรครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด (hematologic malignancies) ด้วย

• หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

หลักการพื้นฐานของการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การจัดการอาการที่เหมาะสม การจัดทำและนำแผนการดูแลไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับค่านิยมและความชอบของผู้ป่วยแต่ละราย มีการสื่อสารที่สม่ำเสมอและต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยกับทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแล มีการสนับสนุนด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และการประสานงานระหว่างสถานดูแลต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล โดยมีประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ในขณะเดียวกันก็ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิตที่มนุษย์ไม่สามารถยับยั้งได้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ต่างรู้สึกเสียใจและสูญเสีย แต่ต้องยอมรับว่ามันคือธรรมชาติ ไม่ใช่ความผิดของใครที่ทำให้เกิดขึ้น แต่ละฝ่ายอาจยื้อเวลาตายออกไปได้บ้าง แต่หยุดยั้งมันไม่ได้ แต่สิ่งที่สำคัญกว่าการยื้อสู้กับความตาย คือการทำอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีชีวิตอยู่ทุกวันอย่างมีความหมายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เน้นการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใด ๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมานโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็ไม่ยอมรับวิธีการรักษาที่เป็นการเร่ง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ ในกระบวนการดำเนินโรค อวัยวะต่าง ๆ จะค่อย ๆ เสื่อมลงและวายตามกันไปในที่สุด เมื่อแพทย์วินิจฉัยภาวะดังกล่าวได้ว่าร่างกายผู้ป่วยเริ่มไม่ตอบสนองต่อการรักษาเฉพาะโรคตามที่คาดหวังไว้ แพทย์ควรจะพิจารณาว่าจะยังคงให้การรักษาเฉพาะโรคนั้นต่อไปหรือไม่ การรักษาวิธีนั้น ๆ จะเป็นประโยชน์หรือเป็นโทษต่อผู้ป่วยมากกว่ากัน หากติดตามดูแลและปล่อยให้ ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติอาจจะเป็นกระบวนการที่ทรมานน้อยกว่าการพยายามรักษาเพียงแต่ลมหายใจของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยไม่มีคุณภาพชีวิตเหลืออยู่ ในขณะเดียวกันก็ไม่ควรฉีดยาหรือกระทำการใด ๆ เพื่อจบชีวิตของผู้ป่วยลงก่อนการดำเนินโรคตามธรรมชาติ เนื่องจากเป็นการขัดต่อจริยธรรมของวิชาชีพ

3. คอยดูแลบำบัดอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น ปวด ท้องมาน เลือดออกไม่หยุด อ่อนเพลีย เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยการประเมินผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่ทอดทิ้ง

4. ดูแลเป็นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสานในทุกมิติของสุขภาพผู้ป่วย ทั้งกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ

5. ให้ความตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษาตรงกับความต้องการของตนเอง

*6. สร้างเครือข่ายที่ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อ*เพื่อขอความช่วยเหลือได้อย่างสะดวกตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่

*7. สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองที่บ้านหรือภายในชุมชน*ได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของบ้านนั้น ๆ

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีความจำเพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เน้นความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไม่มีสูตรสำเร็จ ผู้ดูแลจึงต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ ประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แบบผสมผสาน หรือการแพทย์ทางเลือก อีกทั้งยังต้องพิจารณาศรัทธา ความเชื่อ ปูมหลัง และบริบทของผู้ป่วยและญาติด้วย เพื่อให้เหมาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยอยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2563. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2563.

2. Ferrell B, Sanders J. Opportunities for expanding the integration of palliative care in oncology care. J Palliat Med. 2024; 27(7): 834-5.

3. Johnson MJ, Rutterford L, Sunny A, Pask S, de Wolf-Linder S, Murtagh FEM, et al. Benefits of specialist palliative care by identifying active ingredients of service composition, structure, and delivery model: a systematic review with meta-analysis and meta-regression. PLoS Med. 2024; 21(8): e1004436.

4. Royal College of General Practitioners. The Gold Standards Framework: Proactive Identification Guidance v7 [Internet]. 7th ed. UK: Royal College of General Practitioners; 2022 [cited 2025 Jun 24]. Available from: https://www.caresearch.com.au/Portals/20/Documents/Health-Professionals/Proactive_Identification_Guidance_v7_(2022).pdf .

5. Scott M, Shaver N, Lapenskie J, Isenberg SR, Saunders S, Hsu AT, et al. Does inpatient palliative care consultation impact outcomes following hospital discharge? A narrative systematic review. Palliat Med. 2020; 34(1): 5-15.

6. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. EB134/28 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 Dec 20 [cited 2025 Jun 24]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb134/b134_28-en.pdf apps.who.int .

7. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care .



บทที่ 3.2 หลักการสื่อสารในการดูแลประคับประคอง

พว.ทรงเดช ประเสริฐศรี
พว.ณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน
พว.ศิริญญา พิมพ์วิชัย
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

การสื่อสาร เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง **(palliative care)** ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ของโรคตรงกัน ได้รับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ลดความกลัวและความวิตกกังวล ทั้งยังช่วยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้อย่างเหมาะสม การสื่อสารที่ดีส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างมีศักดิ์ศรี ลดการรักษาที่ไม่จำเป็น และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความเข้าใจ เห็นใจ ความจริงใจ และการฟังอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะนำไปสู่ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ จึงนับเป็นทักษะที่จำเป็นที่ควรได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรทางสุขภาพทุกคน

การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ไม่เป็นเพียงระดับการสื่อสารภายในตัวเอง (intrapersonal communication) ของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีการสื่อสารระดับระหว่างบุคคล (interpersonal communication) ที่เป็นการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอีกด้วย รวมถึงการสื่อสารระดับกลุ่ม (group communication) ที่ทำให้มีการวางแผนการรักษาร่วมกันหรือที่เรียกว่า family meeting ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสามารถวางแผนรักษาร่วมกัน ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกการรักษาด้วยตนเองที่ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรคและการดำเนินของโรค โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล

• เป้าหมายการสื่อสารกับผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัว

1. การยอมรับความมีตัวตนของผู้ป่วยและครอบครัว
2. สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดำเนินโรค และทางเลือกของการรักษา
3. สื่อสารความเห็นอกเห็นใจ การช่วยเหลือประคับประคอง
4. สื่อสารความหวังที่เหมาะสม
5. กำหนดเป้าหมายตามบริบทที่ผู้ป่วยต้องการ การให้คุณค่าและความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
6. สร้างความเชื่อมั่นเรื่องการดูแลแบบประคับประคองที่ต่อเนื่อง

การสื่อสารที่ดีจำเป็นต้องอาศัยความเห็นอกเห็นใจควบคู่กับการใช้เทคนิคการสื่อสารทั้งทางวาจา (verbal) และไม่ใช้วาจา (non-verbal) อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว ซึ่งต้องใช้ทักษะที่ลึกซึ้งและละเอียดอ่อนกว่าการสนทนาทั่วไป ข้อมูลที่สื่อสารควรคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีอยู่เดิม และตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องการทราบอย่างแท้จริง

• เทคนิคการสื่อสารที่จำเป็นในการดูแลแบบประคับประคอง

1. การฟังอย่างตั้งใจ (deep listening) เป็นทักษะที่สำคัญลำดับแรกที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ การฟังที่ดี คือฟังอย่างตั้งใจและไม่ตัดสิน โดยฟังทั้งเนื้อความและความรู้สึก จนเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น ร่วมกับการสังเกต การรับรู้ และองค์ประกอบอื่น ๆ ต้องมีสติอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ฟังด้วยหู โดยการรับรู้คำพูด เนื้อหา เรื่องราว ตลอดจนน้ำเสียง จังหวะความหนักเบาในการพูด ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนอารมณ์ความรู้สึกที่อยู่เบื้องหลังของผู้พูด

1.2 ฟังด้วยตา โดยสังเกตสีหน้า แววตา ท่าทางของผู้พูด ความเคลื่อนไหว และภาษากาย ที่อาจบ่งบอกความหมาย รวมถึงความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในขณะที่มองเห็น

1.3 ฟังด้วยหัวใจ โดยสัมผัสรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกของผู้พูด ผ่านสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ฟังสังเกตและรู้สึกได้ รวมถึงเจตนาและความต้องการเบื้องหลังของสิ่งที่พูดเหล่านั้น แม้ว่าผู้ป่วยอาจจะไม่ได้พูดมันออกมาตรง ๆ ภาษากายที่สำคัญที่แสดงให้ผู้พูดรับรู้ว่าผู้ฟังตั้งใจฟังและให้ความสำคัญ เช่น การสบตา พยักหน้า การใช้การสัมผัสที่เหมาะสมและถูกกาละเทศะ ไม่ทำอย่างอื่นระหว่างฟัง เช่น การดูนาฬิกา หรือการกดมือถือ เป็นต้น

2. การใช้ความเงียบ (silence) การส่งเสริมการสนทนาระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญที่สุดคือการใช้ความเงียบ ควรหลีกเลี่ยงการพูดแทรกหรือพูดทับ ควรรอจนผู้ป่วยพูดจบก่อนจึงเริ่มพูดต่อ เทคนิคง่าย ๆ นี้แม้ดูพื้นฐาน แต่กลับเป็นสิ่งที่มักถูกละเลยมากที่สุด และอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าบุคลากรทางสุขภาพไม่ได้ตั้งใจฟังอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ความเงียบยังสามารถสะท้อนสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกลึก ๆ ที่ยากจะอธิบายเป็นคำพูด เมื่อผู้ป่วยนิ่งเงียบ อาจเป็นสัญญาณว่ากำลังคิดหรือรู้สึกถึงบางสิ่งที่สำคัญ แต่หากจำเป็นต้องทำลายความเงียบ วิธีที่เหมาะสมคือการถามด้วยความนุ่มนวล เช่น “เมื่อครู่นี้คุณกำลังคิดอะไรอยู่หรือเปล่าครับ?” หรือ “มีอะไรบางอย่างที่ทำให้คุณหยุดไปใช่ไหมครับ?” คำถามเหล่านี้ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนความรู้สึกอย่างปลอดภัย และสื่อถึงความใส่ใจจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างแท้จริง

3. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบ Ask-Tell-Ask (ถาม-บอก-ถาม) เป็นแนวทางที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้ ความคิด และความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา และเป็นวิธีการสื่อสารที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเริ่มจากการ ถาม เพื่อค้นหาความเข้าใจหรือความคาดหวังของผู้ป่วยก่อน จากนั้นบอกข้อมูลที่จำเป็นอย่างชัดเจน กระชับและเหมาะสม และปิดท้ายด้วยการ ถาม อีกครั้งเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ความรู้สึก หรือคำถามเพิ่มเติม เทคนิคนี้ช่วยในการค้นหาสิ่งที่อยู่ในใจของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคย บุคลากรทางสุขภาพจะเป็นผู้ตั้งคำถามที่ดีและตอบสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากรู้ในจังหวะที่เหมาะสม จะทำให้การสนทนาตอบสนองความต้องการที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการเคารพและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัว

4. ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) หมายถึง การแสดงออกถึงความเข้าใจหรือ การเข้าถึงอารมณ์ความรู้สึก ของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ โดยไม่นำความรู้สึก ค่านิยม หรือความคิดเห็นส่วนตัวของบุคลากรทางสุขภาพเข้ามาปะปน การมี empathy คือ การเอาใจเขามาใส่ใจเรา พร้อมทั้งให้การดูแลด้วยความรัก ความปรารถนาดี และความเข้าใจ นอกจาก empathy แล้ว การช่วยเหลือโดยผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอ เกิดขึ้นด้วยความเต็มใจ เกิดจากความรักและความปรารถนาดีอย่างจริงใจ ซึ่งเรียกว่า ความเมตตากรุณา (compassion) การที่ผู้ป่วยได้รับความเห็นอกเห็นใจ empathy และความเมตตากรุณา (compassion) ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนมีคุณค่า ได้รับความเข้าใจ และไม่โดดเดี่ยวในช่วงเวลาที่ยากลำบากของชีวิต

• การสื่อสารตามระยะปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจระยะต่าง ๆ ของคูเบอร์รอส (Kubler-Ross)

Elisabeth Kübler-Ross ได้แบ่งปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อการตายและความตาย เรียกว่า ลำดับขั้นของความเศร้า (The 5 stages of grief and loss) ออกเป็น 5 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะจะมีผลต่อการสื่อสาร การทำความเข้าใจผู้ป่วยแต่ละระยะจะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถสื่อสารได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1) ระยะการปฏิเสธและแยกตัว (denial and isolation) เป็นปฏิกิริยาที่ไม่สามารถยอมรับกับข่าวที่ได้รับ จึงปฏิเสธความจริงดังกล่าวเพื่อปกป้องตนเอง อาจแสดงออกโดยการปฏิเสธความจริงนั้น ๆ และอาจปฏิเสธการรักษา

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัว และยอมรับการวินิจฉัย เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา สาระสำคัญของการสื่อสาร คือ สื่อสารให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางสุขภาพพร้อมดูแล โดยการตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ในระยะนี้การฟังอย่างลึกซึ้งเป็นการสื่อสารที่ดีที่สุด ร่วมกับการใช้คำพูดที่แสดงถึงการยอมรับ เข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรให้คำแนะนำครอบครัวให้รับฟังด้วยความเข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมที่ปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย การประเมินภาษาท่าทางมีความสำคัญ หากผู้ป่วยยังอยู่ในระยะปฏิเสธ ทีมควรทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่จะคุยกับทีมบุคลากรทางสุขภาพ

2) ระยะโกรธ (anger) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากเผชิญกับการสูญเสียที่ไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์ไม่พอใจต่อสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย และมีคำถามที่อาจก้าวร้าว ทีมบุคลากรทางสุขภาพควรเข้าใจ ไม่ตอบโต้ ให้การดูแลตามปกติ การตอบคำถามที่แสดงถึงการยอมรับ เข้าใจในสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ควรโต้แย้งหรือพยายามอธิบาย การนั่งเป็นเพื่อนจะทำให้ผู้ป่วยอบอุ่นใจ ตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงความเข้าใจ เช่น “ดิฉันเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ยากที่ใครจะทำได้ อย่างไรก็ตาม การยอมรับและตั้งหลักหาวิธีแก้ไขจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น”

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ การช่วยให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมผู้ดูแลเป็นไปด้วยดีเพราะหากมีปัญหาสัมพันธภาพจะทำให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุน สาระสำคัญที่จะสื่อสารในระยะนี้ คือ สื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าทีมผู้ดูแลเข้าใจสภาวะอารมณ์และทุกคนพร้อมร่วมแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ ควรสื่อสารให้ทราบว่าการเริ่มการดูแลรักษาจะทำให้มีโอกาสดีขึ้นไม่ทุกข์ทรมาน

3) ระยะต่อรอง (bargaining) เป็นช่วงเวลาทำใจกับสิ่งที่ยากที่จะยอมรับ โดยหวังว่าจะมีปาฏิหาริย์ช่วยให้สิ่งที่ได้รับรู้นั้นไม่ใช่ ไม่เป็นจริง โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะขอไปรับการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ผู้ป่วยจะพยายามต่อรองกับแพทย์ หรือตกลงสัญญาบางอย่างกับพระเจ้าเบื้องบนหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ผู้ป่วยนับถือ

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ สื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงการมีสิทธิในการตัดสินใจในการรักษาหรือตัดสินใจในเรื่องใด ๆ ทีมบุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ การต่อรองใด ๆ เป็นสิ่งปกติที่สามารถทำได้โดยขอให้ตัดสินใจในเวลาที่เหมาะสม และการสื่อสารจากทีมบุคลากรทางสุขภาพควรมาจากทัศนคติที่ดี ไม่โกรธหากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา แต่สื่อสารให้รู้ว่าบุคลากรทางสุขภาพมีความห่วงใยพร้อมที่จะรับฟังและให้การช่วยเหลือสาระสำคัญที่จะสื่อ คือ ผู้ป่วยมีสิทธิในการต่อรองร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

4) ระยะซึมเศร้า (depression) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มเข้าใจอย่างชัดเจนว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคได้อีกต่อไป ในระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้า หมดหวัง สลดใจ และเตรียมตัวอำลาจากโลกนี้ไป บุคลากรทางสุขภาพควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความโศกเศร้า และรับฟังอย่างตั้งใจ

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าความกลัว ความกังวล สิ่งที่ต้องการ โดยการตั้งคำถามปลายเปิด และสื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางสุขภาพพร้อมที่จะอยู่เป็นเพื่อนคอยรับฟัง ปลอบประโลม และสื่อสารให้ทีมผู้ดูแลและครอบครัว เข้าใจสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อการยอมรับ

5) ระยะยอมรับ (acceptance) ผู้ป่วยเริ่มทำใจยอมรับได้ หลังจากเห็นว่าการซึมเศร้าเสียใจต่อความตายที่เกิดขึ้นไม่ก่อประโยชน์ ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระยะยอมรับได้ หากได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพในการจัดการกับความรู้สึกเศร้าโศก ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะยอมรับจะมีเวลาเตรียมตัวสำหรับความตาย ระยะนี้ผู้ป่วยจะเล่าถึงประสบการณ์ความรู้สึกในช่วงเวลาที่ผ่านมา และรอคอยช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ผู้ป่วยจะสั่งเสียญาติ ต้องการอยู่ใกล้คนที่ตนรักมากที่สุด ระยะนี้บุคลากรทางสุขภาพควรให้การดูแลความสุขสบายทั่วไป บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความปรารถนาสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี

จากการสื่อสารที่ตอบสนองต่อปฏิกิริยาของคูเบอร์รอส จะเห็นได้ว่าความใส่ใจและความเข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วย จะทำให้ทีมบุคลากรทางสุขภาพสามารถตอบสนองต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทีมบุคลากรทางสุขภาพต้องประเมินความพร้อมและเตรียมตนเองให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความเครียด ความกลัว ความโกรธ ให้เข้าสู่การยอมรับ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่เสียเวลาต่อรองกับสิ่งที่เผชิญ แต่อยู่กับปัจจุบันขณะและดำรงอยู่กับปัจจุบันด้วยความสุข การสื่อสารทักษะที่สำคัญมากที่สุด คือ ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง

- **การสื่อสารในช่วงต่าง ๆ ของ palliative care** ได้แก่

I. การแจ้งข่าวร้าย (breaking bad news)

การแจ้งข่าวร้าย หมายถึง กระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อแจ้งข่าวสารหรือข้อมูลที่เลวร้าย ซึ่งมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่เกิดขึ้นต่อไปในอนาคต โดยใช้วิธีการและทักษะที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูลอย่างถูกต้องตามความจริง และปรับใจยอมรับการเจ็บป่วยได้

เป้าหมายของการแจ้งข่าวร้าย คือ เพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรค และความคาดหวังของผู้ป่วย

1) เพื่อให้สามารถประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรค และความคาดหวังของผู้ป่วย ด้วยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย

2) เพื่อให้ข้อมูลอย่างชัดเจน โดยคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับทราบ และสิ่งที่ผู้ป่วยอยากทราบ

3) เพื่อให้การสนับสนุนทางจิตใจและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับผลกระทบทางอารมณ์หลังจากได้รับข่าวร้ายได้

4) เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัวของผู้ป่วย โดยการสร้างความมั่นใจว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง

5) เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาและแนวทางดูแลระยะยาว โดยอาศัยความร่วมมือกับผู้ป่วย

แนวปฏิบัติในการแจ้งข่าวร้าย

Baile และคณะ ได้เสนอแนวทางการแจ้งข่าวร้ายไว้ 6 ขั้นตอน “SPIKES” โดยในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 S (Setting up the interview) การเตรียมความพร้อม เป็นการเตรียมตัวและสภาพแวดล้อม ต้องมีเวลาเพียงพอ ไม่เร่งรัด สถานที่ควรมีความเป็นส่วนตัว สงบเงียบพอสมควร ควรมีที่นั่งสำหรับผู้ป่วยและญาติทุกคน (ไม่ควรยืนคุย) ตัดสิ่งรบกวน ไม่ให้ใครมารบกวนขณะกำลังคุยกับผู้ป่วย ควรปิดโทรศัพท์มือถือระหว่างคุย ควรมีกระดาษทิชชูในกรณีที่ผู้ป่วยอาจร้องไห้ ผู้แจ้งข่าวร้ายต้องมีจิตใจที่สงบเช่นเดียวกัน ดังนั้น จึงควรทบทวนประวัติและผลตรวจของผู้ป่วยให้พร้อม

ขั้นตอนที่ 2 P (Patient perception) ประเมินว่าผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยพอทราบอะไรมาบ้างแล้ว (รู้เขา) ควรเริ่มการสนทนาด้วยการทักทายแนะนำตนเองถามชื่อผู้ป่วย และญาติ (ไม่ควรเรียกญาติว่า “ญาติ”) มีบทสนทนาเกริ่นนำเล็กน้อยเพื่อสร้างความคุ้นเคย แล้วค่อยประเมินว่าผู้ป่วยทราบอะไรมาบ้าง หากพบว่าผู้ป่วยทราบบ้างแล้วแต่ดูกังวลหรือกลัว ก็ควรถามลงลึกไปถึงเหตุผลที่กังวล และอาจให้ความหวังเสริมไปในขั้นตอนนี้

ขั้นตอนที่ 3 I (Invitation of bad news) การประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้างมากน้อยเพียงใด (I-obtaining the patient’s invitation) เป็นขั้นของการเชื้อเชิญและเตรียมให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางสุขภาพกำลังจะบอกข่าวร้าย เช่น “ตอนหมอบอกผล คุณสมชายอยากฟังคนเดียว หรืออยากให้..(ญาติ)..มาร่วมฟังด้วยไหมคะ?” ถ้าข่าวร้ายนั้นค่อนข้างร้าย ก่อนจะบอก แพทย์ควรมี “warning shot” ก่อน เช่น “ผลชิ้นเนื้อ ออกมาไม่ค่อยดีค่ะ.....” หรือ “ผลออกมาไม่เป็นดังที่เราหวังค่ะ.....” แล้วจึงตามด้วยข่าวร้าย

<u>ขั้นตอนที่ 4</u> K (Knowledge) เป็นการให้ข้อมูลข่าวร้ายที่ไม่ใช่ให้ความรู้ทางการแพทย์ (K-giving knowledge and information to the patient) ได้แก่ ข่าวร้ายที่ทีมบุคลากรทางสุขภาพต้องการแจ้ง ควรบอกอย่างชัดเจน ไม่กำกวม ควรพูดให้ช้า ให้ชัด อาจหยุดเพื่อถามความเข้าใจผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ (ask-tell-ask) ในขั้นตอนนี้ไม่ควรพูดถึงข้อมูลทางการแพทย์มากมาย เช่น รายละเอียดของโรค หรือการรักษา โดยทีมบุคลากรทางสุขภาพจะต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยตลอดเวลา

<u>ขั้นตอนที่ 5</u> E (Emotion and empathic response) ขั้นตอนการรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วย และแสดงความเห็นอกเห็นใจกับผู้ป่วย (E-addressing the patient s' emotion with empathic responses) เนื่องจากผู้ป่วยหลังจากได้รับข่าวร้ายจะมีการตอบสนองแตกต่างกันไป เช่น ร้องไห้ โกรธ ปฏิเสธ ต่อรอง ตกใจ เงียบไป หรืออาจยอมรับได้เป็นอย่างดี ปฏิกิริยาทั้งหมดเป็นสิ่งปกติที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นต้องเข้าใจและช่วยส่งเสริมกลไกเหล่านี้ให้ไปสู่ การทำให้ผู้ป่วยยอมรับในที่สุด ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่ร้องไห้ (crying) การร้องไห้ของผู้ป่วยเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในกระบวนการสื่อสารข่าวร้าย อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางสุขภาพจำนวนไม่น้อยมักรู้สึกไม่มั่นใจ หรือวิตกเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นี้ จึงรีบปลอบหรือยับยั้งอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างไม่ทันระวัง เช่น กล่าวคำปลอบใจในลักษณะว่า "อย่าร้องไห้" หรือ "ไม่ต้องคิดมาก" ซึ่งอาจส่งผลในทางลบโดยไม่ตั้งใจ ผู้ป่วยที่แสดงออกทางอารมณ์ด้วยการร้องไห้มักเป็นกลุ่มที่สามารถรับมือได้ง่าย ผู้ป่วยจะดีขึ้นและสงบลงเอง จนพร้อมจะรับฟังข่าวร้ายต่อได้เอง สิ่งที่ควรทำคือ ควรเงียบให้ผู้ป่วยร้องไห้สักพัก ยื่นกระดาษทิชชูให้ (ไม่ควรใช้ผ้าเช็ดหน้า) หรือการสัมผัสโดยแตะมือผู้ป่วยเบา ๆ (ไม่ควรแตะสูงเกินไหล่หรือต่ำกว่าเอว) โดยอาจไม่ต้องพูดอะไรกับผู้ป่วยเลย

2) ผู้ป่วยที่โกรธ (anger) อาจกล่าวโทษแพทย์กล่าวโทษโรงพยาบาลอื่น หรือโทษโชคชะตา ทีมผู้ดูแล ควรเข้าใจ ไม่ควรรีบยับยั้งผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยระบาย (release) สิ่งที่อัดอั้นออกมา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น เช่น "พูดออกมาเลยครับ หมอกำลังฟังครับ" เมื่อผู้ป่วยระบายความโกรธออกมาแล้วจนเริ่มสงบ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ อาจพูดว่า "หมอขอบคุณที่คุณสมชายบอกให้หมอทราบ" "หมอเสียใจกับเรื่องที่เกิดขึ้น" ไม่ควรไปแก้ตัว หรือแก้ตัวแทนผู้อื่น เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยโกรธยิ่งขึ้น

3) ผู้ป่วยที่ปฏิเสธ (denial) เช่น "ไม่น่าใช่มั้งครับ...ผลผิดพลาดหรือเปล่าครับ...หมอตรวจอีกทีมั้ยครับ" ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการคำตอบจริง ๆ แพทย์ไม่ควรไปตอบหรือย้ำผู้ป่วยว่า "ใช่แน่นอนครับ... ผลไม่ผิดแน่ครับ...ไม่ต้องตรวจใหม่ครับ" เพราะจะเป็นการย้ำความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยปฏิเสธให้เจ็บยิ่งขึ้น ทีมผู้ดูแลควรรับฟัง แสดงความเห็นใจ เช่น การสัมผัส แสดงความเห็นใจ (empathy) บอกผู้ป่วยว่า "หมอเข้าใจ" "คุณสมชายคงไม่อยากเชื่อ"

4) ผู้ป่วยที่ต่อรอง (bargaining) ยังลังเลหรือสองจิตสองใจ ควรรับฟังและแสดงต่อผู้ป่วยว่าเข้าใจ ให้เวลาผู้ป่วย บางครั้งอาจต้องนัดมาใหม่ภายหลัง

5) ผู้ป่วยที่ตกใจ (shock) หรือเงียบไป (silence) มักเป็นกลุ่มที่รับมือยากที่สุดสำหรับทีมสุขภาพ เนื่องจากยากที่จะประเมินได้ว่าผู้ป่วยกำลังคิดหรือรู้สึกอะไรอยู่ ควรให้ผู้ป่วยเงียบและใช้เวลาอยู่กับตนเองสักครู่ แล้วจึงกระตุ้นผู้ป่วยโดยการสัมผัส แล้วถามหยั่ง (probing) ดูเช่น "ดูคุณสมชายเงียบไป รู้สึกอย่างไรครับ บอกหมอหน่อยครับ" เป็นต้น ผู้ป่วยก็จะแสดงออกมา ว่าที่จริงมีปฏิกิริยาอย่างไร แพทย์ก็จะรับมือได้ง่ายขึ้น

<u>ขั้นตอนที่ 6</u> S (Strategy and summary) เป็นการวางแผนต่อไปและการสรุป หลังจากบุคลากรทางสุขภาพได้ตอบสนองต่ออารมณ์ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่สงบลงแล้ว ขั้นตอนถัดไป คือ การดำเนินการสนทนาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลในระยะอันใกล้ โดยการพูดช้า ๆ พูดให้น้อย เฉพาะสิ่งที่จำเป็นใกล้ ๆ นี้เท่านั้น มีการสลับกับการสอบถามความเข้าใจเป็นระยะ ๆ (Ask-Tell-Ask) ก่อนจบการสนทนาควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม หลังจากนั้นควรพูดสรุปสิ่งที่ได้พูดกันมาในวันนี้ และนัดแนะการพบกันครั้งต่อไป เช่น “คุณสมชายครับ หมอขอสรุปนะครับว่า วันนี้หมอได้แจ้งผลตรวจผลชิ้นเนื้อคุณสมชาย สรุปว่าเป็น มะเร็งครับ แต่มีทางรักษาได้.....จะรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด.....หมอจะนัดคุณสมชายสัปดาห์หน้านะครับ”

สิ่งที่พึงระวังในการแจ้งข่าวร้าย

1) ข้อมูล: ควรศึกษาข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนแจ้งข่าวร้าย

2) เวลา: เตรียมเวลาให้เพียงพอต่อการชี้แจงรายละเอียดและตอบคำถาม

3) ภาษาและท่าทาง: เวลาใช้คำพูดที่แสดงความรู้สึกใด ภาษากายควรสอดคล้องร่วมไปด้วยกับความรู้สึกนั้น

4) อารมณ์และความรู้สึก: อย่าให้ความสำคัญเฉพาะข้อมูลที่จะแจ้ง จนลืมใส่ใจ ระมัดระวังอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วย

5) ความหวัง: ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย ควรมองหาความหวังที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ให้ความหวังที่ตรงกับความเป็นจริง

6) กำลังใจ: ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ควรพูดปลอบใจเกินจริง

7) แจ้งข่าวเป็นขั้น: ไม่จำเป็นต้องแจ้งข่าวร้ายให้เสร็จสิ้นทุกเรื่องภายในครั้งเดียว

8) หยุดเป็นระยะ: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาปรับตัว เมื่อพบปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของผู้ป่วย ควรใช้เทคนิคการรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิด และสะท้อนความรู้สึก

II. การสื่อสารในช่วงติดตามอาการ

BATHE Technique เป็นเทคนิคการพูดคุยที่ใช้เวลาสั้น ๆ (ประมาณ 15 นาที) เพื่อช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจผู้ป่วยหรือครอบครัว ในมิติทางจิตใจ อารมณ์ และการเผชิญปัญหา โดยสามารถประยุกต์ใช้ในการติดตามอาการหรือเยี่ยมผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. B – Background (ภูมิหลัง/บริบท) สร้างความเข้าใจในสถานการณ์หรือเรื่องราวที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่า เช่น “เล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมครับ/คะ ว่าตอนนี้เกิดอะไรขึ้น?”

2. A – Affect (ความรู้สึกขณะนี้) สำรวจความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์หรือเรื่องที่เล่า เพื่อเข้าใจภาวะอารมณ์ เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่เกิดขึ้น?” “ตอนนี้รู้สึกยังไงบ้างคะ?”

3. T – Trouble (ปัญหา/สิ่งที่รบกวนใจที่สุด) ช่วยให้ผู้ป่วยระบุปัญหาที่กำลังเผชิญ ถ้ามีหลายเรื่องชวนให้ผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญเอง เช่น “คิดว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจ?”

4. H – Handle (การรับมือ/การจัดการกับปัญหา) สอบถามถึงวิธีที่ผู้ป่วยเคยใช้จัดการกับปัญหาและผลลัพธ์ที่ได้ เช่น “ที่ผ่านมา คุณจัดการกับปัญหาอย่างไรบ้าง?” “วิธีที่คุณเคยลองได้ผลไหม?”

5. E – Empathy (ความเห็นอกเห็นใจ) แสดงความเข้าใจ ความจริงใจ และกำลังใจต่อผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ เช่น “ขอบคุณมากนะคะที่เล่าให้ฟัง” “เรื่องนี้ไม่ง่ายเลยที่ใครจะแก้ไขได้” “เป็นกำลังใจให้นะคะ” “มีอะไรที่เรา พอจะช่วยได้ไหม?”

III. การพูดคุยเป้าหมายและแผนการรักษา (goal setting)

การพูดคุยสื่อสารเป้าหมายและแผนการรักษามักเกิดขึ้นหลังจากที่ได้มีการแจ้งข่าวร้ายไปแล้ว หรืออาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดูแลรักษา เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพของโรคหรือแนวทางการรักษา เป็นการสื่อสารเชิงลึกถึงรายละเอียดของโรค การพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษา โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจร่วมอย่างมีข้อมูล ครอบคลุมทั้งเรื่องแนวทางการรักษาที่ต้องการหรือไม่ต้องการ การคาดหวังผลลัพธ์ของการดูแล และการเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ทั้งนี้ เพื่อให้แผนการรักษาเป็นไปตามคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

แนวทางการสนทนาเรื่องเป้าหมายการดูแล (goals of care) ด้วย REMAP มี 5 ขั้นตอนที่สำคัญดังนี้

I. Reframe – การปรับมุมมอง ควรเริ่มด้วยการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินสถานการณ์สำคัญ เช่น “คุณเข้าใจสิ่งที่หมอบอกเกี่ยวกับอาการป่วยของคุณอย่างไรบ้างคะ?” เมื่อมั่นใจว่ามีความเข้าใจร่วมกัน จึงค่อยปรับเข้าสู่บทสนทนา เช่น “จากสิ่งที่ทราบตอนนี้ เราน่าจะได้เริ่มพูดคุยกันเรื่องแผนต่อไปแล้วนะคะ”

II. Expect Emotion – คาดการณ์และยอมรับอารมณ์ บุคลากรทางสุขภาพควรสังเกตอารมณ์และตอบสนองด้วยความเข้าใจ เนื่องจากการสนทนาเกี่ยวกับโรคร้ายแรงมักกระตุ้นความกลัว ความโศกเศร้า และความรู้สึกผิด เช่น “ผมเห็นว่าคุณกังวลมาก เราคุยกันเพิ่มอีกนิดได้ไหมครับ?” การใช้ความเงียบอย่างมีจังหวะ (strategic silence) ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึกมากขึ้นได้

III. Map out the future – วางแผนอนาคตร่วมกัน เมื่อผู้ป่วยพร้อม บุคลากรทางสุขภาพควรเริ่มด้วยการถามเป้าหมายของผู้ป่วยก่อนแนะนำแผนการรักษา เช่น “จากที่คุณทราบเกี่ยวกับโรคของคุณ อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดในตอนนี้?”

IV. Align with values – เชื่อมโยงกับคุณค่าชีวิต การทวนสิ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติให้ความสำคัญแสดงถึงการได้รับการรับฟัง เช่น “ผมเข้าใจว่าคุณให้ความสำคัญกับเรื่อง...”

V. Plan treatments that match values – วางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่า เมื่อเข้าใจคุณค่าที่สำคัญของผู้ป่วยแล้ว บุคลากรทางสุขภาพจึงพูดคุยถึงทางเลือกการรักษา เช่น “ดูเหมือนว่าคุณภาพชีวิตคือสิ่งที่คุณให้ความสำคัญที่สุดในตอนนี้ ผมเข้าใจถูกไหมครับ?” “เมื่อทราบสิ่งที่สำคัญสำหรับคุณแล้ว เรามาพูดถึงทางเลือกกันหน่อยนะครับ”

IV. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยแผนดังกล่าวอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ โดยใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำแผนการดูแลดังกล่าวได้ด้วยตนเอง โดยทั่วไปควรเริ่มคุยเรื่อง ACP ให้เร็วที่สุด ตามเวลาทองของการดำเนินโรค (disease trajectory) ดังนี้

1) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย เช่น มะเร็งระยะที่ 4 ซึ่งอาการอาจทรุดเร็วและเสียชีวิตในเวลาอันสั้น จึงควรเริ่มคุย ACP ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มจะมีอาการแย่ลง เช่น “คุณลุงครับ ตอนนี้คุณลุงเริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ เรากำลังรักษาให้ดีที่สุดครับ หมอมีเรื่องปรึกษาครับ... ถ้าหากในอนาคตถึงจุดที่คุณลุงหอบเหนื่อยลงมาก ๆ ทางการแพทย์เราจะมีทางช่วย 2 วิธี คือ คุณลุงคิดว่าอย่างไรครับ” หรือ “ในช่วงท้ายที่ลุงอาการหนักมาก ๆ ลุงอยากให้หมอดูแลลุงอย่างไร”

2) ผู้ป่วยอวัยวะล้มเหลว เช่น โรคหัวใจวาย โรคไตวาย ถุงลมโป่งพอง ตับแข็ง เป็นต้น ผู้ป่วยมักมีอาการแย่ลงเป็นระยะ จากการกำเริบของโรค หลังผู้ป่วยดีขึ้นแต่ละครั้ง จะไม่กลับมาดีเท่าเดิม และอาการจะกำเริบบ่อยขึ้นและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ควรเริ่มคุย ACP หลังจากที่ผู้ป่วยฟื้นจากวิกฤติครั้งใดครั้งหนึ่ง

3) ผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือโรคทางระบบประสาท ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำมากตั้งแต่ต้น และอาการทรุดอย่างช้า ๆ จนเสียชีวิต คาดการณ์ได้ยากว่าผู้ป่วยจะอยู่ได้นานแค่ไหน จึงควรเริ่มคุย ACP ตั้งแต่ต้น

ประเด็นที่ควรคุยใน ACP

1) การแสดงเจตจำนงหรือความปรารถนา และแผนการดูแลล่วงหน้าที่ต้องการ สิ่งที่ผู้ทำแผนการดูแลล่วงหน้าต้องการหรือให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง (patient preference) รวมทั้งเป้าหมายการดูแลที่ต้องการ

2) สิ่งที่ต้องการและสิ่งที่ยอมรับไม่ได้

3) ขอบเขตของการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการ

4) การดูแลอื่น ๆ ที่ต้องการนอกเหนือจากการดูแลทางการแพทย์

5) กรณีที่เจ็บป่วยและอยู่ในช่วงวาระสุดท้าย ต้องการการดูแลรักษาแบบใด และไม่ต้องการดูแลรักษาแบบใด

6) ผู้ตัดสินใจแทน

V. การสื่อสารในช่วงสุดท้าย (last hours of life)

การสื่อสารในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม สงบ และสมศักดิ์ศรี โดยทีมบุคลากรทางสุขภาพมีการติดตามและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะสามารถสังเกตความก้าวหน้าของโรค ความถดถอยทางร่างกาย ตลอดจนสภาพทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้ชัดเจน ในระยะใกล้เสียชีวิต ลักษณะของการสื่อสารที่เหมาะสมเต็มไปด้วยความกรุณา ความเห็นอกเห็นใจ มีความหวังที่สมจริง (realistic hope) สื่อสารด้วยความไม่ประมาทและเตรียมพร้อม เปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความรู้สึก และตั้งคำถาม เช่น “ญาติมีคำถามหรือข้อกังวลใดเกี่ยวกับการดูแลช่วงสุดท้ายไหมครับ?” “ในช่วงสุดท้ายของคุณลุง อยากให้หมอช่วยอะไรบ้างครับ?”

• บทสรุป: พลังของการสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคอง

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือการสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจร่วมกันระหว่างคนไข้และครอบครัว ด้วยทักษะการสื่อสารและยึดแนวทางคนไข้เป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในงานดูแลแบบประคับประคอง คำพูดจึงมีพลังในการเยียวยา ปลอบโยน และเสริมสร้างกำลังใจ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการดูแลคนไข้ในทุกระยะที่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือโรคที่รักษาไม่หายขาดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีครบทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

แม้การสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นทักษะที่ทำให้บุคลากรทางสุขภาพหลายคนรู้สึกหนักใจ กังวล และมองว่าเป็นเรื่องยาก แต่ในความเป็นจริง การสื่อสารคือหัวใจสำคัญของการดูแลอย่างแท้จริง ที่ช่วยเยียวยาความเจ็บปวด ปลอบประโลมความทุกข์ของผู้ป่วย และเป็นที่พึ่งทางใจให้ครอบครัวในช่วงเวลาที่เปราะบางที่สุดของชีวิต การสื่อสารอย่างมีหัวใจ สามารถเป็นแสงสว่างนำทางให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และช่วยให้ครอบครัวได้คลี่คลายความรู้สึกค้างคาใจ ดังนั้น “การสื่อสารที่ดี...คือการเยียวยาทั้งสองฝ่าย ทั้งผู้ให้และผู้รับ”

เอกสารอ้างอิง

1. กนกพร ตรีครุธพันธ์. ฟัง..ด้วยหัวใจ ช่วยคลายทุกข์ได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://thaicancersociety.com/deep-listening/ .

2. คณะทำงานจัดทำแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: พิมพ์สิริพัฒนา; 2565.

3. ดารณี ทั้งไพศาล, มนวิภา วงรุจิระ, อุณาโลม จันทร์รุ่งมณีกุล. การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31(5): 860-70.

4. ธารินทร์ เพ็ญวรรณ. การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2561; 1(1): 11-6.

5. รจิตลักขณ์ แสงอุไร. การสื่อสารของมนุษย์. กรุงเทพฯ: 21 เซ็นจูรี่ จำกัด; 2548.

6. ราตรี ฉิมฉลอง. เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2021;4(1):1-16. [เข้าถึงเมื่อ 4 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/245883 .

7. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. ล้อมวงสนทนา: ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ. กรุงเทพฯ: สามลดา; 2563.

8. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Training of the Trainers in Palliative Care Module 5 Communication in Palliative Care. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.

9. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2565.

10. สุพจน์ พงศ์ประสบชัย. ทักษะการสื่อสารใน Palliative Care [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sirirajgrad.com/wp-content/uploads/2018/01/Communication-Skills-in-Palliative-Care.pdf .

11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. Oncologist. 2000; 5(4): 302-11.

12. Boddaert M, Douma J, Dijxhoorn F, Bijkerk M. Netherlands quality framework for palliative care [Internet]. IKNL / Palliactief; 2017 [cited 2025 Jun 24]. Available from: https://palliaweb.nl/getmedia/f553d851-c680-4782-aac2-2520632f2e8d/netherlands-quality-framework-for-palliative-care_2.pdf .

13. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? BMJ.1984; 288(6430): 1597-9.

14. Buckman R. Communication skills in palliative care: a practical guide. Neurol Clin. 2001; 19(4): 989-1004.

15. Childers JW, Back AL, Tulsky JA, Arnold RM. REMAP: A framework for goals of care conversations. J Oncol Pract. 2017; 13(10): e844-e850.

16. Kübler-Ross, E. On death and dying. New York: Macmillan Publishing Company. 1969.

17. Kumar V, Sarkhel S. Clinical practice guidelines on breaking bad news. Indian J Psychiatry. 2023; 65(2): 238-44.

18. LeBlanc TW, Tulsky JA. Discussing goals of care [Internet]. In: Post TW, editor. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2025 [cited 2025 Jun 22]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/discussing-goals-of-care .

19. Slort W, Blankenstein AH, Wanrooij BS, van der Horst HE, Deliens L. The ACA training programme to improve communication between general practitioners and their palliative care patients: development and applicability. BMC Palliat Care. 2012; 11(9): 1-8.

บทที่ 3.3 การวินิจฉัยและการประเมิน (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

พญ.นิอร โชติธนประสิทธิ์, ดร.พว.ชลิยา วามะลุน , ดร.พว.โสภิต ทับทิมหิน,
พว.เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์, พว.สุวรรณกิจ สมทรัพย์,
พว.ธีระพันธ์ กากแก้ว, พว.นันทิยา แก้ววงษา
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

การตระหนักว่าบุคคลหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใกล้จะสิ้นสุดลงแล้วนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ด้วยการเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาจากการหวังผลการรักษาให้หายขาด สู่แผนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามว่า การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหาประเมินและให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขา ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย แต่การระบุว่าเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของภาวะการเจ็บป่วยที่จะสิ้นสุดลงหรือเข้าสู่ภาวะใกล้ตายเมื่อไรนั้น ไม่ใช่เรื่องที่จะกำหนดได้ถูกต้องเสมอไป อีกทั้งการวินิจฉัยภาวะใกล้ตาย เป็นการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน และมีความไม่แน่นอน ซึ่งกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้แก่ 1) cancer 2) neurological disease : stroke 3) renal replacement therapy 4) pulmonary and heart disease 5) multiple trauma patient 6) infectious disease: HIV/AIDS 7) pediatric และ 8) aging/dementia ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนที่จะจัดผู้ป่วยนั้น ๆ เข้าสู่กระบวนการดูแล จำเป็นต้องประเมินสมรรถนะการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย โดยต้องผ่านการประเมินขั้นต้น general criteria ก่อน เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะเห็นว่าการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยนอกจากจะมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เข้าข่ายต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่แรก ๆ แล้วนั้น ประเด็นสำคัญคือเพื่อจะได้วางแผนให้ความช่วยเหลือโดยทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีรายละเอียดการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังต่อไปนี้

แนวทางการวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีกรอบในการประเมินได้หลายแบบที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งพิจารณาจากอาการไม่สบายและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีเกณฑ์ประเมินที่เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มโรคและองค์ประกอบอื่น ๆ ดังรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อสนับสนุนในการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรก ๆ ดังตารางที่ 3.3.1 โดยมีกระบวนการคัดกรองที่สอดคล้องกับ Gold Standard Framework ในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งมีข้อแนะนำสำหรับกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัย (identify) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการคัดกรอง โดยมุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัยเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นผู้ที่อาจได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคองในตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของวิถีการเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (assess) ในขั้นตอนนี้ควรมีการประเมินที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ถึงความต้องการการดูแลของบุคคลทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่มีความเหมาะสมและถูกต้อง ทั้งจากการสัมภาษณ์ประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ เพื่อพิจารณาร่วมกันในการประเมินผู้ป่วยเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน (plan) จากการประเมินในขั้นตอนที่สอง จะช่วยในการพิจารณาการดูแลที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในขั้นตอนที่สาม คือการวางแผนและการจัดการอันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การดูแลต่อไป

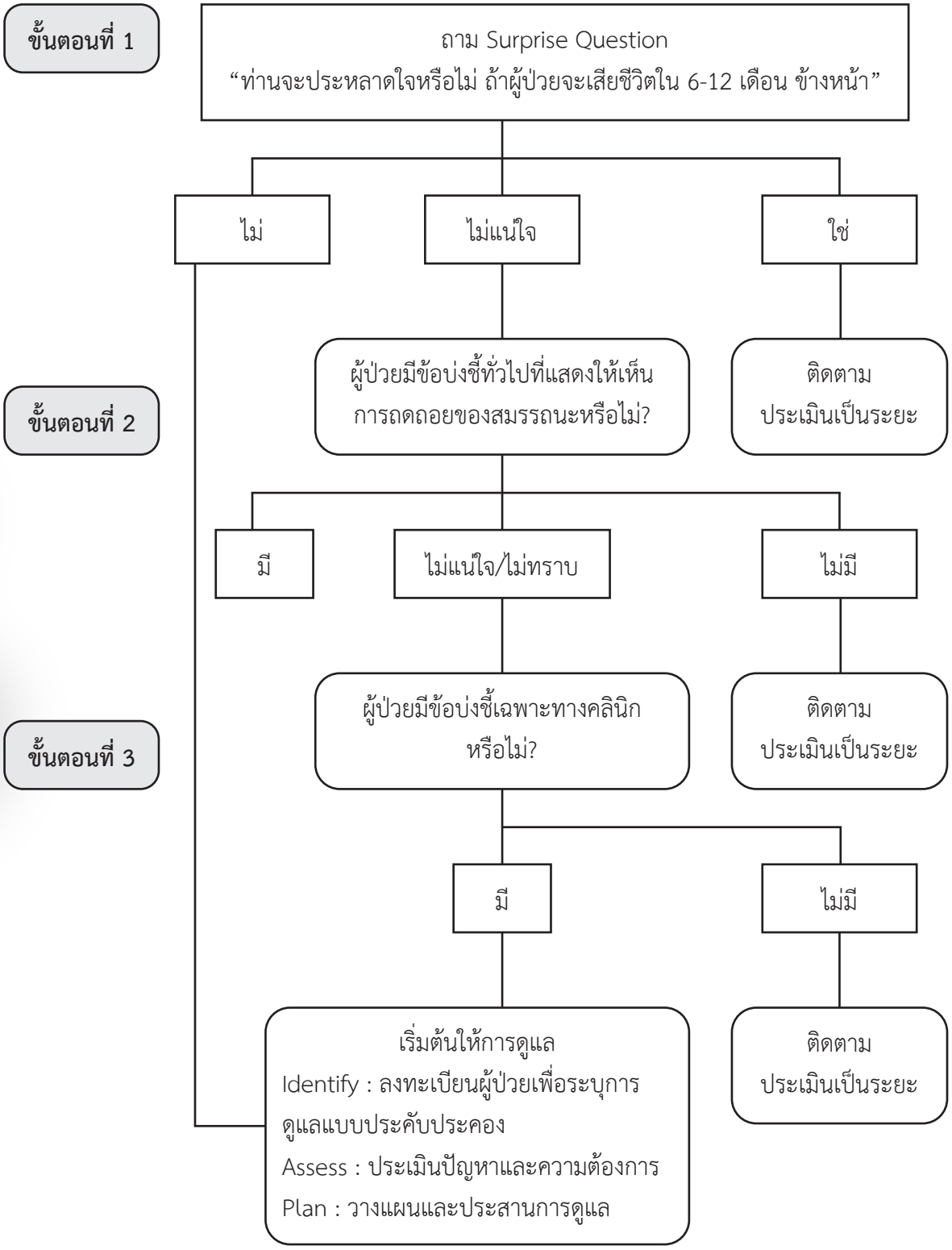
ตารางที่ 3.3.1 เปรียบเทียบองค์ประกอบของเครื่องมือประเมินเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง

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 neuron disease	✓	✓		
Parkinson’s disease	✓	✓		

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

จากตารางที่ 3.3.1 จะเห็นว่าเครื่องมือในการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง มีความเหมือนและแตกต่างกันในบางประเด็น โดยในการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Walsh ได้ระบุว่า RADPAC เป็นเครื่องมือที่แตกต่างจากเครื่องมืออื่น คือที่ไม่ได้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดทั่วไปของสุขภาพที่เสื่อมถอย และไม่ได้ใช้ Surprise question ซึ่งคล้ายกับ SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) ที่ไม่ได้ใช้ Surprise question ในการประเมินเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย การประยุกต์ใช้เครื่องมือควรให้มีความเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รวมถึงบริบทวัฒนธรรม และที่สำคัญเครื่องมือจะต้องสามารถตอบสนองต่อระบบการบันทึกข้อมูลและการเงิน ตลอดจนอำนวยความสะดวกแก่สหสาขาวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วย

นอกจากนี้ ตามแนวทาง Gold Standard Framework ของประเทศสหราชอาณาจักร ยังมีข้อแนะนำแก่แพทย์สำหรับการนำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งพัฒนาแนวทางในฉบับภาษาไทยโดย ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพียสุพรรณ ให้แพทย์ถามคำถาม “Surprise Question” ในใจว่า ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตใน 6-12 เดือน ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ผู้ป่วยรายนั้นควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่ถ้าคำตอบคือประหลาดใจ หรือไม่แน่ใจ ให้แพทย์มองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปที่บ่งบอกถึงสมรรถนะที่ถดถอย หรือการต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ ให้แพทย์ดูตัวชี้วัดด้านโรคว่ามีความสัมพันธ์หรือมีความเกี่ยวข้องด้วยหรือไม่ ดังบทสรุปแนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 3 ขั้นตอน ดังภาพที่ 3.3.1



ภาพที่ 3.3.1 แนวทางการตรวจกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งคำถาม “Surprise question”

ในผู้ป่วยที่มีสภาวะของโรคที่อยู่ในระยะลุกลามหรือสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง (advance disease) รวมไปจนถึงสภาวะที่สมรรถนะของร่างกายถดถอย มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (progressive life limiting condition) ให้ตั้งคำถาม “ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า” และควรดึงข้อมูลของสภาวะของโรค เช่น โรคร่วม (co-morbidity) ปัจจัยทางสังคมและอื่น ๆ มาประกอบการพิจารณาเพื่อให้เห็นภาพรวมในการวินิจฉัย ถ้าคำตอบคือ ไม่ประหลาดใจ ควรดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป กรณีคำตอบคือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อเป็นคำตอบในการค้นหาผู้ป่วย ในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การหาข้อบ่งชี้ทั่วไป

ในขั้นตอนที่ 2 จะเป็นสภาวะที่สามารถนำมาพิจารณาเพื่อประกอบเป็นข้อมูลการค้นหาผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

ข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีคำตอบคือไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไป เพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วยเพื่อเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง ข้อบ่งชี้เหล่านี้ ได้แก่

- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น นั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวัน พึ่งพิงมากขึ้น หรือการประเมิน Functional assessment ซึ่งได้แก่ Karnofsky score (KPS) น้อยกว่าร้อยละ 50
- Multiple co-morbidity เป็นข้อบ่งชี้ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์การเสียชีวิตหรือภาวะทุพลภาพที่จะเกิดขึ้น
- สภาวะของร่างกายที่มีการเสื่อมถอย และต้องการการดูแลและความช่วยเหลือมากขึ้น
- โรคอยู่ในระยะลุกลาม มีความไม่แน่นอน มีอาการของโรคที่ซับซ้อน
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- ตัวเลือกของการรักษาคือจะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
- น้ำหนักลดอย่างต่อเนื่อง (มากกว่าร้อยละ 10) ในหกเดือนที่ผ่านมา
- เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การเข้ารับการดูแลในสถานบริบาล เป็นต้น
- Serum albumin < 2.5 mg/dL

สำหรับการประเมินสภาวะ/การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ในข้อบ่งชี้ทั่วไปนี้ สามารถใช้แบบประเมินต่าง ๆ ต่อไปนี้

- ใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index) ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นหลัก (Activities of Daily Living, ADL) ระดับ 1-20 ที่จะอธิบายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ความสามารถในการกลั้น อุจจาระ ปัสสาวะ การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย การเคลื่อนไหว เป็นต้น
- PULSE เป็นการคัดกรองเพื่อการประเมิน 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
- Clinical Frailty Scale เครื่องมือวัดระดับภาวะเปราะบางทางคลินิก ระดับคะแนน 1-9

ซึ่งจากข้อบ่งชี้ของ The Gold Standards Framework Centre มี 4 ด้านเป็นข้อพิจารณา แต่ในบริบทของประเทศไทย จะเห็นได้ว่ามีหลายหน่วยงานใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale) จึงขอเปรียบเทียบเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณา ดังตารางที่ 3.3.2

ขั้นตอนที่ 3 จะเป็นการประเมิน specific criteria เฉพาะกลุ่มโรค เช่น cancer, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) และ stroke เป็นต้น โดยจะนำเสนอในแต่ละบทถัดไป

ตารางที่ 3.3.2 เปรียบเทียบ Clinical Frailty Scale, ADL, ECOG Performance Status, Kanofsky Performance Status และ Palliative Performance Score (ดัดแปลงมาจาก European Society for medical Oncology)

Clinical Frailty Scale	ADL	ECOG Performance Status	Kanofsky Performance Status	Palliative Performance Score	Stage
1 (สุขภาพแข็งแรงมาก: Very fit)	12-20 (ไม่เป็นการพึ่งพา)	0-1	80-100	70-100	**Stable:** สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ
2 (สุขภาพแข็งแรง: Fit)					
3 (มีโรคประจำตัวซึ่งควบคุมได้ดี: Managing well)					
4 (ใช้ชีวิตด้วยภาวะเปราะบางเล็กน้อยมาก: Living with very mild frailty)	9-11 (ภาวะพึ่งพาปานกลาง)	2	60-70	40-60	**Transitional:** ไม่สามารถทำงานได้ แต่สามารถอยู่ที่บ้านและส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น
5 (ใช้ชีวิตด้วยภาวะเปราะบางเล็กน้อย: Living with mild frailty)		3	40-50		
6 (ใช้ชีวิตด้วยภาวะเปราะบางปานกลาง: Living with moderate frailty)					

Clinical Frailty Scale	ADL	ECOG Performance Status	Kanofsky Performance Status	Palliative Performance Score	Stage
7 (ใช้ชีวิตด้วยภาวะเปราะบางรุนแรง: Living with severe frailty)	5-8 (ภาวะพึ่งพารุนแรง)	4	10-30	10-30	**End of life:** ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการการดูแลจาก hospital care หรือสถานบริการการรักษา
8 (ใช้ชีวิตด้วยภาวะเปราะบางรุนแรงมาก: Living with very severe frailty)					
9 (เจ็บป่วยระยะสุดท้าย: Terminal ill)	0-4 (ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์)				
		5	0	0	Dead

จากรายละเอียดข้างต้นจะเห็นได้ว่าการประเมินผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง (patient assessment in palliative care) ต้องประเมินให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถระบุปัญหา ความกังวล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยพยาบาลควรปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหลักสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยระยะท้าย ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการประเมิน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ บนพื้นฐานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษาพยาบาล ในการวางแผนการดูแล การให้การดูแล การประเมิน คำนึงถึงการเลือกและการตัดสินใจของผู้ป่วย

2. เคารพในสิทธิของผู้ป่วย คำนึงว่าเป็นส่วนบุคคล และการรักษาความลับของผู้ป่วย เคารพในความประสงค์ของผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

3. วางแผนการประเมินอย่างเป็นระบบ โดยความร่วมมือกันในทีมการดูแลรักษาและผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างคารพนับถือในคุณค่า ศักดิ์ศรี และยอมรับในความแตกต่างทางความคิดความเชื่อของผู้ป่วย ไวต่อความต้องการของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติกร นิลมานัต. การประเมินสุขภาพผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม. ใน: ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์, บรรณาธิการ. คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคอง ฉบับพกพา. เชียงใหม่: Good Work Media; 2559. หน้า 20.

2. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายและภายหลังการตาย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.

3. บุษยามาศ ชีวสกุลยง, ลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก. ใน: บุษยามาศ ชีวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรนิรามัย, เบญจลักษณ์ มณีทอน, ธนินนิตย์ ลีรพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม, ปัทมา โกมุทบุตร, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Palliative care. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.

4. ประเสริฐ อัสสันตชัย. การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ. ใน: คู่มือการดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สินทวีการพิมพ์; 2555.

5. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: ศูนย์การุณรักษ์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.

6. อำไพพร ยังวัฒนา, นฤมล เรืองกิจวัฒนากร, อภิสิทธิ์ ศรีอิ่นแก้ว, วิชยาภา เอี่ยมสว่าง, บรรณาธิการ. List disease of palliative care and functional unit. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์; 2559.

7. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL index: a reliability study. Int Disabil Stud. 1988; 10(2): 61–3.

8. ECOG-ACRIN Cancer Research Group. ECOG Performance Status Scale [Internet]. [cited 2025 Oct 4]. Available from: https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status/ .

9. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982; 5: 649–55.

10. Rockwood K, Theou O. Using the clinical frailty scale in allocating scarce health care resources. Can Geriatr J. 2020; 23(3): 210–5.

11. Thomas K, et al. GSF Prognostic Indicator Guidance. 4th ed. October 2011 [Internet]. [cited 2025 Oct 4]. Available from: https://connectability.ca/wp-content/uploads/2017/03/12.-GSF-Prognostic-Indicator-Guidance-October-2011-3.pdf .

12. 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. 2015; 31(2): 118–23.

13. World Health Organization. Definition of palliative care [Internet]. 2002 [cited 2020 Feb 5]. Available from: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ .

บทที่ 3.4 การดูแลทางด้านร่างกาย

นพ.ธีระพล สมหมายไชยา
โรงพยาบาลเลิดสิน

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยและญาติควรได้รับการอธิบายให้เข้าใจ และเป็นการตัดสินใจร่วมกันบนความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์หรือผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยหรือญาติ โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการสับสน ตลอดจนภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาทางกายหลายอย่างร่วมกัน

• ปัญหาความปวด (pain)

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในช่วงระยะท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็ง ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาอาการปวดมีทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้ การประเมินความปวด และทักษะของผู้ดูแล จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะจัดการอาการปวดของผู้ป่วยจนอยู่ในระดับที่พึงพอใจ วิธีการจัดการความปวดทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาที่จัดทำขึ้นนี้ จะเป็นเครื่องมือทางวิชาการในการสนับสนุนความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

1. การประเมินความปวด:

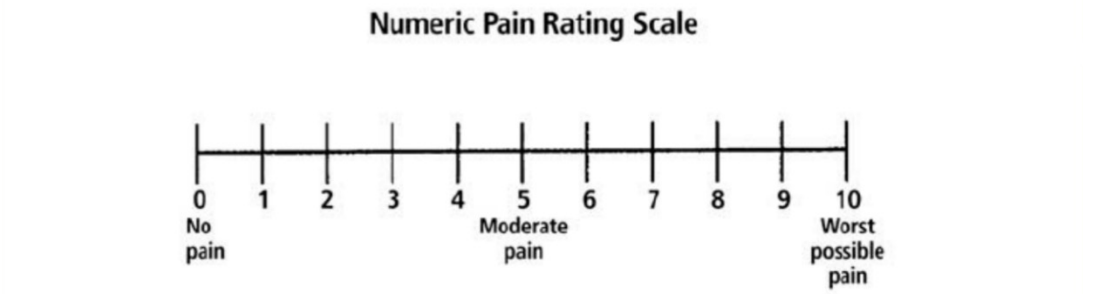
วัตถุประสงค์เพื่อหาสาเหตุและติดตามประเมินความรุนแรงของความปวดรวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาโดยให้ครอบคลุม ดังนี้

1.1 ตำแหน่ง (pain position) สามารถทำให้สะดวกด้วยรูปภาพร่างกาย (body chart) เพราะบางครั้งอาจมีอาการปวดหลายตำแหน่ง

1.2 ลักษณะความปวด (pain characteristics) เช่น ปวดตื้อ ๆ ปวดตุ๊บ ๆ ปวดเหมือนถูกทิ่มตำ ปวดเหมือนถูกบีบรัด ปวดแหลม ๆ ปวดร้าว เป็นต้น ช่วยให้พิจารณาแยกความปวดว่าน่าจะมีกลไกความปวดอย่างไร

1.3 ความรุนแรงของความปวด (pain intensity) ประเมินโดยเครื่องมือวัดระดับความปวดดังนี้

กรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ให้ประเมินความรุนแรงของความปวดโดยใช้มาตราวัดคะแนนเชิงตัวเลข (Numerical Rating Scale, NRS) ดังภาพที่ 3.4.1 คือ จากคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้



ภาพที่ 3.4.1 มาตราวัดคะแนนเชิงตัวเลข (Numerical Rating Scale, NRS)

กรณีผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ให้ใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวด คือ มาตราวัดความเจ็บปวดแบบใบหน้า (Face Pain Rating Scale) ดังภาพที่ 3.4.2 และระบุด้วยว่าประเมินอาการปวดเมื่อใด เช่น ขณะพัก ขณะมีกิจกรรม เป็นต้น



ภาพที่ 3.4.2 มาตราวัดความเจ็บปวดแบบใบหน้า (Face Pain Rating Scale)

1.4 ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด

1.5 ผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ และผลกระทบทางด้านอารมณ์

1.6 ผลของการรักษาต่อความปวด ได้แก่ ใช้ยาแก้ปวดอะไรมาบ้าง ผลการรักษาเป็นอย่างไร อาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวดที่เคยใช้

2. การวางแผนการรักษา

2.1 การรักษาด้วยยา

หลักการบำบัดความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายใช้หลักการขององค์การอนามัยโลกที่ให้ยาบรรเทาอาการปวดตามขั้นตอน ดังตารางที่ 3.4.1 และการใช้วิธีที่ไม่ซับซ้อน (non invasive) ก่อน เช่น ให้รับประทาน (by mouth) และให้ตามเวลา (by the clock) ขนาดไม่มีจำกัด แต่ให้ประเมินติดตามการเลือกใช้ชนิดและปรับขนาดตามความรุนแรงไม่ใช่ตามระยะของโรค และเมื่อยาบรรเทาปวดในระดับขั้นเดียวกันใช้ไม่ได้ผลในขนาดสูงแล้ว ควรปรับเป็นยาในขั้นที่สูงกว่า ไม่ควรให้ซ้อนชนิดกัน เช่น ให้ยา codeine และ

tramadol ในช่วงเวลาเดียวกัน และเมื่ออาการปวดดีขึ้นให้ปรับลดขนาดลงตามความรุนแรง เมื่อมีอาการปวดแบบต่อเนื่องต้องให้ยาตามตารางเวลาเพื่อคุมอาการต่อเนื่อง (around the clock) แต่เมื่อมีความปวดที่เกิดเป็นครั้งคราว (breakthrough) ก็ให้เสริมด้วยยาที่ออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วเพื่อรีบบรรเทาอาการ

ตารางที่ 3.4.1 หลักการใช้ยาแก้ปวดขององค์การอนามัยโลก

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

หลักการรักษาด้วยยา แบ่งเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ยากลุ่ม acetaminophen และ non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) สามารถให้ได้ในทุกระดับความปวด โดยสามารถให้ตั้งแต่อาการปวดน้อย และใช้ร่วมกับยากลุ่ม opioid เพื่อลดขนาดของยา opioid ดังตารางที่ 3.4.2

ตารางที่ 3.4.2 ตัวอย่างยากลุ่ม non opioid ที่ใช้บ่อย

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาด (มก.)	ความถี่	ขนาดสูงสุดต่อวัน (มก./วัน)
acetaminophen	paracetamol	325, 500	ทุก 4 - 6 ชม.	4,000
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 24 ชม.	120

การให้ยาในกลุ่ม NSAIDs ควรระวังผลข้างเคียงในเรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร ผลข้างเคียงต่อไตและหัวใจ ซึ่งในผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ อยู่แล้ว จึงควรลดขนาดยาลงและใช้ยากลุ่มนี้ในระยะสั้น

ขั้นที่ 2 Weak Opioid พิจารณาใช้ได้ในระดับความปวดน้อยถึงปานกลาง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ tramadol และ codeine ดังตารางที่ 3.4.3

ตารางที่ 3.4.3 รายละเอียดของยาในกลุ่ม weak opioid ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด (มก.)	ขนาดสูงสุดต่อวัน (มก./วัน)	ความถี่	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
tramadol	50	400	ทุก 6-8 ชม.	มึนงง ง่วงนอน คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก	- เพิ่มความเสี่ยงของอาการชักในผู้ป่วยที่มีประวัติลมชัก - ควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยโรคไต โรคตับ และผู้สูงอายุ - ระมัดระวังการเกิด serotonin syndrome เมื่อใช้ร่วมกับ ssris หรือ snris
codeine	15, 30	240 - 360	ทุก 4-6 ชม.	มึนงง ง่วงนอน คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก	- ควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยโรคไต - ฤทธิ์แก้ปวดลดลงเมื่อใช้ร่วมกับยาที่มีผลยับยั้ง cyp2d6 เช่น fluoxetine และ paroxetine

ขั้นที่ 3 strong opioid ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ดังตารางที่ 3.4.4

ตารางที่ 3.4.4 รายละเอียดของยาในกลุ่ม strong opioid ที่ใช้บ่อย

ชนิด	ขนาด	ความถี่	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
MO IR (ยามอร์ฟีนเม็ดแบบปลดปล่อยทันที)	10 มก.	ทุก 2-4 ชม.	**ที่พบบ่อย** คือ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก มึนงง ง่วงนอน **ที่พบไม่บ่อย** คือ ความดันโลหิตต่ำ กดการหายใจ คันกล้ามเนื้อกระตุก Delirium	- ปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง - ระมัดระวังภาวะการหายใจถูกกดในผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบไหลเวียนเลือดรุนแรง
morphine syrup (ยามอร์ฟีนชนิดน้ำเชื่อม)	2 มก./มล.	ทุก 2-4 ชม.		
ยาแคปซูลแบบควบคุมการปลดปล่อย (Kapanol)	20 มก. 50 มก. 100 มก.	ทุก 12-24 ชม.		

ชนิด	ขนาด	ความถี่	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อควรระวัง
มอร์ฟีนฉีดเข้าใต้ผิวหนัง มอร์ฟีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำ	10 มก./มล.	ทุก 3-4 ชม.		ใช้ร่วมกับยาอื่นที่กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น High potency benzodiazepines และผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง ***ยาเม็ดแบบควบคุมการปลดปล่อย (MST) ห้ามหัก แบ่ง บด เคี้ยว เม็ดยา อาจเกิดภาวะ withdrawal ในผู้ที่ได้ opioids มาเป็นเวลานาน**
ยาเม็ดแบบควบคุมการปลดปล่อย (MST)	10 มก. 30 มก. 60 มก.	ทุก 8-12 ชม.		
nalbuphine	10 มก./มล.	ทุก 3-4 ชม.	ง่วงซึม	
pethidine	50 มก./มล.	ทุก 3-4 ชม.	delirium, myoclonus	ไม่แนะนำให้ใช้ติดต่อกันระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็ง
fentanyl transdermal patch	12, 25, 50 ไมโครกรัม/ชม.	ทุก 72 ชม. (3 วัน)	เหมือนมอร์ฟีน แต่ท้องผูกน้อยกว่า	ไม่แนะนำให้ใช้ติดต่อกันระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็ง

กรณีเกิดการกดหายใจ (respiratory depression) การวินิจฉัยภาวะกดการหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะกดการหายใจจะมีอาการที่สามารถพบได้ คือ ซึมลง pin point pupil ร่วมกับหายใจน้อยกว่า 6-10 ครั้งต่อนาที (โดยใช้แบบประเมิน sedation score) ให้การรักษาโดยใช้ยาต้านยากลุ่ม opioid คือ naloxone โดยเจือจาง naloxone 1 ampule (0.4 มก.) ใน 0.9% normal saline 9 มล. แบ่งครั้งละ 1-2 มล. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ ทุก 30-60 วินาที จนอาการดีขึ้น ถ้าผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองภายใน 10 นาที ให้ฉีดจนได้ขนาดรวม 1 มก. แต่อย่างไรก็ตามยาในกลุ่ม opioid มี half-life นานกว่ายา naloxone (45 นาที-1 ชั่วโมง) ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นในช่วงแรก ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะถ้าฤทธิ์ของ naloxone หมด แต่ฤทธิ์ของยากลุ่ม opioid ยังอยู่อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกดการหายใจขึ้นอีก จึงต้องให้ยา naloxone เป็นระยะตามอาการผู้ป่วย

ยากลุ่ม adjuvants

ยาแก้ปวดกลุ่ม adjuvants คือ ยากลุ่มที่มีข้อบ่งใช้หลักทางคลินิกสำหรับสำหรับโรคอื่น ๆ แต่สามารถนำมาใช้ร่วมเพื่อบำบัดความปวดได้ หรืออาจเหมาะสำหรับความปวดบางชนิด ยาแก้ปวดในกลุ่ม adjuvants มีหลายกลุ่ม เช่น antidepressants, anticonvulsants, muscle relaxants, antispasmodics, corticosteroids และ bisphosphonates แต่ละกลุ่มมีวัตถุประสงค์ในการใช้แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3.4.5

ตารางที่ 3.4.5 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 โรคต้อหินมุมปิด โรคลมชัก
gabapentin	100, 300, 400, 600	300-3,600	- ง่วงนอน วิงเวียน บวมที่รยางค์ส่วนปลาย - ขับทางไตในรูปเดิม จึงต้องลดขนาดในผู้ป่วยซึ่งมีการทำงานของไตบกพร่อง
pregabalin	25, 75	75-600	- ง่วงนอน วิงเวียน บวมที่รยางค์ส่วนปลาย - ขับทางไตในรูปเดิม จึงต้องลดขนาดในผู้ป่วยซึ่งมีการทำงานของไตบกพร่อง
corticosteriod (dexamethasone, prednisolone)	ความปวดที่เกิดจากภาวะ Inflammation, nerve compression, diffuse bone pain, bowel obstruction, acute management ในภาวะ pain crisis จากพยาธิสภาพที่ Dural structures หรือ bone, intracranial pressure สูงจากมะเร็งในสมอง	ขนาดยาแล้วแต่ชนิดของยาที่ใช้และข้อบ่งใช้	- ประโยชน์อื่น ๆ ของยาในผู้ป่วยมะเร็ง คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิต mood elevation กระตุ้นความอยากอาหาร ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน และความรู้สึกไม่สบายหรืออ่อนแอของร่างกาย (malaise) ระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระยะยาว

การตรวจติดตามผลการระงับปวดต้องมีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง) และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจนผู้ป่วยไม่รู้สึกปวด

2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้หลายวิธี โดยวิธีการที่ใช้บ่อยและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้การรักษาแบบประคับประคอง มีดังนี้

การนวด (massage) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่อนคลาย สบายใจ ลดความเครียด และทำให้มีการไหลเวียนของเลือดทั่งร่างกาย หรือบริเวณที่นวดควรนวดแบบ Effleurage/Stroking คือ การใช้มือไล้บนผิวหนังลงน้ำหนักเบาหรือแรงก็ได้ ซึ่งจะให้ผลแตกต่างกัน ถ้าลงน้ำหนักเบาในทิศทางใด ๆ กระทำได้ทั่วร่างกาย จะเป็นการกระตุ้น Reflex และเกิดผลทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย แต่ถ้าลงน้ำหนักแรงต่อตำแหน่งเป็นแนวยาวจะให้ผลทางกลศาสตร์ระดับลึก

ความร้อน (heat) และความเย็น (cold) ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของอาการ โดยถ้าเกิดการบาดเจ็บเฉียบพลันร่วมกับเกิดอาการบวมขึ้นควรเลือกใช้ความเย็นเพราะความเย็นจะช่วยลดบวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเป็นอาการแบบเป็น ๆ หาย ๆ มีอาการเรื้อรังหรือปวดตึงกล้ามเนื้อ ควรใช้ความร้อนเพื่อลดปวดและคลายกล้ามเนื้อ

การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นที่ผิวหนังผ่านทางแผ่นที่ติดไว้บริเวณผิวหนังของผู้ป่วยโดยอาศัยกลไกการลดปวดจาก Gate Control Theory

Palliative radiotherapy ใช้รักษาเพื่อประคับประคองอาการ โดยเฉพาะอาการปวดกระดูก ปวดบริเวณก้อนมะเร็ง โดยจะทำการฉายรังสีระยะสั้นขึ้นกับลักษณะของโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

• อาการรบกวนทางกายอื่นที่พบได้บ่อย

1. เหนื่อย/อ่อนเพลีย (tiredness/fatigue)

ความอ่อนล้า เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าหมดแรง เหนื่อยล้าทั้งกายและใจ ไม่สามารถดีขึ้นได้จากการนอนพักผ่อน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง สัมพันธภาพกับบุคคลลดลง เกิดสภาวะถดถอยของร่างกาย และความทนทานของร่างกายลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติลดลงการประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการเบื่ออาหาร ผอมแห้ง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย สาเหตุของความอ่อนล้ามีความซับซ้อน โดยต้องได้รับตรวจวินิจฉัยอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ความปวด คลื่นไส้อาเจียน แผลในปาก ท้องผูก อาการซึมเศร้า ภาวะติดเชื้อ ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งเป็นได้ทั้งจากตัวโรค จากการรักษา หรือสาเหตุอื่น ๆ

<u>แนวทางการจัดการ</u>

การเพิ่มแคลอรีของอาหารด้วยการรับประทาน หรือเข้าทางหลอดเลือดจะได้ผลน้อยและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ควรรักษาที่สาเหตุ เช่น ให้เลือดกรณีเกิดภาวะซีด ให้ยาบรรเทาอาการอ่อนล้า เช่น steroid, erythropoietin, anti-depressants, methylphenidate พบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะของร่างกายสามารถทำให้อาการอ่อนเปลี้ยเพลียแรงดีขึ้นได้ อาจปรับเปลี่ยนอิริยาบถในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติหรือผ่อนคลาย กรณีมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นให้จำกัดกิจกรรมและให้ความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกเดิน การเข้าห้องน้ำ การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การพักผ่อน อย่างเพียงพอ และกรณีเหนื่อยให้ออกซิเจนร่วมด้วย

2. คลื่นไส้อาเจียน (nausea and vomiting)

คลื่นไส้: เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหารลำบาก

อาเจียน: เป็นอาการที่มีการหดรัดตัวของกระเพาะอาหารซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะให้ไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก บางทีอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้

<u>การประเมินและการตรวจวินิจฉัย</u>

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการคลื่นไส้อาเจียน เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะท้ายมักมีปัญหาเรื่องคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย หรือเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งต้องประเมินและหาสาเหตุที่เกิดขึ้น และรักษาผู้ป่วยตามสาเหตุดังกล่าว

<u>แนวทางการจัดการ</u>

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

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น จัดอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น ดื่มเครื่องดื่มช้า ๆ บ่อย ๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำผลไม้ น้ำขิง น้ำชา ทำความสะอาดปาก ฟัน ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศสดชื่น เป็นต้น

3. ง่วงซึม/สะลึมสะลือ (drowsiness)

Drowsiness เป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะท้ายเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ยา การติดเชื้อ ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ความดันในสมองเพิ่มขึ้น ภาวะล้มเหลวของอวัยวะในร่างกาย เช่น ไตวาย ตับวาย เป็นต้น

<u>การประเมินและการตรวจวินิจฉัย</u>

เริ่มจากซักประวัติ และตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุ

<u>แนวทางการจัดการ</u>

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบในกรณีที่เป็นผลข้างเคียงของยากลุ่ม opioid ให้ลดขนาดยาลงหรืออาจจำเป็นต้องใช้ methylphenidate เพื่อกระตุ้นระบบประสาทซึ่งอาจจะไม่สามารถแก้ไขได้ในกรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

4. เบื่ออาหารและน้ำหนักลด (anorexia & cachexia)

Anorexia: เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารร่วมกับมีการลดลงของแคลอรีที่ได้รับ

Cachexia: เป็นภาวะที่ผู้ป่วยน้ำหนักลด มากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ร่วมกับมีภาวะลดลงของกล้ามเนื้อและไขมัน

<u>การประเมินและการตรวจวินิจฉัย</u>

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุและประเมินระดับความรุนแรงโดยดูจากน้ำหนักตัวที่ลดลงเพื่อการจัดการที่เหมาะสม

<u>แนวทางการจัดการ</u>

กรณีประเมินระดับความรุนแรงได้เล็กน้อย ให้ดูแลเรื่องความสะอาด และความชุ่มชื้นในช่องปาก โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดและซับที่ปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ส่งเสริมให้ครอบครัวจัดอาหารมื้อที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย กรณีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก รายงานแพทย์เพื่อส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการ และให้ยากระตุ้นความอยากอาหาร

5. เหนื่อยหอบ (shortness of breath)

เหนื่อยหอบ คือ เป็นอาการหายใจลำบาก เป็นความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกหายใจติดขัดเหนื่อยหอบ หรือการหายใจไม่อิ่ม เหมือนสำลักหรือหายใจหนัก ๆ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากตัวโรคลุกลาม อาจจะพบปัญหาการทำงานของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ พบอุบัติการณ์ของการหายใจลำบากเป็นลำดับต้น ๆ

<u>การประเมินและการตรวจวินิจฉัย</u>

เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการโดยใช้การบอกจำนวนตัวเลข (Visual Analogue Scale, VAS) หรือประเมินโดยใช้คำพูดหรือภาพ กรณีสื่อสารไม่ได้ การตรวจวินิจฉัย การประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงปอดของผู้ป่วย อาการซีด หรือเขียวที่เล็บ การใช้กล้ามเนื้ออื่น ๆ ช่วยหายใจ ควรตรวจร่างกายโดยการคลำและเคาะท้อง เพื่อประเมินภาวะท้องมาน สังเกตเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ติดตามผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (hematocrit) และฮีโมโกลบิน (hemoglobin) เพื่อหาสาเหตุเพิ่มเติมของการหายใจลำบากซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรคสาเหตุบางอย่างเป็นอันตรายต่อชีวิตและสามารถแก้ไขได้ควรให้การรักษา เช่น pericardial effusion, pleural effusion, superior vena cava syndrome, pneumonia สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตการรักษาควรเป็นไปตามอาการแบบประคับประคอง โดยไม่จำเป็นต้องพยายามตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

<u>แนวทางการจัดการ</u>

การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายจะมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะหลอดลมหดตัว รักษาด้วยยาขยายหลอดลม นอกจากนี้ ยังมีแนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดท่าเพื่อให้ปอดขยายตัวดีขึ้นและเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ควรใช้ท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler’s or semi sitting position) ท่าทางการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมตามความเหมาะสมช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ดียิ่งขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดอาการหายใจลำบาก เช่น นอนหงายแขนแนบข้างลำตัว สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ พร้อมกับยกแขนทั้ง 2 ข้างขึ้น และยกแขนลงพร้อมกับหายใจออกช้า ๆ ทางปาก การฝึกหายใจโดยการห่อปาก (pursed-lip breathing) เป็นการบริหารกล้ามเนื้อกระบังลม สามารถลดอาการเหนื่อยได้และจะช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าปอด เพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลม และป้องกันปอดแฟบ เริ่มจากจัดท่านอนหงาย หนุนหมอน และชันเข่า 2 ข้าง หรือ นั่งเก้าอี้ในท่าผ่อนคลาย โน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุดค้างไว้ประมาณ 3-4 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยทำการห่อปากให้เล็กมากที่สุดเป่าลมออกให้ช้า และยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้

การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (diaphragmatic breathing) เป็นการฝึกหายใจที่ใช้กำลังน้อยที่สุดและได้ลมเข้าออกปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ เริ่มจากผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าศีรษะสูง ใช้มือหนึ่งวางบริเวณกลางอก และอีกมือหนึ่งวางบริเวณท้องใต้ลิ้นปี่ หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ขณะหายใจเข้าท้องป่องออกจนรู้สึกว่ามือที่วางบริเวณท้องเคลื่อนสูงขึ้น หายใจออกทางปากหน้าท้องจะยุบลง

6. ท้องผูก (constipation)

ท้องผูก เป็นอาการที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ opioid และสาเหตุอื่น ๆ เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย นอนติดเตียงหรืออัมพาต เป็นต้น

<u>การประเมินและการตรวจวินิจฉัย</u>

ประเมินสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ และระยะเวลาที่เป็น

<u>แนวทางการจัดการ</u>

การรักษาเชิงพฤติกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค โดยเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยประเภทที่ละลายได้ง่าย เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวโอ๊ต เป็นต้น อย่างเพียงพอ จะช่วยให้อุจจาระมีขนาดใหญ่และนุ่ม ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อย 1.5 ถึง 2.0 ลิตรต่อวัน ควรปรึกษานักโภชนาการช่วยวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ อาหารบางชนิดมีคุณสมบัติช่วยระบายโดยธรรมชาติ เช่น ลูกพรุน ผลมะเดื่อฝรั่ง ผลกีวี ชะเอมเทศ กากน้ำตาล (molasses) เป็นต้น สำหรับผู้ที่ท้องผูกง่ายควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีเส้นใยหรือมีน้อย เช่น ไอศกรีม ชีส เนื้อสัตว์ หรืออาหารสำเร็จรูป เป็นต้น เพิ่มกิจกรรมทางกายตามความเหมาะสม เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ และจัดท่านั่งให้เหมาะสมซึ่งจะทำให้ไส้ตรงทำมุมส่งเสริมการขับถ่าย ห้ามละเลยหรือยับยั้งความต้องการถ่ายอุจจาระ สร้างบรรยากาศ ที่ดีในการขับถ่ายควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก และหลีกเลี่ยงการใช้ยาระบายต่อเนื่องยาวนานโดยไม่จำเป็น

การรักษาโดยการให้ยาระบายทั้งชนิดรับประทาน เหน็บทวารหนัก หรือสวนอุจจาระ ยาระบายกลุ่มกระตุ้นออกฤทธิ์ ทำให้กล้ามเนื้อลำไส้บีบตัวเป็นจังหวะ ๆ ตัวอย่าง เช่น senna (มะขามแขก) bisacodyl ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเกินความจำเป็น เช่น รับประทานยาต่อเนื่องเป็นประจำหรือใช้ยาในปริมาณมาก เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ยาระบายกลุ่มออสโมซิสออกฤทธิ์ดูดซึมทำให้สารน้ำไหลกลับเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ผ่านช่องทางพิเศษ จึงมีประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีภาวะท้องผูกชนิดไม่ทราบสาเหตุ เช่น polyethylene glycol, lactulose และ sorbitol โดยทั่วไปนิยมใช้ polyethylene glycol เพราะต่างจาก lactulose และ sorbitol ตรงที่ไม่ก่อให้เกิดแก๊สหรือท้องอืด ส่วน sorbitol นั้น ให้ผลเช่นเดียวกับ lactulose แต่ราคาถูกกว่า แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรระมัดระวังในการใช้ยานี้ ยาระบายกลุ่มเกลือออกฤทธิ์เหมือนฟองน้ำที่ดึงน้ำเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ เพื่อให้อุจจาระเคลื่อนตัวผ่านไปได้ง่ายคล้ายคลึงกับยาระบายกลุ่มออสโมซิส เช่น magnesium hydroxide และ magnesium citrate ยาระบายกลุ่มนี้ใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกเฉียบพลันที่ไม่ได้เกิดจากการอุดกั้นของลำไส้ นอกจากยาระบายจะมีรูปแบบการใช้เป็นยาแบบรับประทาน (ยาน้ำ ยาเม็ด ยาผง หรือยาแกรนูล) ยังมีในรูปแบบของยาเหน็บหรือยาสวนทวาร ซึ่งใช้โดยการสอดผ่านรูทวารเข้าไปในไส้ตรง แม้ว่าคนจำนวนมากไม่ชอบใช้ยารูปแบบนี้แต่เป็นวิธีที่ให้ผลเร็วกว่าการรับประทาน เมื่อสอดเข้าไปในไส้ตรงยาจะไปทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มลงและทำให้ผนังของไส้ตรงหดตัวเพื่อขับอุจจาระออกมา การใช้ยาในเวลาเดิมของทุกวันอาจช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อวิธีรักษาดังกล่าวมาแล้วอาจใช้ชุดสวนอุจจาระสำเร็จรูปที่มีเกลือ sodium phosphate/biphosphate (fleet) เป็นครั้งคราวได้ แต่ไม่แนะนำสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจหรือโรคไต ยกเว้นแพทย์สั่งให้ใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์

7. สะอึก (hiccup)

สะอึก คือ เป็นอาการที่เกิดจากการทำงานที่ไม่สัมพันธ์ของกะบังลมกับกล้ามเนื้อหายใจ ภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินจากอาการและระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น

แนวทางการจัดการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบ เช่น ลดภาวะกระเพาะอาหารโป่งตึง จิบน้ำเย็น เป่าลมใส่ถุงกระดาษ เพื่อเพิ่มปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ หรือกลั้นหายใจ ทำให้ตกใจ และให้ยากลุ่ม corticosteroid เช่น dexamethasone, prednisolone หรือยากลุ่ม antipsychotics เช่น haloperidol, chlorpromazine หรือยาในกลุ่ม muscle relaxants เช่น baclofen

• ภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะท้าย

1. อาการปวดรุนแรง

อาจเป็นอาการปวดที่เกิดเมื่อเคลื่อนไหวแม้เพียงเล็กน้อย หรืออาการปวดที่กำเริบจนทำให้นอนไม่ได้

การรักษา

อันดับแรก คือ การใช้ morphine ทางหลอดเลือดดำ โดยแบ่งการใช้เป็น 2 กรณี ดังนี้

ในผู้ที่ไม่เคยได้รับ morphine มาก่อน	ให้บริหาร morphine 2-5 มก.ทางหลอดเลือดดำ
ในผู้ที่ได้รับ morphine อยู่แล้ว	ให้ร้อยละ 10-20 ของขนาด morphine ที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

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

2. spinal cord compression

พบได้ประมาณร้อยละ 5 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบบ่อยในมะเร็งของ breast, bronchus, prostate, cervix, thyroid และ multiple myeloma โดยมะเร็งกระจายไปที่กระดูกและลามเข้า epidural space หรือกระดูกสันหลังยุบตัวไปกดไขสันหลัง และเส้นประสาทตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่ คือ thoracic รองลงมาเป็น lumbosacral พบน้อยบริเวณ cervical

อาการ	- ช่วงแรกไม่เด่นชัด แต่เมื่ออาการแสดงชัดเจนมักสายเกินไปที่จะรักษา ควรตระหนักเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ซึ่งอาจนำมาก่อนเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน มีอาการปวดแปลบไปด้านหน้ารอบลำตัว เป็นมากขึ้นเวลาไอ จาม หรือก้มตัว มีอาการขาอ่อนแรง ชาขา หรือเท้าชา อาจมีอาการปวดแบบ burning pain ส่วนความผิดปกติของการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะมักพบเมื่อโรคเป็นระยะท้าย
การตรวจร่างกาย	- มีกดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง reflex ลดลงในช่วงแรก และไวขึ้นในระยะต่อมา มีอาการชาต่ำกว่า dermatome ที่มีการกดทับ มี motor weakness ไม่มี anal tone
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- plain film ของ spine พบผิดปกติร้อยละ 80 MRI ช่วยประเมินหาสาเหตุได้อย่างถูกต้อง (gold standard)
การรักษา	<u>การรักษารีบด่วน</u> - ระงับปวดโดยใช้ immediate-released opioids และยารักษา neuropathic pain - ให้ dexamethasone 12 มก. ตอนเช้าครั้งเดียวเพื่อลดบวม <u>การรักษาอื่น</u> - 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 ร้อยละ 70 ในผู้ป่วยที่เดินมาได้, ร้อยละ 30 ในผู้ป่วยที่มี paraparesis, ร้อยละ 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 ถ้าช้าโอกาสกลับมาเดินได้จะน้อยหรือไม่มี และมีผลต่อ survival และ quality of life

3. 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 หายใจลำบาก หอบเฉียบพลัน 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 × 5 วัน - radiotherapy มักช่วยให้ดีขึ้นในสองสามวัน - chemotherapy ในมะเร็งที่ตอบสนองและอาการไม่รุนแรง เช่น lymphoma - small cell lung cancer - thrombolysis - endovascular stent - กรณีไม่ตอบสนองหรือผู้ป่วยมีเวลาเหลือเป็นวัน/สัปดาห์ ให้มุ่งเน้นจัดการอาการโดยให้ opioids และ sedation

4. dyspnea crisis

สาเหตุ	pulmonary embolism, fulminant pneumonia, upper airway obstruction, hemoptysis
การรักษา	- เน้นดูแลให้สุขสบาย พูดคุยให้สงบสติอารมณ์ - 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.

5. Acute airway obstruction

มักเกิดจากก้อนเนื้องอกอุดกั้นบริเวณศีรษะและคอ หรือหลอดลม ที่พบบ่อยคือ primary หรือ secondary lung cancer 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 เพื่อลดอาการหายใจไม่อิ่ม - ถ้าการอุดกั้นเกิดจากการลุกลามของมะเร็งให้ dexamethasone 16 มก. SC/IV 2 วัน - ใน terminal stage ควรให้ Midazolam ร่วมกับ Morphine เพื่อลดความทุกข์ทรมาน

6. Hypercalcemia

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

อาการ	- Mild symptoms: เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก หิวน้ำ ปัสสาวะบ่อย - Severe symptoms: ขาดน้ำ ง่วงซึม สับสน delirium cardiac arrhythmias coma
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- ระดับปรกติ 8-10 mg/dL - Mild: Total calcium 10.5-11.9 mg/dL มักไม่มีอาการ ไม่ต้องการการรักษา - Moderate: Total calcium 12-13.9 mg/dL - Hypercalcemic crisis: Total calcium 14-16 mg/dL - การคำนวณ corrected calcium concentration =measured Ca +[(4-alb)×0.8]
การรักษา (ขึ้นกับสมรรถนะของผู้ป่วย)	1) ผู้ป่วยที่อยู่ได้เป็นเดือน - Rehydrate ด้วย 0.9% NaCl 1-3ลิตร/24 ชม. ระวังในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคหัวใจ - Bisphosphonate (Pamidronate 60-90 มก. ใน 2-24 ชม., Zolidronate 4 มก. ใน 15-30 นาที 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย เน้นให้ยาเพื่อลดอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวด และ delirium

7. ภาวะเลือดออก

พบได้บ่อยในมะเร็งระยะลุกลามและในภาวะการทำงานของตับล้มเหลว ตำแหน่งเลือดออกที่ พบบ่อย ได้แก่ เลือดกำเดา ไอเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระหรืออาเจียนเป็นเลือด เลือดออกจากก้อนมะเร็ง ส่วนใหญ่เกิดจากการกัดเซาะที่หลอดเลือด หรือมะเร็งแตกเป็นแผลจากเกล็ดเลือดต่ำหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

การดูแลถ้าไม่ได้อยู่ใน terminal stage ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กดให้เลือดหยุด pressure dressing ด้วย adrenaline ให้เลือด/เกล็ดเลือด/FFP tranexamic acid 1-1.5 gm วันละ 2-3 ครั้ง, RT หรือพิจารณาทำ embolization ถ้ามีเลือดออกมากในตำแหน่งเดิมซ้ำ ๆ และยังมีระยะรอดชีวิตนาน ถ้าอยู่ใน terminal stage ให้อยู่เป็นเพื่อน ดูแลให้สุขสบาย เตรียมยาพร้อมใช้ โดยให้ Morphine 5-10 มก. IV/IM หรือปรับตามขนาดที่เคยได้มาก่อน midazoloam 5-10 มก.IV/IM หรือ lorazepam 1 มก. SL ทุก 2-4 ชม. และใช้ผ้าสีเข้มรองรับเพื่อไม่ให้เห็นสีของเลือดซึ่งจะก่อให้เกิดความกลัว

8. Delirium

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

สาเหตุ	สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ drug toxicity, metabolic abnormalities, sepsis
การประเมิน	- อาการ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาที่ผ่านมา - โรคที่ป่วยในปัจจุบัน โรคร่วม สมรรถนะ และพยากรณ์โรค - สภาวะของผู้ป่วยสามารถกลับเป็นปกติได้หรือไม่ - 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 จัดให้มีนาฬิกา ปฏิทิน หรือสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่รอบ ๆ ห้อง ไม่ผูกมัดผู้ป่วยติดกับเตียง
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 30นาที จนคุมอาการได้ และให้ diphenhydramine 50-100 มก. ป้องกัน extrapyramidal side effects

	- irriversible 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

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

2. Gleason OC. Delirium. Am Fam Physician. 2003; 67(5):1027-34.

3. Irwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, Buckholz GT and Ferris FD. Clarifying delirium management: practical, evidence-based, expert recommendations for clinical practice. J Palliat Med. 2013; 16(4): 423-35.

4. Kubica-Cielinska A, Czapla M, Juarez-Vela R, Tejada-Garrido CI, Zielinska M. Comparison of side effects of nalbuphine and morphine in the treatment of pain in children with cancer: a prospective study [Internet]. Cancers. 2022 Jul 25 [cited 2025 Oct 4]; 14(15): 3617. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35892877/ .

5. Kumar KS, Rajagopal MR and Naseema AM. Intravenous morphine for emergency of cancer pain. Palliat Med. 2000; 14(3): 183-8.

6. National Health Service (NHS) North West. Palliative care pain and symptom control guidelines [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 4]. Available from: https://www.england.nhs.uk/north-west/wp-content/uploads/sites/48/2020/01/Palliative-Care-Pain-and-Symptom-Control-Guidelines.pdf .

7. Schrijvers D, Fraeyenhove FV. Emergencies in palliative care. Cancer J. 2010; 16(5): 514-20.



บทที่ 3.5 การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยระยะท้าย

ทพญ.แพรวไพลิน สมพีร์วงศ์
สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์

การดูแลสุขภาพช่องปากเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย เนื่องจากสุขภาพช่องปากมีความเชื่อมโยงกับสุขภาพร่างกายโดยรวม ปัญหาในช่องปาก อาทิ ความเจ็บปวด ภาวะปากแห้งแผลในช่องปากและการติดเชื้อไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายแต่ยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับรส การรับประทานอาหาร การสื่อสาร รวมถึงคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น การดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหลือ

• ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก

บรรเทาความเจ็บปวด: ปัญหาช่องปาก เช่น อาการปากแห้ง แผลในช่องปาก หรือการติดเชื้อ สามารถก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายอย่างมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ป้องกันภาวะแทรกซ้อน: ช่องปากที่สุขอนามัยไม่ดีเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค อาจนำไปสู่การติดเชื้อที่รุนแรงในช่องปาก รวมทั้งอาจนำไปสู่การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ส่งเสริมโภชนาการที่ดี: ปัญหาในช่องปากมีผลต่อการเคี้ยว กลืน และการรับรสที่เปลี่ยนไป การดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม จะช่วยลดความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยจะมีความอยากอาหารและสามารถรับประทานอาหารได้สะดวกขึ้น

ยกระดับคุณภาพชีวิต: การดูแลช่องปากที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น มีความมั่นใจในการพูดคุยกับคนรอบข้าง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการรักษาสภาวะจิตใจและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

• การประเมินและการจัดการปัญหาสุขภาพช่องปาก

ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายนั้น อาจเป็นผลโดยตรงจากสภาวะโรคเอง หรือมาจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ ร่วมกับภาวะร่างกายที่อ่อนแอลง โดยปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. ภาวะปากแห้ง (xerostomia)

ภาวะปากแห้งเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัย (subjective sensation) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกช่องปากแห้ง (mouth dryness) มักเกิดจากต่อมน้ำลาย (salivary gland) ทำงานน้อยกว่าปกติ นับเป็นปัญหาในช่องปากที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการปากแห้งมีหลายประการ เช่น การใช้ยาบางชนิด (โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ยาต้านฮิสตามีน) การรักษาด้วยรังสีบำบัดบริเวณศีรษะและลำคอ หรือภาวะขาดน้ำในร่างกาย

การประเมิน: จากอาการของผู้ป่วย เช่น รู้สึกปากแห้ง เคี้ยวหรือกลืนลำบาก การพูดติดขัด ลิ้นติดเพดานปาก มีปัญหาในการใส่ฟันเทียม และมีอาการแสบร้อนในช่องปาก เมื่อตรวจในช่องปากจะพบ ริมฝีปากแห้งแตก น้ำลายเหนียวข้น (thick ropey saliva) หรือเมื่อใช้เครื่องมือตรวจในช่องปากพบว่าเครื่องมือติดกระพุ้งแก้ม

แนวทางการจัดการ: เพิ่มความชุ่มชื้นและปริมาณน้ำลายในช่องปากผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยจิบน้ำเย็น ดูดน้ำแข็งบด เคี้ยวหมากฝรั่งที่ปราศจากน้ำตาล พิจารณาการใช้น้ำลายเทียม หรือสารให้ความชุ่มชื้นในปาก หากอาการรุนแรงควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยากระตุ้นการหลั่งน้ำลาย หรือปรับปริมาณยาในกลุ่มที่มีผลลดการหลั่งของน้ำลายร่วมด้วย

2. เยื่อบุช่องปากอักเสบ (mucositis)

การอักเสบหรือแผลที่เกิดขึ้นในช่องปากและลำคอ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการรักษามะเร็ง โดยเคมีบำบัด หรือรังสีบำบัด ทำให้เกิดความเจ็บปวดภายในช่องปาก ส่งผลในการรับประทานอาหาร

การประเมิน: พบรอยโรคเป็นสีแดง ขาว หรือ pseudomembranous มีแผลบริเวณ กระพุ้งแก้ม ลิ้น หรือเพดานอ่อน ผู้ป่วยมีความรู้สึกแสบร้อนหรือเจ็บปวดในช่องปาก

แนวทางการจัดการ: ลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองในช่องปาก โดยการกำจัดวัสดุอุดหรือฟันที่แตกหัก หรือฟันปลอมถอดได้ที่กดทับ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแห้ง แข็ง อาหารรสจัด ทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการใช้ Bland rinse[1] อมบ้วนทุก 2-4 ชั่วโมง หากความเจ็บปวดรบกวนการรับประทานอาหาร ให้ใช้ topical anesthetics เช่น benzydamine HCL, 2% lidocaine HCL ซึ่งออกฤทธิ์เร็วแต่ไม่นาน ก่อนการรับประทานอาหาร สำหรับอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดตามความเหมาะสม

3. การติดเชื้อรา (candidiasis)

การติดเชื้อรากลุ่ม Candida ในช่องปากนั้น มักเกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง การใช้ยาปฏิชีวนะหรือยาสเตียรอยด์เป็นระยะเวลานาน ภาวะปากแห้ง ภาวะโภชนการไม่ดี การดูแลทำความสะอาดช่องปากไม่ดี (poor oral hygiene) ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สบาย อาการเจ็บปวด และอาจรบกวนการรับประทานอาหาร

การประเมิน: พบฝ้าขาวบนลิ้นหรือเยื่อบุช่องปาก ในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องระยะท้ายมักพบเป็นชนิด pseudomembranous ซึ่งเมื่อกำจัดฝ้าขาวออกจะพบรอยแดง มีอาการเจ็บเมื่อสัมผัสหรือขณะรับประทานอาหาร

แนวทางการจัดการ: ใช้ยากลุ่ม topical antifungals แต่ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถกลั้วหรืออมยาได้ ให้ใช้ sponge swab เพื่อทายาให้ทั่ว หากอาการรุนแรงไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาใช้ systemic antifungals ทั้งนี้ หากผู้ป่วยมีฟันเทียมถอดได้ให้แช่ฟันเทียมถอดได้ใน 0.12% chlorhexidine mouthwash ร่วมด้วย

---

[1]0.9% saline solution, bicarbonate solution (baking soda ครึ่งช้อนชา ละลายในน้ำ 250 มล.) หรือ bicarbonate and saline solution (baking soda 1 ช้อนชา เกลือ 1 ช้อนชา ละลายในน้ำ 1 ลิตร)

4. สุขอนามัยช่องปากไม่ดี (poor oral hygiene)

การดูแลทำความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจถูกละเลยไป จากความเจ็บปวดทางร่างกาย ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดทางกายภาพหรือสติปัญญามากขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ รวมถึงผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขอนามัยช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุลุกลาม โรคปริทันต์อักเสบลุกลาม มีกลิ่นปากรุนแรง การติดเชื้อในช่องปาก ปอดอักเสบจากการสำลัก รวมทั้งการที่มีสุขอนามัยช่องปากไม่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ปัญหาอื่น ๆ ที่พบในช่องปากของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้รับประทานอาหารทางปาก การทำความสะอาดช่องปากยังคงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ต่าง ๆ ที่สะสมในช่องปากเช่นกัน

• การดูแลทำความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้าย

1. การจัดท่าผู้ป่วย

• ท่านั่งศีรษะสูง: หากผู้ป่วยสามารถนั่งได้ ให้จัดท่านั่งตรง หรือนั่งกึ่งนอน ศีรษะสูง 60-90 องศา

• ท่านอนตะแคง: หากผู้ป่วยนั่งไม่ได้ ให้นอนตะแคง หันหน้าเอียงลงเล็กน้อยไปทางผู้ดูแล ยกศีรษะขึ้นสูงเล็กน้อย เพื่อให้น้ำและของเหลวไหลออกได้สะดวก ป้องกันการสำลัก

2. ให้ความชุ่มชื้นริมฝีปาก

• ใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำสะอาดบิดหมาด ๆ เช็ดคราบที่ริมฝีปากและรอบปากอย่างอ่อนโยน

• ทาลิปบาล์ม หรือวาสลีนให้ทั่วริมฝีปาก เพื่อป้องกันปากแห้งแตก ทั้งก่อนและหลังทำความสะอาด

3. การแปรงฟัน ทำความสะอาดลิ้น กระพุ้งแก้ม และเพดานปาก

• ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือหลังอาหารทุกมื้อ ร่วมกับการทำความสะอาดซอกฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เลือกใช้แปรงสีฟันขนอ่อนนุ่มและยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1500 ppm ไม่เผ็ดซ่า ฟองน้อย ไม่ผสมสาร SLS (Sodium Lauryl Sulfate: เป็นสารลดแรงตึงผิวที่ทำให้เกิดฟอง)

• ชุบแปรงสีฟันขนนุ่มด้วยน้ำสะอาดน้ำเกลือเล็กน้อย บีบยาสีฟันปริมาณเท่าเม็ดถั่วเขียว ค่อย ๆ สอดแปรงเข้าปากอย่างระมัดระวัง ใช้นิ้วช่วยกั้นริมฝีปาก แปรงให้ทั่วทุกซี่อย่างนุ่มนวล

• ใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือ บิดให้หมาด พันรอบนิ้วชี้ หรือใช้ผ้าก๊อซพันไม้ ฟองน้ำติดไม้ (oral swab) เช็ดทำความสะอาดทั่วทั้งช่องปากอย่างนุ่มนวลและทั่วถึง บริเวณเยื่อบุกระพุ้งแก้มด้านในสันเหงือกว่าง เพดานปาก ทำความสะอาดลิ้น โดยเฉพาะบริเวณด้านบนของลิ้น ดำเนินการซ้ำจนกว่าช่องปากจะสะอาด โดยเปลี่ยนผ้าก๊อซ/ฟองน้ำบ่อยครั้งตามความจำเป็น

• หากผู้ป่วยกลืนได้ บ้วนน้ำได้สามารถใช้น้ำได้บ้างแต่ปริมาณน้อย แต่หากผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากหรือไม่สามารถบ้วนน้ำได้ให้ใช้น้ำน้อยที่สุด และใช้เครื่องดูดหรือซับน้ำช่วยเพื่อลดความเสี่ยงของการสำลัก

• การดูแลฟันเทียม หากผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากต้องถอดฟันเทียมออกเพื่อกำจัดเศษอาหารที่ติดใต้ฟันเทียมทุกครั้งภายหลังการทานอาหาร และก่อนนอนให้ถอดฟันเทียมเพื่อทำความสะอาดด้วยแปรงสีฟันขนนุ่ม ร่วมกับน้ำสบู่หรือน้ำยาล้างจานเจือจาง จากนั้นนำฟันเทียมแช่น้ำสะอาด (ห้ามใช้น้ำร้อน) หรือเม็ดฟู่สำหรับทำความสะอาดฟันเทียม ห้ามใส่ฟันเทียม ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ เพื่อป้องกันการสำลักฟันปลอมเข้าสู่ทางเดินหายใจ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

• ควรประเมินการเปลี่ยนแปลงของช่องปาก สังเกตการแสดงออกถึงความเจ็บปวด และสอบถามความรู้สึกไม่สบายในช่องปาก เช่น อาการปากแห้ง แผล บวม แดง หรือกลิ่นผิดปกติ อย่างสม่ำเสมอ และพิจารณาปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและระดับความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วย

การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้าย มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลที่เหมาะสมไม่เพียงช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและไม่สุขสบายที่เกิดจากปัญหาสุขภาพช่องปากเท่านั้น แต่ยังช่วยป้องกันการติดเชื้อ เพิ่มประสิทธิภาพในการรับประทานอาหาร และรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ดังนั้น การดูแลสุขภาพช่องปากจึงนับเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

เอกสารอ้างอิง

1. Aldred MJ, Addy M, Bagg J, Finlay I. Oral health in the terminally ill: a cross-sectional pilot survey. Spec Care Dentist. 1991; 11(2): 59–62.

2. Billings RJ, Proskin HM, Moss ME. Xerostomia and associated factors in a community-dwelling adult population. Community Dent Oral Epidemiol. 1996; 24(5): 312–6.

3. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, Yarom N, Hong C, Logan RM, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer. 2020; 126(19): 4423-31.

4. Fischer DJ, Epstein JB, Yao Y, Wilkie DJ. Oral health conditions affect functional and social activities of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer. 2014;22(3): 803–10.

5. Jobbins J, Bagg J, Finlay IG, Addy M, Newcombe RG. Oral and dental disease in terminally ill cancer patients. BMJ. 1992; 304(6842): 1612.

6. Jucan AC, Saunders RH. Maintaining Oral Health in Palliative Care Patients. Ann Longterm Care. 2015 Sep.

7. Kvalheim SF, Strand GV. A Narrative of Oral Care in Palliative Patients. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(10): 6306.

8. Oneschuk D, Hanson J, Bruera E. A survey of mouth pain and dryness in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2000; 8(5): 372–6.

9. Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. Early Specialty Palliative Care - Translating Data in Oncology into Practice. N Engl J Med. 2013; 369(24): 2347-51.

10. Sreebny LM. Xerostomia: diagnosis, management and clinical complications. In: Edgar WM, O'Mullane DM, editors. Saliva and Oral Health. 2nd ed. London: British Dental Association; 1996. p.43–6.

11. Sultana N, Sham ME. Xerostomia: An overiew. Int J Dent Clinics. 2011; 3(2): 58-61.

12. Walls AW, Murray ID. Dental care of patients in a hospice. Palliat Med. 1993; 7(4): 313–21.

13. Walsh LJ. Clinical assessment and management of the oral environment in the oncology patient. Aust Dent J. 2010; 55 Suppl 1: 66–77.

14. Wilberg P, Hjermstad MJ, Ottesen S, Herlofson BB. Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. Support Care Cancer. 2012; 20(12): 3115–22.

15. Wiseman MA. Palliative care dentistry. Gerodontology. 2000; 17(1): 49–51.



บทที่ 3.6 การดูแลแบบประคับประคองด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนาอย่างรอบด้าน
(Holistic Psychosocial and Spiritual Care in Palliative Care)

พญ.ณัฏฐา ศรีระเดช, พว.ภัทรวดี เกษมโชติธัญญ, พว.จันทร์นภา เพชรมุณี
โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
พว.ชุลีรัตน์ ทรงธรรม, พว.คฑาวุธ นันทิกิติราษฎร์, พว. พิสมัย คุณาวัฒน์
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังระยะท้าย หรือโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสูงสุดของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ การดูแลในลักษณะนี้มิได้มุ่งเน้นเฉพาะการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกาย (physical) เท่านั้น หากแต่ให้ความสำคัญต่อการบรรเทาความทุกข์ในทุกมิติของชีวิต ทั้งด้านจิตใจ (psychological) ด้านสังคม (social) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual) และด้านศาสนา (religious) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรอบด้านและครอบคลุมความต้องการที่แท้จริงในภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลแบบองค์รวมดังกล่าวถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เนื่องจากช่วยหล่อเลี้ยงและธำรงไว้ซึ่งคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีความหวัง มีความสงบทางใจและตระหนักถึงความหมายของการมีชีวิตการดูแลที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ความสูญเสีย และความตายอย่างเข้มแข็งและสงบ โดยยังคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสามารถ “จากไปอย่างสงบ” (peaceful death) อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบประคับประคองในทางการพยาบาล การดูแลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับแนวทางการดูแลในแต่ละมิติอย่างละเอียดดังนี้

• การดูแลด้านจิตใจ (psychological care)

ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตมักประสบกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจอย่างลึกซึ้ง อันเนื่องมาจากการตระหนักรู้ถึงความเจ็บปวด การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต การพึ่งพาผู้อื่น และการใกล้เผชิญกับความตาย ความรู้สึกเหล่านี้อาจปรากฏในรูปของความกลัว ความวิตกกังวล ความเศร้าโศก ความรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสงบและไม่สามารถยอมรับสภาพของตนเองได้ การดูแลด้านจิตใจจึงมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชีวิต สามารถระบายความรู้สึกภายในใจ และฟื้นคืนพลังทางอารมณ์ให้กลับมามีคุณค่าต่อตนเองอีกครั้ง แนวทางการดูแลที่สำคัญ ได้แก่

1) การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ (trust-building relationship) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลทางจิตใจ ผู้ดูแลควรแสดงออกถึงความอบอุ่น ความเข้าใจ และความจริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนได้รับการยอมรับและมีคุณค่า แม้ในภาวะเจ็บป่วยหรือใกล้ตาย บรรยากาศที่เอื้อต่อความไว้วางใจจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปิดใจพูดถึงความกลัว ความเศร้า หรือความกังวลได้อย่างเป็นอิสระ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการบำบัดทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น การใช้ภาษากายที่แสดงถึงความตั้งใจ การสบตาอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดที่อ่อนโยน และการให้เวลาผู้ป่วยในการแสดงออกโดยไม่เร่งรัด

2) การรับฟังอย่างตั้งใจและลึกซึ้ง (deep listening) การฟังอย่างลึกซึ้งเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลต้องฝึกฟังด้วย “หัวใจ” มากกว่าการตอบสนองทางเหตุผล การฟังโดยไม่ตัดสิน ไม่ให้คำแนะนำทันที และไม่รีบเร่งหาคำตอบ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิดและความรู้สึกของตนได้รับการยอมรับ การรับฟังในลักษณะนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความรู้สึกภายใน เช่น ความกลัว ความสูญเสีย หรือความค้างคาใจ ซึ่งช่วยลดภาวะโดดเดี่ยวและสร้างความสงบภายในจิตใจ ผู้ดูแลควรใช้เทคนิคการฟังเชิงสะท้อน (reflective listening) โดยทวนความรู้สึกหรือเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูด เพื่อยืนยันว่าตนเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่ออย่างแท้จริง

3) การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการความมั่นคงทางอารมณ์และการยอมรับจากผู้ดูแล การให้การสนับสนุนทางอารมณ์จึงเป็นการ “อยู่เคียงข้าง” ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพมากกว่าการ “แก้ไขปัญหา” ผู้ดูแลสามารถให้การสนับสนุนได้ผ่านคำพูดที่ให้กำลังใจ การสัมผัสที่เหมาะสม เช่น การจับมือ หรือการนั่งอยู่ใกล้ ๆ อย่างเงียบ ๆ เพื่อแสดงถึงการรับรู้และความห่วงใย การแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวกของผู้ดูแลยังช่วยเสริมสร้างความหวังและแรงใจแก่ผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างสงบและมั่นคง

4) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation techniques) เทคนิคการผ่อนคลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วย วิธีที่ใช้ได้ผลดี เช่น การฝึกหายใจลึกและช้า (deep breathing exercise) ช่วยให้ระบบประสาทสงบและลดอาการตึงเครียดทางกายและใจ การทำสมาธิ (meditation) หรือสติ (mindfulness) ส่งเสริมการรับรู้ตนเองและยอมรับปัจจุบัน ดนตรีบำบัด (music therapy) การฟังเพลงที่ให้ความรู้สึกผ่อนคลายหรือมีความหมายทางอารมณ์ช่วยบรรเทาความเศร้าและเพิ่มความสงบ และการเพ่งสมาธิในสิ่งที่มีคุณค่าทางใจ เช่น การระลึกถึงบุญกุศลหรือช่วงเวลาที่มีความสุขในชีวิต การผ่อนคลายเหล่านี้ไม่เพียงช่วยบรรเทาความทุกข์ทางใจ แต่ยังส่งผลให้ระบบกายภาพ เช่น การหายใจ ความดันโลหิต และการเต้นของหัวใจ มีความสมดุลมากขึ้น

5) การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (Referral to mental health professionals) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานทางใจอย่างรุนแรง เช่น ภาวะซึมเศร้าลึก ความคิดทำร้ายตนเอง หรือความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยวิธีทั่วไป ควรมีการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักบำบัดจิตใจ เพื่อให้ได้รับการประเมิน วางแผน และดำเนินการบำบัดอย่างเหมาะสม การทำงานแบบสหวิชาชีพในกรณีนี้มีความสำคัญ เพราะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ทั้งทางอารมณ์ พฤติกรรม และสังคม โดยไม่ละเลยศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลเชิงลึกที่ต้องใช้ทั้ง “หัวใจของผู้ดูแล” และ “ทักษะวิชาชีพ” ควบคู่กัน การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ การรับฟังอย่างลึกซึ้ง และการสนับสนุนทางอารมณ์ล้วนเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความสงบภายในใจ ยอมรับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต และก้าวสู่การ “จากไปอย่างสงบ” ด้วยศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

• การดูแลด้านสังคม (social care)

การดูแลด้านสังคมเป็นอีกหนึ่งมิติสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากโรคระยะท้ายไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อ บทบาท หน้าที่ และความสัมพันธ์ของผู้ป่วยในครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในบทบาททางสังคม เช่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน การเป็นภาระต่อครอบครัว หรือการถูกจำกัดบทบาทในชุมชน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คุณค่า และขาดการยอมรับทางสังคม การดูแลด้านนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินและสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดำรงคุณค่าและศักดิ์ศรีในสังคมได้อย่างเหมาะสมมีแนวทางการดูแล ดังนี้

1) การประเมินบทบาทและผลกระทบทางสังคม (social role and impact assessment) การประเมินบทบาททางสังคมของผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพื่อทำความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตหลังการเจ็บป่วย เช่น การสูญเสียบทบาทผู้นำครอบครัว การไม่สามารถทำงานได้ หรือการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน พยาบาลและทีมสุขภาพควรประเมินทั้งด้านความสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และระดับการยอมรับของครอบครัว เพื่อระบุปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจหรือความรู้สึกโดดเดี่ยว การเข้าใจผลกระทบทางสังคมอย่างรอบด้านจะช่วยให้การวางแผนการดูแลสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย

2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participation promotion) แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะท้ายของชีวิต แต่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมยังคงมีความหมาย เช่น การพบปะญาติ การร่วมกิจกรรมชุมชนในรูปแบบที่เหมาะสม หรือการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนผ่านโทรศัพท์หรือสื่อออนไลน์ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้คงความสัมพันธ์กับผู้อื่น จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า และส่งเสริมสุขภาวะทางอารมณ์ ทีมสุขภาพควรประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรม และจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมโดยไม่เกิดความเหน็ดเหนื่อยหรือเจ็บปวด

3) การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและสวัสดิการ (economic and welfare support) ภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาและการดูแลระยะท้ายมักสร้างความเครียดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การประสานงานด้านสิทธิประโยชน์ เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ หรือกองทุนสงเคราะห์ผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานภายนอก เช่น มูลนิธิหรือองค์กรการกุศล ที่สามารถช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่าย ยา เวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อบรรเทาภาระของครอบครัวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4) การส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว (family relationship enhancement) ครอบครัวเป็นแหล่งพลังใจที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยระยะท้าย อย่างไรก็ตาม การเผชิญกับความเจ็บป่วยมักก่อให้เกิดความตึงเครียด ความไม่เข้าใจ หรือความขัดแย้งในครอบครัว พยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัวผ่านการสื่อสารที่เปิดเผยและเห็นอกเห็นใจ ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจบทบาทของตนในการดูแล ลดความรู้สึกโทษตนเอง และเตรียมความพร้อมต่อการสูญเสีย นอกจากนี้ ยังควรส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยสร้างความผูกพัน เช่น การพูดคุยระลึกถึงความทรงจำดี ๆ การทำบุญร่วมกัน หรือการแสดงความรักและการให้อภัย

5) การประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ (collaboration with social workers) นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม การเงิน และทรัพยากรที่จำเป็น พยาบาลควรประสานงานร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อวางแผนการดูแลแบบองค์รวม เช่น การจัดหาบ้านพักชั่วคราว การวางแผนดูแลที่บ้าน (Home Care) การจัดบริการเยี่ยมบ้าน หรือการช่วยเหลือในกรณีผู้ป่วยขาดผู้ดูแล การทำงานร่วมกันอย่างมีระบบจะช่วยให้การดูแลครอบคลุมทั้งมิติทางสุขภาพและสังคม

การดูแลด้านสังคมในผู้ป่วยระยะท้ายมิได้เป็นเพียงการช่วยเหลือในด้านวัตถุหรือสิทธิประโยชน์เท่านั้น แต่เป็นการสร้าง “สภาพแวดล้อมแห่งความเข้าใจและการสนับสนุน” ที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม การดูแลอย่างรอบด้านในมิตินี้ไม่เพียงช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวัง แต่ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถจากไปอย่างสงบภายใต้ความรัก ความผูกพัน และการยอมรับจากสังคมรอบข้าง

• การดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care)

การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง เพราะเป็นการดูแลที่มุ่งเน้น “ความสงบภายใน” ของผู้ป่วยมากกว่าการรักษาทางกายเพียงอย่างเดียว โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายและเป้าหมายของชีวิต เข้าใจและยอมรับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสภาพชีวิต คลายความกลัวต่อความตาย และสามารถจากไปด้วยจิตใจที่สงบและปล่อยวางได้ มิติทางจิตวิญญาณนี้มิได้จำกัดอยู่เฉพาะผู้ที่มีศาสนาเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของชีวิต ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และความเข้าใจในสิ่งที่อยู่เหนือชีวิตมนุษย์ การดูแลด้านนี้จึงต้องอาศัย “ความละเอียดอ่อนทางจิตใจ” และ “ความเคารพในความเชื่อของแต่ละบุคคล” เป็นสำคัญ มีแนวทางการดูแล ดังนี้

1) การเปิดโอกาสให้ตั้งคำถามและพูดคุย (open dialogue and reflection) พยาบาลและทีมสุขภาพควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความคิด ความรู้สึก หรือคำถามที่ค้างคาใจเกี่ยวกับชีวิตและความตาย เช่น “ชีวิตมีความหมายอย่างไร” “ทำไมสิ่งนี้จึงเกิดขึ้นกับฉัน” หรือ “ฉันยังมีสิ่งใดที่ต้องทำให้สำเร็จก่อนจากไป” การเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้แสดงออกทางอารมณ์และจิตใจอย่างอิสระ เป็นกระบวนการเยียวยาภายในที่ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลควรใช้ทักษะการฟังเชิงลึก (Deep Listening) และตอบสนองด้วยความเข้าใจและเมตตา โดยหลีกเลี่ยงการให้คำตอบเชิงศาสนาหรือปรัชญาในลักษณะที่อาจขัดกับความเชื่อของผู้ป่วย

2) การสนับสนุนการสื่อสารสิ่งสำคัญ (facilitation of meaningful communication) ในช่วงท้ายของชีวิต ผู้ป่วยมักมีความต้องการสื่อสารสิ่งสำคัญกับบุคคลใกล้ชิด เช่น การขออโหสิกรรม การให้อภัย การอำลา หรือการฝากข้อความสุดท้ายให้กับคนที่รัก การสื่อสารเหล่านี้มีคุณค่าอย่างยิ่งในการปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ (unfinished business) และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตของตนสมบูรณ์ ทีมสุขภาพสามารถช่วยส่งเสริมกระบวนการนี้โดยจัดสภาพแวดล้อมที่สงบ เอื้อต่อการพูดคุย หรือแนะนำให้เขียนจดหมาย วาดภาพ หรือบันทึกเสียงแทนการพูด หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยวาจา

3) การใช้กิจกรรมส่งเสริมจิตวิญญาณ (spiritual enhancement activities) กิจกรรมส่งเสริมจิตวิญญาณเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและเชื่อมโยงกับความหมายของชีวิต เช่น

- การฟังเพลงหรือดนตรีบำบัด: ช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างความสงบในใจ
- การอ่านบทกวีหรือคำสอนทางศาสนา: สร้างแรงบันดาลใจและเสริมพลังใจ
- การเขียนไดอารีหรือวาดภาพ: เป็นการระบายอารมณ์และถ่ายทอดความรู้สึกที่ไม่สามารถพูดออกมาได้
- การทำสมาธิและเจริญสติ (mindfulness): ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบันอย่างสงบ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และลดความยึดติดในอดีตหรืออนาคต

ผู้ดูแลควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับความเชื่อและความสนใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเยียวยาจิตใจ

4) การให้การดูแลด้วยความเคารพ (respectful and compassionate care) การดูแลด้านจิตวิญญาณต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของ “ความเคารพในคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์” ผู้ดูแลควรตระหนักว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีเรื่องราวชีวิต ความเชื่อ และคุณค่าที่แตกต่างกัน การเคารพในสิ่งเหล่านี้คือการยอมรับตัวตนของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การดูแลด้วยความเคารพหมายถึงการปฏิบัติด้วยความอ่อนโยน ไม่ละเมิดความเชื่อ ไม่ตัดสินสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือ และพร้อมให้การสนับสนุนในแบบที่สอดคล้องกับความศรัทธาและความสบายใจของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การจัดมุมสงบให้ผู้ป่วยทำสมาธิหรือสวดมนต์ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตใจ และการให้เกียรติผู้ป่วยแม้ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นการดูแลเชิงลึกที่มุ่งเยียวยา “ความทุกข์ในระดับจิตใจและจิตวิญญาณ” ซึ่งเป็นมิติที่ลึกกว่าการบรรเทาความเจ็บปวดทางกาย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ค้นพบความหมายของชีวิต การสื่อสารสิ่งสำคัญกับคนที่รัก และการได้รับการดูแลด้วยความเคารพและเมตตา เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายอย่างสงบ สันติ และจากไปด้วย “จิตสุดท้ายที่เป็นกุศล” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบประคับประคองอย่างแท้จริง

• การดูแลด้านศาสนา (religious care)

การดูแลด้านศาสนาเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เนื่องจากศาสนาเป็น “รากฐานแห่งศรัทธาและที่พึ่งทางจิตใจ” ซึ่งช่วยหล่อเลี้ยงจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีพลังใจในการเผชิญกับความทุกข์ ความสูญเสีย และความตายได้อย่างสงบ ศาสนาเป็นเครื่องนำทางชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสัจธรรมของการเกิด แก่ เจ็บ และตาย ยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และสามารถวางใจต่อความไม่เที่ยงของชีวิตได้ด้วยความสงบ ในบริบทของการพยาบาลแบบประคับประคอง การดูแลด้านศาสนามิได้จำกัดอยู่เพียงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการเข้าใจ “ความหมายและคุณค่าทางศาสนา” ที่ผู้ป่วยยึดถือเป็นที่พึ่งในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการ เคารพ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามหลักศาสนาของผู้ป่วย เพื่อให้เขาสามารถดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างสงบและจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี

1. การดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาพุทธ (Buddhist care)

ศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่เน้นการเข้าใจในสัจธรรมของชีวิต โดยเฉพาะความไม่เที่ยงของสังขารและการปล่อยวางจากความยึดมั่นถือมั่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามหลักพระพุทธศาสนามีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วย “ตายดี” หรือ “ตายอย่างสงบ” ด้วยจิตใจที่เป็นกุศล ปราศจากความกลัว ความโกรธ หรือความยึดติดในสิ่งทางโลก การดูแลในมิตินี้จึงไม่เพียงเป็นการดูแลทางศาสนา แต่ยังเป็นกระบวนการเยียวยาทางจิตใจและจิตวิญญาณที่ลึกซึ้ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายอย่างมีสติและศักดิ์ศรี แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาพุทธมีรายละเอียด ดังนี้

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยระลึกถึงหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา ทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยระลึกถึง *ไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา)* เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความไม่เที่ยงของชีวิต ความทุกข์ที่เกิดจากการยึดมั่น และความไม่มีตัวตนของสรรพสิ่ง การทำความเข้าใจหลักธรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจโดยไม่หวาดกลัว

2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเจริญมรณสติ (mindfulness of death) การฝึกเจริญมรณสติ คือการระลึกถึงความตายอย่างมีสติและไม่หวาดหวั่น เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่าความตายเป็นสิ่งธรรมดาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถใช้วิธีการง่าย ๆ เช่น การชวนผู้ป่วยพูดคุยเรื่องการยอมรับธรรมชาติของชีวิต การฟังบทสวด หรือการทำสมาธิระลึกถึงลมหายใจ เพื่อช่วยให้จิตใจตั้งมั่นและสงบ

3) สนับสนุนการทำบุญและสวดมนต์ การทำบุญ การกรวดน้ำ การอุทิศส่วนกุศล หรือการฟังพระสวด เป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมพลังจิตใจให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและมีความหวังในผลบุญกุศล ผู้ดูแลสามารถอำนวยความสะดวก เช่น เปิดเสียงสวดมนต์หรือธรรมเทศนา เชิญพระสงฆ์มาให้ศีลหรือเทศน์ธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเสริมบุญกุศลในช่วงเวลาสุดท้าย

4) จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติธรรม สภาพแวดล้อมมีผลต่อความสงบของจิตใจ ผู้ดูแลควรจัดบรรยากาศให้เงียบสงบ เปิดเสียงสวดมนต์เบา ๆ หรือเปิดพระธรรมเทศนา รวมทั้งอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์หรือกรวดน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นไม่โดดเดี่ยว และได้รับแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง

5) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้อภัยกัน การให้อภัยเป็นการปลดปล่อยพันธนาการทางใจ ทำให้จิตของผู้ป่วยบริสุทธิ์และสงบก่อนจากไป พยาบาลสามารถช่วยเป็นสื่อกลางในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุย ทำความเข้าใจ และให้อภัยซึ่งกันและกัน เพื่อคลายความค้างคาใจที่อาจเป็นอุปสรรคต่อจิตสุดท้าย

แนวทางการจัดการศพตามหลักศาสนาพุทธ

1) การอาบน้ำศพและแต่งกายให้เรียบร้อย หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ควรทำความสะอาดร่างกายและแต่งกายให้เหมาะสม เพื่อแสดงถึงการให้เกียรติและความเคารพต่อผู้ล่วงลับ

2) การเชิญพระสงฆ์มาสวดอภิธรรม การสวดอภิธรรมเป็นพิธีกรรมที่ช่วยส่งจิตวิญญาณของผู้ตายไปสู่ภพภูมิที่ดี และเป็นโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความระลึกถึงคุณงามความดีของผู้ล่วงลับ

3) การเผาศพ (ฌาปนกิจ) การเผาศพเป็นสัญลักษณ์ของการปล่อยวาง ไม่ยึดติดกับร่างกายที่เป็นเพียงสังขาร การฌาปนกิจยังสะท้อนแนวคิดเรื่องอนิจจัง และเตือนใจให้ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ตระหนักถึงความไม่เที่ยงของชีวิต

4) การทำบุญอุทิศส่วนกุศลในวันสำคัญ เช่น การทำบุญเจ็ดวัน หรือสตมวาร (ครบ 100 วัน) เพื่ออุทิศผลบุญให้แก่ผู้ล่วงลับ และสร้างความสงบใจให้กับครอบครัวที่อยู่เบื้องหลัง

การดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาพุทธเป็นกระบวนการที่เน้นการปลดปล่อยทางจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความตายด้วยใจที่สงบ ปราศจากความกลัว และเป็นจิตสุดท้ายที่เปี่ยมด้วยกุศล การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา รวมถึงการเตรียมจิตใจของครอบครัวให้ยอมรับการสูญเสีย เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความเมตตาและการเคารพในศักดิ์ศรีของชีวิต ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในวิชาชีพการพยาบาล

2. การดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาอิสลาม (Islamic care)

ศาสนาอิสลามมีหลักความเชื่อที่มั่นคงว่า “ชีวิตและความตายเป็นพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (الله)” และมนุษย์เป็นเพียงผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำรงชีวิตตามพระบัญญัติของพระองค์ ความตายจึงไม่ใช่จุดสิ้นสุดของชีวิต แต่เป็นการเดินทางกลับไปหาพระผู้สร้าง ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามหลักศาสนาอิสลามจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมี “จิตใจสงบและศรัทธามั่นคง (Iman)” ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้การจากไปเป็นไปอย่างสมศักดิ์ศรีและสอดคล้องกับหลักศาสนา แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาอิสลามมีรายละเอียด ดังนี้

1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยกล่าว “ชะฮาดะฮ์” (Shahadah) หรือคำปฏิญาณศรัทธา คือ “ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์ มุฮัมมะดุรรอซูลุลลอฮ์” แปลว่า “*ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และมุฮัมมัดคือศาสนทูตของพระองค์*” เป็นถ้อยคำศรัทธาที่มุสลิมต้องกล่าวและยึดมั่นตลอดชีวิต โดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต ทีมสุขภาพควรให้โอกาสผู้ป่วยกล่าวคำนี้เป็นถ้อยคำสุดท้าย หรือเปิดเสียงบันทึกให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อให้จิตใจสงบและเต็มไปด้วยความศรัทธา

2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยฟังการอ่านอัลกุรอาน (Al-Qur’an recitation) การฟังอัลกุรอานโดยเฉพาะบท *ซูเราะห์ยาซีน (Surah Yaseen)* ถือเป็นสิ่งที่ให้พลังจิตใจและช่วยปลอบประโลมผู้ป่วยในวาระสุดท้าย คำสอนในอัลกุรอานจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพระเมตตาและพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ผู้ดูแลควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือผู้นำศาสนา (อิหม่าม) มาอ่านอัลกุรอานข้างเตียง เพื่อสร้างบรรยากาศแห่งความสงบและศรัทธา

3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำตะวับ (Tawbah) หรือการขออภัยโทษ การทำ *ตะวับ* หมายถึงการสำนึกผิดและขออภัยโทษจากอัลลอฮ์ในสิ่งที่เคยกระทำผิด รวมทั้งการขออโหสิกรรมจากผู้คนรอบข้าง เพื่อให้จิตใจบริสุทธิ์และสงบก่อนกลับไปหาพระผู้เป็นเจ้า ทีมสุขภาพสามารถช่วยอำนวยความสะดวก เช่น การให้ผู้ป่วยได้พบคนที่ต้องการขอขมา หรือให้โอกาสครอบครัวได้อภัยซึ่งกันและกัน

4) หลีกเลี่ยงสิ่งที่ขัดต่อหลักศาสนา (avoiding prohibited practices) ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา อาหาร หรือวัสดุที่มีส่วนประกอบของสุกรหรือแอลกอฮอล์ เว้นแต่ในกรณีที่ไม่มีทางเลือกอื่นและจำเป็นต่อการรักษาชีวิต ทีมสุขภาพควรให้ข้อมูลแก่ครอบครัวและขอความเห็นชอบก่อนดำเนินการ นอกจากนี้ยังควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสร่างกายของผู้ป่วยที่ต่างเพศโดยไม่จำเป็น เพื่อให้สอดคล้องกับหลักศาสนาและความเคารพต่อผู้ป่วย

5) จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมตามหลักอิสลาม (Islamic environment setting) ทีมสุขภาพควรจัดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถละหมาดหรือภาวนาได้สะดวก เช่น จัดเตียงหรือเก้าอี้ให้อยู่ในทิศทาง *กิบละฮ์ (Qiblah)* ซึ่งคือทิศทางของนครมักกะฮ์ รวมทั้งควรจัดให้บรรยากาศสงบ ปลอดเสียงรบกวน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้าย เพราะในศาสนาอิสลามการมีคนใกล้ชิดคอยอยู่เคียงข้างและกล่าวคำศรัทธาร่วมกันถือเป็นการให้เกียรติและมอบพลังทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย

แนวทางการจัดการศพตามหลักศาสนาอิสลาม

1) ดำเนินการฝังศพโดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมง ศาสนาอิสลามสอนว่าเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ควรดำเนินการฝังศพโดยเร็วที่สุด ภายใน 24 ชั่วโมง หากไม่มีอุปสรรค เพื่อให้วิญญาณของผู้เสียชีวิตได้กลับไปหาพระผู้เป็นเจ้าโดยไม่ล่าช้า การชะลอการฝังศพถือเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์

2) การอาบน้ำศพ (Ghusl) เป็นขั้นตอนที่สำคัญและต้องกระทำโดยผู้ที่มีความรู้ทางศาสนาและเป็นเพศเดียวกับผู้เสียชีวิต ใช้น้ำสะอาดล้างร่างกายตามหลักศาสนา เพื่อแสดงถึงการชำระสิ่งไม่บริสุทธิ์ก่อนคืนสู่พระเจ้า

3) การห่อศพ (Kafan) หลังจากอาบน้ำศพแล้ว จะใช้ผ้าขาวสะอาดห่อศพอย่างเรียบง่าย 3 ชั้นสำหรับผู้ชาย และ 5 ชั้นสำหรับผู้หญิง เพื่อแสดงถึงความเสมอภาคและความเรียบง่ายในความตาย

4) การละหมาดศพ (Salat al-Janazah) เป็นพิธีละหมาดพิเศษที่จัดขึ้นเพื่อขอพร *(ดุอาอ์)* ให้อัลลอฮ์ทรงอภัยโทษและเมตตาต่อผู้เสียชีวิต การละหมาดศพมักจัดที่มัสยิดหรือบริเวณใกล้หลุมฝังโดยมีผู้นำศาสนา (อิหม่าม) เป็นผู้ประกอบพิธี

5) การฝังศพ (Burial) เป็นขั้นตอนสุดท้าย โดยจะฝังศพในหลุมลึกหันหน้าไปทาง *กิบละฮ์* ซึ่งเป็นทิศทางของนครมักกะฮ์ ห้ามการเผาศพโดยเด็ดขาด เนื่องจากถือว่าเป็นการไม่ให้เกียรติแก่ร่างกายซึ่งเป็นสิ่งสร้างของอัลลอฮ์

การดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาอิสลามเป็นกระบวนการที่มุ่งสร้าง “ความสงบในศรัทธา” ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพจึงควรเข้าใจหลักคำสอนและวิถีปฏิบัติของศาสนา เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับหลักศรัทธาและไม่ละเมิดความเชื่อ การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้กล่าว *ชะฮาดะฮ์* ฟังอัลกุรอาน ทำตะวับ และได้รับการดูแลตามหลักศาสนาอย่างถูกต้อง ถือเป็นการให้เกียรติผู้ป่วยอย่างสูงสุด และเป็นส่วนหนึ่งของ “การดูแลแบบองค์รวม” ที่สะท้อนถึงความเมตตาและความเข้าใจในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในช่วงสุดท้ายของชีวิต

3. การดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาคริสต์ (Christian care)

ศาสนาคริสต์มองว่าชีวิตเป็นของพระเจ้า *(God is the giver of life)* และความตายมิใช่จุดสิ้นสุดของชีวิต แต่เป็นการกลับไปหาพระองค์เพื่อรับ “ชีวิตนิรันดร์” *(eternal life)* การเจ็บป่วยและการตายจึงถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของแผนการและพระประสงค์ของพระเจ้า การดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาคริสต์จึงมุ่งเน้นการเสริมสร้าง “ความสงบทางกายและใจ” ควบคู่กับการส่งเสริมศรัทธา ความหวัง และความรัก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายด้วยจิตใจที่สงบและศรัทธาในพระเจ้าอย่างมั่นคง แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาคริสต์มีรายละเอียด ดังนี้

1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยอธิษฐาน (prayer) และอ่านพระคัมภีร์ (Bible reading) การอธิษฐานและการอ่านพระคัมภีร์เป็นหัวใจของการเสริมพลังศรัทธาในศาสนาคริสต์ ผู้ดูแลสามารถจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้อธิษฐานอย่างสงบ เปิดพระคัมภีร์บทที่ให้กำลังใจ เช่น *สดุดี บทที่ 23* (“พระยาห์เวห์ทรงเป็นผู้เลี้ยงของข้าพเจ้า”) หรือ *ยอห์น 14:1–3* ที่กล่าวถึงการเตรียมที่อยู่ในสวรรค์ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมั่นใจในความรักของพระเจ้า

2) เชิญศิษยาภิบาลหรือบาทหลวงมาเยี่ยมผู้ป่วย (pastoral or clerical visitation) หรือบาทหลวงเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณที่มีบทบาทสำคัญในการปลอบโยน ให้คำแนะนำทางศาสนา และประกอบพิธีศักดิ์สิทธิ์เพื่อเตรียมใจผู้ป่วย ทีมสุขภาพควรอำนวยความสะดวกให้ผู้นำศาสนาสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำสอน การอธิษฐาน และการเจิมด้วยน้ำมันศักดิ์สิทธิ์ (ในนิกายคาทอลิก) เพื่อสร้างความสงบใจและความมั่นคงในศรัทธา

3) จัดให้ผู้ป่วยรับ “ศีลศักดิ์สิทธิ์” (sacraments) เป็นพิธีกรรมสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับพระคุณจากพระเจ้าและเตรียมจิตใจให้พร้อมก่อนจากโลกนี้ไป โดยเฉพาะสองศีลสำคัญคือ ศีลอภัยบาป (confession or reconciliation) ผู้ป่วยได้มีโอกาสสารภาพบาปต่อบาทหลวงและได้รับการอภัยจากพระเจ้า ซึ่งช่วยให้จิตใจผ่องใส ปราศจากความค้างคา และพร้อมกลับไปหาพระองค์ด้วยใจที่สงบ และศีลเจิมคนไข้ (Anointing of the Sick) เป็นพิธีที่บาทหลวงใช้การเจิมน้ำมันศักดิ์สิทธิ์ที่หน้าผากและมือของผู้ป่วย พร้อมอธิษฐานเพื่อขอให้พระเจ้าทรงประทานพลังจิตวิญญาณ ความเข้มแข็ง และการเยียวยาจิตใจ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับความตายอย่างมีศรัทธา

4) สนับสนุนให้ผู้ป่วยให้อภัยและคืนดีกับผู้อื่น (forgiveness and reconciliation) การให้อภัยเป็นหลักคำสอนสำคัญในศาสนาคริสต์ เพราะความรักและการอภัยเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงพระเมตตาของพระเจ้า ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลดปล่อยความค้างคาใจ ยกโทษให้กับผู้ที่เคยทำร้าย และคืนดีกับครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้จิตใจบริสุทธิ์และพร้อมจากไปอย่างสงบ

แนวทางการจัดการศพตามหลักศาสนาคริสต์

1) การประกอบพิธีศพ (funeral ceremony) หลังการเสียชีวิตจะมีพิธีศพในโบสถ์ โดยมีบาทหลวงหรือศิษยาภิบาลเป็นผู้นำประกอบพิธี เพื่ออธิษฐานขอให้พระเจ้าทรงอภัยและรับวิญญาณของผู้ตายเข้าสู่สวรรค์ พิธีนี้ยังเป็นโอกาสให้ครอบครัวและผู้เข้าร่วมงานระลึกถึงความดีของผู้ล่วงลับ และย้ำเตือนถึงความหวังแห่งชีวิตนิรันดร์

2) การอธิษฐานและร้องเพลงสรรเสริญพระเจ้า (prayer and hymns) ในพิธีศพมักมีการอ่านพระคัมภีร์และร้องเพลงสรรเสริญ เช่น เพลง *Amazing Grace* หรือ *Nearer, My God, to Thee* เพื่อยกย่องพระเจ้าและระลึกถึงความรักของพระองค์ที่ประทานให้ผู้ล่วงลับ การสวดอธิษฐานร่วมกันยังช่วยปลอบประโลมจิตใจของครอบครัวให้มีความสงบ

3) การฝังร่างในสุสาน (burial) การฝังศพเป็นพิธีกรรมที่สะท้อนความเชื่อว่าร่างกายเป็น “วิหารของพระวิญญาณบริสุทธิ์” และควรได้รับการเก็บรักษาอย่างให้เกียรติ การฝังศพลงสู่พื้นดินเป็นสัญลักษณ์ของการคืนสู่ธรรมชาติและการรอคอยวันฟื้นคืนชีพ *(resurrection)* ตามคำสัญญาในพระคัมภีร์ การเผาศพมักไม่เป็นที่นิยมในคริสต์ศาสนา โดยเฉพาะในนิกายคาทอลิก

การดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาคริสต์เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับ “ความสงบและศรัทธาในพระเจ้า” เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายด้วยความหวังในชีวิตนิรันดร์ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอธิษฐาน อ่านพระคัมภีร์ รับศีลศักดิ์สิทธิ์ และคืนดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมพลังจิตวิญญาณให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็งในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต การดูแลดังกล่าวยังสะท้อนถึงความรัก ความเมตตา และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาลแบบองค์รวมในบริบทของศาสนาคริสต์

• บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลที่ลึกซึ้ง ซึ่งมิได้มุ่งเน้นเพียงการรักษาทางกายหรือการยืดอายุของชีวิตเท่านั้น แต่เป็นการให้ความสำคัญกับ “คุณภาพของชีวิต” ในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติด้าน จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา ที่เป็นรากฐานของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง การดูแลด้านจิตใจช่วยเยียวยาความกลัว ความเศร้า และความรู้สึกสูญเสียของผู้ป่วย ทำให้สามารถยอมรับและอยู่กับความเป็นจริงได้อย่างสงบ การดูแลด้านสังคมช่วยเสริมพลังจากครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังคงมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การดูแลด้านจิตวิญญาณเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ค้นพบความหมายของชีวิต คลายความยึดมั่นในสิ่งภายนอก และเตรียมใจสู่ความสงบภายใน ส่วนการดูแลด้านศาสนาเป็นการให้เกียรติและเคารพความเชื่อของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีที่พึ่งทางใจในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเนื้อแท้แล้วการดูแลทั้งสี่มิติเป็นสิ่งที่สะท้อนถึง ความเมตตา ความเข้าใจ และการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทีมสหวิชาชีพจึงควรบูรณาการแนวทางการดูแลเหล่านี้อย่างเป็นระบบ ภายใต้การสื่อสารที่เปิดกว้างและความตระหนักในความแตกต่างทางวัฒนธรรมและศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนทั้งกายและใจ ท้ายที่สุด เป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบประคับประคองคือการให้ผู้ป่วยได้ “ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณค่า และจากไปอย่างสงบงาม (Peaceful Death)” ด้วยจิตใจที่เป็นอิสระ ปล่อยวางจากความกลัว ความยึดมั่น และไม่ถูกทอดทิ้งในมิติที่ลึกที่สุดของความเป็นมนุษย์ การดูแลเช่นนี้คือการยืนยันคุณค่าของชีวิตแม้ในวาระสุดท้าย และสะท้อนหัวใจแท้จริงของการพยาบาลที่เปี่ยมด้วยความรัก ความเข้าใจ และมนุษยธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.

2. กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: ชานเมืองการพิมพ์; 2555.

3. พรทวี ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพ: พิมพ์ดี; 2557. 33-6.

4. พรทวี ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care). พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: ส านักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2558.

5. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลสงฆ์. การดูแลแบบประคับประคอง: การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.

6. สมาคมบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองแห่งประเทศไทย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: การดูแลทางด้านจิตวิญญาณและศาสนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.

7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565.

8. Spiritual Care Association. Hospice & Palliative Care Chaplaincy. In: Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care [e-book] , 4th ed. 2018. [cited 2025 July 20]. Avialable from: https://www.spiritualcareassociation.org/wp-content/uploads/2016/03/hccn_sca_hospice_palliative_care_chaplaincy_2021-10b.pdf?utm_source=chatgpt.com .

9. Sullivan DG. The World of Hospice Spiritual Care: A Practical Guide for Palliative Care Chaplains. Christian Faith; 2017.

10. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. Gerontologist. 2002; 42(Suppl 3): 24–33. doi:10.1093/geront/42.suppl_3.24.

11. นกขมิ้นเหลืองอ่อน. บทความการสะสางสิ่งคาใจปลดเปลื้องภาระติดค้างเพื่อคนอยู่ข้างหลัง. จดหมายข่าว อาทิตย์อัสดง 2557; 21.

12. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. แนวทางการจัดการพิธีศพอย่างถูกต้องตามหลักพุทธศาสนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2560.

13. Chaiviboontham P, Pokpalagon N. How Buddhist religious care is incorporated for end of life stroke patients receiving palliative care at home during the COVID 19 pandemic in central thailand. Religions 2022; 13(10): 1000. doi:10.3390/rel1301000 .

14. นักวิชาการศาสนา ผู้บริหารชมรมมัสยิดเขตหนองจอก และคณะที่ปรึกษา. ชมรมมัสยิดเขตหนองจอก 20 ธันวาคม 2562.

15. มูหมัดดาโอ๊ะ เจะเลาะ, สุรีย์พร ศิริยะพันธุ์, สุภิรัชต์ นิธิวิสุทธิ์, นิฮูดา ชายเกตุ. การดูแลตามหลักศาสนาอิสลาม. สัมภาษณ์กลุ่มหน่วย palliative care โรงพยาบาลยะลา 26 กรกฎาคม, 2555; 2555.

16. บุษบา ชลออยู่. การดูแลแบบประคับประคองกับความเชื่อทางศาสนา: ศาสนาคริสต์. วารสารการพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;42(2):93–104.

17. ปรีดา เวียงชัย. การดูแลตามหลักศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก. สัมภาษณ์ ศูนย์คามิลเลียน โซเชียล เซนเตอร์ ระยอง 21 กรกฎาคม 2555; 2555.

18. สมาคมพระคัมภีร์ไทย. พระคริสตธรรมคัมภีร์ (Thai Standard Version). กรุงเทพฯ: สมาคมพระคัมภีร์ไทย; 2565.

19. Catholic Health Association of the United States. Catholic guide to palliative care and end of life issues. St. Louis (MO): Catholic Health Association of the United States; 2019.

20. Crossroads Hospice. Christianity & End of Life Care: Christian Hospice, Palliative [Internet]. Crossroads Hospice; n.d [cited 2025 July 20]. Available from: https://www.crossroadshospice.com/hospice-resources/spirituality-end-of-life-care/christianity/?utm_source=chatgpt.com .

บทที่ 3.7 การดูแลระยะกำลังจะเสียชีวิต
(Clinical Care for Patients in Active Dying)

พญ. จิตราพร ธนบดี
พว. สนธิกานต์ ราชโทสี
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ผู้ป่วยระยะท้าย เป็นช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงกับร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารและน้ำได้น้อยลง เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เป้าหมายการดูแลเพียงเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานเท่านั้น จนเข้าสู่ช่วงระยะกำลังจะเสียชีวิต ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหลืออาจไม่กี่วันหรือไม่กี่ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต คือ ผู้ป่วยที่อวัยวะสำคัญของร่างกายมีการทำงานล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลางหรือก้านสมองหยุดทำงาน โดยทั่วไประยะเวลาอาจเป็นชั่วโมงถึงสัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ซึ่งต้องการการดูแลที่จำเพาะ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจไม่จำเป็นต้องทำอีกต่อไป การรักษาบางอย่างอาจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แล้ว ดังนั้น การวินิจฉัยภาวะกำลังจะเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำจึงมีความสำคัญเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

• การวินิจฉัยระยะกำลังจะเสียชีวิต

การวินิจฉัยภาวะกำลังจะเสียชีวิต สามารถบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 3 วันสูง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการ ดังต่อไปนี้

1. ปัสสาวะออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร ใน 12 ชั่วโมง
2. อาการหายใจเสียงดังครืดคราดในลำคอ (death rattle)
3. ขากรรไกรล่างลดต่ำลงขณะหายใจเข้า (respiration with mandibular movement)
4. หายใจเร็วแรงแล้วช้าเบาสลับกัน (Cheyne-Stroke breathing)
5. คลำชีพจรที่ข้อมือเบาลงหรืออาจคลำไม่ได้ (pulselessness of the radial artery)
6. การตอบสนองต่อเสียงหรือภาพลดลง (decreased response to verbal or visual stimuli)
7. รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง (non-reactive pupils)
8. แนวร่องแก้มจากข้างจมูกถึงมุมปากหายไป (dropping of the nasolabial fold)
9. นอนคอแอ่นขึ้น (hyperextension of the neck)
10. นอนปิดตาไม่สนิท (inability to close eyelids)
11. เสียงคราง ตอนหายใจออกที่เกิดจากสายเสียงหย่อน (grunting of vocal cords)
12. มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal bleeding)

• การดูแลผู้ป่วยในระยะกำลังจะเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ในช่วงระยะกำลังจะเสียชีวิต มักมีการรักษาหลายอย่างที่อาจทำหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยเองได้วางแผนการดูแลล่วงหน้าเรื่องการรักษาของตนเป็นสิ่งสำคัญก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลง ครอบครัวรับทราบและปฏิบัติตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ การอธิบายเกี่ยวกับอาการที่จะเกิดและการดำเนินโรคในวาระท้ายของชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เตรียมตัว และสร้างความมั่นใจให้ครอบครัวในการจัดการอาการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยในวาระท้ายของชีวิตได้

อาการที่พบในระยะกำลังจะเสียชีวิตส่วนมากจะมีระดับความรุนแรงในช่วง 7 วันสุดท้าย เช่น เบื่ออาหาร ง่วงซึม อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หอบเหนื่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ กลืนลำบาก ท้องผูก วิตกกังวล ส่วนอาการปวด คลื่นไส้อาเจียน พบว่า มีน้อยในช่วงวาระท้ายของชีวิต แต่อย่างไรก็ตามการดูแลแบบประคับประคองช่วยลดอาการทางกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีระยะกำลังจะเสียชีวิตอาการที่พบ มีดังต่อไปนี้

อาการปวด (pain)

อาการปวด ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต พบได้ร้อยละ 30-50 ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต เมื่อเข้าใกล้ความตายแนวโน้มความปวดจะยิ่งลดลง ถึงแม้อาการปวดจะพบน้อยกว่าและไม่รุนแรง แต่การประเมินและการรักษาอาการปวดไม่แตกต่างจากระยะก่อนหน้า คือ อาการปวดระดับเล็กน้อย อาจใช้ยา paracetamol หรือยากลุ่ม NSAIDs ได้ ส่วนอาการปวดระดับปานกลางถึงมากจะใช้ยากลุ่ม opioids ในการบรรเทาอาการ โดย morphine เป็นยาที่ใช้มากที่สุดในการจัดการอาการปวด ส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการปวดได้ดีแล้ว จะปรับใช้ยาแก้ปวดในรูปแบบแผ่นแปะผิวหนัง (transdermal patch) เช่น fentanyl มักใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาทางปากได้ หรืออยู่ในภาวะกำลังจะเสียชีวิต

ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะกำลังจะเสียชีวิต การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ควรใช้อย่างระมัดระวังและควรให้ในรูปแบบยาฉีด สามารถปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วย เนื่องจากอวัยวะที่ใช้ในการขับของเสียออกจากร่างกายทำงานได้น้อยลง อย่างไรก็ตาม อัตราการเกิดผลข้างเคียงพบได้น้อยมาก หากบริหารยาได้อย่างเหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย และไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น

การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต มีดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยไม่เคยใช้ opioids มาก่อนควรเริ่ม morphine 3-5 mg. sc. prn. for pain q 4 hrs. กรณีต้องใช้ morphine prn. มากกว่า 2 ครั้ง/วัน สามารถให้ในรูป continuous subcutaneous infusion (CSI) เช่น morphine 20-30 mg. CSI in 24 hrs.

2. กรณีเคยใช้ opioids ในรูปแบบรับประทานให้เปลี่ยนเป็นรูปฉีด โดยใช้อัตราส่วน IV/SC : oral เท่ากับ 1:3 ของ total daily oral morphine dose และถ้าขนาดที่ใช้อยู่ยังคงคุมอาการได้ไม่ดี ให้ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 30-100 ตามระดับความรุนแรง

3. ให้ morphine ในขนาด 1/6 ของ total daily dose เป็น prn. ทาง sc. injection q 2 hrs. เช่น morphine 3-5 mg sc. prn for breakthrough pain (BTP) q 2 hrs.

4. ในกรณียังคุมอาการไม่ได้ ต้องให้ morphine prn. มากกว่า 2 ครั้ง ควรปรับยาที่คุม background pain ขึ้น ร้อยละ 30-100 ตามระดับความรุนแรง สามารถปรับยาได้ถี่ทุก 3-4 ชั่วโมง หรืออาจคิดจากขนาดยา prn. ที่ได้ทั้งหมดใน 24 ชั่วโมง รวมกับขนาดของ background dose เป็นขนาดยาที่ควรให้ในวันต่อไป

5. กรณีผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยไตวาย (eGFR < 30) ให้ลดขนาด morphine ลง โดยใช้ร้อยละ 30-50 ของขนาดปกติ

อาการเบื่ออาหาร (anorexia)

อาการเบื่ออาหาร (anorexia) เกิดได้หลายสาเหตุ พบได้บ่อยถึงร้อยละ 50-80 ในช่วง 7 วันสุดท้ายของชีวิต ส่วนมากอาการอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก อาการเบื่ออาหารมีกลไกที่ซับซ้อน โดยมีศูนย์ควบคุมความอยากอาหารอยู่ที่ไฮโปทาลามัส (hypothalamic arcuate nucleus) อาการเบื่ออาหารอาจเป็นผลต่อเนื่องจากอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ปวด เหนื่อย การรับรสเปลี่ยนแปลงไป เยื่อบุช่องปากอักเสบ

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิตจะไม่มีอาการหิว การที่ร่างกายไม่ได้รับสารอาหารกระตุ้นให้เกิดภาวะ ketosis อาจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีได้ และการขาดน้ำอาจช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้น ผ่านกลไกการเกิด uremia, hyperosmolality และการหลั่ง endorphin

การให้สารอาหาร (artificial nutrition) ไม่ว่าทาง enteral หรือ parenteral ในผู้ป่วยที่มีระยะกำลังจะเสียชีวิต พบว่า ไม่ช่วยลดอัตราตายหรือยืดการตายออกไป ไม่เพิ่มคุณภาพชีวิต ไม่เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่ก่อให้เกิดความสุขสบาย และอาจก่อให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้ เช่น การติดเชื้อ และเพิ่มอัตราการผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นอีกด้วย

การให้สารน้ำ (artificial hydration) ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต จากหลายการศึกษาเกี่ยวกับการให้สารน้ำพบว่า อาจมีประโยชน์ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะสับสน ที่มีสาเหตุจากการขาดน้ำ หากมีความจำเป็นต้องให้สารน้ำ ควรให้ในปริมาณและเวลาที่จำกัด และควรระวังการเกิดภาวะน้ำเกินและผลข้างเคียงอื่น ๆ การให้สารน้ำจึงควรพิจารณาในผู้ป่วยแต่ละราย ที่สำคัญต้องอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้อาการเบื่ออาหารและสภาพร่างกายที่ผอมแห้ง จะไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย แต่มักก่อให้เกิดความทุกข์ใจต่อครอบครัวอย่างมาก การรับประทานอาหารไม่ได้และรูปลักษณ์ที่ผอมแห้ง ทำให้ครอบครัวรู้สึกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเพราะขาดสารอาหาร แต่แท้จริงแล้วผู้ป่วยไม่ได้เสียชีวิตจากการขาดสารอาหาร แต่เสียชีวิตจากโรคในช่วงที่ร่างกายผอมแห้ง สิ่งสำคัญที่สุด คือ การอธิบายให้ความมั่นใจและประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว ถึงภาวะนี้ว่าเป็นภาวะปกติ ผู้ป่วยไม่ได้อดอาหารจนเสียชีวิตแต่เกิดจากความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึมของร่างกายผู้ป่วย

อาการหายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก (dyspnea)

อาการหายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก เป็นประสบการณ์ที่เป็นการบอกเล่าของผู้ป่วย เป็นอาการที่รับรู้ถึงการหายใจไม่อิ่ม หายใจไม่โล่ง หายใจไม่เต็มปอด และเป็นความรู้สึกต้องพยายามออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดความกังวลและทุกข์ทรมานใจทั้งต่อผู้ป่วยครอบครัวและทีมผู้รักษา พบได้บ่อยตั้งแต่ร้อยละ 20-70 ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต ควรหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้และรักษาที่ต้นเหตุ เช่น anemia, pneumonia, bronchoconstriction, pleural effusion ร่วมกับการให้ยากลุ่ม opioids ในขนาดต่ำ ๆ จะช่วยลดความไวของสมองส่วนกลางที่ควบคุมการหายใจ ควบคู่กับการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การช่วยให้การไหลเวียนอากาศในห้องดีขึ้น การลดอุณหภูมิห้อง การจัดท่านอนศีรษะสูง การให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจเหนื่อยจากภาวะ hypoxia และการใช้พัดลมเป่าที่ใบหน้าสามารถช่วยลดอาการเหนื่อยได้ เป็นต้น

การบรรเทาอาการเหนื่อยหอบโดยใช้ opioids ไม่ได้ช่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจและความเข้มข้นของระดับออกซิเจน จึงไม่แนะนำให้วัดระดับความเข้มข้นของออกซิเจนตลอดเวลา เพราะเพิ่มความกังวลใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามอาการให้ประเมินความรู้สึกเหนื่อยของผู้ป่วยด้วยการให้คะแนน 0 ถึง 10 คะแนน มีหลักฐานว่ายากลุ่ม benzodiazepines อาจช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยหอบในผู้ป่วยระยะท้ายได้ แต่อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยจากความกังวล หรือเมื่อให้คู่กับ opioids และไม่พบว่าออกซิเจนช่วยลดอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยที่ไม่ได้มีภาวะพร่องออกซิเจน

ขนาดยาที่แนะนำเพื่อบรรเทาอาการ terminal dyspnea ได้แก่ morphine 1-2 mg. sc. prn. q 2 hrs. แต่พบว่าการใช้ midazolam ร่วมกับ morphine จะช่วยจัดการอาการหอบเหนื่อยและช่วยลดความวิตกกังวลได้ดีกว่า การใช้ morphine อย่างเดียว ได้แก่ morphine 10-20 mg.+ Midazolam 10-20 mg. CSI in 24 hrs. และ morphine 1-2 mg. sc. prn. q 2 hrs.

ในกรณีที่ยังไม่สามารถจัดการอาการเหนื่อยได้ ต้องให้ morphine prn. มากกว่า 2 ครั้ง ควรปรับยาที่คุม background symptom ขึ้น ร้อยละ 30-100 ตามระดับความรุนแรง สามารถปรับยาได้ถี่ทุก 3-4 ชั่วโมง หรือ อาจคิดจากขนาดยาที่ให้เฉพาะเวลาปวด (breakthrough pain) ที่ได้ทั้งหมดใน 24 ชั่วโมง ร่วมกับขนาดของยา background dose เป็นขนาดยาที่ควรให้ในวันต่อไป

อาการหายใจเสียงดังครืดคราดในลำคอ (death rattle: accumulation of respiratory tract secretion)

เป็นเสียงสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจที่พบในระยะกำลังจะเสียชีวิต เชื่อว่าเกิดจากการสูญเสียความสามารถในการไอและการกลืนเพื่อกำจัดสารคัดหลั่ง พบได้เฉลี่ยร้อยละ 35 พบได้สูงถึงร้อยละ 66 ในช่วง 3 วันสุดท้ายของชีวิต และโดยเฉลี่ยจะเกิดขึ้นประมาณ 11-28 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยที่มีอาการนี้มักไม่รู้สึกตัว ผลกระทบของอาการนี้ต่อตัวผู้ป่วยไม่เป็นที่แน่ชัด แต่มักมีผลก่อให้เกิดความทุกข์ใจต่อครอบครัว เนื่องจากรู้สึกว่าผู้ป่วยอาจกำลังขาดอากาศหายใจจากการที่มีเสมหะอุดกั้น การรักษาจึงมุ่งไปที่ความสบายใจของครอบครัวและทีมผู้รักษาเป็นหลัก มีรายงานว่าความเข้าใจต่อภาวะนี้ของผู้รักษาจะส่งผลต่อการให้การรักษา และส่งผลต่อการรับรู้ต่อภาวะนี้ของครอบครัวด้วย บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลภาวะนี้จึงพึงระมัดระวังและควรให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวว่า ภาวะนี้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานแต่อย่างใด

มักมีการแนะนำให้ลดปริมาณการให้สารน้ำทางหลอดเลือด (parenteral fluid) ในผู้ป่วยที่มีเสียงครืดคราดในลำคอ อย่างไรก็ตาม ควรหลีกเลี่ยงการดูดเสมหะในช่องปากหรือช่องลำคอ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับยาบรรเทาอาการหายใจเสียงดังครืดคราดในลำคอ (death rattle) มีการใช้ยากลุ่ม antimuscarinics ที่ทำให้เสมหะแห้ง ได้แก่ scopolamine, glycopyrronium, hyoscine butyl bromide, atropine และ octreotide เป็นต้น Hyoscine HBr (Buscopan®) 20 mg (1amp) sc. q 6 hrs. Hyoscine HBr (Buscopan®) 80 mg CSI in 24 hrs. หรือ 1% atropine eyedrop 4 drops sublingual q 4-6 hrs. สิ่งสำคัญที่สุด คือ หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะ และต้องอธิบายให้ความมั่นใจกับครอบครัวว่าอาการนี้เป็นภาวะปกติของกระบวนการเสียชีวิต

การลดระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยระยะกำลังจะเสียชีวิต (palliative sedation)

การลดระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะกำลังจะเสียชีวิต โดยใช้ยาเพื่อลดความกลัว ความทุกข์ทรมานในช่วงท้ายของชีวิต อย่างไรก็ดี การรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว มีข้อโต้แย้งในเรื่องของคำนิยามและประเด็นทางจริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการใช้ต้องอยู่ในกรอบของจริยธรรมที่ยอมรับ ผู้ป่วยควรอยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต โดยทั่วไประดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อยิ่งเข้าใกล้วันสุดท้าย ดังนั้น ในผู้ป่วยระยะท้ายมีความจำเป็นต้องมีการสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแลรักษาในช่วงที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและตัดสินใจได้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวน้อยลงและเข้าสู่ระยะกำลังจะเสียชีวิต ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้

ควรให้ข้อมูลเรื่องการลดระดับความรู้สึกตัวในระยะกำลังจะเสียชีวิตตั้งแต่เนิ่น ๆ แพทย์ต้องมีการพูดคุยเรื่องเป้าหมายการดูแลในระยะท้ายกับผู้ป่วยและผู้แทนโดยชอบธรรม นั่นคือการตัดสินใจด้วยความยินยอมของผู้ป่วยและครอบครัว และควรจะต้องมีหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่มีไว้เพื่อพยุงชีพก่อนที่จะเริ่มให้ยาเพื่อลดความรู้สึกเสมอ กรณีที่ไม่มีหนังสือแสดงความยินยอม และผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้และไม่มีผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้แทนโดยชอบธรรมออกความเห็นไม่ตรงกัน แต่ผู้ป่วยมีความทรมานอย่างมาก การรักษาดังกล่าวควรต้องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล

เมื่อให้ยาเพื่อลดความรู้สึกตัวในผู้ป่วยระยะกำลังจะเสียชีวิตที่ทุกข์ทรมาน การลดความรู้สึกตัวเป็นไปตามเจตนาดี แต่อาจเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การกดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งอาจเป็นการเร่งการเสียชีวิตโดยไม่เจตนา ซึ่งการกระทำนี้จะถือว่าไม่ผิดจริยธรรม ตราบเท่าที่ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจชอบธรรมได้ร้องขอ และยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติการแยกระหว่างเจตนาดีกับการทำให้เกิดผลข้างเคียงอาจเป็นไปได้ยาก ดังนั้น การบันทึกในเอกสารหรือเวชระเบียนถึงเหตุผลและเป้าหมายในการกระทำดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งผู้รักษาสามารถป้องกันการเกิดความเสี่ยงเหล่านี้ด้วยการให้ยาด้วยความระมัดระวัง มีการปรับขนาดยา การประเมินอาการเป็นระยะ เลือกใช้ขนาดยาที่น้อยที่สุดเพื่อลดความไม่สุขสบาย และทำให้เกิดผลข้างเคียงไม่พึงปรารถนาน้อยที่สุด

ภาวะสับสน (delirium)

ภาวะสับสน คือ อาการที่มีความผิดปกติในระดับความรู้สึกตัว สมาธิ ความคิด และการรับรู้ พบได้มากกว่าร้อยละ 40 ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต และมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเข้าใกล้ระยะกำลังจะเสียชีวิต เรียกภาวะสับสนในช่วงภาวะใกล้เสียชีวิตว่า “terminal delirium” สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การขาดน้ำ การล้มเหลวของตับหรือไต การติดเชื้อ ความผิดปกติของระดับเกลือแร่ในเลือด ความผิดปกติในสมองส่วนกลาง จากยาต่าง ๆ โดยเฉพาะ opioids และ sedatives เป็นต้น

ความสำคัญของภาวะสับสน คือ ผู้ป่วยส่วนมากจะจำช่วงที่ตัวเองสับสนได้และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมากต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว แต่อย่างไรก็ตาม ภาวะสับสนมักถูกละเลยและไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือวินิจฉัยผิดพลาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสับสนประเภท hypoactive type ส่วนภาวะสับสนประเภทอื่น ๆ ก็ไม่ได้รับการวินิจฉัยเช่นกัน นอกจากนั้นบ่อยครั้งที่ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ตีความไปเองว่าอาการเหล่านั้นเป็นภาวะปกติที่เกิดจากโรคหรือสภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง

การใช้ยาในการจัดการภาวะสับสนกระวนกระวาย ได้แก่ midazolam 2.5-5 mg sc. prn. for agitation q 2 hrs. ถ้าต้องใช้บ่อยให้ปรับขนาดเป็น total dose per day ดังนี้ midazolam 10-20 mg. CSI in 24 hrs. and midazolam 2.5-5 mg. sc. prn. for agitation q 2 hrs.

• การพยาบาลผู้ป่วยในระยะกำลังจะเสียชีวิตที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะกำลังจะเสียชีวิตที่บ้าน คือการช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย รวมถึงให้การดูแลครอบครัว และควรต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. โดยทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัวมักจะอยากทราบว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อไหร่ ควรทำความเข้าใจและให้ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แจ้งความคาดหวังในความเป็นจริง ให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. ดูแลผู้ป่วยในเรื่องความเป็นส่วนตัวและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. ผู้ป่วยจะได้รับการควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ดี
4. ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความเชื่อ และจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยสามารถบอกความต้องการของตนเอง ว่าต้องการให้ใครอยู่ด้วยในวันสุดท้ายของชีวิต ได้มีโอกาสกล่าวลาบุคคลที่ต้องการลา
6. ผู้ป่วยได้บอกความต้องการของตนเองในการปฏิเสธการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคต หรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร (advanced directive) เมื่อเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ดูแลต้องเคารพการตัดสินใจและให้การดูแลตามความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วย
8. ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

การให้การดูแลผู้ป่วยในระยะกำลังจะเสียชีวิตที่บ้าน ควรให้การดูแลดังต่อไปนี้

1. ทบทวนยาที่ได้รับ หยุดยาที่ไม่จำเป็น ได้แก่ ยาวิตามิน ยาที่ใช้ในการรักษาโรคประจำตัว ยาฆ่าเชื้อ ยาต้านการซึมเศร้า (antidepressant)
2. ปรับเปลี่ยนวิถีทางในการให้ยา (route of administration) ผู้ป่วยในภาวะกำลังจะเสียชีวิตจะเริ่มกลืนไม่ได้ การรู้สติลดลง แต่ยังคงมีอาการปวดและไม่สุขสบายต่าง ๆ ควรให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous route) โดยใช้เครื่องปั๊มยาต่อเนื่อง (syringe driver) ยาที่ให้ทางชั้นใต้ผิวหนังที่ใช้บ่อย ๆ ได้แก่ morphine, haloperidol, midazolam, metoclopramide และ hyoscine butylbromide
3. การคาดคะเนปัญหาหรืออาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้น แพทย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมยาเพื่อให้ผู้ป่วยไว้ใช้ที่บ้าน เพื่อควบคุมอาการปวดและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ในช่วงภาวะกำลังจะเสียชีวิต เช่น morphine เพื่อใช้สำหรับ breakthrough pain ยา midazolam เพื่อลดอาการกระวนกระวาย หรือ atropine เพื่อช่วยให้เสมหะในทางเดินหายใจแห้ง ช่วยลดอาการเสียงหายใจดัง (noisy secretions) ได้ เป็นต้น

4. อาการไม่สุขสบายอื่น ๆ

4.1 อาการชัก (convulsions) ควบคุมได้โดยการให้ midazolam หรือ phenobarbital ทางชั้นใต้ผิวหนัง หรือใช้ rectal suppository หรือใช้ diazepam solution เมื่อมีอาการ

4.2 ภาวะเลือดออก (gastrointestinal hemorrhage) เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวกลัว ตกใจ สะเทือนใจได้ แพทย์ต้องประเมินพูดคุยกับครอบครัว ถ้าเผชิญปัญหาไม่ได้ควรเตรียมผู้ป่วยให้สามารถเข้ามารักษาในโรงพยาบาลได้ สิ่งที่ต้องเตรียมที่บ้าน คือผ้าสีเข้ม และยา sedative ควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกหลังผู้ป่วยสียชีวิต

ทบทวนการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่บ้าน

การดูแลช่องปาก อาการปากแห้งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยของผู้ป่วย ต้องแนะนำครอบครัวและผู้ดูแลในการทำความสะอาดช่องปากสม่ำเสมอ โดยใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดในช่องปาก ทาริมฝีปากด้วยวาสลีน แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะกำลังจะเสียชีวิต การดูแลช่องปากอาจทำแค่ใช้สำลีชุบน้ำเช็ดริมฝีปากเพื่อให้ชุ่มชื้นเท่านั้น

การดูแลป้องกันแผลกดทับ การพลิกตัวผู้ป่วยในระยะกำลังจะเสียชีวิตอาจไม่มีความจำเป็นจะต้องทำบ่อย ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่แสดงสีหน้าเจ็บปวด อาจใช้ที่นอนลมช่วย หรือใช้เบาะรองช่วยลดแรงกดบริเวณ ส้นเท้า ข้อศอก และเข่าในระยะนี้การดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นยังมีความสำคัญ

การดูแลระบบขับถ่ายอุจจาระ ปัญหาท้องผูกในระยะกำลังจะเสียชีวิต อาจจะเกิดไม่ยาวนาน ควรหยุดยาระบายที่รับประทานทางปาก ควรปรับเปลี่ยนไปให้ทางทวารหนักแทน หรืออาจไม่มีความจำเป็นต้องให้แล้ว

การดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยอาจมีโอกาสเกิดปัสสาวะคั่งค้าง ต้องพูดคุยสื่อสารในครอบครัวถ้าจำเป็นอาจต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะ หรือถ้ากลั้นปัสสาวะไม่ได้ ให้ใส่แผ่นรองซับแทน และทาวาสลีนบริเวณผิวหนังโดยรอบ

การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ควรจัดให้มีการระบายอากาศดี แสงพอควร ลดเสียงรบกวน จัดเก้าอี้ข้างเตียงเพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย จัดสิ่งของจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยไว้ใกล้ ๆ เพื่อให้สามารถหยิบจับได้ง่าย

• บทสรุป

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต อาการแต่ละคนแตกต่างกัน ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค เป้าหมายการรักษาเป็นระยะ ๆ ทราบการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต รวมถึงการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ อาการใดที่ไม่มีวิธีการบรรเทาได้ แต่ไม่ได้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ก็ควรแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบตั้งแต่ก่อนเกิดอาการ เพื่อให้ความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการอาการต่าง ๆ ได้ รวมถึงการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว (palliative sedation) เป็นวิธีการที่ใช้จัดการอาการที่ไม่สามารถบรรเทาด้วยวิธีอื่นได้แล้ว และให้การประคับประคองจิตใจครอบครัวเมื่อเกิดอาการ หากภาพการเสียชีวิตเป็นไปอย่างไม่สวยงาม จะส่งผลเสียต่อความรู้สึกของครอบครัว ทั้งหมดนี้จึงเป็นหน้าที่สำคัญของทุกคนที่จะช่วยให้การจากไปของผู้ป่วย เป็นไปอย่างราบรื่นและสวยงาม

เอกสารอ้างอิง

1. ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น: การดูแลแบบประคับประคองสำหรับบุคลากรสุขภาพ: การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558. หน้า 85-97.

2. ลักษมี ชาญเวชช์. การลดระดับความรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต. ใน: ลักษมี ชาญเวชช์, ประถมาภรณ์ จันทร์ทอง, กิติพล นาควิโรจน์, ปิยพร ทิศยากร, บรรณาธิการ. Textbook of Palliative Care Book 2 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2564. หน้า 813-24.

3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล: การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560. หน้า 11-1-11-15.

4. ศุภการ เตชัสอนันต์. ภาวะใกล้ตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย. ใน: ลักษมี ชาญเวชช์, ประถมาภรณ์ จันทร์ทอง, กิติพล นาควิโรจน์, ปิยพร ทิศยากร, บรรณาธิการ. Textbook of Palliative Care Book 2 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2564. หน้า 799-806.

5. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017; 36: 11-48.

6. Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opioids for the palliation of refectory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 3: CD011008.

7. Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;1:CD010206.

8. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. N Engl J Med. 2015; 373: 2549-61.

9. Dev R, Wong A, Hui D, Bruera E. The evolving approach to management of cancer cachexia. Oncology (Williston Park). 2017; 31: 23-32.

10. Hui D, dos Santos R, Chisholm GB, Bruera E. Symptom expression in the last seven days of life among cancer patients admitted to acute palliative care units. J Pain Symptom Manage. 2015; 50: 488-94.

11. Kako J, Morita T, Yamaguchi T, Kobayashi M, Sekimoto A, Kinoshita H, et al. Fan therapy is effective in relieving dyspnea in patients with terminally ill cancer: a parallel-arm, randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2018; 56: 493-500.

12. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: WHO; 2018. p.25-49.

บทที่ 3.8 การดูแลภายหลังเสียชีวิต

พว.ยุพา ศรัณยูเศรษฐ์
พว.สิริกานดา กอแก้ว
พว.รัตนพร วังคะฮาด
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

เมื่อผู้ป่วยประคับประคองถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หน้าที่ของพยาบาลยังไม่สิ้นสุดลง หากแต่ยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลร่างกายผู้เสียชีวิตด้วยความเคารพและรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การจัดการร่างกายอย่างถูกต้องเป็นการให้เกียรติผู้เสียชีวิตและช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวในช่วงเวลาที่โศกเศร้า พยาบาลต้องจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดและสงบ เตรียมร่างกายให้เรียบร้อยและดูเป็นธรรมชาติ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวมีโอกาสอยู่เคียงข้างและอำลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่างเหมาะสม การดูแลในช่วงเวลานี้ไม่เพียงสะท้อนความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ แต่ยังสะท้อนหัวใจแห่งความเมตตา ความเข้าใจ และความเอื้ออาทรของวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองอย่างแท้จริง

- **แนวทางการช่วยเหลือญาติและครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย** ควรมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติต่อศพ ควรให้สมเกียรติและคงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์กระทำเช่นเดียวกับขณะที่ผู้ตายยังมีชีวิตอยู่ ทำด้วยความนุ่มนวลให้ความเคารพ การตบแต่งร่างกายส่วนต่าง ๆ ต้องทำให้เรียบร้อยที่สุดเหมือนคนธรรมดา เช่น เย็บแผลให้เรียบร้อย ไม่ปล่อยส่วนที่ไม่น่าดูเปิดเผยต่อสายตาญาติและผู้อื่น ควรแต่งหน้าและสวมเสื้อผ้าให้มองดูคล้ายขณะที่มีชีวิตที่กำลังนอนหลับสนิทมากที่สุด การห่มผ้าคลุมศพ ควรคลุมแค่อก ไม่ควรคลุมใบหน้าหรือศีรษะ

2. ประเมินการปรับตัวและสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวและญาติอย่างต่อเนื่อง

3. เข้าใจและยอมรับว่าสมาชิกครอบครัวย่อมมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียและการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวอาจจะแตกต่างกันไป เช่น ความรู้สึกผิด พยาบาลควรช่วยให้ญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกันจะช่วยให้ความรู้สึกผิดลดน้อยลงไปได้

4. ให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีคนรบกวนและมีความปลอดภัยจากการที่ญาติอาจทำร้ายตนเอง หรือให้ครอบครัวที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายคอยช่วยเหลือ

5. แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวหรือญาติให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติ บางกรณีพยาบาลอาจอยู่เป็นเพื่อน

6. คอยให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในเรื่องต่าง ๆ ตามที่สามารถทำได้ เช่น ช่วยเหลือในการแต่งศพ เป็นที่ปรึกษาในการรับศพ การเคลื่อนย้ายศพ การติดต่อสถานที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลควรคอยช่วยเหลือญาติให้เข้มแข็งขึ้น ให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียได้

7. เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ หรือผู้ปกครองแสดงบทบาทของตนเองเป็นครั้งสุดท้าย

8. แนะนำแหล่งสนับสนุนประคับประคองจิตใจแก่ครอบครัว เช่น กลุ่มญาติ เพื่อน เป็นต้น

9. สนับสนุน ส่งเสริมพิธีกรรมตามความเชื่อของครอบครัว

10. แนะนำครอบครัวหรือญาติในการรับหนังสือรับรองการตาย ต้องนำไปแจ้งแก่นายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ภายใน 24 ชั่วโมง นับแต่เวลาเสียชีวิต สถานที่แจ้งเสียชีวิต ดังนี้

1) เสียชีวิตในเขตเทศบาลให้แจ้งที่สำนักงานทะเบียนท้องถิ่น ซึ่งตั้งอยู่ที่สำนักงานเทศบาล

2) เสียชีวิตนอกเขตเทศบาล ให้แจ้งที่สำนักงานทะเบียนตำบล (บ้าน กำนัน) หรือที่ว่าการอำเภอหรือสำนักงานทะเบียนที่ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้ง เช่น เขตกรมทหาร เป็นต้น

3) กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ซึ่งอยู่นอกท้องที่ที่ผู้ตายมี ภูมิลำเนาอยู่ นำหนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาลไปแจ้งต่อนายทะเบียน ผู้รับแจ้งที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ เพื่อขอให้ออกใบมรณบัตร

4) กรณีเสียชีวิตที่บ้าน ผู้แจ้งคือเจ้าบ้าน หรือผู้พบเห็น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าบ้าน โดยต้องเตรียมเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าบ้าน หรือผู้แจ้ง และของผู้ตาย (ถ้ามี)
- สำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านที่ผู้ตายมีชื่ออยู่

11. ติดตามดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสีย โดยการเยี่ยมครอบครัวที่บ้าน/การติดตามทางโทรศัพท์ ภายใน 7–14 วัน หลังการเสียชีวิตหรือภายหลังพิธีศพสิ้นสุดลง หากพบว่าครอบครัวยังมีภาวะเศร้าโศกต่อเนื่อง ควรมีการโทรศัพท์ติดตามซ้ำตามความเหมาะสม เช่น 1 เดือน หรือ 3 เดือนหลังการสูญเสียหรือการประสานส่งต่อไปยังภาคีเครือข่ายการดูแลที่อยู่ใกล้บ้าน แนวทางการติดตามภายหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement care) ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมก่อนโทรศัพท์

- ทบทวนข้อมูลผู้เสียชีวิตและข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ลักษณะการดูแลก่อนเสียชีวิต และประเด็นสำคัญที่ควรสอบถาม
- จัดเวลาให้เหมาะสม เลือกช่วงเวลาที่ครอบครัวน่าจะสะดวก เช่น ช่วงกลางวันหรือหลังพิธีกรรมทางศาสนาแล้ว
- จัดเตรียมเอกสารบันทึกการติดตาม เช่น แบบฟอร์มบันทึกภาวะเศร้าโศกเบื้องต้น

2) การเริ่มการสนทนา

- เริ่มการสนทนาด้วยการแนะนำตัวอย่างสุภาพ เช่น “สวัสดีค่ะ ดิฉัน (ชื่อ) พยาบาลประจำแผนก...โรงพยาบาล”
- กล่าวแสดงความเสียใจอย่างจริงใจต่อการสูญเสียที่ผ่านมา
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการโทร เช่น “โทรศัพท์มาเพื่อติดตามสอบถามปัญหาที่ต้องการคำปรึกษา และดูแลสภาพจิตใจท่านเบื้องต้น”

3) การสนทนาและการประเมิน

- เปิดโอกาสให้ผู้รับสายเล่าความรู้สึก หากมีความพร้อม เช่น “ขณะนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง มีใครคอยดูแลใกล้ชิดหรือไม่”

- สังเกตน้ำเสียง และประเด็นที่บ่งชี้ถึงความโศกเศร้า เช่น พูดถึงความรู้สึกผิด ความคิดซ้ำซ้อนเกี่ยวกับการตาย หรือความสิ้นหวัง

- สอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการใช้ชีวิตหลังการสูญเสีย เช่น กลับไปทำงานหรือยัง ใครเป็นผู้ดูแลเรื่องการเงินหรือเรื่องบ้านต่อจากผู้เสียชีวิต

4) การให้คำปรึกษาเบื้องต้น

- ให้กำลังใจและเน้นว่าความรู้สึกโศกเศร้าเป็นเรื่องปกติของการสูญเสีย

- แนะนำวิธีดูแลตนเองตามวิถีชีวิตที่เคยปฏิบัติ เช่น เข้าวัด ทำบุญ หรือหากรู้สึกไม่ไหว ให้พูดคุยกับคนใกล้ชิด

- หากพบสัญญาณความเสี่ยง ให้ส่งต่อไปยังทีมสุขภาพจิตในชุมชน ของครอบครัว

5) การปิดการสนทนา

- เน้นย้ำพยาบาลและทีมสหวิชาชีพพร้อมให้การดูแล หากมีปัญหาเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ทันที

- กล่าวคำให้กำลังใจปิดท้ายด้วยความจริงใจ

6) การบันทึกผลการติดตาม

- บันทึกเนื้อหาสำคัญในเวชระเบียนของโรงพยาบาล เช่น สภาพจิตใจ ความต้องการ ความเสี่ยง และข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา อินทร์กล่ำ. การดูแลแบบประคับประคองและการจัดการภาวะเศร้าโศกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.

2. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ภาวะสูญเสีย เศร้าโศก และการดูแลหลังการเสียชีวิต. ใน :พิกุล พรพิมล, บำเพ็ญจิต แสงชาติ, สุรีพร ธนศิลป์, ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์, จอนผะจง เพ็งจาด, วาสินี วิเศษฤทธิ์ และคนอื่น ๆ. บรรณาธิการ. คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา. เชียงใหม่: Good Work Media; 2559. 79-80.

3. พิกุล นันทชัยพันธ์, ประทุม สร้อยวงค์, บรรณาธิการ. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การดูแลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทองจำกัด; 2557. หน้า 77.

4. Ferrell BR, Paice JA, Coyle N, editors. Oxford Textbook of Palliative Nursing. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2020.

5. National Coalition for Hospice and Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 4th ed. Richmond (VA): NCHPC; 2018.

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 4

การดูแลแบบประคับประคอง เฉพาะโรค/เฉพาะกลุ่ม





บทที่ 4.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

พญ.ชุติมา สิมะสาธิตกุล
โรงพยาบาลราชวิถี
พว.อรวรรณ เมืองสำราญ
พว.อัญชลี สุขขัง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

มะเร็ง เป็นภาวะที่เซลล์มีการแบ่งตัวที่ผิดปกติ เจริญเติบโตอย่างไม่หยุดยั้ง เกิดเป็นก้อนเนื้อแทรกอยู่ในอวัยวะต้นกำเนิด กดเบียดอวัยวะข้างเคียง และสุดท้ายจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย ก้อนเนื้อที่เกิดจากเซลล์มะเร็งจะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาจก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจของตัวผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด เมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้น จะทำให้การทำงานของอวัยวะเดิมเสื่อมถอยลง จนเกิดความล้มเหลวของระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

มนุษย์มีความพยายามที่จะต่อสู้กับมะเร็งมาเป็นเวลานาน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มต้น การผ่าตัดด้วยเทคนิคและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ยาเคมีบำบัดที่จำเพาะต่อเซลล์มะเร็งแต่ละชนิด และการฉายรังสีที่มีความแม่นยำสูง ทำให้เพิ่มโอกาสในการหายขาดจากโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม เมื่อการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ไม่ใช่หนทางที่เหมาสม การดูแลแบบประคับประคอง จะช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายของโรคมะเร็ง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตราบเท่าที่ระยะเวลาของร่างกายจะเอื้ออำนวยให้ นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองยังสามารถผนวกเข้ากับการรักษาจำเพาะ (specific treatment) ตั้งแต่ทราบผลการวินิจฉัยโรค ต่อเนื่องจนครบกระบวนการการรักษามะเร็ง ไปจนถึงการดูแลสภาพจิตใจของญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยทีมสหวิชาชีพที่อาจจะประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ ผู้นำทางศาสนาหรือนักบวชตามศาสนาที่ผู้ป่วยและญาตินับถือ เป็นต้น

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

มีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้

1. มีความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
2. มีการพยากรณ์โรคว่า จะมีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือน เช่น Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ≥ 3 หรือ Karnofsky Performance Status (KPS) ≤ 50 หรือ Palliative Performance Scale (PPS) ≤ 50
3. มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง
4. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

• การประเมินอาการ

ผู้ป่วยมะเร็งมักเผชิญกับความไม่สุขสบายทางกายหลายอย่าง การศึกษาจากสหราชอาณาจักรโดย ดร. Henson และคณะ ในปี ค.ศ. 2020 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมักมีอาการรบกวนที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด เหนื่อยล้า หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก โดยอาจขึ้นกับชนิดของมะเร็ง การรักษา และโรคร่วมของผู้ป่วย พบว่า ในมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยร้อยละ 35-96 มีอาการปวด ผู้ป่วยร้อยละ 32-90 มีอาการเหนื่อยล้า และผู้ป่วยร้อยละ 10-70 มีอาการหายใจไม่อิ่ม และหลายคนมีอาการรบกวนมากกว่า 1 อาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการในผู้ป่วยประคับประคองมีหลายแบบ แยกเป็นประเมินอาการและความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ประเมินสภาพจิตใจ ประเมินญาติ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แบบประเมินที่ใช้จะเป็นแบบประเมินที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองจากทุกโรค 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)

การควบคุมอาการที่เหมาะสม ทีมผู้ดูแลไม่ควรคำนึงถึงปัจจัยทางกายภาพอย่างเดียว แต่ควรคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐานะของผู้ป่วยด้วย

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญที่สุดและเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน ในปี ค.ศ. 2022 พบว่า ความชุกของความปวดจากมะเร็งมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ van den Beuken-van Everdingen ในปี ค.ศ. 2016 โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่หายขาดจากมะเร็งมีความปวดลดลงจากร้อยละ 39.3 เหลือร้อยละ 35.8 ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษามีความปวดลดลงจากร้อยละ 55 เหลือร้อยละ 50.3 ส่วนผู้ป่วยที่มะเร็งอยู่ในระยะลุกลามแพร่กระจายหรือระยะท้ายของการมีชีวิต มีความปวดลดลงจากร้อยละ 66.4 เหลือร้อยละ 54.6 และแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดระดับปานกลางถึงมาก มีความชุกที่ลดลงจากร้อยละ 38 เหลือร้อยละ 30.6 และถึงแม้แนวโน้มความชุกของความปวดจากมะเร็งจะลดลง เรายังสามารถดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นได้อีก

ความปวดจากมะเร็งสามารถเกิดได้จากตัวมะเร็งเอง หรือจากการกดเบียดอวัยวะข้างเคียงหรือกลุ่มเส้นประสาท หรือเป็นผลมาจากการรักษาไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การให้เคมีบำบัดหรือการฉายรังสี และอาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็งก็ได้ เช่น ปวดศีรษะไมเกรน ปวดเข่าเนื่องจากข้อเข่าเสื่อม หรือปวดรอยโรคหลังจากโรคงูสวัด เป็นต้น

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 ดังตารางที่ 4.1.1 ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมความปวดได้ถึงร้อยละ 75 แนะนำให้บริหารยาโดยการกิน โดยการให้ยาตามเวลา และควรจะปรับชนิดของยาให้เข้ากับแต่ละบุคคล

ตารางที่ 4.1.1 WHO analgesic ladder

ระดับความปวด	ยาที่แนะนำ
ขั้นที่ 1 ปวดน้อย	ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และยากลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า
ขั้นที่ 2 ปวดปานกลาง	ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน เช่น โคเดอีน ทรามาดอล ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า
ขั้นที่ 3 ปวดมาก	ยากลุ่มโอปิออยด์ เช่น มอร์ฟีน เฟนตานิล เมทาโดน ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่มเสริม เช่น กาบาเพนติน ยาต้านเศร้า

<u>การรักษาโดยไม่ใช้ยา</u>

เป็นสิ่งที่ควรทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเสมอถ้ามีทรัพยากรเอื้ออำนวย เช่น การนวดสัมผัส การทำสมาธิ การผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจ การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การทำศิลปะบำบัด การทำดนตรีบำบัด

การรักษาโดยใช้ยา

การรักษาอาการปวดระงับปวดด้วยยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติอาจมีความกังวลเรื่องผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย อาจกังวลเรื่องการเสพติดยา ดังนั้น หลักการรักษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จึงต้องกำหนดเป้าหมายในการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติเสมอ แนะนำให้กำหนดเป้าหมายให้ควบคุมระดับความปวดไว้ในลักษณะปวดน้อย และสามารถใช้ชีวิตได้โดยไม่เป็นอุปสรรค เพื่อลดโอกาสการใช้ยาเกินขนาด ลดอาการข้างเคียงจากยา และลดโอกาสการเสพติดยาแก้ปวด

ยาที่ใช้ในการรักษาความปวดจากมะเร็ง

1. พาราเซตามอล (paracetamol หรือ acetaminophen) เป็นยาแก้ปวดที่ช่วยลดความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง โดยขนาดสูงสุดที่แนะนำในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น และมีน้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัม คือ 4 กรัมต่อวัน แต่หากผู้ป่วยน้ำหนักไม่ถึง 50 กิโลกรัม ไม่ควรใช้เกิน 75 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ใน 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีโรคตับ ไม่ควรใช้เกิน 3 กรัมต่อวัน

ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำว่า มียาแก้ปวดหลายชนิดเป็นยาที่ผสมพาราเซตามอล ถึงแม้จะไม่ได้ชื่อพาราเซตามอล และควรได้รับการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะการได้ยาพาราเซตามอลเกินขนาดเมื่อใช้ยาแก้ปวดหลายชนิดพร้อม ๆ กัน

2. ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs หรือ NSAIDs) เป็นยาแก้ปวดที่ช่วยลดความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง มีหลักฐานที่แสดงถึงการใช้ยานาโปรเซน (Naproxen) ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในการบรรเทาความปวดจากมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังกระดูกได้ผลดี

อย่างไรก็ตาม ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มีผลข้างเคียงคือ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร การมีพิษต่อไต และเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาที่มีผลกับไต เมื่อใช้ร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์แล้ว จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมมากขึ้น

ดังนั้น จึงแนะนำให้ใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในช่วงเวลาสั้น ๆ และควรให้ยาลดการหลั่งกรดกลุ่ม proton pump inhibitor ร่วมด้วยเสมอในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

ข้อห้ามของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่กำลังมีแผลในกระเพาะอาหาร และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3. โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน (weak opioids) ใช้สำหรับรักษาอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง หากใช้ยาในขนาดสูงสุดแล้วยังไม่สามารถระงับปวดได้ ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็นโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรง โดยในประเทศไทยจะมีโอปิออยด์ชนิดอ่อน 2 ชนิดคือ โคเดอีน (codeine) และทรามาดอล (tramadol)

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

โคเดอีนไม่มีฤทธิ์แก้ปวด แต่จำเป็นต้องอาศัยเอนไซม์ CYP2D6 ในร่างกาย เพื่อเปลี่ยนจากโคเดอีนเป็นมอร์ฟีน ซึ่งจะให้ฤทธิ์ระงับปวด โดยการทำงานของเอนไซม์ CYP2D6 จะมีความหลากหลายของเมตาบอลิสมของยาในแต่ละบุคคล เช่น กลุ่ม slow metabolizer กลุ่ม rapid metabolizer

และกลุ่ม ultra-rapid metabolizer ทำให้ผลการระงับปวดจากโคเดอีนมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่ม slow metabolizer จะทำให้โคเดอีนถูกเปลี่ยนเป็นมอร์ฟีนน้อย ผู้ป่วยจะไม่ได้รับฤทธิ์แก้ปวดจากโคเดอีน แต่หากผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม ultra-rapid metabolizer โคเดอีนจะถูกเปลี่ยนเป็นมอร์ฟีนปริมาณมาก นำไปสู่การได้รับโอปิออยด์เกินขนาดได้ โดยพบ ultra-rapid metabolizer ร้อยละ 29 ในประชากรแอฟริกา/เอธิโอเปีย ส่วนในประชากรชาวเอเชียพบได้ร้อยละ 1.2-2

3.2 ทรามาดอล (tramadol) มีฤทธิ์น้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า ขนาดยาที่ให้คือ 50-100 มิลลิกรัม ทุก 6-8 ชั่วโมง ขนาดสูงสุดของยาคือ 400 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ส่วนผู้สูงอายุแนะนำให้ไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน ส่วนผู้ป่วยไตวายหรือตับวายไม่ควรใช้

ทรามาดอลและโคเดอีนจะอยู่ในบันไดขั้นที่ 2 ของการระงับปวดจากมะเร็ง อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงในขนาดต่ำทดแทนการใช้โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน โดยการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้โอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรงในขนาดต่ำจะให้ผลในการระงับปวดที่ดีกว่า โดยผลข้างเคียงที่เกิดไม่แตกต่างกัน

การใช้โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์อ่อน ควรพิจารณาให้ยาระบายกลุ่มที่กระตุ้นการทำงานของลำไส้ เช่น สารสกัดมะขามแขก (senokot) ร่วมด้วยเพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะท้องผูกจากโอปิออยด์

4. ยากลุ่มโอปิออยด์หรือโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรง (strong opioids) เช่น มอร์ฟีน เฟนตานิล และออกซีโคโดน ใช้รักษาความปวดปานกลางถึงรุนแรง โอปิออยด์เป็นยามาตรฐานที่รักษาความปวดจากมะเร็ง

โดยโอปิออยด์จะไม่มีขนาดยาที่สูงสุด แต่จะต้องปรับยาให้เข้ากับระดับความปวดและความทนได้ของผลข้างเคียงที่จะเกิดจากยา

โอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงที่ไม่แนะนำให้ใช้ในการระงับปวดจากมะเร็ง คือ เพทิดีน (pethidine) เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นนอร์เพทิดีน (norpethidine) ที่มีพิษต่อระบบประสาท

หากผู้ป่วยไม่เคยได้รับโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงมาก่อน ให้เริ่มจากขนาดแนะนำที่น้อยที่สุด จากนั้นประเมินผลการรักษาและผลข้างเคียงของยา แล้วจึงพิจารณาปรับขนาดยาให้ได้ผลการระงับปวดตามต้องการ โดยสามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้

4.1 มอร์ฟีน (morphine) เป็นยาที่สามารถบริหารยาได้หลายรูปแบบ โดยรูปแบบที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรกในผู้ป่วยมะเร็งคือรูปแบบรับประทาน ควรเริ่มต้นด้วยมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที (morphine immediate release) แบบเม็ดหรือแบบน้ำเชื่อม โดยเริ่มที่ขนาดรับประทาน 5-10 มิลลิกรัม หากผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะที่มีความเจ็บปวดรุนแรงและต้องระงับอาการปวดแบบเร่งด่วนควรให้เป็นรูปแบบฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยขนาดยาสำหรับฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ คือ 0.05-0.1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ไม่แนะนำให้ฉีดมอร์ฟีนเข้ากล้ามเนื้อ เพราะไม่สามารถทำนายการออกฤทธิ์ได้แน่ชัด

ในประเทศไทยมอร์ฟีนชนิดรับประทานมีหลายรูปแบบ ดังตาราง 4.1.2

ตารางที่ 4.1.2 รูปแบบต่าง ๆ ของมอร์ฟีน

รูปแบบ	ความแรง	เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์	ระยะเวลาที่ยามีฤทธิ์	ข้อควรระวัง
มอร์ฟีนเม็ดชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที (Morphine Immediate Release Tablet)	10 มิลลิกรัม	30 นาที	2-4 ชั่วโมง	
มอร์ฟีนน้ำเชื่อม (Morphine Syrup หรือ Morphine solution)	10 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิลิตร	30 นาที	2-4 ชั่วโมง	
มอร์ฟีนเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา หรือมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์ยาว (Morphine Sustained Release Tablet, MST continus®)	10, 30, 60 มิลลิกรัม	3 ชั่วโมง	12 ชั่วโมง	ไม่สามารถหัก บด แบ่งเม็ดยา
มอร์ฟีนแคปซูลชนิดควบคุมการปล่อยยา หรือมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์ยาว (Morphine controlled Release Capsule, Kapanol®)	20, 50, 100 มิลลิกรัม	3 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	สามารถแกะแคปซูลให้ยาทางสายอาหารได้ แต่ห้ามบดเม็ดยาที่อยู่ในแคปซูล

มอร์ฟีนแบบฉีดจะมีรูปแบบเดียวคือ 10 มิลลิกรัม ในสารละลาย 1 มิลลิลิตร ขนาดบรรจุ 1 มิลลิลิตรต่อแอมพูล โดยหากฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายในระยะเวลา 5-10 นาที แต่หากฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังจะออกฤทธิ์ในระยะเวลา 20-60 นาที มีระยะเวลาการมีฤทธิ์ที่ใกล้เคียงกัน คือ 3-4 ชั่วโมง โดยขนาดยาที่ใช้ในการฉีดเข้าหลอดเลือดดำกับฉีดใต้ผิวหนังจะใช้ขนาดยาเท่ากัน

การปรับยามอร์ฟีน หากผู้ป่วยไม่เคยรับยามอร์ฟีนมาก่อน ควรเริ่มต้นจากการให้รับประทานมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 5-10 มิลลิกรัม สามารถรับประทานซ้ำได้ทุก 2-4 ชั่วโมง หากยังมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป จากนั้นนำผลรวมของยาที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง เพื่อมาคำนวณปรับเป็นมอร์ฟีนชนิดควบคุมการปลดปล่อยยา

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วย นาย ก. ได้รับยามอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 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.) ผู้ป่วยใช้มอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 35 มิลลิกรัม (ไม่นับยาที่ได้เวลา 09.00 น. เพราะเกิน 24 ชั่วโมง) เราสามารถแปลผลได้ว่า ความต้องการมอร์ฟีนชนิดรับประทานต่อวันคือประมาณ 35 มิลลิกรัม ดังนั้นเราสามารถปรับยาเป็น

มอร์ฟีนเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา (MST continus®) 10 มิลลิกรัม รับประทานทุก 12 ชั่วโมง หรือมอร์ฟีนแคปซูลชนิดควบคุมการปล่อยยา (Kapanol®) 20 มิลลิกรัม วันละครั้ง กรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหารเพื่อสามารถแกะแคปซูลของยาและให้ทางสายอาหารได้

ร่วมกับให้มอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 5 มิลลิกรัม (ประมาณร้อยละ 14 ของมอร์ฟีนที่ได้รับต่อวัน) รับประทานเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง

หากยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ดีหลังจากได้ยามอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันทีไปแล้ว 2-3 ครั้ง แนะนำปรับเพิ่มยามอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันทีร้อยละ 25-50 กรณีปวดปานกลาง หรือหากปวดมาก สามารถเพิ่มขนาดได้ร้อยละ 50-100 แล้วจึงนำผลรวมของมอร์ฟีนที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง มาปรับยาการให้ยาใหม่

<u>ตัวอย่างที่ 2</u> จากการไปซักถาม นาย ก. แจ้งว่าหลังได้ยามอร์ฟีนยังมีอาการปวดมากอยู่ แพทย์จึงเพิ่มมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที เป็นครั้งละ 10 มิลลิกรัม รับประทานเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง พบว่า นาย ก. ได้รับยา ดังนี้

08.00 น.	มอร์ฟีนเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 10 มิลลิกรัม
10.00 น.	มอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 10 มิลลิกรัม
15.00 น.	มอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 10 มิลลิกรัม
20.00 น.	มอร์ฟีนเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 10 มิลลิกรัม
03.00 น.	มอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 10 มิลลิกรัม
08.00 น.	มอร์ฟีนเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 10 มิลลิกรัม

จากตัวอย่างที่ 2 จะเห็นว่า ใน 24 ชั่วโมง (08.00-07.59 น.) ผู้ป่วยใช้มอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 3 ครั้ง คือ 10.00 น., 15.00 น., และ 3.00 น. เท่ากับ 30 มิลลิกรัม ร่วมกับมอร์ฟีนเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา 2 ครั้ง คือ 08.00 น. และ 20.00 น. เราสามารถแปลผลได้ว่าความต้องการมอร์ฟีนชนิดรับประทานต่อวันคือประมาณ 50 มิลลิกรัม ดังนั้น เราสามารถปรับยาเป็น

มอร์ฟีนเม็ดชนิดควบคุมการปล่อยยา (MST continus®) 10 มิลลิกรัม 2 เม็ด รับประทานทุก 12 ชั่วโมง หรือมอร์ฟีนแคปซูลชนิดควบคุมการปล่อยยา (Kapanol®) 20 มิลลิกรัม 2 แคปซูล วันละครั้ง หรือ 50 มิลลิกรัม 1 แคปซูล วันละครั้ง

ร่วมกับให้มอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที 10 มิลลิกรัม (ประมาณร้อยละ 20 ของมอร์ฟีนที่ได้รับต่อวัน) รับประทานเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง

ขนาดยามอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยยาทันที ที่ให้รับประทานเมื่อมีอาการ มักคิดเป็นร้อยละ 5-20 ของขนาดมอร์ฟีนที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีระดับความปวดน้อย และรับประทานมอร์ฟีนชนิดปลดปล่อยยาทันทีไม่เกิน 3-4 ครั้งต่อวัน ไม่มีความจำเป็นต้องปรับยามอร์ฟีนชนิดควบคุมการปล่อยยา

หากผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิต และไม่สามารถรับประทานยาได้ แต่ยังมีความจำเป็นต้องใช้มอร์ฟีน สามารถเปลี่ยนเป็นรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดหรือฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง โดยคำนวณขนาดยามอร์ฟีนจากค่า Equianalgesic dose ของมอร์ฟีนชนิดฉีดต่อรับประทานคือ 1:3 (ขนาดยาที่ใช้ฉีดของมอร์ฟีนจะน้อยกว่าขนาดยาที่ใช้รับประทานประมาณ 3 เท่า)

> จากตัวอย่างที่ 2 หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ โดยมีความต้องการมอร์ฟีนชนิดกินต่อวันประมาณ 50 มิลลิกรัม เราสามารถเปลี่ยนเป็นรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดหรือฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังโดย 50/3 = 16.67 มิลลิกรัมต่อวัน หรือประมาณ 0.7 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ร่วมกับให้มอร์ฟีนฉีด 10/3 หรือคือประมาณ 3 มิลลิกรัม ฉีดเมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางขึ้นไป ได้ทุก 2-4 ชั่วโมง

ผลข้างเคียงของมอร์ฟีนที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ง่วงนอน ซึ่งอาการเหล่านี้มักดีขึ้นเมื่อได้รับมอร์ฟีนไประยะหนึ่ง

อาการท้องผูก เป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย เนื่องจากมอร์ฟีนทำให้ลำไส้เคลื่อนตัวช้าลง จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้ควบคู่ด้วยเสมอ ได้แก่ ยาระบายมะขามแขก Bisacodyl ยาระบายชนิดอื่นที่สามารถให้ได้คือ milk of Magnesia, lactulose แต่ยาระบายกลุ่มที่ไม่ควรให้ คือ ยาระบายกลุ่มเพิ่มเนื้ออุจจาระ กลุ่มเส้นใย เนื่องจากเพิ่มโอกาสการเกิดลำไส้อุดตัน

ควรใช้มอร์ฟีนอย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตผิดปกติ เนื่องจากมอร์ฟีนเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นสาร M-6-G ที่มีฤทธิ์แก้ปวดและจะถูกกำจัดออกทางไต หากผู้ป่วยมีการทำงานของไตที่ผิดปกติจะทำให้กำจัด M-6-G ไม่ได้ อาจเกิดภาวะง่วงซึมและกดการหายใจจนถึงแก่ชีวิต แนะนำให้ลดขนาดของมอร์ฟีน เพิ่มระยะห่างของการให้ยา หรือพิจารณาเปลี่ยนยาเป็นเฟนตานิลแทน

4.2 เฟนตานิล (Fentanyl) เป็นโอปิออยด์ที่มีคุณสมบัติละลายในไขมันได้ดี ทำให้สามารถนำมาทำในรูปแบบของแผ่นปิดผิวหนังเพื่อตัวยาสามารถซึมผ่านชั้นใต้ผิวหนังผ่านเข้าสู่กระแสเลือด โดยแผ่นปิดผิวหนังสามารถออกฤทธิ์ได้นานถึง 72 ชั่วโมง และเฟนตานิลยังมีข้อดีที่สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตได้ โดยไม่ต้องปรับขนาดยา

เนื่องจากเฟนตานิลในรูปแบบแผ่นปิดผิวหนังมีระยะเวลาในการเริ่มออกฤทธิ์นานถึง 12-24 ชั่วโมง อาจจะทำให้ไม่เหมาะกับการนำมาใช้เป็นอันดับแรกในการปรับยาระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังมีความปวดในระดับรุนแรง เนื่องจากต้องใช้เวลาในการปรับยายาวนาน

เฟนตานิลมีความแรงมากกว่ามอร์ฟีน 100 เท่า แต่ขนาดยาที่ใช้ก็จะลดลง 100 เท่าเช่นกัน จึงควรระมัดระวังหน่วยที่ใช้ในการสั่งยา ซึ่งเฟนตานิลจะใช้หน่วยเป็นไมโครกรัม โดยเฟนตานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนังมี 3 ขนาด คือ 12, 25 และ 50 หน่วยเป็นไมโครกรัมต่อชั่วโมง

การเปลี่ยนมาใช้เฟนตานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนัง แนะนำให้ปรับยาด้วยโอปิออยด์ชนิดอื่นหรือบริหารยาด้วยวิธีอื่นก่อน หลังจากปรับระดับยาโอปิออยด์ที่ใช้ในการควบคุมความปวดคงที่มาแล้วระยะหนึ่ง จึงเปลี่ยนเป็นเฟนตานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนัง โดยใช้ตารางเทียบ equianalgesic dose ดังแสดงในตารางที่ 4.1.3 และผู้ป่วยควรได้ยาโอปิออยด์ที่ใช้อยู่เดิมต่ออีก 12-24 ชั่วโมง หลังจากมีการปิดแผ่นเฟนตานิล

ตารางที่ 4.1.3 Equianalgesic dose ของมอร์ฟีนและเฟนตานิล

ขนาดยามอร์ฟีนชนิดรับประทาน ที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง (หน่วยเป็นมิลลิกรัม)	ขนาดยาเฟนตานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนัง (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. ที่ได้รับมอร์ฟีนชนิดฉีด 16.67 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง ถ้าต้องการเปลี่ยนเป็นเฟนตานิลชนิดแผ่นปิดผิวหนัง ทำได้โดยปรับเป็นมอร์ฟีนชนิดรับประทานใน 24 ชั่วโมง จะได้ 16.67 x 3 = 50 มิลลิกรัม จากตารางที่ 4.1.3. พบว่าหากใช้มอร์ฟีนชนิดรับประทานปริมาณ 50 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง จะตรงกับเฟนตานิล 25 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง

นอกจากนี้ หากมีการเปลี่ยนชนิดของโอปิออยด์ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนจากมอร์ฟีนเป็นเฟนตานิล หรือเปลี่ยนจากเฟนตานอลเป็นมอร์ฟีน แนะนำให้ลดขนาดของยาลงร้อยละ 25-50 เนื่องจากผู้ป่วยอาจตอบสนองกับโอปิออยด์ชนิดใหม่มากกว่าชนิดเดิมนำไปสู่ภาวะได้รับโอปิออยด์เกินขนาดได้

จากตัวอย่างที่ 2 ข้างต้น หากปรับเป็นมอร์ฟีนชนิดรับประทานใน 24 ชั่วโมง ได้ 16.67 x 3 = 50 มิลลิกรัม พิจารณาลดขนาดยาลงร้อยละ 25 จะได้ 50 - (50 x 0.25) = 37.5 มิลลิกรัม จากตารางที่ 4.1.3 พบว่า หากใช้มอร์ฟีนชนิดรับประทานปริมาณ 37.5 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง จะตรงกับเฟนตานิล 12 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง

อาการข้างเคียงของเฟนตานิลพบได้เช่นเดียวกับอาการผลข้างเคียงของมอร์ฟีน ที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ง่วงนอน ซึ่งอาการเหล่านี้มักดีขึ้นเมื่อได้รับเฟนตานิลไประยะหนึ่ง

อาการท้องผูก ต้องให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้เสมอ เช่นเดียวกับการให้การรักษาผลข้างเคียงของมอร์ฟีน

หากได้รับเฟนตานิลเกินขนาด สามารถทำให้เกิดอาการง่วงซึมและกดการหายใจ และอาจเสียชีวิตได้เช่นเดียวกับมอร์ฟีน

4.3 ออกซีโคโดน (Oxycodone) เป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดมีฤทธิ์แรงที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อนุญาตให้มีการจำหน่ายในประเทศไทยใน พ.ศ. 2558 โดยประเทศไทยนำเข้ามารูปแบบเดียวคือรูปแบบออกฤทธิ์ยาว 12 ชั่วโมง มี 2 ขนาด คือ 10 และ 40 มิลลิกรัม ยังจัดอยู่ในยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ออกซีโคโดนมีความแรงมากกว่ามอร์ฟีนประมาณ 1.5-2 เท่า และมีคุณสมบัติที่ดูดซึมทางทางเดินอาหารได้ประมาณร้อยละ 60-87 ซึ่งดีกว่ามอร์ฟีนประมาณ 2 เท่า อย่างไรก็ตามมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ทั้งออกซีโคโดนและมอร์ฟีนให้การระงับปวดที่ไม่แตกต่างกัน หากมีการเริ่มให้ออกซีโคโดนเป็นยาตัวแรก แนะนำให้เริ่มที่ขนาดต่ำสุดคือ ออกซีโคโดน 10 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานทุก 12 ชั่วโมง

อาการข้างเคียงของออกซีโคโดนพบได้เช่นเดียวกับอาการผลข้างเคียงของมอร์ฟีนที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ง่วงนอน ซึ่งอาการเหล่านี้มักดีขึ้นเมื่อได้รับออกซีโคโดนไประยะหนึ่ง

อาการท้องผูก ต้องให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้เสมอเช่นเดียวกับการให้การรักษาผลข้างเคียงของมอร์ฟีน

หากได้รับออกซีโคโดนเกินขนาด สามารถทำให้เกิดอาการง่วงซึมและกดการหายใจและอาจเสียชีวิตได้ เช่นเดียวกับมอร์ฟีน

อาการหายใจไม่อิ่ม

อาการหายใจไม่อิ่มเป็นอาการที่พบได้บ่อย โดยพบความชุกมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของตัวโรคลุกลามมากขึ้น โดยเฉพาะช่วง 2-3 สัปดาห์สุดท้ายของการมีชีวิต ภาวะหายใจไม่อิ่มที่ดื้อต่อการรักษาอาจเกี่ยวข้องกับการมีอายุขัยที่สั้นลง

การจัดการอาการ ควรรักษาโรคที่สามารถแก้ไขได้ที่อาจก่อให้เกิดการหายใจไม่อิ่ม เช่น อาการหอบหืด ภาวะหดเกร็งของหลอดลม รวมถึงวินิจฉัยแยกโรคการกดหายใจที่เกิดจากการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เกินขนาด นอกจากนี้ ควรให้การรักษาโดยไม่ใช้ยาควรกระทำร่วมด้วยเสมอ เช่น การจัดท่าทาง การสอนเทคนิคการหายใจ การช่วยขยับตัว การเสริมสร้างกล้ามเนื้อ และการใช้พัดหรือพัดลมมือถือ การเปิดหน้าต่างห้องเพื่อให้มีลมผ่านบริเวณใบหน้า ยังเป็นวิธีการที่ง่ายและได้ผลดีที่ไม่ควรมองข้าม

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานแสดงว่า การให้การรักษาอื่นที่นอกเหนือจากออกซิเจน หรือยากลุ่มโอปิออยด์ที่ให้ผลดีในการรักษาอาการหายใจไม่อิ่ม อย่างไรก็ตาม การให้ออกซิเจนอาจมีบทบาทชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจไม่อิ่มที่ไม่ได้มีอาการขาดออกซิเจนร่วมด้วย ผลของการให้ออกซิเจนจะใกล้เคียงกันการใช้อากาศทางการแพทย์ (medical air)

การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในการรักษาอาการหายใจไม่อิ่ม ในผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์มาก่อน สามารถพิจารณาให้ยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เร็วชนิดรับประทาน 2.5-5 มิลลิกรัม (ขนาดจะต่ำกว่าขนาดยามอร์ฟีนสำหรับรักษาอาการปวด) ในผู้ป่วยที่เคยได้รับมอร์ฟีนมาแล้ว สามารถพิจารณาให้ยามอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เร็วชนิดรับประทาน โดยให้ยาในขนาดร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 100 ของยามอร์ฟีนที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ใน 4 ชั่วโมง

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็ง มียาเดิมเป็น MST Continus® 30 มิลลิกรัม 1 เม็ดทุก 12 ชั่วโมง และกินมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เร็ว 10 มิลลิกรัม อีก 3 ครั้งต่อวัน รวมเป็นได้รับมอร์ฟีนทางปากต่อวันเป็นจำนวน 90 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้น ถ้าคิดในช่วง 4 ชั่วโมงจะได้ 15 มิลลิกรัม

ดังนั้น ขนาดยามอร์ฟีนที่ให้สำหรับภาวะหายใจไม่อิ่มคือ ร้อยละ 25-100 ของ 15 มิลลิกรัมนี้ ซึ่งก็คือให้มอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เร็วชนิดรับประทานอยู่ในช่วง 3.75-15 มิลลิกรัม

ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ไม่มีผลในการลดอาการหายใจไม่อิ่ม แต่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะหายใจไม่อิ่มได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลที่มีการพยากรณ์โรคสามารถอยู่ได้นานกว่า 4 สัปดาห์ ควรได้รับยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) และในระหว่างรอยากลุ่ม SSRI ออกฤทธิ์ หรือในผู้ป่วยวิตกกังวลที่พยากรณ์โรคน้อยกว่า 4 สัปดาห์ สามารถให้ยากลุ่ม benzodiazepine เพื่อลดอาการได้

อาการคลื่นไส้ อาเจียน

อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นอีกหนึ่งอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง อาจมีสาเหตุมาจากอาการทางกาย สภาวะทางจิตใจ ส่งผลถึงความกังวลใจของผู้ป่วยและครอบครัวถึงการเสียชีวิตจากการขาดน้ำหรือการขาดสารอาหาร

อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เป็นผลจากการให้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี ควรได้รับการดูแลและจัดการตามแนวทางเวชปฏิบัติของการให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน แต่หากเป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี แนะนำให้รักษาตามสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนนั้น ๆ

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของภาวะคลื่นไส้อาเจียน คือ เกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ เช่น โซเดียมในเลือดต่ำ หรือแคลเซียมในเลือดสูง การทำงานของตับและไตบกพร่อง มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย การรับประทานยาต่าง ๆ เช่น ยากลุ่มโอปิออยด์ ยาต้านเศร้า ยาปฏิชีวนะ มีการเคลื่อนที่ของลำไส้ที่ไม่เป็นปกติ เช่น ลำไส้อุดตัน เลือดออกในทางเดินอาหาร ลำไส้อักเสบ หรือท้องผูก การทราบสาเหตุของภาวะคลื่นไส้อาเจียน ช่วยให้เราสามารถเลือกยาที่แก้ไขตรงกับพยาธิสภาพได้มากขึ้น

ผู้ป่วยโรคมะเร็งควรได้รับการสั่งยาแก้คลื่นไส้อาเจียนเสมอ เว้นแต่ว่าจะมีข้อห้ามในการใช้ยา หากผู้ป่วยได้รับยาหนึ่งชนิดแล้วยังไม่เห็นผล แนะนำให้เพิ่มยาชนิดที่ 2 มากกว่าจะเป็นการเปลี่ยนยา เนื่องจากภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งนั้นมักมีหลายสาเหตุ และเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย

อาการเหนื่อยล้า

อาการเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทางกาย อาจบรรยายเป็นความรู้สึกเหนื่อยจนถึงภาวะหมดเรี่ยวแรง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน พบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม โดยอาจเกิดจากตัวโรคมะเร็งเอง หรือจากการรักษามะเร็ง เช่น การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ ภาวะซีด การขาดน้ำ ความเจ็บปวด ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า การสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อ หรือความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อ

ควรให้การรักษาร่วมกันทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ควรรักษาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ เช่น พิจารณาให้เลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะซีด พิจารณาให้สารน้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ การให้ยาแก้ปวดที่พอเพียง การปรึกษานักโภชนาการเพื่อดูแลเรื่องอาหาร หรือการพิจารณาจ่ายยากลุ่มต้านเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

การรักษาอาการเหนื่อยล้าที่ได้ผลและมีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุดคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพในการนอนหลับอีกด้วย

ดนตรีสามารถช่วยลดอาการเหนื่อยล้าในระดับน้อยถึงปานกลาง ในขณะที่การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial intervention) เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) นั้นพบหลักฐานอย่างจำกัดในการลดอาการเหนื่อยล้า

• การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เป็นระยะที่มีการลุกลามและมีอาการแสดงของโรคเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อจิตใจ มีความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงต้องดูแลทุกมิติแบบองค์รวมอย่างบูรณาการ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความหมาย และสามารถเตรียมพร้อมที่จะเผชิญความตายได้อย่างสงบ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในทุกระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลาม หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษา มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นหลัก เป็นการบรรเทาความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถดูแลควบคู่กันไปกับการรักษาด้านอื่น ๆ ได้ การเข้าถึง palliative care ตั้งแต่เนิ่น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุขและมีความหมายมากที่สุด

พยาบาลประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองและครอบครัว ช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ มีศักดิ์ศรี รวมถึงสนับสนุนครอบครัวให้ก้าวผ่านช่วงเวลาแห่งความสูญเสียได้อย่างเข้าใจและเข้มแข็ง

บทบาทสำคัญของพยาบาลประคับประคอง ประกอบด้วย การบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง การประเมินอาการและการจัดการความปวด และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่าง ๆ การพยาบาลให้ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม การประสานการประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนและปกป้องสิทธิผู้ป่วย การวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายและการเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต

ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

ปัญหาความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความกลัวเกี่ยวกับความตาย มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง รวมถึงมีความคิดทำร้ายตนเอง

<u>การประเมินด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง</u>

- ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะของโรค
- ประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรักษา
- ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว
- ประเมินคัดกรองเกี่ยวกับความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า
- ประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

<u>การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง</u>

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

ความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

ปัญหาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมักเป็นความรู้สึกขัดแย้งต่อผู้ใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าเวลาเหลือน้อยลง จึงมีอารมณ์หวั่นไหว ท้อแท้ กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกแยกและถูกปฏิเสธ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลัวเป็นภาระคนอื่น เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้เสียรายได้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว

<u>การประเมินด้านสังคมในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง</u>

- บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว
- ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
- ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก (caregiver)

- ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน
- เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม
- ความต้องการของครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษา
- ความต้องการด้านการเข้าสังคมและกิจกรรมพักผ่อนต่าง ๆ

<u>การดูแลด้านสังคมในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง</u>

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

ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

ผู้ป่วยมะเร็งที่รับรู้ว่าโรคของตนเองไม่สามารถรักษาต่อไปได้แล้ว ความตายกำลังใกล้เข้ามาและต้องพลัดพรากจากบุคคลที่รัก ผู้ป่วยจะเสียกำลังใจ ท้อแท้ และสิ้นหวังในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาใจได้ลุล่วง ไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขออโหสิกรรมต่อการกระทำผิดพลาดในอดีต ต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น ต้องการกลับไปเยี่ยมเยียน สั่งลา หรือได้พบและอยู่กับบุคคลที่ตนรักและสิ่งที่รู้สึกผูกพัน ต้องการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาหรือสิ่งศักดิ์ที่ที่นับถือ ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นสิ่งสำคัญของการมีชีวิตอยู่ เพื่อช่วยให้มีกำลังใจที่แข็งแกร่งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและยอมรับกับความตายได้

<u>การประเมินด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง</u>

- ความรักและความสัมพันธ์ ความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหาย ของใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อม เป็นต้น
- ความศรัทธา ประเมินค้นหาแหล่งกำลังใจ ความเชื่อมั่นในชีวิตและจิตวิญญาณ
- ความหวังในการดำเนินชีวิต
- ความเชื่อและการปฏิบัติตามความเชื่อ ศาสนา
- การค้นหาความหมายของการเจ็บป่วย คุณค่าและเป้าหมายของชีวิต ที่มีผลในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป
- การให้อภัย ความรู้สึกผิดและการปฏิบัติเพื่อแก้ไขความรู้สึกผิด
- ค้นหาความต้องการครั้งสุดท้ายในชีวิต (last wish)
- ภาระที่ยังไม่เสร็จ (unfinished business)

การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ
- ให้ความรักความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ดูแล ให้ความหวัง และกำลังใจ ไม่ทอดทิ้งแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่หมดหวังไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้
- ให้ความสนใจ เคารพในความเชื่อและสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ
- เต็มใจที่จะพูดคุยเรื่องความเชื่อ ความต้องการในการปฏิบัติตามความเชื่อนั้น
- ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย เล่าระบายความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ
- ให้ข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับทีมการดูแล
- ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับความตายที่กำลังจะมาถึงและมีความพร้อมสำหรับการจากไป
- ช่วยประคับประคองจิตใจให้จดจ่อกับสิ่งที่ดีงาม
- ช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ
- ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ
- อำนวยความสะดวกให้ครอบครัวอยู่ด้วยตลอดเวลา

• ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งในผู้ป่วยระยะประคับประคอง

1. ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง (Brain metastasis)

สาเหตุและอุบัติการณ์

ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปยังระบบประสาทส่วนกลางเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและรุนแรง สามารถพบได้ถึงร้อยละ 10-30 ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมะเร็งมักพบในผู้ป่วยที่มีมะเร็งต้นกำเนิด (primary cancer) จากมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา (melanoma) ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองเป็นภาวะที่พบมากที่สุดของโรคเนื้องอกของสมองในผู้ใหญ่ ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของมะเร็งแพร่กระจายไปยังสมองมากขึ้น เนื่องจากมีการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่ดีขึ้น บริเวณของสมองที่พบรอยโรคบ่อยจะเป็นสมองส่วนซีรีบรัม (cerebrum) ร้อยละ 80 ซีรีเบลลัม (cerebellum) ร้อยละ 15 และก้านสมอง (brain stem) พบได้ร้อยละ 5

ผู้ป่วยที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับมะเร็งในสมองนั้นเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากตัวโรคมักมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีโอกาสลุกลามจนทุพพลภาพ และการรักษายังก่อให้เกิดผลข้างเคียงทั้งระยะสั้นและระยะยาว ขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของก้อนเนื้อ แต่กลับพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปยังสมองกลับมีอัตราที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ The American Society of Clinical Oncology จึงแนะนำให้มีการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในการรักษามะเร็งตั้งแต่เริ่มต้น (Early implementation) ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในแง่ของการจัดการอาการไปจนผู้เพิ่มคุณภาพของผู้ดูแล

อาการ

ผู้ป่วยที่มีมะเร็งที่สมองมักมีอาการรบกวนสูง มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย glioblastoma หรือผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมอง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 58 รายงานว่ามีความเป็นอยู่ในระดับแย่ (low well beling) ดังนั้น การตระหนักถึงอาการทางกายและจิตใจของผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปยังสมอง จะช่วยให้เราเข้าใจและสามารถรักษาอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมที่สุด อาการรบกวนที่พบบ่อย ได้แก่

1. อาการทางด้านการรู้คิด (cognitive symptoms) เช่น การบกพร่องทางความจำ สมาธิ การรับรู้ การสื่อสารและภาษา การตัดสินใจและการวางแผน พบความชุกของความบกพร่องด้านการรู้คิดในผู้ป่วยที่มีมะเร็งในสมองมากกว่าร้อยละ 90 ความผิดปกตินี้อาจเกิดมาจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นจากตัวมะเร็งเอง อาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น อาการชัก ผลข้างเคียงจากยา ผลข้างเคียงจากการรังสีรักษา ปัจจัยด้านพันธุกรรม หรือปัจจัยร่วมทางด้านจิตใจ

มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่า การรักษาโดยไม่ใช้ยา การบำบัดฟื้นฟูสมอง (cognitive rehabilitation) และการออกกำลังกาย ช่วยส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้ในผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งในระบบประสาทส่วนกลาง และนอกเหนือไปจากนี้ การรักษาโดยใช้วิธีที่ช่วยลดผลกระทบทางสติปัญญานั้นได้รับความสนใจมากขึ้น เช่น การฉายรังสีที่มีความจำเพาะ โดยพบว่าเมื่อมีการติดตามหลังจากการฉายรังสีที่ศีรษะ 6 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีแบบ stereotactic radiosurgery (SRS) ซึ่งมีความจำเพาะมากกว่าจะมีความบกพร่องด้านการรู้คิดช้ากว่าผู้ที่ได้รับการฉายรังสีแบบ whole brain radiotherapy (WBRT) อย่างมีนัยสำคัญ

2. อาการอ่อนล้า พบความชุกในผู้ป่วยที่มีมะเร็งในสมองตั้งแต่ร้อยละ 73 จนอาจสูงถึงร้อยละ 94 มักมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ความเจ็บปวด ความไม่คงที่ด้านอารมณ์ การนอนหลับไม่เพียงพอ การเบื่ออาหาร ความผิดปกติของสมดุลด้านสารเคมีและฮอร์โมน ผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น การฉายรังสีหรือการให้เคมีบำบัด หรือผลข้างเคียงจากยาอื่น ๆ เช่น สเตียรอยด์ ยากันชัก

การใช้ยารักษาความอ่อนล้ายังให้ผลไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่า การออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์นั้นให้ผลลัพธ์ที่ดี และยังช่วยลดอาการนอนไม่หลับ ช่วยเรื่องอารมณ์ ช่วยพัฒนาอาการด้านการรู้คิด และเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติทางสุขภาพจิต แม้ว่าผลการค้นพบจะไม่ถึงระดับนัยสำคัญ

3. อาการปวดศีรษะ มะเร็งในสมองชนิดปฐมภูมิและชนิดแพร่กระจาย มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดอาการปวดศีรษะอยู่ในช่วงร้อยละ 33 ถึงร้อยละ 71 อาการปวดศีรษะอาจเกิดได้จากภาวะ vasogenic edema ทำให้เกิดแรงดึงรั้งบนหลอดเลือดขนาดใหญ่และ/หรือเยื่อดูรา รวมถึงการกดทับโดยตรงต่อเส้นประสาทสมอง (cranial nerve) หรือเส้นประสาทระดับคอ (cervical nerve) การเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะจากตัวเนื้องอก ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ความปวดจากอาการปวดศีรษะแบบปฐมภูมิของเดิม เช่น ไมเกรน หรือเกิดขึ้นจากความดันต่ำที่เกิดจากมีน้ำไขสันหลังรั่วหรือการเจาะน้ำไขสันหลัง หรือผลจากการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัด

แนวทางการรักษาอาการปวดศีรษะจะขึ้นกับสาเหตุของอาการปวดศีรษะเป็นหลัก การปวดศีรษะที่เกิดจากสมองบวม สามารถบรรเทาได้โดยใช้สเตียรอยด์ ซึ่งนิยมใช้เป็น dexamethasone แต่หากอาการปวดศีรษะไม่เกี่ยวกับความดันในกะโหลกสูง ให้รักษาด้วยยากลุ่ม NSAIDs และ acetaminophen หากผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง อาจพิจารณาใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เช่น มอร์ฟีน เพื่อบรรเทาอาการ

4. อาการอื่น ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ชัก อ่อนแรง ชา และอาการอื่น ๆ ตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง

ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการดังกล่าว ควรมีการซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียด เนื่องจากอาการเหล่านี้อาจบ่งบอกถึงการมีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองบริเวณอื่น ๆ ได้

การวินิจฉัย

ซักประวัติ

1. อาการทางระบบประสาท ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชัก อ่อนแรง ชา ที่สอดคล้องเข้าได้กับพยาธิสภาพของระบบประสาท และอาการอื่น ๆ ตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง

2. อาการร่วม ในกรณีที่อาการทางระบบประสาทเป็นอาการนำ ควรตรวจหาอาการร่วมอื่น ๆ ที่อาจบ่งชี้ถึง โรคมะเร็งตั้งต้นที่แพร่มายังสมอง และอาจแสดงถึงความเป็นไปได้ที่จะมีมะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ อีกด้วย เช่น อาการไอเรื้อรัง การมีก้อนที่เต้านม อาการปวดหลังที่มากผิดปกติ ปวดมากช่วงเวลากลางคืน เป็นต้น

การตรวจร่างกาย

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

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

การตรวจทางรังสีวินิจฉัย

การตรวจทางรังสีวินิจฉัยมีความสำคัญในผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายมาที่สมอง เพราะสามารถใช้ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยเพื่อวินิจฉัย ประเมินความรุนแรง การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา ทั้งการผ่าตัดและการฉายรังสี

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

อย่างไรก็ตาม พบว่า การทำ MRI เพื่อหารอยโรคในผู้ป่วยหลายราย (screening) ไม่ได้เปลี่ยนแปลงผลของการรักษา ดังนั้น CT จึงอาจใช้เป็นการตรวจภาพทางรังสีวินิจฉัยในเบื้องต้น (initial test of choice) แทนได้ นอกจากนี้ ควรมีการตรวจทางรังสีวินิจฉัยอื่น ๆ ที่อาจบ่งถึงโรคมะเร็งตั้งต้นที่แพร่มายังสมอง (primary tumor) และตรวจหาความผิดปกติของระบบอื่น ๆ เพื่อหาการแพร่กระจายไปที่ระบบอื่นนอกจากระบบประสาท (other metastasis sites)

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ชนิดของโรคมะเร็งต้นกำเนิด (primary site) มะเร็งเต้านม มีการพยากรณ์โรคที่ดีที่สุด มะเร็งปอด มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีนัก
2. อายุ และสมรรถนะของผู้ป่วย
3. ตำแหน่ง ขนาด จำนวน และปริมาณรอยโรคที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังสมอง
4. รอยโรคที่อวัยวะอื่น ๆ ที่มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งนอกจากสมอง

การรักษา

1. การรักษาเบื้องต้น

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปยังสมอง จะมุ่งเน้นการจัดการอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษานี้อาจรวมถึงการใช้ยาสเตียรอยด์ ซึ่งสามารถลดภาวะ vasogenic edema และช่วยลดอาการข้างเคียงทางสมองได้ โดยสเตียรอยด์ที่ใช้มักเป็นตัวยา dexamethasone เนื่องจากมีค่าครึ่งชีวิตที่ยาวนาน (36-72 ชั่วโมง) และไม่มีผลต่อ mineralocorticoid activity อย่างไรก็ตาม dexamethasone มีผลข้างเคียงทำให้นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย อาจเกิดประสาทหลอน เพ้อ วิตกกังวล และยังทำให้น้ำตาลในเลือดสูงรวมถึงกล้ามเนื้ออ่อนแรง

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

การให้ยา dexamethasone

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

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

อย่างไรก็ตาม การปรับยาต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ หากผู้ป่วยมีอาการแย่ลงหลังจากลดยา สามารถปรับเพิ่มกลับไปให้ขนาดยาเท่าเดิมหรือมากขึ้นกว่าเดิมก่อนที่จะลดยาได้ และเมื่อมีอาการคงที่หรือดีขึ้น จึงทำการลดยาอีกครั้ง

2. การรักษาตามอาการ เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบาย ได้แก่

2.1 อาการปวดศีรษะ นิยมรักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ ร่วมกับยาระงับปวดปลายประสาทกลุ่มกาบาเพนตินอยด์ เช่น กาบาเพนติน (gabapentin) หรือพรีกาบาลิน (pregabalin)

2.2 อาการชัก ให้ยากันชักเมื่อมีอาการชัก ไม่ให้เพื่อป้องกันอาการชัก

2.3 อาการอื่น ๆ ให้ยารักษาตามอาการ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน

3. การรักษาเฉพาะ

หลังจากรักษาเบื้องต้นและรักษาตามอาการแล้ว แพทย์เฉพาะทางจะเป็นผู้พิจารณาการรักษาเฉพาะตามจำนวนรอยโรคในสมอง หากรอยโรคในสมองมีจำนวนจำกัด (limited brain metastasis) อาจพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการฉายรังสีเฉพาะจุด แต่ถ้ารอยโรคในสมองมีจำนวนมาก (extensive brain metastasis) อาจพิจารณาฉายรังสีทั้งสมอง หรือฉายรังสีเฉพาะจุด หรือรักษาประคับประคองตามอาการ

3.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด ใช้ในกรณีที่

- มีภาวะกดเบียดจากก้อน
- ขนาดก้อน > 3 เซนติเมตร และอยู่ในตำแหน่งที่สามารถผ่าได้
- เมื่อต้องการผลชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

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

3.3 การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งบางชนิดที่มียีนที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา (เช่น มะเร็งปอดที่มีการกลายของยีน ALK หรือ EGFR (ALK or EGFR mutations), มะเร็งผิวหนังชนิด melanoma ระยะแพร่กระจายที่มีการกลายของยีน BRAF (BRAF mutations) แพทย์อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดเพื่อรักษาภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปสมองในรายที่ยังไม่มีอาการ หรือตามแต่ดุลยพินิจของแพทย์เฉพาะทาง

การตรวจติดตาม

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

ระยะสุดท้ายของการมีชีวิต (end of life care)

ในช่วงระยะท้ายของการมีชีวิต ผู้ป่วยมักมีอาการรบกวนมากขึ้นทั้งด้านอาการทางระบบประสาทและอาการอ่อนล้า และก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล หากพิจารณาว่าอาจเกิดจาก vasogenic edema สามารถเริ่มยา dexamethasone เพื่อบรรเทาอาการได้ โดยขนาดยาที่แนะนำคือ 2-4 มิลลิกรัมต่อวัน และไม่ควรเพิ่มมากกว่านี้ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงของอาการเพ้อและอาการกระสับกระส่าย

2. ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงชนิดร้ายแรง malignant hypercalcemia

ผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 30 มีโอกาสเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ซึ่งร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน ถึงแม้ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงจะได้รับการรักษา ซึ่งแสดงถึงภาวะฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงในมะเร็งระยะลุกลาม มักเกิดร่วมกับมะเร็งชนิดมัลติเพิล มัยอีโลมา (multiple myeloma) มะเร็งเต้านม มะเร็งปอดแบบ squamous cell, non-small cell มะเร็งของหู คอ จมูก แบบ squamous cell และมะเร็งของต่อมไทรอยด์

คำจำกัดความ

ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง คือ ภาวะที่มีระดับแคลเซียมในเลือดมากกว่า 2.6 มิลลิโมลต่อลิตร (หรือ 10.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

พยาธิกำเนิดของโรค

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น การหลั่งของฮอร์โมนพาราธัยรอยด์จากก้อนมะเร็งหรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่หลั่ง 1.25 (OH) 2D (vitamin D) หรืออาจเกิดภาวะการสลายของกระดูกจากการที่มะเร็งแพร่กระจายไปกระดูก

อาการและอาการแสดง ดังตารางที่ 4.1.4

ตารางที่ 4.1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

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

ความรุนแรงของอาการอาจจะไม่ได้สอดคล้องกันกับปริมาณแคลเซียมในเลือด แต่มักจะสอดคล้องกันกับการเกิดอาการเร็วหรือช้า และผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มีอาการทุกอาการ ในช่วงแรกของการมีภาวะแคลเซียมในเลือดสูง โดยรวมผู้ป่วยจะมีภาวะขาดน้ำ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกลางคืน เบื่ออาหาร เหนื่อยล้าง่าย อ่อนแรง การตอบสนองโดยอัตโนมัติช้าลง (hyporeflexia) และมีอาการปวด เมื่ออาการดำเนินมาสู่ระยะหลัง ๆ จะมีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า ไม่แสดงอารมณ์ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก มีภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน สายตาพร่ามัว มีอาการโคม่า และอาจเสียชีวิตจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรงได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับประทานยา digitalis

การตรวจวินิจฉัย

ร้อยละ 40 ของแคลเซียมจะจับอยู่กับโปรตีนซึ่งส่วนมากเป็นอัลบูมิน ร้อยละ 15 จับกับ citrate, sulfate และ phosphate ที่เหลือจะอยู่ในรูปแคลเซียมอิสระ ทำให้มีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อค่าของแคลเซียมในเลือดที่ตรวจได้จากห้องปฏิบัติการ ปัจจัยที่สำคัญคือ อัลบูมินในเลือด ซึ่งการลดลงของอัลบูมินในเลือดทุก 1 กรัมต่อเดซิลิตร (g/dL) จะทำให้ค่า total calcium เพิ่มขึ้น 0.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL)

ดังนั้นการตรวจเลือดเพื่อดูระดับแคลเซียมในเลือด จำเป็นต้องดูค่าอัลบูมินเพื่อใช้ในการคำนวณค่าแคลเซียมในเลือด โดยค่าของอัลบูมินต้องมีหน่วยเป็นกรัมต่อเดซิลิตร (g/dL) สามารถคำนวณค่าแคลเซียมในเลือด หน่วยเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) ได้ตามสูตร

{(4-Serum albumin) x 0.8} + serum calcium = corrected serum calcium

นอกจากนี้ ควรตรวจค่าครีเอตินิน (creatinine) อัตราการกรองของเสียผ่านไตโดยประมาณ (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ค่าการทำงานของตับ (liver function test) ค่าอิเล็กโตรไลต์อื่น ๆ (Electrolytes) เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษา

การรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

แนะนำให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (ถ้าสามารถทำได้) เพื่อการรักษาตามสาเหตุของภาวะแคลเซียมในเลือดสูง อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยกลุ่มประคับประคอง สาเหตุของโรคอาจเกิดจากการที่โรคลุกลามมากขึ้น ทำให้เราไม่สามารถแก้ไขสาเหตุโดยตรงได้ แต่ไม่ว่าสาเหตุโดยตรงจะสามารถจัดการได้หรือไม่ ผู้ป่วยทุกคนจะยังได้ประโยชน์จากการดูแลของทีมแพทย์และพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคและอาการ การให้สารน้ำ และการรักษาด้วยยา

การรักษา

<u>1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา</u>

การให้สารน้ำ สามารถเพิ่มการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะ และมักเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีแคลเซียมสูงไม่มากที่ไม่มีอาการแสดงของภาวะแคลเซียมสูง โดยสามารถลดระดับแคลเซียมได้ประมาณ 0.25 มิลลิโมลต่อลิตร

ผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงทุกคนมักมีภาวะขาดน้ำร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปัสสาวะบ่อยและคลื่นไส้อาเจียน ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณ 2-3 ลิตรต่อวัน หรือให้สารละลายเกลือนอร์มัล (normal saline) 100-120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดด้านการให้สารน้ำ (หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดการให้สารน้ำ เช่น มีโรคหัวใจ อาจให้ปริมาณที่น้อยลง) และควรมีการตรวจติดตามระดับของแคลเซียมที่ 24 ชั่วโมง

ในทางทฤษฎี ยาขับปัสสาวะกลุ่ม loop diuretic สามารถลดการดูดซึมกลับของแคลเซียมได้ อย่างไรก็ตาม หากจะมีการให้ยาขับปัสสาวะต้องแน่ใจว่าได้แก้ไขภาวะการขาดน้ำแล้ว ห้ามให้ยาขับปัสสาวะหากผู้ป่วยยังมีภาวะขาดน้ำอยู่

การที่ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวนั้นก่อให้เกิดการสลายตัวของทั้งเนื้อเยื่อและกระดูก ดังนั้นควรกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายถ้ายังสามารถทำได้

หยุดยาที่อาจเพิ่มปริมาณของแคลเซียมในเลือด เช่น ลิเทียม วิตามินดี ยาระบาย หรือยาลดกรดที่มีส่วนประกอบของแคลเซียม อาหารเสริมที่มีส่วนประกอบของแคลเซียม หรือหยุดการเสริมแคลเซียมในสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือด และเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมต่ำ

<u>2. การรักษาด้วยยา</u>

1) calcitonin ขนาดที่ใช้ calcitonin 4-8 หน่วยสากลต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดทางชั้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง โดย calcitonin จะออกฤทธิ์ที่ 4 ชั่วโมง เหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องการการลดปริมาณของแคลเซียมในเลือดลงอย่างรวดเร็ว แต่ฤทธิ์จะสั้น จึงแนะนำให้ใช้ร่วมกับ bisphosphonate

อาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น อาการหน้าแดง คลื่นไส้ ปวดท้อง และอาการเกิดการแพ้ได้ เนื่องจากมีส่วนผสมจากสารที่ได้จากแซลมอน

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

มักพบว่าผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองมักทนต่อ bisphosphonate รูปแบบกิน เช่น clodronate หรือ Alendronate ไม่ค่อยได้ แต่รูปแบบที่ใช้ฉีดเข้าหลอดเลือด เช่น pamidronate หรือ zoledronic acid มักประสบความสำเร็จในการใช้มากกว่าทั้งในเรื่องการทนต่อผลข้างเคียง และลดระดับแคลเซียมได้ดีกว่า โดยขนาดของยา ดังตารางที่ 4.1.5

ก่อนใช้ยากลุ่ม bisphosphonate ต้องแน่ใจว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำ และผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้อย่างปกติ หากผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำ หรือปัสสาวะได้น้อย ต้องแก้ไขก่อนเสมอ และห้ามใช้ bisphosphonate ถ้าค่า Creatinine สูงกว่า 4.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ควรมีการติดตามเกลือ ค่าแคลเซียมในเลือด และค่าการทำงานของไต (BUN และ creatinine) วันที่สามหลังจากได้ยา bisphosphonate เนื่องจากผลข้างเคียงที่สำคัญอย่างหนึ่งคือภาวะไตวาย

ตารางที่ 4.1.5 ขนาดยา Pamidronate, Clodronate และ Zoledronic acid

ยา/ขนาดยา	วิธีการใช้
Pamidronate 30-90 มิลลิกรัม	ให้ทางหลอดเลือดดำสำหรับภาวะที่แคลเซียมในเลือดสูงมากกว่า 3.5 มิลลิโมลต่อลิตร โดยใช้ 90 มิลลิกรัม ผสมน้ำเกลือนอร์มัล 250-500 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 60-90 นาที ควรให้รับประทานพาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม ก่อน เพื่อป้องกันการเกิดไข้จากการให้ยา pamidronate โดยยา pamidronate จะมีฤทธิ์ 3-4 สัปดาห์
Clodronate 1500 มิลลิกรัม	ผสมน้ำเกลือนอร์มัล 250-500 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 4 ชั่วโมง หรือผสม 500 มิลลิกรัม ในน้ำเกลือนอร์มัล 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	ผสมน้ำเกลือนอร์มัล 100 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 15 นาที ซึ่งพบว่ามีการออกฤทธิ์ที่เร็วกว่าและมีฤทธิ์กว่า pamidronate โดยจะออกฤทธิ์นาน 4-6 สัปดาห์ และช่วยลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกระดูกที่เกิดจากมะเร็งชนิดต่าง ๆ รวมถึงมะเร็งชนิดมัลติเพิล มัยอีโลมา (Multiple myeloma)

ภายหลังให้การรักษา ควรตรวจติดตามระดับของแคลเซียมในเลือดและการทำงานของไตที่ 7 วัน ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการ สามารถให้ยา bisphosphonate ซ้ำได้ตามความเหมาะสม และสามารถให้ยา bisphosphonate ซ้ำได้ทุก 3-4 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการของภาวะแคลเซียมในเลือดสูงกลับมาอีกครั้ง

ก่อนให้ยาทุกครั้ง ต้องเช็คระดับแคลเซียมในเลือดและการทำงานของไตก่อน หากให้การรักษาแล้วระดับแคลเซียมในเลือดยังไม่ลดลง แนะนำให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3) สเตียรอยด์ สามารถใช้ได้กรณีที่มะเร็งชนิดนั้น ๆ ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) หรือมะเร็งเม็ดเลือดชนิดมัลติเพิลมัยอีโลมา (multiple myeloma) มักแนะนำให้ใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์กรณีที่ไม่มียากลุ่ม bisphosphonate หรือในกรณีที่มีข้อบ่งชี้อื่น ๆ ในการให้ยาสเตียรอยด์ร่วมด้วย เช่น มีความปวด หรือมีอาการคลื่นไส้

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

3. การรักษาด้วยการล้างไต สามารถลดระดับของแคลเซียมได้รวดเร็ว แต่ควรสงวนไว้ใช้ในกรณีที่การรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล เช่น ในผู้ป่วยมีภาวะไตวายหรือหัวใจวาย ทำให้ไม่สามารถให้ยา หรือให้สารน้ำทางเส้นเลือดได้

3. ภาวะมะเร็งกดไขสันหลัง (spinal cord compression)

ภาวะมะเร็งการกดเบียดไขสันหลังพบในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 หรือโรคมะเร็งแพร่กระจาย พบอุบัติการณ์ของภาวะมะเร็งกดไขสันหลัง 2.2 รายในประชากรแสนคนต่อปี และในกลุ่มของคนไข้มะเร็งจะพบได้ร้อยละ 2-14

ภาวะมะเร็งการกดเบียดไขสันหลังถือว่าเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องการการดูแล เพื่อป้องกันความพิการจากอาการขาอ่อนแรง ไม่สามารถเดินและควบคุมการขับถ่ายได้ และการรักษาเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตระยะท้าย

สาเหตุ

เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งมาที่เยื่อหุ้มไขสันหลังส่วนนอก (extradural metastasis) หากมีการกระจายมาที่กระดูกสันหลังระดับคอ อก และหลังบริเวณ vertebral body หรือ pedicle จะทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือการกดเบียดของไขสันหลัง โดยตำแหน่งที่พบบ่อยสุด คือ กระดูกสันหลังส่วนอก (thoracic spine) พบได้ร้อยละ 70 รองลงมาคือกระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbosacral spine) พบได้ร้อยละ 20 มะเร็งต้นเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งไต multiple myeloma และ lymphoma

อาการและอาการแสดง

ตรวจพบอาการปวดหลังและจุดกดเจ็บเฉพาะที่ อาการดังกล่าวเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นอาการเริ่มแรกสุดของการกดเบียดไขสันหลัง สามารถพบอาการดังกล่าวได้นานหลายเดือนก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยการกดเบียดไขสันหลังหรือตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท ส่วนมากอาการปวดเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณกระดูกสันหลัง หรือจากการดึงรั้งของเส้นประสาทไขสันหลังที่เกิดจากการกดเบียดไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดหลังควรได้รับการประเมินการกดเบียดของไขสันหลังเสมอ การวินิจฉัยภาวะดังกล่าวได้ก่อนการเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ

การวินิจฉัย

1) การซักประวัติ เนื่องจากภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปกระดูกสันหลังมักมีอาการที่ไม่ชี้เฉพาะ จึงแนะนำให้คิดถึงภาวะนี้เสมอในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบกับอาการปวดที่บ่งชี้ถึงภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปกระดูกสันหลัง เช่น มีจุดกดเจ็บที่หลัง อาการปวดหลังอย่างรุนแรงและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อาจมีปวดร้าวไปขาหรือไม่มีก็ได้ ปวดหลังมากเวลากลางคืนและรบกวนการนอนที่ อาการปวดที่แย่ลงเมื่อมีการขยับตัวหรือเปลี่ยนท่าทาง อาการปวดที่ถูกกระตุ้นโดยการเพิ่มแรงดันในช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก ได้แก่ ไอ จาม หรือเบ่ง ซึ่งอาการดังกล่าวแตกต่างจากภาวะความเสื่อมของกระดูกสันหลังที่มักจะอาการดีขึ้นเมื่อได้พัก

นอกจากนี้ ควรซักประวัติเรื่องอาการที่บ่งชี้การเกิดการกดทับของไขสันหลัง เช่น ปัสสาวะลำบาก หรือ ท้องผูก หรืออาการชารอบ ๆ รูทวาร ความผิดปกติขิงการเดิน อาการแขน-ขาอ่อนแรง เดินลำบาก ถือเป็นกรณีฉุกเฉินทางรังสีรักษา (emergency radiation therapy) ซึ่งควรได้รับการฉายรังสีภายใน 24-48 ชั่วโมง นับจากเริ่มมีอาการ หากปล่อยไว้นานส่วนมากพบว่าไม่สามารถฟื้นคืนกลับมาได้หลังได้รับการรักษา

2) การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายประเมินระบบประสาทในแง่ระบบสั่งการกล้ามเนื้อ ความรู้สึกและระบบประสาทอัตโนมัติให้ครบถ้วน เพราะจะช่วยระบุตำแหน่งที่มีรอยโรคได้ เพื่อส่งตรวจทางรังสีในบริเวณนั้น ๆ ได้ตรงจุด ลดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัย และช่วยลดปริมาณการได้รับรังสีของผู้ป่วยในส่วนที่ไม่จำเป็น

3) การตรวจภาพทางรังสีวินิจฉัย ในผู้ป่วยที่มีการกดเบียดไขสันหลัง ความผิดปกติที่พบ ได้แก่ bone erosion หรือการหายไปของกระดูก pedicle หรือพบการยุบตัวของกระดูกสันหลัง (vertebral collapse) หรือพบก้อนเนื้อบริเวณข้างกระดูกสันหลัง (paraspinal soft tissue mass)

หากภาพทางรังสีวินิจฉัย (x-ray) ไม่สามารถวินิจฉัยได้ภาวะดังกล่าวได้ ควรพิจารณาส่งตรวจทางรังสีด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging, MRI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการประเมินการกดเบียดไขสันหลัง เพื่อระบุบริเวณที่ถูกกดเบียดได้อย่างชัดเจน และช่วยวางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษา

ในอดีตผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปไขสันหลังมักมีระยะเวลาของการมีชีวิตที่สั้น ทำให้มักได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) แต่เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคที่สูงขึ้น อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าในการตรวจวินิจฉัย ประกอบกับความก้าวหน้าในการรักษามะเร็งทำให้ระยะเวลาการมีชีวิตยาวนานขึ้น การรักษาจึงจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและพยากรณ์โรคของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บรรเทาอาการเจ็บปวด คงสภาพหรือฟื้นการทำงานของไขสันหลัง

ถึงแม้ยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาจึงต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน แนะนำให้ใช้แบบประเมินความมั่นคงของกระดูกสันหลัง (spinal stability scoring system) เช่น Spinal Instability Neoplastic Score (SINS) เพื่อใช้พิจารณาถึงความจำเป็นของการรักษาด้วยการผ่าตัด จากนั้นใช้แบบประเมินการพยากรณ์โรค (prognostic scoring system) เพื่อพิจารณาสมดุลระหว่างความเสี่ยงจากการผ่าตัดและระยะเวลาที่คาดว่าจะมีชีวิต (life expectancy) เช่น Tokuhashi score, Tomita score, Bauer Scoring System และ Van der Linden scoring system

เพื่อประเมินพยากรณ์โรค โดยใช้ข้อมูลชนิดของเนื้องอก การแพร่กระจายไปยังไขสันหลัง และอาการโดยทั่วไปของตัวผู้ป่วย เพื่อช่วยพิจารณาเลือกการรักษา ซึ่งปัจจุบันมีการรักษาหลากหลายมากขึ้น เช่น การผ่าตัดแบบรุกล้ำน้อย (minimally invasive) หรือเลือกใช้วิธีการรักษาที่ไม่ต้องผ่าตัดได้หลากหลาย

สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ประสงค์จะรับการดูแลแบบประคับประคอง เคยแสดงความประสงค์ไม่รับการผ่าตัดและการฉายรังสี ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับคำแนะนำ แนวทางการรักษา ผลการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา และพิจารณาทำ Advance care plan ผ่านกระบวนการ family meeting อีกครั้ง

1) การรักษาเบื้องต้น

เมื่อแพทย์วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะการกดเบียดไขสันหลัง แพทย์ควรให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการอักเสบของไขสันหลังด้วยยาทันที โดยยา dexamethasone เป็นสเตียรอยด์ที่ใช้ในการรักษาภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปไขสันหลัง ซึ่งวัตถุประสงค์ของการใช้สเตียรอยด์ เพื่อลดการบวมของเนื้อเยื่อและการอักเสบที่จะเกิดขึ้นบริเวณที่เกิดการกดทับไขสันหลัง แต่การให้ยา dexamethasone ไม่สามารถลดขนาดของก้อนมะเร็งได้ จากแนวทางการรักษาโดย National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Spinal metastases and metastatic spinal cord compression ในปี พ.ศ. 2566 (ค.ศ. 2023) แนะนำให้ใช้การรักษาด้วยสเตียรอยด์ ดังนี้

• ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางระบบประสาทจากภาวะกดทับไขสันหลังจากการแพร่กระจายของมะเร็ง

- ให้ dexamethasone 16 มิลลิกรัม โดยการรับประทาน หรือขนาดเท่ากันหากให้ทางหลอดเลือดดำ โดยเร็วที่สุด

- หลังจากนั้น ให้ dexamethasone 16 มิลลิกรัม ชนิดรับประทาน หรือขนาดเท่ากันหากให้ทางหลอดเลือดดำ) ต่อเนื่องทุกวัน ระหว่างรอการผ่าตัดหรือรังสีรักษา

- หลังการผ่าตัด หรือเมื่อเริ่มรังสีรักษา ควรลดขนาดยาลงทีละน้อยจนหยุดยา

- หากผู้ป่วยได้รับ dexamethasone ก่อนการตรวจทางรังสีวินิจฉัย และต่อมาพบว่าไม่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปกระดูกสันหลังหรือการกดทับไขสันหลัง ควรหยุดยา dexamethasone

• ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงทางระบบประสาท ภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปกระดูกสันหลังหรือการกดทับไขสันหลัง: ควรพิจารณาให้สเตียรอยด์เป็นการรักษาเบื้องต้นในกรณีที่มีอาการปวดรุนแรง หรือเป็นมะเร็งเม็ดเลือด (hematological malignancy)

• ผู้ป่วยที่ไม่มีทางเลือกการรักษาอื่นที่ได้ผลชัดเจน ค่อย ๆ ลดยา dexamethasone จนหยุด หากมีอาการกลับเป็นซ้ำหรือแย่ลงขณะลดขนาดยา ค่อยพิจารณาให้ยาต่อ

• ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดร่วมกับภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปกระดูกสันหลัง ทั้งที่มีหรือไม่มีอาการทางระบบประสาท ควรให้ dexamethasone 16 มิลลิกรัม ชนิดรับประทาน (หรือขนาดเท่ากันหากให้ทางหลอดเลือดดำ) โดยเร็วที่สุด หลังจากให้ยาแล้วควรปรึกษากับทีมสหวิชาชีพทางโลหิตวิทยา หากต้องให้การรักษาด้วยสเตียรอยด์เพิ่มเติม กรณีมีข้อสงสัยว่าเป็น lymphoma หรือ multiple myeloma ที่แพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง แต่ยังไม่มีอาการทางระบบประสาท ควรขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยาก่อนเริ่มการรักษาด้วยสเตียรอยด์

ไม่ควรให้สเตียรอยด์เป็นการรักษาเบื้องต้น สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปกระดูกสันหลังหรือการกดทับไขสันหลังที่ไม่มีอาการทางระบบประสาท เว้นแต่เป็นส่วนหนึ่งของสูตรการรักษาด้วยรังสีรักษา

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับสเตียรอยด์ ควรเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด และควรให้ยากลุ่ม proton pump inhibitor (PPI) เพื่อป้องกันการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร

ไม่แนะนำให้ใช้สเตียรอยด์ในขนาดสูง เนื่องจากการวิจัยในสัตว์ทดลองพบว่า ถึงแม้จะช่วยให้สัตว์ทดลองกลับมาเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการใช้สเตียรอยด์ขนาดต่ำ แต่มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญจากการติดเชื้อที่รุนแรง และทางเดินอาหารเลือดออกและทะลุ

2) การรักษาบรรเทาอาการ เพื่อลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น

2.1) อาการปวด นิยมรักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ ร่วมกับยากลุ่มระงับปวดปลายประสาท เช่น ยากลุ่ม gabapentinoids หรือยาต้านเศร้า เช่น amitriptyline

2.2) การเสียการควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะ อาจพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ

2.3) การเสียการควบคุมระบบขับถ่ายอุจจาระ หรือปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาทำทวารเทียม

นอกจากปัญหาด้านร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักสูญเสียความเป็นตัวเอง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถขยับตัว และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการขยับตัว รับประทานอาหาร นั่ง เดิน หรือขับถ่าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า เพราะอาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจจากนักจิตบำบัด หรือจิตแพทย์ร่วมด้วย

3) การรักษาเฉพาะที่

3.1) การรักษาด้วยการฉายรังสี

รังสีรักษาหรือการฉายรังสี (radiotherapy) เป็นการรักษาแบบประคับประคองที่ใช้บ่อยที่สุดสำหรับภาวะมะเร็งแพร่กระจายไปกระดูกสันหลัง มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อบรรเทาอาการปวด ช่วยควบคุมการเติบโตของเนื้องอก เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ เช่น pathologic fracture และการกดทับไขสันหลัง โดยมะเร็งที่แพร่กระจายไปกระดูกสันหลังแบบ osteolytic จะตอบสนองได้ดีกับการฉายแสง เมื่อติดตามภาพถ่ายทางรังสีจะพบว่ากระดูกกลับมามีลักษณะปกติหรือมีความทึบมากขึ้น (sclerotic) บนภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ซึ่งเกิดจากกระบวนการสร้างกระดูกใหม่ (re-ossification) ดังนั้น การตรวจติดตามด้วย CT scan จึงสามารถนำมาใช้เพื่อประเมินผลการรักษาหลังการฉายแสงได้

ในแง่ของการควบคุมอาการปวด มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าการรักษาว่า การฉายรังสีสามารถลดความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 93 ของผู้ป่วย และเนื่องจากความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสัมพันธ์กับระดับความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง งานวิจัยพบว่า การฉายรังสีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีกระดูกสันหลังไม่มั่นคงระดับน้อย (lower instability) จะสามารถบรรเทาความปวดได้ดีกว่าผู้ที่มีความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังมาก ข้อสังเกตนี้สนับสนุนสมมติฐานว่า อาการปวดที่เกิดจากความไม่มั่นคงเชิงกลของกระดูกสันหลัง (mechanical spinal instability) จะตอบสนองต่อการฉายรังสีได้น้อยกว่าอาการปวดที่เกิดตัวเนื้องอกเอง (local tumor activity)

การฉายรังสีสำหรับรักษาภาวะมะเร็งแพร่กระจายกดทับไขสันหลัง แนะนำให้ฉายรังสีอย่างเร่งด่วนแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งแพร่กระจายกดทับไขสันหลังที่ไม่เหมาะสมกับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง เว้นแต่ว่าผู้ป่วยเป็นอัมพาตที่รยางค์ทั้งสี่ (tetraplegia) หรือขาทั้งสองข้าง (paraplegia) นานมากกว่า 2 สัปดาห์ และสามารถควบคุมความปวดได้แล้ว หรือผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (poor prognosis) โดยสามารถเลือกใช้การฉายรังสีแบบครั้งเดียว (8 Gy single fraction radiotherapy) หรือสามารถเลือกฉายรังสีแบบหลายครั้งหากผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเกิดผลข้างเคียงจากการฉายรังสี เช่น มีบริเวณที่ต้องฉายรังสีเป็นบริเวณกว้าง หรือเคยฉายรังสีมาแล้ว อย่างไรก็ตาม การหายขาดจากอาการปวด พบได้เพียงร้อยละ 10-20 โดยผู้ป่วยร้อยละ 20 อาจต้องได้รับการฉายรังสีซ้ำภายใน 3–6 เดือน เนื่องจากประสิทธิภาพของการฉายรังสีครั้งแรกหมดลง หรือมีการลุกลามของโรค

การฉายรังสีอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง ขึ้นอยู่กับ ตำแหน่งของกระดูกสันหลังที่ได้รับการฉายรังสี ขอบเขตของรังสีที่ครอบคลุม ปริมาณรังสีที่ให้ และเทคนิคการฉายรังสีที่ใช้ เช่น

- การฉายรังสีที่กระดูกสันหลังส่วนคอ อาจทำให้เกิดคออักเสบ (pharyngitis) เจ็บคอ
- การฉายรังสีที่กระดูกสันหลังส่วนอก อาจทำให้เกิดหลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) กลืนลำบาก pulmonary fibrosis ในบางรายอาจลุกลามจะเกิด pneumonitis
- การฉายรังสีที่กระดูกสันหลังส่วนเอว การฉายรังสีอาจส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียน ท้องเสีย ปวดบิดท้อง
- การฉายรังสีต่อกระดูกสันหลังในขอบเขตกว้าง อาจทำให้เกิดเม็ดเลือดต่ำ ได้แก่ โลหิตจาง (anemia), เม็ดเลือดขาวต่ำ (leukopenia) หรือเกิด pancytopenia ได้

ปัจจุบันมีเทคนิคในการฉายรังสีแบบใหม่ที่มีความแม่นยำสูงมากขึ้น ได้แก่ IMRT (Intensity-Modulated Radiotherapy), VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy), SBRT (Stereotactic Body Radiotherapy) ที่สามารถนำมาใช้เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการส่งรังสีให้กับเนื้องอก พร้อมกับลดผลกระทบต่ออวัยวะปกติข้างเคียง ซึ่งหากต้องรักษาด้วยการฉายรังสี แนะนำให้มีการอธิบายข้อดี ข้อเสีย และผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความเข้าในก่อนเริ่มแผนการรักษา

3.2 การรักษาด้วยการผ่าตัด

ในกรณีที่มีการแตกหักหรือยุบตัวของกระดูกสันหลังเนื่องจากการแพร่กระจายของมะเร็ง การรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถช่วยเพื่อลดการกดเบียดไขสันหลังได้ จึงแนะนำในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งที่ไม่ตอบสนองต่อการฉายรังสี (radioresistant tumors) เช่น มะเร็งชนิด melanoma หรือ clear-cell carcinoma การรักษาด้วยการผ่าตัดอาจแบ่งออก 2 ชนิดคือ การผ่าตัดแบบเปิดกระดูกสันหลัง (open spinal surgery) หรือการผ่าตัดแบบแทงเข็มผ่านผิวหนัง (percutaneous spinal surgery)

การผ่าตัดแบบเปิดกระดูกสันหลัง (open spinal surgery) มีบทบาทสำคัญและมีประสิทธิภาพในการจัดการเนื้องอกในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ แต่มีข้อเสียทำให้การฉายรังสีทำได้ล่าช้าซึ่งอาจส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย แนะนำให้ผ่าตัดเพื่อลดการกดทับของกระดูกสันหลัง (decompression of the spinal cord) หรือเพื่อเสริมความมั่นคงของกระดูกสันหลัง (stabilization of the spine) ในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายไปกระดูกสันหลังที่มีการกดทับไขสันหลัง

การผ่าตัดแบบแทงเข็มผ่านผิวหนัง (percutaneous spinal surgery) มักมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดกระดูกสันหลัง การผ่าตัดด้วยการแบบแทงเข็มผ่านผิวหนังจะรบกวนกล้ามเนื้อ parvertebral น้อยกว่า ส่งผลให้อาการปวดหลังผ่าตัดน้อย นอนโรงพยาบาลน้อยลง เพิ่มความสามารถในการเดิน เพิ่มคุณภาพชีวิตได้ดีกว่า และไม่รบกวนการฉายรังสี จากข้อดีทั้งหมดนี้ จึงแนะนำให้ผ่าตัดเพื่อเสริมความแข็งแรงของกระดูกสันหลัง (vertebral augmentation) โดยการทำ vertebroplasty และ kyphoplasty ในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายไปกระดูกสันหลังที่ไม่มีการกดทับไขสันหลัง ที่สงสัยหรือมีภาวะกระดูกสันหลังไม่มั่นคง (spinal instability) หรือมีความปวดที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาแก้ปวด และนอกจากช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลังแล้ว bone cement ที่ฉีดเข้าไปจะผลิตความร้อนและทำให้เกิดการขาดเลือดของก้อนเนื้องอก (tumor necrosis)

3.3 การให้การรักษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ

ควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพ มุ่งเน้นไปที่การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อาจพิจารณาการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงร่างกาย (orthosis) เพื่อช่วยลดความปวดในผู้ป่วยที่ภาวะกระดูกสันหลังไม่มั่นคงที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

ควรมีการดูแลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากภาวะมะเร็งแพรกระจายไปกระดูกสันหลัง ทั้งในระหว่างการนอนโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism, VTE) แผลกดทับ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การกลั้นอุจจาระไม่อยู่

4. ภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวา (superior vena cava syndrome, SVCS)

หลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวา (superior vena cava) เป็นหลอดเลือดดำใหญ่ที่รับเลือดดำมาจากศีรษะ คอ รยางค์ส่วนบน และช่องอกส่วนบน และมีอวัยวะสำคัญอยู่ล้อมรอบ เช่น หลอดลม หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา (aorta) หลอดเลือดแดงปอด (pulmonary artery) ต่อมน้ำเหลืองรอบ ๆ หลอดลม (paratracheal lymph node) และกระดูกหน้าอก

ภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวา เกิดจากการอุดตันบางส่วนหรือทั้งหมดของหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาที่เปิดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา อาจเกิดจากการกดเบียดภายนอกจากก้อนเนื้อหรือต่อมน้ำเหลือง หรือก้อนมะเร็งลุกลามมายังหลอดเลือดเอง ทำให้การไหลกลับของหลอดเลือดดำจากศีรษะ คอ แขนทั้งสองข้าง และจากหน้าอกลดลง ทำให้ cardiac output ลดลงอย่างรวดเร็ว กรณีเกิดการอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาอย่างเฉียบพลัน ภาวะดังกล่าวจัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน

สาเหตุ

มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวา มีสาเหตุจากโรคมะเร็ง โดยชนิดของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด คือมะเร็งปอดชนิด non-small cell, (NSCLC) ร้อยละ 50 มะเร็งปอดชนิด small cell, (SCLC) ร้อยละ 22 และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) ร้อยละ 12 โดยส่วนใหญ่เป็น diffuse large B-cell lymphoma และ lymphoblastic lymphoma และยังอาจพบในมะเร็งชนิดอื่น ๆ ได้ เช่น มะเร็งของต่อมไทมัส germ cell neoplasm และยังอาจเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง โดยร้อยละ 10 เกิดจากมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (metastatic breast cancer) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาจากการแพร่กระจายของมะเร็งมักมีพยากรณ์โรคที่เลวร้ายกว่า

สาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากโรคมะเร็งพบได้ประมาณร้อยละ 40 ได้แก่ retrosternal goiter วัณโรค การเกิดพังพืดบริเวณช่องอกตามหลังการได้รับรังสีรักษา หรือการเกิดลิ่มเลือดอุดตันจากการใส่สายสวนหลอดเลือดเพื่อให้ยาเคมีบำบัดหรือสารอาหาร การใส่อุปกรณ์ pacemaker รวมถึงหัตถการทางหัวใจ (cardiac intervention) และการจี้หัวใจด้วยคลื่นวิทยุ (radiofrequency ablation) ซึ่งพบว่าความชุกของภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาที่ไม่ได้มีสาเหตุจากมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการใส่สายสวนและการใส่อุปกรณ์ pacemaker ที่เพิ่มมากขึ้น

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่พบได้หลายแบบ สามารถแบ่งเป็นกลุ่มอาการ 3 กลุ่ม ได้แก่ อาการทางระบบ hemodynamic อาการทางระบบทางเดินหายใจ และอาการทางระบบประสาท

1. อาการและอาการแสดงทางระบบ hemodynamic ได้แก่ อาการบวมบริเวณใบหน้าและคอโดยเฉพาะบริเวณรอบดวงตา แขนบวม พบการโป่งขยายของหลอดเลือดบริเวณคอ (distended neck vein) และหน้าอก (distended chest vein) ใบหน้าบวมและบวมแดง (plethora) ตาโปน (proptosis) และมีภาวะเขียว (central and peripheral cyanosis)

2. อาการและอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ เหนื่อย หายใจลำบาก ไอ เสียงแหบ ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่น ๆ ตึง ๆ บริเวณศีรษะ เสียงแหบ แน่นจมูก เลือดกำเดาไหล ไอเป็นเลือด เสียงหายใจ

ครืดคราด (stridor) มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ เสียงปอดลดลง (decrease breath sound) กล่องเสียงบวม (laryngeal edema) โดยหากมีอาการเสียงหายใจครืดคราด มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจและกล่องเสียงบวม จะถือเป็นภาวะฉุกเฉิน

3. อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นลม สับสน การมองเห็นหรือการได้ยินผิดปกติ หมดสติ อาจมีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง หากอาการสมองบวมรุนแรงอาจส่งผลให้ก้านสมองถูกกดทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉิน

อาการของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่จะแย่ลง เมื่อผู้ป่วยนั่งก้มตัวไปข้างหน้าหรือนอนหงาย (stoop or lie down)

Yu และคณะมีการเสนอระบบการแบ่งระดับความรุนแรง (grading system) สำหรับภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวา เพื่อกำหนดความเร่งด่วนของการรักษา ระบบการแบ่งระดับนี้ประเมินจากระดับความรุนแรงของอาการบวม และการไหลเวียนโลหิต โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับ 0 – Asymptomatic

- อาการ: ไม่มีอาการ
- ลักษณะทางภาพรังสี: พบภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาจากการตรวจรังสีวินิจฉัย โดยไม่มีอาการทางคลินิก

ระดับ 1 – Mild

- อาการ: บวมบริเวณศีรษะหรือคอเขียว (cyanosis) ใบหน้าบวมแดง (plethora)
- หมายเหตุ: อาจเป็นเพียงภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาที่พบโดยบังเอิญโดยผู้ป่วยยังไม่มีอาการ

ระดับ 2 – Moderate

• อาการ: บวมบริเวณศีรษะหรือคอร่วมกับการทำงานผิดปกติ เช่น กลืนลำบากเล็กน้อย ไอ การเคลื่อนไหวศีรษะ ขากรรไกร หรือเปลือกตาบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง การมองเห็นผิดปกติจาก ocular edema

ระดับ 3 – Severe

• อาการ: อาการรุนแรง เช่น สมองบวมเล็กน้อยถึงปานกลาง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ กล่องเสียงบวมเล็กน้อยถึงปานกลาง สมรรถภาพหัวใจลดลง (เช่น เป็นลมหมดสติเมื่อก้มตัว)

ระดับ 4 – Life-threatening

• อาการ: อันตรายถึงชีวิต เช่น สมองบวมรุนแรง สับสน ซึม กล่องเสียงบวมรุนแรง (มีเสียง stridor) หรือการไหลเวียนโลหิตผิดปกติรุนแรง (เป็นลมโดยไม่มีปัจจัยกระตุ้น ความดันโลหิตต่ำ ไตวาย)

ระดับ 5 - เสียชีวิต

การวินิจฉัย

การให้การวินิจฉัยเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะนำไปสู่การรักษา โดยสามารถให้การวินิจฉัยโดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย อย่างไรก็ตาม การยืนยันการวินิจฉัยจำเป็นต้องมีภาพถ่ายทางรังสี ไม่ว่าจะเป็นภาพเอกซเรย์ปอด (chest X-ray) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ฉีดสารทึบรังสี (Contrast-enhanced computed tomography, CECT) หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging, MRI) เพื่อแยกระหว่างสาเหตุจากก้อนเนื้องอกในช่องอกกดเบียดหลอดเลือดหรือมีลิ่มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือด โดยการที่พบ collateral vessels ในภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่มีการฉีดสารทึบรังสีมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวา ที่ความไวร้อยละ 92 และความจำเพาะร้อยละ 96 ส่วนภาพถ่ายเอกซเรย์ปอดจะแสดงภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาโดยอ้อม คือจะตรวจพบการกว้างขึ้นของช่องอก (mediastinal widening) มีของเหลวในช่องปอด (pleural effusion) ก้อนที่ปอด (lung mass) และต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโต (right hilar lymphadenopathy) ในผู้ป่วยที่มีโรคไต หรือมีข้อห้ามสำหรับการฉีดสารทึบรังสี จะแนะนำให้ใช้การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าแทน

ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งมาก่อนและเพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวา ควรตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของโรคมะเร็ง โดยแนะนำให้ทำหัตถการวินิจฉัยที่มีการรุกล้ำน้อย (modern minimally invasive diagnostic procedures) เช่น การเก็บตัวอย่างเซลล์ (cytologic sampling) การส่องกล้อง bronchoscopy และใช้เข็มดูดตัวอย่างชิ้นเนื้อ (endobronchial fine-needle aspiration) การส่องกล้อง mediastinoscopy เพื่อตัดชิ้นเนื้อ หรือการเจาะชิ้นเนื้อผ่านผนังทรวงอกโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์นำทาง (percutaneous transthoracic CT-guided needle biopsy)

Endobronchial fine-needle aspirations เป็นวิธีที่มีความแม่นยำสูง และมักได้จำนวนเซลล์มะเร็งที่เพียงพอสำหรับการตรวจทางเซลล์วิทยาในผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ ส่วนการเจาะชิ้นเนื้อผ่านผนังบริเวณทรวงอกโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์นำทาง (percutaneous transthoracic CT-guided needle biopsy) ก็ถือเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำหัตถการดังกล่าวได้ อาจต้องทำหัตถการที่มีความรุกล้ำมากขึ้น เช่น การส่องกล้อง mediastinoscopy หรือการผ่าตัดเปิดช่องอกแล้วตัดชิ้นเนื้อ นอกจากนี้ การทำ 18F-fluorodeoxyglucose (FDG)-positron emission tomography (PET) scan อาจช่วยในการหาระยะของโรคและวางแผนในการฉายรังสี

การรักษา

ในปัจจุบัน ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติ (evidence-based guidelines) ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจน อย่างไรก็ตาม หลักในการรักษาภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวา มี 2 หลักสำคัญ คือ การบรรเทาอาการที่สัมพันธ์กับภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวา และการรักษาโรคต้นเหตุ

1. การใส่สายสวนหลอดเลือด (endovascular stenting) หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น มีการอุดกั้นทางเดินหายใจเฉียบพลัน (acute airway obstruction) กล่องเสียงบวมอย่างรุนแรง (severe laryngeal edema) และ/หรือมีภาวะโคม่าเนื่องจากสมองบวม ควรให้การรักษาตามหลัก A = airway, B = breathing, C = circulation และทำหัตถการเปิดหลอดเลือดดำด้วยการใส่ขดลวดผ่านสายสวน (endovascular stenting) และการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนร่วมกับการสลายลิ่มเลือด โดยวิธีการดังกล่าวสามารถบรรเทาอาการของผู้ป่วยได้ทันที โดยมีอัตราการประสบความสำเร็จที่ร้อยละ 95-100 และช่วยลดอาการของผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 90

การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายหลังการทำหัตถการ (Postprocedural antithrombotic therapy) ถึงแม้ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า การรับประทานยาละลายลิ่มเลือดในระยะยาวนั้นจำเป็นหรือไม่ แนะนำให้รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน หรือ clopidogrel 3 เดือน หลังทำหัตถการเพื่อป้องกันการกลับมาอุดตันอีก หรือหากผู้ป่วยมีภาวะ hypercoagulable state ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง อาจพิจารณาใช้ low molecular weight heparin เช่น enoxaparin หรือยากลุ่ม direct oral anticoagulant (DOAC) เช่น apixaban

2. รังสีรักษา เคยเป็นการรักษาหลักที่ช่วยลดอาการในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาที่มีอันตรายถึงชีวิต เนื่องจากความเชื่อที่ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวานั้นเกิดจากมะเร็งปอดซึ่งตอบสนองดีต่อการฉายรังสี

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการฉายรังสีไม่ถือว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดอีกต่อไป เนื่องจากการเปิดหลอดเลือดดำโดยใช้สายสวน (endovenous recanalization) สามารถบรรเทาอาการได้รวดเร็วกว่า โดยอาการมักดีขึ้นภายใน 0–72 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบกับการฉายรังสีซึ่งอาจใช้เวลานานถึง 2 สัปดาห์ การฉายรังสีมีประสิทธิผลประมาณร้อยละ 80 หมายความว่ายังมีผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 ที่ไม่ได้รับการบรรเทาอาการ นอกจากนี้ หากฉายรังสีไปก่อนแล้วจึงตรวจชิ้นเนื้อจะทำให้การแปลผลชิ้นเนื้อเกิดความผิดพลาดได้ถึงร้อยละ 50 จึงไม่แนะนำให้ฉายรังสีแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาก่อนที่จะได้รับการตรวจชิ้นเนื้อยืนยัน

3. เคมีบำบัด เหมาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งปอดชนิด small cell มะเร็ง germ cell เนื่องจากเป็นมะเร็งชนิดที่ตอบสนองกับเคมีบำบัด (chemo-sensitive tumors) ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำนวนมากมีการตอบสนองที่ดี และตรวจไม่พบอาการของภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ภายใน 1 หรือ 2 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัด สามารถรักษาอาการของภาวะอุดกั้นหลอดเลือดซูพีเรียร์เวนาคาวาได้สูงถึงร้อยละ 80 ในผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน (non-Hodgkin lymphoma) และมะเร็งปอดชนิด small cell

4. การให้ยาสลายลิ่มเลือด หากสาเหตุของการอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่เกิดจากลิ่มเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ สามารถส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณาการให้ยาสลายลิ่มเลือด และพิจารณาเอาสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ออก

5. การรักษาประคับประคอง จุดประสงค์เพื่อช่วยลดความไม่สบายตัวที่เกิดจากภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ ได้แก่ การนอนยกศีรษะสูง เลือกเสื้อผ้าที่นุ่มและหลวม นอนบนหมอน ให้ยาระงับปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า การจัดปรับสภาพแวดล้อมให้สะอาดและปลอดโปร่ง และมีลมพัดอ่อน ๆ จะช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยและอึดอัดให้ผู้ป่วยได้

การให้ยาขับปัสสาวะ (diuretic) พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองหรือทางเดินหายใจบวม และควรหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป

ให้สเตียรอยด์ โดยแนะนำให้ dexamethasone ขนาด 16 มิลลิกรัม โดยการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือให้รับประทานทางปากได้ ตามด้วย 8 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง และควรหยุดเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น หรือการตอบสนองต่อยาลดลง และควรให้ยาลดกรดกลุ่ม proton pump inhibitor ร่วมด้วยเสมอ เพื่อลดผลข้างเคียงการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรี พรหมสิงห์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

2. พระไพศาล วิสาโล. การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันชาย สิทธิพันธุ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด; 2552. หน้า 239-49.

3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลของศูนย์การุณรักษ์. พิมพ์ครั้งที่1. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.

4. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai association for the study of pain). แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง (Clinical practice guideline for cancer pain) กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย; 2556.

5. สินี ดิษฐบรรจง. ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Hypercalcemia.pdf .

6. Bandieri E, Romero M, Ripamonti CI, Artioli F, Sichetti D, Fanizza C, et al. Randomized trial of low-dose morphine versus weak opioids in moderate cancer pain. J Clin Oncol. 2016; 34: 436-42.

7. Chow R, Simone CB 2nd, Rimner A. Management of malignant superior vena cava syndrome. Ann Palliat Med. 2024;13(3):620-6. doi:10.21037/apm-23-573.

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. Drews RE, Rabkin DJ, Mousa AY. Malignancy-related superior vena cava syndrome. In: Connor RF, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): Wolters Kluwer; [cited 2025 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/malignancy-related-superior-vena-cava-syndrome .

10. Ferrone M, Cheville A, Balboni TA, Abrahm J. Update on spinal cord compression for the palliative care clinician. J Pain Symptom Manage. 2017;54(3):394-9. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.04.019.

11. Giammalva GR, Ferini G, Torregrossa F, Brunasso L, Musso S, Benigno UE, et al. The palliative care in the metastatic spinal tumors. A systematic review on the radiotherapy and surgical perspective. Life (Basel). 2022;12(4):571. doi:10.3390/life12040571.

12. 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.

13. Harrison RA, Bruera E. The palliative care of patients with brain metastases. In: Ramakrishna R, Magge R, Baaj A, Knisely J, editors. Central nervous system metastases. Cham (CH): Springer; 2020. p. 747-58. doi:10.1007/978-3-030-42958-4_54.

14. Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA). HPNA Nursing Resource Guide: Superior Vena Cava Syndrome [PDF]. 2023 Aug [cited 2025 Aug 20]. Available from: https://www.advancingexpertcare.org/wp-content/uploads/2023/08/SVCS-2.pdf .

15. Kutner J, Kassner C, Nowels D. Symptom burden at the end of life. J Pain Symptom Manage. 2001;21(6):473-80.

16. 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.

17. 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.

18. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Spinal metastases and metastatic spinal cord compression [NG234]. London: NICE; 2023 Sep 6 [cited 2025 Aug 16]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng234 .

19. 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 .

20. Parish JM, Marschke RF Jr, Dines DE. Etiologic considerations in superior vena cava syndrome. Mayo Clin Proc. 1981; 56(7): 407-13.

21. Patriarcheas V, Grammoustianou M, Ptohis N, Thanou I, Kostis M, Gkiozos I, et al. Malignant superior vena cava syndrome: state of the art. Cureus. 2022; 14(1): e20924. doi:10.7759/cureus.20924.

22. Phengjard J. Nurse's role in palliative care. J Boromarajonani Coll Nurs. 2014; 30: 100-4.

23. 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 .

24. Rajer M, Kovac V. Malignant spinal cord compression. Radiol Oncol. 2008; 42(1): 23-31.

25. Rhee JY, Strander S, Podgurski A, et al. Palliative care in neuro-oncology: an update. Curr Neurol Neurosci Rep. 2023; 23(12): 645-56. doi:10.1007/s11910-023-01301-2.

26. 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 .

27. 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/ .

28. 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.

29. Song YB, Taylor LP. Palliative care in neuro-oncology. In: Mohile NA, Thomas AA, editors. Brain tumors. Cham (CH): Springer Nature Switzerland AG; 2023. p. 267-81.

30. 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.

31. 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.

32. Wockhardt UK Ltd. Codeine Phosphate 30 mg Tablets [Internet]. Electronic Medicines Compendium (emc); [cited 2025 Oct 4]. Available from: https://www.medicines.org.uk/emc/product/2375/smpc#gref .

33. World Health Organization. Cancer pain relief. 2nd ed. Geneva: WHO; 1996.

34. 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/ .

35. Wright K, Digby GC, Gyawali B, Jad R, Menard A, Moraes FY, et al. Malignant superior vena cava syndrome: a scoping review. J Thorac Oncol. 2023;18(10):1268-76.

36. 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 4.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาท

พญ. ญาดา พงษ์กาญจนะ
พว. อัญเชิญ ชัยล้อรัตน์
สถาบันประสาทวิทยา
พญ.เสาวรินทร์ เผดิมปราชญ์
พว.สุพัตรา ปวนไฝ
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

การให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทมีความท้าทายหลายประการ เนื่องจากโรคทางระบบประสาทหลายโรคมีระยะเวลาในการดำเนินโรคยาวนาน และในขณะเดียวกันการดำเนินโรคก็ยังมีความแตกต่างกันแม้จะเป็นโรคเดียวกัน นอกจากนี้ โรคทางระบบประสาทยังมีความยากลำบากในการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยบางรายมีการเสียชีวิตแบบกะทันหัน ขณะที่บางรายการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบสหวิชาชีพโดยแท้จริง บางครั้งต้องการผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเฉพาะทางอีกด้วย และเมื่อโรคดำเนินไปผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านพุทธิปัญญา (cognitive function) และอาการทางจิตเวชส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ เป็นต้น

การดูแลแบบประคับประคองเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาท เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งตรงกับหลักการในการรักษาโรคทางระบบประสาทหลาย ๆ โรค การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทสามารถให้การดูแลไปพร้อมกับการดูแลรักษาหลักตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและบริบทของสถานพยาบาล

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

• การดูแลแบบประคับประคองในโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายมิติ มีโอกาสก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตสูง การพยากรณ์โรคมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และมีความจำเป็นในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางการทำงานของร่างกายและสมองอย่างฉับพลัน การดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับความท้าทายเหล่านี้ โดยการเลือกใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสมจะส่งผลต่อความแม่นยำในการพยากรณ์และการตัดสินใจเชิงคลินิก

เกณฑ์พิจารณาเพื่อการคัดกรองสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง

1. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

NIHSS เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-42 คะแนน ตามตารางด้านล่างดังนี้ (ดัดแปลงมาจาก the American Stroke Association)

เกณฑ์ความรุนแรงตาม NIHSS

- คะแนน 0-7: ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวดี อัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน ร้อยละ 4.2
- คะแนน 8-13: ความรุนแรงปานกลาง อัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน ร้อยละ 13.9
- คะแนน 14-21: ความรุนแรงสูง อัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน ร้อยละ 31.6
- คะแนน 22-42: ความรุนแรงมาก อัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน ร้อยละ 53.5

เกณฑ์การส่งต่อการดูแลแบบประคับประคอง:

- NIHSS > 10: ถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง ควรพิจารณาการปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง
- NIHSS > 16: พยากรณ์โรคไม่ดี มีโอกาสเสียชีวิตหรือพิการรุนแรงสูง 3
- NIHSS > 20: ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเร่งด่วน

2. Modified Rankin Scale (mRS)

mRS เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินระดับความพิการและการพึ่งพาในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือในการใช้งานคลินิก ระดับคะแนน 0-6 คะแนน

Modified Rankin Scale (mRS) เป็นเครื่องมือวัดระดับความพิการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในทางการแพทย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนแบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้

mRS 0 - ไม่มีอาการใด ๆ เลย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

mRS 1 - มีอาการเล็กน้อย แต่ไม่มีความพิการ สามารถทำกิจวัตรและหน้าที่การงานได้ตามปกติ

mRS 2 - มีความพิการเล็กน้อย ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้เหมือนเดิม แต่ยังดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ

mRS 3 - มีความพิการปานกลาง ต้องได้รับความช่วยเหลือบ้าง แต่ยังเดินได้โดยไม่ต้องพยุง

mRS 4 - มีความพิการปานกลางถึงรุนแรง ไม่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ ไม่สามารถดูแลร่างกายได้โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ

mRS 5 - มีความพิการรุนแรง นอนติดเตียง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถดูแลตนเองได้

mRS 6 - เสียชีวิต

3. Barthel Index

เป็นเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Living, ADL) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินและติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทหรือผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 10 หมวด ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร (feeding)
   10 คะแนน: ทำได้เอง
   5 คะแนน: ต้องช่วยเหลือ
   0 คะแนน: ทำไม่ได้
2. การอาบน้ำ (bathing)
   5 คะแนน: ทำได้เอง
   0 คะแนน: ต้องช่วยเหลือ
3. การดูแลส่วนตัว (grooming)
   5 คะแนน: ทำได้เอง
   0 คะแนน: ต้องช่วยเหลือ
4. การแต่งตัว (dressing)
   10 คะแนน: ทำได้เอง
   5 คะแนน: ต้องช่วยเหลือ
   0 คะแนน: ทำไม่ได้
5. การควบคุมการขับถ่ายใหญ่ (bowel control)
   10 คะแนน: ควบคุมได้
   5 คะแนน: ควบคุมได้บางครั้ง
   0 คะแนน: ควบคุมไม่ได้
6. การควบคุมการขับถ่ายเล็ก (bladder control)
   10 คะแนน: ควบคุมได้
   5 คะแนน: ควบคุมได้บางครั้ง
   0 คะแนน: ควบคุมไม่ได้
7. การใช้ห้องน้ำ (toilet use)
   10 คะแนน: ทำได้เอง
   5 คะแนน: ต้องช่วยเหลือ
   0 คะแนน: ทำไม่ได้
8. การเคลื่อนย้าย (transfer)
   15 คะแนน: ทำได้เอง
   10 คะแนน: ต้องช่วยเหลือเล็กน้อย
   5 คะแนน: ต้องช่วยเหลือมาก
   0 คะแนน: ทำไม่ได้
9. การเคลื่อนไหว (mobility)
   15 คะแนน: ทำได้เอง
   10 คะแนน: ใช้รถเข็น
   5 คะแนน: เดินได้ แต่ต้องช่วยเหลือ
   0 คะแนน: ทำไม่ได้

10. การขึ้นลงบันได (stairs)

10 คะแนน: ทำได้เอง

5 คะแนน: ต้องช่วยเหลือ

0 คะแนน: ทำไม่ได้

การแปลผลคะแนนรวม:

80-100 คะแนน: พึ่งพาตนเองได้ดี

60-79 คะแนน: พึ่งพาตนเองได้ปานกลาง

40-59 คะแนน: พึ่งพาตนเองได้เล็กน้อย

20-39 คะแนน: ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก

0-19 คะแนน: ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

4. เกณฑ์เสริมอื่น ๆ

ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อายุมากกว่า 80 ปี ประวัติโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น การติดเชื้อ การมีไข้ ความผิดปกติของการกลืน (dysphagia) ที่รุนแรง รวมถึงปัจจัยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) < 40 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องนอนบนเตียงมากกว่าร้อยละ 50 ของเวลา

แต่กระนั้น Palliative Performance Scale (PPS) มีข้อจำกัดในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่เหมาะสมสำหรับการใช้เป็นเครื่องมือพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมองเพียงลำพัง เนื่องจาก PPS ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ไม่ใช่เครื่องมือที่ออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง นอกจากนี้ การศึกษาในผู้ป่วยที่มีโรคอื่นนอกเหนือจากมะเร็ง ยังแสดงผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกันและต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะ ดังตารางที่ 4.2.1

ตารางที่ 4.2.1 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะผู้ป่วย	รายละเอียด
ระยะเฉียบพลัน (acute stroke)	มีภาวะ coma หรืออยู่ในภาวะผัก (vegetative state) ระยะเวลามากกว่า 3 วัน ร่วมกับอาการ 3 อย่างดังต่อไปนี้ ได้แก่ 1. abnormal brain stem response 2. absent verbal response 3. absent withdrawal response to pain 4. serum creatinine > 1.5 mg/dL
ระยะเรื้อรัง (chronic stroke)	1. เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอยู่ระยะติดเตียงเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป 2. ไม่สามารถรับอาหารหรือน้ำได้ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้ร่วมด้วย 1 ข้อ มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่แย่ลง ได้แก่

ระยะผู้ป่วย	รายละเอียด
	1) น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ในระยะหกเดือนที่ผ่านมา หรือมากกว่าร้อยละ 7.5 ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา 2) serum albumin < 2.5 g/dL 3) ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (aspirated pneumonia) โดยไม่ตอบสนองต่อการฝึกกลืน มีความยากลำบากในการกลืนจนมีภาวะทุพโภชนาการ

การดูแลในระยะเฉียบพลัน

1. การประเมินเป้าหมายการดูแล โดยมีการปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา

2. มีการจัดการอาการที่เหมาะสม รวมถึงการควบคุมอาการปวด ลดความวิตกกังวล และจัดการภาวะซึมเศร้า

3. การตัดสินใจเรื่องการรักษา ด้วยการประชุมครอบครัว มีการอธิบายข้อดีข้อเสียของการใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยาง และการกดนวดหัวใจ รวมถึงหัตถการที่รุกรานอื่น ๆ

การดูแลในระยะเรื้อรัง

การฟื้นฟูและปรับตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวกับความพิการ

1. แนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น การเฝ้าระวังการติดเชื้อ แผลกดทับ และภาวะซึมเศร้า

2. การให้การสนับสนุนครอบครัวให้การศึกษาและสนับสนุนผู้ดูแล

• การดูแลแบบประคับประคองในเนื้องอกสมอง

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองเป็นโรคที่มีความซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองและระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอก รวมถึงผลข้างเคียงของโรคเช่น ชัก ภาวะสมองบวม หรือการติดเชื้อ นอกจากนั้นอาจเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา ทั้งจากการผ่าตัดและยาที่ได้รับ

เครื่องมือในการประเมินศักยภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินสถานะการทำงานของผู้ป่วยมะเร็ง ระดับ ECOG Performance Status

- ECOG 0: ทำกิจกรรมปกติได้เหมือนเดิม
- ECOG 1: มีอาการ แต่เดินไปมาได้ สามารถทำงานเบา ๆ ได้
- ECOG 2: มีอาการ นอนพักน้อยกว่าร้อยละ 50 ของเวลา ดูแลตนเองได้ แต่ทำงานไม่ได้
- ECOG 3: มีอาการมาก นอนพักมากกว่าร้อยละ 50 ของเวลา ดูแลตนเองได้บางส่วน
- ECOG 4: พิการมาก นอนติดเตียง ดูแลตนเองไม่ได้

เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเนื้องอกสมองเพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

เครื่องมือคัดกรองสำหรับเนื้องอกสมอง (แบบปรับปรุงจาก NCCN Guidelines) ได้แก่

1. มะเร็งระยะแพร่กระจายหรือลุกลาม (1 คะแนน)
2. ECOG Performance Status
   - ECOG 2 = 1 คะแนน
   - ECOG 3-4 = 2 คะแนน
3. ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง (1 คะแนน ต่อภาวะ)
   - การชัก (Seizures)
   - ความผิดปกติทางสมอง
   - การเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ
4. โรคร่วมที่ร้ายแรง (1 คะแนน ต่อโรค)
5. ปัญหาการดูแลแบบประคับประคอง (1 คะแนน ต่อปัญหา)
   - อาการปวดที่ควบคุมไม่ได้
   - ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล
   - ปัญหาการสื่อสาร

เกณฑ์การส่งต่อทีมดูแลแบบประคับประคอง คือ คะแนนรวม > 5 ควรได้รับการปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง

ปัจจัยที่ใช้พิจารณาการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

1. ลักษณะของเนื้องอก

1.1 เนื้องอกร้ายแรงระดับสูง (High-grade malignant tumors)

เนื้องอกประเภท glioblastoma (grade IV) หรือ anaplastic astrocytoma (grade III) มักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยระยะเวลาการรอดชีวิตเฉลี่ยอยู่ที่ 10-15 เดือน และอัตราการรอดชีวิต 2 ปี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วย

1.2 ตำแหน่งเนื้องอกในบริเวณสำคัญของสมองที่ไม่สามารถผ่าตัดเอาออกได้หรือมีความเสี่ยงสูงมาก

1.3 การแพร่กระจายอย่างกว้างขวางหรือมีรอยโรคหลายตำแหน่ง

1.4 กลับเป็นซ้ำหลังจากได้รับการรักษามาแล้ว

1.5 ผลกระทบของมวลเนื้องอกที่ทำให้เกิดความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

2. การเสื่อมสมรรถภาพทางการทำงานของสมองและระบบประสาท

เมื่อเนื้องอกทำให้เกิดการเสื่อมถอยทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง การบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรง หรือการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างอิสระ การดูแลแบบประคับประคองจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมมากขึ้น

3. การตอบสนองต่อการรักษา

เมื่อการรักษาตามมาตรฐาน เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัดไม่มีประสิทธิภาพอีกต่อไป หรือผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการรักษาได้เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ประเด็นที่น่าสนใจจะเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาเน้นที่ความสบายและคุณภาพชีวิต

4. ปัจจัยของผู้ป่วย

รวมถึงสุขภาพโดยรวม อายุ และความต้องการส่วนบุคคล ผู้ป่วยบางรายอาจเลือกการดูแลแบบประคับประคองในช่วงแรกเพื่อรักษาเวลาที่เหลืออยู่ให้กับครอบครัวแทนการแสวงหาการรักษาที่รุนแรง ซึ่งมีผลลัพธ์ที่ไม่แน่นอน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองในช่วงต้นของการป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดเป้าหมายการดูแลและลดภาระอาการได้อย่างทันท่วงที ในบริบทของประเทศไทย การดูแลแบบประคับประคองได้กลายเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ระดับชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 แต่การเข้าถึงบริการยังคงแตกต่างกันไปทั่วประเทศ

การตัดสินใจสำหรับการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้อิงเพียงระดับความรุนแรงของเนื้องอกเท่านั้น แต่ยังรวมถึงภาพคลินิกโดยรวม การพยากรณ์โรค ทางเลือกการรักษา เป้าหมายของผู้ป่วย และการพิจารณาคุณภาพชีวิต การเปลี่ยนผ่านนี้มักเกี่ยวข้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์มะเร็งวิทยา ประสาทศัลยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว

แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในเนื้องอกสมอง

1. การจัดการอาการเฉพาะ เช่น การควบคุมการชัก การจัดการภาวะสมองบวม หรือการจัดการภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เป็นต้น

2. การจัดการอาการปวด ด้วยการประเมินสาเหตุของอการปวด และพิจารณาการให้ยาแก้ปวดที่เหมาะสม

3. การดูแลทางจิตใจและสังคม การสนับสนุนทางจิตใจด้วยการให้คำปรึกษา การประเมินภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล รวมถึงการให้การรักษา หรือการใช้กิจกรรมบำบัดมาช่วยในการดูแล นอกจากนั้น การสนับสนุนครอบครัว ในการสื่อสารความรู้เรื่องโรค การช่วยเหลือในการตัดสินใจ และการสนับสนุนผู้ดูแลในเรื่องต่าง ๆ

• การดูแลแบบประคับประคองในโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสัน (Parkinson’s Disease) เป็นโรคที่เกี่ยวกับความเสื่อมของระบบประสาทที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้มีอาการเกร็ง อาการสั่นแบบควบคุมไม่ได้ อาการเคลื่อนไหวช้า และทรงตัวไม่ดี โรคนี้ส่งผลต่อคุณภาพต่อชีวิตมาก ทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง หรือผู้ที่ดูแล หรืออยู่รอบข้าง แม้จะไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด แต่ก็สามารถใช้ยาในการควบคุมอาการ ไม่ให้เป็นมากจนรบกวนชีวิตประจำวันได้

โรคพาร์กินสัน แบ่งออกเป็น 5 ระยะ เรียงจากระยะต้นซึ่งมีอาการเล็กน้อยไปจนถึงระยะท้ายที่มีอาการมากจนส่งผลต่อการใช้ชีวิต ได้แก่

การแบ่งระยะของ โรคพาร์กินสัน

พาร์กินสันระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยจะมีอาการไม่มาก อาการสั่นหรือการเคลื่อนไหวผิดปกติอาจเป็นเพียงข้างเดียว ระยะนี้อาจเห็นท่าทาง ลักษณะการเดิน หรือการแสดงสีหน้าเปลี่ยนแปลง (การทรงตัวเริ่มผิดปกติ สีหน้าเรียบเฉยไม่แสดงอารมณ์)

พาร์กินสันระยะที่ 2 อาการเริ่มเป็นมากขึ้น อาการสั่นหรืออาการเกร็งของแขนขาเริ่มปรากฏชัดขึ้นและเป็นทั้งสองข้าง รวมถึงมีอาการที่คอและลำตัว การเดินจะเป็นปัญหามากขึ้น การทำกิจวัตรประจำวันจะทำได้ลำบากขึ้น

พาร์กินสันระยะที่ 3 ระยะกลาง ระยะนี้การทรงตัวแย่ลง ทรงตัวไม่อยู่ขณะหมุนตัวหรือการโดนผลักเบา ๆ ระยะนี้จะมีความเสี่ยงในการล้มมาก การช่วยเหลือตัวเองทำได้ลำบากมาก

พาร์กินสันระยะที่ 4 ระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถอยู่ผู้เดียวได้ ผู้ป่วยอาจยืนหรือเดินได้แต่มีความอันตราย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

พาร์กินสันระยะที่ 5 เป็นระยะท้าย ระยะนี้จะมีอาการขาเกร็ง ไม่สามารถเดินหรือยืนได้ ผู้ป่วยมักจะติดเตียง หรืออยู่บนล้อนั่งอยู่ตลอด จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือตลอดเวลา

การดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในระยะท้ายของชีวิต

โดยทั่วไปอาการของโรคจะค่อย ๆ ทรุดลงเรื่อย ๆ จนกระทบกับคุณภาพชีวิตในที่สุดและที่สำคัญโรคนี้ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ คนในครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงควรทำความเข้าใจและคอยช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

• ช่วยผู้ป่วยในการบริหารร่างกาย เพื่อป้องกันการเกิดข้อยึดติด ฝึกการทรงตัว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

• ระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุ การล้ม ปัญหาการกลืน การพูด

• ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ เนื่องจากผู้ป่วยพาร์กินสันจะสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ช้า จึงทำให้มักมีอาการท้องผูก

• ทำความเข้าใจผู้ป่วยและคอยดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย เช่น ปัญหานอนไม่หลับ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่มีภาวะความเสื่อมชัดเจน บ่งบอกถึงความยากลำบากในระยะท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีหลักเกณฑ์และครอบคลุมทุกระยะของความเจ็บป่วย การดูแลจึงควรครอบคลุม หัวข้อต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูลการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคด้วยความเห็นอกเห็นใจไม่ควรประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวินิจฉัยนี้ต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่ำเกินไป ตอบสนองต่อปฏิกิริยาทางอารมณ์อย่างเห็นอกเห็นใจแบ่งปันข้อมูล และรับฟังความหวังและความคาดหวังของผู้ป่วย

2. การหารือถึงเป้าหมายของการดูแล ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรต้องร่วมกันพัฒนาแนวทางสำหรับการดูแลในปัจจุบันและในอนาคต อาจจะต้องถามว่าผู้ป่วยมีกิจกรรมใดที่สำคัญที่สุดในการรักษาคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการรับมือกับระดับการพึ่งพาผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นหรือกำลังดำเนินไปอย่างต่อเนื่องอย่างไร

3. การประเมินความสามารถในการตัดสินใจควรเริ่มพูดคุยถึงเป้าหมายในการดูแลตั้งแต่เนิ่น ๆ เนื่องจากอาจเกิดความบกพร่องทางสติปัญญาที่ค่อย ๆ ลุกลาม

4. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) และคำสั่งล่วงหน้า (advance directive) ระบุผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนในการดูแลสุขภาพตามกฎหมาย การแปลความต้องการเป็นแผนการดูแลทางการแพทย์

5. แนวทางที่อาจจะเกิดขึ้นสำหรับความต้องการในอนาคต การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ยากลำบาก แนวทาง PC สามารถสนทนาอย่างเปิดใจและต่อเนื่องเกี่ยวกับการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางการแพทย์ต่อการจ้างงาน สถานการณ์การใช้ชีวิต การเงิน และข้อกังวลด้านความปลอดภัย

การจัดการอาการที่ซับซ้อน

1. การดูแล ประคับประคองผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มักเกิดจากปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ควรประเมินความปวด อารมณ์ อาการทางจิตและพฤติกรรม การนอนหลับและการใช้พลังงาน การสื่อสาร อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ การกลืนและโภชนาการอย่างเป็นระบบ ความปวดเป็นอาการทั่วไปของโรคพาร์กินสัน การรักษาแบบตรงจุดช่วยได้ เช่น ตะคริวขาตอนกลางคืน อาการเกร็งหลังการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจจะกลายเป็นแหล่งของความทุกข์ทรมานเรื้อรัง ส่งผลกระทบด้านการทำงาน จิตใจและสังคม การรักษาที่สาเหตุเฉพาะเมื่อทำได้ อาจใช้ยาโอปิออยด์อย่างเหมาะสมในโรคพาร์กินสัน โดยแนะนำให้เริ่มด้วยยาโอปิออยด์ออกฤทธิ์สั้นและเน้นที่การทำงาน เช่น ใช้ยาอะเซตามิโนเฟน-ไฮโดรโคโดนแบบเม็ด สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ก่อนกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ช่วยให้ชีวิตดีขึ้น ความผิดปกติของการนอนหลับและความเหนื่อยล้าอาจส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล แนวทางที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกสติ การใช้พฤติกรรมบำบัด หรือการฝังเข็ม ภาวะกลืนลำบาก น้ำหนักลดและการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร เป็นตัวบ่งชี้การพยากรณ์โรคที่สำคัญ

2. มุ่งเน้นความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ

3. การส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อไปรับการดูแลต่อที่สถานที่ที่เหมาะสมและผู้ป่วยและญาติยินยอม

• การดูแลแบบประคับประคองในโรคสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาสุขภาพหลักที่ส่งผลกระทบกับประชากรทั่วโลกราว 47 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2564 และในปี พ.ศ. 2593 คาดว่าจำนวนจะเพิ่มขึ้นถึง 131 ล้านคนทั่วโลก ความชุกของภาวะสมองเสื่อมพบที่ร้อยละ15 ในประชากรอายุ 68 ปีขึ้นไป โดยอัลไซเมอร์ (Alzheimer) เป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบได้มากที่สุดประมาณ 5.8 ล้านคนทั่วโลก

เครื่องมือที่ใช้บ่อยในการประเมินระยะต่าง ๆ ของผู้ป่วยสมองเสื่อมคือ เครื่องมือประเมินสมรรถนะผู้ป่วยสมองเสื่อม The functional assessment staging scale (the FAST scale) ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยโดยปาริชาติ เพียงสุพรรณ์ เป็นเครื่องมือที่ใช้การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยอันประกอบด้วยความสามารถด้านร่างกาย ความสามารถด้านภาษา และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยจะแบ่งผู้ป่วยเป็นระยะต่าง ๆ 7 ระยะเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

จุดมุ่งหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในทุกระยะของตัวโรคคือการเพิ่มคุณภาพชีวิต คงหน้าที่การทำงานและการดูแลให้เกิดความสุขสบายให้มากที่สุดแก่ผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการสมองเสื่อม (early to mild dementia) การดูแลมุ่งเน้นการชะลอการเกิดอาการและการดำเนินโรค ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองและวางแผนการดูแลในอนาคต เมื่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าสู่ระดับปานกลาง (moderate dementia) การดูแลจะมุ่งเน้นการชะลออาการและการจัดการดูแลอาการทางอารมณ์

และพฤติกรรม (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ตัวโรคเข้าสู่ระดับรุนแรง (severe dementia) จะมุ่งเน้นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับรุนแรงมีระยะเวลาของโรคที่หลากหลายแต่โดยทั่วไปอยู่ที่ 1-3 ปี ส่วนช่วงเวลาที่เข้าสู่การดูแลระยะท้ายนั้นยากที่จะทำการประเมิน แต่อาจประเมินได้จากมีภาวะร่วมดังต่อไปนี้ มีปอดอักเสบจากการสูดสำลักซ้ำ ๆ มีไข้และรับประทานอาหารได้น้อย ร่วมกับน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ในระยะเวลา 6 เดือน ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน ถึงร้อยละ 40–50 การวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลยังคงเป็นเรื่องเฉพาะตัวและมีความจำเป็นต้องปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน

เมื่อภาวะของโรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย การตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นตัวกำหนดถึงคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมคือ ควรทำในช่วงเริ่มมีอาการหรืออย่างช้าที่สุดคือในช่วง 2-3 เดือนแรกของการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม เพื่อผู้ป่วยจะยังคงมีความสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้ โดยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรประกอบด้วยหัวข้อเหล่านี้

1. สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในช่วงท้ายของชีวิต
2. การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงท้ายของชีวิต
3. การดำรงชีวิตประจำวันที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ต้องการอยู่ที่บ้านหรือสถานดู หรือกิจกรรมทางศาสนาที่ต้องการ
4. การเลือกคนที่จะตัดสินใจแทนในวันที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจ หรือบอกความต้องการด้วยตนเองได้

อาการที่พบได้บ่อยในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. อาการกระสับกระส่าย (agitation) เป็นอาการที่ส่งผลกระทบกับทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล เป็นอาการที่แสดงถึงการเสื่อมถอยการทำงานของสมองส่วนหน้า อาการเป็นได้ตั้งแต่ เดินออกจากบ้าน ร้องไห้ หรือก้าวร้าว สาเหตุของอาการกระสับกระส่ายอาจเกิดจากความเครียด นอนไม่พอ ท้องผูก หรือความเจ็บปวด การดูแลจัดการขึ้นอยู่กับสาเหตุโดยการดูแลควรประกอบด้วยการดูแลด้านจิตสังคม การดูแลแบบไม่ใช้ยาและการดูแลด้วยยา

2. ปัญหาการกลืน (swallowing difficulties) เป็นปัญหาที่นำไปสู่ภาวะขาดสารอาหาร การได้สารน้ำไม่เพียงพอหรือก่อให้เกิดการสูดสำลัก ตามข้อแนะนำของ American Geriatric Society ไม่แนะนำการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย เนื่องจาก การให้อาหารทางสายยางไม่ได้ช่วยป้องกันปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ไม่ได้ช่วยเพิ่มภาวะโภชนาการให้แก่ผู้ป่วย ไม่ได้ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหรือแม้กระทั่งไม่ได้ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

3. อาการปวด (pain) ในช่วง 6-12 เดือนสุดท้ายของชีวิตมักประสบปัญหาเรื่องข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและอาการปวดอันนำไปสู่ภาวะข้อยึดติด ข้ออักเสบ แผลกดทับและการติดเชื้อ ความท้าทายในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อมคือผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารถึงอาการปวดของตนเองเองได้ ดังนั้น การสังเกตพฤติกรรมหรือการใช้แบบประเมินพฤติกรรมความปวดที่ได้รับการตรวจสอบความแม่นยำในการประเมินความปวดหรือความไม่สุขสบายจะช่วยให้การประเมินและการจัดการอาการปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น แนวทางปฏิบัติของสมาคมอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำเสนอการประเมิน

พฤติกรรมความปวดด้วยเครื่องมือต่าง ๆ โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมความปวดจากการสังเกตส่วนมากที่นิยมใช้ ได้แก่ Abbey Pain Scale, Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) และ the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) การจัดการอาการทำได้ตั้งแต่การรักษาโดยไม่ใช้ยาเช่นการนวด การทำกายภาพ หรือการประคบร้อน/ประคบเย็น เป็นต้น ไปจนถึงการรักษาด้วยการใช้ยาตามแนวทางที่เหมาะสมกับสาเหตุของอาการปวด

การดูแลแบบประคับประคองในโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงและกล้ามเนื้อเสื่อม (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)

โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงและกล้ามเนื้อเสื่อม เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย พบผู้ป่วย 4-6 คนต่อประชากร 100,000 คน และจะมีโอกาสพบผู้ป่วยรายใหม่ได้ประมาณ 1-3 คนต่อปี โดยโรคนี้มักจะเกิดในกลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 40–60 ปี และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหลังเกิดอาการเพียง 3-4 ปี มีเพียงแค่ร้อยละ 10 เท่านั้นที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานสูงสุดถึง 10 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตเนื่องจาก ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ปอดไม่สามารถส่งออกซิเจนไปเลี้ยงได้เพียงพอ ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคนี้ให้หายขาดเนื่องจากไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน การรักษาทำได้เพียงบรรเทาอาการและประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุด และดูแลคุณภาพชีวิตในระยะยาวให้ดีที่สุด ปัจจุบันยาที่ใช้รักษาหรือชะลออาการ มี 3 ชนิด คือ riluzole, edaravone, sodium phenylbutyrate/taurusodiol

การแบ่งระยะของโรค ALS ไม่เป็นมาตรฐานตายตัวเหมือนโรคอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม เพื่ออำนวยความสะดวกในการวางแผนการรักษาและการดูแลผู้ป่วย แพทย์มักจะแบ่งโรค ALS ออกเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินสถานการณ์และปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม อาจจะประกอบกับการใช้ แบบ Barthel Index ควบคู่กันไป โดยสามารถแบ่งโรคเป็นระยะได้ ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น (early stage): ในระยะนี้ ผู้ป่วยมักมีอาการเบื้องต้นที่ค่อนข้างไม่รุนแรง อาจมีอาการเล็กน้อย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงเล็กน้อยในแขน ขา หรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า แล้วจะค่อย ๆ กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย อาการอาจมา ๆ หาย ๆ หรือไม่ชัดเจน ผู้ป่วยอาจยังคงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากนัก ในระยะนี้การเริ่มต้นการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจช่วยชะลอการดำเนินโรคได้บ้าง แม้ว่าจะยังไม่มีวิธีรักษาให้หายขาดก็ตาม

2. ระยะกลาง (middle stage): อาการต่าง ๆ เริ่มรุนแรงมากขึ้น กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น เริ่มมีกล้ามเนื้อลีบเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหว อาจจะมีสะดุดล้ม หยิบจับไม่สะดวก การพูด การกลืน และการหายใจ ผู้ป่วยอาจต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็น หรือเครื่องช่วยหายใจ การดูแลในระยะนี้จะเน้นการบรรเทาอาการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย เช่น การทำกายภาพบำบัด การพูดบำบัด และการให้ยาเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อกระตุก ปวด และเหนื่อยล้า

3. ระยะท้าย (late stage): ในระยะนี้อาการต่าง ๆ รุนแรงมาก ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวจำกัดอย่างมาก อาจไม่สามารถพูดได้ กลืนอาหารได้ลำบาก และไม่สามารถควบคุมกระบังลมได้ ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ การดูแลในระยะนี้มุ่งเน้นการบรรเทาอาการปวด ดูแลสุขภาพทางกายและใจ รวมถึงการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การตัดสินใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในระยะนี้มีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

4. ระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้าย: เพื่ออธิบายกรณีที่อาการของผู้ป่วยทรุดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในระยะใดก็ตาม ระยะนี้มุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคองอย่างเต็มที่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ปัญหาผู้ป่วยโรค ALS ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ได้แก่

1. ระบบทางเดินหายใจและการหายใจ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรงลง หายใจลำบาก ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อปอด อาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วย

2. การพูด ผู้ป่วยโรค ALS สูญเสียความแข็งแรงและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อปาก ขากรรไกร และคอทำให้การสื่อสารและการทำความเข้าใจกันทำได้ยากขึ้น ในกรณีร้ายแรงผู้ป่วยอาจสูญเสียความสามารถในการพูด

3. การกินเนื่องจาก ALS ส่งผลต่อกล้ามเนื้อในช่องปาก ส่งผลให้เคี้ยวและกลืนลำบากกินได้น้อย จึงอาจทำให้ผู้ป่วยขาดอาหาร สำลัก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

4. การสูญเสียน้ำหนักและภาวะทุพโภชนาการ การเคี้ยวอาหารยาก ผู้ป่วยเผาผลาญแคลอรีได้เร็วขึ้น น้ำหนักลดรวดเร็วและขาดสารอาหาร

5. การเคลื่อนย้าย เมื่อเวลาผ่านไปจะพบว่าการเคลื่อนไหวร่างกายทำได้ยากขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ภาวะแทรกซ้อนคือการเกิดแผลกดทับ

6. ความสามารถทางสติปัญญาส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ภาษาและการทำงานของสมอง แม้ว่าจะพบได้น้อย อาจจะพบภาวะสมองเสื่อม มีภาวะอารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ หัวเราะไม่มีเหตุผล

7. อารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เนื่องมาจากความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

การให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย

1. การดูแลทางกายภาพ ให้การจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสม ฝึกเทคนิคหรือใช้เครื่องมือช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ติดตามอาการทางกายภาพที่จะแย่ลงเรื่อย ๆ โดยให้ความช่วยเหลือตามอาการและอาการแสดง อีกทั้งต้องไม่ลืมการดูแลความสะอาดของผิวหนังและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. การดูแลด้านโภชนาการ จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม จัดการกับปัญหาการกลืน เรียนรู้เทคนิคการให้อาหารทางสายยาง

3. การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและปลอดภัย ให้การสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ดูแลและครอบครัว ใช้เทคนิคการผ่อนคลายและการทำสมาธิ

4. การสื่อสารกับผู้ป่วย ใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในการพูด ใช้เทคโนโลยีช่วยสื่อสาร ให้ความสำคัญกับการฟังและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย

5. ผู้ป่วยอาจจะต้องเข้ารับการดูแลในสถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะ หรือ Hospice care

การเตรียมตัวสำหรับระยะสุดท้าย

1. การพูดคุยเรื่องการดูแลในระยะสุดท้ายกับผู้ป่วยและครอบครัว (family meeting, Advance Care plan)
2. การจัดการกับความปวดในระยะสุดท้าย
3. การดูแลด้านจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล

1. การให้ข้อมูลและชี้แหล่งทรัพยากรที่จำเป็น
2. การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ
3. การจัดการกับความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการดูแลของผู้ดูแล
4. การดูแลผู้ดูแลและครอบครัวในระยะ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (Bereavement care)

เอกสารอ้างอิง

1. Adams HP Jr, Davis PH, Leira EC, Chang KC, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Neurology. 1999; 53(1): 126-31.

2. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. J Am Geriatr Soc. 2014; 62(8): 1590-3.

3. Anderson F, Downing GM, Hill J. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. J Palliat Care. 1996; 12(1): 5-11.

4. Apollo Hospitals. โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ALS): ประเภท สาเหตุ อาการ การรักษา [อินเทอร์เน็ต]. 2025 [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.apollohospitals.com/th/diseases-and-conditions/amyotrophic-lateral-sclerosis-als-types-causes-symptoms-treatment .

5. Banks JL, Marotta CA. Outcomes validity and reliability of the modified Rankin scale: Implications for stroke clinical trials: A literature review and synthesis. Stroke. 2007; 38(3): 1091-6.

6. BPACNZ. Palliative care: Part 1 [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.bpac.org.nz/2020/palliative1.aspx .

7. Brown MA, Sampson EL, Jones L, et al. Prognostic indicators of 6-month mortality in elderly people with advanced dementia: A systematic review. Palliat Med. 2013; 27(4): 389-400.

8. Comer AR, Williams LS, Bartlett S, D'Cruz L, Endris K, Marchand M, et al. Palliative and end-of-life care after severe stroke. J Pain Symptom Manage. 2022; 63(5): 721-8.

9. Coronatto LH, Formentin C. Palliative care in glioblastoma patients: A systematic review. Rev Assoc Med Bras. 2024; 70(Suppl 1): e2024S122.

10. David C. Preston. Barbara E. Shapiro. Electromyography and Neuromuscular Disorders Clinical-Electrophysiologic-Ultrasound Correlations.2021.ISBN: 978-0-323-66180-5 .Canada

11. De Groot IJM, Post MWM, van Heuveln T, van den Berg LH, Lindeman E. Measurement of decline of functioning in persons with amyotrophic lateral sclerosis: Responsiveness and possible applications of the Functional Independence Measure, Barthel Index, Rehabilitation Activities Profile and Frenchay Activities Index. Amyotrophic Lateral Sclerosis. 2006; 7(3): 167-72. doi:10.1080/14660820600640620.

12. Durnil J, O'Brien B. Approaching end of life in ALS: Living with ALS resource guide [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.als.org/sites/default/files/2022-10/Resource-Guide-11.pdf.

13. Fonarow GC, Saver JL, Smith EE, Broderick JP, Kleindorfer DO, Sacco RL, et al. Relationship of National Institutes of Health Stroke Scale to 30-day mortality in Medicare beneficiaries with acute ischemic stroke. J Am Heart Assoc. 2012; 1(1): 42-50.

14. Glare PA, Semple D, Stabler SM, Saltz LB. Palliative care in the outpatient oncology setting: Evaluation of a practical set of referral criteria. J Oncol Pract. 2011; 7(6): 366-70.

15. Goldman L SAG-CMPJS, Merit E. Cudkowicz. Amyotrophic Lateral Sclerosis and Other Motor Neuron Diseases. 26th Edition: Elsevier 2019.

16. Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, et al. 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.

17. J. OD. Palliative care in motor neurone disease: where are we now? Palliative care 2019;12. 1178224218813914.

18. Jeffery W.Raph. Francis O. Walker, Michael J. Aminoff. Aminoff's Diagnosis of Neuromuscular Disorders. 4thed: Elsevier. USA.

19. Kim JY, Williams AM, Ogunkorode A, Mendez M, Daboub Y, Kranz PG, et al. Utilizing a palliative care screening tool in patients with glioblastoma. Neurooncol Pract. 2020; 7(6): 611-8.

20. Koekkoek JAF, van der Meer PB, Pace A, Hertler C, Harrison R, Leeper HE, et al. Palliative care and end-of-life care in adults with malignant brain tumors. Neuro Oncol. 2023; 25(3): 447-56.

21. Lum HD, Kluger BM. Palliative care for Parkinson's disease. Clin Geriatr Med. 2020; 36(1): 149-57. doi:10.1016/j.cger.2019.09.013.

22. Malhi R, McElveen J, O'Donnell L. Palliative care of the patient with dementia. Del J Public Health. 2021; 7(4): 92-8.

23. Masrori P, Van Damme P. Amyotrophic lateral sclerosis: A clinical review. Eur J Neurol. 2020; 27(10): 1918-29. doi:10.1111/ene.14393.

24. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982; 5(6): 649-55.

25. Parkinson's Foundation. Stages of Parkinson's [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.parkinson.org/understanding-parkinsons/what-is-parkinsons/stages.

26. Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: Reliability, validity, and ordinality. Int Psychogeriatr. 1992; 4(3): 55-69.

27. Taphoorn MJB, Dirven L, Kanner AA, Lavy-Shahaf G, Lieberman FS, Plotkin SR, et al. European Association for Neuro-Oncology (EANO) guidelines for palliative care in adults with glioma. Lancet Oncol. 2017;18(6):e330-40.

28. Walbert T, Stec NE. Palliative care in brain tumors. Handb Clin Neurol. 2023; 191: 69-80.



บทที่ 4.3 การดูแลประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังระยะท้าย

พญ.อนัญพร เจนวิริยะกุล
พว.ณัฐชญา บัวละคร
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วัตถุประสงค์

- นำเสนอแนวคิดการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- องค์ประกอบสำคัญและรูปแบบในการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- บทบาทการพยาบาลประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวผู้ป่วย

• บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกโดยมีความชุกและอุบัติการณ์การเกิดที่สูงมากขึ้น ในประเทศไทยรายงานความชุกที่สูงถึงร้อยละ 17.5 หรือ 8.4 ล้านคน โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังระยะท้าย (End-Stage Kidney Disease, ESKD หรือ Chronic Kidney Disease stage 5, CKD stage 5) มีอัตราการตายและอัตราการป่วยสูงเทียบได้กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะท้าย (CKD stage 5) ได้แก่ การปลูกถ่ายไต การบำบัดทดแทนไต แต่ก็มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ปฏิเสธการรักษา หรือมีสภาวะร่างกายไม่เหมาะสมกับวิธีการดังกล่าว เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ในแง่ของการเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตอยู่หรือคุณภาพชีวิตจากการบำบัดทดแทนไต นอกจากนั้น ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตหรือไม่ได้รับต่างมีอาการไม่สุขสบาย (symptoms burden) ที่ส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตอย่างมาก

องค์การอนามัยโรคได้ให้นิยามของการดูแลประคับประคองว่าคือรูปแบบการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่เผชิญปัญหากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เพื่อที่จะป้องกันและลดความทุกข์ทรมานครอบคลุมทุกมิติ โดยที่เป็นวิธีการรักษาที่มีมานานแล้ว แต่ไม่เป็นที่รู้จักและนิยมนักในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพราะบุคลากรที่ปฏิบัติงานมักมีความเห็นว่าวิธีการนี้มีความซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องกันของหลายหน่วยงาน ความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกระบวนการและวัตถุประสงค์ของการรักษา รวมทั้งการบริหารจัดการให้เป็นระบบยังไม่ปรากฏชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบกันดีว่าโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรค ที่มีความหลากหลายและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแล

รักษาผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง คือการชะลอความเสื่อมของไต การลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง และการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ในปี 2013 คณะทำงานของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) ได้ประชุมรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญนานาชาติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและเผยแพร่ข้อแนะนำในการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตในทุกระยะของโรค โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการอาการ (symptom management) การให้ข้อมูลการดำเนินโรค (provision of prognostic information) การร่วมกันตัดสินใจในแนวทางการรักษาในระยะต่าง ๆ ของโรคและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (shared decision-making and advance care planning) การยุติการบำบัดทดแทนไต (withdrawal from dialysis) และข้อกำหนดของการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (provision of medical management without dialysis) การทำให้กระบวนการดูแลรักษาให้ได้เป้าหมายเกี่ยวเนื่องกับแง่มุมต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัว ทั้งในด้านการแพทย์ การดำรงชีวิตประจำวัน การประกอบ อาชีพ สภาพครอบครัวและสังคม ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การดำเนินโรคและผลของโรค รวมถึงแนวทางการรักษาในระยะต่าง ๆ ของโรค ดังนั้น การดูแลประคับประคองจะสามารถเข้ามามีบทบาทปิดช่องว่างของการดูแลที่ขาดหายไป เพื่อการเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาขั้นตอนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก็จะมีความราบรื่นในการดูแลมากขึ้นด้วย

• นิยามของการดูแลประคับประคองในโรคไตเรื้อรัง

1. Kidney Supportive Care (KSC) คือ แนวทางการดูแลที่เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคไต ไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อมและมีการให้การดูแลสนับสนุนผู้ดูแล/ครอบครัวของผู้ป่วย โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้มีคุณภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ผ่านการประเมินและรักษาความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้การให้การจัดการที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับมือกับการใช้ชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยตลอดจนถึงการเสียชีวิตเมื่อโรคมีการพัฒนา ดังนั้น การดูแลแนวทางนี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต แต่ควรมีให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายทุกคนตามความต้องการ

องค์ประกอบหลักของ KSC ได้แก่

- การตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making)
- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)
- การจัดการอาการ (symptoms management)
- การวางแผนในภาวะวิกฤต (crisis planning)
- การดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care)
- การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตและดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียของครอบครัว (care of the dying patient and bereavement)
- การเชื่อมโยงกับระบบบริการในชุมชน (integrating with community services)

2.2 Conservative Kidney Management (CKM) คือ การให้การดูแลที่มุ่งเน้นการประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายตามหลักการของ Kidney Supportive Care (KSC) แต่ไม่มีการบำบัดทดแทนไต ถือเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายอีกแนวทางหนึ่ง “ไม่ใช่การละทิ้งการรักษา” หรือ “การไม่ทำอะไรเลย” เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากที่สามารถมีชีวิตอยู่นานเป็นเดือนหรือหลายปีโดยไม่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตหากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการให้การดูแลแบบองค์รวมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งมีแนวทาง ดังนี้

- การชะลอการดำเนินโรคไตเสื่อมด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา
- การลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนเท่าที่สามารถทำได้
- การสนทนาและการตัดสินใจร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์
- การจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- การร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการดูแลในวาระท้ายของชีวิต
- การดูแลภาวะจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงบริบทวัฒนธรรมและการดูแลสนับสนุนครอบครัว

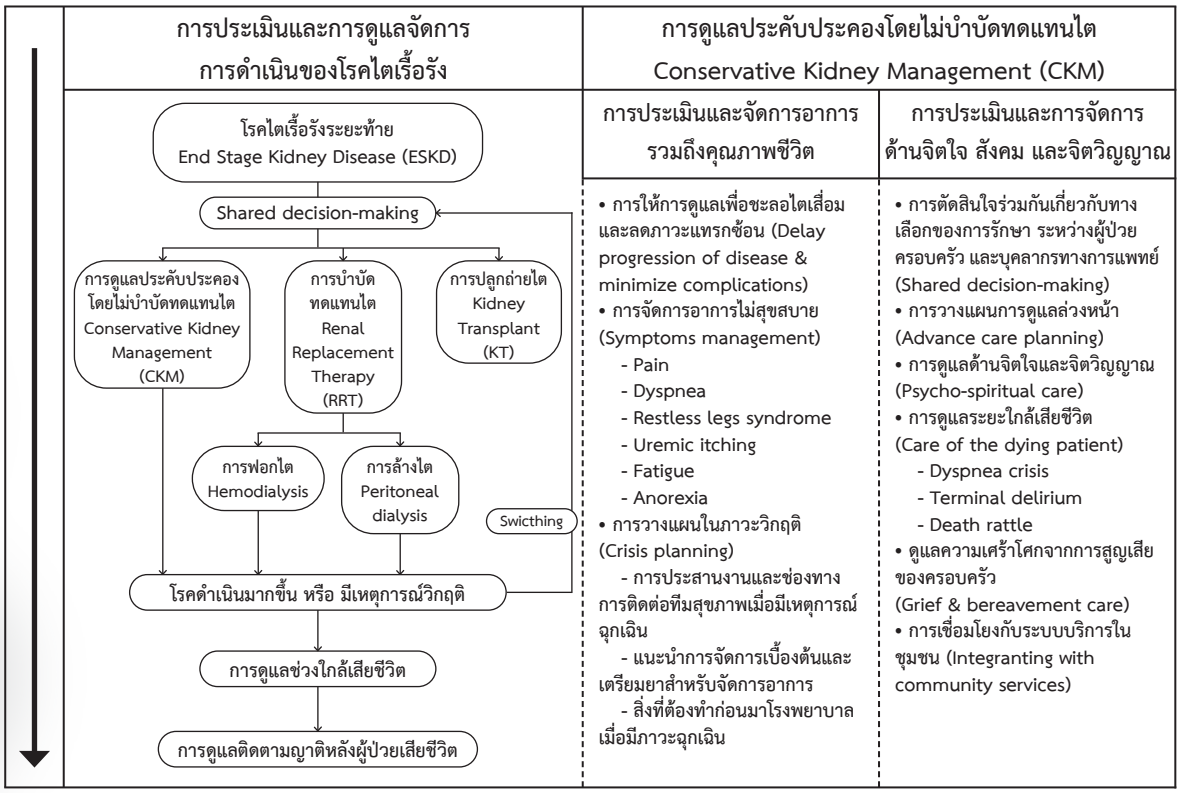
การรักษาในแนวทางนี้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของทีมดูแลไตแบบสหวิชาชีพที่มีเกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

• รูปแบบการดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

แนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย บุคลากรทางการแพทย์จำนวนหนึ่ง มีความเข้าใจว่าการดูแลแบบประคับประคองควรเริ่มต้นดูแลเมื่อหมดหนทางรักษาแล้ว แต่ในความเป็นจริงการดูแลแบบประคับประคองสามารถดูแลร่วมกับโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและโรคนั้นคุกคามต่อชีวิต การดูแลแบบประคับประคองเป็นเพียงการเปลี่ยนเป้าหมาย จากการรักษาเพื่อให้โรคหายขาดเปลี่ยนเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ กระบวนการดูแลที่สำคัญคือการบรรเทาอาการไม่สุขสบายและการเพิ่มคุณภาพชีวิต รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การดูแลแบบประคับประคองควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่จำนวนผู้ป่วยโรคนี้สูงมากในสถานพยาบาลทุกระดับ ในขณะที่จำนวนบุคลากรผู้เชียวชาญการดูแลแบบประคับประคอง (specialist palliative care) มีจำนวนจำกัด ดังนั้น เมื่อต้องการให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการเข้าถึงการดูแล จึงควรมีการพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพที่สามารถดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ซับซ้อนได้โดยจัดทีมทำงานเป็นสหวิชาชีพดูแลเฉพาะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน แต่เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่คาดการณ์ว่าระยะเวลาการมีชีวิตไม่เกินหนึ่งปี โดยที่ผู้ป่วยจะมีอาการด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจอย่างมาก ควรมีบุคลากรที่ดูแลแบบประคับประคองเฉพาะกลุ่มโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (palliative care team) ร่วมดูแลด้วย และจำเป็นต้องมีระบบที่เชื่อมต่อการทำงานของสหวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างทีมบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease care team) และทีมบุคลากรผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (palliative care team) ที่มีบทบาทดูแลเฉพาะด้าน ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องสร้างทีมและเชื่อมต่อการดูแล โดยทีมบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease care team)

จะดูแลเป็นหลักในช่วงที่โรคไตเรื้อรังไม่ซับซ้อน อาการโรคคงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยทำหน้าที่รักษาโรคไตเรื้อรังและการจัดการตัวโรคและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งการรักษาจะคู่ขนานกันไปกับการดูแลแบบประคับประคอง หากเมื่อโรคไตเรื้อรังซับซ้อนมากขึ้นและต้องการการดูแลเฉพาะทางจึงส่งต่อให้ทีมบุคลากรผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (palliative care team) ร่วมดูแลไปอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต และการดูแลยังคงมีต่อเนื่องเพื่อให้การดูแลความโศกเศร้าของครอบครัวและผู้ดูแลที่เกิดจากการสูญเสีย



ภาพที่ 4.3.1 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
หมายเหตุ. ดัดแปลงจาก "Palliative care in end stage kidney disease," โดย R. G. Fassett และคณะ, 2011, *Nephrology (Carlton), 16*(1), p. 9. ลิขสิทธิ์ปี 2011 โดย Asian Pacific Society of Nephrology.

• หลักการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย

• การค้นหาผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่บำบัดทดแทนไต (Conservative Kidney Management, CKM)

• กระบวนการสื่อสารเพื่อการตัดสินใจร่วมกันและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

• การดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

• การประเมินและการจัดการอาการไม่สุขสบายอย่างมีประสิทธิภาพ

• การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต

• การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวผู้ป่วย

• ลักษณะผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่บำบัดทดแทนไต

แพทย์เจ้าของไข้หรือทีมดูแลโรคไตเรื้อรังควรเป็นผู้เริ่มต้นคัดกรองลักษณะผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่บำบัดทดแทนไต เพื่อให้ทีมผู้รักษาและผู้ป่วยเองเกิดความคำนึงอย่างรอบคอบถึงข้อดีและข้อด้อยของการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ก่อนการตัดสินใจเลือกการรักษา โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้มีคำแนะนำเกณฑ์พิจารณาในปี พ.ศ. 2566 ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

2. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีแต่ยังไม่เกิน 80 ปี ต้องมีอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและไม่น่าจะได้ประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร

2.1 Positive surprise question หมายถึง การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะแปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 6-12 เดือนข้างหน้า

2.2 Charlson comorbidity score มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ดังตารางที่ 4.3.1

2.3 Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 ดังตารางที่ 4.3.2

2.4 มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (เช่น ระดับอัลบูมินในซีรัม น้อยกว่า 2.5 g/dL) ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

3. ผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตรใด ๆ (vegetative stage) หรือผู้ที่แพทย์หรือทีมผู้รักษาและผู้แทนโดยชอบธรรม เห็นพ้องต้องกันว่าไม่น่าจะได้รับประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต

4. ผู้ที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคไตเรื้อรังและได้รับการพิจารณาแล้วว่าโรคนั้น ๆ อยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรับการรักษาให้ดีขึ้นได้ หรือผู้ที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตได้ไม่เกิน 1 ปี

5. ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่

5.1 ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดทุกประเภทที่ตำแหน่งใดได้ และมีสภาพภายในช่องท้องหรือผนังหน้าท้องไม่เหมาะกับการล้างไตทางช่องท้อง เช่น ผู้ป่วยที่มีมีพังผืดภายในช่องท้องรุนแรง ได้รับการตรวจยืนยันว่าสูญเสียการทำงานของเยื่อบุผนังช่องท้อง ผู้ป่วยสภาพจิตบกพร่องอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ป่วยที่มีไส้เลื่อนบริเวณหน้าท้องถุงอัณฑะ หรือผู้ป่วยที่มีช่องทางติดต่อระหว่างช่องท้องกับช่องปอด (pleuroperitoneal fistula) ที่ไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้

5.2 ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง เช่น ความดันโลหิตต่ำมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไม่สามารถเปลี่ยนเป็นการล้างไตทางช่องท้องทดแทนได้

6. สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายบางรายที่รับการบำบัดทดแทนไตอยู่แล้วที่น่าจะมีความเหมาะสมในการเปลี่ยนหรือรับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองร่วมด้วย ได้แก่

6.1 ผู้ที่แสดงเจตจำนงด้วยตัวเองเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเคยแจ้งผู้แทนโดยชอบธรรมด้วยวาจาในการขอยุติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้อง

6.2 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่มีความบกพร่องในการตัดสินใจแสดงเจตจำนงด้วยตัวเองเป็นลายลักษณ์อักษรในการขอยุติการฟอกไตทุกประเภท

6.3 ผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตรใด ๆ (vegetative stage) หรือผู้ที่แพทย์หรือทีมผู้รักษาและผู้แทนโดยชอบธรรม เห็นพ้องต้องกันว่าไม่น่าจะได้รับประโยชน์จากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

6.4 ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่

6.4.1 ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดทุกประเภทที่ตำแหน่งใดได้ และมีสภาพภายในช่องท้องหรือผนังหน้าท้องไม่เหมาะกับการล้างไตทางช่องท้อง

6.4.2 ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง เช่น ความดันโลหิตต่ำมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไม่สามารถเปลี่ยนเป็นการล้างไตทางช่องท้องทดแทนได้

6.4.3 ผู้ที่ไม่ร่วมมือในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องจนอาจเกิดอันตรายร้ายแรงได้

7. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐานะ ผู้ดูแลและความเป็นอยู่ที่ไม่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย มีครอบครัวที่ซับซ้อนต้องการความช่วยเหลือ เช่น ความซับซ้อนด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ มีอาการไม่สุขสบายที่จัดการลำบากหรือรบกวนการดำเนินชีวิตอย่างมาก เป็นต้น

ตารางที่ 4.3.1 การประเมิน Charlson Comorbidity Index (CCI)

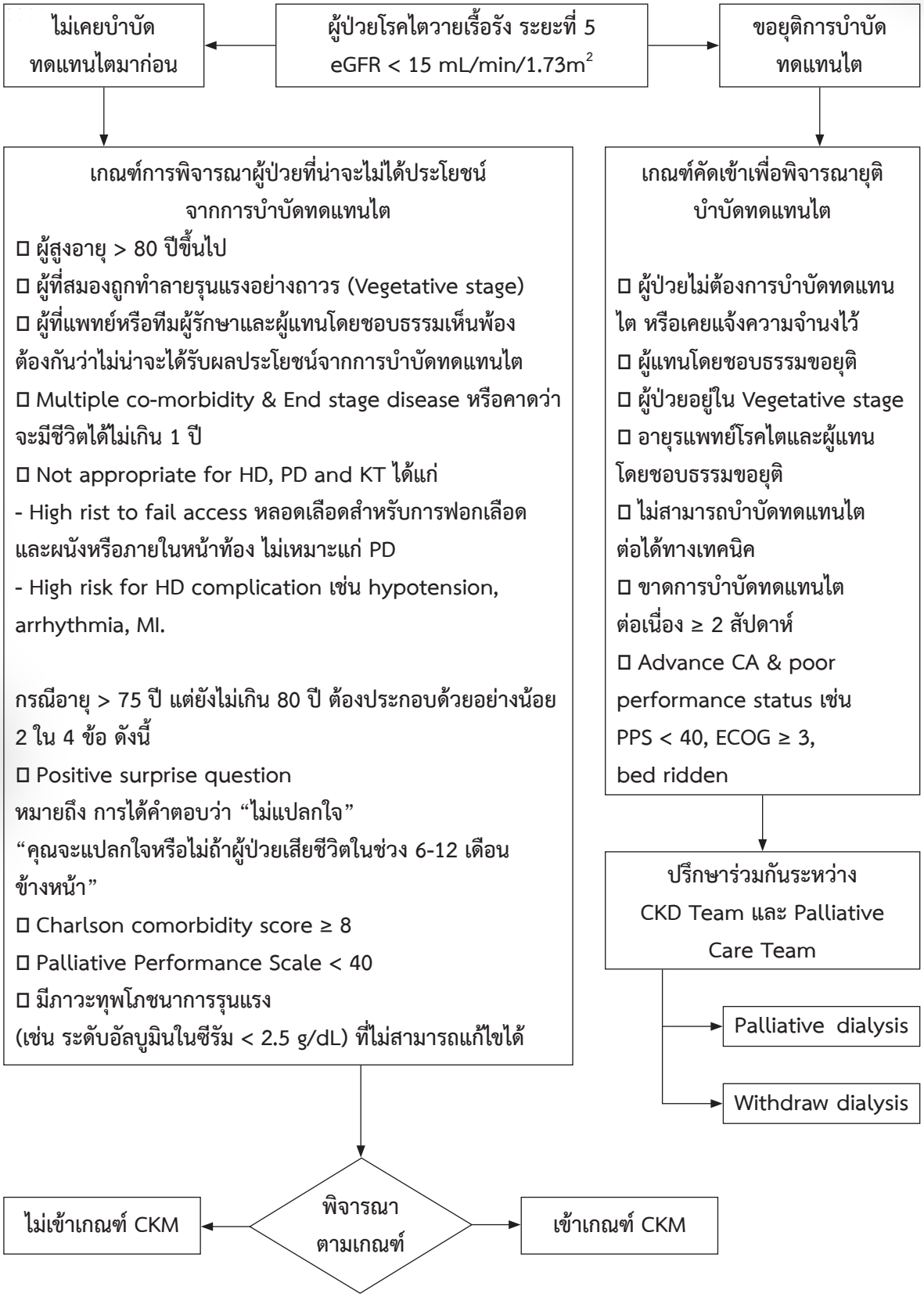
หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
ส่วนที่ 1 การประเมินจากโรคประจำตัว	
โรคหัวใจขาดเลือด (มีประวัติร่วมด้วยไม่ใช่พบเพียงการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ) ภาวะหัวใจวาย โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายผิดปกติ (รวมหลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพองขนาด > 6 ซม.) โรคหลอดเลือดแดงสมองที่มีการฟื้นตัวของการทำงานของสมองจนปกติหรือเหลือร่องรอยน้อย หรือโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว ภาวะสมองเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ไม่นับรวมกลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้ด้วยการควบคุมอาหารอย่างเดียว) โรคตับที่รุนแรงน้อย (ยังไม่มีแรงดันพอร์ทัลสูง นับรวมโรคตับอักเสบเรื้อรัง)	1 คะแนน
โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความผิดปกติของจอประสาทตา โรคไตจากเบาหวาน โรคเส้นประสาทเสื่อมจาก เบาหวาน โรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรง ปานกลางขึ้นไป โรคหลอดเลือดแดงสมองที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โรคมะเร็ง (solid tumor) ที่ไม่มีการแพร่กระจาย (ไม่นับรวมถ้าวินิจฉัยมานานเกิน 5 ปี)	2 คะแนน

หัวข้อการประเมิน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
โรคตับที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก	3 คะแนน
โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย โรคเอดส์ (ไม่นับรวมการตรวจพบ anti-HIV ในเลือดโดยไม่มีอาการ)	6 คะแนน
ส่วนที่ 2 การประเมินจากอายุ	
ทุก 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้นนับจาก 40 ปี	1 คะแนน
คะแนนรวม	

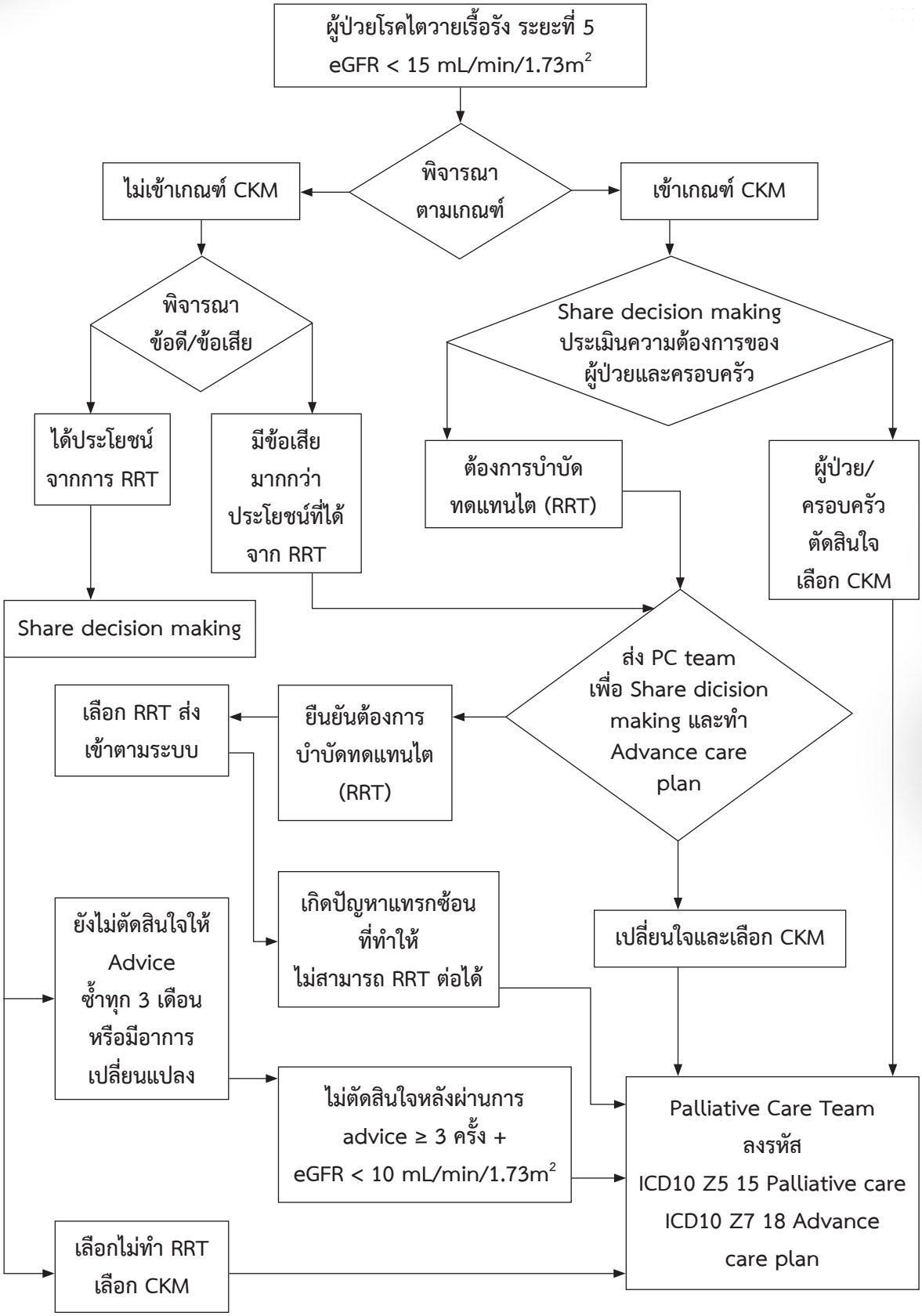
ตารางที่ 4.3.2 การประเมิน Karnofsky Performance Status Scale (KPS)

เป็นการประเมินตามความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยดูจากความสามารถในการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

100 คะแนน	ปกติ ยังไม่มีอาการของโรคต่าง ๆ
90 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องพื้นฐานได้เป็นปกติ มีอาการ อาการแสดงของโรคเล็กน้อยมาก
80 คะแนน	สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น มีอาการแสดงของโรคบางอย่าง
70 คะแนน	สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมอื่นได้
60 คะแนน	สามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวของตนได้เป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางโอกาส
50 คะแนน	ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก และต้องได้รับการรักษา การตรวจจากแพทย์บ่อยครั้ง
40 คะแนน	ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือพิเศษ
30 คะแนน	ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย จำเป็นต้องได้รับการดูแลภายใน โรงพยาบาล
20 คะแนน	ป่วยหนัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในโรงพยาบาลแบบ active support
10 คะแนน	ใกล้เสียชีวิต หรือมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว
0 คะแนน	เสียชีวิต



ภาพที่ 4.3.2 แผนผังการบูรณาการเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการดูแลประคับประคองในโรคไตเรื้อรังระยะท้ายของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ภาพที่ 4.3.3 แผนผังการบูรณาการแนวทางการทำงานสำหรับการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

• กระบวนการสื่อสารเพื่อการตัดสินใจร่วมกันและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

กระบวนการสื่อสารถือเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับทราบข้อมูลการดำเนินโรคทางการแพทย์ ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่ซับซ้อน เพื่อให้การตัดสินใจสอดคล้องกับเป้าหมาย คุณค่า และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง กระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมีหัวใจหลักคือ **การตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making, SDM) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP)**

1. การตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making, SDM)

คือกระบวนการที่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว แลกเปลี่ยนข้อมูลและทำงานร่วมกันเพื่อตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา โดยเป้าหมายไม่ใช่เพียงการเลือกวิธีการรักษา แต่เป็นการเลือกหนทางที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต คุณค่า และเป้าหมายของผู้ป่วยมากที่สุด กระบวนการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นเจ้าของในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพิ่มความพึงพอใจ และลดความขัดแย้งในการตัดสินใจ

แบบจำลองที่นิยมนำมาใช้ในกระบวนการ SDM คือ "3-Talk Model" ซึ่งประกอบด้วย

• **Choice Talk:** การสร้างความตระหนักว่ามีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลาย และเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

• **Option Talk:** การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ อย่างละเอียดและเท่าเทียม ทั้งข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง และผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยอาจใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ (Patient Decision Aids: PDAs) เช่น แผ่นพับ วิดีโอ หรือแบบประเมิน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจนขึ้น

• **Decision Talk:** การสนับสนุนให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกต่างๆ โดยอิงจากคุณค่าและความต้องการของตนเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจสุดท้ายร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม การนำแบบจำลอง SDM ที่พัฒนาขึ้นในวัฒนธรรมตะวันตกซึ่งเน้นความเป็นปัจเจกบุคคล (individual autonomy) มาใช้โดยตรงในบริบทของสังคมไทยอาจไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร วัฒนธรรมไทยและเอเชียส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในครอบครัวและความปรองดองเป็นหลัก ดังนั้น การตัดสินใจเรื่องสำคัญ ๆ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ จึงมักเป็นการตัดสินใจร่วมกันของทั้งครอบครัว แนวปฏิบัติของประเทศไทยจึงเน้นย้ำเสมอถึงการมีส่วนร่วมของ “ผู้ป่วยและครอบครัว” และบทบาทของ “ผู้แทนโดยชอบธรรม” ซึ่งการปรับกระบวนทัศน์จาก “การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered)” ไปสู่ “การมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ (patient-focused, family-integrated)” จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ทีมบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการสนทนาที่มีคุณภาพนี้

ตารางที่ 4.3.3 ข้อดี-ข้อด้อยของแนวทางการรักษาด้วยวิธีการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการดูแลประคับประคอง

วิธีการรักษา	ข้อดี	ข้อด้อย
การฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม HD	- ไม่ต้องทำเอง - โอกาสติดเชื้อน้อย - ใช้เวลาฟอก 4 ชม./ครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 วัน	- มีการผ่าตัดทำเส้นเลือด ใช้เวลาเตรียมก่อนฟอก 4-6 เดือน - ต้องไปตามนัดที่ฟอกไตสม่ำเสมอ - มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเรื่องค่าเดินทาง - ไปธุระหรือไปเที่ยวไกล ๆ หลายวันไม่ได้ (ต้องหาที่ฟอกไต) - มีโอกาสเกิดภาวะความดันต่ำได้ง่ายกว่าวิธีอื่น - หากมีโรคหัวใจที่รุนแรง หรือสภาวะร่างกายที่เปราะบางมาก อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกไต
การล้างไตทางช่องท้อง PD	- ไม่ต้องไป รพ. บ่อยเนื่องจากสามารถทำได้เองที่บ้าน - โอกาสติดเชื้อน้อยมาก หากทำถูกต้องตามขั้นตอน - ไม่เสี่ยงต่อความดันตกขณะฟอก - จำกัดน้ำหรืออาหารน้อยกว่า ทำวันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที - สามารถพกอุปกรณ์ไปสถานที่ไกล ๆ	- มีการผ่าตัดทำสายล้างไตทางช่องท้อง ใช้เวลาเตรียมก่อนเริ่มฟอก 4-6 สัปดาห์ - ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองลำบาก ต้องมีผู้ดูแลช่วยทำให้ - ต้องนำน้ำยาติดตัวไปด้วยถ้าเดินทางออกนอกพื้นที่ที่ต้องพักค้างคืน - ผู้ที่มีรอยโรคในช่องท้อง มีการผ่าตัดมาก่อน อาจไม่สามารถทำวิธีนี้ได้
การดูแลประคับประคอง CKM	- ติดตามอาการตามนัด 2-3 เดือน - เป็นอิสระ ไม่มีอุปกรณ์ติดตัวหรือต้องผ่าตัด - การจำกัดอาหารและน้ำน้อยกว่าวิธีอื่น - สามารถเดินทางไกล ๆ ได้เท่าที่สมรรถนะร่างกายไหว	- อาการบางอย่างอาจมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต - ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่น้อยกว่า โดยเฉลี่ยหลังที่ eGFR < 15 mg/mmol จะมี survival time ประมาณ 12-18 เดือน

2. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP): การวางแผนเพื่ออนาคตที่ไม่แน่นอน

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) คือกระบวนการสื่อสารและปรึกษาหารือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความต้องการเกี่ยวกับการดูแลรักษาในอนาคต หากถึงจุดหนึ่งผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ACP ไม่ใช่แค่การทำเอกสาร "หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย" (Living Will) แต่เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เน้นการทำความเข้าใจเป้าหมายและคุณค่าของผู้ป่วยเป็นหลัก

ACP จึงเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญจากกระบวนการ SDM ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การเลือกปฏิเสธการรักษาที่รุกราน (เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ) การเลือกสถานที่ดูแลในวาระสุดท้าย และการแต่งตั้งตัวแทนการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดภาระทางอารมณ์ของครอบครัวและทำให้มั่นใจได้ว่าการดูแลจะเป็นไปตามเจตจำนงของผู้ป่วย

3. ขั้นตอนการสื่อสารแบบองค์รวม: จาก SDM สู่ ACP

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยโครงสร้างและทักษะที่เหมาะสม Serious Illness Conversation Guide (SICG) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยในประเด็นที่เปราะบางได้อย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 การเริ่มต้นบทสนทนา (set up the conversation): แนะนำวัตถุประสงค์ของการพูดคุยและขออนุญาตผู้ป่วย เพื่อสร้างพื้นที่ที่ปลอดภัยและแสดงความเคารพ

3.2 การประเมินความเข้าใจ (assess understanding): สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้การสื่อสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3.3 การให้ข้อมูลพยากรณ์โรค (share prognosis): ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มของโรคอย่างตรงไปตรงมาแต่เปี่ยมด้วยความเห็นอกเห็นใจ อาจใช้เทคนิค "Wish-Worry-Wonder" (หมอหวังว่า... แต่หมอกังวลว่า... หมอจึงสงสัยว่า...) เพื่อเชื่อมโยงความคาดหวังกับความเป็นจริง

3.4 การสำรวจประเด็นสำคัญ (explore key topics): ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อสำรวจเป้าหมาย ความกลัว ความหวัง สิ่งที่เป็นพลังใจ และสิ่งที่ผู้ป่วยยอมรับไม่ได้หากต้องสูญเสียความสามารถบางอย่างไป

3.5 การปิดบทสนทนา (close the conversation): สรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกัน ให้คำแนะนำตามเป้าหมายของผู้ป่วย และยืนยันความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดในทุกสถานการณ์

ตลอดกระบวนการ ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) และการแสดงความเข้าอกเข้าใจ (empathy) โดยใช้เทคนิค "NURSE" (Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring) จะช่วยสร้างความไว้วางใจและทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริง

• การดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การดูแลเชิงรุกเพื่อชะลอการเสื่อมถอยของอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วย ESKD ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง (CKM) มุ่งเน้นที่การจัดการภาวะแทรกซ้อนเมตาบอลิกของไตวายโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตเป็นสำคัญ ยาและมาตรการที่ใช้ควรมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการและปกป้องการทำงานของไตระยะสั้น ดังนี้

• การควบคุมความดันโลหิต เป้าหมายหลักคือการเพิ่มสมรรถภาพกาย-ใจและลดความเสี่ยงการล้ม ไม่ใช่การชะลอการเสื่อมของไตหรือป้องกันโรคหัวใจ คำแนะนำคือ ปรับเป้าความดันโลหิตเป็น ≤ 160/90 mmHg สำหรับผู้ป่วย CKM ทั่วไป (รวมผู้ป่วยเบาหวาน) พิจารณาใช้ยาขับปัสสาวะเพื่อบรรเทาอาการบวมน้ำ (volume overload) และต้องแนะนำให้ผู้ป่วยจำกัดโซเดียมไม่เกิน 2 g/วัน

• อาการซีด โลหิตจางก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลียและหายใจไม่อิ่ม วัตถุประสงค์คือบรรเทาอาการ โดยเสริมธาตุเหล็กโดยให้เป้าหมาย TSAT > 20% และ Ferritin < 200 ng/mL และให้มีตรวจ Hb และดัชนีธาตุเหล็กทุก 3–6 เดือนตามอาการ พิจารณาใช้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoiesis-stimulating agents: ESAs) เพื่อเป้าหมายHb 9-12 g/dL โดยดูจากการตอบสนองของอาการ หยุดการรักษาเมื่อผู้ป่วยอยู่ในช่วงท้ายของชีวิต

• ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) แนะนำให้จำกัดอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง, ใช้ยาจับโพแทสเซียม (เช่น sodium polystyrene sulfonate) ลดหรือหยุดยาที่ทำให้โพแทสเซียมสูง (เช่น ACEi, ARBs, NSAIDs) หยุดการติดตามและจัดการเมื่อผู้ป่วยอยู่ในช่วงท้ายของชีวิต

• ภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis) มีเป้าหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และอาจช่วยลดอาการอ่อนเพลีย การสูญเสียกระดูกและกล้ามเนื้อ พิจารณาให้โซเดียมไบคาร์บอเนตเพื่อรักษาระดับไบคาร์บอเนตในเลือด ≥ 22 mmol/l หยุดการรักษาหากเป็นภาระด้านยามากเกินไป หรือเมื่อผู้ป่วยอยู่ในช่วงท้ายของชีวิต

• ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (hyperphosphatemia) การรักษามุ่งเน้นการบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้อง (เช่น RLS, ปวดกล้ามเนื้อ) และส่งเสริมโภชนาการ แนะนำให้จำกัดอาหารที่มีฟอสฟอรัส (อย่างระมัดระวังเพื่อรักษาภาวะโภชนาการ) และใช้ยาจับฟอสเฟตพร้อมมื้ออาหาร (เช่น calcium carbonate 500-1500 มก. วันละ 1-3 ครั้ง) เป้าหมายคือการบรรเทาอาการ ไม่ใช่การทำให้ค่าเลือดเป็นปกติ

• วิตามินดี (vitamin d) อาจมีบทบาทในการบรรเทาอาการอ่อนเพลีย อ่อนแรง และการสูญเสียกล้ามเนื้อ อาจพิจารณาให้ active vitamin d ในขนาดต่ำ (เช่น calcitriol 0.25 มคก. ทุก 1-2 วัน) ไม่มีความจำเป็นต้องติดตามระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมน

• การประเมินและการจัดการอาการไม่สุขสบายอย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะท้าย (End Stage Kidney Failure, ESKD) พวกเขาต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ โดยเฉลี่ยถึง 6-20 อาการพร้อมกัน อาการที่พบบ่อยและมีความชุกสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลียหรือหมดแรง (ร้อยละ 81) รู้สึกง่วงซึม (ร้อยละ 75) ปวด (ร้อยละ 65) อาการคัน (Pruritus) (ร้อยละ 61) และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 57) อาการเหล่านี้เป็นผลพวงจากปัจจัยที่ซับซ้อน ทั้งจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเอง ผลข้างเคียงของยา โรคร่วม และความเสื่อมตามวัย ซึ่งอาการจะทวีความรุนแรงขึ้นตามการทำงานของไตที่ลดลง และส่งผลโดยตรงต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการจัดการอาการคือ การที่ผู้ป่วยไม่บอกเล่าอาการของตนเอง และในขณะเดียวกันทีมผู้รักษาก็ไม่ได้สอบถามอย่างจริงจัง การขาดการสื่อสารนี้ส่งผลให้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยถูกมองข้าม และที่สำคัญคือทำให้อาการเฉียบพลัน เช่น อาการปวด ไม่ได้รับการจัดการอย่างทันท่วงที จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาท และพัฒนาไปสู่ภาวะปวดเรื้อรังซึ่งจัดการได้ยากกว่า ดังนั้น การประเมินอาการอย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานเป็นความจำเป็นทางคลินิก แนวปฏิบัติของประเทศไทยและนานาชาติต่างแนะนำให้มีการคัดกรองอาการอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครื่องมือที่แนะนำและมีการใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่

• **Edmonton Symptom Assessment System revised: Renal (ESAS-r: R):** เป็นเครื่องมือที่เรียบง่ายแต่ทรงพลัง ประกอบด้วยมาตรวัด 10 อาการที่พบบ่อย โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนความรุนแรงจาก 0 (ไม่มีอาการ) ถึง 10 (รุนแรงที่สุด) ทำให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาระอาการได้อย่างต่อเนื่อง

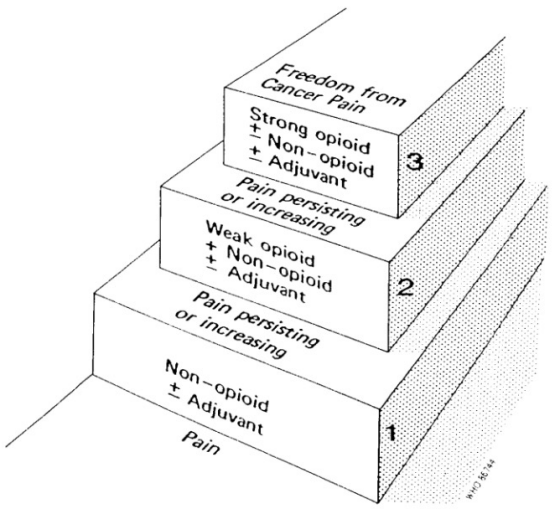
• **Integrated Palliative care Outcome Scale I-POS (Renal):** เป็นเครื่องมือที่ครอบคลุมมากกว่า โดยประเมินอาการต่าง ๆ ด้วยมาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ และยังมีคำถามที่ครอบคลุมมิติทางจิตสังคมและจิตวิญญาณด้วย

สำหรับการประเมินอาการปวดโดยเฉพาะ การใช้เพียงแค่มาตรวัดความรุนแรงอาจไม่เพียงพอ การประเมินที่ลึกซึ้งและครอบคลุมควรใช้หลักการ "PQRST" เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับวางแผนการรักษาที่แม่นยำ:

• **P (Provokes/Palliates):** อะไรเป็นตัวกระตุ้นให้อาการปวดกำเริบ และอะไรที่ช่วยบรรเทา
• **Q (Quality):** ลักษณะของอาการปวดเป็นอย่างไร (เช่น ปวดตุบ ๆ ปวดแสบปวดร้อน)
• **R (Region/Radiation):** ตำแหน่งของอาการปวด และมีการปวดร้าวไปที่ใดหรือไม่
• **S (Severity):** ความรุนแรงของอาการปวด (มักใช้คะแนน 0-10)
• **T (Time):** อาการปวดเริ่มเมื่อไหร่ เป็นตลอดเวลาหรือไม่ และสัมพันธ์กับช่วงเวลาหรือกิจกรรมใด

1. การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุดคือการจำแนกชนิดของอาการปวดระหว่าง nociceptive pain (เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย) และ neuropathic pain (เกิดจากเส้นประสาทถูกทำลาย) เพราะมีแนวทางการใช้ยาที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ในกรณีที่มีอาการปวดแบบผสม (mixed-type pain) ควรให้ความสำคัญกับการรักษาอาการปวดจากเส้นประสาทด้วยยาเสริม (adjuvant therapy) เป็นอันดับแรก เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์เกินความจำเป็น แนวทางการจัดการอาการปวดแบบ nociceptive ยึดตามหลักการ **บันไดระงับปวด 3 ขั้นขององค์การอนามัยโลก (adapted WHO analgesic ladder) ดังภาพที่ 4.3.4**



ภาพที่ 4.3.4 บันไดการใช้ยาระงับปวดขององค์การอนามัยโลก

ประเด็นสำคัญในการเลือกใช้ยาแก้ปวดคือการพิจารณาอย่างรอบด้านถึงความปลอดภัยและประสิทธิผลในบริบทของประเทศไทยแม้ว่าหลักฐานสากลจะแนะนำให้เลือกใช้ยาโอปิออยด์ที่มีสารเมตาบอไลต์ไม่ก่อให้เกิดพิษ (inactive metabolites) เช่น fentanyl หรือ hydromorphone แต่ในทางปฏิบัติ morphine เป็นยาที่หาได้ง่ายกว่าในสถานพยาบาลหลายแห่ง ดังนั้น แทนที่จะหลีกเลี่ยงโดยสิ้นเชิง แนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้ให้คำแนะนำที่สมดุลและใช้ได้จริง คือสามารถใช้ morphine ได้ แต่ต้องเริ่มต้นในขนาดที่ต่ำมาก (start low) และค่อย ๆ ปรับเพิ่มอย่างช้า ๆ (go slow) โดยเริ่มที่ขนาด 0.5-1 mg SC/IV หรือ 1-2.5 mg รับประทาน และเฝ้าระวังอาการพิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity) เช่น อาการกล้ามเนื้อกระตุก (myoclonus) และภาวะสับสนอย่างใกล้ชิด เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจน ดังตารางที่ 4.3.4 ได้สังเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาแก้ปวดที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย

ตารางที่ 4.3.4 แนวทางการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย

ยา	ขนาดยาเริ่มต้น	การปรับยาตาม eGFR	สารเมตาบอไลต์ที่สำคัญและความเสี่ยง	การกำจัดออกด้วยการล้างไต	ข้อควรระวังทางคลินิก
paracetamol non-opioid	500 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง	ไม่จำเป็นต้องปรับขนาด	ปลอดภัยในขนาดที่แนะนำ	ถูกกำจัดโดย HD	ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 3 กรัม/วัน เพื่อเลี่ยงพิษต่อตับ
topical NSAIDS non-opioid	ทาบริเวณที่มีอาการ 3-4 ครั้ง/วัน	ไม่จำเป็นต้องปรับขนาด	ดูดซึมเข้าระบบน้อย	ไม่มีผล	ปลอดภัยกว่ายารับประทาน แต่ควรใช้เฉพาะที่
tramadol weak opioid	50 mg ทุก 12 ชั่วโมง Max dose: 100 mg ต่อวัน	eGFR < 30: ลดความถี่, eGFR < 10: ไม่แนะนำ	M1 (active) สะสม, เพิ่มความเสี่ยงต่ออาการชักและ Serotonin Syndrome	ถูกกำจัดโดย HD	ควรใช้อย่างระมัดระวังอย่างยิ่งหรือหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยไตวายระยะท้าย
morphine strong opioid	IR: 1-2.5 mg ทุก 6 ชม. หรือ IV/SC: 0.5-1 mg ทุก 4-6 ชม.	eGFR 10-50: ลด 50%, GFR < 10: ลด 75%	M6G (active) สะสม, ก่อให้เกิดพิษต่อระบบประสาท (กดการหายใจ, สับสน, กล้ามเนื้อกระตุก)	ถูกกำจัดโดย HD	ใช้เมื่อไม่มีทางเลือกอื่น โดยเริ่มขนาดต่ำและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
fentanyl strong opioid	Patch: 12 mcg/hr ทุก 72 ชม., IV/SC: 10-25 mcg prn	eGFR < 50: ลด 25-50%	Norfentanyl (inactive)	ไม่ถูกกำจัดโดยการล้างไต	เป็นยาที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยไตวาย แต่ต้องระวังในผู้ที่ไม่เคยใช้โอปิออยด์ โดยเฉพาะแบบ patch ไม่ควรเป็นตัวแรกที่ใช้ เพราะไม่ออกฤทธิ์ทันที และคงอยู่ยาว 48-72 ชั่วโมง

ยา	ขนาดยาเริ่มต้น	การปรับยาตาม eGFR	สารเมตาบอไลต์ที่สำคัญและความเสี่ยง	การกำจัดออกด้วยการล้างไต	ข้อควรระวังทางคลินิก
oxycodone strong opioid	IR: 2.5 mg ทุก 6 ชม.	GFR < 50: ลด 25-50%	Noroxycodone, Oxymorphone (active) สะสม	ไม่ทราบแน่ชัด	ข้อมูลความปลอดภัยจำกัด ควรใช้อย่างระมัดระวังและเริ่มขนาดต่ำ
gabapentin adjuvant	100 mg ก่อนนอน วันเว้นวัน หรือ 50 mg ก่อนนอน	GFR 15-29: 100-700 mg/วัน, GFR < 15: 100-300 mg/วัน	ไม่มี	ถูกกำจัดโดย HD, ต้องให้ยาเสริมหลังฟอกเลือด	ปรับยาช้า ๆ ทุกสัปดาห์เพื่อลดอาการข้างเคียง (ง่วงซึม เวียนศีรษะ)
pregabalin adjuvant	25 mg ก่อนนอน	GFR 15-29: 25-75 mg/วัน, GFR < 15: 25-50 mg/วัน	ไม่มี	ถูกกำจัดโดย HD, ต้องให้ยาเสริมหลังฟอกเลือด	คล้าย gabapentin แต่มีแนวโน้มเกิดอาการข้างเคียงน้อยกว่า
nortriptyline adjuvant (tca)	10 mg ก่อนนอน	ไม่จำเป็นต้องปรับขนาด	Active metabolites	ไม่ถูกกำจัดโดยการล้างไต	เป็น TCA ที่แนะนำเนื่องจากอาการข้างเคียง (anticholinergic side effect) น้อยกว่า Amitriptyline

*หมายเหตุ mg = หน่วยมิลลิกรัม, mcg = หน่วยไมโครกรัม

2. การจัดการอาการอื่นที่พบบ่อย

นอกเหนือจากอาการปวด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายยังต้องเผชิญกับอาการอื่น ๆ ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 4.3.5 การจัดการอาการเหล่านี้ควรเป็นไปตามแนวทางแบบขั้นบันได คือ 1) ประเมินและจัดการสาเหตุที่แก้ไขได้ 2) ใช้การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นอันดับแรก และ 3) พิจารณาการใช้ยาเมื่อจำเป็น

ตารางที่ 4.3.5 การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ค้นหาและแก้ไขสาเหตุ/สิ่งกระตุ้น	การจัดการโดยไม่ใช้ยา	การจัดการโดยใช้ยา	ข้อควรพิจารณา
กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข (restless legs syndrome)			
ลดหรือหยุดยาที่เป็นสาเหตุ (เช่น dopamine antagonists, ยาต้านเศร้า, โอปิออยด์) แก้ไขภาวะขาดธาตุเหล็ก โลหิตจาง และฟอสเฟตในเลือดสูง	หลีกเลี่ยงสารกระตุ้น (แอลกอฮอล์คาเฟอีน) ทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิ (เช่น เล่นเกมไขปริศนา) ส่งเสริมสุขอนามัยการนอนที่ดี ออกกำลังกายแบบแอโรบิกและยืดกล้ามเนื้อ	**ทางเลือกที่ 1:** gabapentin 50-300 mg รับประทานก่อนนอน (โดยเฉพาะหากมีอาการคัน นอนไม่หลับ หรือปวดเส้นประสาทร่วมด้วย) **ทางเลือกที่ 2:** dopamine agonists (เช่น pramipexole รับประทาน 0.125-0.75mg ต่อวัน, ropinirole รับประทาน 0.25-2 mg ต่อวัน) **ทางเลือกที่ 3:** carbamazepine รับประทาน 100-400 mg ก่อนนอน **ช่วงใกล้เสียชีวิต:** แนะนำเปลี่ยนเป็น midazolam 1 mg SC/IV ทุก 4 ชม. หรือ 5-10 mg CSCI/IV dripใน 24 ชั่วโมง	dopamine agonists อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ carbamazepine มีความเสี่ยงต่อปฏิกิริยาทางผิวหนังรุนแรง ไม่แนะนำให้ใช้ benzodiazepines เป็นประจำ เนื่องจากเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แต่อาจพิจารณาในรายที่มีอาการรุนแรง
อาการคันจากภาวะยูรีเมีย (uremic pruritus)			
ประเมินตำแหน่ง ระยะเวลา สิ่งกระตุ้น แก้ไขภาวะขาดธาตุเหล็ก โลหิตจาง ฟอสเฟตในเลือดสูง แคลเซียมในเลือดสูง พิจารณาสาเหตุอื่น เช่น ผิวแห้ง แพ้ยา ภูมิแพ้ หรือโรคตับ	ดูแลผิวให้ชุ่มชื้น หลีกเลี่ยงสบู่/น้ำหอม/น้ำอุ่น/เสื้อผ้าที่รัดแน่น อยู่ในที่อากาศเย็น ถ่ายเท ตัดเล็บให้สั้นพิจารณาการบำบัดด้วยแสง (uvb) หรือการฝังเข็ม	**เฉพาะที่:** capsaicin 0.025%-0.03%, hydrocortisone 1%/pramoxine 1%, ครีม menthol/camphor/phenol **ทั่วร่างกาย (systemic):** **ทางเลือกที่ 1:** gabapentin 50-300 mg รับประทานก่อนนอน **ทางเลือกที่ 2:** doxepin 10 mg หรือ amitriptyline 10-25 mg รับประทานก่อนนอน **อื่นๆ:** sertraline 25 mg รับประทานต่อวัน (หากมีภาวะซึมเศร้าร่วม)	ผลข้างเคียงของ gabapentin คืออาการง่วงซึม เวียนศีรษะ สับสน ยาในกลุ่ม tricyclic antidepressant อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ anticholinergic โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

ค้นหาและแก้ไขสาเหตุ/สิ่งกระตุ้น	การจัดการโดยไม่ใช้ยา	การจัดการโดยใช้ยา	ข้อควรพิจารณา
คลื่นไส้และอาเจียน (nausea & vomiting)			
จัดการภาวะท้องผูก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อย ลดหรือหยุดยาที่เป็นสาเหตุ (เช่น ธาตุเหล็ก, โอปิออยด์, SSRIs)	ดูแลสุขอนามัยในช่องปาก รับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ บ่อย ๆ และช้า ๆ หลีกเลี่ยงอาหารมัน รสจัด หรือหวานจัด และกลิ่นรุนแรง นั่งในท่าตรงหลังรับประทานอาหารพิจารณาการบำบัดทางเลือก เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การกดจุด การใช้ขิง	**ทางเลือกที่ 1:** ondansetron 4-8 mg รับประทานทุก 8 ชม. (ยกเว้นกรณีลำไส้เคลื่อนไหวช้า) **ทางเลือกที่ 2:** metoclopramide 2.5 mg รับประทานทุก 4 ชม. (เป็นทางเลือกแรกสำหรับภาวะลำไส้เคลื่อนไหวช้า) **ทางเลือกที่ 3:** haloperidol 0.5 mg หรือ olanzapine 2.5 mg รับประทานทุก 8 ชม.	ondansetron อาจทำให้ท้องผูก หลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม dopamine antagonists (haloperidol, metoclopramide, olanzapine) ร่วมกัน เพราะอาจทำให้อาการ RLS แย่ลงและเกิดอาการนอกระบบประสาทได้
อาการหายใจลำบาก (dyspnea)			
ประเมินและจัดการภาวะวิตกกังวล โลหิตจาง ภาวะน้ำเกินในปอด และการติดเชื้อ	นั่งในท่าศีรษะสูง 45 องศา ใช้พัดลมเป่าลมเบา ๆ ที่ใบหน้า หรืออยู่ในที่ที่มีความชื้น ฝึกการหายใจแบบห่อปาก (pursed lip breathing) ให้ออกซิเจนเสริม จำกัดโซเดียมและของเหลวหากมีภาวะน้ำเกิน	**สำหรับภาวะน้ำเกิน:** ยาขับปัสสาวะกลุ่ม loop diuretic (furosemide) **สำหรับอาการหอบเหนื่อยที่ไม่ตอบสนอง (โดยเฉพาะช่วงท้ายของชีวิต):** ยาโอปิออยด์ในขนาดต่ำเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด **- อาการเป็นครั้งคราว:** fentanyl 12.5 mcg ใต้ผิวหนังหรือใต้ลิ้น **- อาการต่อเนื่อง:** hydromorphone 0.5 mg รับประทาน หรือ morphine 1-2.5 mg ฉีดใต้ผิวหนังทุก 4-6 ชั่วโมง	ควรเริ่มยาโอปิออยด์ในขนาดต่ำและเฝ้าระวังผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีการสะสมของสารเมตาบอไลต์ fentanyl ออกฤทธิ์เร็ว เหมาะสำหรับอาการหอบที่คาดการณ์ได้
อาการหายใจลำบาก (dyspnea)			
แก้ไขภาวะขาดวิตามินดี ภาวะเลือดเป็นกรด โลหิตจาง ฟอสเฟตในเลือดสูง ภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ และโรคทางอารมณ์	**อ่อนเพลีย:** ออกกำลังกายเท่าที่ทำได้ เพิ่มประสิทธิภาพโภชนาการและสารน้ำ ใช้กลยุทธ์การสงวนพลังงาน **นอนไม่หลับ:** ส่งเสริมสุขอนามัยการนอนที่ดี (หลีกเลี่ยงสารกระตุ้น งดงีบกลางวัน)	**ทางเลือกที่ 1:** gabapentin ขนาดต่ำ (50-300 mg) ก่อนนอน (หากมีอาการปวดเส้นประสาท, RLS, หรือคันร่วมด้วย) **ทางเลือกที่ 2:** doxepin 10 mg ก่อนนอน (หากมีอาการคันหรือปวดเส้นประสาทร่วมด้วย)	ควรประเมินยาซ้ำหลังใช้ 2-4 สัปดาห์ หลีกเลี่ยงยานอนหลับที่หาซื้อเองและยาในกลุ่ม benzodiazepines หากเป็นไปได้ ควรใช้ยาในระยะสั้นเท่านั้น

ค้นหาและแก้ไขสาเหตุ/สิ่งกระตุ้น	การจัดการโดยไม่ใช้ยา	การจัดการโดยใช้ยา	ข้อควรพิจารณา
จัดการอาการอื่นที่เป็นสาเหตุ (เช่น rls, ปวด, คัน)	พิจารณาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cbt) หรือการบำบัดเสริม (กดจุด นวด ฝังเข็ม)	**ทางเลือกที่ 3:** พิจารณา mirtazapine 7.5 mg, zopiclone 3.75-5 mg หรือ melatonin 2-5 mg ก่อนนอน	

**หมายเหตุ SC= subcutaneous route, IV = intravenous route, CSCI = continous subcutaneous route, mg = หน่วยมิลลิกรัม, mcg = หน่วยไมโครกรัม*

• การดูแลในวาระสุดท้ายชีวิต

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นการเปลี่ยนผ่านเป้าหมายจากการยืดชีวิตไปสู่การสร้างความสุขสบายสูงสุด การสื่อสารอย่างเปิดเผยและเห็นอกเห็นใจกับครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการนี้

• **การวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต (diagnosing the dying phase):** การที่ทีมผู้รักษาสามารถระบุและสื่อสารได้ว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (คาดว่าจะมีชีวิตอยู่เป็นหลักชั่วโมงถึงวัน) เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ ซึ่งช่วยให้ทั้งทีมและครอบครัวสามารถปรับเป้าหมายการดูแลมาเน้นที่ความสุขสบายได้อย่างเต็มที่

• **การสื่อสารกับครอบครัว:** ควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นจริงเกี่ยวกับพยากรณ์โรคและสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัสสาวะแล้ว หลังหยุดการฟอกเลือดมักจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 7-10 วัน การให้ข้อมูลนี้ช่วยลดความไม่แน่นอนและเตรียมความพร้อมให้ครอบครัว

• **การยุติการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์:** การตัดสินใจยุติการรักษาบางอย่างไม่ใช่การทอดทิ้งผู้ป่วย แต่เป็นการเลือกที่จะไม่สร้างความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็น โดยมีเหตุผลทางคลินิกรองรับอย่างชัดเจน

- สารน้ำทางหลอดเลือดดำและโภชนาการ: การให้สารน้ำอาจทำให้เกิดภาวะบวมและน้ำท่วมปอด ทำให้อาการหอบเหนื่อยแย่ลง ส่วนความอยากอาหารที่ลดลงเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของร่างกายในระยะท้าย

- การตรวจติดตามสัญญาณชีพและผลเลือด: การยุติการตรวจวัดเหล่านี้ช่วยลดการรบกวนผู้ป่วย และเปลี่ยนจุดสนใจจากการ "รักษาตัวเลข" มาเป็นการ "รักษาอาการ" ของผู้ป่วย

- การดูดเสมหะ: เป็นหัตถการที่สร้างความไม่สุขสบายอย่างมาก ควรหลีกเลี่ยงเว้นแต่ผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวดีเป็นผู้ร้องขอ

• **การจัดการอาการในระยะสุดท้าย:** อาการต่าง ๆ เช่น ปวด หอบเหนื่อย เสียงเสมหะดัง (death rattle) และอาการกระสับกระส่าย สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยยาในรูปแบบฉีดใต้ผิวหนัง (SC) หรือทางหลอดเลือดดำ (IV) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ดังตารางที่ 4.3.6

ตารางที่ 4.3.6 การจัดการอาการที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิต

อาการ	ยาและการบริหารยา
ปวด และ/หรือ หายใจไม่อิ่ม	**Morphine** 1 mg IV/SC prn q 4 hr และ/หรือ 5-10 mg SC drip in 24 hr **Fentanyl** 12.5-25 mcg IV/SC prn q 1 hr และ/หรือ 10-50 mcg/hr SC drip
สารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ (Death Rattle)	**Hyoscine butylbromide** 20 mg IV/SC q 4 hr prn (max 120mg/day) หรือ 60-120 mg SC drip in 24 hr **Atropine 1% eye drop** 2-4 drops SL q 2 hr prn
คลื่นไส้อาเจียน	**Haloperidol** 0.5-1 mg SC q 6 hr prn หรือ 1-5 mg SC drip in 24 hr
สับสน กระสับกระส่าย	**Midazolam** 1-2.5 mg SC prn q 2 hr หรือ 5-20 mg SC drip in 24 hr **Lorazepam** 0.5-1 mg SL prn q 2 hr
ชัก, กล้ามเนื้อกระตุก (Myoclonus)	**Midazolam** 2.5-5 mg IV/SC prn q 5 min (สำหรับชัก), 1-2.5 mg SC prn q 2 hr (สำหรับ Myoclonus)

• บทบาทการพยาบาลประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นกระบวนการดูแลที่มีความซับซ้อน เนื่องจากลักษณะโรคที่ดำเนินไปอย่างไม่แน่นอนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่งผลให้การประเมินอาการและการวางแผนการดูแลเป็นเรื่องท้าทาย ผู้ป่วยมักเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น แนวทางการดูแลที่เหมาะสมจึงต้องอาศัยรูปแบบบูรณาการ (integrated care approach) ที่คำนึงถึงอาการ ความทุกข์ และคุณค่าชีวิตของผู้ป่วยในทุกมิติ โดยเฉพาะในระยะท้ายของชีวิต

ภายใต้บริบทนี้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อจัดการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างเป็นระบบ การทำงานแบบทีมช่วยลดปัญหาการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (shared decision-making) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทของพยาบาลจึงต้องอาศัยทั้งความยืดหยุ่น แนวคิดแบบองค์รวม และความเข้าใจในบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การดูแลตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคอง มีดังต่อไปนี้

1. บทบาทด้านการดูแลทางคลินิก (clinical care role)

พยาบาลประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องความรู้ความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและกระบวนการดูแลแบบองค์รวม ทำให้พยาบาลสามารถประเมิน วางแผน ดูแล และติดตามผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพ โดยให้การดูแลที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านการพูดคุยโดยตรงหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

2. บทบาทด้านการประสานการดูแล (care coordination role)

พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง สอดคล้อง และตอบสนองต่อบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยที่อยู่ในแนวทางการดูแลประคับประคองหรืออยู่ระหว่างการพิจารณาหยุดการฟอกไต การประสานงานระหว่างทีมโรคไตและทีมดูแลแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับระยะของโรคและสามารถส่งต่อไปยังบริการเฉพาะทางเมื่อจำเป็น

3. บทบาทด้านการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (inter-professional collaboration role)

การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพจึงนับเป็นอีกบทบาทสำคัญของพยาบาลที่เสริมให้กระบวนการดูแลมีความเป็นระบบและสอดคล้องกันมากยิ่งขึ้น พยาบาลทำหน้าที่เชื่อมโยงกับสมาชิกในทีม เช่น แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อร่วมกันจัดทำแผนการดูแลที่ครอบคลุม ลดการใช้ยาซ้ำซ้อน ลดความขัดแย้งจากแนวทางการรักษาที่ไม่สอดคล้องกัน และสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันอย่างมีคุณภาพ

จากการทำงานร่วมกันดังกล่าว การประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นอีกกลไกสำคัญที่พยาบาลมีบทบาทร่วมในการดูแล โดยเนื้อหาการประชุมสหวิชาชีพจะครอบคลุมการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ หรือการพิจารณาเกี่ยวกับการตัดสินใจที่ยากลำบากในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยหาแนวทางการดูแลร่วมกันโดยอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแต่ละสาขา เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและส่งเสริมการตัดสินใจที่เหมาะสมในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแล

4. บทบาทเชิงระบบและการพัฒนาคุณภาพบริการ (system-level and quality improvement role)

พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนระบบการดูแลแบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การดูแลที่มีความต่อเนื่อง (continuity of care) การมีจุดประสานงานที่ชัดเจน (consistent point of contact) และการประสานการดูแลที่รวดเร็วและทันเวลา (timely care coordination) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายมีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและไม่คงที่ จึงจำเป็นต้องมีการตอบสนองที่เหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์

องค์ประกอบเหล่านี้ไม่เพียงช่วยลดความซ้ำซ้อน ลดความล่าช้าในการให้บริการ แต่ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการโดยรวม ส่งเสริมการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งยังสนับสนุนกระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลของตนเองอย่างมีคุณภาพ

5. บทบาทด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (patient education role)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย เพื่อส่งเสริมความเข้าใจโรค สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง โดยมีแนวทางสำคัญ ดังนี้

5.1 เติมเต็มช่องว่างด้านความรู้และสร้างความตระหนักรู้ในโรค พยาบาลทำหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงธรรมชาติของโรค ระยะของการดำเนินโรค และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

5.2 ออกแบบเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การให้ความรู้จะครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลจะปรับเนื้อหาการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการเฉพาะราย และพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละคน

5.3 ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การใช้ยาอย่างเหมาะสม และการติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้ป่วยต่อระบบการดูแล

5.4 การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านร่างกายและอารมณ์ พยาบาลจึงมีหน้าที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง (patient activation) และเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ แม้ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

5.5 การกระตุ้นบทบาทของผู้ป่วย (patient activation) พยาบาลควรสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญของบทบาทตนเองในการดูแลสุขภาพ ด้วยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมต่อระดับความเข้าใจด้าน สุขภาพ (health literacy) การสนับสนุนเช่นนี้ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าตัดสินใจ มีเป้าหมายชัดเจน และมีวินัยในการดูแลตนเอง

5.6 การเสริมพลัง (empowerment) เมื่อตระหนักรู้ถึงบทบาทของตนเองแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเสริมพลังทั้งด้านความรู้ ทักษะ และแรงสนับสนุนทางอารมณ์ เพื่อเฝ้าระวังอาการ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมความดันโลหิต การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และการสื่อสารกับทีมสุขภาพอย่างมั่นใจ

5.7 การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (sustained self-management) พยาบาลไม่ได้ทำหน้าที่เพียง “ให้ความรู้” แต่เป็น “โค้ช” และ “ผู้สนับสนุน” ที่ร่วมเดินทางกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางเป้าหมายสุขภาพที่สอดคล้องกับชีวิตจริง สนับสนุนการติดตามอาการด้วยตนเอง (self-monitoring) อย่างสม่ำเสมอ และเสริมความยืดหยุ่น (resilience) ในการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะท้าย การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ชะลอการเสื่อมของไต รักษาคุณภาพชีวิต และเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งล้วนเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

5.8 สนับสนุนการติดตามอาการด้วยตนเอง พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง และตอบสนองได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และดูแลคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุด กรณีมีอาการวิกฤตสามารถเข้าถึงระบบการเข้าถึงคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

6. บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support)

สร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ครอบครัวผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับความกลัว ความโศกเศร้า และการปฏิเสธ พยาบาลจึงควรแสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ และเปิดพื้นที่ให้ครอบครัวได้แสดงความรู้สึกอย่างปลอดภัย การรับฟังอย่างตั้งใจ เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ ช่วยลดความวิตกกังวล และเสริมพลังให้ครอบครัว พยาบาลควรปรับรูปแบบการประคับประคองอารมณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

7. บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support)

การให้ข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และตรงกับสิ่งที่ครอบครัวต้องการทราบ เป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะในช่วงที่ครอบครัวต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ดังนี้

ช่วยลดความสับสนและความกังวลใจ ข้อมูลที่ชัดเจน เช่น แนวทางการรักษา การดูแลที่บ้าน หรือผลข้างเคียงของยา จะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกมั่นใจมากขึ้น ไม่สับสนกับสิ่งที่ต้องเลือกหรือตัดสินใจ

ส่งเสริมการพูดคุยที่ดีระหว่างทีมดูแลกับครอบครัว Schaffer และคณะ (2020) พบว่า หากทีมสุขภาพพูดคุยกับครอบครัวอย่างเข้าใจ ให้ข้อมูลครบถ้วน และเปิดโอกาสให้ถาม จะช่วยลดความเครียดและความรู้สึกสิ้นหวังได้อย่างมาก

8. บทบาทของพยาบาลในการให้ข้อมูล

พยาบาลควรเป็นผู้ที่ครอบครัวสามารถถามคำถามได้ง่าย อธิบายสิ่งที่ทีมแพทย์พูดให้เข้าใจง่ายขึ้น และช่วยติดตามว่าครอบครัวได้รับข้อมูลครบถ้วนหรือยัง หากยัง พยาบาลควรประสานให้ทีมให้ข้อมูลเพิ่มเติม

9. บทบาทด้านสังคมและการสนับสนุนเชิงเครื่องมือ (social and instrumental support)

การสนับสนุนเชิงเครื่องมือ หมายถึง การช่วยเหลือในด้านที่เป็นรูปธรรมและจำเป็นต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งช่วยลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น

การประสานสังคมสงเคราะห์หรือการมีกองทุนในสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทาง ครอบครัวผู้ป่วยมักมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าที่พัก หรือค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย หากได้รับการสนับสนุนในส่วนเหล่านี้บ้าง จะช่วยให้ครอบครัวสามารถทุ่มเทเวลาและพลังงานให้กับการดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ **เหมาะสำหรับครอบครัวที่ต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน** โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น การดูแลระยะท้ายหรือการรักษาแบบประคับประคอง การมีที่พักใกล้โรงพยาบาลหรือความช่วยเหลือด้านอาหารและค่าใช้จ่ายจะช่วยลดความเครียดและความเหนื่อยล้าของครอบครัวได้มาก

การบริการสนับสนุน/ยืมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลที่บ้านได้ เช่น เตียงผู้ป่วย เครื่องผลิตออกซิเจน อุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

• บทบาทของพยาบาลและทีมดูแล

พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการประสานความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ เครือข่ายจิตอาสา หรือกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นได้อย่างสะดวกและเหมาะสม

• บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่บ้าน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน และติดตามการดูแลผู้ป่วย CKM อย่างเป็นระบบ โดยใช้เครื่องมือที่ผ่านการรับรอง เช่น ESAS-r: Renal, RUG-ADLs และ PPSv2 เพื่อประเมินอาการ ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และสมรรถนะโดยรวมของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอควบคู่กับการสื่อสารผ่านโทรศัพท์หรือไลน์ ช่วยให้สามารถติดตามอาการ ปรับแผน และประสานการดูแลกับทีมสหวิชาชีพได้ทันท่วงที ตลอดจนส่งเสริมการตัดสินใจร่วม ลดความขัดแย้ง และเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ Goswami (2021) แบ่งบทบาทพยาบาลออกเป็น 2 ด้านหลัก ได้แก่

• การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ประเมินภาระและความเครียดของผู้ดูแล ให้คำปรึกษาและสอนทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนด้านจิตใจ แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ เป็นที่พึ่งทางอารมณ์

• การจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน การจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านครอบคลุมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อเข้าใจวิถีชีวิต ค่านิยม และสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และบริบททางสังคม การประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายอย่างต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนการเข้าถึงคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมงในกรณีฉุกเฉิน รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น telemedicine เพื่อการติดตามอาการและปรับแผนการดูแลอย่างแม่นยำและทันท่วงที พยาบาลและทีมดูแลร่วมกันพัฒนาแผนการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ให้สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย บทบาทเหล่านี้ต้องอาศัยทักษะเฉพาะด้านโรคไต เช่น การประเมินอาการ การจัดการภาวะแทรกซ้อน การสื่อสารอย่างลึกซึ้ง และการเชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชน เพื่อให้การดูแลเกิดขึ้นอย่างมีความหมายในบริบทที่ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีศักดิ์ศรี และคุณค่าในช่วงท้ายของชีวิต

• การดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care)

พยาบาลควรตระหนักถึงความหลากหลายทางศาสนา ความเชื่อ และคุณค่าทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเข้าใจว่ามิติทางจิตวิญญาณส่งผลต่อการรับรู้โรค ความทุกข์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตและความตาย การวางแผนการดูแลควรเคารพพิธีกรรม ความเชื่อ และค่านิยมของผู้ป่วย เช่น การสนับสนุนพิธีทางศาสนา การจัดสภาพแวดล้อมที่สงบ หรืออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติศรัทธา เพื่อสนับสนุนครอบครัวให้ผ่านช่วงเวลาแห่งความสูญเสียอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ,ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล (Operational guidelines for hospital palliative care program) ศูนย์การุณรักษ์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.

2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย, และคณะ. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2566 (Kidney Supportive and Palliative Cares 2023). 2566.

3. Alberta Health Services. Edmonton Symptom Assessment System–revised: Renal (ESAS-r: Renal). Edmonton (AB): Alberta Health Services; 2016.

4. Ariadne Labs Serious Illness Care Program. Serious Illness Conversation Guide. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital & Harvard T.H. Chan School of Public Health; 2023.

5. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Arch Intern Med. 2007; 167(5): 453-60.

6. Brennan F, Davison SN. Pain in CKD. In: Ronco CM, Bellomo R, Kellum J, editors. Critical care nephrology. 3rd ed. Philadelphia (PA): Elsevier; 2023.

7. Broadbent A, Khor K, Heaney A. Chronic kidney disease and commonly used medications in palliative care. Aust Fam Physician. 2015; 44(5): 304-7.

8. Cohen LM, Moss AH, Weisbord SD, Germain MJ. Renal palliative care. J Palliat Med. 2006; 9(4): 977-92.

9. Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, et al. Kidney supportive care: Core curriculum 2020. Am J Kidney Dis. 2020; 76(2): 250-60.

10. Davison SN, Pommer W, Brown MA, Douglas CA, Gelfand SL, Gueco IP, et al. Conservative kidney management and kidney supportive care: Core components of integrated care for people with kidney failure. Kidney Int. 2024; 105(1): 35-45.

11. Davison SN, Tupala B, Wasylynuk BA, Siu V, Sinnarajah A, Triscott J, et al. Recommendations for the care of patients receiving conservative kidney management: Focus on management of CKD and symptoms. Clin J Am Soc Nephrol. 2019;14(4):626-34.

12. Davison SN, Wearne N, Bagasha P, Krause R. Conservative kidney management and kidney supportive care: essential treatments for kidney failure. Med Res Arch. 2023; 11(8).

13. Deniau N, Shojaei T, Georges A, Danis J, Czapiuk G, Mercier S, et al. Home emergency response team for the seriously ill palliative care patient: feasibility and effectiveness. BMJ Support Palliat Care. 2023. https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004385 .

14. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012; 27(10): 1361-7.

15. Fassett RG, Tang LT, Brown R, Moattari M, Shaw C, Reid IK, et al. Palliative care in end-stage kidney disease. Nephrology (Carlton). 2010; 16(1): 8-14.

16. Geese F, Schmitt K. Interprofessional collaboration in complex patient care transition: a qualitative multi-perspective analysis. Healthcare (Basel). 2023; 11(3): 359. https://doi.org/10.3390/healthcare11030359 .

17. Goswami S. Home based palliative care [Internet]. IntechOpen; 2021 [cited 2025 Jul 21]. Available from: https://doi.org/10.5772/intechopen.98648 .

18. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2016; 11(7): e0158765.

19. Ingviya T, Thammakumpee J, Kitiyakara C, Sumethkul V, Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant. 2010; 25(5): 1567-75.

20. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. KDIGO concludes landmark controversies-conference on supportive care [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 10]. Available from: http://kdigo.org/kdigo-concludes-landmark-controversies-conference-on-supportive-care/ .

21. Kurniawan HI, Sciacca KR, Wachterman MW, Gelfand SL. Clinical practice review: outpatient palliative care for the geriatric chronic kidney disease population. Ann Palliat Med. 2024 Jul;13(4):938-47. doi:10.21037/apm-23-575. Epub 2024 Apr 28. PMID: 38735689.

22. Lanini I, Samoni S, Husain-Syed F, Fabbri S, Canzani F, Messeri A, et al. Palliative care for patients with kidney disease. J Clin Med. 2022; 11(13): 3923.

23. McMahan RD, Tellez I, Sudore RL. Deconstructing the complexities of advance care planning outcomes: What do we know and where do we go? J Am Geriatr Soc. 2020; 68(S2): S1-11.

24. Moore EG, Skinner MS, Daugirdas JT, Branch K. Symptom burden predicts healthcare use in patients with end-stage kidney disease on haemodialysis. Ren Fail. 2020; 42(1): 85-94.

25. Naylor KL, Kim SJ, McArthur E, Garg AX, McCallum MK, Knoll GA. Mortality in incident maintenance dialysis patients versus incident solid organ cancer patients: a population-based cohort. Am J Kidney Dis. 2019; 73(6): 765-76.

26. Pal S, Panduragan SL, Said F. Care of patients with chronic kidney disease: nursing perspectives. Int J Med Sci Dent Health. 2024;10(11):140-7. https://doi.org/10.55640/ijmsdh-10-11-14 .

27. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care: creating a more sustainable model. N Engl J Med. 2013; 368(13): 1173-5.

28. Raj R, Ahuja KDK, Frandsen M, Murtagh FEM, Jose M. Validation of the IPOS-Renal symptom survey in advanced kidney disease: a cross-sectional study. J Pain Symptom Manage. 2018; 56(2): 281-7.

29. Renal Physicians Association. Shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis: Clinical practice guideline. 2nd ed. Rockville (MD): Renal Physicians Association; 2010.

30. Sanders J, Hart A, Lattimer V. Implementation of a shared-decision making (SDM) approach in Asian cultures: a scoping review. Asian J Health Sci. 2018; 10(2): 45-58.

31. Schaffer MA, Boyd MJ, Braun JC. Communication strategies in critical care: bridging gaps between families and healthcare teams. Intensive Care Commun J. 2020; 8(4): 101-11. doi:10.1097/ICC.2020.101511.

32. Sellars M, Clayton JM, Detering KM, Tong A, Power D, Morton RL. Costs and outcomes of advance care planning and end-of-life care for older adults with end-stage kidney disease: a person-centred decision analysis. PLoS One. 2019; 14(5): e0217787.

33. Shepherd KA, Watson S, Murphy EL. Palliative care in the management of chronic kidney disease. J Ren Nurs. 2009; 1(3): 132-6. https://doi.org/10.12968/jorn.2009.1.3.44443 .

34. Silva RCD, Silva IMPD, Mendes JLL, Machado LCS, Freire VG, Quirino FSP, et al. Social support for families of patients with prolonged ICU admission: challenges, needs, and intervention strategies. Aracê Dir Humanos Rev. 2025; 7(1): 3515-32. https://doi.org/10.56238/arev7n1-209 .

35. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive lung disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006; 31(1): 58-69.

36. Sousa JM, Alves ED. Nursing competencies for palliative care in home care. Rev Esc Enferm USP. 2015; 28(3): 264-71. http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/en_1982-0194-ape-28-03-0264.pdf .

37. Teh SP, Tay HB, Lee IWZ, Baikunje S, Loh SP, Lim EK, et al. Interdisciplinary approach of conservative kidney management with a community nurse-led programme. Ann Acad Med Singap. 2024; 53(11): 703-6. https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.2024256 .

38. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, et al. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol. 2005; 16(8): 2487-94.

39. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care .

40. Yu L, Wang L, Duan F, Pu S, Peng H, Ha M, et al. Factors promoting shared decision making in renal replacement therapy for patients with end-stage kidney disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. Int Urol Nephrol. 2021; 53(4): 735-45.

บทที่ 4.4 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ

พญ. อลิศรา อนันนับ
พว. ปวริศา บัวทอง
สถาบันโรคทรวงอก

ผู้ป่วยโรคหัวใจ ถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยสำคัญกลุ่มหนึ่ง ที่มีโอกาสต้องเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากโรคหัวใจมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด และอาจมีการดำเนินโรคที่แย่ลง โดยรายงานจาก World Health Organization ในปี 2020 พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั่วโลก มีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับ 1 โดยมีสัดส่วนร้อยละ 38.5 รองลงมาคือผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 34 และผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 10.3 ตามลำดับ

ปัจจุบัน การรักษาโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ มีความก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว และเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถลดอัตราการตาย อัตราการการนอนโรงพยาบาล รวมถึงสามารถช่วยยืดชีวิต และชะลอหรือยับยั้งการดำเนินโรคไม่ให้แย่ลงได้ การรักษาด้านโรคหัวใจมีทั้งรูปแบบการใช้ยา การรักษาด้วยการผ่าตัดรักษา (cardiovascular surgery) และการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยและรักษาผ่านสายสวนหัวใจ (transcatheter cardiac interventions) ซึ่งแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจจะพิจารณาให้การรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษามาตรฐานของโรคหัวใจชนิดนั้น ๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าวิธีการรักษา ตลอดจนเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ จะมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว แต่ยังมีผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มหนึ่งที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีการดำเนินโรคที่แย่ลงในภายหลัง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีสภาพร่างกายอ่อนแอเกินกว่าที่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการมาตรฐาน เช่น การผ่าตัดรักษา หรือการทำ invasive procedure ต่าง ๆ ได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การดำเนินโรคที่แย่ลง จนทำให้เกิดภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว

• ภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว (heart failure, HF)

HF เป็นภาวะทางคลินิคที่ประกอบไปด้วยอาการและอาการแสดงซึ่งเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการรับเลือดลงสู่หัวใจห้องล่าง (ventricular filling impairment) และความผิดปกติของการสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจห้องล่าง (ventricular ejection function impairment) ซึ่งหากการรักษาเพื่อยับยั้งหรือชะลอการดำเนินโรคไม่เป็นผล ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของภาวะ HF หรือที่เรียกว่าระยะ advanced หรือ refractory HF ซึ่งเป็นระยะที่มีการดำเนินโรคแย่ลงอย่างมาก ไม่สามารถรักษาให้หายหรือดีขึ้นได้ แม้จะได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่เหมาะสมอย่างเต็มที่ จนอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย

• ระบาดวิทยาและสาเหตุของ HF

HF นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญสาเหตุหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยจากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ในปี 2014 ประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้เสียชีวิตโดยมีสาเหตุจาก HF ถึง 310,000 ราย และพบการนอนโรงพยาบาลด้วย HF ถึง 1.2 ล้านครั้ง ในผู้ป่วยจำนวน 924,000 ราย ในช่วงปี 2010-2017

ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน แต่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยจาก Thai ADHERE registry ซึ่งเป็นการศึกษาลักษณะรวบรวมทะเบียนผู้ป่วยในกลุ่ม acute decompensated heart failure ที่ได้รับการนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เข้าร่วมในการลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย ในประเทศไทยจำนวน 18 สถาบัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 65 ปี ซึ่งน้อยกว่าอายุเฉลี่ย ของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรป ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 72.5 ปี และ 69.7 ปีตามลำดับ โรคที่พบเป็นสาเหตุ ของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) พบร้อยละ 45 โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) พบร้อยละ 19 โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ (cardiomyopathy) พบร้อยละ 14 และโรคหัวใจล้มเหลวจากความดันโลหิตสูง (hypertensive heart disease) พบร้อยละ 12 จากรายงานนี้พบว่า หลังการวินิจฉัย อัตราการอยู่รอดที่ 5 ปี และ 10 ปี ของผู้ป่วยอยู่ที่เพียงร้อยละ 50 และ 10 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล ด้วยภาวะ acute decompensated heart failure มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 5.5 โดยเมื่อเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและทวีปยุโรปจะพบว่า อัตราอยู่ที่ร้อยละ 3.8 และ 6.8 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการติดตามผู้ป่วยระยะยาวพบว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยเมื่อติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิต สะสมที่ 5 ปีเป็นร้อยละ 59

สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิด HF ได้แก่ โรค ischemic heart disease, myocardial infarction, hypertension และ valvular heart disease สาเหตุอื่น ๆ ที่พบได้น้อยกว่าที่สามารถทำให้เกิด HF ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการแบบถ่ายทอดทางพันธุกรรม (familial cardiomyopathies) โรค Amyloidosis การใช้ยาต้านมะเร็งบางกลุ่มหรือยาอื่น ๆ ที่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจ สารเสพติด ซึ่งได้แก่ แอลกอฮอล์ cocaine amphetamine โรคหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะที่ส่งผลต่อการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (tachycardia induced cardiomyopathy) โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการที่เกิดจากการกระตุ้นของเครื่อง pacemaker (RV pacing induced cardiomyopathy) โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการจากความเครียด (stress induced cardiomyopathy) โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการจากการคลอดบุตร (peripartum cardiomyopathy) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) โรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (autoimmune disease) การสะสมสารต่าง ๆ ในกล้ามเนื้อหัวใจจนผิดปกติ เช่น โรค hemochromatosis โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ โรคไทรอยด์ โรคขาดสารอาหาร และความผิดปกติทางโภชนาการ

การรักษาสาเหตุของ HF มีความจำเป็นที่ต้องให้การรักษาควบคู่ไปกับการรักษาอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยตามแนวทางการรักษามาตรฐานในผู้ป่วย HF ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และช่วยป้องกันการเกิด HF ซ้ำหรือป้องกันการแย่ลงของ HF

HF สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

1) Stage A HF (At-risk for HF) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการและอาการแสดงของ HF และยังไม่มีการเปลี่ยนโครงสร้างของหัวใจที่ผิดปกติ รวมถึงยังไม่มีความผิดปกติของ cardiac biomarkers ที่บ่งบอกถึงการมี myocardial stretch หรือ myocardial injury แต่มีโรคที่เป็นความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำงานของหัวใจจนเกิดภาวะ HF ซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคเส้นเลือดหัวใจและหลอดเลือด (atherosclerotic cardiovascular disease) โรคเบาหวาน (diabetes) โรคอ้วนและเมตาบอลิก (metabolic syndrome and obesity) การได้รับสารที่เป็นพิษต่อกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น alcohol การมีประวัติญาติใกล้ชิดในครอบครัวมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนล้า (genetic variant of cardiomyopathy)

2) Stage B HF (Pre-HF) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการและอาการแสดงของ HF แต่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่ผิดปกติของหัวใจเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งสามารถตรวจพบได้จากการตรวจ non-invasive imaging ได้แก่ การตรวจภาพสะท้อนคลื่นเสียงหัวใจ (echocardiography) ซึ่งอาจพบการบีบตัวของหัวใจห้องล่างที่แย่ลง (reduced ejection fraction) การมีห้องหัวใจขยายขนาด (chamber enlargement) หรือหนาตัวขึ้น (ventricular hypertrophy) หรืออาจตรวจพบการบีบตัวของผนังหัวใจด้านต่าง ๆ ผิดปกติไป (wall motion abnormalities) นอกจากนี้ ยังรวมถึงการมีความผิดปกติของ cardiac biomarkers ต่าง ๆ เช่น มีการเพิ่มขึ้นของระดับ B-type natriuretic peptides (BNPs) ซึ่งเป็น biomarkers ที่บ่งบอกถึงการขยายตัวของผนังหหัวใจห้องล่าง หรือการเพิ่มขึ้นของระดับ Troponin-T โดยไม่มีลักษณะทางคลินิกที่บ่งบอกว่ามีสาเหตุจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial ischemia) หรือสาเหตุที่ทำให้ค่า troponin ขึ้นสูงจากสาเหตุอื่น ๆ

3) Stage C HF (Symptomatic HF) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีโครงสร้างหัวใจที่ผิดปกติร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของ HF เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งได้แก่ อาการหรืออาการแสดงของภาวะบวมน้ำ (congestion) เช่น มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ขาบวม หรือมีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินเพื่อหาสาเหตุและความรุนแรง เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจง เพื่อยับยั้งหรือชะลอการดำเนินโรคไม่ให้แย่ลง

4) Stage D HF (advanced/refractory HF) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการมาก แม้ได้รับการรักษาด้วยยาตามแนวทางการรักษามาตรฐาน (guideline directed medical therapy, GDMT) อย่างเต็มที่แล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ หรือต้องได้รับการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะ advanced HF จะได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะบวมน้ำเรื้อรัง ความดันโลหิตต่ำมากที่อาจจำเป็นต้องได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจหรือกระตุ้นความดันโลหิตทางเส้นเลือด (Intravenous inotropic drugs) และอาจมีความอ่อนแอของร่างกายและน้ำหนักลดลงอย่างมากโดยไม่มีสาเหตุอื่น (cardiac cachexia) ซึ่งเป็นผลจากการมีปริมาณเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอเรื้อรัง

• เป้าหมายการรักษาผู้ป่วย HF ในแต่ละระยะ

จากการศึกษาพบว่าการเข้าสู่ระยะ advanced HF และการที่ผู้ป่วยมีระยะการดำเนินโรคที่แย่ลง มีความสัมพันธ์กับการมี survival ที่ลดลง ดังนั้น เป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วย HF คือ การป้องกัน ยับยั้งหรือชะลอการดำเนินโรคไม่ให้แย่ลง โดยในผู้ป่วย HF stage A และ B จะมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจและป้องกันการเกิด HF ที่มีอาการ ส่วนในผู้ป่วย HF stage C และ D จะมีเป้าหมายเพื่อลดอาการรวมถึงเพื่อยับยั้งหรือชะลอการดำเนินโรคไม่ให้แย่ลง ทั้งนี้ เพื่อหวังการเพิ่ม survival และลด morbidity/mortality แก่ผู้ป่วย โดยการรักษาจะเน้นการรักษาด้วยยาตามมาตรฐาน (guideline directed medical therapy, GDMT) และการรักษาด้วยอุปกรณ์ cardiac implantable electronic devices (CIEDs) ตามข้อบ่งชี้แนวทางการรักษามาตรฐานในปัจจุบัน

• การดูแลรักษาผู้ป่วย advanced/refractory HF (Stage D HF)

ตามแนวทางการรักษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย HF แนะนำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Advanced/ Refractory HF ได้รับการส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากทีมผู้เชี่ยวชาญ HF โดยเฉพาะ (HF specialty care) เพื่อได้รับการทบทวนการรักษาที่ผ่านมา ตลอดจนการประเมินความเหมาะสมในการให้การรักษาขั้นสูงขึ้น เพื่อยืดชีวิต หรือให้การรักษาเพื่อรอการตัดสินใจ โดยการรักษาขั้นสูงในผู้ป่วย advanced HF ได้แก่การรักษา ดังต่อไปนี้

1. Inotropic support

มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย advanced HF ที่ไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา GDMT หรือ อุปกรณ์ CRT (Class IIa recommendation) โดยเป็นการรักษาระหว่างรอรับการรักษาขั้นสูงขึ้น (Bridge therapy)

นอกจากนี้ ยังสามารถพิจารณาให้ inotropic support เพื่อจุดประสงค์การดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการรับการรักษาขั้นสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการให้ inotropic support เพื่อจุดประสงค์การดูแลแบบประคับประคอง ไม่แนะนำให้ให้การรักษาในผู้ป่วยทุกราย แต่ควรเป็นการพิจารณาให้การรักษาเฉพาะรายผู้ป่วย (Class IIb recommendation)

2. Mechanical Circulatory Support (MCS)

เครื่อง MCS มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย advanced HF ที่ไม่สามารถหยุดการใช้ยา inotropic drugs ทางหลอดเลือดดำได้ หรือมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่อง MCS แบบชั่วคราวไว้แล้ว การให้การรักษาที่สูงขึ้นด้วยเครื่อง MCS ที่มีระยะเวลาการทำงานได้ยาวนานขึ้น ซึ่งได้แก่ เครื่อง Durable LVAD ถือเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุง functional status ช่วยเพิ่ม quality of life รวมถึงช่วยเพิ่ม survival แก่ผู้ป่วย

3. Heart transplantation

Heart transplantation มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย advanced HF บางรายที่มีความเหมาะสมรับการเปลี่ยนถ่ายหัวใจตามข้อบ่งชี้สากล โดยการพิจารณาประกอบไปด้วย ความรุนแรงของโรคร่วมที่ผู้ป่วยมีอยู่ สถานะการให้ดูแลของครอบครัว และเป้าหมายของการรักษา ทั้งนี้ เป้าหมายของการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจนั้นเป็นไปเพื่อการยืดชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย

• การประเมินว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ advanced HF

การประเมินว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่ระยะ advanced HF แล้วหรือไม่ ถือเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วย HF เนื่องจากระยะ advanced HF ถือเป็นระยะที่สำคัญที่จะเป็นจุดเปลี่ยนของเป้าหมายการรักษา จากการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือเพื่อยับยั้งและชะลอการดำเนินโรคไปเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการด้วยการดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะ advanced HF จะมีลักษณะที่พบทางคลินิกดังตารางที่ 4.4.1

ตารางที่ 4.4.1 ลักษณะทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยระยะ advanced HF

การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ advanced HF (จำเป็นต้องพบความผิดปกติครบทั้ง 4 หัวข้อ ทั้งนี้แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่แล้ว)
1. มีอาการมาก ไม่ทุเลา มีอาการเหนื่อยแม้ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยมี NYHA III (advanced) ขึ้นไป
2. มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจอย่างรุนแรง โดยประเมินได้จากลักษณะต่าง ๆ อย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้ 1) การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย LVEF ≤ 30% 2) หัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว 3) ความผิดปกติของลิ้นหัวใจระดับรุนแรง ที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ 4) ความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ 5) ในกรณีการบีบตัวของหัวใจ EF ≥ 40% แต่พบมีค่าระดับ natriuretic peptides ที่สูงต่อเนื่องร่วมกับการมีความผิดปกติของการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (significant diastolic dysfunction) ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะที่บ่งบอกถึงการผิดปกติของการทำงานของหัวใจอย่างรุนแรงเช่นกัน
3. ได้รับการนอนโรงพยาบาลหรือได้รับการรักษาฉุกเฉินภายในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมาด้วยสาเหตุอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ 1) มีภาวะบวมน้ำ ที่จำเป็นต้องได้รับยาขับปัสสาวะฉีดทางหลอดเลือดดำในขนาดสูง หรือต้องให้ยาขับปัสสาวะ 2 ชนิดขึ้นไป 2) มีความดันโลหิตต่ำอันเนื่องจากภาวะ chronic low cardiac output ที่จำเป็นต้องได้ยากระตุ้นความดันโลหิต (Inotropic or vasoactive medications) 3) มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง (malignant arrhythmias)
4. มีความสามารถในการออกกำลังกาย (exercise capacity) ลดลงอย่างมาก หรือไม่สามารถออกกำลังกายได้เนื่องจากมีอาการเหนื่อยมากตลอดเวลา หรือประเมิน 6-minute walk test ได้น้อยกว่า 300 เมตร หรือมีค่า oxygen consumption (peak VO2) < 12-14 mL/kg/min ซึ่งคาดว่าเป็นสาเหตุจากการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติรุนแรง

• การพิจารณาผู้ป่วย advanced HF เพื่อให้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

การประเมินผู้ป่วย advanced HF เพื่อพิจารณาให้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการติดตามและประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ โดยทีมแพทย์ต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย HF ระยะต่าง ๆ ตลอดจนความรู้และประสบการณ์ในการรักษาโรคหัวใจที่เป็นสาเหตุของภาวะ HF ตามแนวทางการรักษามาตรฐานของโรคหัวใจชนิดนั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยมีเป้าหมาย **เพื่อยืดชีวิตและเพื่อชะลอหรือยับยั้งการดำเนินโรคอย่างเต็มที่ก่อน** ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้เป็นการลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะดีขึ้นจากตัวโรคด้วยการรักษาที่สามารถยับยั้งหรือชะลอการดำเนินโรคได้ ซึ่งหากพบว่า ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่แย่ลง ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับไปแล้ว ต้องปรับขนาดยาหรือเพิ่มการรักษาในระดับที่สูงขึ้น แพทย์จะทำการตรวจด้วยการตรวจพิเศษต่าง ๆ ทางด้านหัวใจเพื่อหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินโรคแย่ลง เพื่อทำการแก้ไขรักษาอย่างตรงจุด แต่หากพบว่า ไม่สามารถแก้ไขสาเหตุหรือปัจจัยนั้น ๆ ได้ หรือผู้ป่วยยังคงมีอาการมากแม้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างเต็มที่แล้ว การดูแลแบบประคับประคองสามารถเข้ามามีบทบาทในการช่วยลดอาการและความทุกข์ทรมานจากการดำเนินโรคที่แย่ลงของผู้ป่วย โดยพิจารณาร่วมกับองค์ประกอบอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ความรุนแรงของโรคร่วมที่ผู้ป่วยมีอยู่ สถานะการให้การดูแลของครอบครัว ความมุ่งหวังและเป้าหมายของการรักษาที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ เป็นต้น ดังนั้น การประเมินในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องร่วมในการตัดสินใจโดยแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลด้านตัวโรคและการตอบสนองต่อการรักษาที่ผ่านมา ข้อบ่งชี้และความเสี่ยงของการรักษาขั้นสูงสุด และความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมต่อการรักษานั้น ๆ ในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจ และแสดงเจตจำนงในการเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายที่เหลืออยู่ของชีวิต

ลักษณะทางคลินิกที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ดังตารางที่ 4.4.2

ตารางที่ 4.4.2 ลักษณะทางคลินิกที่ใช้ในการพิจารณาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

ลักษณะทางคลินิกที่สามารถใช้ในการพิจารณาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง
1. มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรต่าง ๆ แย่ลงต่อเนื่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีอาการเหนื่อยมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันปกติได้ จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือตลอดเวลาหรือเป็นส่วนใหญ่
2. มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่แย่ลงต่อเนื่อง ไม่ทุเลาลง จนไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข แม้ได้รับการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยอุปกรณ์ขั้นสูงตามข้อบ่งชี้แล้ว
3. ได้รับการนอนรพ.บ่อยครั้งด้วยภาวะ decompensation HF แม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว
4. ไม่สามารถรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจหรือการใช้ mechanical circulatory support (MCS) ได้
5. เข้าสู่ภาวะ cardiac cachexia (มีน้ำหนักลด unintentional weight loss ≥ 10% ใน 6 เดือน)
6. มีลักษณะทางคลินิกเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต

นอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีภาวะอื่นหรือโรคร่วมที่มีความรุนแรงที่เป็นสาเหตุหรืออาจนำไปสู่การเสียชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ควรนำมาใช้พิจารณาร่วมกับอาการด้านหัวใจที่แย่ลงต่อเนื่อง ซึ่งโรคร่วมที่สำคัญ ได้แก่

1) ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง stage 4 หรือ metastasis
2) ภาวะ post cardiac arrest ที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
3) มีภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง
4) มีภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multi-organ failure)
5) มีภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท สมองตาย ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
6) มีภาวะระบบหายใจล้มเหลว ไม่สามารถหย่าจากเครื่องช่วยหายใจได้

อย่างไรก็ตาม จากที่กล่าวมาข้างต้นการพิจารณาให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบข้อมูลการรักษาและร่วมในการตัดสินใจ โดยควรสอดแทรกแนวทางการดูแลแบบประคับประคองไว้ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นการรักษาแม้ยังไม่เข้าสู่ภาวะ advanced HF เพื่อช่วยเพิ่มความเข้าใจ การยอมรับ และสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง และความร่วมมือจากครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผลตามที่ควรจะเป็น

- **การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจ** สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ช่วงการดูแลโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพื่อยับยั้งหรือชะลอการดำเนินโรค (stage C HF) จุดมุ่งหมายเพื่อยืดชีวิต และยับยั้งหรือชะลอการดำเนินโรค โดยทีมแพทย์ผู้ดูแลสามารถสอดแทรกการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวแม้ยังไม่เข้าสู่ระยะ advanced HF โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจในตัวโรคและเข้าใจแนวทางการรักษาตามมาตรฐานวิธีการต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยาตามมาตรฐาน (GDMT) และการรักษาด้วยอุปกรณ์ CIEDs หากมีข้อบ่งชี้ การสอดแทรกการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะต้น ๆ ของภาวะ HF จะช่วยเพิ่มความเข้าใจ การยอมรับ และสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองและความร่วมมือของครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผลตามที่ควรจะเป็น เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายการชะลอและยับยั้งการดำเนินโรคของผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยทีมแพทย์ต้องให้การติดตามและประเมินการตอบสนองต่อการรักษาที่ให้เป็นระยะ เพื่อวางแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปอย่างเหมาะสม ซึ่งหากผู้ป่วยมีการดำเนินโรคแย่ลง ทีมแพทย์ผู้ให้การดูแลควรต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยมีข้อห้ามหรือข้อไม่เหมาะสมในการรักษาขั้นสูงสุดต่อไปหรือไม่ ซึ่งได้แก่ การใช้เครื่อง MCS หรือการทำ heart transplantation หรือการพิจารณาให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองหากมีข้อห้ามหรือความเสี่ยงสูงจากการรักษาขั้นสูงสุด

ระยะที่ 2 ช่วงการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต (stage D HF) จุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการ และความทุกข์ทรมานจากภาวะ advanced HF และเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคได้ โดยไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้ป่วย advanced HF มักมีอาการเหนื่อยหอบจากภาวะ congestion แม้ออกแรงเพียงเล็กน้อย และอาจมีปัญหาความดันโลหิตต่ำมากจนต้องได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางเส้นเลือดดำ ต้องได้รับการนอน รพ. ตลอดไม่สามารถ discharged จาก รพ. ได้ การดูแล

แบบประคับประคองจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันของสหวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ลดอาการและความทุกข์ทรมานจากตัวโรค ได้แก่ การดูแลรักษาเพื่อลดอาการบวมน้ำ การปรับกิจกรรมในชีวิตประจำวันและสุขลักษณะต่าง ๆ การแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในการประกอบกิจกรรมประจำวัน การดูแลด้านโภชนาการ และสุขภาวะการขับถ่าย เช่น ไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบาย เป็นต้น

นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองยังให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย สังคม-จิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลด้านจิตใจและสังคม มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจแบบประคับประคอง เนื่องจาก ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกสิ้นหวังและท้อแท้จากตัวโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมถึงอาจมีความทุกข์ ความกังวล หรือความกลัวเกี่ยวกับอาการที่อาจแย่ลง การดูแลด้านจิตใจให้ผู้ป่วยได้บอกเล่า หรือระบายความกังวล ที่มีอยู่ในจิตใจ รับฟังและการให้กำลังใจผู้ป่วย อาจช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลลงได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีความทุกข์ความกังวลเนื่องจากต้องเป็นภาระของครอบครัว การช่วยสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในตัวโรคและการดำเนินโรค จะทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ซึ่งความเข้าใจและการยอมรับในตัวโรคของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ของการรักษา แม้ว่าจะยังไม่เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองก็ตาม

<u>ระยะที่ 3</u> ช่วงระยะท้ายของชีวิต (terminal care phase or end of life) การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มีความเชื่อมต่อกับระยะที่ 2 โดยผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่แย่ลงอย่างมาก และส่วนใหญ่พบว่า มีอาการซับซ้อนหลายอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือมีภาวะแทรกซ้อนสู่อวัยวะอื่น ๆ อย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากภาวะความดันโลหิตต่ำมาก บวมตลอดเวลา อ่อนเพลีย เบื่ออาหารมาก ไตวาย (renal failure) หรืออวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multi-organ failure) การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยยาจะยังคงดำเนินต่อไปเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ และจะมีการปรึกษาพูดคุยระหว่างทีมแพทย์ และครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อสรุป advanced care plan ซึ่งเป็นข้อสรุปความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่แสดงเจตจำนงที่จะรับหรือไม่รับการรักษาใดบ้างในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งได้แก่ การกู้ชีวิต (resuscitation) การใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะคอ เป็นต้น ตลอดจนเจตจำนงด้านสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต เช่น ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ การดูแลแบบประคับประคองจะดูแลให้เป็นไปตามเจตจำนงของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมของการดูแลให้เอื้อต่อการตายดีหรือเสียชีวิตอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีตามเจตจำนง ความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วย รวมทั้งมีการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจว่าสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (bereavement care) ซึ่งถือเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย สังคม-จิตใจ และจิตวิญญาณ ตามหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง

• การประเมินอาการต่างๆของผู้ป่วยโรคหัวใจในการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วย advanced HF ส่วนใหญ่จะมีอาการบวม หายใจเหนื่อยหอบเป็นอาการนำจากมีการคั่งของน้ำในปอดและตามร่างกาย โดยในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมด้านปอดเรื้อรังร่วมด้วย อาการหอบจะมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่มีภาวะ cardiac cachexia ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ไม่อยากอาหาร ซึ่งสามารถใช้ แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินอาการปวด อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการซึมเศร้า

การมีความวิตกกังวล อาการง่วงซึมหรือสับสน อาการเบื่ออาหาร ความสุขสบายทางกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ มาช่วยในการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อดูว่าผลการดูแลรักษาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่ได้ให้ไว้แล้วเพียงพอหรือไม่ มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมการดูแลรักษาเพื่อลดอาการอีกหรือไม่ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีการดูแลร่วมกันจากสหวิชาชีพ โดยอาจวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามระดับ PPS ดังตารางที่ 4.4.3

ตารางที่ 4.4.3 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพตามระดับ PPS

PPS 70% - PPS 100%	PPS 40% - PPS 60%	PPS 0% - PPS 30%
- ปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง - ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนร่างกาย ของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน ESAS - ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัว - สร้างเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจ สร้างความ มั่นใจให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเอง มีความสำคัญ - ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว - ประเมินและจัดการกับความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยง ต่อการหกล้ม ตกเตียง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น	- ปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง - ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนร่างกาย ของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน ESAS - ประเมินความสามารถและประเมินความพร้อม ของผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวยอมรับโรคที่เป็น ความเข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาและกระบวนการดูแล - เริ่มพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในอนาคต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาดูแล และทางเลือกเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ - ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย - ให้สุขศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย - ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	<u>1. กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย คือ PPS 10-30%</u> - ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนร่างกายของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน ESAS - ปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในวาระสุดท้าย เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การนำผู้ป่วยกลับบ้าน - ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย - ประเมินความพร้อมและความโศกเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต ให้การปรึกษาและจัดการกับความเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัว - ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวตลอด 24 ชั่วโมง - ให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณโดยค้นหาความเชื่อ ความหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยว ทางจิตใจ ติดต่อผู้นำทางศาสนาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยศรัทธาให้มาเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

PPS 70% - PPS 100%	PPS 40% - PPS 60%	PPS 0% - PPS 30%
	- จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว - ให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหา ความเชื่อ ความหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ติดต่อ ผู้นำทางศาสนาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยศรัทธาให้มาเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว - มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปสถานีอนามัย ใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	-ประเมินและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย - ปรึกษากับครอบครัวของผู้ป่วยเรื่องการส่งผู้ป่วย กลับไปอยู่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือบ้านของผู้ป่วย - ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปสถานีอนามัยใกล้บ้าน <u>2. กรณีที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม PPS 0%</u> - ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย - กล่าวคำไว้อาลัยให้ผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด - ให้คำปรึกษาและจัดการกับความเศร้าให้กับครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม - แนะนำการปฏิบัติเกี่ยวกับเอกสารหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Agarwal MA, Fonarow GC, Ziaeian B. National trends in heart failure hospitalizations and readmissions from 2010 to 2017. JAMA Cardiol. 2021; 6(8): 952–6. doi:10.1001/jamacardio.2020.7472.

2. Ammar KA, Jacobsen SJ, Mahoney DW, Kors JA, Redfield MM, et al. Prevalence and prognostic significance of heart failure stages: application of the ACC/AHA heart failure staging criteria in the community. Circulation. 2007; 115(12): 1563–70. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.666818.

3. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure. Circulation. 2022; 145(18): e895–1032. doi:10.1161/CIR.0000000000001063.

4. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, et al. Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE). CVD Prev Control. 2010; 5(3): 89–95. doi:10.1016/j.cvdpc.2010.06.001.

5. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, et al. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021; 42(36): 3599–726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368.

6. Mehra MR, Canter CE, Hannan MM, Semigran MJ, Uber PA, et al. The 2016 International Society for Heart and Lung Transplantation listing criteria for heart transplantation: a 10-year update. J Heart Lung Transplant. 2016; 35(1): 1–23. doi:10.1016/j.healun.2015.10.023.

7. Ni H, Xu J. Recent trends in heart failure-related mortality: United States, 2000–2014. NCHS Data Brief. 2015; (231): 1–8.

8. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Oct 3]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care .



บทที่ 4.5 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง

พว.ธัญฐภรณ์ กอสกุลศิริบูรณ์
สถาบันบำราศนราดูร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังคงไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือโรคแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หากได้รับการตรวจพบเร็วและเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นภาวะการติดเชื้อเอชไอวีระยะรุนแรงจากการที่ภูมิคุ้มกันซีดีโฟร์ลดต่ำลง ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค เชื้อราขึ้นสมอง ปอดอักเสบจาก *Pneumocystis jirovecii* หรือการติดเชื้อไวรัสที่จอตา เป็นต้น ปัจจุบันประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงประเทศไทย มีการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะเดียวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นการรักษาต่อเนื่อง การติดตามผลด้านสุขภาพ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตระยะยาว แม้ว่าการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในปัจจุบันจะถูกบูรณาการให้มีลักษณะใกล้เคียงกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (stigma and discrimination) ทั้งจากการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเองและจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ตลอดจนปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อความล่าช้าในการเข้ารับบริการด้านการรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อบางรายมีความเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคจนเข้าสู่ระยะเอดส์และอาจเสียชีวิตได้

เป้าหมายของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง เริ่มตั้งแต่ระยะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความท้าทายของโรค การดูแลดังกล่าวครอบคลุมการป้องกันการรับและการแพร่เชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ การบรรเทาอาการ และการลดความทุกข์ทรมานในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งให้การดูแลและสนับสนุนครอบครัวภายหลังการสูญเสีย

ประเด็นท้าทายสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง

1. การมุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient and family-centered care): ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการดูแลตนเองและดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ภายใต้การสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัว

2. การรักษาความลับ (confidentiality): การคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ

3. การไม่ตีตราและไม่เลือกปฏิบัติ (non-stigma and discrimination): ให้การดูแลโดยปราศจากอคติและการแบ่งแยก เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

4. การพยาบาลที่คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม (culturally sensitive care): ให้การดูแลที่เคารพความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบททางสังคมของผู้ป่วยอย่างไร้พรมแดน

5. การประสานความร่วมมือในการดูแล (collaborated and coordinated care): การทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพของทีมสุขภาพ โดยมีพยาบาลประคับประคองรายกรณี (case manager) เป็นผู้ประสานงานหลัก

6. การดูแลแบบองค์รวม (holistic care): การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เหมาะสมต่อการดูแลแบบประคับประคอง

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระยะโรคลุกลามและมีแนวโน้มคาดการณ์โรครุนแรง (people with HIV/AIDS in advanced disease with poor prognosis) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมระยะสุดท้าย เช่น โรคหัวใจล้มเหลว (end-stage heart failure) โรคปอดระยะสุดท้าย (end-stage lung disease) โรคไตวายระยะสุดท้าย (end-stage renal failure) โรคตับระยะสุดท้าย (end-stage liver disease)

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีโรคร่วมซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะอันตรายต่อชีวิตร่วม (Life-threatening concomitant conditions)

4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่โรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย

- **แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคองโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง** สามารถแบ่งออกเป็นสองมิติสำคัญ คือ

1. ด้านกระบวนการทางพยาธิวิทยา – ครอบคลุมการดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายที่เกิดจากโรค

2. ด้านความเจ็บป่วยเชิงประสบการณ์ของผู้ป่วย – ครอบคลุมผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ที่เกิดจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และพื้นฐานของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มักเผชิญกับการตีตราทางสังคมและการรับรู้เชิงลบจากตัวผู้ป่วยเองและคนรอบข้าง ซึ่งอาจนำไปสู่การตีตราตนเอง (self-stigma)

กรอบแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง ที่บูรณาการกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของเดมมิง (Deming cycle) และมาตรฐานสถานพยาบาลคุณภาพ ได้แก่

1. การมุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient- and family-centered care): ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ตัดสินใจ และกำหนดคุณภาพชีวิตของตนเอง

2. การดูแลแบบองค์รวม (holistic care): ครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงประสบการณ์ชีวิตและบริบทเฉพาะบุคคล

3. การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน (symptom management and suffering relief): ลดอาการทางร่างกาย บรรเทาความเครียดทางจิตใจ และให้ความช่วยเหลือด้านสังคมและจิตวิญญาณ

4. การรักษาความลับและลดการตีตรา (confidentiality and non-stigma care): ปกป้องข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย และให้การดูแลโดยปราศจากอคติหรือการเลือกปฏิบัติ

5. การประสานงานและการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (collaborated and coordinated care): ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลประคับประคองรายกรณี (case manager) เป็นผู้ประสานงานหลัก

6. การพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement): ประเมินและปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด Deming Cycle และมาตรฐานคุณภาพของสถานพยาบาล

- **แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมาน และสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง** ประกอบด้วย

1. Context and assessment: การประเมินและเก็บข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง การประเมินผู้ป่วยในเชิงองค์รวมเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อกำหนดความต้องการด้านการดูแลแบบประคับประคอง และเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยสามารถผสมผสานเครื่องมือประเมินหลายประเภท ดังนี้

1.1 การประเมินข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (general patient profile assessment) ครอบคลุมลักษณะนิสัย ระดับการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ครอบครัว ความเชื่อ และความคาดหวังเกี่ยวกับเป้าหมายชีวิตและคุณค่าของบุคคล (personal goals and values) เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะบุคคล

1.2 การประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale, PPS Version 2) ใช้ประเมินระดับความสามารถและสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อกำหนดแผนการดูแลและจัดลำดับความสำคัญในการให้บริการคล้ายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

1.3 การประเมินอาการรบกวน (Edmonton Symptom Assessment System, ESAS) ใช้ประเมินความทุกข์ทรมานหรืออาการรบกวนทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (physical, psychological, social, spiritual distress) เพื่อกำหนดการดูแลและการบรรเทาอาการอย่างเหมาะสม

1.4 การประเมินความพึงพอใจและความต้องการของผู้ป่วยในสถานพยาบาล (patient satisfaction and needs assessment) ประเมินการดูแลด้านระบบบริการ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงพฤติกรรมและคุณภาพการให้บริการของทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

2. Plan (design): การออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคองเฉพาะรายบุคคล การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และผสมผสานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

2.1 การให้คำปรึกษาแบบกัลยาณมิตร (compassionate counseling): ใช้ผลการประเมินเพื่อฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ทำความเข้าใจปมหรือความค้างคาใจที่อาจเกิดตั้งแต่เริ่มทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี ผ่านกระบวนการทบทวนชีวิต (life review) เพื่อเสริมสร้างคุณค่าชีวิตและความหมายของการดำรงอยู่ (life meaning)

2.2 ประชุมครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (family meeting and advance care planning, ACP): วางแผนการดูแลล่วงหน้าและกำหนดแนวทางการรักษาแบบร่วมมือกับครอบครัว เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับความต้องการและค่านิยมของผู้ป่วย

2.3 การประเมินและจัดการอาการรบกวนแบบองค์รวม (comprehensive symptom management): ครอบคลุมการดูแลอาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น

- การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม
- การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์
- การให้ยาแก้ปวด ออกซิเจน หรือสารน้ำ
- การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง

2.4 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัว (self-care and family capacity assessment): ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล เช่น การให้อาหารมื้อเล็กแต่บ่อยครั้ง การป้องกันการติดเชื้อในเยื่อบุช่องปาก และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

2.5 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (environmental optimization): จัดให้มีห้องหรือพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสนับสนุนการอยู่ร่วมกันอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต และลดความเครียดทางกายและจิตใจ

3. Do (action): การดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันตามบริบท การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายเพื่อบรรเทาอาการ และด้านจิตใจเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยในการยอมรับและตอบสนองความต้องการของตนเอง

3.1 สร้างสัมพันธภาพเชิงบวก (therapeutic relationship) ใช้การสื่อสารสองทาง รับฟังผู้ป่วยและญาติอย่างตั้งใจ ไม่โต้แย้งความเชื่อของผู้ป่วยหรือครอบครัว เพื่อลดความรู้สึกผิดหรือความวิตกกังวล

3.2 สร้างขวัญและกำลังใจ (encouragement and emotional support) ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลดีที่สุด ให้กำลังใจ ความรัก และความเอื้ออาทร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจพร้อมต่อสู้กับโรค

3.3 การจัดการการเปิดเผยข้อมูล (disclosure management) สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่เปิดเผยสถานการณ์ต่อครอบครัว ให้ทีมพยาบาลรับฟังความต้องการเกี่ยวกับการแจ้งผลเลือดหรือข้อมูลสุขภาพ เคารพความต้องการผู้ป่วยว่าจะให้ตนเองเป็นผู้แจ้งหรือให้ทีมพยาบาลเป็นผู้แจ้ง

3.4 การดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care) สนับสนุนความเชื่อและความหวังของผู้ป่วย จัดให้มีผู้นำทางศาสนาที่ผู้ป่วยศรัทธาเข้ามาเยี่ยมตามความต้องการ

3.5 การจัดสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (environmental and risk management) จัดห้องแยกหรือพื้นที่สงบสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุหรือแผลกดทับ

3.6 การแพทย์ผสมผสาน (complementary and integrative care) ใช้ร่วมกับการรักษาหลัก เพื่อบรรเทาอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น สมาธิบำบัด การนวดคลาย กล้ามเนื้อ ฝังเข็ม ดนตรีและศิลปะบำบัด หรือหัวเราะบำบัด

3.7 สุขศึกษาและการสนับสนุนครอบครัว (health education and family support) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและมาตรการป้องกันการติดเชื้อ ปรึกษาเรื่องการส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือไปยังโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

3.8 ระบบส่งต่อผู้ป่วย (patient referral system) จัดระบบส่งต่อไปยังสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

3.9 การผ่อนผันกฎระเบียบของสถานพยาบาล (flexible hospital policies) อนุญาตให้เยี่ยมในเวลาที่เหมาะสม จัดกิจกรรมทางศาสนา หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย

3.10 การสนับสนุนญาติ (family counseling) เปิดโอกาสให้ญาติพบและสอบถามวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

3.11 ความต้องการครั้งสุดท้าย (last wish / living will) จัดทำเอกสารระบุความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วยตามมาตรา 12/2550 ใช้เป็นแนวทางตัดสินใจเรื่องการยื้อชีวิตหรือปล่อยให้เสียชีวิตตามกลไกธรรมชาติ โดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต

4. Check (learn): การทบทวนและติดตามผลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง การทบทวนและติดตามผลเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อประเมินว่า การดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการจริงหรือไม่ และเพื่อปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยประกอบด้วย

4.1 การติดตามและประเมินความต้องการของผู้ป่วย (patient needs assessment): ประเมินความพึงพอใจและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ตรวจสอบว่าอาการรบกวนด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม

4.2 ประชุมกลุ่มครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (family meeting and advance care planning, ACP): ประเมินผลการดูแลที่ผ่านมา ปรับปรุงแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว วางแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนและต่อเนื่อง

4.3 การเรียนรู้และปรับปรุง (continuous learning and quality improvement): ใช้ผลการประเมินเพื่อปรับกลยุทธ์การดูแล สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลตามมาตรฐานสถานพยาบาลและแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

5. Action (improve): การปรับปรุงการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอนสำคัญของ Deming Cycle เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพสูงสุด ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย

5.1 การปรับปรุงการดูแลรายบุคคล (individualized care improvement): ปรับรูปแบบการดูแลตามสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ใช้ผลการประเมินซ้ำ (reassessment) อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับกลยุทธ์การดูแลให้เหมาะสม

5.2 การประเมินผลลัพธ์และปรับปรุงระบบ (outcome evaluation and system improvement): ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวม นำผลการประเมินและกรณีศึกษา (case study) มาปรับปรุงระบบการดูแล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหวิชาชีพ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลตามมาตรฐานสถานพยาบาลและแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

6. Linkage: การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ การสร้างความเชื่อมโยง (linkage) เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

6.1 โครงสร้างและนโยบายของสถานพยาบาล (organizational structure and policy): สถานพยาบาลควรมีโครงสร้างชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ทีมบริหาร ทีมดำเนินงาน และทีมสนับสนุน กำหนดนโยบาย จัดทำแผนกลยุทธ์ และสนับสนุนกิจกรรมการดูแลตามมาตรฐานคุณภาพ

6.2 ทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team): ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา เช่น แพทย์เจ้าของไข้และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางและพยาบาลประคับประคอง เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด โภชนากร บุคลากรในชุมชน เช่น นักบวช แพทย์แผนโบราณ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร

6.3 การประชุมครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (family meeting and ACP): จัดประชุมเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ประเมินความต้องการและปรับปรุงแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. List disease of Palliative care and Functional unit. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2559.

2. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2563.

3. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. 2002; 24(2): 91-6.

4. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018.



บทที่ 4.6 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอด

พญ.สตรีรัตน์ จั่นครุฑ
พว. ปัณณวัฒน์ ปะมะคัง
สถาบันโรคทรวงอก

เมื่อกล่าวถึงงานประคับประคองในโรคระบบทางเดินหายใจแล้ว คนส่วนใหญ่อาจนึกถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง ซึ่งเป็นเสมือนตัวแทนของงานประคับประคองในระบบทางเดินหายใจ แต่ในความเป็นจริงแล้วในเวชปฏิบัติทั่วไป โรคระบบทางเดินหายใจนั้นมีอยู่มากมายหลากหลายชนิดที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ว่าจะเป็นโรคมีสาเหตุโดยตรงจากระบบทางเดินหายใจเอง หรือเป็นโรคที่มีหลายระบบร่วมกัน

ตัวอย่างโรคระบบทางเดินหายใจที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่มี FEV1 < 30% เข้าโรงพยาบาลบ่อย ใช้ long-term oxygen therapy (LTOT)

2. โรคพังผืดในปอด (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) และโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบที่มีพังผืดชนิดลุกลาม (interstitial lung disease with progressive pulmonary fibrosis, ILD with PPF) ที่มีการลดลงของ FVC > 5% , DLCO > 10% ในช่วงเวลา 1 ปี มีออกซิเจนต่ำต้องใช้ LTOT

3. ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง (pulmonary hypertension, PH) ที่มี WHO FC III–IV

4. มะเร็งปอด ระยะ III–IV ดูแลร่วมกับ oncologist

5. โรคหลอดลมโป่งพอง (bronchiectasis) ที่มีออกซิเจนต่ำ มีการติดเชื้อซ้ำ ๆ ผอมน้ำหนักลดลงมาก

6. โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจบกพร่องจาก Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) / Motor neuron disease (NMD) ที่เริ่มมี CO2 retention จาก hypoventilation ต้องใช้เครื่อง Noninvasive ventilation (NIV)

7. กลุ่มอาการอ้วนหายใจต่ำ (obesity hypoventilation syndrome, OHS) ที่มีภาวะง่วงจาก CO2 retention จาก hypoventilation ที่ไม่ตอบสนองต่อ Noninvasive ventilation (NIV)

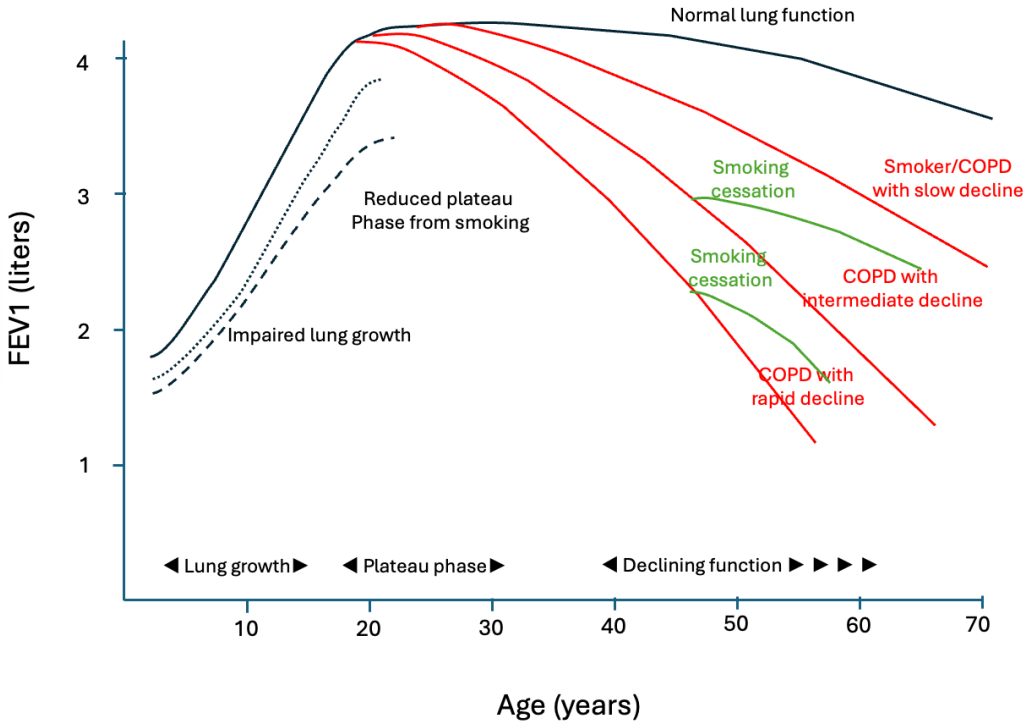
จะเห็นได้ว่าโรคดังกล่าวแม้มีสาเหตุที่แตกต่างกัน แต่ล้วนมีผลต่อระบบทางเดินหายใจทั้งสิ้น สำหรับโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจที่เป็นมากและนานจนเกิดภาวะหัวใจด้านขวาล้มเหลว (right sided heart failure, RHF) ล้วนบ่งบอกว่าโรคได้มาถึงระยะลุกลามมากขึ้นแล้ว สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาหลัก

เพื่อความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรคระบบทางเดินหายใจ บทนี้จึงขอแบ่งเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ

• โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของประชากรโลก หรือประมาณร้อยละ 5 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 18,925 คน และ 18,169 คน ตามลำดับ และอัตราการตายของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ (progressive, not fully reversible airflow limitation) มักวินิจฉัยในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ที่มีอาการเหนื่อย ไอเรื้อรัง และมีประวัติสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของโรค ยืนยันการวินิจฉัยด้วยการทำสมรรถภาพปอดพบว่ามี postbronchodilator FEV1/FVC < 0.70 ซึ่งหมายถึงมี persistent airflow limitation โดยจะมีการลดลงของการทำงานปอดเมื่อเวลาผ่านไป ดังภาพที่ 4.6.1



ภาพที่ 4.6.1 กราฟแสดงการทำงานของปอดที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในคนปกติและในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภาพดัดแปลงมาจาก Muhammad Ahsan Zafar. ResearchGate 2015)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกในวินาทีแรกอย่างเร็วและแรงเต็มที่ (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 จนรบกวนการทำกิจกรรมประจำวัน และมีอาการกำเริบของโรครุนแรงมาก

ระดับที่ 4 ระดับรุนแรงมาก ค่า FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากตลอดเวลา มีอาการกำเริบรุนแรงมากและบ่อยครั้ง จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวัน

อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถึงความยากลำบากในการหายใจของตนเอง และต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติ มีการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมโดยใช้แบบสอบถามอาการหายใจลำบากของสภาวิจัยทางการแพทย์ประเทศอังกฤษ (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale, mMRC) และ COPD Assessment Test (CAT) ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถแยกความแตกต่างของระดับการดำเนินของโรค และสามารถนำไปวางแผนการจัดการอาการหายใจลำบากได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ผู้ป่วยประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรม ดังตารางที่ 4.6.1 และ ตารางที่ 4.6.2

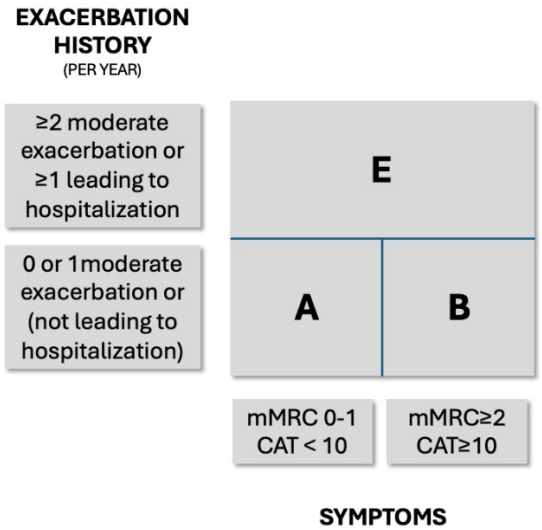
ตารางที่ 4.6.1 การประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมตามระดับการดำเนินของโรค mMRC

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

ตารางที่ 4.6.2 COPD Assessment Test (CAT)

ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา
ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอดเลย	0	1	2	3	4	5	ปอดของข้าพเจ้าเต็มไปด้วยเสมหะ
ข้าพเจ้าไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้ารู้สึกแน่นหน้าอกมาก
เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือบันได หนึ่งชั้นยังคงหายใจได้คล่อง	0	1	2	3	4	5	เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือบันได หนึ่งชั้นรู้สึกเหนื่อยหอบอย่างมาก
ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านได้อย่างไม่จำกัด	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านได้อย่างจำกัดมาก
ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้านทั้ง ๆ ที่ปอดของข้าพเจ้ามีปัญหา	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้านเพราะปอดของข้าพเจ้ามีปัญหา
ข้าพเจ้านอนหลับสนิท	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิทเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา
ข้าพเจ้ารู้สึกกระฉับกระเฉงอย่างมาก	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า

GOLD guideline ล่าสุดได้จัดกลุ่มผู้ป่วยตามอาการและความเสี่ยงในการกำเริบของโรค เพื่อประโยชน์ในการติดตามรักษา ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ A, B และ E โดยกลุ่ม E เป็นกลุ่มที่มีอาการแย่ที่สุดและมีความเสี่ยงในการกำเริบของโรคมากที่สุด ดังภาพที่ 4.6.2



ภาพที่ 4.6.2 แสดงกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD guideline (ภาพดัดแปลงมาจาก GOLD guideline 2025)

ข้อบ่งชี้ในการปรึกษา palliative care team มีข้อบ่งชี้ 2 ข้อขึ้นไป

1) สถานะของโรคอยู่ระดับรุนแรงมาก (FEV1 < 30% predicted)

2) เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย ๆ (อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 12 เดือน ที่มาจากภาวะ COPD exacerbation)

3) ข้อบ่งชี้การใช้ long-term oxygen therapy

4) mMRC score ระดับ 3 ขึ้นไปที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยหลังการเดินระยะ 100 เมตร ในพื้นระนาบหรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้านจากข้อจำกัดจากภาวะหายใจหอบเหนื่อย

5) มีอาการและอาการแสดงของ right sided heart failure

6) ได้รับ systemic corticosteroids มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อรักษาอาการของ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

อาการรบกวนหลักในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ อาการหอบเหนื่อยหายใจลำบาก ในทางการพยาบาลมีแนวทางการประเมินอาการหายใจลำบาก ดังนี้

1) ประเมินจากการบอกเล่า บรรยายความรู้สึกขณะมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย

2) ประเมินโดยถามคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก เช่น

- อาการเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ระยะเวลา และความถี่ที่เกิด เช่น เกิดเมื่อมีกิจกรรม หรือแม้อยู่เฉย ๆ
- อะไรทำให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลง อยู่ในท่าใดสบายที่สุด
- ความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อาการขณะปัจจุบัน อาการที่รู้สึกดีที่สุด อาการที่รู้สึกแย่ที่สุด
- ผลกระทบต่อกิจกรรมหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รบกวนการดำรงชีวิต/การนอนหรือไม่อย่างไร
- การดำเนินของอาการ ถ้าเร็วมักมีสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด ปอดบวม

3) ประเมินปัจจัยส่งเสริมต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ได้แก่

- ด้านร่างกาย เช่น อาการเจ็บป่วยและไม่สุขสบายทางกาย
- ด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเครียด กังวล หรือความกลัว เป็นต้น
- ด้านสังคม สถานการณ์ทางครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด หรือ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- ด้านจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อในอำนาจการควบคุมตนเองลดลง ความเข้มแข็งและศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตลดลง

4) ประเมินทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สาเหตุด้านพยาธิของโรคอย่างครอบคลุมร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายมีอาการหายใจลำบากโดยที่ตรวจไม่พบความผิดปกติทางพยาธิสภาพปอดและการหายใจ

สำหรับแนวทางในการรักษาบางอย่างที่เคยเป็นการรักษาผู้ป่วยในระยะท้าย ปัจจุบันได้มีการนำมาใช้ช่วยในการดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1) การรักษาแบบประคับประคองเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย

- Opioids: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับยาปรับยาตามมาตรฐานการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว การใช้ยากลุ่ม opioids สามารถลดอาการหอบเหนื่อยลงได้ (ระดับหลักฐาน B, แนะนำอย่างมีเงื่อนไข)
- Oxygen supplement: ในผู้ป่วยที่มี SpO2 > 92% การให้ออกซิเจนเพิ่มอาจจะลดอาการหอบเหนื่อยได้ในบางราย แต่ควรให้ด้วยความระมัดระวัง
- Positioning: ท่านั่งโน้มตัวไปข้างหน้า ช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้
- Ergonomic rearrangement of the house: การจัดบ้านให้มีการถ่ายเทของอากาศสามารถช่วยได้
- Pulmonary rehabilitation: การเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมด้วย รวมถึงการทำ pursed-lip breathing or breathing relaxation technique สามารถลดอาการหอบเหนื่อยได้
- Handheld fan: การเปิดพัดลมเป่าบริเวณที่หน้า ช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้ (ระดับหลักฐาน B, แนะนำอย่างมีเงื่อนไข)
- Non-invasive ventilation: มีผลดีในบางกรณี ให้ตัดสินใจโดยเน้นความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก

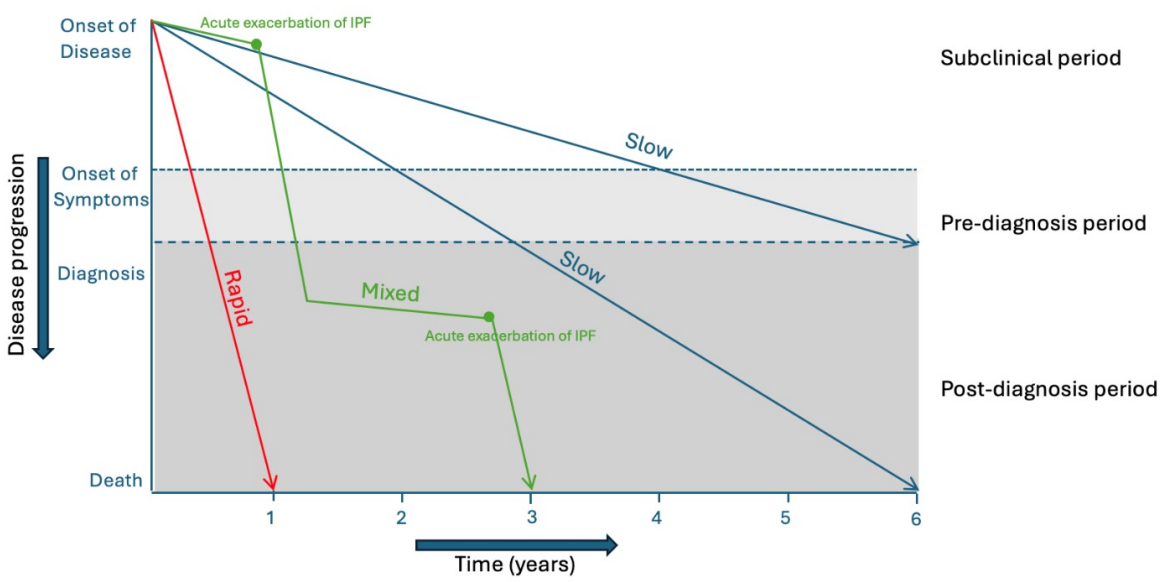
2) การแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ป่วยที่มี low BMI หรือ low fat free mass จะสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่ไม่ดี การให้คำปรึกษาด้านการเสริมอาหารและวิตามินทำให้น้ำหนักขึ้นได้ กล้ามเนื้อหายใจทำงานได้ดีขึ้น

3) การลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า พบว่าการทำ cognitive behavioral therapy หรือ mind-body interventions เช่น การฝึกสมาธิ การเล่นโยคะ และการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดลดอาการวิตกกังวลได้ดี (ระดับหลักฐาน B, แนะนำอย่างยิ่ง) การใช้ยาต้านซึมเศร้าลดภาวะวิตกกังวล เช่น กลุ่ม benzodiazepine อาจช่วยได้บางราย (ระดับหลักฐาน B, แนะนำอย่างมีเงื่อนไข)

• โรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ

โรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ ในที่นี้หมายรวมถึงโรคที่มีการเสื่อมถอยของพยาธิสภาพของโรคปอดนั้น ๆ เช่น bronchiectasis, severe restrictive lung disease เช่น severe kyphoscoliosis, IPF (idiopathic pulmonary fibrosis) และ ILD with PPF ซึ่งมีลักษณะการดำเนินของโรคคล้าย IPF โรคดังกล่าวข้างต้นเป็นโรคที่พบได้ในเวชปฏิบัติทั่วไป แม้พบไม่ได้บ่อยเท่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สำหรับโรคปอดที่ปัจจุบันผู้คนให้ความสนใจและพัฒนาการวินิจฉัยมากขึ้นคือ ILD โดยมี IPF เป็นโรคที่มีพยากรณ์โรคแย่ที่สุด มีการศึกษา disease progression ในผู้ป่วย IPF พบว่า ผู้ป่วยจะมีชีวิตประมาณ 3-5 ปี โดยมี progression subgroup: slow mixed และ rapid ดังภาพที่ 4.6.3



ภาพที่ 4.6.3 กราฟแสดงการดำเนินโรคของ IPF (ดัดแปลงมาจาก Ley B. Am J Respir Crit Care Med. 2011)

สำหรับโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ มีข้อบ่งชี้ในการปรึกษา palliative care team โดยมีหลักเกณฑ์พิจารณาดังต่อไปนี้ (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 ($PaO_2 \leq 55$ mmHg or $SpO_2 \leq 88\%$)
- Hypercapnia ($PaCO_2 \geq 50$ mmHg.)

4) Supporting documentation includes

- Right heart failure secondary to pulmonary disease (cor pulmonale)
- Unintentional progressive weight loss ≥ 10% ใน 6 เดือน
- Resting tachycardia ≥ 100 beats/minute

สำหรับการจัดการอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ ใช้หลักการเดียวกับการจัดการอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจุบันมีการศึกษาพัฒนาหลักเกณฑ์ในการปรึกษา palliative care โดยแบ่งเป็น ข้อบ่งชี้โดยอาศัยความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก (needs-based criteria) และข้อบ่งชี้โดยอาศัยโรคและการใช้บริการสาธารณสุขเป็นหลัก (disease-based/ health service utilization criteria) ดังตารางที่ 4.6.3

ตารางที่ 4.6.3 ข้อบ่งชี้ในการปรึกษา palliative care สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ ILD (ดัดแปลงมาจาก Janssen DJA. Eur Respir J 2023)

Needs-based criteria	Disease-based/Health service utilization criteria
Physical or emotional symptoms (poor symptom control, breathlessness, pain, weight loss, cachexia)	Hospital use (admission, frequency of admission, admission for exacerbation)
Functional decline (increasing care dependency, low 6-min walk test or gait speed, unable to meet ADLs)	Respiratory status (FEV1 < 30% predicted, respiratory insufficiency, GOLD stage 3-4)
Psychosocial (social needs, supportive counselling, spiritual or existential concerns)	Advanced respiratory therapies (invasive/non-invasive ventilation, home oxygen use)
Decision support (ACP, hospice referral, care coordination)	Disease progression (Deteriorating lung function, heart failure, low albumin, multimorbidity)
Person with illness or informal caregiver request for palliative care	Prognosis (‘surprise question’, life expectancy < 6-12 mo)
Informal caregiver distress or need for support	Comorbidities (cancer, renal failure, diabetes)
Others (ethical concerns)	New diagnosis (ILD specific)
	End-stage care (terminal care, lack of treatment options)
	Others (frailty)

เอกสารอ้างอิง

1. ปาริชาติ เพียสุวรรณ, สุธีรา พิมพ์รส. การจัดการกับอาการในผู้ป่วยระยะท้าย. ใน: คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. นนทบุรี: สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2558.

2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เนต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2025 Jul 13]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/02/แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้น%E2%80%8B.pdf .

3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2025 report [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://goldcopd.org/2025-gold-report/ .

4. Janssen DJA, Bajwah S, Boon MH, Currow DC, Ekström M, Faisinger R, et al. European Respiratory Society clinical practice guideline: palliative care for people with COPD or interstitial lung disease. Eur Respir J. 2023; 62(1): 2202014. doi:10.1183/13993003.02014-2022.

5. Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM, Fahy B, Hansen-Flaschen J, Heffner J, 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. Available from: https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.200605-587ST .

6. Ley B, Collard HR, King TE Jr. Clinical course and prediction of survival in idiopathic pulmonary fibrosis. Am J Respir Crit Care Med. 2011; 183(4): 431–40. Available from: https://www.atsjournals.org/doi/epdf/10.1164/rccm.201006-0894CI?role=tab .

7. Raghu G, Remy-Jardin M, Ryerson CJ, Myers JL, Kreuter M, Vasakova M, et al. Diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis: an official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2022; 205(9): e18–47.

8. Ursoleo JD, Bottussi A, Sullivan DR, Fossati B, Andreis F, Bruni A, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: a narrative synthesis of its hallmarks for palliative care clinicians. Eur J Intern Med. 2025; 133: 25–34.

9. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd) .

10. Zafar MA. Natural history, phenotypes, and gender differences in COPD [Internet]. ResearchGate; 2015 [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/308367760_Natural_history_phenotypes_and_gender_differences_in_COPD .



บทที่ 4.7 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับ

พญ.ฐิติรัตน์ ตันติปรีชาพงศ์
โรงพยาบาลราชวิถี

โรคตับเรื้อรัง (chronic liver disease, CLDs) คือภาวะของตับที่มีการทำงานลดลง เกิดจากการที่ตับได้รับอันตรายหรืออักเสบจากหลายสาเหตุ เช่น การดื่มสุรา การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ หรือการใช้ยาบางชนิดติดต่อกันนาน ๆ ส่งผลให้เนื้อตับถูกทำลายกลายเป็นพังผืด ถ้ามีการทำลายเซลล์ตับอย่างเรื้อรังจนมีพังผืดเกิดขึ้นมาก เนื้อตับที่เคยนุ่มจะค่อย ๆ แข็งขึ้น จนกลายเป็น “ตับแข็ง” (cirrhosis) ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของตับลดลง และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งตับ

ปัจจุบันอุบัติการณ์ทั่วโลกของผู้เสียชีวิตจากโรคตับประมาณ 2 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 4 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตมาจากสาเหตุมะเร็งตับระหว่าง 600,000–900,000 ราย ส่วนที่เหลือคือจากภาวะตับแข็งและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ รายงาน WHO/GBD 2021 พบอัตราการเสียชีวิตแบบ age-standardized เพิ่มจาก 103 ต่อ 1 ล้านคนในปี 1990 เป็น 173 ต่อ 1 ล้านคนในปี 2021 สำหรับประเทศไทยตามฐานข้อมูล GLOBOCAN 2022 พบผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ในไทย 27,936 ราย พบอัตราป่วย 22.7 คนต่อประชากร 100,000 คน (ASR 22.7 ต่อแสนคน) เสียชีวิตจากมะเร็งตับ 27,143 ราย พบอัตราผู้ป่วยเสียชีวิต 22.0 คนต่อประชากร 100,000 คน (ASR 22.0 ต่อแสนคน) แม้ว่าปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้นและการปลูกถ่ายตับถือเป็นการรักษาที่เพิ่มอัตรารอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตับวาย แต่พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้ารับการปลูกถ่ายตับได้ ปัญหาที่สำคัญคือการขาดแคลนอวัยวะ ในประเทศไทยอัตราผู้ให้ต่อผู้รอคอยไม่ต่ำกว่า 1:80 ทำให้มีผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นจำนวนมากระหว่างการรอรับการปลูกถ่ายตับ สำหรับอาการที่พบได้ในผู้ป่วยตับวาย ได้แก่ ปวด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องมาน ความดันในตับสูง อาเจียนเป็นเลือด ภาวะสับสน ตัวเหลืองตาเหลือง เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต (life-threatening illness) โดยเป้าหมายการดูแลคือหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดความทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการรักษาดังกล่าวนั้นควรเริ่มทำตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยว่ามีความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้ยังรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากเกิดการสูญเสีย

ในผู้ป่วยโรคตับระยะท้าย ไม่ว่าจะเป็นภาวะตับแข็งหรือโรคมะเร็งตับ จัดว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิต การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยผู้ป่วยจัดการกับอาการที่ทำให้ไม่สุขสบาย ช่วยการสื่อสารให้มองเห็นภาพชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลที่มีผลต่อการวางแผนการรักษา ตลอดจนช่วยประสานงาน ทีมแพทย์พยาบาล รวมถึงบุคลากรด้านอื่นในการร่วมดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในวาระสุดท้าย

• การดำเนินและพยากรณ์โรค

การทำนายระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังและตับแข็งจัดว่าทำได้ยาก เนื่องจากมีความไม่แน่นอนในวิถีการดำเนินโรค (disease trajectory) ธรรมชาติของการเกิดโรคตับเรื้อรังและตับแข็งเริ่มจากตับถูกทำลายเกิดการอักเสบมีพังผืดเกิดขึ้น ส่งผลให้การทำงานของตับค่อย ๆ เสื่อมถอยลง แต่ยังไม่แสดงอาการหรืออยู่ในระยะ compensated cirrhosis ผู้ป่วยในระยะนี้อาจมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หากการทำงานของตับลดลงมาก ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ decompensated cirrhosis ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น ท้องมาน ดีซ่าน มีจุดจ้ำเลือดตามตัว อาจมีอาเจียนเป็นเลือดจากการแตกของเส้นเลือดที่หลอดอาหาร (esophageal varices) จากความดันหลอดเลือดพอร์ทัลสูงขึ้น (portal hypertension) ในระยะสุดท้ายเมื่อเข้าสู่ภาวะตับวาย อาจเกิดอาการทางสมอง (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 ผู้ป่วยตับแข็งทีมีการติดเชื้อร่วมด้วยพบว่าอัตราตายสูงกว่าปกติถึง 4 เท่า และพบว่าร้อยละ 30 จะเสียชีวิตภายในหนึ่งเดือน และผู้ป่วยอีกร้อยละ 30 จะเสียชีวิตภายในหนึ่งปี ดังนั้น ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้บ่อยในเวชปฏิบัติเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะตับวาย ที่ใช้ในการทำนายโอกาสเสียชีวิต และนำมาช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ Child-Turcotte-Pugh classification (CTP) และ model for end-stage liver disease (MELD) ดังตารางที่ 4.7.1 และ 4.7.2 แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ตามผลรวมคะแนน พบว่าสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี และ 2 ปี โดยร้อยละอัตรารอดชีวิตที่ 1 และ 2 ปี ของผู้ป่วยระดับ A (คะแนน 5-6) อยู่ที่ร้อยละ 100 และ 85 ผู้ป่วยระดับ B (คะแนน 7-9) อยู่ที่ร้อยละ 80 และ 60 และผู้ป่วยระดับ C (คะแนน 10-15) อยู่ที่ร้อยละ 45 และ 35 ตามลำดับ CTP ยังคงเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์อย่างมากในการประเมินความรุนแรงและคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองในเวชปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังมีการแบ่งความรุนแรงของโรคตับแข็งตาม MELD scoring system โดยคำนวณตามสูตร ซึ่งต้องใช้ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) ค่าบิลลิรูบิน (serum bilirubin) และค่า international ratio (INR) นิยมใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อการปลูกถ่ายตับและสามารถใช้ทำนายอัตราการรอดชีวิตในระยะ 3 เดือน โดยร้อยละอัตราเสียชีวิตใน 3 เดือน ร้อยละ 6 (MELD 10-19), ร้อยละ 20 (MELD 20-29), ร้อยละ 53 (MELD 30-39), และร้อยละ 71 (MELD ≥ 40) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7.1 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 4.7.2 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 serum bilirubin (mg/dL)] + 11.2[INR] + 9.57[ln serum Cr (mg/dL)] + 6.43
Any value <1 is given a value of 1
ที่มา: Wiesner R, Edwaeds 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

ขั้นที่ 1 ใช้ surprise question ให้แพทย์ที่ดูแลถามคำถามกับตัวเองว่า *"ท่านจะแปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตใน 12 เดือนข้างหน้า"* หากไม่แปลกใจ ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยคำตอบของคำถามนี้ ควรได้หลังจากประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยพิจารณาจากอาการของโรค โรคประจำตัว ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย แต่หากไม่แน่ใจควรพิจารณาต่อในขั้นที่ 2 และ 3

ขั้นที่ 2 ค้นหาข้อบ่งชี้ทั่วไปที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรค กรณีที่คำตอบคือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจจะมีการพยากรณ์โรคลดลง ดังภาพที่ 4.7.1

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

- ผู้ป่วยตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อนในช่วงปีที่ผ่านมา เช่น มีภาวะท้องมานที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ (diuretic resistant ascites) มีอาการทางสมองจากโรคตับ (hepatic encepholopathy) ภาวะไตวายจากโรคตับแข็ง (hepatorenal syndrome) มีเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำจากหลอดเลือดโป่งพอง (recurrent variceal bleeding)

- ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการปลูกถ่ายตับในผู้ใหญ่ ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาการดูแลรักษาผู้ป่วยปลูกถ่ายตับ ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565 ได้แก่

o ยังดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ

o ยังมีการใช้สารเสพติดหรือยาผิดกฎหมาย

o ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้

o เป็นโรค AIDS

o มีโรคร่วมอย่างรุนแรงต่อร่างกายที่ไม่สามารถรักษาหายได้ ได้แก่ โรคหัวใจ ปอด โรคทางระบบประสาท เป็นต้น

o มีกายวิภาคในช่องท้องที่ผิดปกติอย่างมากจนไม่สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายตับได้

o ความผิดปกติทางจิต หรือโรคจิตที่ไม่สามารถควบคุมได้

o ไม่สามารถให้ความร่วมมือกับการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายตับทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

o ไม่มีครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนช่วยดูแลหลังปลูกถ่ายตับได้อย่างเหมาะสม

o ภาวะตับวายเฉียบพลัน ที่มีระดับความดันในสมอง (intracranial pressure) มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทต่อเนื่อง หรือมีความดันเลือดไปเลี้ยงสมอง (cerebral perfusion pressure) น้อยกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท หรือมีอาการแสดง และภาพทางรังสีของสมองที่แสดงถึงภาวะ irreversible brain damage

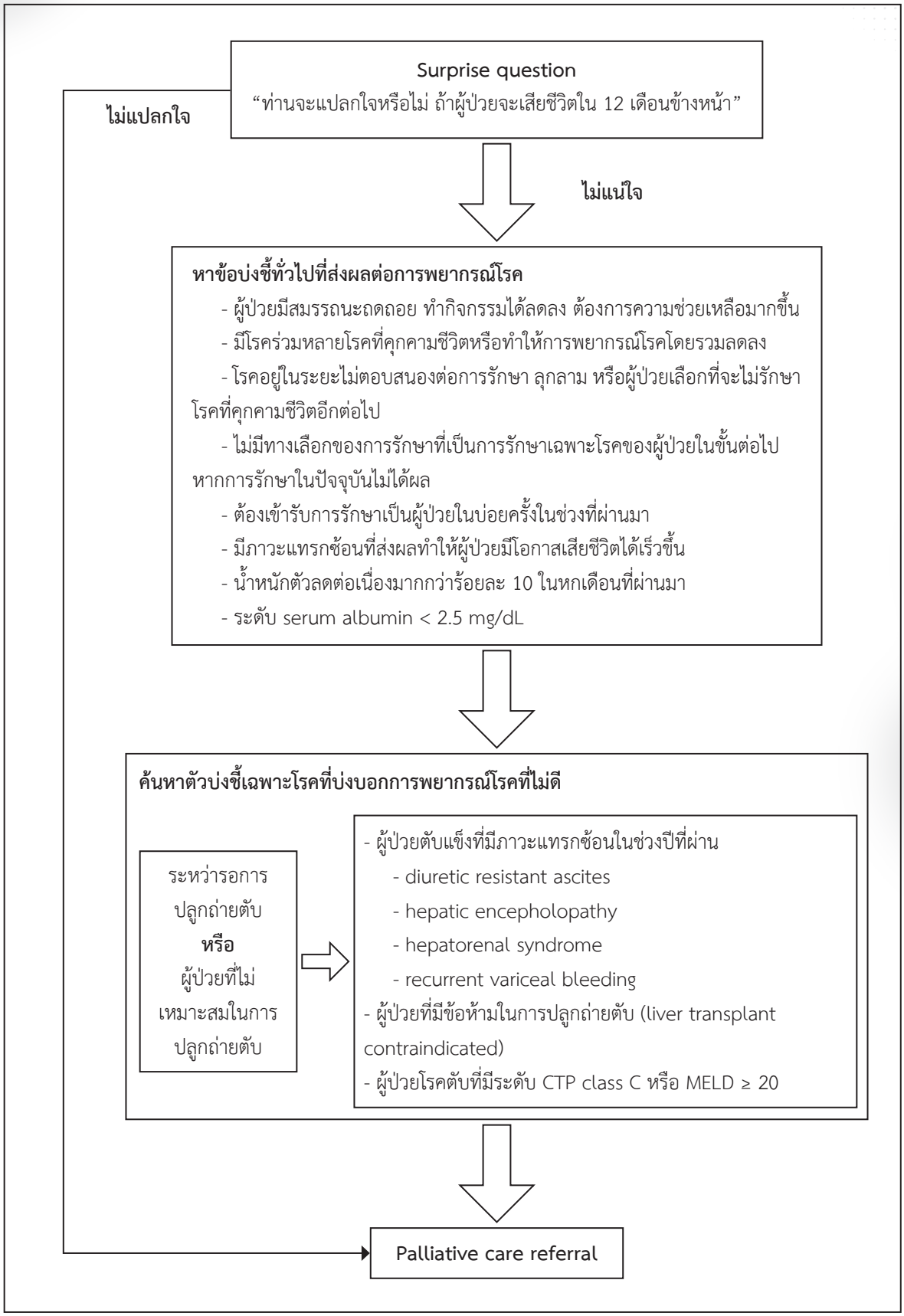
o มีมะเร็งของอวัยวะอื่นที่ยังไม่หายขาด

o มีภาวะ severe pulmonary hypertension ซึ่งหมายถึง mean pulmonary arterial pressure, mPAP > 50 มิลลิเมตรปรอท) ถ้ามี mPAP > 35 มิลลิเมตรปรอท ควรให้การรักษาจน mPAP <35 มิลลิเมตรปรอท จึงผ่าตัดปลูกถ่ายตับได้

o มะเร็งท่อน้ำดีชนิดในตับ

o มะเร็ง hemangiosarcoma

- ผู้ป่วยโรคตับที่มีระดับ Child-Pugh class C หรือ MELD ≥ 20



ภาพที่ 4.7.1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคตับเพื่อรับการรักษาแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการการดูแลรักษาผู้ป่วยปลูกถ่ายตับ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพ:ปริ้นท์แอนด์มอร์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1m94qhU3PJgvZ4lRr-PlAaHJzlRhTpI4T/view.

2. Chen K, Qiu Y, Zhang Y, Li Y, Wang L, Xu Y. Child–Pugh classification: from clinical description to mechanistic understanding and future perspectives. World J Hepatol. 2023; 15(1): 25–40.

3. 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(2): 217-31.

4. Devarbhavi H, Asrani SK, Arab JP, Nartey YA, Pose E, Kamath PS. Global burden of liver disease: 2023 update. J Hepatol. 2023 Aug; 79(2): 516–37. doi:10.1016/j.jhep.2023.03.017. Epub 2023 Mar 27. PMID: 36990226.

5. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2024 [cited 2025 Jul 22]. Available from: https://gco.iarc.who.int/today .

6. Hahn JW, Woo S, Park J, Lee H, Kim HJ, Ko JS, et al. Global, Regional, and National Trends in Liver Disease-Related Mortality Across 112 Countries From 1990 to 2021, With Projections to 2050: Comprehensive Analysis of the WHO Mortality Database. J Korean Med Sci. 2024; 39(46): e292.

7. Kamath PS, Kim WR. The model for end-stage liver disease (MELD). Hepatology. 2007; 45(3): 797–805.

8. Kim WR, Mannalithara A, Heimbach JK, Kamath PS, Asrani SK. MELD 3.0: The model for end-stage liver disease updated for the modern era. Gastroenterology. 2021; 161(6): 1887–95.e4.

9. NHS Lothian, The University of Edinburgh primary palliative care research group. Supportive and palliative care indicators tool (SPICT). Edinburgh: The University of Edinburgh; 2013.

10. 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 Gastroenteroal Hepatol. 2006; 4(11): 1385–94.

11. Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg. 1973; 60(8): 646–9.

12. 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(5 Suppl): S122–30.

13. Runyon BA. Treatment of patients with cirrhosis and ascites. Semin Liver Dis 1997; 17(3): 249–60.

14. Tayal AH, Kappus MR, Sanyal AJ. Update on scoring systems in liver disease. Clin Liver Dis. 2022; 26(1): 9–27.

15. Thomas K., Wilson JA., et al. Prognostic indicator guidance, 4th ed. Shrewsbury: The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care CIC; 2011.

16. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jul 11]. Available from: https://www.who.int/health-topics/palliative-care .



บทที่ 4.8 การดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายในเด็ก

พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, พญ.ปราณี เมืองน้อย,
พญ.ถิรพร ตั้งจิตติพร, ภญ.กมลวรรณ พ่อค้า,
พว.วาณี แม่นยำ, พว.นารี หินนาง,
พว.ปริภาดา สร้างนอก, นางจิณณพัต ยอดไกรศรี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

4.8.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (definition of pediatric palliative care)

ในความคิดของคนทั่วไป เด็กมักจะเป็นตัวแทนของอนาคตและความหวังของครอบครัว พ่อแม่ทุกคนหวังให้บุตรของตนมีสุขภาพแข็งแรงและมีชีวิตที่ยืนยาว อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงนั้นมีเด็กมากมายที่ป่วยเป็นโรคที่คุกคามชีวิต (life threatening illness) แม้ในปัจจุบันจะมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยและความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมาก ในปีหนึ่ง ๆ ก็ยังมีผู้ป่วยเด็กส่วนหนึ่งที่เสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ มากมาย การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Pediatric Palliative Care, PPC) จึงมีความสำคัญในการบูรณาการไปกับการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ ไม่ว่าผลลัพธ์ของการรักษาจะเป็นไปเพื่อการรักษาให้หายขาดหรือการประคับประคองไปจนถึงวาระสุดท้าย โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการดูแลคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (patient and family centered care) ช่วยบรรเทาความทุกข์ (relief suffering) โดยครอบคลุมทุกมิติ (holistic care: physical, psycho-social, spiritual) รวมถึงการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (bereavement care)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ให้ความสำคัญของ PPC โดยเน้นให้เป็นการดูแลที่มีเด็กป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary/interdisciplinary care) ครอบคลุมไปถึงที่บ้านและแหล่งชุมชนที่ครอบครัวอาศัยอยู่ นอกจากนี้ สมาคมกุมารแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Academy of Pediatrics) ยังสนับสนุนให้สถานพยาบาลที่มีการบริการด้านกุมารเวชศาสตร์ทุกแห่งบูรณาการ PPC เข้ากับการดูแลผู้ป่วยเด็กในทุกระดับ โดยบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กทุกคนควรมีความรู้และทักษะทางด้าน PPC ทั้งนี้เป็นไปตามระดับความซับซ้อนของการดูแล ได้แก่ general pediatric palliative care และ specialist pediatric palliative care เป็นต้น และมีเครือข่ายการส่งต่อซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีข้อจำกัด

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก คือการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคที่คุกคามชีวิต โดยดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ โดยทีมสหวิชาชีพ เริ่มต้นตั้งแต่เมื่อมีการวินิจฉัยโรคไปจนถึงระยะท้าย โดยเน้นการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านหรือชุมชน และครอบคลุมถึงการดูแลครอบครัวหลังสูญเสีย มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้ ดังเช่นคำกล่าวของพระครรชิต คุณวโร ว่า “แม้จะถึงวาระสุดท้าย มนุษย์ก็ไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งที่ดีที่สุดของชีวิต”

• ผู้ป่วยเด็กกลุ่มใดที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

สมาคมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเด็ก ประเทศอังกฤษ (The Association for Children's Palliative Care) ซึ่งต่อมาได้ร่วมเป็นกลุ่มองค์กร Together for Short Lives ได้แบ่งกลุ่มโรคในเด็กที่จำกัดอายุขัย ดังนี้

ตารางที่ 4.8.1.1 การแบ่งผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลประคับประคอง

	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
ความหมาย	โรคที่คุกคามต่อชีวิต อาจหายได้แต่มีโอกาสล้มเหลวจากการรักษา	โรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยสั้น ต้องการการดูแลอย่างมากเพื่อใช้ชีวิตได้ตามควร	โรคที่มีการดำเนินโรคเลวลงอย่างต่อเนื่อง	โรคที่ไม่สามารถฟื้นตัวเป็นปกติได้แต่โรคไม่ลุกลาม และอาจมีภาวะแทรกซ้อนคุกคามชีวิต
ตัวอย่างโรค	Cancer (ที่มีการพยากรณ์ไม่ดี หรือ โรคกลับเป็นซ้ำ)	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	Mucopolysaccha-ridosis	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)		

บางครั้งมีการแยกกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิด (neonatal palliative care) ออกมาเป็นกลุ่มเฉพาะอีกกลุ่มหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทของทีมผู้ให้บริการ

เนื่องจากสาเหตุการเสียชีวิตผู้ในป่วยเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่มักเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง แต่ในเด็กพบว่าการเสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงทารกแรกคลอดจากภาวะคลอดก่อนกำหนด และภาวะพิการแต่กำเนิด รวมถึงโรคเรื้อรังในเด็กมักเป็นจากภาวะผิดปกติทางพันธุกรรมและเมตาโบลิค อีกทั้งการดำเนินโรคจะเรื้อรัง ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมักต้องการการช่วยเหลืออย่างมากและอยู่ในบริการนานกว่าผู้ใหญ่ (ในผู้ใหญ่อาจกำหนดการเข้าสู่บริการโดยระยะเวลาที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน หรือ 1 ปี) แต่ในผู้ป่วยเด็กอาจไม่สามารถกำหนดการเข้าสู่บริการด้วยระยะเวลาที่คาดว่าจะเสียชีวิตได้ เกณฑ์การเข้าสู่บริการขึ้นอยู่กับโรคและความต้องการความช่วยเหลือดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว

การคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีความซับซ้อนกว่าในผู้ใหญ่ เนื่องด้วยข้อจำกัดของเครื่องมือ อย่างไรก็ตาม เครื่องมือ Paediatric Palliative Screening Scale (PaPaS) เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่สามารถใช้คัดกรองการเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยเด็กได้

ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการดูแลจากทีมการดูแลแบบประคับประคองในเด็ก เมื่อได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคที่คุกคามชีวิต ดังตารางที่ 4.8.1.1 ร่วมกับเกณฑ์การเข้าสู่บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤติ อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน ระยะเวลา 6 เดือน
- เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 3 สัปดาห์ โดยอาการไม่ดีขึ้น
- เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ เป็นระยะเวลามากกว่า 1 สัปดาห์ โดยอาการไม่ดีขึ้น
- ได้รับการพยุงชีพด้วยเครื่องมือ invasive medical device
- มีอาการปวดหรืออาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ที่ ไม่บรรเทาด้วยการรักษาโดยทั่วไป
- มีปัญหาซับซ้อนด้าน จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ หรือ ความสามารถในการตัดสินใจ

• ความแตกต่างของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยเด็กกับผู้ใหญ่

1. สาเหตุการเจ็บป่วย หรือเสียชีวิต เช่น ในเด็กเล็กมักเป็นโรคทางพันธุกรรม โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในเด็กวัยที่โตขึ้นสาเหตุอาจมาจากอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ มากกว่าโรคติดเชื้อ

2. พยากรณ์โรคยากต่อการคาดเดา

3. การเจ็บป่วยต่อเนื่องยาวนาน เปลี่ยนพัฒนาการหลายช่วงวัย หรือเด็กมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจึงต้องระมัดระวังในการปรับขนาดยา

4. การดูแลแต่ละช่วงวัยมีความจำเพาะ ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ – แต่ละช่วงวัยเด็กมีการรับรู้ความเข้าใจกับการเจ็บป่วยหรือการตายแตกต่างกันออกไป

5. การดูแลต้องประกอบด้วยการดูแลเด็กและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยของเด็กย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัวด้วย

6. การสื่อสารกับเด็กและครอบครัวต้องใช้ทักษะเฉพาะ

• ความเข้าใจและปฏิกิริยาของเด็กเกี่ยวกับความตาย

การจะช่วยเหลือเด็กและครอบครัวได้ ทีมผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เรื่องความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับความตายและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น ซึ่งอาการแสดงออกแตกต่างไปตามความเข้าใจของเด็ก โดยขึ้นกับ อายุ ความคิด และพัฒนาการทางอารมณ์ ดังตารางที่ 4.8.1.2

ตารางที่ 4.8.1.2 ความเข้าใจ เรื่องความตาย ในเด็กแต่ละวัย และปฏิกิริยาต่อความตาย

อายุ (ปี)	ความเข้าใจ (concept)	ปฏิกิริยาต่อความตาย
0-2 ปี	ยังไม่มีความเข้าใจเรื่อง concept ของความตาย เข้าใจว่าความตาย คือ การถูกพลัดพราก ทอดทิ้ง ไม่มีคนดูแล	เป็นความรู้สึก ไม่สบายตัว จากความเจ็บป่วย ปวด เหนื่อย หิว รวมทั้งเริ่มมีความกังวลต่อการแยกจาก
2-6 ปี	การตายเป็นสิ่งชั่วคราว กลับฟื้นคืนได้ เหมือนนอนหลับไป ความตายคือถูกลงโทษ ยังมี magical thinking โดยเข้าใจว่าสิ่งที่ตนคิดจะเกิดขึ้นจริง	นอกจากความไม่สบายตัวจากความเจ็บป่วย มีความกังวลต่อการแยกจากมากขึ้น มีพฤติกรรมถดถอย งอแง อ้อนมากขึ้น
6-11 ปี	เริ่มเข้าใจว่ามีสาเหตุนำไปสู่ความตาย (causality) และ ตายแล้วไม่สามารถฟื้นได้อีก (irreversibility) ร่างกายหยุดทำงาน (finality) แต่ยังไม่เข้าใจเรื่องความตายเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดกับทุกคน (universality) ชัดเจนพอ	กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย กลัวเจ็บ มีพฤติกรรมถดถอยเป็นเด็กเล็ก ช่วยตัวเองไม่ได้ อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากไม่สามารถทำอะไรด้วยตัวเองได้ตามวัย อย่างที่เคยทำได้ หรือ แสดงออกมาเป็นอาการทางกายอื่น ๆ
11 ปี ขึ้นไป	มีความคิดรวบยอด และ ความคิดเชิงนามธรรมแบบผู้ใหญ่ มีความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายครบสมบูรณ์ รู้ว่าคนทุกคนต้องตาย	กลัวอันตรายที่เกิดกับร่างกาย วิตกกังวล ซึมเศร้า

การเจ็บป่วยระยะท้ายมักเป็นประสบการณ์ที่น่ากลัว เพราะเด็กต้องแยกจากเพื่อนและผู้ปกครองมาอยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโลกที่ไม่คุ้นเคยและเต็มไปด้วยความเจ็บปวด ทำให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ ได้แก่

- ความโกรธ ทั้งต่อตัวโรค พ่อแม่ และ แพทย์ผู้ดูแล
- ความกลัว ทั้งต่อการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความสามารถที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ที่เคยทำได้ ความเจ็บปวดทางร่างกาย การต้องอยู่คนเดียว และ กลัวในสิ่งที่ยังไม่รู้ว่าคืออะไรแน่
- ความอาย ต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปลักษณ์ภายนอก การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- ความรู้สึกผิด โดยเฉพาะในเด็กโตจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของพ่อแม่ ทำให้พ่อแม่ลำบาก
- ความเศร้า จากการสูญเสียทั้งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และ กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต

• กระบวนการสำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก

1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคที่ถูกต้องด้วยการสื่อสารและภาษาที่สามารถเข้าใจอย่างถูกต้อง ครบถ้วน

2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประเมินที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้าน กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อประเมินความต้องการการช่วยเหลือ

3. การสื่อสารและให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา และวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว (family meeting)

4. การประสานการดูแลของทีมผู้รักษา ทีมประคับประคอง ทีมสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามความประสงค์

5. การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯลฯ) ที่ครอบคลุมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากอาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น อาการปวดและอาการหอบเหนื่อย บรรเทาความทุกข์ทางใจ ภาระทางสังคม ตลอดจนการดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลครอบครัว

6. การดูแลความโศกเศร้าจากการสูญเสีย ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. วินัดดา ปิยะศิลป์. Introduction in pediatric palliative care. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์ บรรณาธิการ. Pediatric palliative care. กรุงเทพฯ: เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิ่ง. 2558.

2. Benini F, Papadatou D, Bernada M, Craig F, De Zen L, Downing J, et al. International standards for pediatric palliative care: from IMPaCCT to GO-PPaCS. J Pain Symptom Manage. [Internet]. 2022 [cited 2025 July 12]; 63(5): e529-43. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35031506/ .

3. Chambers L. A guide to children's palliative care [e-book]. 4th ed. Bristol: Emtone Print; 2018 [cited 2025 July 12]. Available from: https://www.togetherforshortlives.org.uk/app/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf .

4. Song IG, Kwon SY, Chang YJ, Kim MS, Jeong SH, Hahn SM, et al. Paediatric palliative screening scale as a useful tool for clinicians' assessment of palliative care needs of pediatric patients: a retrospective cohort study. BMC Palliative Care [Internet]. 2021 [cited 2025 July 12].; 20: 73. Available from: https://doi.org/10.1186/s12904-021-00765-8 .

5. World Health Organization. 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. World Health Organization. Palliative care for children [Internet]. WHO; 2023 [cited 2025 July 12]. Available from: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care-for-children.

4.8.2 การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (Pediatric palliative assessment)

การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาปัญหาในหลากหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การประเมินเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงแรกรับ แต่ไม่ใช่การประเมินที่ต้องครบถ้วนในครั้งเดียว หากแต่เป็นการต่อเนื่อง ที่ไปตามบริบทและสถานการณ์ โดยการพบปะพูดคุยในแต่ละครั้งจะช่วยให้สามารถประเมินสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

- **วัตถุประสงค์ในการประเมิน**

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษาที่ชัดเจน และเหมาะสม
2. เพื่อส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้อง และรอบด้านโดยทีมสหวิชาชีพต่อผู้ป่วยและครอบครัว
3. เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย พร้อมทั้งสามารถจัดลำดับความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

- **หลักการประเมิน**

1. ผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน: ผู้ประเมินควรเป็นผู้ที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย โดยสามารถสื่อสารด้วยภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และครอบคลุมถึงความต้องการ ตลอดจนปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน
2. ประเด็นที่ประเมินและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน: ควรเลือกประเด็นในการประเมินและเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เช่น Palliative Performance Scale (PPS), Palliative Performance Scale for Children Suandok (PPS - Children Suandok), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและนำไปใช้ในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เวลา สถานที่ และสิ่งแวดล้อมในการประเมิน: ควรดำเนินการประเมินในช่วงเวลาที่เหมาะสม ภายใต้สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการประเมิน รวมถึงควรมีการบันทึกข้อมูลการประเมินทุกครั้งอย่างครบถ้วน
4. วิธีการประเมิน: การประเมินอาจประกอบด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม การตรวจร่างกาย การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และการใช้แบบทดสอบต่าง ๆ ซึ่งควรเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์และผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งบันทึกผลการประเมินทุกครั้ง เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลและการให้ความช่วยเหลือที่ เหมาะสมต่อไป

• สิ่งที่พึงระวัง

1. วางแผนการประเมินอย่างเป็นระบบ มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อให้การประเมินมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

2. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประเด็นที่ต้องการประเมิน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยเฉพาะการเลือกบุคคลที่ต้องการให้เข้าร่วมอยู่ด้วยในระหว่างการประเมิน

4. คำนึงถึงผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากบางคำถามอาจก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ จึงควร ใช้ถ้อยคำที่เหมาะสม นุ่มนวล และปรับการสื่อสารตามช่วงวัยของแต่ละบุคคล

5. แสดงออกถึงท่าทีผู้ประเมิน ความรัก ความเมตตา และความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยเสมอ เพื่อสร้างความไว้วางใจและความรู้สึกปลอดภัยในระหว่างการประเมิน

การประเมินผู้ป่วย palliative เด็ก ต้องประเมินผู้ดูแลควบคู่ไปพร้อมกัน เพราะในเด็กบางรายไม่สามารถสื่อสารได้ต้องประเมินผ่านผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ดังนั้น เพื่อให้ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบบประเมิน 9 Dimensions จาก EPEC's Nine Dimensions of Whole Patient Assessment for Palliative Care EPEC, American Medical Association's Educations for Physicians on End-of-Life Care มีความครบถ้วน จึงได้ปรับเครื่องมือดังกล่าวมาเป็นแบบประเมิน palliative: 9 Dimensions ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (PF1) โดยประเมินทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย 9 หัวข้อ ได้แก่

1) ประวัติการเจ็บป่วย (illness /treatment summary)
2) อาการาทางกาย (physical)
3) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual)
4) อาการด้านจิตใจ (psychological) และพัฒนาการ
5) ความสามารถในการตัดสินใจ (decision making)
6) การได้รับข้อมูล (communication)
7) ด้านสังคม (Social)
8) ความต้องการการช่วยเหลือด้านการดำรงชีพ (practical)
9) การคาดการณ์และการเตรียมการกับความตาย (anticipatory planning for death)

ทั้งนี้การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีความละเอียดอ่อน โดยสามารถดูตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมินได้ตามหัวข้อ ต่อไปนี้

1) ประวัติการเจ็บป่วย/การรักษา (illness/treatment summary)

<u>ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน</u>

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: พอจะบอกได้ไหม ขณะนี้หนูทราบอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตัวเองบ้าง

: พอจะบอกได้ไหมหรือเล่าให้ฟังได้ไหม ว่าหนูป่วยเป็นอะไรมา ป่วยมานานหรือยัง

สำหรับผู้ดูแล: พอจะเล่าให้ฟังได้ไหมว่าผู้ป่วย ป่วยเป็นโรคอะไร รักษามานานเท่าไหร่แล้ว มีอาการอย่างไรบ้าง

2) อาการทางกาย (physical) รูปร่างลักษณะทั่วไปที่ปรากฏ (general appearance) ความผิดปกติที่พบ/ความพิการแต่กำเนิด/ความสามารถของเด็กในการทำกิจกรรม

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้): ช่วยบอกหน่อยได้ไหม หนูทำอะไรได้บ้าง

สำหรับผู้ดูแล: พอจะเล่าให้ฟังได้ไหม น้องทำเองอะไรได้บ้าง

2.1 ประเมินอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: พอจะบอกได้ไหม อะไรที่ทำให้ มีอาการไม่สุขสบายมากขึ้น/ดีขึ้นเมื่อไหร่ หรือขณะทำกิจกรรมอะไร

: ความถี่ของอาการนั้นเป็นอย่างไร

สำหรับผู้ดูแล

: พอจะเล่าให้ฟังได้ไหม อะไรที่ทำให้น้องมีอาการไม่สุขสบายมากขึ้น/ดีขึ้นเมื่อไหร่ หรือขณะทำกิจกรรมอะไร

: อาการไม่สุขสบายนั้น น้องหลับได้/กินได้ หรือไม่ ความถี่ของอากรนั้นเป็นอย่างไร

2.2 การประเมินความปวด

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้และใช้แบบประเมินให้เหมาะสมกับวัย)

: ช่วยบอกหน่อย ตอนนี้หนูมีอาการปวดหรือไม่ ไม่ปวดเลย 0 คะแนน ปวดมากที่สุด 10 คะแนนหนูให้คะแนนตอนนี้ความปวดกี่คะแนน จุดหรือตำแหน่งที่ปวดมากที่สุดอยู่ตรงไหน และรองลงมาตรงไหน

: ช่วยบอกหน่อย ตอนอยู่นิ่ง ๆ หนูให้คะแนนความปวดกี่คะแนน

: ช่วยบอกหน่อย ปวดมากที่สุด หนูให้คะแนนความปวดกี่คะแนน

: ช่วยบอกลักษณะความปวดเป็นอย่างไร เช่น ปวดจี๊ด ๆ ตื้อ ๆ ตุ๊บ ๆ และเป็นบ่อยแค่ไหน

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยค่ะ เวลาน้องปวด น้องแสดงอาการปวดออกอย่างไร เป็นบ่อยหรือไม่ ทำอย่างไรถึงดีขึ้น

3) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual)

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน ในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1. ด้านความรัก/ความสัมพันธ์ต่อครอบครัว (love and connect)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ช่วยบอกหน่อยได้ไหม หนูสนิทกับใครมากที่สุด เพราะอะไร

: ช่วยบอกหน่อยได้ไหม หนูชอบเล่นอะไร มีสัตว์เลี้ยงตัวโปรดไหมคะ

สำหรับผู้ดูแล

: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหม น้องสนิทกับใครมากที่สุด เพราะอะไร ชอบเล่นอะไร มีสัตว์เลี้ยงตัวโปรดไหม

: ตัวผู้ดูแลเองเวลามีความทุกข์ สามารถพูดคุยหรือปรึกษาใครได้บ้าง

ประเด็นที่ 2. การอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (forgiveness)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ช่วยบอกหน่อยได้ไหม หนูเคยทะเลาะกับใครหรือไม่ และสาเหตุเกิดจากอะไร และทำยังไงกับความรู้สึกนั้น

: ใจอยากให้เรื่องราวนั้นเป็นอย่างไร

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยซิคะว่า ตัวผู้ดูแลเอง เคยโกรธหรือทุกข์ใจมาก ๆ กับใครไหม เกิดจากอะไร และทำอย่างไรกับความรู้สึกนั้น ใจหวังอยากให้เรื่องราวนั้นเป็นอย่างไร

ประเด็นที่ 3. ความเชื่อศาสนา/การทำพิธีกรรมตามความเชื่อ (beliefs, religious practice)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ช่วยบอกหน่อยได้ไหมว่า อะไรที่จะช่วยให้หนูผ่านการเจ็บป่วยครั้งนี้ไปได้ หรือเมื่อเจ็บป่วยหนูนึกถึงสิ่งใดที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยซิคะว่า เมื่อเจ็บป่วยนึกถึงสิ่งใดสำหรับเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจหรือทำพิธี/ความเชื่ออะไรที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านการเจ็บป่วยครั้งนี้ไปได้

ประเด็นที่ 4. ความหวัง (hope)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ช่วยบอกหน่อยได้ไหม หนูหวังว่าการเจ็บป่วยของหนูจะเป็นอย่างไร/อะไรที่จะช่วยให้สมหวังได้ หากขอให้มีปาฏิหาริย์หนูอยากให้มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยบอกหน่อยได้ไหมว่า ตัวผู้ดูแลเองคาดหวังการเจ็บป่วยครั้งนี้ของน้องอย่างไร/อะไรที่จะช่วยให้สมหวังได้ หากขอให้มีปาฏิหาริย์ อยากให้มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง

ประเด็นที่ 5. การเผชิญกับความเจ็บป่วย/ความตาย (ในอดีตและปัจจุบัน)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ช่วยบอกหน่อยได้ไหม หนูเคยเจอเหตุการณ์ที่ญาติสนิท คนใกล้ชิด หรือคนใน ครอบครัวเสียชีวิตหรือไม่ ตอนนั้นรู้สึกอย่างไร ทำอย่างไรจึงผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยซิคะว่า เคยเจอเหตุการณ์ที่ญาติสนิท คนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัวเสียชีวิตหรือไม่ ตอนนั้นรู้สึกอย่างไร ทำอย่างไรจึงผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้

ประเด็นที่ 6. ความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (meaning of life and illness)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ช่วยบอกหน่อยได้ไหม หนูอยากจะให้การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นอย่างไร อะไรที่ทำให้ชีวิตหนูมีคุณค่า หรือมีความหมายมากขึ้นบ้าง

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยซิคะว่าที่ผ่านมา อยากทราบว่า ที่ตัวผู้ดูแลผ่านเหตุการณ์วิกฤต มาหลายครั้ง อะไรคือสิ่งที่สำคัญที่สุด และอะไรที่ทำให้ชีวิตมีคุณค่าหรือความหมายมากขึ้น

ประเด็นที่ 7. ความปรารถนา 3 อย่าง (3 wish)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ช่วยบอกหน่อยได้ไหม หากมีปาฏิหาริย์ 3 อย่าง หรือพร 3 ประการ อะไรคือสิ่งที่หนูต้องการ

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยบอกหน่อยได้ไหม อะไรคือสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ หากได้ทำแล้ว ชีวิตจะมีความสุขอย่างมาก

4) อาการด้านจิตใจ (psychological) และพัฒนาการ

<u>ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน</u> ในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1. อารมณ์ (emotion)/ความรู้สึก (feeling)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มันทำให้หนูรู้สึกอย่างไร ลองอธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนี้ให้ฟัง หน่อยได้ไหม (เศร้า เหงา เบื่อ)

สำหรับผู้ดูแล: เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มันทำให้ตัวผู้ดูแลรู้สึกอย่างไร ลองอธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนี้ให้ฟังหน่อยได้ไหม (เศร้า เหงา เบื่อ)

ประเด็นที่ 2. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง/การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ช่วยบอกหน่อยได้ไหมว่า ขณะที่หนูนอน รพ. นี้สังเกตเห็นพ่อกับแม่เป็นอย่างไรบ้าง

สำหรับผู้ดูแล: การเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบอะไรต่อ ผู้ดูแล/ครอบครัว อย่างไรบ้าง

: คุณวางแผนชีวิต/เตรียมการอนาคตข้างหน้าอย่างไรบ้าง

ประเด็นที่ 3. ความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง (Self-esteem)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ตอนนี้หนูรู้สึกอย่างไรบ้าง เกี่ยวกับตนเอง

สำหรับผู้ดูแล: ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง เกี่ยวกับตนเอง คุณยังสามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่เคยอยู่ได้ไหม มีภารกิจใดที่ไม่สามารถจัดการได้ไหม

ประเด็นที่ 4. บทบาทและสัมพันธภาพ (role and relationship)

สำหรับผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้)

: ช่วยบอกไหนได้ไหมว่า หนูยังติดต่อกับคนในครอบครัวและเพื่อน ๆ ยังเหมือนเดิมไหม

สำหรับผู้ดูแล

: เป็นอย่างไรบ้างกับงานของคุณ/การทำหน้าที่ พ่อ–แม่/ภรรยา–สามี

: สัมพันธภาพ/ความใกล้ชิด กับคนในครอบครัวและเพื่อน ๆ ยังเหมือนเดิมไหม

5) ความสามารถในการตัดสินใจ (decision making)

<u>ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน</u> ในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1. ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจ

สำหรับผู้ดูแล: ถ้าเกิดภาวะวิกฤต ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจในการรักษาคือใคร มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างไร

ประเด็นที่ 2. การรับรู้โรค/การพยากรณ์โรค

สำหรับผู้ดูแล: คุณพ่อ คุณแม่ เข้าใจอาการของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอย่างไรบ้าง รับรู้การพยากรณ์โรค ในอนาคตว่าอาการของโรคจะเป็นอย่างไร

ประเด็นที่ 3. เป้าหมายการดูแลที่ผู้ตัดสินใจต้องการ

สำหรับผู้ดูแล: ภาพข้างหน้า/ภาพสุดท้าย ที่คุณพ่อ คุณแม่ต้องการเห็นผู้ป่วยเป็นอย่างไร อยากให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุด หรือยังอยากให้ยาเต็มที่ หรือ no ETT / no CPR

6) การได้รับข้อมูล (communication)

<u>ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน</u> ในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1. การรับรู้ข้อมูลและความต้องการข้อมูล

สำหรับผู้ป่วย: ช่วยบอกไหนได้ไหม คุณหมอเคยบอกหนูถึงโรคที่หนูเป็นและการรักษาอย่างไรบ้าง

สำหรับผู้ดูแล: คุณพ่อ คุณแม่รับรู้และเข้าใจโรคที่น้องเป็นอยู่อย่างไรบ้าง คุณหมอได้บอกถึงโรคและการรักษาอย่างไรบ้าง กังวลหรือสงสัยอะไร อยากทราบเกี่ยวกับการรักษาของน้องเพิ่มเติมบ้าง

ประเด็นที่ 2. ผู้ที่มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล การปกปิดข้อมูลหรือบอกความจริง

สำหรับผู้ป่วย: ช่วยบอกได้ไหม หนูอยากบอกใคร หรือไม่อยากบอกใครเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของหนูบ้างไหม

สำหรับผู้ดูแล: สามารถบอก/เล่าถึงโรคและการรักษาให้กับใครรับรู้ได้บ้าง

7) ด้านสังคม (social)

<u>ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน</u> ในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1. สิทธิการรักษาและสวัสดิการ

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยบอกหน่อยได้ไหมคะ น้องใช้สิทธิอะไรในการรักษา

ประเด็นที่ 2. ประวัติครอบครัว/ลักษณะครอบครัวและการเลี้ยงดู/ผู้ป่วยเป็นลูกคนที่เท่าไรจากพี่น้องกี่คน

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย ครอบครัวมีใครบ้าง ใครเป็นคนดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นลูกคนที่เท่าไหร่ และมีพี่น้องกี่คน

ประเด็นที่ 3. ชนิด สภาพบ้านที่อยู่อาศัย

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย ลักษณะบ้านที่อยู่ตอนนี้เป็นอย่างไร (เช่น บ้านเดี่ยว มีกี่ชั้น หรือคอนโด หรือห้องเช่า)

ประเด็นที่ 4. บทบาทและสัมพันธภาพต่อครอบครัว เพื่อนและชุมชน

สำหรับผู้ดูแล

: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่า ชุมชนที่อาศัยอยู่ อยู่กันอย่างไร มีครอบครัวที่สนิทสนม พูดคุย พึ่งพาอาศัยกันไหม มีเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านบ้างไหม

: ที่บ้านมีใครช่วยดูแลผู้ป่วยบ้าง ใครช่วยดูแลพี่น้องคนอื่นบ้าง

ประเด็นที่ 5. สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ

สำหรับผู้ดูแล: ขณะอยู่ที่ รพ. คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่คนไหนเป็นพิเศษบ้าง

ประเด็นที่ 6. เศรษฐกิจ/รายได้

สำหรับผู้ดูแล: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่า รายได้ครอบครัวทั้งหมดมาจากใคร เดือนละประมาณเท่าไร เพียงพอไหม มีหนี้สินหรือไม่ มีหนี้สินตั้งแต่ก่อนน้องป่วย หรือหลังจากน้องป่วย

ประเด็นที่ 7. แหล่งสนับสนุนสำหรับผู้ดูแล: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่า เวลาขัดสนมีใครช่วยเหลือครอบครัวบ้าง

8) ความต้องการการช่วยเหลือด้านการดำรงชีพ (practical)

<u>ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน</u> ในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1. ผู้ดูแลหลักคือ

สำหรับผู้ดูแล: ใครบ้างที่เป็นตัวหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลที่บ้านและที่โรงพยาบาลเป็นคนเดียวกัน หรือไม่

ประเด็นที่ 2. ประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลัก

ประเด็นที่ 3. ความต้องการพิเศษของผู้ดูแลหลัก (ประเมิน ตามสภาพผู้ป่วย)

สำหรับผู้ดูแล: ต้องการให้พยาบาลสอนอะไรเพิ่มเติมบ้างในการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นที่ 4. อุปกรณ์สิ่งของที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการดูแลเด็ก

สำหรับผู้ดูแล: พอทราบหรือไม่ว่าสามารถขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านได้จากที่ใด ถ้าไม่ทราบ ก็ประสานส่งต่อข้อมูลและแนะนำหน่วยงานในพื้นที่ใกล้บ้าน ที่ผู้ดูแลสามารถไปขอรับความช่วยเหลือได้ ทั้งอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็น และความช่วยเหลืออื่น ๆ

9) การคาดการณ์และการเตรียมการกับความตาย (anticipatory planning for death)

<u>ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน</u> ดังนี้

สำหรับผู้ดูแล

: คุณพ่อ คุณแม่อยากให้น้องเสียชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล หากต้องการเสียชีวิตที่ รพ. อยากให้อยู่ใน ICU หรือตึกผู้ป่วยทั่วไป

: คุณพ่อ คุณแม่กังวลเรื่องอะไรบ้าง หากจะกลับไปดูแลที่บ้าน หากมีปัญหาสะดวกที่จะติดต่อกับใครได้บ้าง

: หากมีเหตุฉุกเฉินจะทำอย่างไร

: วางแผนการเดินทางกลับบ้านอย่างไร (ทั้งที่มีชีวิตและเสียชีวิต)

: วางแผนเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด หรือหากกรณีฉุกเฉินอย่างไร (กรณีผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน)

• เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

1. Palliative Performance Scale for Children Suandok (PPS-children Suandok) ใช้ประเมินสภาวะผู้ป่วย ขณะนั้นตามความเป็นจริง มีข้อจำกัดในการใช้ สามารถใช้เพื่อการประเมินอาการแต่ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ ใช้ในเด็กอายุ 1–14 ปี

2. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ผู้ประเมินควรถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้ทำแบบประเมิน: ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก/ผู้ประเมินแทนผู้ป่วย ให้เว้นการตอบในข้อที่เป็นความเห็นของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ซึมเศร้า กังวล และภาวะความสุขสบายกายและใจ บันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมิน

3. Distress Thermometer ที่เป็น Visual Analog Scale ตั้งแต่ 0 (ไม่ทุกข์ใจเลย) โดยมีรูปหน้ายิ้มกำกับอยู่ด้านข้างเลข 0 จนถึง 10 (ทุกข์ใจมากที่สุด)

4. ประเมินโดยผ่านการเล่น ศิลปะ ระบายสี เล่าเรื่อง

ตารางที่ 4.8.2.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก Palliative Performance Scale for Children Suandok (PPS–Children Suandok) (ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2557)

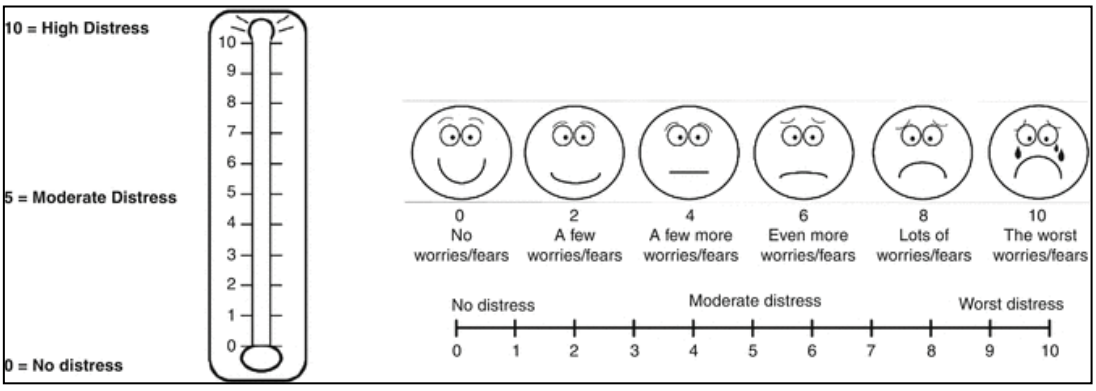
ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหวตามอายุ	การปฏิบัติกิจกรรมตามอายุ	การดำเนินของโรค	การทำกิจวัตรประจำวันตามอายุ	การรับประทานอาหารตามอายุ	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำ หงาย ได้ตามอายุ	เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติ	ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เต็มที่ตามอายุ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำ หงาย ได้ตามอายุ	เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติ	มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เต็มที่ตามอายุ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำ หงาย ได้ตามอายุ	เล่น ไปโรงเรียน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติ โดยต้องใช้ความพยายามบ้าง	มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เต็มที่ตามอายุ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำ หงาย ได้ตามอายุ แต่ไม่สะดวกบ้าง	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่าง ๆ บางอย่าง	มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เต็มที่ตามอายุ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำ หงาย ได้ตามอายุ แต่ไม่สะดวกบ้าง	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย	มีอาการของโรคบางอาการ	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	ลดลงอย่างน้อยหนึ่งระดับจาก เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำ หงาย	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการความช่วยเหลือมาก	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน
40	ลดลงอย่างน้อยสองระดับจาก เดิน คลาน นั่ง พลิกคว่ำ หงาย	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน
30	อยู่กับเตียงไม่สามารถเคลื่อนไหว	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน
20	อยู่กับเตียงไม่สามารถเคลื่อนไหว	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึมหรือสับสน
10	อยู่กับเตียงไม่สามารถเคลื่อนไหว	ไม่สามารถ เล่น ไปโรงเรียนทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย	มีการลุกลามของโรค/มีอาการในหลายระบบ	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ไม่สามารถรับอาหารหรือน้ำได้เลย	ง่วงซึมหรือโคม่า
0	เสียชีวิต	-	-	-	-	-

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/สะลึมสะลือ										มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด
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 4.8.2.1 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)
(https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/img/esas.jpg)



ภาพที่ 4.8.2.2 Distress Thermometer for child
(ที่มา: Barrera M.E et. al. (2018) Easing Psychological Distress in Pediatric Cancer.)

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Training of the trainers in palliative care [เอกสารภายใน]. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.

2. Postovsky S, Lehavi A, Attias O, Hershman E. Easing of physical distress in pediatric cancer. In: Wolfe J, Jones B, Kreicbergs U, Jankovic M, editors. Palliative care in pediatric oncology. Pediatric oncology. Cham: Springer; 2018.

3. World Health Organization. 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.

4.8.3 การสื่อสารกับเด็กและครอบครัว การจัดทำการประชุมครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Communication in pediatric palliative care, family meeting and advance care planning)

การวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า (advance care planning, ACP) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสื่อสารถึงเจตจำนงของเด็กและครอบครัวสำหรับการดูแลในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยกระบวนการนี้เน้นสื่อสารสองทางระหว่างผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น คนในครอบครัว และผู้ดูแลรักษาคือบุคลากรสุขภาพ

ACP แตกต่างจากแผนการรักษาทั่วไปอย่างชัดเจน เนื่องจากให้ความสำคัญกับความต้องการเฉพาะบุคคลและความปรารถนาของผู้ป่วยแต่ละราย แผนการดูแลนี้เปิดโอกาสให้เด็กและครอบครัวได้ทบทวนและวางแผนชีวิตล่วงหน้าอย่างรอบคอบ มีการส่งเสริมเรื่องการสื่อสาร กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเตรียมกายใจให้พร้อมสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิต การรับมือกับความกลัว ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย การวางแผนสำหรับช่วงเวลาสำคัญ การจัดการหลังการเสียชีวิตและการดูแลด้านจิตวิญญาณ นอกจากนี้ ยังสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยแบ่งปันเรื่องส่วนตัวอย่างเปิดเผยและลึกซึ้ง เช่น ความหวังและความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต การพูดคุยเกี่ยวกับมุมมองเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย การสนทนาเหล่านี้ช่วยสร้างความเข้าใจและความใกล้ชิดในครอบครัว นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการชีวิตแม้ในช่วงเวลาที่ท้าทายในยามที่อาการรุนแรงหรือเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าคนรอบข้างจะรับรู้ เข้าใจและเคารพถึงคุณค่า เป้าหมาย ความคาดหวังในช่วงท้ายของชีวิตของตน ช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคง สามารถปล่อยวางและเดินทางไปสู่จุดหมายสุดท้ายด้วยความสงบ

- **ช่วงเวลาที่เหมาะสมและผู้รับผิดชอบในการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า**

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าควรบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กตั้งแต่ระยะต้นของการวินิจฉัยภาวะที่จำกัดชีวิตหรือโรคที่ก้าวหน้ารุนแรงคุกคามชีวิต โดยมุ่งหวังเพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การทำ ACP ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้ทำความเข้าใจ ประมวลผลข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับทีมดูแล

แผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (ACP) ควรทำแต่เนิ่น ๆ ไม่ควรรอทำเมื่ออาการเข้าสู่ระยะวิกฤติหรือระยะท้าย ไม่ควรรอเมื่อผู้ป่วยหรือญาติร้องขอ และควรทบทวนแผนการดูแลเป็นระยะ ๆ ตลอดการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามสภาวะโรคของผู้ป่วย ตามบริบทของครอบครัวหรือบริบททางการแพทย์ ผู้ที่เหมาะสมในการเปิดประเด็นอภิปรายเกี่ยวกับ ACP คือแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยเป็นผู้ริเริ่มสนทนาเชิงรุกโดยมีทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ประชุมวางแผนร่วมกัน

• ผู้ป่วยประเภทใดที่ควรทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

ตามนิยามขององค์กร Together for Short Lives ของสหราชอาณาจักรที่ขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับเด็กที่มีโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำกัดหรือคุกคามชีวิต ที่ควรได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. ภาวะคุกคามชีวิตที่สามารถรักษาได้แต่อาจล้มเหลว เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะอวัยวะล้มเหลวที่รุนแรง

2. ภาวะที่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้แต่ต้องรักษาเชิงรุก เช่น Duchenne muscular dystrophy, cystic fibrosis, spinal muscular atrophy type1, ภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิด โรคไตเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อการปลูกถ่ายหรือฟอกไต

3. ภาวะที่มีการดำเนินโรคแบบก้าวหน้า ไม่สามารถรักษาหายได้ เช่น mitochondrial disorders, lysosomal storage disorders, neurodegenerative disorders, Rett syndrome, spinal muscular atrophy

4. ภาวะไม่ย้อนกลับแต่ไม่มีการดำเนินโรคแบบก้าวหน้า เช่น severe cerebral palsy, ภาวะสมองพิการจากการบาดเจ็บ คลอดยาก ขาดออกซิเจน ฯลฯ ภาวะเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุต่อสมองหรือไขสันหลังอย่างมาก ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากสาเหตุทางพันธุกรรมแต่ส่งผลกระทบอย่างถาวร

5. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะผิดปกติรุนแรงตั้งแต่แรกคลอด เช่น anencephaly, trisomy 13, trisomy 18, hypoplastic left heart syndrome, neonatal SMA, severe congenital brain malformation, multiple congenital abnormalities

• สัญญานเตือน (red flags) ให้เริ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ในบางกรณีอาจพิจารณาจากสัญญานเตือน (red flags) ที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่สภาวะของเด็กอาจเลวร้ายหรือเกิดสถานการณ์คับขันที่ต้องตัดสินใจด้านการดูแลอย่างเร่งด่วน และอาจจำเป็นต้องเริ่มการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยไม่ต้องรอถึงขั้นวิกฤต ได้แก่

1. เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ถูกจำกัดหรือคุกคามชีวิต (life-limiting/life-threatening condition)

2. มีการเข้าออกโรงพยาบาลซ้ำจากโรคเดิม > 3 ครั้งใน 6-12 เดือน เพื่อจัดการอาการหรือภาวะฉุกเฉิน

3. อาการของโรคแย่ลงอย่างรวดเร็ว หรือมีแนวโน้มไม่ตอบสนองต่อการรักษาแนวทางหลักอีกต่อไป

4. ใช้เครื่องมือทางการแพทย์แบบรุกล้ำเพื่อการมีชีวิตอยู่ เช่น เครื่องพยุงหัวใจ เครื่องช่วยหายใจระยะยาว

5. ต้องอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติเป็นเวลานาน โดยไม่มีแนวโน้มดีขึ้นชัดเจน

6. มีภาวะหรืออาการที่ควบคุมได้ยาก เช่น อาการปวดรุนแรง ชักที่ควบคุมได้ยาก

7. มีโรคร่วมหลายระบบที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

8. มีแนวโน้มจะเสียชีวิตในระยะเวลา 12 เดือนข้างหน้า

9. ต้องปรับแผนการรักษาบ่อยครั้งเนื่องจากอาการไม่คงที่

• ขั้นตอนการทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

1. เปิดประเด็น: บุคลากรทางการแพทย์ควรเป็นผู้เปิดประเด็นก่อนผู้ป่วยร้องขอ อย่ารอจนสายเกินไป สอบถามการรับรู้เรื่องโรค แผนการรักษา

2. แลกเปลี่ยน: ประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วย ความรู้สึก ความคิดของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา สอบถามการตัดสินใจของคนไข้ในกรณีต่าง ๆ

3. บันทึก: เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร บันทึกในเวชระเบียน สำเนาเอกสาร แจ้งผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

4. ทบทวน: สรุปและทบทวนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทบทวนอยู่เสมอเมื่อมีเหตุการณ์สำคัญ สอบถามเพื่อยืนยันความต้องการของผู้ป่วย

5. นำไปใช้: ปฏิบัติตามความต้องการของคนไข้ หากมีความเห็นขัดแย้ง อย่าตัดสินใจคนเดียว

• ประเด็นอภิปรายในการทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรคและพยากรณ์โรค

2. รูปแบบและเป้าหมายการดูแลในอนาคตที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

3. สิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในชีวิต ความหมายของชีวิตและความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ

4. สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติคาดหวัง เป้าหมาย คุณค่าในชีวิต ความเชื่อและสิ่งที่หวาดกลัว วิตกกังวลหรือเป็นห่วง

5. สิ่งที่อยากขอบคุณ ขอโทษ ผู้คนที่อยากขออโหสิกรรม

6. ผู้ที่ผู้ป่วยเด็กอยากให้อยู่ด้วยหรือไม่อยากเห็นหน้าใคร

7. สิ่งค้างคาใจที่ยังไม่ได้จัดการ

8. สถานที่ที่ผู้ป่วยอยากไปพักฟื้นหรือใช้เวลาในช่วงท้ายของชีวิต

9. หากร่างกายอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถกลับบ้านได้ และอยู่ในภาวะวิกฤติต้องการให้ช่วยเหลืออย่างไร เช่น

- A full Do-Not-Resuscitate Order (DNR) ปฏิเสธการกู้ชีพ
- A limited DNR order ให้ทำการกู้ชีพโดยช่วยหายใจผ่านชุดช่วยหายใจแบบมือบีบ นวดหัวใจโดยการกดหน้าอกและให้ยากระตุ้น เช่น อะดรีนาลีน อะโทรปีน
- ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ให้ยากระตุ้นการไหลเวียนโลหิต
- ทำการฟอกไต
- การให้อาหารเสริมทดแทนอาหาร
- การให้สารน้ำทดแทน
- การให้ยาปฏิชีวนะ
- การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด
- ยาลดอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ เช่นน้ำเกลือแร่แบบดื่มยาแก้ปวด ยาลดอาการเหนื่อยหอบ
- การดูดเสมหะ

10. เจตนาที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ จิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม

11. การใช้วิธีการอื่น ๆ ในการลดอาการไม่สุขสบาย

• อุปสรรคต่อการทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

1. ผู้ป่วยและญาติไม่ตระหนักถึงสิทธิในการตัดสินใจของตนเอง หรือยังเคยชินกับการให้แพทย์เป็นคนตัดสินใจ

2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลว่า หากตัดสินใจแล้วจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ทำให้ไม่กล้าวางแผนการดูแลรักษาตนเองและไม่กล้าทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

3. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในเรื่องดังกล่าว

4. ญาติไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้เป็นที่รักซึ่งใกล้เสียชีวิต จึงไม่ตระหนักรู้ถึงอนาคต

5. พ่อแม่ส่วนใหญ่มักมีความหวังให้ลูกหายป่วย รอดชีวิต จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธความจริงที่ลูกอาการหนักกว่าที่คิด

6. บุคลากรทางการแพทย์ประเมินความพร้อมของพ่อแม่ในการพูดคุยเกี่ยวกับความตายต่ำกว่าความเป็นจริงทำให้ขาดโอกาสในการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

7. บุคลากรทางการแพทย์ไม่ตระหนักถึงการกลัวความล้มเหลวในการรักษาของตนเอง ทำให้หลีกเลี่ยงการสื่อสารเกี่ยวกับความตายและการสูญเสีย

8. บุคลากรทางการแพทย์ไม่มั่นใจในทักษะการสื่อสารสำหรับประเด็นที่อ่อนไหวหรือการสูญเสีย ทำให้หลีกเลี่ยงการทำ ACP

9. บุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจแง่กฎหมายหรือจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่กล้าทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

• องค์ประกอบของ ACP จะสมบูรณ์เมื่อประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญคือ

1. Patient preference สิ่งที่คนไข้ต้องการ ให้ความสำคัญ เป้าหมายการดูแลรักษา เมื่อถึงวาระสุดท้ายของตนเอง

2. Advance decisions หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะไปจนไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ด้วยตนเองแล้ว

3. Proxy nomination การเลือกบุคคลใกล้ชิดแสดงเจตนาแทน เมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังต้องมีพ่อแม่ร่วมตัดสินใจหรือเป็นผู้ตัดสินใจแทน

• ทักษะสำคัญที่ควรมีในการทำแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

1. ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ: เด็กมีวิธีการสื่อสารผ่านทางการพูดคุยและภาษากาย เด็กมักช่างสังเกต ดังนั้น แม้พ่อแม่จะปกปิดเรื่องโรค ไม่ได้พูดอย่างชัดเจน แต่พบว่าส่วนใหญ่แล้วเด็กจะสังเกตจากภาษาท่าทางของพ่อแม่และสิ่งแวดล้อมที่เขามารักษาตัว การหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงบางประเด็นเป็นการสื่อให้เด็กเห็นว่าประเด็นนั้นไม่ควรพูดถึง จะยิ่งเป็นผลเสียทำให้เด็กไม่สามารถสื่อสารกับพ่อแม่ได้และรู้สึกอ้างว้าง วิธีสื่อสารกับเด็กจึงควรเปิดเผย เป็นมิตรและมีท่าทีสบาย ๆ อาจสื่อสารกับเด็กผ่านการเล่น การสื่อสารทำให้ทราบว่าเด็กรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้เด็กมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตัวเอง ควรให้เวลากับเด็กและครอบครัวในการพูดคุย สร้างสัมพันธภาพต่อกัน ด้วยการเปิดใจ แนะนำตัวเองและบทบาท ท่าทีเป็นมิตรกับเด็ก อาจย่อตัวลงคุยในระดับเดียวกับเด็ก สื่ออารมณ์ที่ไม่คุกคาม ระมัดระวังน้ำเสียงที่สื่อสาร จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรกับเด็ก ให้กำลังใจและคำชมเด็กเป็นระยะหรืออาจให้รางวัลเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น สติกเกอร์ ขนม เมื่อต้องเข้าไปทำหัตถการใด ๆ กับเด็กต้องอธิบายให้เด็กเข้าใจเสมอ ควรเคารพสิทธิของเด็ก ไม่รุกล้ำพื้นที่เด็ก มีขอบเขต รักษาระยะใกล้ไกลอย่างเหมาะสม แตะสัมผัสเด็กอย่างอ่อนโยนและเหมาะสม ไม่บังคับ ตัดสินหรือข่มขู่เด็ก ไม่สัญญาแบบเลื่อนลอย เลี่ยงการคาดเดาไปเอง ควรสอบถามและให้เด็กอธิบายสิ่งที่เขาคิดหรือสิ่งที่เขาพูดเสมอ

2. การใช้ภาษาให้เหมาะกับวัยเด็ก เข้าใจง่าย ไม่ใช้คำเปรียบเทียบที่เข้าใจยาก ตรวจสอบความเข้าใจของเด็กหลังตอบคำถาม

3. การประเมินแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทของเด็กและครอบครัว

4. ทักษะการรับมือกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นความกลัว รู้สึกผิด โกรธ หรือไม่ยอมรับในยามที่เด็กเข้าสู่ระยะท้าย ทั้งเด็กและครอบครัวเปรียบเหมือนมีการเดินทางทั้งทางร่างกายและทางใจไปสู่วาระสุดท้าย ก่อนจะนำทางผู้ป่วยเด็กและญาติไปสู่การตระหนักรู้ถึงความตายและการสูญเสีย บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องสร้างความไว้วางใจและให้เวลามากพอในการพูดคุยสื่อสารเกี่ยวกับความตาย ควรระลึกเสมอว่าการใช้กลไกการปกป้องตัวเองเมื่อพบเรื่องทุกข์ใจ มีผลต่อความสามารถในการรับมือและการสื่อสารระหว่างกัน บุคลากรทางการแพทย์ต้องเข้าใจตนเองก่อน เนื่องจากบางคนอาจมีความกลัวต่อการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติ การสื่อสารเรื่องผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายจะได้ผลดี หากทุกคนมีความตระหนักรู้ประเด็นอ่อนไหวของตนเอง และมีการแก้ไขจนสามารถสื่อสารได้อย่างเหมาะสม

• การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (family meeting)

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อเด็ก เนื่องจากเป็นจุดกำเนิดของการสร้างความรัก ความผูกพันระหว่างกัน เด็กเกิดรากฐานความไว้วางใจเด็กผ่านการดูแลเอาใจใส่ การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำสั่งสอน ถ่ายทอดคุณค่าความเชื่อต่าง ๆ จากครอบครัว นอกจากนี้ ยังมีประสบการณ์ในการแบ่งปันความทุกข์ความสุขร่วมกัน ทำให้เด็กมีการเติบโตทั้งทางร่างกายและความคิด ในยามที่ป่วยความสามารถในการดูแลตนเองจะยิ่งลดน้อยลง สมาชิกในครอบครัวจึงมีส่วนอย่างมากในการดูแล ปลอบโยน และปกป้องเด็ก ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแนวทางการดูแลรักษาบางอย่างที่ละเอียดอ่อน บางครั้งอาจมีปัญหาเกิดขึ้น เช่น ทีมที่ดูแลมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันกับผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว หรือปัญหาสมาชิกในครอบครัวมีความเห็นขัดแย้งกันเรื่องเป้าหมายการดูแล จึงจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารระหว่างทีมดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยผู้ป่วยและญาติในกระบวนการตัดสินใจ

การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (family meeting) จึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาร่วมกัน

▮ เป้าหมายของการทำ Family meeting

1) สร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับตัวโรคและระยะของโรค รวมไปถึงการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

2) ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตายได้ดีขึ้น

3) กำหนดเป้าหมายหลักของการดูแลและแนวทางของการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

4) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน

5) ประเมินวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

▮ ขั้นตอนการทำ family meeting

1. การเตรียมก่อนทำ family meeting ประกอบด้วย

1) นัดวันเวลา และจัดเตรียมสถานที่ที่เงียบสงบเป็นส่วนตัว

2) เชิญผู้เกี่ยวข้อง

3) ทีมดูแลทำการทบทวนวัตถุประสงค์ของการทำ family meeting

4) ทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย การรักษาที่ผ่านมาและพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาที่เป็นไปได้ทั้งหมด สถานการณ์ความรุนแรงของโรค

5) ศึกษา Genogram และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

6) ทบทวนข้อสรุปจากการประชุมที่ผ่านมา และการตัดสินใจของสมาชิกแต่ละทีมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้ระหว่างที่พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วย ทีมสุขภาพที่ดูแลจะได้มีความเข้าใจตรงกันและอธิบายสอดคล้องกัน ไม่สร้างความสับสนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

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

8) กำหนดบทบาทของสมาชิกอื่น ๆ ในทีมที่เข้าร่วมประชุมว่าต้องการให้ผู้ใดทำหน้าที่ชี้แจงหรือตอบคำถามแก่ครอบครัวในส่วนไหน

9) เตรียมคำถามที่อาจต้องถามและเตรียมคำตอบล่วงหน้าที่คาดว่าผู้ปกครองหรือเด็กอาจสอบถาม

2. เมื่อเริ่มประชุม มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1) สมาชิกในทีมกล่าวแนะนำตัวและบอกบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้แนะนำตัวเอง

2) ผู้เอื้ออำนวยการสนทนา (facilitator) กล่าวสั้น ๆ ถึงวัตถุประสงค์ของการทำ family meeting ในครั้งนี้ว่ามีประเด็นอะไรบ้างที่ต้องการให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ร่วมกันตัดสินใจหรือรับทราบ

3) ผู้เอื้ออำนวยการสนทนา (facilitator) แจ้งกติกาของการประชุม เช่น

- การเรียงลำดับของการแสดงความเห็น (ส่วนใหญ่นิยมให้ผู้ป่วยเป็นผู้แสดงความเห็นก่อน จากนั้นเรียงลำดับตามสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจในครอบครัวน้อยที่สุด ไปยังสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากที่สุด เนื่องจาก หากให้สมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากกว่าคนอื่น ๆ พูดก่อน สมาชิกที่เหลืออาจจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นของตัวเอง

- ให้สมาชิกคนอื่น ๆ พูดจบก่อนแล้วจึงแสดงความคิดเห็น

- แจ้งระยะเวลาของการประชุมคร่าว ๆ ให้ทุกคนได้รับทราบ

4) ถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเข้าใจระยะของตัวโรคและการพยากรณ์โรค

- ใช้คำถามเปิด ให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้แสดงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย

- เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย ทีมอธิบายและตอบคำถามของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ระยะของโรคและการพยากรณ์โรคเท่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากจะทราบ

5) ทำความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายและแนวทางการดูแล

- ถามความเห็นของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแล ทีมอธิบายเป้าหมายของการดูแล และชี้แจงข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี)

- สอบถามสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับข้อสงสัยเรื่องแผนการดูแลในอนาคต ทีมอธิบายเรื่องแผนการดูแลรักษาและชี้แจงแนวทางการจัดการกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

- สอบถามความต้องการของครอบครัวด้านต่าง ๆ ที่อยากให้ทีมช่วยเหลือ

- สอบถามประเด็นการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤติ เช่น การกู้ชีพ การให้ยา ความต้องการเกี่ยวกับพิธีกรรมทางศาสนาของครอบครัว สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต เช่น อยากเสียชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล

- ผู้ที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนหากอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ ตัวแทนของครอบครัวที่ทีมสามารถติดต่อได้หากมีปัญหาบางอย่างที่ต้องการให้ครอบครัวร่วมตัดสินใจ

- กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารเกี่ยวกับวาระสุดท้ายในชีวิต

6) ประเมินผลกระทบและวิธีการรับมือกับปัญหา

- ภาระที่เกิดขึ้นในครอบครัว

- พลวัตของครอบครัว ผลกระทบทางจิตใจ สิ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจ

- ประเมินความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยว คุณค่า การให้ความสำคัญของเด็กและครอบครัว ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจ

- วิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมา

- ประเมินจุดแข็งของครอบครัวในการรับมือกับปัญหาและชี้ให้ครอบครัวเห็นจุดแข็งของตนเอง

- ประเมินว่ามีสมาชิกในครอบครัวคนใดที่ต้องการความช่วยเหลือด้านใดเป็นพิเศษหรือไม่ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ซึมเศร้า ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงิน อาชีพการงาน

- ให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้มีการตัดสินใจรับมือกับปัญหาอย่างเหมาะสม อาจเป็นการช่วยเหลือทางจิตใจ จิตวิญญาณ ช่วยเหลือในพิธีกรรมต่าง ๆ ทั้งก่อนและหลังจากเด็กเสียชีวิต

- ให้คำแนะนำในการดูแลพี่น้องของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากในภาวะที่พ่อแม่ทุ่มเทเวลาในการดูแลเด็กป่วย อาจทำให้ไม่สามารถดูแลพี่น้องอื่น ๆ ได้เต็มที่ พี่น้องเหล่านั้นอาจรู้สึกโดนทอดทิ้ง จึงควรแนะนำพ่อแม่ให้อนุญาตให้พี่น้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือมีส่วนในการร่วมกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หากพบว่าพี่น้องได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ควรส่งปรึกษาผู้เกี่ยวข้อง

7) สรุปและปิดการประชุม

- เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ซักถามในประเด็นที่ทีมยังไม่ได้ตอบ

- สรุปสั้น ๆ เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ รวมทั้งแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

- กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3. หลังการประชุม

หลังการประชุมระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วยทุกครั้ง ควรจดบันทึกสิ่งที่ได้พูดคุยกันระหว่างประชุมในประเด็นที่สำคัญอย่างละเอียดลงในเวชระเบียน ควรมีการเขียนสิ่งที่พูดคุยหรือแจ้งข่าวเป็นลายลักษณ์อักษรให้พ่อแม่ได้อ่านทบทวนภายหลัง เนื่องจากในระหว่างการแจ้งข่าวร้าย พ่อแม่อาจอยู่ในภาวะที่ตกใจ เครียดจนรับรู้ข้อมูลได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมที่ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประชุมเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดประชุมในครั้งต่อไป

ในการประชุมครอบครัวควรยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและเปิดเผยตรงไปตรงมาก่อนที่จะให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนตัดสินใจ ให้ความเคารพต่อความต้องการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติอย่างให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เลือกการดูแลที่เหมาะกับผู้ป่วย ไม่ยึดความสะดวกของผู้รักษา ให้การดูแลแบบองค์รวมและช่วยติดต่อเครือข่ายบริการและเครือข่ายช่วยเหลืออื่น ๆ ทางสังคมเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กิติพล นาควิโรจน์. การจัดประชุมพูดคุยระหว่างทีมที่ดูแลกับครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/knowledges/doctorpalliative7th .

2. ธาดา สืบหลินวงศ์. แนวทางจริยธรรมการวิจัยในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.fercit.org/file/ResChildren.pdf .

3. แสวง บุญเฉลิมวิภาส. หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thailivingwill.in.th/content/หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย-ของชีวิต

4. All-Wales Paediatric Palliative Care Network. Paediatric advance care plan (PAC-Plan) v2.2 [Internet]. 2016 Mar [cited 2025 Jul 18]. Available from: https://patchsa.org/wp-content/uploads/2019/10/All-Wales-PAC-Plan-v2.2-dr-6.pdf .

5. Amery J. A really practical handbook of children's palliative care for doctors and nurses anywhere in the world. North Carolina: Lulu Publishing Services; 2016. p.1-29.

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 (NZ): Ministry of Health; 2011. p.1-30.

8. Canadian Paediatric Society. Advance care planning for paediatric patients. Paediatr Child Health. 2008 Nov; 13(9): 791-6.

9. Collins S. Pediatric palliative care: easing your child's suffering [Internet]. WebMD; 2011 Feb 2 [cited 2025 Jul 18]. Available from: https://www.webmd.com/palliative-care/pediatric-palliative-care-pediatric-advanced-care#1 .

10. Fraser LK, Parslow R. Advance care planning for children with life-limiting and life-threatening conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2025;7:CD015673.

11. Goldsmith B. 10 tips for holding a family meeting [Internet]. [cited 2025 Jul 18]. Available from: https://www.psychologytoday.com/ca/blog/emotional-fitness/201209/10-tips-holding-family-meeting .

12. Joshi R. Family meetings: An essential component of comprehensive palliative care. Can Fam Physician. 2013 Jun; 59(6): 637-9.

13. Kim DW, Lee J, Seo H, Moon JS, Kim KH, Heo M, et al. The impact of specialized pediatric palliative care on advance care planning and patterns of end-of-life care. Pediatr Blood Cancer. 2024; 71(8): e305109.

14. Sanderson CR, Cahill PJ, Phillips JL, Johnson A, Lobb EA. 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): S195-205.

15. Siden H. Shifting focus in pediatric advance care planning: from advance directives to family engagement. J Pain Symptom Manage. 2016; 52(3): 355-65.

16. Together for Short Lives. A guide to children's palliative care. 4th ed. Bristol: Together for Short Lives; 2018.

17. Weissman DE, Quill TE, Arnold RM. Fast facts and concepts #222 preparing for the family meeting [Internet]. [cited 2025 Jul 18]. Available from: https://www.mypcnow.org/fast-fact/the-family-meeting-part-1-preparing/ .

4.8.4 การจัดการอาการไม่สุขสบายทางกายในผู้ป่วยเด็ก (pediatric symptoms management)

การควบคุมอาการเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อาการที่สำคัญที่พบได้ เช่น ปวด อาการอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

• การจัดการอาการปวดสำหรับการดูแลประคับประคองในเด็ก

ความปวดเป็นอาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ซึ่งส่งผลต่อร่างกายและจิตใจตลอดจนคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติ การจัดการอาการทางกายเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การควบคุมอาการปวดที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ

ความปวดในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ อาการของโรคที่เป็นมากขึ้นและกระจายลุกลาม การกดทับเส้นประสาทของเนื้องอก การอักเสบติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด/การฉายรังสี การผ่าตัด การทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย/การรักษา ฯลฯ ก่อนที่จะให้การรักษาควรจะต้องหาสาเหตุของความปวดเพื่อที่จะได้ให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง

การแบ่งชนิดของความปวดตามสาเหตุของพยาธิสภาพ

ชนิดของความปวดตามพยาธิสภาพแบ่งออกเป็น 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 ชนิดได้ ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค

การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (effective pain management)

ประกอบด้วยการประเมินความปวด (pain assessment) และการให้การรักษา (pain management)

I. การประเมินความปวด

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

การประเมินความปวดประกอบด้วย การประเมินด้านคุณลักษณะ (qualitative assessment) ได้แก่ การประเมินตำแหน่ง ลักษณะของการปวด ระยะเวลาที่ปวด อาการปวดร้าวไปที่อื่น ๆ อาการร่วม ฯลฯ โดยใช้การซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุของอาการปวดอันจะนำไปสู่การให้การรักษาที่ถูกต้อง และการประเมินด้านปริมาณ (quantitative assessment) ได้แก่ การประเมินระดับหรือความรุนแรงของความปวด (pain intensity) ซึ่งจะช่วยในการให้การรักษาและติดตามการรักษา การประเมินความปวดควรเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินแบบองค์รวม และเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว

การประเมินความรุนแรงของความปวดนั้นอาจทำได้โดย การให้เด็กบอกอาการปวดของตนเอง (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) ดังตารางที่ 4.8.4.1 หากผู้ป่วยไม่สามารถบอกความปวดด้วยตนเองได้ อาจใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้การสังเกตุพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อย่างไรก็ตาม เครื่องมือประเมินความปวดดังกล่าว ได้รับการศึกษาถึงความน่าเชื่อถือในการประเมินความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เท่านั้น ในกรณีผู้ป่วยเด็กที่เป็นผู้ที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารอาจต้องใช้เครื่องมือเฉพาะ เช่น การใช้ Non-Communicating Children's Pain Checklist (NCCPC) หรือ rFLACC (revised FLACC) ในผู้ป่วยสมองพิการ เป็นต้น ซึ่งรายละเอียดในการประเมินความปวดในเด็กและแบบประเมินสามารถดูรายละเอียดได้จากเอกสาร แนวทางพัฒนาการจัดการความปวดเฉียบพลันในเด็ก พ.ศ. 2561 จัดทำโดยสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

ตารางที่ 4.8.4.1 ตัวอย่างเครื่องมือประเมินความตามวัย

ทารกแรกเกิดและทารก (Composite pain measures)	**เด็กก่อนวัยเรียน (Behavioral measures)**
PIPP	CHEOPS
NIPS	FLACC
CRIES	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

ควรระลึกอยู่เสมอว่าพฤติกรรมของเด็กอาจจะเปลี่ยนแปลงได้จากปัจจัยต่าง ๆ นอกเหนือจากอาการปวด เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือการอยู่กับอาการปวดเรื้อรังมาเป็นเวลานาน ฯลฯ ทำให้เด็กอาจนอนนิ่งทั้งที่ปวดมาก อาจทำให้เจ้าหน้าที่ประเมินความปวดได้ไม่ถูกต้อง จึงควรเชื่อในคำพูดที่เด็กบอกและจะต้องมีทักษะในการสื่อสารกับเด็กในวัยต่าง ๆ บางครั้งอาจต้องสื่อสารผ่านผู้ปกครอง บางครั้งการให้เด็กเขียนบันทึกประจำวันเกี่ยวกับความปวดของตนเอง (pain diary) ก็จะทำให้เราได้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดได้ดี

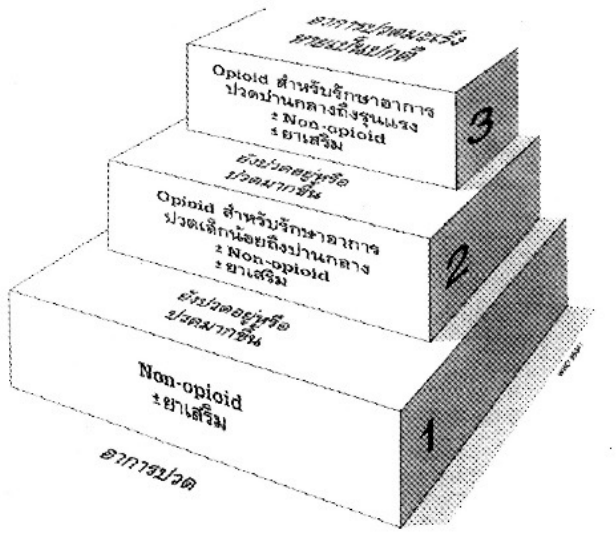
ควรสอบถามเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยทุกรายเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา หากพบว่ามีอาการปวด ควรประเมินความปวดในด้านคุณลักษณะ และปริมาณ (ความรุนแรง) และประเมินซ้ำเป็นระยะ หรือเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อเป็นการติดตามผลการรักษา และจะต้องบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยด้วย

II. การรักษาอาการปวด

ในการรักษาความปวดนั้นจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ปกครองในเรื่องเป้าหมายของการรักษา ระดับความปวดที่ยอมรับได้และพึงพอใจ วิธีการและยาตลอดจนวิธีที่จะใช้ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความปวดและความทุกข์ทรมาน ซึ่งแนวทางการรักษาความปวดนั้นต้องประกอบด้วยการรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management) และไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) ควบคู่กันไป

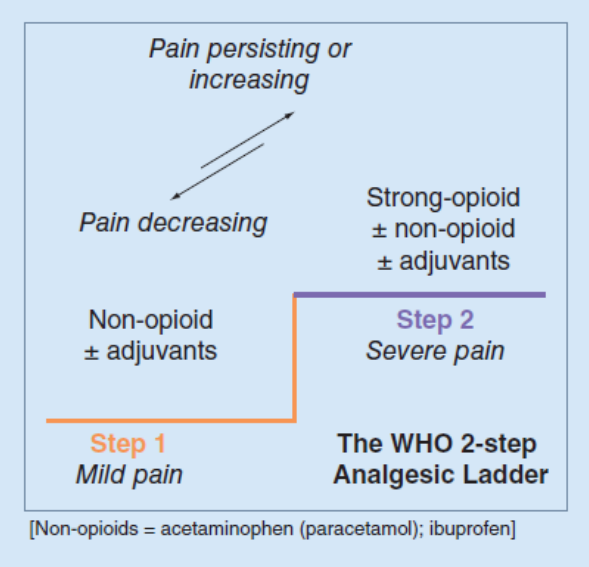
หลักในการใช้ยารักษาความปวดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ

1. "ตามลำดับขั้น" โดยให้ยาระงับปวดตามความรุนแรงของอาการปวดตามลำดับขั้น ดังภาพที่ 4.8.4.1



ภาพที่ 4.8.4.1 บันได 3 ขั้นของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1998

ในปี พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำแนวทางการให้การระงับปวดสำหรับเด็กที่มีความปวดจากโรคต่าง ๆ (WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses) และแนะนำให้ใช้บันได 2 ขั้นของการใช้ยาระงับปวด (two step strategy) ในเด็กแทนการใช้บันได 3 ขั้น โดย codeine และ tramadol ในบันไดขั้นที่ 2 ได้ถูกนำออกจากแนวทางการให้ยาระงับปวดเนื่องจาก codeine มีฤทธิ์ระงับปวดที่ไม่แน่นอน เนื่องจากมีความแตกต่างอย่างมากของเมตาบอลิซึมของยาในแต่ละบุคคล ส่วน tramadol มีการศึกษาและข้อมูลไม่เพียงพอในการสนับสนุนการใช้ในผู้ป่วยเด็ก



ภาพที่ 4.8.4.2 บันได 2 ขั้นของการใช้ยาระงับปวดโดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2012

1.1 บันไดขั้นที่ 1

สำหรับอาการปวดไม่รุนแรง ยาที่แนะนำ คือ paracetamol และ ibuprofen โดยใช้ขนาดของยา ดังตารางที่ 4.8.4.2

ตารางที่ 4.8.4.2 ขนาดยาสำหรับระงับอาการปวดไม่รุนแรง

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

1.2 บันไดขั้นที่ 2

สำหรับอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ยาที่แนะนำคือยากลุ่ม strong opioids โดยแนะนำให้ใช้ยา morphine เป็นชนิดเริ่มต้น โดยในทารกแรกเกิดให้ใช้ขนาดของยา ดังตารางที่ 4.8.4.3 ในทารกอายุ 1 เดือนถึง 1 ปีให้ใช้ขนาดของยา ดังตารางที่ 4.8.4.4 และในเด็กอายุ 1-12 ปีให้ใช้ขนาดของยา ดังตารางที่ 4.8.4.5 ยกเว้นมีข้อห้ามหรือเกิดปัญหาจากการใช้ยา morphine จึงแนะนำให้เปลี่ยนเป็น strong opioids ชนิดอื่น หากจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการให้ยาจากการให้ทางหลอดเลือดดำเป็นการใช้ยารับประทาน สามารถเทียบเคียงขนาดยาได้โดยใช้อัตราส่วน ดังตารางที่ 4.8.4.6

ตารางที่ 4.8.4.3 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด

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

*หมายเหตุ ควรฉีดยาช้า ๆ ภายใน 3-5 นาที

ตารางที่ 4.8.4.4 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารก ตั้งแต่อายุ 1 เดือน – 1 ปี

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

*หมายเหตุ ควรฉีดยาช้า ๆ ภายใน 3-5 นาที

ตารางที่ 4.8.4.5 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่อายุ 1-12 ปี

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

ตารางที่ 4.8.4.6 อัตราส่วนการปรับยาระหว่างการบริหารยาแบบ parenteral และ oral

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

1.3 ยาเสริม (Adjuvant drugs)

ยาเสริม เป็นกลุ่มยาที่ไม่ได้เป็นยาระงับปวดโดยตรง แต่ช่วยเสริมฤทธิ์การระงับปวดได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาที่ไม่เพียงพอที่จะแสดงประสิทธิภาพการใช้ยากลุ่มนี้ในเด็ก ในการช่วยลดปวดจากพยาธิสภาพระบบประสาท แต่ในทางปฏิบัติมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ยาที่นิยมใช้มี ดังตารางที่ 4.8.4.7

ตารางที่ 4.8.4.7 ตัวอย่างยากลุ่ม ยาเสริม (adjuvant drugs)

ชนิดยา	ตัวอย่างยา
Antidepressants	Amitryptyline, Imipramine
Anticonvulsants	Carbamarzepine, Valproic acid, Gabapentin
Corticosteroids	Prednisolone, Dexamethasone
Anesthetic drugs	ketamine

2.“ตามเวลา”

ควรบริหารยาโดยกำหนดเวลาของมื้อยาให้คงที่ตามคุณสมบัติของยานั้น ๆ และปรับยาตามอาการของผู้ป่วยโดยเพิ่มช้า ๆ จนผู้ป่วยสบาย ไม่ควรบริหารยาเป็น prn

บางรายอาจต้องมีการเพิ่มยามื้อพิเศษ (rescue dose) เพื่อบรรเทาอาการ breakthrough pain ซึ่งยานี้ควรจะเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว และใช้ขนาดประมาณร้อยละ 5-10 ของขนาดยาที่ให้ต่อวัน โดยให้เสริมจากยาที่บริหารตามเวลากรณีที่มีความปวดเพิ่มมากขึ้นเป็นช่วง ๆ

3.“ตามวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม” ตามความเหมาะสมของเด็กแต่ละคน

เด็กแต่ละคนมีความต้องการยาระงับปวดที่ต่างกัน การวางแผนการรักษาจึงต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไปตามความเหมาะสม

เด็กมักจะต่อต้านการบริหารยาที่ทำให้มีความเจ็บปวดเกิดมากขึ้น เช่น บริหารเข้ากล้าม หรือเข้าทางหลอดเลือดดำ (กรณีที่ต้องเจาะเข็มน้ำเกลือใหม่) การบริหารโดยการกินเป็นวิธีที่ยอมรับได้ดีที่สุด โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้าน แต่หากมีปัญหาในการบริหารโดยการกิน ก็ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป อาจมีวิธีทางเลือกอื่น ๆ เช่น การบริหารต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำหรือเข้าใต้ชั้นผิวหนัง การใช้ยาชนิดแผ่นแปะผิวหนัง ฯลฯ

<u>ข้อควรระวังในการให้การรักษาด้วยยา</u>

- การใช้ pethidine ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดมีการสะสมของ toxic metabolite จึงควรหลีกเลี่ยง

- ควรให้การรักษาผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา opioid ได้แก่ ท้องผูก อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคัน ควบคู่กันไปเพื่อควบสุขสบายของผู้ป่วย และสังเกตุอาการง่วงหลับหรือการหายใจลดลงซึ่งเป็นอาการของการได้รับยามากเกินไป

- ความกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยาเป็นอุปสรรคสำคัญของการบริหารยาให้ได้ประสิทธิภาพ หากเราให้การระงับปวดที่ดีผู้ป่วยก็จะไม่เรียกร้องขอยาระงับปวด

- หากผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดชนิด opioid นานเกิน 7–10 วัน จะมีอาการ withdrawal symptom เมื่อหยุดยาโดยทันที ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงควรค่อย ๆ ปรับลดยาร้อยละ 10 ต่อวัน

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการระงับปวดที่ไม่เพียงพอในขณะมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา strong opioid ชนิดใดชนิดหนึ่ง อาจทำการเปลี่ยนชนิดยา (opioid switching/opioid rotation) โดยคำนึงถึงขนาดที่เทียบเคียงกัน (equianalgesic dose)

- คำแนะนำขนาดของยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง สามารถดูได้จาก The association for paediatric palliative medicine formulary 6th ed.

การรักษาความปวดโดยการใช้ยา ควรต้องทำควบคู่กันไปกับการรักษาโดยไม่ใช้ยา (psychological intervention) ซึ่งจะต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ตามวัย รวมทั้งพัฒนาการทางสมองและอารมณ์ของผู้ป่วย ในกรณีที่อาการปวดจัดการได้ยาก ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการระงับปวดในเด็ก

• การจัดการอาการทางระบบทางเดินหายใจ

อาการทางระบบหายใจของผู้ป่วยเด็กระยะท้าย เป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ดูแลและผู้ปกครอง โดยเฉพาะเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการดังกล่าวได้ อาการที่พบบ่อย ได้แก่

อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea) – เป็นอาการทางระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีอยู่เดิม หรือเกิดจากโรคมะเร็งในตำแหน่งอื่น ๆ หรือเป็นอาการแสดงของระยะ end of life อาจพบร่วมกับภาวะหายใจเสียงดัง (noisy breathing)

กลไกที่ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยได้แก่

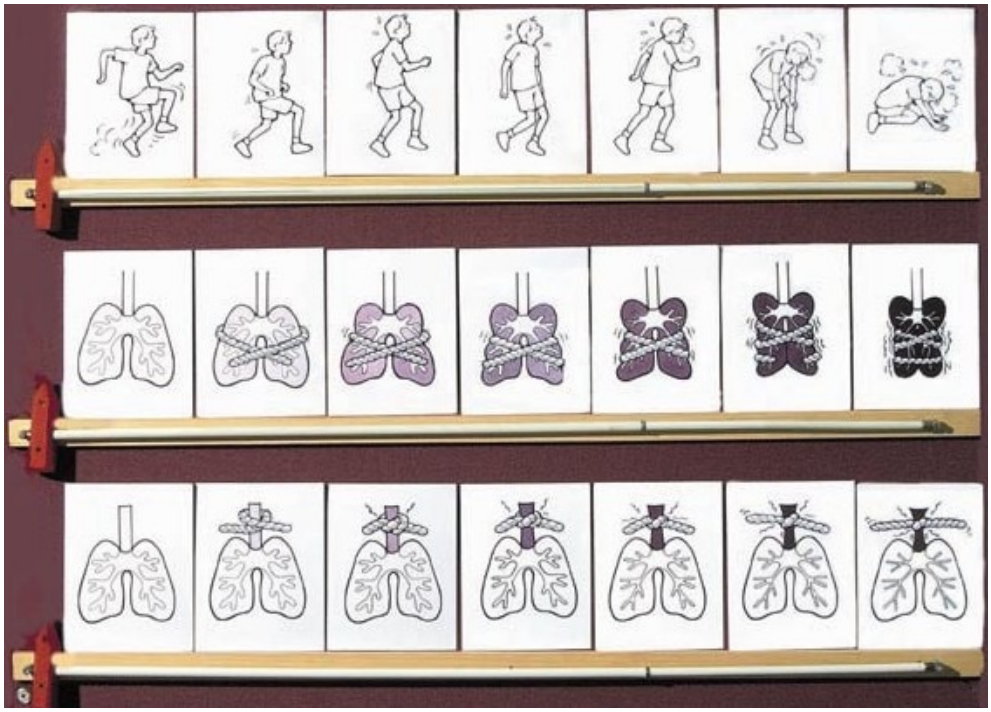
1) ภาวะที่มี respiratory workload เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะน้ำในช่องปอด (pleural effusion) หรือมีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ

2) ภาวะที่กล้ามเนื้อต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อจัดการกับ normal workload เช่น neuromuscular disease, Spinal muscular atrophy (SMA)

3) ภาวะที่ร่างกายต้องการเพิ่ม ventilation เช่น metabolic acidosis, ไข้สูง ซีด

4) ภาวะวิตกกังวล (anxiety)

ควรประเมินด้วยประวัติ การตรวจร่างกาย และประเมินความรุนแรงของอาการหอบเหนื่อย อาจใช้เครื่องมือช่วยในประเมิน โดยเครื่องมือประเมินความหอบเหนื่อยในเด็กส่วนใหญ่ใช้กับเด็กโตที่สามารถบอกอาการของตนเองได้ อาจให้ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยใช้ visual analog scale หรือใช้เครื่องมือที่ได้รับการศึกษาความเที่ยงตรงในเด็ก เช่น Dalhausie dyspnea scale ดังภาพที่ 4.8.4.3. โดยใช้ประเมินในเด็กอายุ 8 ปีขึ้นไป โดยให้ดูรูปและให้บอกความรู้สึกของอาการของตนเอง โดยแบ่งเป็น 3 อาการ คือ 1) อาการเหนื่อยไม่มีแรง 2) อาการแน่นหน้าอก 3) อาการหายใจไม่สะดวกเหมือนลำคอตีบตัน



ภาพที่ 4.8.4.3 Dalhousie Dyspnea Scale (ที่มา: ภาพจากวารสาร BMC Pediatr 5, 33 (2005). https://doi.org/10.1186/1471-2431-5-33)

แนวทางการรักษา

1. ป้องกันอาการหอบเหนื่อย เช่น หลีกเลี่ยงภาวะน้ำเกิน (fluid overload) การแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) การใช้ยาขยายหลอดลม

2. รักษาสาเหตุ เช่น การให้ยาปฏิชีวนะกรณีปอดอักเสบ การเจาะระบายน้ำในช่องปอด การทำ Pleurodesis การลดความวิตกกังวล

3. การรักษาอาการหอบเหนื่อยแบบประคับประคอง

3.1 ควรหาสาเหตุของอาการหอบเหนื่อยและให้การแก้ไขเท่าที่สามารถทำได้

3.2 ให้ออกซิเจนกรณีที่ hypoxemia

3.3 อาการหอบเหนื่อยอาจก่อให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลซึ่งจะทำให้อาการเหนื่อยเป็นมากขึ้น

3.4 ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ได้แก่ การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง การสวมใส่เสื้อผ้าที่หลวม ๆ หรือการปรับลดอุณหภูมิห้อง หรือการฝึกหายใจ

3.5 ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย/ครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวล

3.6 ใช้ยาเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย โดยแนะนำให้ใช้ยากลุ่ม opioid และ benzodiazepine

- Morphine สำหรับลดอาการหอบเหนื่อย ***<u>ให้ใช้ขนาดร้อยละ 30-50 ของขนาดที่ใช้ในการรักษาอาการปวด</u>***

- Benzodiazepine สำหรับกรณี dyspnea attack โดยใช้ midazolam ขนาด 50-100 มคก./กก. ทาง IV หรือ SC หรือ lorazepam 25-50 มคก./กก. PO หรือ SL (off-label for palliative care use)

• การจัดการอาการระบบทางเดินอาหาร

ผู้ป่วยเด็กระยะท้าย จะเป็นช่วงที่อวัยวะต่าง ๆ ทำงานลดลง ความอยากอาหารหรือ การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลงอาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อย ดังนี้

I. คลื่นไส้อาเจียน (nausea/vomiting) อาจเป็นจากตัวโรคของผู้ป่วย การได้รับยาเคมีบำบัด การอุดตันของลำไส้ ความเครียด การได้รับยาบางอย่าง เช่น opioid

ควรประเมินโดยประวัติและตรวจร่างกาย ค้นหาสาเหตุและประเมินสภาวะความสุขสบายของผู้ป่วย

แนวทางการรักษา

1. แก้ไขสาเหตุที่ทำให้คลื่นไส้อาเจียน เช่น หยุดยาที่เป็นสาเหตุทำให้คลื่นไส้อาเจียน

2. ใช้วิธีการเบาเทาอาการโดยไม่ใช้ยา เช่น การลดความเครียด การหลีกเลี่ยงกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์

3. รักษาอาการโดยใช้ยา ดังตารางที่ 4.8.4.8

ตารางที่ 4.8.4.8 แสดงยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

Mechanism	ตัวอย่างยา	Dose	Route
$5HT_3$ -Receptor Antagonist	Ondansetron	0.1-0.2 mg/kg/dose	IV, PO
Dopamine D_2-Receptor Antagonist	Metoclopamide	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

II. ท้องผูก (constipation) พบว่า ร้อยละ 27-59 ของเด็กในระยะสุดท้ายจะมีอาการท้องผูกได้ สาเหตุที่พบได้ เช่น ทานอาหารน้อย โรคประจำตัวหรือโรคทางสมองบางอย่าง อาการปวด ความเครียด การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หรือผลจากยาที่ใช้ เช่น opioids induced constipation เป็นต้น

ประมินอาการและความรุนแรงของอาการท้องผูกจากความถี่ของการถ่ายอุจจาระ และลักษณะของอุจจาระ

แนวทางการรักษา

1. แก้ไขสาเหตุ
2. การใช้วิธีการบรรเทาอาการโดยไม่ใช้ยา เช่น การปรับอาหาร การเพิ่มการเคลื่อนไหว

- การรักษาโดยใช้ยาควรเริ่มต้นด้วย stool softener/ osmotic laxative เช่น Lactulose หากไม่ดีขึ้นเพิ่มยากลุ่ม stimulants เช่น senna, bisacodyl หากมีอาการมากอาจพิจารณาการสวนถ่ายเป็นครั้งคราว (อาจทำให้เกิดความไม่สุขสบายในเด็ก)

• การจัดการอาการทางระบบประสาท

I. อาการชัก (seizure) อาการชักหากเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนกตกใจ จึงควรให้ข้อมูลแก่ครอบครัวหากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการชัก และควรประเมินว่าเป็นอาการชักที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ เป็นอาการชักเฉพาะที่ หรือชักทั่วไป ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชัก หรือสาเหตุที่ทำให้ชักมีอะไรบ้าง

ควรประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการชัก อาการชักบางชนิดจะหายไปได้เอง โดยไม่ต้องให้การรักษาในทันที

แนวทางการรักษา คือการระงับชักทันทีในกรณีอาการชักทั่วทั้งตัว พร้อมทั้งแก้ไขสาเหตุและปรับยาระงับชักให้เหมาะสม ดังตารางที่ 4.8.4.9 อาจปรึกษากุมารแพทย์โรคระบบประสาทเพื่อปรับยาให้เหมาะสม

ตารางที่ 4.8.4.9 แนวทางปฏิบัติให้การรักษาชักต่อเนื่องในโรงพยาบาล

นาทีที่ 0-5	จัดท่าให้เหมาะสม เปิดทางเดินหายใจ เปิดหลอดเลือดให้สารน้ำและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
นาทีที่ 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
นาทีที่ 30-50	ถ้ายังชักพิจารณาให้ ยากันชักซ้ำในขนาดครึ่งหนึ่งของครั้งแรก
นาทีที่ 50	ถ้ายังชักพิจารณา เปลี่ยนชนิดยากันชัก

• การบริหารยากลุ่ม opioid ในผู้ป่วยเด็ก

ยา opioid ที่มีการใช้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อใช้รักษาอาการปวด ได้แก่ มอร์ฟีนในรูปแบบรับประทานและยาเฟนตานิลในรูปแบบแผ่นแปะ แบ่งตามรูปแบบและการออกฤทธิ์ของยาได้ ดังนี้

i. Morphine oral form

1) มอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์ทันที ได้แก่ มอร์ฟีนรูปแบบน้ำเชื่อมออกฤทธิ์ทันที (morphine syrup) ความแรง 2 mg/ml (60 ml) และมอร์ฟีนรูปแบบเม็ดชนิดออกฤทธิ์ทันที (morphine Immediate release tablet) - Morphine IR 10 mg ดังภาพที่ 4.8.4.4



Morphine syrup
2 mg/ml (60 ml)

Morphine IR
10 mg tablet

ภาพที่ 4.8.4.4 ยามอร์ฟีนรูปแบบรับประทาน (ที่มา: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

คำแนะนำการบริหารยา morphine immediate release

- สามารถรับประทานได้ทั้งก่อนหรือหลังอาหาร
- ยาเม็ด morphine immediate release สามารถบด หัก แบ่งเม็ดยาได้ โดยไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัย

2) มอร์ฟีนรูปแบบเม็ดชนิดควบคุมการปลดปล่อยยา ได้แก่ morphine sustained release tablet - Morphine MST® 10, 30 และ 60 mg ดังภาพที่ 4.8.4.5 และ morphine sustained release capsule - Kapanol® 20, 50 และ 100 mg ดังภาพที่ 4.8.4.6



ภาพที่ 4.8.4.5 ยา MST (ที่มา: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

คำแนะนำการบริหารยา MST®

- ให้เด็กกลืนยาทั้งเม็ด ห้ามให้เด็กเคี้ยว หัก แบ่งเม็ดยา บด หรือละลายยานี้ก่อนกลืน เพราะรูปแบบยาเป็นแบบควบคุมการปลดปล่อย (sustained-release/extended-release) ถ้าหักหรือบดเม็ดยาจะทำให้ยาปลดปล่อยออกมาในเวลาอันสั้น ทำให้ได้รับยาเกินขนาด
- สามารถรับประทานได้ทั้งก่อนหรือหลังอาหาร แนะนำให้ทานตรงเวลา ทุก 12 ชั่วโมง เช่น 8 โมงเช้า (8.00 น.) และ 2 ทุ่ม (20.00 น.)



ภาพที่ 4.8.4.6 ยา Kapanol® (ที่มา: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

คำแนะนำการบริหารยา Kapanol

- ห้ามบดหรือเคี้ยวเม็ดแกรนูล (pellet)
- ห้ามนำเม็ดแกรนูลแช่น้ำร้อน/อุ่น และห้ามผสมกับ BD ร้อน
- สามารถรับประทานได้ทั้งก่อนหรือหลังอาหาร ควรกินเวลาเดียวกันทุกวัน
- ควรกินยาสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการปวดอย่างต่อเนื่อง
- ควรกลืนยาทั้งแคปซูล หากผู้ป่วยกลืนยาได้ลำบาก อาจพิจารณาให้ทางสาย NG ดังนี้
  - ไม่ใส่สาย NG tube ขนาดเล็ก
  - สำหรับ NG tube ขนาดใหญ่ เปิดแคปซูลแล้วโปรยเม็ดแกรนูลลงในน้ำประมาณ 10 มิลลิลิตร ใช้การหมุนวนเพื่อเทเม็ดแกรนูลและน้ำลงในสาย NG ผ่านกรวย ทำซ้ำจนกว่าจะไม่มีเม็ดยาเหลือ
  - สามารถเปิดแคปซูลแล้วผสมเม็ดแกรนูลลงในน้ำประมาณ 30 มิลลิลิตร และรับประทานภายใน 30 นาที หลังผสม โดยไม่เคี้ยวหรือบดเม็ดแกรนูล
  - ไม่แนะนำให้แกะเม็ดแกรนูลโรยบนอาหารแล้วรับประทาน เนื่องจากเด็กมีโอกาสเคี้ยวเม็ดแกรนูล ทำให้ยามอร์ฟีนถูกปลดปล่อยออกมาอย่างรวดเร็ว เกิดอันตรายได้ เทน้ำลงใน NG tube เพื่อให้ท่อเปียก

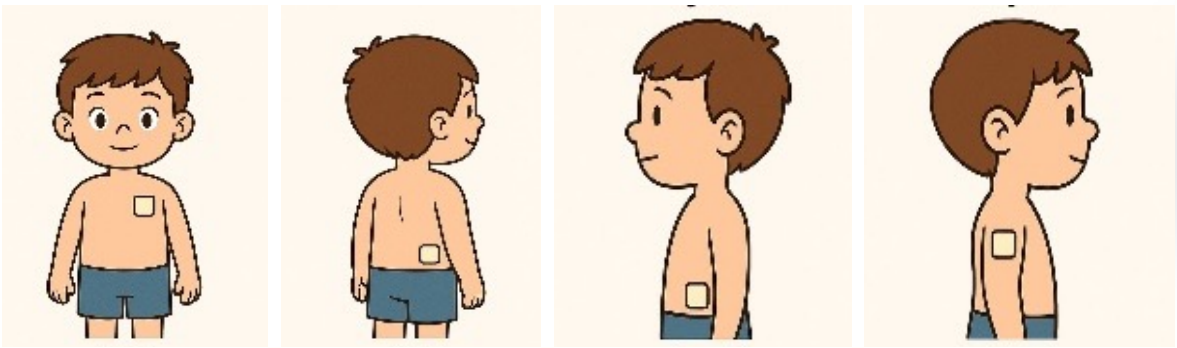
<u>ii. Fentanyl transdermal patch</u> รูปแบบที่มีใช้ในผู้ป่วยเด็กระยะท้าย ได้แก่ Fentanyl patch ความแรง 12, 25 และ 50 mcg/hr.



ภาพที่ 4.8.4.7 ยา fentanyl patch (ที่มา: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

คำแนะนำการใช้ Fentanyl Transdermal Patch

- บริเวณที่แปะ: ควรแปะบนผิวหนังที่แห้ง สะอาด ไม่มีแผล เช่น หน้าอก หลังด้านบน ข้างลำตัว ต้นแขน หน้าท้องหรือหน้าขา ควรเป็นบริเวณที่ไม่มีขน (ถ้าพบว่ามีขนให้ใช้กรรไกรตัด อย่าใช้มีดโกน) ไม่ควรแปะบริเวณข้อพับหรือบริเวณที่มีการเคลื่อนไหวบ่อย ๆ เด็กเล็กแนะนำแปะบริเวณหลัง เพื่อลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะดึงแผ่น ส่วนเด็กโตแนะนำแปะบริเวณหลัง หน้าอก หน้าท้อง การใช้ยาในเด็กต้องป้องกันไม่ให้เด็กนำเข้าปากโดยไม่ได้ตั้งใจ ควรใช้ความระมัดระวังในการเลือกบริเวณที่จะปิดแผ่นยา และคอยตรวจสอบบริเวณที่ปิดแผ่นยาอย่างใกล้ชิด



ภาพที่ 4.8.4.8 การใช้ Fentanyl Transdermal Patch (ที่มา: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

- ไม่จำเป็นต้องติดแผ่นแปะบนหรือใกล้ บริเวณที่มีอาการปวดเพื่อให้แผ่นแปะออกฤทธิ์
- ห้ามตัดหรือแปะบางส่วนของแผ่น เนื่องจากไม่มีข้อมูลประสิทธิภาพและความปลอดภัย
- ไม่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน หรือ breakthrough pain
- ยาจะออกฤทธิ์เต็มที่หลังแปะแผ่นไปแล้ว 17-24 ชั่วโมง ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับยาระงับปวดรูปแบบอื่นอยู่ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก

ขั้นตอนการใช้แผ่นยา Fentanyl Transdermal Patch

- ดึงแผ่นพลาสติกที่ปิดใต้แผ่นพลาสเตอร์ยาออก
- แผ่นยาควรติดบริเวณผิวหนังที่แห้ง ก่อนติดอาจจะล้างด้วยน้ำธรรมดาไม่ต้องใช้สบู่หรือสารเคมีอื่น ๆ เช็ดให้แห้งแล้วจึงติดแผ่นยา
- ใช้มือกดบริเวณขอบรอบ ๆ แผ่นยาประมาณ 10-20 วินาที เพื่อให้แผ่นยาเรียบติดกับผิวหนัง ไม่ให้มีอากาศใต้แผ่นยา
- หากต้องใช้ยามากกว่า 1 แผ่น ไม่ควรแปะแผ่นยาซ้อนทับกัน
- เมื่อครบกำหนด 3 วัน ดึงแผ่นยาออก (ควรบันทึกวัน/เวลาที่ต้องเปลี่ยนแผ่นใหม่)
- ห้ามประคบบริเวณที่ติดแผ่นยาด้วยกระเป๋าน้ำร้อน เพราะจะทำให้การปลดปล่อยตัวยาเร็วขึ้น ซึ่งอาจทำให้ได้รับยาในขนาดสูงเกินเกิดอันตรายได้
- เมื่อติดแผ่นใหม่ ควรเปลี่ยนบริเวณ
- แผ่นยาที่ใช้แล้วให้ดึงขอบแผ่นยามาประกบกันห่อให้มิดชิดก่อนนำไปทิ้ง
- การใช้ยาในเด็กต้องป้องกันไม่ให้เด็กนำเข้าปากโดยไม่ได้ตั้งใจ

ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (end of life) อาจจะไม่สามารถรับประทานยาที่ได้รับอยู่เป็นประจำได้ ซึ่งจะทำให้มีอาการไม่สุขสบาย เกิดความทุกข์ทรมาน อย่างไรก็ตาม มีวิธีการบริหารยาโดยทางชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous administration) โดยใช้ syringe driver หรือเครื่องให้ยาต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้และจากไปโดยไม่ทุกข์ทรมานเช่นเดียวกับการดูแลในผู้ใหญ่

เอกสารอ้างอิง

1. กวิวัณณ์ วีรกุล. Palliative care for pediatric oncologist. ใน: ปัญญา เสกสรรค์, บรรณาธิการ. Intensive review in childhood cancer. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2556. หน้า160-8.

2. กวิวัณณ์ วีรกุล, ดารินทร์ ซอโสตถิกุล. Basic symptom control in pediatric palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสาละพิมพการ; 2559.

3. พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน. การรักษาอาการปวดมะเร็ง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ผีเสื้อ; 2547.

4. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2554.

5. วินัดดา ปิยะศิลป์. Introduction in pediatric palliative care. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, บรรณาธิการ. Pediatric palliative care. กรุงเทพฯ: เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิ่ง; 2558.

6. สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการจัดการความปวดเฉียบพลันในเด็ก พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: บริษัทนพชัยการพิมพ์; 2561.

7. Bard Pharmaceuticals Limited. MST® Continus® [package insert]. Cambridge (UK): DKSH (Thailand) Ltd; 2025.

8. Brook L, Aindow A. The association for paediatric palliative medicine formulary. 6th ed. UK; 2024 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.appm.org.uk/formulary/ .

9. Chambers L. A guide to children's palliative care [e-book]. 4th ed. Bristol: Emtone Print; 2018 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.togetherforshortlives.org.uk/app/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf .

10. Collins JJ. Symptom control in life-threatening illness in children. In: Hanks J, Cherny IN, Christakis AN, Fallon M, editors. Oxford textbook of palliative medicine. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2010. p.1337-50.

11. Davies D. Respiratory symptoms. In: Wolfe J, Hinds SP, Sourkes MB, editors. Textbook of interdisciplinary pediatric palliative care. Philadelphia: Saunders; 2011. p.300-10.

12. 1Downing J, Jassal SS, Mathews L, Brits H, et al. Pediatric pain management in palliative care. Pain Manag. 2015; 5(1): 23-35.

13. Grégoire M, Frager G. Ensuring pain relief for children at the end of life. Pain Res Manag. 2006; 11(3): 163-71.

14. 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. Denver (CO): Center for Nursing Research, School of Nursing, University of Colorado; 1989.

15. Hexal AG. Fentanyl Patch Sandoz® [package insert]. Sandoz (Thailand) Ltd; 2023.

16. Jassal SS. Basic symptom control in paediatric palliative care [Internet]. Together for Short Lives; 2022 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/basic-symptom-control-paediatric-palliative-care/ .

17. Loeser JD, Butler SH, Chapman RC, Turk DC. Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

18. Mayne Pharma International Pty Ltd. Kapanol® [package insert]. Australia: Alvogen (Thailand) Ltd; 2018.

19. McGrath PJ, Pianosi PT, Unruh AM, et al. Dalhousie dyspnea scales: construct and content validity of pictorial scales for measuring dyspnea. BMC Pediatr. 2005; 5: 33. https://doi.org/10.1186/1471-2431-5-33 .

20. National Institute for Health and Care Excellence. End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions: planning and management [Internet]. London: NICE; 2019 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng61 .

21. Odole AC, Akinpelu AO. Translation and alternate forms reliability of the visual analogue scale in the three major Nigerian languages. Internet J Allied Health Sci Pract. 2009; 7.

22. 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. 2006; 125: 143-57.

23. Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. Pediatric & neonatal dosage handbook with international trade names index. 2025.

24. Woodruff R. Gastrointestinal. In: Palliative medicine. Oxford: Oxford University Press; 2004. p.212-78.

25. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva: WHO; 1998.

26. World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Geneva: WHO; 2012.

27. World Health Organization. Guidelines on the management of chronic pain in children [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Jul 12]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337999/9789240017870-eng.pdf .

4.8.5 การพยาบาลเพื่อการบรรเทาอาการไม่สุขสบายในเด็ก (Nursing management for symptom control)

เมื่อเด็กเจ็บป่วยจนโรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย สิ่งที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมากที่สุด คือความไม่สุขสบายจากอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด คลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก ความอ่อนล้า และอาการอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ นอกจากนั้น ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของญาติ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเศร้าโศกตามมา

ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายจึงควรมีแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม และครอบคลุม เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต พร้อมทั้งช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญและผ่านช่วงเวลาแห่งความสูญเสียนี้ไปได้อย่างมีพลังใจ

- **อาการไม่สุขสบายที่พบบ่อยในระยะท้าย** ได้แก่

I. ความปวด (pain)

<u>การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด</u>

1. การจัดการความปวดโดยการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและประเมินอาการปวดของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมถึงติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยา เช่น อาการคัน คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น หลังการให้ยา พยาบาลควรประเมินอาการปวดซ้ำภายใน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ตามความเหมาะสมของแต่ละราย พร้อมทั้งบันทึกผลการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษาต่อไป

นอกจากนี้ ควรมีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด โดยเฉพาะในกรณีที่ใช้ยาในกลุ่ม opioid ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัวและระบบการหายใจ ดังนั้น พยาบาลจึงควรประเมินระดับความง่วงซึม (sedation Score) และการหายใจของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อความปลอดภัยสูงสุดในการดูแล

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) อุ้มโยกตัว ให้สารความหวาน และพลังจักรวาล (cosmic energy)

2.2 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ได้แก่

- เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) การดูการ์ตูน เล่นเกม ฟังเพลง เป่าฟองสบู่ ของเล่นเคลื่อนไหว อ่านนิทาน เล่านิทาน วาดภาพ ระบายสี งานประดิษฐ์ เหมาะกับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี
- การจินตนาการนำทาง (guided imagery) นึกถึงสถานที่ที่สบายใจ เช่น ทะเล ป่า หรือบ้าน
- ใช้เสียงของผู้ดูแลนำทางการจินตนาการ เหมาะกับเด็กโตที่มีจินตนาการดี (7 ปีขึ้นไป)

- ดนตรีบำบัด (music therapy) เปิดเพลงที่เด็กชอบหรือเพลงเบา ๆ ให้เด็กร้องเพลงหรือเคาะจังหวะร่วมได้ ดนตรีจะช่วยกระตุ้นสารเอ็นดอร์ฟินที่ช่วยลดปวด

- การใช้อาหารเพื่อบรรเทาความปวด ฝึกหายใจ (deep breathing) และการสะกดจิต (hypnotic therapy)

3. การสนับสนุนทางอารมณ์

- การสัมผัสและการกอด (therapeutic touch & holding): การกอดเบา ๆ ลูบหลังหรือจับมือผู้ดูแลอยู่ใกล้เพื่อปลอบโยนเหมาะกับเด็กเล็ก ช่วยให้รู้สึกปลอดภัย

- การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล: พ่อ แม่ มีบทบาทในการปลอบโยน พูดคุย อธิบายสถานการณ์ให้เข้าใจตามวัย ความใกล้ชิดจากครอบครัวช่วยลดความกลัวและลดความปวด

- การฝึกหายใจและการผ่อนคลาย (breathing & relaxation techniques): ฝึกหายใจลึก ๆ เป่า ลูกโป่ง ใช้ของเล่นช่วย เช่น windmill หรือขลุ่ย การฝึกกล้ามเนื้อให้คลายตัว เช่น กำมือแล้วคลาย ช่วยลดความวิตกกังวลและความตึงตัวที่กระตุ้นความปวด

ดังนั้น การไต่ถามอาการ ไม่ตีตราว่าเป็นปวดหลอก ตอบสนองความต้องการในการจัดการความปวดอย่างรวดเร็ว พยาบาลจึงต้องค้นหาสาเหตุของพฤติกรรม และประสานงานสหวิชาชีพ พยาบาลเปิดโอกาสให้ได้ระบายความทุกข์ใจ สร้างความมั่นใจในบริการ

II. การหายใจลำบาก (dyspnea)

หมายถึง หายใจไม่อิ่ม รู้สึกหายใจไม่เต็มปอด ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ สร้างความเครียดและทุกข์ทรมานใจให้ครอบครัว เนื่องจากไม่ทราบว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร พยาบาลหาสาเหตุได้ตามมิติขององค์รวม อาจเกิดจากสาเหตุด้านร่างกาย คือโรคของผู้ป่วย ยาที่ได้รับ ฯลฯ หรือสาเหตุทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลและความกลัว ฯลฯ

<u>การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก</u>

1. ด้วยการใช้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา

2. ด้วยการไม่ใช้ยา

2.1 วิธี pursed – lip and diaphragmatic breathing พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก และค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจเป่าออกทางปากช้า ๆ วิธีนี้จะช่วยเพิ่มการขยายตัวของปอด หากทำได้ ควรแนะนำและฝึกให้ผู้ป่วยหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยให้หายใจเข้าท้องป่อง และใช้มือวางบนหน้าท้อง ขยับมือขึ้นตามจังหวะการหายใจเข้า เมื่อหายใจออก ท้องจะยุบ มือก็ขยับลงตามการหายใจออก ผู้ป่วยจะผ่อนคลาย

2.2 จัดท่าให้หายใจสะดวก ศีรษะสูง หรือปรับท่าทาง ให้อยู่ในท่ากึ่งนั่ง (semi-Fowler's) หรือท่าเด็กสบายที่สุด

2.3 สงวนพลังงานและวางแผนในการจัดลำดับกิจกรรม หลีกเลี่ยงการออกแรงที่ไม่จำเป็น

2.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี เปิดพัดลมหมุนเข้าหน้าผู้ป่วย ปรับระยะและความแรงของลมให้พอเหมาะ อากาศที่เย็นและแห้งเกินไปจะทำให้หายใจลำบาก และไอมากขึ้นได้ควรให้ใส่เสื้อผ้าที่อบอุ่น

2.5 ไม่ควรรับประทานอาหารปริมาณมากเกินไป ควรรับประทานอาหารย่อยง่าย ครั้งละน้อย ๆ

2.6 ดูแลจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัว ฟังธรรมะ/บทสวดที่คุ้นเคย ฟังเพลงที่ชอบ ฟังนิทาน หรือให้การปลอบโยน เช่น อุ้มกอดจากพ่อแม่

2.7 ให้ออกซิเจน และ/หรือ กายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

III. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting)

ภาวะไม่สุขสบายนี้ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียและขาดน้ำ พยาบาลประเมินลักษณะการเกิด ความถี่ อาการที่เกิดร่วมด้วย ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ

<u>การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน</u>

1. ด้วยการใช้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา
2. ด้วยการไม่ใช้ยา

2.1 การจัดสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่ระบายอากาศดี ปราศจากกลิ่นและสิ่งกระตุ้น ลดเสียงรบกวน และให้เด็กอยู่ในที่สงบ สบาย เช่น แสงจ้า เสียงดัง

2.2 หลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือหัตถการสร้างความเจ็บปวดก่อนมื้ออาหาร

2.3 รับประทานอาหารอุ่น หลีกเลี่ยงอาหารมัน กลิ่นฉุน ให้รับประทานทีละน้อย ๆ บ่อยครั้ง ไม่ดื่มน้ำก่อนหรือระหว่างรับประทานอาหาร

2.4 จัดท่านั่งนอน ศีรษะสูง นอนราบได้หลังอาหาร 2 ชั่วโมง

2.5 กดจุด ฝังเข็ม ดนตรีบำบัด จินตภาพ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ deep breathing ฯลฯ

2.6 Mouth care บ่อย ๆ โดยเฉพาะหลังอาเจียนด้วยน้ำอุ่น

IV. อาการท้องผูก (constipation)

เกิดจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ขาดน้ำ เกลือแร่ไม่สมดุล ลำไส้ถูกกด ผลแทรกซ้อนจากยา opioid ฯลฯ พยาบาลซักประวัติแบบแผนการขับถ่าย ความสามารถในการขับถ่าย ลักษณะของ อุจจาระ อาการร่วม

<u>การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก</u> ควรเริ่มจากการป้องกัน

1. ด้วยการใช้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา
2. ด้วยการไม่ใช้ยา

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าที่จะขอความช่วยเหลือ กล้าที่จะบอกผู้ดูแลหากต้องการขับถ่าย ฝึกขับถ่ายบนเตียงให้ชินหากมีแนวโน้มจะติดเตียง

2.2 ให้ได้รับอาหารกากใยและน้ำมากและบ่อยเท่าที่ทำได้

2.3 ติดตามอาการท้องผูก และอาการที่อาจเกิดร่วมด้วย เช่น ท้องอืด ปวดท้อง ฯลฯ

2.4 จัดท่านั่งเปิดทางเดินอาหารส่วนล่าง คือ เข่าสูงกว่าสะโพก โดยใช้ที่วางเท้าช่วย เอนตัวไปข้างหน้า เอาข้อศอกวางบนเข่า หลังตรง

2.5 ควัก/สวนอุจจาระ ตามแผนการรักษาของแพทย์หากไม่ดีขึ้น

2.6 กระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกายเช่น พาเดินเบา ๆ หรือเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ หากเป็นผู้ป่วยติดเตียง พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

V. อาการเบื่ออาหาร (anorexia) และขาดสารอาหาร (cachexia)

ภาวะเบื่ออาหาร (loss of appetite) ทำให้รับอาหารได้น้อย เด็กมักร้องขอเลือกแต่อาหารที่ชอบและคุ้นเคย อาจได้รับพลังงานที่ไม่เพียงพอ รวมไปถึงสาเหตุอื่น ๆ เช่น ปัญหาทางกาย ได้แก่ ความปวดที่ควบคุมไม่ได้ การกลืนไม่ดี การติดเชื้อ แผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก การรับรสเปลี่ยนไป การย่อยไม่ดี การได้รับยา ฯลฯ ปัญหาทางจิตใจ ได้แก่ ซึมเศร้า stress ปัญหาทางอารมณ์ ฯลฯ

<u>การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเบื่ออาหารและขาดสารอาหาร</u>

1. ด้วยการใช้ยาหรือสารอาหารทางหลอดเลือด พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา

2. การดูแลเพื่อบรรเทาภาวะเบื่ออาหารโดยไม่ใช้ยา เป็นแนวทางที่เน้นการส่งเสริมให้เด็กมีความรู้สึกมีส่วนร่วมและรู้สึกสบายใจในกระบวนการกิน รวมทั้งสนับสนุนสภาพแวดล้อมและกิจวัตรที่เหมาะสม โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

ส่งเสริมพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับประทานอาหาร

2.1 ส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมในการเลือกหรือเตรียมอาหารเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อเพิ่มความสนใจและความเต็มใจในการรับประทานอาหาร

2.2 ให้อาหารที่เด็กชอบ และจัดอาหารเป็นมื้อย่อย ๆ ในปริมาณน้อย แต่ให้บ่อยครั้ง เพื่อลดความอึดอัดในมื้ออาหารใหญ่ และเพิ่มโอกาสในการได้รับพลังงานอย่างต่อเนื่อง

2.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ผ่อนคลาย และไม่เร่งรีบ เพื่อให้เด็กมีสมาธิและความรู้สึกปลอดภัยในการรับประทานอาหาร

2.4 อนุญาตให้เด็กเลือกรับประทานอาหารที่คุ้นเคย โดยไม่จำเป็นต้องครบถ้วนตามหลักโภชนาการในทุกมื้อ เพื่อคงความสุขในการกินและลดแรงกดดัน

2.5 ให้รับประทานอาหารอ่อน เหลวข้น หรือย่อยง่าย เพื่อลดภาระของระบบทางเดินอาหารและช่วยให้เด็กกลืนได้สะดวกขึ้น

2.6 เสนออาหารปั่นที่มีพลังงานสูง เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอ แม้จะรับประทานได้น้อย

2.7 สนับสนุนให้มีการทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความรู้สึกสดชื่นและลดปัญหาที่อาจรบกวนการกิน เช่น กลิ่นปากหรือแผลในปาก

2.8 ติดตามการขับถ่ายอย่างใกล้ชิด และดูแลป้องกันภาวะท้องผูก ซึ่งอาจส่งผลต่อความอยากอาหารและความสุขสบายโดยรวม

2.9 ส่งเสริมให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น นม น้ำผลไม้ หรือน้ำอาหารเสริมเท่าที่เด็กสามารถรับได้

2.10 แนวทางการดูแลในระยะท้ายของชีวิต: ในผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งร่างกายเริ่มลดความต้องการอาหารและน้ำโดยธรรมชาติ การพยายามให้เด็กรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำมากเกินไป อาจทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย เช่น แน่นท้อง คลื่นไส้ หรือหายใจลำบาก ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและใจ ทั้งนี้ ผู้ดูแลอาจเกิดความกังวลเมื่อลูกไม่กินอาหารหรือไม่ดื่มน้ำ ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำอย่างเข้าใจว่า ภาวะดังกล่าวเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกายที่นำไปสู่ความสงบ และความสุขสบายในระยะท้ายของชีวิต การดูแลจึงควรมุ่งเน้นที่การประคับประคองเพื่อให้เด็กรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล. พยาบาลกับการจัดการความปวด. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2568.

2. ลักษมี ชาญเวชช์, ดุสิต สถาวร, บรรณาธิการ. อรุโณทัยแห่งหัวใจที่เยียวยา = The Dawn of palliative care in Thailand. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2556.

3. สภาการพยาบาล; สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง; 2558.

4. Ferrell BR, editor. Pediatric palliative care. (HPNA Palliative Nursing Manuals; vol. 4). New York (NY): Oxford University Press; 2015.

5. World Health Organization. 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.

4.8.6 การประเมินและช่วยเหลือทางจิตใจในผู้ป่วยเด็ก (Psychological assessment and support)

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายด้วยการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งเด็กและครอบครัวต้องเผชิญหน้ากับภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นได้ ประเด็นที่สำคัญ คือ การที่ตัวโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องทนทุกข์ทรมานไม่จบไม่สิ้น และปัญหาของชีวิตที่ไม่มั่นคง อาจจบลงในเวลาอันใกล้

ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดความคิดที่วนเวียนซ้ำไปซ้ำมา โดยการตั้งคำถามกับตนเอง หรือมีการพูดคุยระหว่างกัน อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นมักแสดงออกมาทางสีหน้า เช่น เครียด วิตกกังวล กลัว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และมีพฤติกรรมเงียบ พูดน้อยลง ไม่ร่าเริง ทานน้อยลง ปฏิเสธที่จะทำกิจกรรมที่เคยชอบ หรือแสดงออกในทางตรงข้ามได้ เช่น เอะอะโวยวาย พูดมาก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ทั้งเด็กและผู้ดูแลหรือครอบครัวเกิดปัญหาสัมพันธภาพกัน

การประเมินทางจิตใจในผู้ป่วยเด็กนั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้นั้น การประเมินจิตใจของเด็ก ต้องสอบถามผู้ดูแล/ผู้ปกครองของเด็กป่วยเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ดังนั้น การช่วยเหลือทางจิตใจเด็ก จำเป็นอย่างยิ่งที่ควรคำนึงถึงอายุ ระดับความสามารถของพัฒนาการ ในการแสดงออกทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ผ่านกระบวนการพูดคุย/การให้การปรึกษาในผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง ซึ่งอาจต้องใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิตต่าง ๆ ในการประเมินร่วมด้วยและการทำจิตบำบัดรายบุคคล ครอบครัว จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจในสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่และมีแนวทางในการช่วยเหลือต่อไป

1. การประเมินด้วยพูดคุยหรือการให้การปรึกษา เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็ก ญาติหรือผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยเด็ก และมีในระดับต่าง ๆ ดังนี้

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

2) การสำรวจสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม เพื่อให้สำรวจตนเอง (เทคนิคที่ใช้: การถาม/การเงียบ การทวน/สรุปความ การสะท้อนความรู้สึก การแกะรอย) ซึ่งเทคนิคเหล่านี้จะใช้ได้ดีหากเป็นเด็กที่มีความเข้าใจภาษา ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกรวมถึงผู้ใหญ่ได้ดี

สำหรับในผู้ป่วยเด็กอาจจะต้องใช้เทคนิคอื่นมาช่วย ซึ่งขอกล่าวถึงการใช้แบบประเมินทางจิตใจบ่อยครั้งที่ต้องใช้แบบประเมินสุขภาพจิต มาช่วยค้นหาสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก/ผู้ดูแลหรือผู้ปกครอง เพราะปัญหาทางจิตใจไม่ได้แสดงออกมาให้พบได้ง่ายเหมือนอาการทางกายที่เห็นได้ชัดเจน ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ผู้ช่วยเหลือจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ช่วยประเมินปัญหาทางจิตใจ ดังตารางที่ 4.8.6.1

ตารางที่ 4.8.6.1 การประเมินทางจิตใจของผู้ป่วยเด็กตามช่วงวัยและผู้ดูแล/ผู้ปกครอง

ช่วงอายุ	สิ่งที่ควรประเมิน	แบบประเมินที่ใช้
แรกเกิด – 2 ปี	**ผู้ป่วยเด็ก** * คัดกรองพัฒนาการ	* แบบประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) ผู้ดูแล/ผู้ปกครองตอบ
	ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง * การประเมินความเศร้าและการสูญเสีย * ตรวจสอบและแยกความกังวลด้านอื่น ๆ * ประเมินความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับการแพทย์ * ความต้องการการช่วยเหลือในการวางแผนการรักษา	* แบบประเมินความความเครียด ST5, SPST20 * แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q, 9Q * แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Thai HADs * แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q * แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ * แบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI * แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ Thai Mental Health Indicator version 2007 (TMHI-15)
อายุ 3-6 ปี	**ผู้ป่วยเด็ก** * คัดกรองพัฒนาการ * พูดคุยกับเด็กโดยตรงเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กกังวล	* แบบประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) ผู้ดูแล/ผู้ปกครองตอบ * แบบประเมิน Gesell Drawing Test
	ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง * ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก * การประเมินความเศร้าและการสูญเสีย * ตรวจสอบและแยกความกังวลด้านอื่น ๆ * ประเมินความเข้าใจครอบครัวร่วมกับวางแผนกับทีมรักษา	* แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ สำหรับผู้ปกครอง * แบบประเมินความความเครียด ST5, SPST20 * แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q, 9Q * แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Thai HADs * แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q * แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ * แบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ Thai Mental Health Indicator version 2007 (TMHI-15)
อายุ 6-12 ปี	**ผู้ป่วยเด็ก** * ประเมินความกังวลและกลัวของเด็กในการรักษา ใน รพ. * การรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับบทบาทการตัดสินใจในกระบวนการรักษา * พูดคุยกับเด็กโดยตรง	* แบบคัดกรองโรควิตกกังวลสำหรับเด็ก Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)-Thai version * แบบคัดกรองซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย * แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ สำหรับนักเรียน
	ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง * ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก, ปัญหาการเรียน และจุดแข็งจุดอ่อนในเด็ก	* แบบสังเกตพฤติกรรมเด็กวัยเรียน * แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ สำหรับผู้ปกครอง

ช่วงอายุ	สิ่งที่ควรประเมิน	แบบประเมินที่ใช้
	* การประเมินความกังวล ความกลัวของเด็ก <u>โดยผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน</u> * ตรวจสอบความกังวล ความเครียดใหม่ด้านอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น * ประเมินความเข้าใจครอบครัวร่วมกับวางแผนกับทีมรักษา	* แบบสังเกตพฤติกรรมเด็กวัยเรียน * แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ สำหรับผู้ปกครอง * แบบคัดกรองโรควิตกกังวลสำหรับผู้ปกครอง Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)-Thai version * แบบประเมินความความเครียด ST5, SPST20 * แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q, 9Q * แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Thai HADs * แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q * แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ * แบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI * แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ Thai Mental Health Indicator version 2007 (TMHI-15)
อายุ 12 ปีขึ้นไป	**<u>ผู้ป่วยเด็ก</u>** * การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความกังวล ความกลัว และความเศร้าต่อกระบวนการรักษา * ตรวจสอบความคาดหวัง และการตัดสินใจในในการรักษา * คัดกรองสำหรับปัญหาโรงเรียน : ทบทวนการเรียน/พักการเรียน * ปัญหาพฤติกรรม * การพูดคุยโดยตรง	* แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ สำหรับนักเรียน * แบบคัดกรองโรควิตกกังวลสำหรับเด็ก Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)-Thai version * แบบคัดกรองซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย * แบบคัดกรองซึมเศร้าในวัยรุ่น Center for Epidemiologic studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย
	<u>ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง</u> * ปัญหาพฤติกรรมเด็ก * ตรวจสอบความกังวล ความเครียดใหม่ด้านอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น * ประเมินความเข้าใจครอบครัวร่วมกับวางแผนกับทีมรักษา	* แบบสังเกตพฤติกรรมเด็กวัยเรียน * แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในเด็ก SDQ * แบบคัดกรองโรควิตกกังวลสำหรับผู้ปกครอง Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)-Thai version * แบบประเมินความความเครียด ST5, SPST20 * แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q, 9Q * แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Thai HADs * แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q * แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ * แบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI * แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ Thai Mental Health Indicator version 2007 (TMHI-15)

3) การเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น สาเหตุและความต้องการ เพื่อทำให้กระจ่างแจ้งในสิ่งที่เกิดขึ้น (เทคนิคที่ใช้: การสังเกต การฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การสรุปความ และ การผ่อนคลายต่าง ๆ) ซึ่งสามารถให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กฝึกการผ่อนคลายการช่วยเหลือในกรณีที่มีอาการทางกาย เช่น เครียด กังวล กลัว จนไม่สามารถควบคุมประสาทอัตโนมัติได้ ดังนั้น เทคนิคผ่อนคลายจะช่วยให้อาการทางกายดีต่าง ๆ ขึ้น สามารถให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กทำพร้อมกันได้ ดังนี้

- การเบี่ยงเบนความสนใจ
- การกำหนดลมหายใจ
- การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- การฝึกจินตนาการ

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

5) การยุติและติดตามผล เพื่อการนำไปปฏิบัติ (เทคนิคที่ใช้: การให้กำลังใจ การสรุปยุติบริการ การปิดบริการ/ส่งต่อเฉพาะทาง)

2. ประเมินผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการใช้สื่อกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเด็ก ได้แสดงออกถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมต่าง ๆ โดยผ่านการใช้กิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1) การเล่าเรื่อง (storytelling) ผ่านการอ่านนิทาน/แต่งนิทาน ผ่านตัวละครในนิทานให้ใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

2) การใช้ศิลปะการวาดภาพ (drawing) เช่น การวาดภาพสัตว์ คน ครอบครัว หรือภาพอิสระที่ผู้ป่วยต้องการ การใช้สี การปั้น การประดิษฐ์ต่าง ๆ เป็นต้น

3) การเล่น (play) อาจใช้ของเล่นที่ผู้ป่วยชื่นชอบหรือผู้บำบัดเตรียมมาเอง เช่น การเล่นกระบะทราย ของเล่นที่กำหนดสถานการณ์/เงื่อนไข เช่น เกมกระดาน เป็นต้น

4) การใช้ดนตรี (music) ผ่านการฟัง ร้อง เต้น เช่น การให้ผู้ป่วยเด็กแสดงท่าทางประกอบดนตรี การเล่นต่อเพลง ทายเพลง ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กที่สามารถลุกเดินจากเตียงได้อาจใช้การเล่นเป็นกลุ่ม เป็นต้น การใช้กิจกรรมอื่น ๆ เช่น การใช้สัตว์เลี้ยง การใช้สื่ออิเล็กทรอนิคต่าง ๆ การออกกำลังกาย สมุนไพร น้ำหอม

5) การเขียนในสมุด (writing in a diary) สำหรับเด็กโตที่สามารถอ่านออกเขียนได้ เป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้เด็กได้เขียนสิ่งที่คิด อารมณ์และความรู้สึกที่เด็กเผชิญอยู่

6) การอัดสื่อคลิป วีดีโอ (explain clip & VDO) การเล่าเรื่องเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กคิด ความรู้สึกที่ต้องการบอก แต่ไม่สามารถพูดต่อหน้าได้โดยตรง

วิธีดังกล่าวข้างต้น หากนำไปใช้กับเด็กต้องดูความสามารถทางพัฒนาการและสติปัญญาของเด็กร่วมด้วย หากเด็กมีความสามารถต่ำกว่าอายุของตนเอง อาจต้องใช้วิธีสื่อสารที่ไม่ยาวมากเกินไป ซึ่งเด็กอาจจะมีแนวโน้มไม่เข้าใจ ต้องตัดวิธีการสื่อสารที่ง่าย สั้น กระชับมากขึ้น หากเป็นเด็กโตอายุมาก การใช้เทคนิคบางอย่างอาจทำให้เด็กรู้สึกเบื่อ ไม่ตอบคำถามหรือร่วมมือได้ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กนกจันทร์ เขม้นการ. ความคิดความรู้สึกของเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: การจัดการทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลและสุขภาพ. 2554;34(3):75-87.

2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/test/ .

3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaichilddevelopment.com/ebook/DAIM%2010.04.2562.pdf .

4. ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา. การบำบัดทางเลือกในเด็กพิเศษ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.happyhomeclinic.com/alt01-alternative_sp.htm .

5. ธนา นิลชัยโกวิทย์. แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: 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; 2552.

7. ศันสนีย์ เรืองสอน. Psychological support & coping skills. ใน: วนัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, บรรณาธิการ. Pediatric Palliative Care. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558. หน้า 183-190.

8. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบสังเกตพฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://th.rajanukul.go.th/_admin/file-download/D0000067.pdf .

9. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิชชิ่ง; 2563.

10. Aksorn Education. จิตวิทยาเด็ก อาวุธลับสำหรับครูปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.aksorn.com/child-psychology .

11. Cattell P. The measurement of intelligence of infants and young children. New York: Psychological Corporation; 1960. p.97-261.

12. Illingworth RS. The development of the infant and young child: normal and abnormal. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1972. p.229-32.

13. Richman LC, Eliason M. Psychological characteristics of children with cleft lip and palate: intellectual, achievement, behavioral and personality variables. Cleft Palate J. 1982 Oct;19(4):249-57. PMID: 6756670.

14. Ularntinon S. Screen for child anxiety related disorder (SCARED) – Thai version [อินเทอร์เน็ต]. 2014. [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/sites/default/files/assets/AH/Thai%20Screen%20for%20Child%20Anxiety%20Related%20Disorders%20%28SCARED%29%20Child%20Version.pdf.pdf?utm_source=chatgpt.com .

4.8.7 การประเมินและการช่วยเหลือครอบครัว

การดูแลเด็กป่วยประคับประคองและระยะท้าย เป็นการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ที่อาศัยแนวคิดของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient-and family-centered care) และเป็นการดูแลที่มีความเฉพาะแตกต่างไปจากการดูแลผู้ใหญ่เพราะเด็กป่วยแต่ละคนมีความต้องการเฉพาะที่แตกต่างกัน นอกจากการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเด็กแล้ว ครอบครัวซึ่งเป็นบริบทที่สำคัญของผู้ป่วยเด็กก็ยังถูกให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลแบบประคับประคอง

องค์กรอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว เน้นการช่วยเหลือครอบครัวให้ผ่านพ้นวิกฤติไปได้ การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย 4 แนวคิดหลัก ดังนี้

1. การเคารพในความแตกต่างและรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ
2. การสื่อสารระหว่างทีมให้การดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น
3. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา
4. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการทั้งในระดับปฏิบัติการจนถึงระดับนโยบาย

มีการศึกษาถึงความต้องการ การช่วยเหลือของครอบครัวของเด็กป่วยประคับประคองและเด็กที่ใกล้เสียชีวิต ทั้งในประเทศและต่างประเทศผลการศึกษาพบว่า ยังมีความต้องการหลายด้าน ที่ครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง มีดังนี้

- การบอกความจริง การแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยขาดการเตรียมตัวก่อนได้รับข่าวร้าย
- ทีมสุขภาพขาดการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่เพียงพอ และไม่ได้รับข้อมูล รวมถึงการร่วมตัดสินใจกับแพทย์ที่อยู่เวรช่วงกลางคืน
- ขาดประสิทธิภาพในการควบคุมความปวด และอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเด็ก
- ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการบริการที่เหมาะสมจากสถานพยาบาลใกล้บ้านทำให้เสียค่าใช้จ่ายและลำบากในการเดินทาง
- สถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ขาดความตระหนักและขาดองค์ความรู้เรื่อง palliative care
- ไม่สามารถหาแหล่งช่วยเหลือด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์
- ขาดการดูแลต่อเนื่อง และการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลเด็กป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่แพทย์พยาบาลเปลี่ยนเวร
- ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ
- ขาดการดูแลช่วยเหลือและประคับประคองทางจิตใจ แก่ครอบครัวหลังการสูญเสียผู้ป่วยเด็ก (bereavement care)
- ครอบครัวรู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ครอบครัวและผู้ดูแลหลักที่ต้องดูแลเด็กป่วยระยะท้าย ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากกว่าทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา รู้สึกกังวลกับหลายสิ่ง ๆ รู้สึกว่าตัวเองอารมณ์เสียง่ายขึ้น มีปัญหาสัมพันธภาพกับเด็กป่วย ปฏิกิริยาทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลและเด็กป่วยรุนแรงขึ้น รู้สึกว่ามีเวลาดูแลตัวเอง และการเข้าสังคมน้อยลง

การช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว เป็นสิ่งที่จำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องประเมินและช่วยเหลือควบคู่ไปกับการดูแลเด็กป่วย เพราะถ้าครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ก็จะทำให้ครอบครัวผ่านพ้นวิกฤติ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กแบบมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของเด็กได้

การประเมินครอบครัว

แนวทางการประเมินครอบครัว มีดังนี้

I. การประเมินแผนผังครอบครัว

เขียนแผนผังครอบครัวของเด็กป่วย โดยหาบุคคลที่สำคัญต่อครอบครัวทั้งในด้านการเป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้ที่หารายได้หลัก บุคคลที่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย บุคคลที่เด็กป่วยสนิทที่สุด ลักษณะความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันในแต่ละบุคคล ถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในประเทศหรือต่างประเทศสิทธิตามกฎหมายหรือนอกกฎหมายในการดูแลเด็ก หรือถ้าผู้ดูแลหลักไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว แต่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กมาตลอดก็มีความจำเป็นที่ต้องเขียนผังครอบครัวของผู้ดูแลหลักด้วย เพื่อประเมินศักยภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กป่วย

II. ประเมินระบบเครือญาติ

ประเมินผู้ดูแลหลัก ที่ดูแลเด็กป่วยว่าเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นเครือญาติกัน หรือเป็นบุคคลที่ครอบครัวจ้างมาดูแลเด็กป่วย บางครอบครัวที่เป็นครอบครัวแม่หรือพ่อเลี้ยงเดี่ยว จำเป็นต้องหาเครือญาติคนอื่น ๆ ที่สามารถช่วยสนับสนุนพ่อ แม่ ในการดูแลหรือช่วยเยียวยาจิตใจพ่อ แม่ได้

III. ประเมินวัฒนธรรมครอบครัวและกระบวนการตัดสินใจ

ประเมินหาความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งหรือบุคคลที่ครอบครัวให้คุณค่า ให้ความสำคัญ เพราะสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของครอบครัว อีกทั้งทีมรักษาต้องค้นหาผู้มีอำนาจตัดสินใจหลักในครอบครัว โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลและการตัดสินใจที่ยุ่งยากในการรักษาผู้ป่วยเด็ก

IV. ประเมินการสื่อสารในครอบครัว

ลักษณะการพูดคุยปรึกษาหารือ การส่งต่อข้อมูล การสื่อสารของแต่ละครอบครัวเป็นอย่างไร สมาชิกในครอบครัวใช้ช่องทางใดบ้างในการสื่อสารกัน เช่น คุยกันช่วงอาหารเย็น คุยผ่านโทรศัพท์ และครอบครัวมีการส่งต่อข้อมูล การสื่อสารเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กอย่างไรบ้าง มีการสื่อสาร การบอกความจริงกับเด็กป่วยหรือไม่ รวมถึงความต้องการการปกปิดข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็ก

V. ประเมินระบบและหน้าที่ของครอบครัว

หาผู้บังคับบัญชาของบ้านที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้บ้านดำเนินไปได้ บทบาทสมาชิกแต่ละคนในบ้านที่ได้รับมอบหมาย หรือต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปเมื่อมีเด็กป่วยในบ้าน การแบ่งกลุ่มแบ่งข้างเมื่อเกิดความขัดแย้งกัน บุคคลที่เป็นแพะหรือถูกกล่าวหาว่าเป็นต้นเหตุของปัญหาในบ้าน หากระบวนการภายในบ้านว่าเมื่อเกิดปัญหาขึ้น สมาชิกมีการแก้ปัญหาอย่างไร เช่น ยังรักกันเหนียวแน่น มีอารมณ์ ความเข้าใจร่วมกัน ช่วยกันแก้ปัญหา หรือห่างเหินกันไป ไม่สื่อสารกัน โยนความผิดให้คนอื่น นอกจากนี้ ควรประเมินระยะพัฒนาการของครอบครัว เพื่อจะได้เข้าใจภารกิจ หน้าที่ และความรับผิดชอบหลักของสมาชิกในบ้าน

VI. ทรัพยากรของครอบครัว

ประเมินทรัพยากรหลักและทรัพยากรที่เอื้อ ที่เป็นทั้งด้าน เงิน บุคคล อุปกรณ์ หรือแหล่งสนับสนุนเครือข่ายต่าง ๆ ที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตเทียบเท่าปกติสุข และสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้ เช่น สถานะทางการเงิน คนที่ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ช่วยดูแลพี่น้องหรือดูแลเด็กป่วย เมื่อผู้ดูแลหลักไม่อยู่

VII. การประเมินความเสี่ยงของครอบครัว

หาจุดอ่อนหรือความเสี่ยงอื่น ๆ ในครอบครัวที่จะส่งผลกระทบต่อการดูแลเด็กป่วย เช่น โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพจิตใจ การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแลเด็ก ระดับการศึกษา ระดับเชาว์ปัญญา ของพ่อ แม่ การขาดบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ ครอบครัวมีประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตัวเอง การฆ่าตัวตาย ทำร้ายเด็กป่วย ใช้ยาหรือสารเสพติด

เนื่องจากผู้ป่วยเด็กแต่ละรายและครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน ในทุก ๆ ด้าน ดังนั้น จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ทีมดูแลต้องทำความเข้าใจซึ่งจะสามารถประเมินได้ถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วยได้ เป้าหมายของการช่วยเหลือครอบครัวของเด็กป่วยประคับประคองและระยะท้ายควรครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

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

ครอบครัวที่มีเด็กป่วยเรื้อรัง หรือมีเด็กที่ป่วยในระยะท้าย มักต้องเผชิญกับความเครียด อยู่ในภาวะตัดสินใจลำบาก เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิกทุกคนในบ้านรวมทั้งเด็กป่วย จนบางครั้งครอบครัวไม่สามารถรักษาระบบครอบครัวไว้ได้ ดังนั้น หลักในการดูแลครอบครัวคือ ช่วยจัดการและลดปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยเน้นหาแนวทางแก้ปัญหา และจัดการกับทรัพยากรที่ครอบครัวมีอยู่มาสนับสนุนให้เกิดครอบครัวสามารถผ่านวิกฤติ และดำเนินหน้าที่ในระบบครอบครัวต่อไปได้

การดูแลช่วยเหลือครอบครัว

การดูแลช่วยเหลือครอบครัวมีรายละเอียด ดังนี้

1. การช่วยลดความตึงเครียดของครอบครัว โดยทีมดูแลต้องให้การช่วยเหลือในเรื่อง ดังนี้

1) ดูแลจัดการกับอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ทางร่างกายให้เด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ส่งเสริมให้พ่อ แม่ และสมาชิกในครอบครัว ได้ทำหน้าที่กับผู้ป่วยตามบทบาทในครอบครัว เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ ในการวางแผนหรือดูแลเด็กป่วย สื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจชัดเจนในเรื่องการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา หรือการใช้ยากลุ่มพิเศษต่าง ๆ ที่ครอบครัวอาจมีความกังวล รวมถึงการแจ้งข่าวร้ายและการคุยเรื่อง advance care plan การสื่อสารควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถาม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

3) มีการเตรียมการและวางแผนล่วงหน้า ในกรณีครอบครัวต้องพาเด็กระยะท้ายกลับไปดูแลที่บ้าน โดยมีการประชุม พูดคุย ให้ข้อมูลเป็นระยะเพื่อให้ครอบครัวได้มีเวลาเตรียมตัวและเตรียมใจ

2. การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการทรัพยากรทั้งภายในครอบครัวและนอกครอบครัว

1) การให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนแก่ครอบครัว รวมถึงการช่วยประสานส่งต่อข้อมูล ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีมให้บริการเพื่อให้ครอบครัวสะดวกและรู้สึกปลอดภัยว่า จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแท้จริง สมุดประจำตัวผู้ป่วยประคับประคองหรือใบบันทึกการทำ advance care plan เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยติดตัวไว้เมื่อกลับบ้าน

2) การให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็กประคับประคองที่บ้าน ควรให้ผู้ดูแลหลักมาฝึกปฏิบัติเสมือนจริงที่โรงพยาบาล และมีทีมดูแลช่วยเป็นพี่เลี้ยงให้ จนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และในเด็กที่ต้องใช้อุปกรณ์ที่ยุ่งยากที่บ้าน เช่น เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์การช่วยชีวิต ทีมดูแลต้องให้ความรู้เรื่องการบำรุงรักษา การหาอุปกรณ์สำลองรวมถึงการขอความช่วยเหลือกรณีมีปัญหาฉุกเฉิน

3) ด้านการเงิน อาจสนับสนุนในเรื่องการช่วยค่าครองชีพระหว่างแม่เฝ้าลูกที่โรงพยาบาล การช่วยหาอาชีพให้กับพ่อ แม่ ที่ไม่มีงานทำ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินช่วยเหลือ เช่น ค่าเลี้ยงดูบุตร เงินสนับสนุนจากรัฐกรณีเป็นเด็กพิการ ซึ่งการช่วยเหลือด้านนี้ทีมดูแลสามารถปรึกษาทีมสังคมสงเคราะห์ให้การช่วยเหลือได้

4) สนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลเด็กป่วยที่บ้าน ทีมดูแลประเมินผู้ป่วยและเตรียมการ ให้ข้อมูลแก่ครอบครัว เรื่อง เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่เด็กป่วยจำเป็นต้องใช้ที่บ้านควรมีระบบการให้ยืมอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ไปใช้ที่บ้าน รวมถึงการลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน และให้การช่วยเหลือเรื่องการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น อย่างสม่ำเสมอ

5) ผู้ดูแลหลักถือเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการดูแลเด็กป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กควรได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ระหว่างการดูแลเด็กที่โรงพยาบาล ควรให้ผู้ดูแลได้ไปนอนพักในห้องพักสำหรับญาติบ้างช่วงที่พยาบาลให้การพยาบาลเด็กหรือช่วงที่มีสมาชิกอื่นมาดูแลเด็กแทน รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสไปทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ทำผม เดินเล่นซื้อของ ออกกำลังกาย ทำบุญไหว้พระ ไปงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อน

3. การช่วยเหลือด้านการรับมือกับปัญหา

1) การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ เทคนิคการรับมือกับปัญหา ปฏิกิริยา และผลกระทบกับผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดภาวะกดดัน ตึงเครียดขึ้น โดยอาจใช้การเล่าเรื่อง ชวนคุยและใช้แบบประเมินสภาพจิตใจ เช่น แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (GHQ) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) เมื่อพบค่าความเสี่ยง ควรให้การช่วยเหลือ โดยอาจส่งปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เพื่อให้การประเมิน ช่วยเหลือด้านจิตใจต่อ

2) การช่วยเหลือด้านจิตใจ มีการสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการพูดคุยความรู้สึก ความกังวลและความเศร้า สนับสนุนการปรับตัวและยอมรับความเจ็บป่วยของเด็ก หากประเมินพบว่า ผู้ป่วยเด็ก สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก มีปัญหาด้านจิตใจจนกระทบต่อการดำรงชีวิตและการดูแลเด็กป่วย ทีมดูแลควรส่งต่อให้ทีมสุขภาพจิตดูแลและช่วยเหลือต่อ เทคนิคที่มักใช้ในการช่วยเหลือ เช่น การเล่นบำบัดในเด็กป่วย เทคนิคการผ่อนคลาย กลุ่มบำบัด ศิลปะบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นต้น

4. การช่วยเหลือ สนับสนุนปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเป็นระบบครอบครัว การดำรงหน้าที่ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กป่วยและครอบครัว ได้แก่

1) การสนับสนุนให้เด็กและครอบครัวได้ทำกิจกรรมตามความเชื่อ วัฒนธรรมและศาสนา ที่ไม่เป็นอันตรายต่อครอบครัวและเด็กป่วย เคารพความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของครอบครัว รวมถึงให้โอกาสในการประกอบพิธีกรรมหรือกิจกรรมทางจิตวิญญาณที่ครอบครัวต้องการ

2) ช่วยเหลือให้เด็กป่วยและครอบครัว ได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาตามความฝันของเด็ก และสิ่งที่ยังค้างคาใจของเด็กและบุคคลในครอบครัว

3) ทีมดูแลให้การดูแล ช่วยเหลือเด็กป่วยตามพินัยกรรมชีวิตหรือตามข้อตกลงใน advance care plan ที่ครอบครัวหรือเด็กต้องการเมื่อเด็กเข้าสู่ภาวะวิกฤติหรือระยะท้าย

5. การเตรียมความพร้อมสำหรับการจากไป เตรียมครอบครัวให้เข้าใจแนวโน้มของอาการและการเสียชีวิตของเด็กป่วย สนับสนุนการวางแผนล่วงหน้าร่วมกับครอบครัวและทีมรักษา เช่น advanced care plan

6. การดูแลต่อเนื่องหลังการสูญเสีย ให้การดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (grief care) เช่น การไว้อาลัย การร่วมงานฌาปนกิจศพ การเยียวยาจิตใจหลังการสูญเสีย การเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเชื่อมต่อกลุ่มสนับสนุนครอบครัว (support group)

การช่วยเหลือครอบครัวของเด็กป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสมจะช่วยให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดูแลเด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Carter BS, Levetown M, Friebert SE. Palliative care for infants, children, and adolescents: a practical handbook. 2nd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2011.

2. Friedrichsdorf SJ, Postier A, Foster L, Gilbert M, Campbell K. Improved quality of life at end of life related to home-based palliative care in children with cancer. J Palliat Med. 2015; 18(2): 143-50.

3. Kaye EC, Friebert S, Baker JN. Early integration of palliative care for children with high-risk cancer and their families. Pediatr Blood Cancer. 2016; 63(4): 593-7.

4. Wolfe J, Hinds PS, Sourkes BM. Textbook of interdisciplinary pediatric palliative care. Philadelphia: Elsevier; 2011.

5. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health-care planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018.

4.8.8 การดูแลด้านจิตวิญญาณในเด็กระยะท้าย (Spiritual care in pediatric palliative)

การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่มีความจำเป็นและละเอียดอ่อนในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะท้ายและครอบครัวให้เป็นองค์รวมโดยสมบูรณ์ เพื่อเตรียมเด็กและครอบครัวในการปรับตัว ปรับใจ ทำให้ยอมรับสภาวะใกล้ตายและความตายได้อย่างสงบ อย่างไรก็ตาม ขึ้นอยู่กับบริบทแวดล้อม ความเชื่อ ความรัก ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม สิ่งยึดเหนี่ยว ศาสนาของแต่ละครอบครัว ดังนั้น ทีมการดูแลรักษาควรเคารพใส่ใจประเมินปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณของเด็กและครอบครัว

การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ประเด็นทางจิตวิญญาณในเด็ก มักจะไม่ใช่ศาสนาและความเชื่อ แต่เป็นลักษณะนิสัย ความชอบ ตัวตนของเด็กคืออะไร ชีวิตเกิดมาเพื่ออะไร อะไรคือคุณภาพชีวิตของเด็ก wishes ความใฝ่ฝัน/ความปรารถนา ดังนั้น การให้การพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณจึงควรให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ ดังตารางที่ 4.8.8.1

ตารางที่ 4.8.8.1 การพยาบาลตามระยะพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ

วัย	การพยาบาล
ทารก **(0-1 ปี)**	- ให้การตอบสนองด้านการสัมผัสโอบกอด เสียงที่อ่อนโยน - ให้การดูแลเพื่อลดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในร่างกาย - จัดกิจกรรมการเล่น จัดหาของเล่นที่ชอบให้ เช่น ของเล่นที่มีเสียง โมบาย ฯลฯ
เด็กวัยเตาะแตะ **(1-3 ปี)**	- นำของรักของใช้ส่วนตัวที่เด็กชอบมาไว้ให้ เช่น ตุ๊กตา ผ้าห่ม เป็นต้น - จัดกิจกรรมการเล่น เช่น การขีดเขียนด้วยสีเทียน จิ๊กซอขนาด 3-4 ชิ้น ตุ๊กตา ลูกบอล บล็อกต่อ จำนวนรูปทรงน้อย ๆ หนังสือนิทานป็อบอัพ ฯลฯ
เด็กก่อนวัยเรียน **(3-6 ปี)**	- อธิบายให้เด็กเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กว่าไม่ได้เป็นการถูกลงโทษ - นำของรักของใช้ส่วนตัวที่เด็กชอบมาไว้ให้ เช่น ตุ๊กตา ผ้าห่ม เป็นต้น - ใช้ภาษาในการสื่อสารแบบเข้าใจง่าย ๆ ใช้ตุ๊กตาประกอบ หรือเล่านิทานช่วย เป็นต้น - จัดกิจกรรมการเล่น เช่น การวาดรูป ระบายสี หนังสือนิทาน จิ๊กซอว์จำนวนชิ้นมากขึ้น (5-6 ชิ้น) เลโก้ รถสามล้อ บล็อกต่อรูปทรงที่มากขึ้น (12 รูปทรง) ฯลฯ
เด็กวัยเรียน **(6-12 ปี)**	- 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
วัยรุ่น **(12-18 ปี)**	- อธิบายให้เด็กเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วย และวิธีการรักษา สิ่งที่เด็กต้องเผชิญขณะรับการรักษา เปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางอย่างที่เกี่ยวข้องการักษา - ให้กำลังใจ และแสดงให้เด็กรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความเข้มแข็ง

วัย	การพยาบาล
	- รับฟังเด็กด้วยท่าทีเป็นมิตร เปิดโอกาสให้เด็กได้พูดระบายความคิด ความรู้สึก หรือซักถามปัญหา ข้อสงสัย และตอบข้อซักถามของเด็ก - จัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้ความรู้สึกสงบและผ่อนคลายตามความเหมาะสม เช่น การวาดภาพ ดูทีวี ฟังเพลง เล่นเกมส์ เป็นต้น - ช่วยเหลือให้เด็กได้กระทำในสิ่งที่ยังค้างคาใจโดยสอบถามถึงสิ่งที่เด็กต้องการที่จะทำให้เสร็จสิ้น หากมีความโกรธใคร แนะนำให้อภัยไม่ถือโทษ หรือขออโหสิกรรม ช่วยบรรเทาความรู้สึกผิด ออกไป - จัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้เด็กยอมรับและเตรียมใจต่อการใกล้เสียชีวิตของตน เช่น ทำบุญตักบาตร จัดหาซีดีธรรมะ/หนังสือธรรมะ นิมนต์พระ/นักบวชมาพูดคุยให้กำลังใจ นำพระพุทธรูป หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือมาไว้ให้ข้างเตียง หรือเปิดโอกาสนำสิ่งของที่รัก/ให้ได้อยู่กับบุคคลที่รักจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

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

ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็กระยะท้าย ทางจิตวิญญาณ

ความรักของพ่อแม่และคนรอบข้างมีพลังยิ่งใหญ่ เรามาช่วยกันเติมพลังใจให้เด็กมีความสุขที่สุดด้วยการ

1. ให้ความรัก ความอ่อนโยน ความเมตตากรุณา
2. ให้ความซื่อสัตย์ อดทน จริงใจ พูดคุยด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายให้ข้อมูลเมื่อเด็กพร้อมตามความต้องการของเด็กที่อยากรับรู้
3. ให้ข้อมูลซ้ำเมื่อเด็กต้องการ
4. ตรวจสอบความเข้าใจสิ่งที่เราพูดและบอก
5. เป็นผู้รับฟังที่ดี
6. พร้อมที่จะตอบคำถามง่าย ๆ 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. ให้รู้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งปกติในเด็ก เช่น เด็กพยายามค้นหาหรือพูดถึงความตายไปแล้ว เช่น มองหาภายในบ้าน โทรศัพท์ถึง เรียกชื่อ วิธีการค้นหาแบบนี้ เด็กอาจทำเพื่อบอกตัวเอง หรือเพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลเหล่านั้นไม่ได้อยู่แล้ว

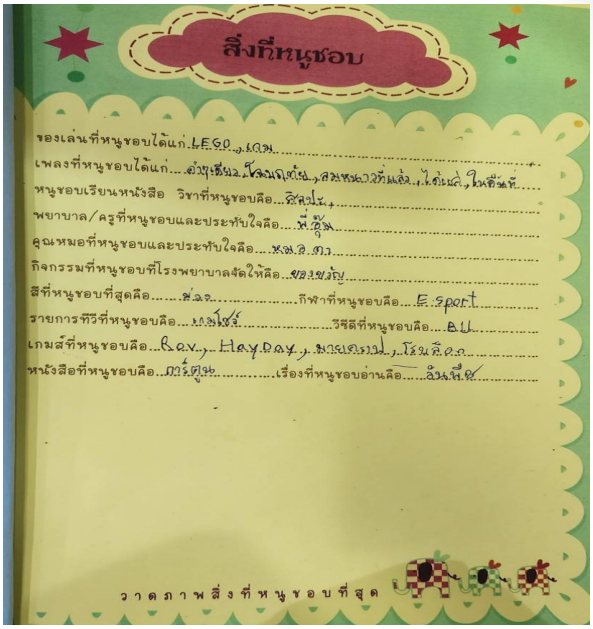
15. อาจหาช่วงจังหวะเวลาที่เหมาะสม ในการพูดคุยอย่างระมัดระวัง และทำความเข้าใจหาโอกาสที่จะบอก และชี้ให้เด็กเห็นว่า ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่เกิดขึ้น โดยอาจสื่อสารกับเด็กด้วยการเล่าเรื่องประกอบภาพการ์ตูน ภาพธรรมชาติ วงจรของสิ่งมีชีวิต ที่เข้าใจได้ง่าย และไม่น่ากลัว

16. ให้ความรักแก่เด็กอย่างต่อเนื่อง ให้ความมั่นใจและส่งเสริมกำลังใจแก่เด็ก ไม่ว่าจะเป็นวัน สัปดาห์ เดือน หรือปีข้างหน้าที่จะมาถึง พ่อแม่และคนที่หนูยังรักมีความรักให้หนูเสมอ และตลอดไป









ภาพที่ 4.8.8.1 ตัวอย่างกิจกรรมเพื่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ (ที่มา: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 2568)

เอกสารอ้างอิง

1. เกศนี บุณยวัฒนางกูล.การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย: ความท้าทายของบุคลากรทีมสุขภาพ. SMJ 2007; 22(5).

2. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: End of life care improving care of the dying. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2552.

3. สภาการพยาบาล,สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: 2558; หน้า 40-53.

4.8.9 การเยียวยาหลังสูญเสีย (Bereavement care)

การเยียวยาหลังการสูญเสีย คือการให้การดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียเพื่อให้ผ่านพ้นความเศร้าโศก โดยมีเป้าหมายคือ ทำให้ครอบครัวสามารถผ่านพ้นความสูญเสียไปได้ด้วยดี และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ ยอมรับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับความสูญเสียได้

ความสำคัญของการเยียวยาหลังการสูญเสีย ในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในช่วงที่เด็กเสียชีวิตแล้ว มีความสำคัญดังนี้

1. เป็นการรักษาสัมพันธภาพระหว่างทีมรักษากับครอบครัว เพื่อเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือ
2. สร้างโอกาสพัฒนาปัญญาโดยใช้ความสูญเสียทำให้เกิดความเข้าใจ เติบโตในทางจิตวิญญาณ
3. ประเมินครอบครัว เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเข้มแข็งที่มีผลต่อการปรับตัวหลังเกิดการสูญเสียประเมินสภาพจิตใจหลังการสูญเสีย และให้การรักษาฟื้นฟูต่อไป

ความโศกเศร้าในครอบครัวผู้สูญเสียเด็กมีความแตกต่างจากการสูญเสียทั่วไป

การเสียชีวิตของเด็กถือเป็นการสูญเสียที่ตรงข้ามกับ "ลำดับธรรมชาติของชีวิต" (out-of-order death) ซึ่งส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งกว่าการสูญเสียสมาชิกในช่วงวัยอื่น พ่อแม่มักรู้สึกว่าสูญเสียบทบาท ความหวังในอนาคต และความหมายของชีวิตโดยสิ้นเชิง ลักษณะเฉพาะของความโศกเศร้าในครอบครัวผู้สูญเสียเด็ก

1. ความรุนแรงและระยะเวลาของความโศกเศร้า

การสูญเสียเด็กมีแนวโน้มทำให้เกิดความโศกเศร้าอย่างยืดเยื้อหรือซับซ้อน (complicated grief หรือ prolonged grief disorder) ซึ่งรวมถึงอารมณ์ผิดบาป (guilt) ความรู้สึกไร้ค่า ความไม่สามารถปล่อยวาง หรือการหลีกเลี่ยงการพูดถึงการสูญเสีย

2. ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว

ในแต่ละบทบาทในครอบครัวมีผลกระทบซึ่งแตกต่างกัน ได้แก่ พ่อแม่มีวิธีแสดงความโศกเศร้าต่างกัน บางคนเกิดความตึงเครียดหรือห่างเหิน พี่น้องอาจได้รับผลกระทบทางอารมณ์อย่างเงียบ ๆ หรือแสดงออกโดยการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ปู่ย่าตายายและครอบครัวขยายอาจรู้สึกไม่มีสิทธิเศร้า ทำให้เกิดการกดทับทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ในระยะยาว เป็นต้น

3. ปัจจัยที่ทำให้ความโศกเศร้ายืดเยื้อหรือซับซ้อน

การเสียชีวิตแบบเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ หรือการฆ่าตัวตาย การดูแลระยะสุดท้ายที่ยาวนานอาจทำให้เกิด anticipatory grief, การไม่มีพื้นที่ในสังคมให้ครอบครัวได้แสดงความโศกเศร้า เช่น คำพูดว่า “เดี๋ยวก็หาย” หรือ “โชคดีที่ยังมีลูกคนอื่น” อาจตัดโอกาสของการเยียวยา

ถึงแม้ว่าความพลัดพรากจากสิ่งที่รักมักเป็นเหตุทำให้เกิดความทุกข์ มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านบวกที่ทำให้คนสามารถเผชิญกับความสูญเสียได้ดี และปัจจัยด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (pathological grief) หลังการสูญเสีย ดังตารางที่ 4.8.9.1

ตารางที่ 4.8.9.1 แสดงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยฟื้นตัวจากภาวะสูญเสียบุคคลที่รัก

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ภาวะโศกเศร้าแบบซับซ้อน (complicated grief)	ลักษณะของผู้ที่มีความเข้มแข็งและฟื้นตัวได้ดี (resilient individuals)
ปัจจัยพื้นฐาน (background factors) • มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิต โดยเฉพาะการสูญเสียคู่สมรสหรือบุตร • เพศหญิง โดยเฉพาะมารดาที่สูญเสียลูก • ลักษณะความผูกพันแบบไม่มั่นคง (Insecure attachment) • การพึ่งพาทางคู่สมรสสูงก่อนการสูญเสีย ทำให้รู้สึกสูญเสียตัวตนหรือไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ • ความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา/จิตวิญญาณ สำหรับบางคนช่วยบรรเทาความเศร้า แต่สำหรับบางคนอาจทำให้เศร้ามากขึ้น	• มีประสบการณ์สูญเสียในอดีตและผ่านพ้นมาได้ • มีการเชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชน • ใช้ความเชื่อทางศาสนา/จิตวิญญาณเป็นแหล่งที่พึ่งพาทางใจ • มองเห็นจุดแข็งทั้งภายในและภายนอก เช่น ความสามารถ ความรัก ความช่วยเหลือจากผู้อื่น • สามารถสร้างความหมายใหม่ให้กับชีวิต-ปรับตัวกับความสูญเสียและค้นพบตัวตนใหม่ • รับฟังและเรียนรู้จากผู้อื่นที่เคยสูญเสีย เข้าใจว่าตนเองไม่ได้เผชิญเหตุการณ์เพียงลำพัง • ได้รับการสนับสนุนเชิงปฏิบัติที่ดี • มีความเชื่อในโลกที่ยุติธรรมและยอมรับความตาย มองว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต • ได้รับความสบายใจจากการพูดหรือคิดถึงผู้เสียชีวิต
ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (treatment-related factors) • การรักษาแบบเข้มข้น เช่น ห้องไอซียู, การใช้เครื่องช่วยหายใจ, การปั๊มหัวใจ • ความลังเลเกี่ยวกับการรักษา ไม่แน่ใจว่าทำถูกหรือไม่ กับการดูแลรักษาผู้ป่วย • ความขัดแย้งภายในครอบครัวเกี่ยวกับการรักษา • ภาระทางเศรษฐกิจจากค่ารักษา • ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล	
ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะการเสียชีวิต (death-related factors) • การสูญเสียหลายครั้งในระยะเวลาสั้น • การไม่ยอมรับการเสียชีวิต • การเสียชีวิตแบบรุนแรง เช่น การฆ่าตัวตาย, ฆาตกรรม, อุบัติเหตุ • การพบเห็นร่างผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์รุนแรง • การเสียชีวิตในโรงพยาบาล แทนที่จะเป็นที่บ้าน • ความไม่พอใจเกี่ยวกับการแจ้งข่าวการเสียชีวิต	

กระบวนการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว

1. การประเมินความโศกเศร้า

ใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมของคนในครอบครัว พี่น้อง และเพื่อนสนิทของเด็กที่เสียชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซักถามประเมินสภาพจิตใจ เช่น ถามอารมณ์หรือความรู้สึกต่อการสูญเสีย ความรู้สึกผิดต่อเหตุการณ์ การดำรงชีวิตประจำวัน เป็นต้น หรืออาจใช้แบบประเมินเพื่อค้นหาผู้ที่เกิดโรคจิตเวชภายหลังจากเกิดการสูญเสีย เพื่อช่วยส่งต่อในการดูแลรักษา เช่นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q ในผู้ใหญ่/ PHQ-A หรือ CES-D ในเด็กวัยรุ่น/ CDI ในเด็กวัยเรียน, Inventory of Complicated Grief (ICG) เพื่อประเมินระดับความโศกเศร้า และมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ (1, 3, 6 เดือนหลังการสูญเสีย)

2. แผนการติดตามช่วยเหลือ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

■ **ระยะทันที** (24-72 ชม.หลังการเสียชีวิต)

• กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล จัดสิ่งแวดล้อมให้ครอบครัวได้อยู่อย่างสงบและส่วนตัวกับเด็กที่เสียชีวิต รวมถึงพี่น้องเด็กด้วย เพื่อกล่าวคำ “อำลา” ครั้งสุดท้าย หากสภาพศพไม่น่ามอง อาจใช้ผ้าคลุมร่างกายไว้บางส่วน หลังจากนั้นทีมพยาบาลขออนุญาตปลดอุปกรณ์การแพทย์และทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าตามที่ครอบครัวจัดหา จัดท่าทางเด็กให้เรียบร้อยและทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยร่วมแสดงความเสียใจและแสดงความเคารพต่อผู้เสียชีวิต หลังจากนั้นช่วยประสานงาน อำนวยความสะดวกเรื่องการเคลื่อนย้ายศพต่อไป

• กรณีเสียชีวิตที่บ้าน ทีมรักษาควรมีการติดต่อครอบครัวเพื่อแสดงความเสียใจ และให้การช่วยเหลือครอบครัวตามความต้องการ อาจเข้าร่วมพิธีศพ เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ว่ายังมีทีมที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ

■ **การติดตามระยะสั้น** (1-2 เดือนแรก) ควรมีการประเมินติดตามครอบครัว ทุก 3-6 สัปดาห์หลังจากเด็กเสียชีวิต เช่น เยี่ยมบ้าน/โทรศัพท์ติดตาม เพื่อประเมินสภาพจิตใจและการปรับตัวเบื้องต้น โดยซักถามความเป็นอยู่ อารมณ์ความรู้สึก การใช้ชีวิตประจำวัน และแนะนำแหล่งช่วยเหลือหรือกิจกรรมเยียวยา

■ **การติดตามระยะยาว** (3-12 เดือน) ควรประเมินครอบครัวและผู้ดูแลหลังจากเด็กเสียชีวิต ประเมินซ้ำทุก 3-6 เดือน ให้การสนับสนุนแบบกลุ่มหรือรายบุคคล ร่วมรำลึกหรือจัดกิจกรรมพิเศษ เช่น memorial service

การรับรู้ความโศกเศร้าในพี่น้องของเด็กที่เสียชีวิต (sibling grief in pediatric bereavement)

การสูญเสียพี่น้องเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบลึกซึ้งต่อเด็ก ซึ่งมักถูกมองข้ามในการดูแลแบบประคับประคอง เด็กที่สูญเสียพี่น้องอาจประสบความโศกเศร้า (grief) ทั้งในเชิงอารมณ์ พฤติกรรม และพัฒนาการ ดังตารางที่ 4.8.9.2 และมีแนวโน้มเผชิญความเศร้าแบบซับซ้อน (complicated grief) หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม พี่น้องผู้เสียชีวิตอยู่ใน “บทบาทที่หลากหลาย” ทั้งเพื่อนร่วมเล่น ผู้แข่งขัน และบุคคลต้นแบบ การขาดหายของพี่น้องอาจทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบางส่วนของตัวตนของตนเอง การรับรู้ความโศกเศร้าในพี่น้องจึงควรถูกประเมินและให้การดูแลอย่างจริงจัง

ตารางที่ 4.8.9.2 การรับรู้ความโศกเศร้าในพี่น้องของเด็กที่เสียชีวิต

ช่วงวัยของพี่น้อง	ลักษณะการแสดงความโศกเศร้า
วัยก่อนเรียน (3–5 ปี)	ถามถึงพี่น้องซ้ำ ๆ คิดว่าพี่น้อง “ยังกลับมาได้” แสดงอารมณ์ผ่านการเล่นหรือพฤติกรรมถดถอย (ดูดนิ้ว ฉี่รดที่นอน)
วัยเรียน (6–12 ปี)	เข้าใจว่าความตายถาวร อาจโทษตนเองหรือเชื่อว่าตนเป็นเหตุให้พี่น้องตาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือถอนตัวจากสังคม
วัยรุ่น (13 ปีขึ้นไป)	ตั้งคำถามเกี่ยวกับศีลธรรม ชีวิต และความหมาย อาจรู้สึกผิดที่มีชีวิตอยู่ต่อหรือกลัวว่าจะสูญเสียคนอื่นตามไปอีก

แนวทางดูแลพี่น้องหลังการสูญเสีย

• **ก่อนการเสียชีวิต** อธิบายให้เด็กเข้าใจว่าพี่/น้องกำลังจะจากไป โดยใช้คำตรงตามวัย เช่น “ร่างกายของพี่ไม่สามารถทำงานได้อีก” เปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วม เช่น วาดรูป เขียนจดหมาย หรือดูแลอย่างใกล้ชิดในระดับที่เหมาะสม

• **หลังการเสียชีวิต** ให้เด็กมีโอกาสร่ำลา เช่น สัมผัส/บอกลา/ร่วมในพิธีศพ ตอบคำถามของเด็กอย่างตรงไปตรงมา เช่น “พี่จะกลับมาไหม” ด้วยความจริงและปลอบโยน ไม่ตัดบทเมื่อเด็กพูดถึงผู้เสียชีวิต แต่ควรส่งเสริมให้พูดถึงในทางที่ดี ไม่ห้ามพูดชื่อ ไม่หลีกเลี่ยงคำถาม

• **ในระยะยาว** พาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของเด็กที่เคยสูญเสีย (ถ้ามี) ใช้ศิลปะ นิทาน เกม เป็นเครื่องมือช่วยพูดคุย ประเมินความเศร้าเป็นระยะ เช่น ถามครู หรือให้ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรม หากเด็กแสดงสัญญาณของปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมชัดเจน ควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็ก

เครื่องมือหรือกิจกรรมที่สามารถใช้ดูแลความสูญเสียของพี่น้อง ดังตารางที่ 4.8.9.3

ตารางที่ 4.8.9.3 เครื่องมือดูแลความสูญเสียของพี่น้อง

เครื่องมือ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์
หนังสือเด็กเรื่องความตาย (เช่น *The Invisible String*)	ช่วยอธิบายความรู้สึกของการพลัดพราก
วาดภาพความทรงจำร่วมกับผู้เสียชีวิต	ช่วยให้เด็กระบายอารมณ์โดยไม่ต้องใช้คำพูด
กล่องความทรงจำ (memory box)	ใส่รูป ของเล่น หรือจดหมายถึงพี่/น้องที่จากไป
เขียนจดหมายหรือวาดรูปถึงผู้เสียชีวิต	ช่วยปลดปล่อยความคิดและความรู้สึก

Bereavement care program ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของงาน palliative care คือการวางแผนเพื่อช่วยให้ครอบครัวผ่านกระบวนการสูญเสียได้อย่างดี ประกอบด้วย

1. การช่วยเหลือด้านร่างกาย เช่น จัดสถานที่พักให้ครอบครัวได้พักผ่อนเพียงพอ ตรวจสุขภาพร่างกาย

2. การช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การรับฟังครอบครัวอย่างเข้าใจ แก้ไขความรู้สึกผิด ช่วยเหลือให้ปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ใหม่ การเห็นคุณค่าในตนเอง มีกิจกรรมช่วยระบายความรู้สึก ลดสิ่งที่ติดค้างในใจ

3. การช่วยเหลือด้านสังคม เช่น การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว มีเครือข่ายในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือในครอบครัว

4. การช่วยเหลือด้าน จิตวิญญาณ เช่น ส่งเสริมการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เน้นการยอมรับความจริง การให้อภัย และการก้าวต่อไปข้างหน้าของครอบครัว ให้ครอบครัวได้เรียนรู้ธรรมชาติของชีวิต

กิจกรรมอื่น ๆ ที่สามารถจัดทำได้ เช่น การทำกระบวนการกลุ่ม (group support) เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีประสบการณ์คล้าย ๆ กัน จะมีวิธีการผ่านเหตุการณ์ร้าย ๆ แตกต่างกัน กลุ่มจะช่วยกันให้ครอบครัวผ่านพ้นเหตุการณ์ได้ดีขึ้นและช่วยลดสิ่งที่ติดค้างในใจ หรืออาจมีการรำลึกถึงผู้เสียชีวิต (memorial services) และการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการโศกเศร้า (grief education programs) เพื่อให้เข้าใจสิ่งเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นต้น

ตัวอย่างการจัดทำกิจกรรมกลุ่ม (group support activities)

- **รูปแบบ:** กลุ่มผู้ปกครองที่สูญเสียลูกใกล้เคียงกัน (เช่น อายุลูก สาเหตุการเสียชีวิต)
- **วัตถุประสงค์:** ให้พื้นที่ปลอดภัยในการระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนวิธีฟื้นตัว
- **กิจกรรมตัวอย่าง:** วาดภาพความทรงจำ เขียนจดหมายถึงลูก พูดคุยหัวข้อ “สิ่งที่อยากบอกแต่ยังไม่ได้พูด” ทำของที่ระลึกเล็ก ๆ เช่น กล่องความทรงจำ

ตัวอย่างการให้ความรู้แก่ครอบครัว (grief education program)

หัวข้อที่ควรมีในโปรแกรมให้ความรู้ ได้แก่

- กระบวนการความโศกเศร้า มีหลายระยะ (เช่น shock, denial, anger, acceptance) ความโศกเศร้าในแต่ละคนไม่เหมือนกัน สิ่งที่ควรระวัง เช่น พฤติกรรมเสี่ยง การปลีกตัว การโทษตนเอง
- วิธีดูแลตนเองและขอความช่วยเหลือ ช่องทางติดต่อทีมช่วยเหลือ เช่น นักจิตวิทยา หน่วยงานสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. Arnold J, Gemma PB, Cushman LF. Exploring parental grief: Combining quantitative and qualitative measures. Arch Psychiatr Nurs. 2005; 19(6): 245-55.

2. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. Clin Psychol Rev. 2001; 21(5): 705-34.

3. Davies B. Shadows in the Sun: The experiences of sibling bereavement in childhood. New York: Brunner/Mazel; 1999. ISBN: 9780876309357.

4. Goldman A, Hain R, Liben S. Oxford textbook of palliative care for children. Bereavement. Oxford: Oxford University Press; 2006. p.193-203.

5. Hall C, Hudson P, Boughey A. Bereavement support standards for specialist palliative care services. Melbourne: Department of Health, State Government of Victoria; 2012. p.8-10.

6. Hudson PL, Remedios C, Zordan R, Clifton D, Thomas T, Greer J, et al. Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. J Palliat Med. 2012; 15(6): 696-702.

7. Kreicbergs U, Valdimarsdóttir U, Onelöv E, Björk O, Steineck G, Henter JI. Talking about death with children who have severe malignant disease. N Engl J Med. 2004; 351(12): 1175-86.

8. Lister S, Pushkar D, Connolly K. Current bereavement theory: Implications for art therapy practice. Arts Psychother. 2008; 35(4): 245-50.

9. Packman W, Horsley H, Davies B, Kramer R. Sibling bereavement and continuing bonds. Death Stud. 2006; 30(9): 817-41.

10. Papadatou D. In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved. New York: Springer; 2009. ISBN: 9780387097050.

11. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med. 2009; 6(8): e1000121.

12. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet. 2007; 370(9603): 1960-73.

13. 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. J Dept Med Serv. 2019; 44(2): 74-82.

14. Webb NB. Helping bereaved children: A handbook for practitioners. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2010. ISBN: 9781606235985.

บทที่ 4.9 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

พญ.มานิตา กิตติเลิศวรกุล
นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึง 1,200 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2593 หรือร้อยละ 20 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรสูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน ซึ่งจะเป็นประเด็นท้าทายทางสังคมและเศรษฐกิจ ขณะนี้ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) และจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายก็จะสูงกว่าอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุมีอัตราการพึ่งพิงผู้อื่นสูงขึ้นตามอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานที่ใกล้ตัวได้ด้วยตัวเองร้อยละ 96.9 และมีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลร้อยละ 3.1 ซึ่งจำเป็นต้องจัดหาทรัพยากร สวัสดิการสังคม บริการทางการแพทย์และสังคมมารองรับให้เพียงพอ

ผู้สูงอายุมีสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีความบกพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น และอาจมีความบกพร่องด้านสติปัญญาร่วมด้วย นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยได้ง่าย ทำให้ต้องมีการรักษาระยะยาว และเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรคผู้สูงอายุอาจต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ ขณะเดียวกันผู้ดูแลก็เกิดความเครียดมีปัญหาสุขภาพกายและจิตจากภาระการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน และไม่สามารถเข้าถึงระบบการสนับสนุนได้ หากขาดความรู้และความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ ที่เป็นหลักการพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ

• หลักการพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่น จำได้ง่าย ๆ ด้วยคำว่า “RAMPS”

Reduce body reserve	: มีพลังสำรองของร่างกายลดลง น้อยกว่าคนในวัยอื่น เช่น ไตมีการทำงานลดลง กล้ามเนื้อเล็กลีบลง
Atypical presentation	: อาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอาจแสดงออกมาไม่ตรงไปตรงมาเหมือนในคนอายุน้อยกว่า ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยและรักษา
Multiple pathology	: ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายอย่างพร้อม ๆ กัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกันและกัน
Polypharmacy	: การใช้ยาหลายชนิดพร้อม ๆ กันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงหรือปฏิกิริยาระหว่างยา
Social adverse	: ภาวะที่ผู้สูงอายุอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายที่ถดถอย

การที่ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างจากวัยอื่น และการมีสุขภาพพื้นฐานที่แตกต่างกันแต่ละคน ถึงแม้จะมีอายุเท่ากัน ทำให้การดูแลตามที่ปฏิบัติในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าไม่เพียงพอกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลจึงควรดูแลให้ครบรอบด้านหรือที่เรียกว่าการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment, CGA) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น

1. ด้านร่างกาย (physical assessment)

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย ส่งผลให้การตอบสนองของร่างกายต่อความเจ็บป่วยหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น ผู้สูงอายุอาจแสดงอาการและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แตกต่างจากช่วงวัยอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะอาการที่ปรากฏมักไม่จำเพาะหรืออาการและอาการแสดงไม่ตรงไปตรงมา ซึ่งอาจนำไปสู่การวินิจฉัยที่ล่าช้าหรือคลาดเคลื่อนได้ เช่น

- ในภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยเบาหวานทั่วไปมักแสดงอาการเตือน เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ก่อนหมดสติ แต่ในผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการเตือนเลยและพบเป็นการหมดสติทันที
- ในภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroidism) ผู้ป่วยทั่วไปมักมีคอโต หิวบ่อย น้ำหนักลด ใจสั่นเด่นชัด แต่ในผู้สูงอายุอาจไม่มีคอโต และมีอาการเฉยเมย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย หรือเซื่องซึม
- การติดเชื้อที่ปอด (pneumonia) มักพบอาการไข้ ไอ หายใจลำบากในผู้ใหญ่ทั่วไป แต่ในผู้สูงอายุอาจไม่มีไข้ชัดเจน และแสดงอาการด้วยความเหนื่อย เบื่ออาหาร หรือสับสน
- โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยทั่วไปจะมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการหลัก แต่ในผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการเจ็บหน้าอก และมาโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยไม่มีอาการนำมาก่อน

เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความไม่จำเพาะของอาการในผู้สูงอายุ และให้ความสำคัญต่อการค้นหากลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) เช่น ภาวะขาดสารอาหาร (inanition) ภาวะนอนไม่หลับ (insomnia) ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (incontinence) การเดินไม่มั่นคง (instability) การเคลื่อนไหวลดลงหรือไม่เคลื่อนไหว (immobility) อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาทางการแพทย์ (iatrogenesis) ภาวะเปราะบาง (frailty) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) กลุ่มอาการเหล่านี้มักเกิดจากพยาธิสภาพหลายระบบร่วมกัน และไม่สามารถชี้เฉพาะได้ว่ามาจากความผิดปกติของระบบใดระบบหนึ่ง

นอกจากนี้ "ยา" เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ควรได้รับการประเมินอย่างรอบด้าน เนื่องจากผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายชนิด ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา รวมถึงร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงในการดูดซึม การเผาผลาญ และการขจัดยาออกจากร่างกายทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังควรมีการประเมินความจำเป็นของวัคซีนในผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อที่อาจส่งผลกระทบรุนแรง

2. สมอง จิตใจ (mental assessment)

ผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย จึงควรมีการประเมินสภาวะทางจิต (mental status) เช่น ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) ซึ่งเป็นภาวะที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ

3. สมรรถภาพร่างกายในการใช้ชีวิตประจำวัน (function assessment)

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความสามารถขั้นพื้นฐานที่ใช้ในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (basic activities of daily living, basic ADL) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การลุกจากที่นอน การขึ้นลงบันได การเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเอง การกลั้นอุจจาระปัสสาวะได้ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (instrumental activities of daily living, IADL) ซึ่งเป็นระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น ได้แก่ การใช้จ่ายเงินซื้อของ การเดินทางออกนอกบ้าน การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การทำธุรกรรมทางการเงิน การจัดยา

4. สังคม (social assessment)

การประเมินด้านความเป็นอยู่ในสังคม ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออาศัยร่วมกับใคร ความสัมพันธ์โดยรอบในสังคม การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ด้านต่าง ๆ ในชุมชน การเงิน

การประเมินผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ท้าทาย

เนื่องจากในร่างกายผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพ และมักมีปัญหาและโรคที่ซับซ้อน ผู้สูงอายุจึงอาจพูดหลาย ๆ ปัญหาต่อเนื่องกันไม่เป็นตามลำดับเหตุการณ์ หรืออาจไม่พูดปัญหาที่แท้จริง เพราะคิดว่าเป็นอาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น และยังมีอุปสรรคด้านการสื่อสาร เช่น ปัญหาการได้ยิน อีกทั้งผู้สูงอายุอาจมาตรวจกับสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแล จึงทำให้บางครั้งผู้สูงอายุไม่อยากบอกปัญหา หรือญาติอาจพูดปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สบายใจ ดังนั้น วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ

วิธีการซักประวัติผู้สูงอายุและครอบครัวควรมีขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมก่อนการสัมภาษณ์
   - เตรียมข้อมูล รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวเท่าที่มีให้มากที่สุดก่อนการสัมภาษณ์
   - เตรียมเวลาในการประเมิน ผู้สูงอายุมักใช้เวลาในการนึกและตอบคำถามช้า อาจต้องมีการทวนคำถาม คำตอบซ้ำ จึงต้องใช้เวลานานกว่าผู้ป่วยวัยอื่น
   - เตรียมสถานที่ ห้องตรวจต้องจัดให้เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน ทิศทางของแสง
   - เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น
   - ควรจัดระดับในการนั่งของผู้สูงอายุและผู้ให้บริการให้ใกล้เคียงกัน
2. เริ่มสัมภาษณ์
   - ก่อนอื่นต้องทำการประเมินปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร เพราะผู้สูงอายุอาจมีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น อาจเกิดการตีความผิด รวมถึงความจำ เช่น ผู้สูงอายุความจำเสื่อม อาจให้ข้อมูลไม่ตรงตามความจริง ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินควรให้ใส่เครื่องช่วยฟัง ผู้ที่มีปัญหาสายตาควรให้ใส่แว่นตา ผู้ซักประวัติควรพูดช้า ๆ ชัด ๆ เสียงดังพอประมาณแต่ไม่ใช่การตะโกน

- ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุด้วยการกล่าวทักทายก่อนเสมอ การเริ่มต้นซักประวัติของผู้ป่วยจากญาติจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์ไม่ให้ความสำคัญกับตัวเองและรู้สึกไม่มีตัวตน หรือในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความขัดแย้งกัน อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดคิดว่าแพทย์เข้าข้างญาติ

- รับฟังปัญหาที่ผู้สูงอายุเล่าก่อน ไม่ควรตัดบทสนทนาตั้งแต่แรก เมื่อผู้สูงอายุพูดปัญหาหลายอย่าง สับสน ควรสรุปปัญหาเป็นข้อ ๆ และทวนลำดับเหตุการณ์ให้ชัดเจนขึ้น

- การสื่อสารด้วยความอ่อนน้อม แสดงความเคารพ

- การสื่อสารด้วยการเขียน การอ่าน

- การสื่อสารด้วยสายตา

3. การซักประวัติเรื่องการดูแลผู้ป่วย

- ควรซักประวัติจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเสมอ

- การซักประวัติอาจรวมหรือแยกแต่ละบุคคลในกรณีที่ผู้สูงอายุ ญาติแสดงท่าที่ลำบากใจ เพื่อให้แต่ละฝ่ายมีโอกาสได้แสดงความเห็นของตนเอง

- ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการรู้คิด ควรซักประวัติจากผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ร่วมด้วยเสมอ

- ควรประเมินภาระจากการดูแล (caregiver burden) ของผู้ดูแลด้วย หากผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือซับซ้อน

4. ประเมินสภาพการเจ็บป่วย (illness)

- สอบถามความคิด (idea) ความรู้สึก (feeling) ความคาดหวัง (expectation) เสมอว่าเป็นอย่างไร

- ผู้สูงอายุมักมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ควรให้ผู้สูงอายุได้เล่าหรือแสดงอารมณ์ต่าง ๆ และผู้ซักประวัติควรแสดงท่าที่เข้าใจ (empathy) ผู้สูงอายุในจังหวะที่เหมาะสม

- ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (function assessment)

5. การวางแผนการรักษา

- แผนการรักษาควรมาจากการตัดสินใจร่วมกันเสมอ ไม่ควรเป็นความเห็นจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

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 โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease)

3. กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disease) เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson’s disease) ภาวะสมองเสื่อมซึ่งเกิดจากโรคชนิดต่าง ๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) โรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression)

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงพยาธิสภาพเหล่านี้ที่มีต่อความพิการที่จะเกิดขึ้น เพื่อป้องกันความพิการและคุณภาพชีวิตที่เลวลง การศึกษาในผู้สูงอายุไทยพบปัญหาสุขภาพที่พบร่วมกับความพิการในระยะยาว ได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรงแบบครึ่งซีก (hemiparesis) ข้ออักเสบ อาการตาบอด อุบัติเหตุ ภาวะกระดูกสันหลังโก่งไปข้างหลัง (kyphosis) อาการแขนขาอ่อนแรง อาการหูหนวก และโรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยที่ 60 ปี (life expectancy at 60) ของผู้สูงอายุชายและหญิงเป็น 11.8 ปี และ 19 ปี ตามลำดับ แต่อายุคาดเฉลี่ยที่ 60 ปี ที่ไม่มีความพิการ (disability-free life expectancy at 60) ของผู้สูงอายุชายและหญิงจากการคำนวณเป็น 3.5 ปี และ 8.1 ปี ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุหญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้สูงอายุชาย แต่จะมีระยะเวลาที่มีความพิการยาวนานกว่าชาย

จากสภาพสังคมสูงอายุและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวควรเป็นการดูแลแบบประคับประคองจากสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric medicine) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ดังนี้

ตารางที่ 4.9.1 การดูแลผู้สูงอายุแบบเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแบบประคับประคอง

การดูแลแบบเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	การดูแลแบบประคับประคอง
- ให้ความสำคัญกับปัญหาเฉพาะในผู้สูงอายุ - การฟื้นฟู การป้องกันภาวะทุพพลภาพ - การทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด - ดูแลมิติด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	- การดูแลทางการแพทย์เฉพาะผู้ที่มีภาวะ เจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้แล้ว **คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน** - เน้นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด อาการรบกวนต่าง ๆ และความเครียด - ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และครอบครัว

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุจึงไม่ใช่การดูแลในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตเท่านั้น มีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวที่มีความเปราะบาง (frailty) จำนวนมากที่เสียชีวิตโดยขาดโอกาสได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ในการให้ข้อมูลเรื่องโรคและแผนการรักษา ค้นหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน (การตัดสินใจปฏิเสธการพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ การขอโทษ และอภัยในสิ่งผิดพลาด การขออโหสิกรรม การทำความปรารถนาให้แล้วเสร็จ สะสางสิ่งค้างคาใจ สถานที่เสียชีวิต การจัดการทรัพย์สิน การจัดการร่างกายและงานศพ) การปรากฏอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน จากความเจ็บป่วยในระยะท้ายหรือไม่ก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องประเมินอาการ วางแผนการรักษา และจัดลำดับความสำคัญตามเป้าหมายของคุณภาพชีวิตที่ต้องการ หากมีกระบวนการดังกล่าวจะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนและที่บ้านที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น ลดการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

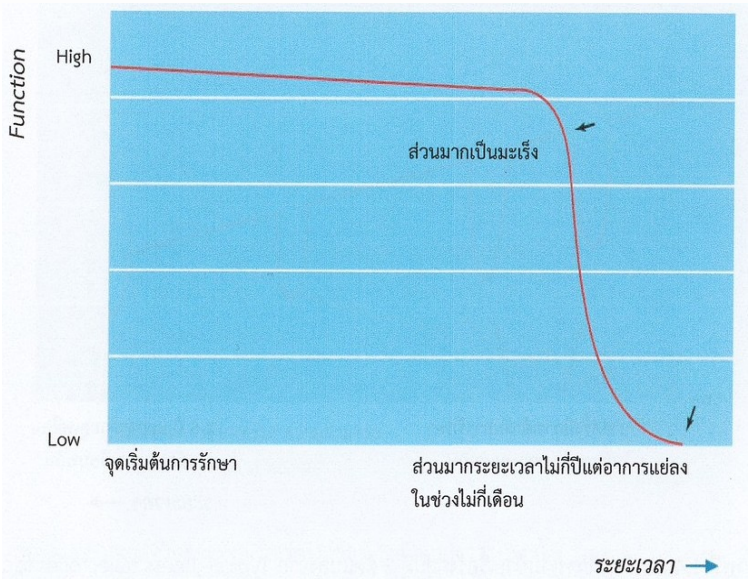
• ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมเปลี่ยนแปลงไปตามวัย และมีการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จึงควรมีการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุซึ่งมักถูกละเลย โดยให้การดูแลแบบประคับประคองควบคู่กันไปกับการยืดชีวิต (simultaneous palliative care and life-prolonging care model) เป็นการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการรักษาควบคู่กับการดูแลแบบประคับประคอง หากการรักษานั้นยังมีความเป็นไปได้และมีความเหมาะสม การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญและถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือมีภาวะทุพพลภาพจากพยาธิสภาพของโรคและมีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักมีกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) แต่มักไม่ค่อยได้รับการตรวจพบ จึงควรประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (CGA) ทั้งปัญหาทางกาย สมองและจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อสรุปปัญหาวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันกับสหวิชาชีพ โดยเน้นที่ความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระให้ได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามศักยภาพ โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขและพึงพอใจกับการมีชีวิตอยู่

ปัจจุบันได้รับการยอมรับแล้วว่าการเริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เนิ่น ๆ สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยผู้ป่วยและญาติบางส่วนเลือกที่จะกลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน มุ่งดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย ผลการศึกษาเบื้องต้นของโครงการดูแลระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่นเชื่อมโยงสถานพยาบาล พบว่า เมื่อการเจ็บป่วยไม่สามารถรักษาได้อีกต่อไป จึงต้องมีการจัดการที่เฉพาะเจาะจง ทั้งกลุ่มอาการ กลุ่มโรค ระยะเวลา รวมทั้งทีมสหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนกระบวนการประสานงานและการประสานงานระหว่างกันทั้งภาครัฐและเอกชน

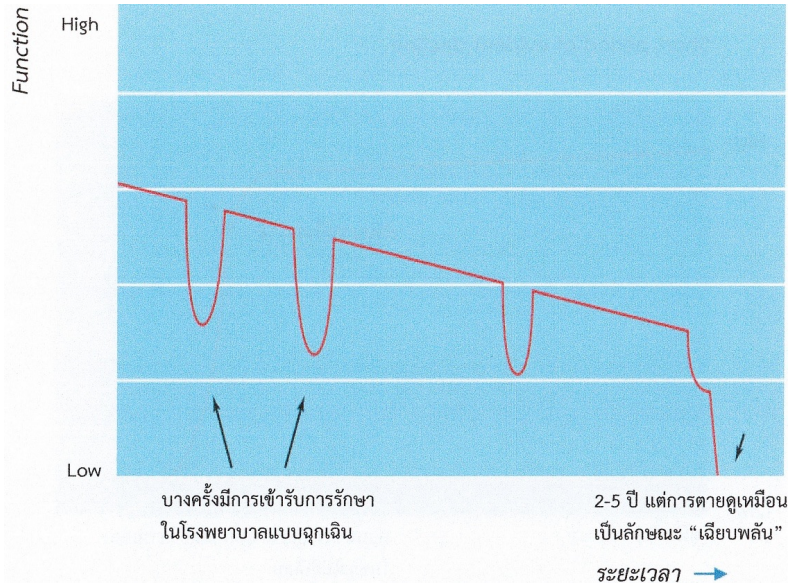
เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้การดูแล รวมทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลกระทบที่คาดการณ์ไว้ของโรคเรื้อรังต่อชีวิตประจำวัน แนวคิดวิถีของการเจ็บป่วย (illness trajectories) สามารถระบุลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

1. วิถีการเจ็บป่วยโรคมะเร็ง (cancer trajectory) ลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่างกายจะมีการทำงานที่เสื่อมลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปในเวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือบางครั้งเป็นปี เมื่อถึงระยะที่โรคลุกลามขึ้นจนเกินขีดความสามารถการทำงานของร่างกาย ความสามารถทางกายภาพของผู้ป่วยจะลดลงรวดเร็วอย่างเห็นได้ชัดในช่วงเวลาไม่กี่วันหรือสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต เนื่องจากโรคมะเร็งมีการคาดการณ์ได้ง่ายกว่าโรคเรื้อรังอื่น ๆ จึงมีแนวโน้มใช้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า ดังภาพที่ 4.9.1



ภาพที่ 4.9.1 วิถีการเจ็บป่วยโรคมะเร็ง
(ที่มา: วาสินี วิเศษฤทธิ์. การดูแลแบบประคับประคอง: การออกแบบระบบบริการและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 2566)

2. วิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ระบบอวัยวะล้มเหลว (organ failure trajectory) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่โรคมะเร็งร้อยละ 75 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะที่อวัยวะล้มเหลวจากการทำงานของร่างกายที่เสื่อมลงอย่างช้า ๆ เป็นเวลานานหลายเดือนหรือหลายปี มีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ ในช่วงที่อาการกำเริบเฉียบพลันผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลง มีภาวะแทรกซ้อน และมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยอาจมีอาการฟื้นตัวขึ้นและทรุดลงสลับไปมาจนถึงระยะสุดท้าย ทำให้ไม่สามารถพยากรณ์ช่วงเวลาของการมีชีวิตอยู่ได้แน่นอน ดังภาพที่ 4.9.2



ภาพที่ 4.9.2 วิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ระบบอวัยวะล้มเหลว
(ที่มา: วาสินี วิเศษฤทธิ์. การดูแลแบบประคับประคอง: การออกแบบระบบบริการและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 2566)

3. วิถีการเจ็บป่วยภาวะสมองเสื่อมและภาวะเปราะบาง (dementia and frailty trajectory)
ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการบกพร่องทางสติปัญญาและภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอยอย่างรุนแรง ต้องประสบกับความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น Alzheimer's disease หรือภาวะสมองเสื่อม (dementia) รูปแบบอื่น หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (frailty) (ผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรค และมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่าง: อ่อนเพลีย อ่อนแรง เดินช้า น้ำหนักลด มีกิจกรรมทางกายน้อย) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีระยะเวลาไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับธรรมชาติของโรค ผู้ป่วยมีอาการค่อย ๆ แย่ลงเป็นเวลานาน อาจมีชีวิตอยู่ได้หลายปีและอาจเสียชีวิตจากอาการเฉียบพลัน เช่น ปอดบวม ดังภาพที่ 4.9.3



ภาพที่ 4.9.3 วิถีการเจ็บป่วยภาวะสมองเสื่อมและภาวะเปราะบาง
(ที่มา: วาสินี วิเศษฤทธิ์. การดูแลแบบประคับประคอง: การออกแบบระบบบริการและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 2566)

• แนวทางในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

การคัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องให้การดูแลแบบบูรณาการทั้งการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กันไป ซึ่งอาจเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้สูงอายุที่ดูแลที่บ้าน คือ

1. กลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (เกณฑ์เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองตามโรคที่เจ็บป่วย)
2. กลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง คัดกรองจากผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรค มีความเสื่อมถอยในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่าง: อ่อนเพลีย อ่อนแรง เดินช้า น้ำหนักลด มีกิจกรรมทางกายน้อย หรือประเมินด้วย clinical frailty scale ดังภาพที่ 4.9.4
3. กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม

• องค์ประกอบของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่อ่อนแอที่สุด มีอายุขัยจำกัด หลายคนมีภาวะอวัยวะล้มเหลวเรื้อรัง และ/หรือภาวะสมองเสื่อม อาจมีชีวิตที่ยาวนานและบางครั้งไม่สามารถคาดการณ์ได้ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบประคับประคอง เป็นการผสมผสานหลักการแนวปฏิบัติของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งเน้นการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม และการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ โดยเน้นที่คุณภาพชีวิตเป็นหลัก ไม่เร่งหรือเลื่อนความตาย โดยมีเข้าใจว่าความตายเป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่ปกติ

สามารถจัดกลุ่มการดูแลได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน: การดูแลสุขภาพอนามัยและการลดการกระจายของเชื้อโรค การดูแลเรื่องอาหารและการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การขับถ่าย การพักผ่อน

2. การดูแลเฉพาะทาง: การจัดการอาการเจ็บปวด เหนื่อยหอบ อาการหายใจลำบาก แผลกดทับ นอนไม่หลับ กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

3. การดูแลทางสังคมและจิตวิญญาณ: จิตวิญญาณมีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใจและยอมรับกับสภาวะความเป็นจริงของชีวิต ยอมรับสภาวะการเจ็บป่วยของตนและเข้าใจความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของตนเองเพิ่มขึ้น การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติต้องตระหนักและดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เข้าใจถึงความรู้สึก ความคิด และประสบการณ์ของผู้ป่วยทุกมิติโดยปราศจากอคติ ยอมรับวิถีชีวิตวัฒนธรรมประเพณีและบริบทแวดล้อม เคารพและให้เกียรติในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ รวมไปถึงการมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างความสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาแก่ญาติ การดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ การเตรียมพร้อมก่อนเสียชีวิต และการดูแลเรื่องเอกสารที่จำเป็น

4. การดูแลด้านอื่น ๆ: การจ่ายเบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ การเตรียมสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การซ่อมแซมบ้านเพื่อความปลอดภัย เช่น การปรับห้องน้ำ ห้องส้วม การจัดรถรับ-ส่งและบริการรถฉุกเฉิน ฌาปนกิจสงเคราะห์ และการฝึกอาชีพให้ญาติ

• เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามอาการและวางแผนการดูแล

1. Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL)

2. แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

3. แบบประเมินความสามารถผู้ป่วยในการจัดการความเสี่ยง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ Palliative Performance Scale version 2 (PPS)

4. การประเมินด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อนำมาสู่การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย

- การสังเกตอารมณ์ สีหน้าท่าทาง และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อศรัทธาของผู้ป่วย การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

- การสัมภาษณ์ ต้องสัมภาษณ์ควบคู่กับการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครอบคลุมความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่การสัมภาษณ์ผู้ป่วยอาจไม่มีแนวทางหรือโครงสร้างที่ชัดเจนแต่จะเป็นการสนทนา หรือการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้บอกเล่าเกี่ยวกับการรับรู้และความต้องการต่าง ๆ ประกอบด้วย การพูดคุยสนทนาเกี่ยวกับสภาพจิตวิญญาณของผู้ป่วย ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ความเชื่อ และความหมายของชีวิต เป้าหมายในชีวิตและความหวังและการยอมรับในสภาวะการเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญ

บทบาทของสถานบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือกลุ่มชราภาพ ควรเน้นการดูแลที่เฉพาะเจาะจงบูรณาการร่วมกับการดูแลด้านสวัสดิการสังคม เป็นการพัฒนาการบริการเชิงรุกในชุมชน บริการเยี่ยมบ้านโดยให้บริการอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

• ความต้องการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

1. การดูแลแบบต่อเนื่องและการดูแลที่ประสานงานกันในการดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลแบบเฉียบพลัน และการเปลี่ยนผ่านการดูแลในระดับต่าง ๆ
2. การจัดการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในกรณีที่มีโรคร่วมหลายโรคแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก
3. การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน รวมถึงการให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุน และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน
4. การคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง
5. การแนะนำและสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแล รวมถึงการพิจารณาความเสี่ยงและประโยชน์ของการบำบัดรักษา
6. การควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ
7. การดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological interventions)
   - จัดสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้ปลอดภัยและไม่มืดจนเกินไป
   - มีเสียงดนตรี หรือเสียงสวดมนต์ หรือเงียบสงบ แล้วแต่ลักษณะที่ผู้ป่วยชอบ
   - จัดให้มี นาฬิกา ปฏิทิน หรือสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่รอบ ๆ ห้อง
   - ไม่ผูกยึดผู้ป่วยติดเตียง
   - ถ้าผู้ป่วยมีความสับสนวุ่นวายมาก เสี่ยงต่อการตกเตียงสูง อาจพิจารณาให้นอนบนฟูก
8. การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลที่บ้าน

• หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

การดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) เป็นวิธีคิดและการดำเนินการที่มองว่าผู้สูงอายุและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งไม่ได้หมายความว่าต้องทำทุกอย่างที่ผู้สูงอายุต้องการ แต่ต้องพิจารณาในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการด้วย เพื่อวางแผนในการให้บริการ ไม่ใช่ให้บริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุตามที่เราต้องให้บริการ แต่เป็นการคิดร่วมกับผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเห็นอกเห็นใจ และความเคารพ คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระและมีความสุข โดยมีหลักการยึดถือร่วมกัน ดังนี้

1. ให้การดูแลแบบเฉพาะบุคคลโดยคำนึงถึงความชอบและความต้องการที่แสดงออกของผู้สูงอายุ โดยการทำความชัดเจนกับความประสงค์ของผู้สูงอายุและเป้าหมายในการดูแล

2. ผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล

3. ใช้วิธีการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ

4. ระมัดระวังในการใช้ยา

5. ใช้ทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการสื่อสาร เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ นำเสนอแผนการดูแลที่คำนึงถึงประสิทธิผลของต้นทุน

6. มีการประสานการดูแลในช่วงที่ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนสถานที่ในการดูแล และช่วงเปลี่ยนผ่านระยะต่าง ๆ ของวิถีความเจ็บปวด

7. ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในครอบครัว ตระหนักถึงความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแล

8. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ สนับสนุนด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ การปรับตัวต่อการสูญเสียทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล คำนึงถึงคุณธรรมที่อยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว

• ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการจัดการอาการในผู้สูงอายุ

1. การประเมินอาการในผู้สูงอายุมีปัญหา เนื่องจากการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ข้อมูลลดลง มีความพร่องทางด้านระบบประสาท การมองเห็น การได้ยิน พูดลำบาก บางครั้งอาจให้ข้อมูลน้อยเพราะความเกรงใจหรือไม่ต้องการกินยาจำนวนมาก การประเมินจากพฤติกรรมหรือถามจากผู้ดูแลจะช่วยในการประเมินได้มาก เช่น การประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ PAINAD ดังภาพที่ 4.9.5

2. ความเข้าใจและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ปัญหาหรืออาการที่ผู้สูงอายุเป็นอาจถูกละเลยและได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากความเข้าใจผิดว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการสับสน (confusion) หลงลืมของคนชรา (senility change) จึงไม่มีการวินิจฉัยให้ละเอียด ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างถูกต้อง

3. ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) พบในผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิตร้อยละ 80 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันประมาณ 5.2 เท่า ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของสติและความสามารถทางความคิดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงใกล้เสียชีวิต อาการอาจแสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สับสน วุ่นวาย กระสับกระส่าย ซึมลง หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน หากไม่สามารถแก้ไขสาเหตุได้ การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น

- แพทย์อาจใช้ยาลดอาการกระสับกระส่าย ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปตามธรรมชาติอย่างสงบ และให้ญาติคลายความวิตกกังวล

- การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้

- หาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน หากไม่หาสาเหตุและแก้ไขอาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร โดยปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- การนอนไม่หลับ
- ความปวด
- การติดเชื้อ
- ยาที่ได้รับ
- การได้รับน้ำไม่เพียงพอ
- ภาวะขาดสารอาหาร
- ความไม่สมดุลของเกลือแร่
- ท้องผูก
- การไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อย
- สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง

4. การใช้ยาในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานลดลงทำให้มีปัญหาในการใช้ยา ซึ่งเป็นผลรวมของปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การดูดซึมยาลดลงทั้งยาฉีดและยากิน แต่ไม่ได้ทำให้ยาในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่าคนที่อายุน้อย

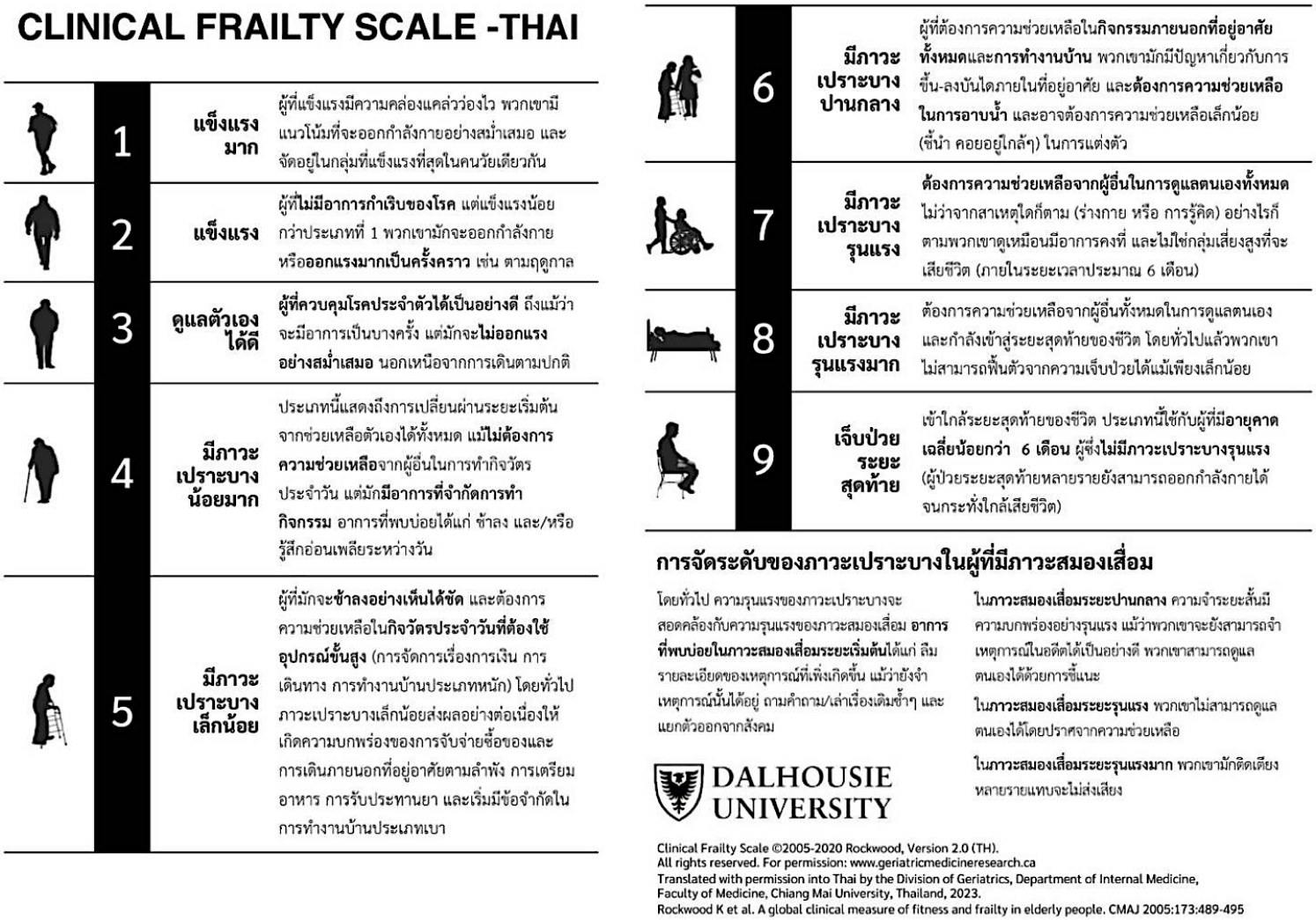
- การกระจายของยาในร่างกายลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีน้ำในร่างกายลดลง ร่วมกับระดับอัลบูมินที่ลดลงทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงกว่าคนที่อายุน้อย และยาจะอยู่ในร่างกายนานขึ้นถ้าตับและไตทำงานน้อยลง

- การออกฤทธิ์ของยาต่อระบบประสาท ซึ่งมีจำนวนตัวรับ (receptor) และสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ลดลง อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย เช่น เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันจากยากลุ่ม Anticholinergic

- การเกิดอันตรกิริยาต่อกันของยา (drug interaction) ผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายชนิดทำให้การออกฤทธิ์ของยาแตกต่างจากปกติ เช่น การหายใจถูกกดเพิ่มขึ้นจากการใช้ยาโอปิออยด์ (opioids) ร่วมกับไดอาซีแพม (diazepam) หรือมีผลเสียต่อไตมากขึ้นหากใช้ยา NSAIDs ร่วมกับยาขับปัสสาวะ (diuretic)

ดังนั้น การใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างปลอดภัย ควรเริ่มต้นด้วยการให้ยาขนาดน้อย ๆ และปรับขนาดยาช้า ๆ (start low and go slow)

ผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง ประเมินได้จากภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ การเข้าถึงบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย รวมทั้งลดอันตรายและการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพ



ภาพที่ 4.9.4 เครื่องมือประเมิน Clinical Frailty Scale

(ที่มา: Jesadaporn P. et al. BMC Geriatrics (2025) 25:339 Fig. 1 Original and Thai versions of Clinical Frailty Scale)

พฤติกรรม	คะแนน		
	0	1	2
การหายใจ (ไม่ขึ้นกับการส่งเสียง)	● ปกติ	● หายใจแรงเป็นครั้งคราว ● หายใจเร็วเป็นช่วงเวลาสั้นๆ	● หายใจแรงเสียงดัง ● หายใจเร็วเป็นเวลานาน ● หายใจแบบเชน-สโตกส์
การส่งเสียงเชิงลบ	● ไม่มี	● ร้องครวญครางหรือโอดโอยเป็นครั้งคราว ● พูดบ่นพึมพำเบา ๆ ในเชิงลบ	● ตะโกนร้องขอความช่วยเหลือซ้ำ ๆ ● ร้องครวญครางหรือโอดโอยเสียงดัง ● ร้องไห้
การแสดงออกทางสีหน้า	● ยิ้ม หรือ ไม่แสดงออก	● เศร้า ● หวาดกลัว ● หน้านิ่วคิ้วขมวด	● หน้าตาบูดเบี้ยว
ภาษาทางกาย	● ผ่อนคลาย	● เกร็ง ● เคลื่อนไหวไม่สุขสบาย ● กระสับกระส่าย	● ตัวแข็งเกร็ง ● กำมือแน่น ● เข่างอพับขึ้น ● ดึงหรือผลักออกในเชิงต่อต้าน ● ต่อสู้
การสนองต่อการปลอบโยน	● ไม่จำเป็นต้องปลอบโยน	● เบนความสนใจ หรือปลอบประโลมได้ด้วยเสียงหรือสัมผัส	● ไม่สามารถปลอบโยนหรือ เบนความสนใจหรือปลอบประโลมได้

เกณฑ์การประเมิน

1-3 = ระดับความเจ็บปวดเล็กน้อย

4-6 = ระดับความเจ็บปวดปานกลาง

7-10 = ระดับความเจ็บปวดรุนแรง

ภาพที่ 4.9.5 แบบประเมินภาวะความเจ็บปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ (ที่มา: Reliability and Validity of the Thai Version of the PAINAD Scale: An Extended Application of Pain Assessment in the Moderately Severe Stage of Dementia. Siriraj Med J 2025

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ. การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว. นนทบุรี: มาตาการพิมพ์จำกัด; 2558. 3.

2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด; 2558.

3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุและโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว: ประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับบุคลากรสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท อิส ออกัส จำกัด; 2560. 1, 4-5, 9.

5. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2568. 3.

6. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. การดูแลผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive care for older adults). ใน: พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, อุษา ตันติแพทยางกูร, ดุสิต จันทยานนท์, บุญเติม แสงดิษฐ, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ครอบครัว Textbook of Family Medicine. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2564. หน้า 75-95.

7. กมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์. แนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด; 2567. 23-84.

8. วาสินี วิเศษฤทธิ์. การดูแลแบบประคับประคอง: การออกแบบระบบบริการและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566. 1-22.

9. World Health Organization Data. Health data overview for the Kingdom of Thailand [Internet]. [cited 2025 Jul 6]. Available from: https://data.who.int/countries/764 .

10. Boonsawat N, Suraarunsumrit P, Pitiyarn S, Pengsorn N, Srinonprasert V, Mandee S, Wongviriyawong T. Reliability and Validity of the Thai Version of the PAINAD Scale: An Extended Application of Pain Assessment in the Moderately Severe Stage of Dementia. Siriraj Med J [internet]. 2025 Jan. 1 [cited 2025 Jul. 6]; 77(1): 12-21. available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj/article/vie .

11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: M146–156.

12. Hall S, Weltgesundheitsorganisation, editors. Palliative care for older people: better practices. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2011. 24.

13. Jesadaporn P, Teepaneeteerakul S, Wongsarikan N, Phirom K, Poonthananiwatkul S, Limpawattana P. Translation and validation of the Thai clinical frailty scale and classification tree in older adults. BMC Geriatr. 2025. 14; 25(1): 339. doi: 10.1186/s12877-025-06013-5. PMID: 40369407; PMCID: PMC12080152.



บทที่ 4.10 การดูแลพระอาพาธระยะท้ายแบบประคับประคอง

พว.ชวลี เครือสุคนธ์
พว.พจนา สายัณห์
โรงพยาบาลสงฆ์

พระอาพาธแต่ละรูปมีความแตกต่างกัน ทั้งพื้นฐานทางครอบครัว การศึกษา เหตุผลที่บวช ระยะเวลาที่บวช ความสนใจในการศึกษาและปฏิบัติธรรม รวมทั้งสภาพร่างกายที่มีความพร้อมแตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้การช่วยเหลือดูแลในระยะท้ายจึงแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละรูป นอกเหนือจากการปฏิบัติดูแลตามแนวทางที่เอื้อต่อพระวินัยด้วยความเคารพเช่นเดียวกับพระอาพาธทั่วไปแล้ว การประเมินว่าพระอาพาธระยะท้ายที่จะต้องดูแลนั้น ท่านมีความสนใจในการศึกษาและปฏิบัติธรรมเพียงใด เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญอันจะนำไปสู่ความแตกต่างในการดูแล ทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณของพระอาพาธระยะท้ายแต่ละรูป ซึ่งการประเมินในเรื่องนี้ สามารถทำได้จากการสังเกตพฤติกรรม การสอบถาม หรือสังเกตบรรยากาศขณะที่มีคนมาเยี่ยม หากเป็นพระที่สนใจศึกษาและปฏิบัติธรรมมาพอควรแล้ว ท่านมักปล่อยวางภาระทางโลกและครอบครัวได้มาก ยอมรับการเจ็บป่วยและความตายที่จะมาถึงได้ง่าย ส่วนพระที่ไม่ค่อยสนใจในการศึกษาและปฏิบัติธรรม มักมีภาระมากและปลดเปลื้องได้ยากกว่า ซึ่งอาจเลือกใช้เทคนิคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบคฤหัสถ์ทั่วไปมาปรับใช้ได้ตามสถานการณ์ และความเหมาะสม หากเป็นไปได้ควรถามจากท่านเองหรือผู้ใกล้ชิดว่า ท่านแสดงความจำนงให้ปฏิบัติดูแลท่านในช่วงท้ายอย่างไร เช่น จะอนุญาตให้ใช้อุปกรณ์พยุงชีพต่าง ๆ เพียงใด ต้องการได้รับยาระงับอาการปวดชนิดแรงที่อาจทำให้ง่วง เคลิ้ม ควบคุมสติได้ยากขึ้นหรือไม่เพียงใด รวมทั้งหาโอกาสสอบถามความต้องการในช่วงท้ายของชีวิตด้วยว่าประสงค์ให้เกิดขึ้นที่ไหน ในลักษณะใด เป็นต้น

• หลักการและแนวทางการดูแลพระอาพาธระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต) ได้กล่าวถึงวิธีปฏิบัติต่อพระอาพาธ ผู้ดูแลพึงตั้งจิตวางใจให้สม่ำเสมอต่อพระอาพาธทุกรูปในฐานะที่เป็นพระภิกษุรูปหนึ่ง พึงปฏิบัติต่อท่านด้วยความเคารพ และเอื้อเฟื้อให้ท่านได้รักษาพระวินัยของสงฆ์ เพื่อให้พระอาพาธเกิดความสบายใจ ยินดีที่จะเข้ารับการรักษาดูแลอาการอาพาธในโรงพยาบาลทั้งร่างกายและจิตใจเมื่อท่านจะเข้าสู่ช่วงท้ายของชีวิตต่อไป

1. ด้านสถานที่ ควรมีการจัดสถานที่ และสิ่งแวดล้อมเป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกับคฤหัสถ์ หากท่านไม่ได้อยู่ในฐานะผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ควรจัดเตียงให้อยู่ในมุมสงบ ห่างจากสายตาผู้คน และมีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เช่น ที่ฉันภัตตาหาร ห้องน้ำ ที่เก็บไตรจีวร ฯลฯ ทั้งนี้สิ่งแวดล้อมต้องสะอาด สงบ และปลอดภัย

2. ด้านเครื่องนุ่งห่ม ควรจัดเตรียมเครื่องนุ่งห่มที่พระอาพาธใช้ไว้ในกรณีที่ต้องช่วยเปลี่ยงเครื่องนุ่งห่มท่าน ขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล หรืออาจต้องนุ่งห่มเมื่อท่านมรณภาพที่โรงพยาบาล ดังภาพที่ 4.10.1 มีธรรมเนียมตามพระวินัยว่าภิกษุทุกรูปจะมีผ้าประจำตัวอยู่ 3 ผืน ที่เรียกว่า "ไตรจีวร" ซึ่งมีข้อกำหนดในพระวินัยว่าพระจะต้องมีผ้าทั้ง 3 ผืนนี้ เพียงรูปละ 1 ชุด (ซึ่งเรียกว่าผ้าอธิษฐาน) และต้องนำติดตัวไปเมื่อจะไปค้างแรมที่อื่น โดยเฉพาะช่วงใกล้รุ่งจะขึ้นวันใหม่ผ้าสามผืนนี้จะต้องอยู่ใกล้ตัวระยะพอเอื้อมหยิบถึง มิฉะนั้นจะเป็นอาบัติ ผ้าผืนที่อยู่ไกลตัวนั้นจะไม่สามารถนำมาใช้ได้อีกต่อไป เว้นแต่ต้องผ่านกระบวนการบางอย่างและปลงอาบัติกับภิกษุรูปอื่นก่อน เมื่อพระสงฆ์อาพาธต้องนอนพักค้างที่โรงพยาบาลจึงต้องจัดผ้าไตรจีวรนี้ให้อยู่กับตัวหรือใกล้ตัวท่านเสมอ เครื่องนุ่งห่มที่ควรจัดเตรียม ประกอบด้วย

2.1 จีวร คือ ผ้าที่ห่มคลุมกายภายนอกที่มองเห็นได้ทั่วไป มีลักษณะเป็นผ้าผืนเล็ก ๆ เย็บต่อกันเป็นผืนใหญ่ตามพระวินัยกำหนด

2.2 สบง คือ ผ้านุ่ง ลักษณะคล้ายผ้าขาวม้า แต่พับเป็นขอบหนาเข้ามาทุกด้าน

2.3 สังฆาฏิ ผ้าที่มักเห็นพระพับแล้วพาดไว้ที่บ่าเมื่อร่วมพิธีของสงฆ์ ปัจจุบันผ้าไตรจีวรที่ทำขายมักเย็บสังฆาฏิเหมือนจีวรทุกประการ บางรูปจึงอาจคลี่สังฆาฏิมาห่มแทนจีวรในบางโอกาส เช่น เมื่อนำจีวรไปซัก

2.4 อังสะ มีลักษณะคล้ายเสื้อไม่มีแขนไว้สวมซับเหงื่อด้านใน ปัจจุบันทำให้มีกระเป๋ามีซิปไว้ใส่ของใช้ส่วนตัวได้ตามสมควร พระจำนวนไม่น้อยนิยมใส่พระเครื่อง ของขลังไว้ในอังสะ หรือทำเป็นเข็มกลัดติดไว้ที่อังสะ

2.5 รัดประคด เป็นเชือกถัก/ผ้าเย็บขึ้นเป็นแถบใช้แทนเข็มขัดไว้รัดสบง ปัจจุบันมีการเย็บซ้อนใส่ซิปเป็นช่องเก็บสิ่งของหรือเครื่องรางเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้



ภาพที่ 4.10.1 เครื่องนุ่งห่มที่ควรจัดเตรียม (สบง จีวร สังฆาฏิ อังสะ และรัดประคด)
(ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์. 2568)

3. บุคลากรที่เป็นสตรีขณะเข้าตรวจรักษาหรือให้การพยาบาล ไม่ควรอยู่กับท่านตามลำพังในที่ลับตา หากจำเป็นควรเปิดม่านให้ผู้อื่นพอมองเห็นได้ ไม่ควรสัมผัสร่างกายท่านโดยตรง ควรสวมถุงมือ หรือสัมผัสผ่านผ้า และควรกล่าวขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

4. การถวายยาและอาหาร ควรประเคนให้ท่าน หรืออย่างน้อยต้องบอกกล่าวอย่างชัดเจนว่า เป็นยาและอาหารที่จัดถวายท่าน ซึ่งรวมถึงอาหารที่ให้ทางสายยาง การให้เลือด สารน้ำ หรือยาฉีดลักษณะต่าง ๆ ด้วย แม้ว่าท่านจะหลับหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม

5. ในกรณีที่เป็นพระอาพาธติดเตียง หรือรูปที่ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้ หากเป็นไปได้ควรจัดเจ้าหน้าที่ผู้ชายอย่างน้อย 1 คน ร่วมทำความสะอาดร่างกายให้ท่าน โดยเฉพาะการทำความสะอาดในจุดที่พึงสงวนต่าง ๆ

6. หากท่านไม่สามารถดูแลตนเองได้ควรโกนหนวด ตัดเล็บให้ท่านทุก ๆ สัปดาห์ และปลงผมให้ท่านในวันโกนก่อนวันพระใหญ่ (วันขึ้น 15 ค่ำ และวันแรม 15 ค่ำ)

7. พระบางรูปท่านยังประสงค์จะทำกิจวัตรทางศาสนา เช่น ทำวัตรสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือปลงอาบัติ ควรอำนวยความสะดวกให้ท่านตามสมควร เช่น จัดสถานที่ หรือแนะนำเวลาที่เหมาะสม เพื่อไม่รบกวนขั้นตอนการดูแลรักษาของโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยอื่น

8. การจัดการอาการรบกวน ใช้วิธีการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบคฤหัสถ์ทั่วไป ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าจำเป็นต้องใช้มอร์ฟีน (morphine) ในการบำบัดรักษา ควรมีการบอกกล่าวพระอาพาธ ญาติ โยมอุปัฏฐากล่วงหน้า เพื่อให้ท่านได้พิจารณาด้วยตนเอง ถ้าพระอาพาธได้ตั้งปณิธานไว้ก่อนแล้วว่าไม่อนุญาตให้ใช้มอร์ฟีนในการบำบัดรักษา และได้เขียนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่พึงประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (living will) อย่างเป็นกิจจะลักษณะ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถแก้ปณิธานนี้ได้ ยกเว้นพระอาพาธรูปนั้นได้เข้าสู่ภาวะที่ไม่รู้สึกตัว มีอาการทุรนทุรายจากความปวด ญาติ โยมอุปัฏฐาก หรือภิกษุที่ได้รับการยินยอมให้เป็นตัวแทนของพระอาพาธ อาจสามารถแก้ไขปณิธานเดิม เพื่อช่วยบรรเทาอาการดังกล่าว

• การดูแลด้านจิตใจ และปัญญา

สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต) ได้กล่าวถึงการทำวาระสุดท้ายให้เป็นวาระแห่งการได้สูงสุด[4] ที่เรียกว่า “ตายดี” นั้น ในทางพุทธศาสนามีหลักการว่า “อสมฺมูฬฺโห กาลํ กโรติ” หรือ “อสัมมูฬหกาลกิริยา” คือ ไม่หลงใหลแตกกาย แต่ดับชีพไปอย่างมีสติ ชีวิตใกล้ตายนั้น ถ้ามองถูก วางใจถูก ก็เป็นโอกาสสำคัญที่ชีวิตนั้นจะได้พบประสบเข้าถึงภาวะที่ดีงามแท้ แม้กระทั่งสูงสุด การมีชีวิตที่ดีงามประเสริฐยามก่อนมรณะนี้ มี 3 ระดับ คือ

1. ระดับจิตใจ ให้พระอาพาธอยู่ในบรรยากาศซึ่งช่วยหรือนำจิตใจให้สดชื่น เบิกบาน ผ่องใส เช่น ได้เห็นหรือได้รับรู้น้ำใจรักใคร่ปรารถนาดีของครอบครัวลูกหลานญาติมิตรที่อยู่แวดล้อม ได้ยินเสียงสวดมนต์ หรือมีผู้ใกล้ชิดพูดถึงสิ่งที่ดีงาม เริ่มตั้งแต่พระรัตนตรัย ชวนให้ระลึกถึงการได้ไปทำบุญกุศล และคุณประโยชน์ที่ได้บำเพ็ญไว้ ให้ใจอยู่กับสิ่งที่ดีงาม ที่ศรัทธา ที่น่าชื่นใจ หรือจิตจับอยู่กับนิมิตที่นำจิตให้เป็นกุศล พร้อมด้วยปีติปราโมทย์ และปัสสัทธิ (ใจกายสบายผ่อนคลาย) มีความสุขสงบ ไปจนถึงสมาธิ

2. ระดับปัญญา ผู้ป่วยมองชีวิตและสิ่งทั้งหลายด้วยความรู้เข้าใจความจริงที่เป็นธรรมดาของธรรมชาติ เห็นธรรมดาของการเกิดแก่เจ็บตาย รู้เท่าทันอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา ตามที่มันเป็น ใจไม่ติดข้องในอะไร ๆ ปล่อยวางได้ ใจโล่งโปร่งเบา เป็นอิสระ

3. ระดับวิมุตติ คือ ต่อจากระดับปัญญานั้นเอง เมื่อปัญญามองเห็นธรรม รู้เท่าทันเข้าถึงความจริงของธรรมดาแล้ว จิตใจก็หลุดพ้นเป็นอิสระจากสิ่งผูกรัดห่วงกังวลทั้งปวง โล่งสว่าง เกิดญาณแจ่มแจ้ง บรรลุอริยมรรคอริยผล ประจักษ์วิชชาวิมุตติวิสุทธิสันตินิพพาน ทันก่อนหรือพอดีกับที่ชีวิตจบสิ้น (เป็น “ชีวิตสมสีสี”) อย่างนี้ก็คือได้สิ่งที่ประเสริฐสูงสุดของชีวิต เป็นการตายอย่างเลิศล้ำ ที่เหล่าคนผู้ยังอยู่ทั่วไปก็ยังไม่ได้ไม่ถึง

การจะช่วยนำทางจิตใจของพระอาพาธระยะท้ายขณะที่มีทุกขเวทนาทางกายมากหรือช่วงใกล้สิ้นลม ผู้ดูแลควรสร้างบรรยากาศส่งเสริมจิตใจพระอาพาธให้สงบ ไม่อึกทึก มีความเป็นกัลยาณมิตร พูดถึงสิ่งที่ดีงาม บุญกุศลและคุณูปการที่ท่านได้บำเพ็ญมา ให้ได้ฟังเสียงสวดมนต์ โดยอาจนิมนต์ภิกษุที่ท่านเคารพศรัทธามาเทศน์ หรือเปิดธรรมะ หรือบทสวดมนต์ที่ท่านชอบฟัง ชอบสวด หรือแล้วแต่ความต้องการของท่าน เพื่อประคับประคองให้จิตของท่านอยู่กับสิ่งที่ดีงาม นำจิตให้เป็นกุศล สุข สงบ เข้าสู่สมาธิได้ในที่สุด ในระยะท้ายของชีวิตควรสังเกตจากพระที่มาเยี่ยมหรือสอบถามเพิ่มเติมว่าท่านนุ่งห่มอย่างไร ใช้ผ้าสีใด เพื่อเตรียมไว้หากท่านมรณภาพที่โรงพยาบาลขณะที่ไม่มีญาติหรือพระผู้ดูแล จะได้ปฏิบัติต่อสรีรสังขารท่านได้ตรงตามประสงค์

• การจัดการสรีรสังขารหลังจากมรณภาพ (ในโรงพยาบาล)

ควรทำด้วยความเคารพลักษณะเดียวกับพระอาพาธทั่วไป ดังภาพที่ 4.10.2 ที่มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. จัดสภาพแวดล้อมรอบเตียง โดยปิดม่านกั้นรอบเตียง เป็นการให้ความเคารพแก่ผู้มรณภาพ และญาติ
2. ปิดเปลือกตา โดยญาติ พระคิลานุปัฏฐาก หรือบุคลากรทางการพยาบาล
3. ปลดอุปกรณ์สายต่าง ๆ ที่ต่ออยู่กับสรีระ
4. ช่วยยืดเส้นสาย และข้อต่อต่าง ๆ ของสรีระให้เข้าที่ เพื่อมิให้แข็งงอ
5. สรงน้ำ ทำความสะอาดสรีรสังขารหลังมรณภาพ 2 ชั่วโมง วิธีการสรงน้ำ ดังนี้
    5.1 กล่าวขออนุญาตทำความสะอาด และสรงน้ำเช่นเดียวกับตอนที่ยังมีชีวิตอยู่
    5.2 สวมถุงมือสะอาด และผ้าปิดปาก-จมูก ขณะทำความสะอาด
    5.3 ปลงผม ปลงคิ้ว และหนวด เครา ให้เรียบร้อย รวมทั้งตัดเล็บหากมีความยาวเกินไป
    5.4 ทำความสะอาดสรีระ โดยเริ่มจากบริเวณที่มีสารคัดหลั่ง เช่น จมูก ปาก แปรงฟันให้สะอาด
    5.5 สรงน้ำ ชำระร่างกายให้สะอาดเรียบร้อย สามารถใช้สบู่ และซับตัวให้แห้งตามปกติ ชำระร่างกายเพียงเบา ๆ ไม่เกา ไม่ขัดเพราะจะทำให้ผิวเป็นรอย เป็นแผล ต้องกระทำอย่างนุ่มนวลอ่อนโยนเสมือนกับว่าท่านยังมีชีวิตอยู่ โดยจะมีบุคลากรทางการพยาบาลอีก 1-2 คน เข้ามาช่วย
6. ใช้สำลีแห้งอุดจมูก ปาก หู และทวารหนักของผู้มรณภาพ อย่าให้เห็นปลายออกมาข้างนอก โดยใส่ให้ลึกและแน่นพอ เพื่อป้องกันไม่ให้สารคัดหลั่งไหลออกมา
7. จัดให้อยู่ในท่านอนหงาย มือสองข้างแนบลำตัว

8. นุ่งห่มด้วยชุดผ้าไตรครองของท่าน หรือไตรจีวรชุดใหม่ที่ถวาย และท่านรับไว้ก่อนมรณภาพ ลักษณะของการนุ่งห่ม ควรสังเกตจากพระที่มาเยี่ยม หรือสอบถามเพิ่มเติมว่าท่านนุ่งห่มอย่างไร ใช้ผ้าสีใด จะได้ปฏิบัติต่อสรีรสังขารท่านได้ตรงตามประสงค์ขณะที่ไม่มีญาติหรือพระผู้ดูแล หากเป็นไปได้ควรห่มดอง/ห่มพาดสังฆาฏิ

9. บุคลากรทางการพยาบาล และญาติ ร่วมกันทำพิธีขอขมา และขออโหสิกรรมพระอาพาธมรณภาพ



ภาพที่ 4.10.2 วิธีห่มดองหรือห่มพาดสังฆาฏิ และวิธีห่มคลุม
(ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์. 2568)

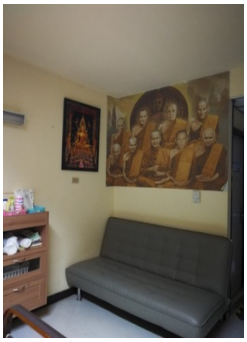
• ตัวอย่างการจัดรูปแบบการดูแลพระอาพาธระยะท้ายในโรงพยาบาลสงฆ์

1. รูปแบบการจัดหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิตดังภาพที่ 4.10.3











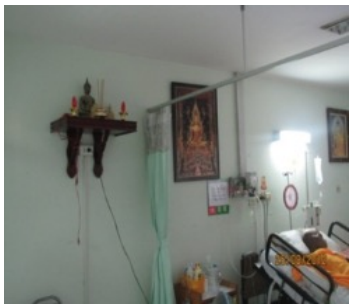
ห้องรวม 6 เตียง ห้องเดี่ยว 2 ห้อง

ภาพที่ 4.10.3 ตัวอย่างการจัดหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต
(ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์. 2567)

2. สิ่งแวดล้อมในหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต ดังภาพที่ 4.10.4



มุมโต๊ะหมู่บูชา





หิ้งพระบูชาในห้อง



มุมหนังสือธรรมและความรู้ทั่วไป



ภาพติดผนังแสดงรูปสังเวชนียสถาน

ภาพที่ 4.10.4 ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อม
(ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์. 2567)

• บริบทของจริยธรรมและกฎหมาย (พระราชบัญญัติสงฆ์ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)

โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นสถานที่ให้การรักษาพยาบาลพระภิกษุ ภาระหน้าที่ของผู้รักษาพยาบาลจึงต้องเกี่ยวข้องกับพระภิกษุในทุกมิติที่จะเกิดขึ้น ระหว่างนั้นปัญหาที่มักเกิดขึ้นเสมอก็คือ ในกรณีการรักษาพยาบาลหรือไม่รักษาพยาบาลต่อที่เป็นขั้นตอนสำคัญ แพทย์จะตัดสินใจอย่างไรต้องได้รับคำยินยอมจากญาติและผู้มีอำนาจเสียก่อน เพราะเป็นขั้นตอนที่เกี่ยวกับข้อกฎหมายและกฎทางจริยธรรมวิชาชีพ กอปรกับพระภิกษุที่อาพาธอาจไม่สามารถตัดสินใจได้ในขณะนั้น เนื่องจากระดับความรู้สึกตัว สติสัมปชัญญะลดลง ดังนั้น จึงได้นำแบบหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ยินยอมทั้ง 2 แบบ ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดเป็นแนวทางไว้ เพื่อให้พระภิกษุได้ตัดสินใจแสดงเจตนาไว้ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยเฉพาะผู้ที่สามารถตัดสินใจแทนได้ซึ่งต้องระบุชื่อไว้ ในกรณีที่ไม่มีญาติดูแลก็สามารถใส่ชื่อบุคคลที่ใกล้ชิด หรือผู้อุปัฏฐากมาโดยตลอดตัดสินใจแทนไว้ก่อนเพื่อให้แพทย์หรือพยาบาลติดต่อและดำเนินการต่อไปได้ ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรทำไว้

อีกกรณีหนึ่งที่มักเกิดปัญหาก็คือ ทรัพย์สมบัติของพระภิกษุที่รักษาพยาบาล ไม่ได้ดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งตามกฎหมายไว้ก่อน เมื่อพระภิกษุรูปนั้นมรณภาพ โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องก็จะต้องติดต่อเป็นภาระดำเนินการจัดการกับทรัพย์สมบัติของท่านอยู่เสมอ ในประเด็นนี้พระภิกษุที่มีทรัพย์สินที่ได้มาในขณะที่เป็นบรรพชิตอยู่นั้น มีกฎหมายที่ต้องรับทราบไว้ คือ ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 6 ได้มีบทบัญญัติที่เกี่ยวกับสิทธิในทรัพย์สินของพระภิกษุไว้เป็นการเฉพาะอยู่ 3 มาตรา ดังนี้

1. มาตรา 1266 พระภิกษุนั้นจะเรียกร้องเอาทรัพย์มรดกในฐานะที่เป็นทายาทโดยธรรมไม่ได้ เว้นแต่จะได้สึกจากสมณเพศมาเรียกร้องภายในกำหนดอายุความตามมาตรา 1754 (1 ปี นับแต่วันเสียชีวิตของผู้มอบมรดกให้) แต่พระภิกษุนั้นอาจเป็นผู้รับพินัยกรรมได้

2. มาตรา 1623 ทรัพย์สินของพระภิกษุที่ได้มาในระหว่างเวลาอยู่ในสมณเพศนั้น เมื่อพระภิกษุนั้นถึงแก่มรณภาพให้ตกเป็นสมบัติของวัดที่เป็นภูมิลำเนาของพระภิกษุนั้น เว้นไว้แต่พระภิกษุนั้นจะได้จำหน่ายไปในระหว่างมีชีวิตหรือโดยพินัยกรรม

3. มาตรา 1624 ทรัพย์สินใดเป็นของบุคคลก่อนอุปสมบทเป็นพระภิกษุ ทรัพย์สินนั้นหาตกเป็นสมบัติของวัดไม่ และให้เป็นมรดกตกทอดแก่ทายาทโดยธรรมของบุคคลนั้น หรือบุคคลนั้นจะจำหน่ายโดยประการใดตามกฎหมายก็ได้

ดังนั้น การที่พระภิกษุรูปใดรูปหนึ่งมีมรดก หรือมีทรัพย์สมบัติจำเป็นต้องจำหน่ายทรัพย์นั้นตามกฎหมายเสียก่อน ด้วยการทำพินัยกรรมมอบทรัพย์สมบัติเพื่อให้เป็นไปตามเจตนาของตน ตามกฎหมายฉบับนี้จึงได้มีตัวอย่างแบบฟอร์มทำพินัยกรรมมอบสมบัติของพระอาพาธไว้ด้วย ดังภาพที่ 4.10.5 เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่พระภิกษุที่อาพาธ ซึ่งมีความจำเป็นต้องแจ้งให้ทราบเงื่อนไขของการรักษาพยาบาลและเงื่อนไขของการจัดการทรัพย์สินของตน จะได้ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมต่อไป

ปัจจุบันพระภิกษุที่เดินทางมารักษาตนเองมาจากทั่วประเทศ มีทั้งที่อาพาธเบาและอาพาธหนัก รวมทั้งที่เป็นการอาพาธเชิงอายุรกรรม แม้ว่าในทางพระพุทธศาสนาจะถือว่า พระภิกษุเป็นผู้ออกจากเรือนมาอยู่วัด โดยมีเจ้าอาวาสเป็นผู้ปกครองในฐานะอุปัชฌาย์หรืออาจารย์ การดูแลพระอาพาธให้ถือเป็นภารธุระของท่านด้วย แต่ในความเป็นจริง พระอาพาธยังต้องพึ่งพาญาติเข้ามาดูแลเช่นเดิม และมีภิกษุจำนวนไม่น้อยที่ญาติไม่ได้รับทราบอาการอาพาธของท่าน และทางวัดก็ไม่ได้มีการจัดผู้อุปัฏฐากไว้ ทั้งหมดก็ถือเป็นภาระของแพทย์และพยาบาลที่ต้องดูแล จึงนับว่าการให้ความเข้าใจเกี่ยวกับเจตนาการรักษาพยาบาลของท่านและการดำเนินการต่อทรัพย์สินของท่านเป็นไปอย่างถูกต้องทั้งธรรมวินัยและทางกฎหมาย

พินัยกรรม

พินัยกรรมฉบับนี้ทำที่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
เมื่อวันที่..... เดือน .....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า พระ.....ได้คำนึงถึงสังขารของตนเองแล้ว ก็เห็นว่ามีอายุมากแล้ว จึงถือโอกาสที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่นี้ สั่งการเกี่ยวกับทรัพย์สินเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมแล้วฉะนั้นข้าพเจ้าจึงขอทำพินัยกรรมสั่งการไว้ดังต่อไปนี้ :

ข้อ 1. ข้าพเจ้าขอยกทรัพย์สินดังมีรายการต่อไปนี้

1.1 ..... ให้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....

1.2 .....ให้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....

1.3 .....ให้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....

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

ข้อ 3. ข้าพเจ้าขอแต่งตั้งให้ พระภิกษุ/นาย/นาง/นางสาว..... เป็นผู้จัดการมรดกตามพินัยกรรมของข้าพเจ้า หากบุคคลดังกล่าวเสียชีวิตก่อนข้าพเจ้าขอแต่งตั้งให้เจ้าอาวาสที่ข้าพเจ้าสังกัดอยู่เป็นผู้จัดการมรดกแทนบุคคลดังกล่าว

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

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ขณะที่ข้าพเจ้าทำพินัยกรรมฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดีทุกประการ และการทำพินัยกรรมฉบับนี้ มิได้เกิดขึ้นจากการข่มขู่หรือฉ้อฉล หรือสำคัญผิดในสิ่งที่เป็นสาระสำคัญแต่อย่างใด ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมดแล้ว เห็นว่าตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าทุกข้อทุกประการ ดังนั้น จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าผู้เป็นพยานทั้งสองคนพร้อมกัน ณ สถานที่ดังระบุข้างต้น และให้ นาย/นาง/นางสาว..... ..... ผู้จัดการมรดกตามพินัยกรรมนี้

ลงชื่อ.....ผู้ทำพินัยกรรม
(.....)

ข้าพเจ้าผู้เป็นพยานในพินัยกรรมนี้ ขอรับรองและยืนยันว่าได้อ่านพินัยกรรมนี้และสอบถามเจตนาของผู้ทำพินัยกรรมนี้แล้ว ผู้ทำพินัยกรรมยืนยันว่า พินัยกรรมนี้ถูกต้องตรงกับเจตนาแท้จริงของผู้ทำพินัยและลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าผู้เป็นพยาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อรับรองเป็นพยาน ไว้เป็นหลักฐานพร้อมกัน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ภาพที่ 4.10.5 ตัวอย่างแบบฟอร์มทำพินัยกรรมมอบสมบัติของพระอาพาธ
(ที่มา: แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลพระพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย. 2560)

เอกสารอ้างอิง

1. พระวิชิต ธัมชิโต. พระพุทธศาสนาและพระภิกษุในสังคมไทย: วิถีชีวิตที่หลากหลายของพระภิกษุไทย. ใน: ไพรัตน์ แสงดิษฐ, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติดูแลพระภิกษุอาพาธระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2560. หน้า 3-7.

2. สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต). วิธีปฏิบัติต่อพระภิกษุอาพาธ. ใน: รัฐดำรง ธรรมโชติ, บรรณาธิการ. การอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธภายใต้หลักพระธรรมวินัย. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2562. หน้า 34-43.

3. พระวิชิต ธมฺมชิโต. ข้อควรรู้เมื่อพระมาโรงพยาบาล. ใน: รัฐดำรง ธรรมโชติ, บรรณาธิการ. การอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธภายใต้หลักพระธรรมวินัย. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2562. หน้า 44-9.

4. สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต). แม้ถึงวาระสุดท้าย มนุษย์ก็ไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งดีที่สุดของชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.papayutto.org/th/book-full-text/131 .

5. วัฒนา วัฒนาลาภา, วรนุช ตั้งเจริญเสถียร, บรรณาธิการ. คู่มือปฏิบัติพระอาพาธและรักษาสุขภาพ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.

6. พระศรีวินยาภรณ์, พระครูพิทักษ์รัตนวงศ์, สุวิญ รักสัตย์. บริบทของจริยธรรมและกฎหมาย (พ.ร.บ. สงฆ์ และ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550). ใน: ไพรัตน์ แสงดิษฐ, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติดูแลพระภิกษุอาพาธระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2560. หน้า 92-4.



บทที่ 4.11 การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

พญ.นิษฐา เอื้ออารีมิตร
อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูน

หอผู้ป่วยวิกฤติหรือห้อง ICU (intensive care unit) เป็นห้องที่ใช้สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤติ ส่วนมากแล้วจะรับดูแลผู้ป่วยที่มีระบบการทำงานสำคัญของร่างกายล้มเหลว อาจจะหนึ่งระบบหรือหลายระบบก็ได้ เป็นหอผู้ป่วยที่ใช้ทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงหรือบุคลากรมากกว่าหอผู้ป่วยปกติ ซึ่งเป้าหมายการดูแลของหอผู้ป่วยนี้คือ ไม่เพียงแค่ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตออกจากหอผู้ป่วยเท่านั้น แต่ควรทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพียงพอสำหรับผู้ป่วยคนนั้น ๆ ด้วย

ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนี้ มักมีอาการหนักรุนแรง มีโอกาสเสียชีวิตได้สูง ซึ่งในบางครั้งยากที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยที่ดูแลอยู่จะรอดชีวิตหรือไม่ ทำให้มีการใช้อุปกรณ์พยุงชีพไปกับผู้ป่วยมากมาย โดยส่วนใหญ่อุปกรณ์เหล่านี้มักก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานได้ ดังนั้น แพทย์ที่ดูแลจำเป็นต้องชั่งน้ำหนักเสมอ ระหว่างความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผลที่จะได้ ถ้าหากผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตหรือชีวิตที่มีความหมายได้อีก (meaningful life) การยุติการรักษาอาจจะเป็นสิ่งที่ควรพิจารณา

นอกจากผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องใส่ใจ ยังมีครอบครัวที่มีผลกระทบโดยตรงเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยหนัก โดยสิ่งที่เกิดขึ้น อาจจะเป็น ความเครียด วิตกกังวล ซึ่งการดูแลแบบ palliative care จะช่วยลดความเครียดของครอบครัว ร่วมไปถึงลดการเกิด post-traumatic stress disorder ได้ด้วย นอกจากประโยชน์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้ การมี palliative care ใน ICU ยังสามารถลดการ burn out ของบุคลากรใน ICU ได้ และมีข้อมูลว่าสามารถลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องอยู่ ICU ได้อีกด้วย

ดังนั้น การบูรณาการ palliative care ในหอผู้ป่วย ICU จึงเป็นความจำเป็นอย่างเลี่ยงไม่ได้ และยังบ่งถึงคุณภาพการดูแลของหอผู้ป่วยนั้น ๆ

หลักการสำคัญของ palliative care ในหอผู้ป่วย ICU ประกอบไปด้วย

1. การคัดกรอง
2. การสื่อสารพยากรณ์โรค การสื่อสารเป้าหมายการดูแล และการตัดสินใจร่วมกัน
3. การควบคุมอาการไม่สุขสบาย
4. การทดลองรักษา
5. การยุติการรักษาที่ไม่ตรงเป้าหมายการดูแล

• การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

จาก general criteria of palliative care (NHS of UK) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ได้ให้แนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองไว้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ถามคำถาม “surprise question”

ในผู้ป่วยที่มี advance disease หรือ progressive life limiting condition “ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า”

ควรอาศัยการประเมินทางคลินิก โรคร่วม (co-morbidity) ภาวะทางสังคม และปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย เพื่อให้เห็นในภาพรวม

ถ้าคำตอบคือ ไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแลแบบ palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมตัวสำหรับการเสื่อมถอยของโรค

ขั้นตอนที่ 2 หาข้อบ่งชี้ทั่วไป

กรณีที่คำตอบคือ ไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อช่วยในการช่วยค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ palliative care ซึ่งควรย้อนไปตั้งแต่ตอนก่อนเข้ารับการรักษาใน ICU ว่ามีข้อบ่งชี้เหล่านี้หรือไม่ เพราะถ้าหากมี แปลว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแล palliative care ตั้งแต่ก่อนเข้า ICU แล้ว ดังนั้นเมื่อเข้าการรักษาใน ICU ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ควรมี palliative care ร่วมดูแลด้วย ซึ่งข้อบ่งชี้ ได้แก่

2.1 การถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน: functional performance status ลดลง นั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาตื่น พึ่งพามากขึ้น การประเมินสมรรถนะอาจใช้ Barthel Index ซึ่งประเมิน Activity of Daily Living (ADL) การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ความสามารถในการกลั้นอุจจาระปัสสาวะ การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย การเคลื่อนไหว หรือการประเมิน functional assessment ซึ่งได้แก่ Karnofsky score (KPS) น้อยกว่าร้อยละ 50

2.2 multiple co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ

2.3 สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น

2.4 โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก

2.5 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

2.6 เลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่

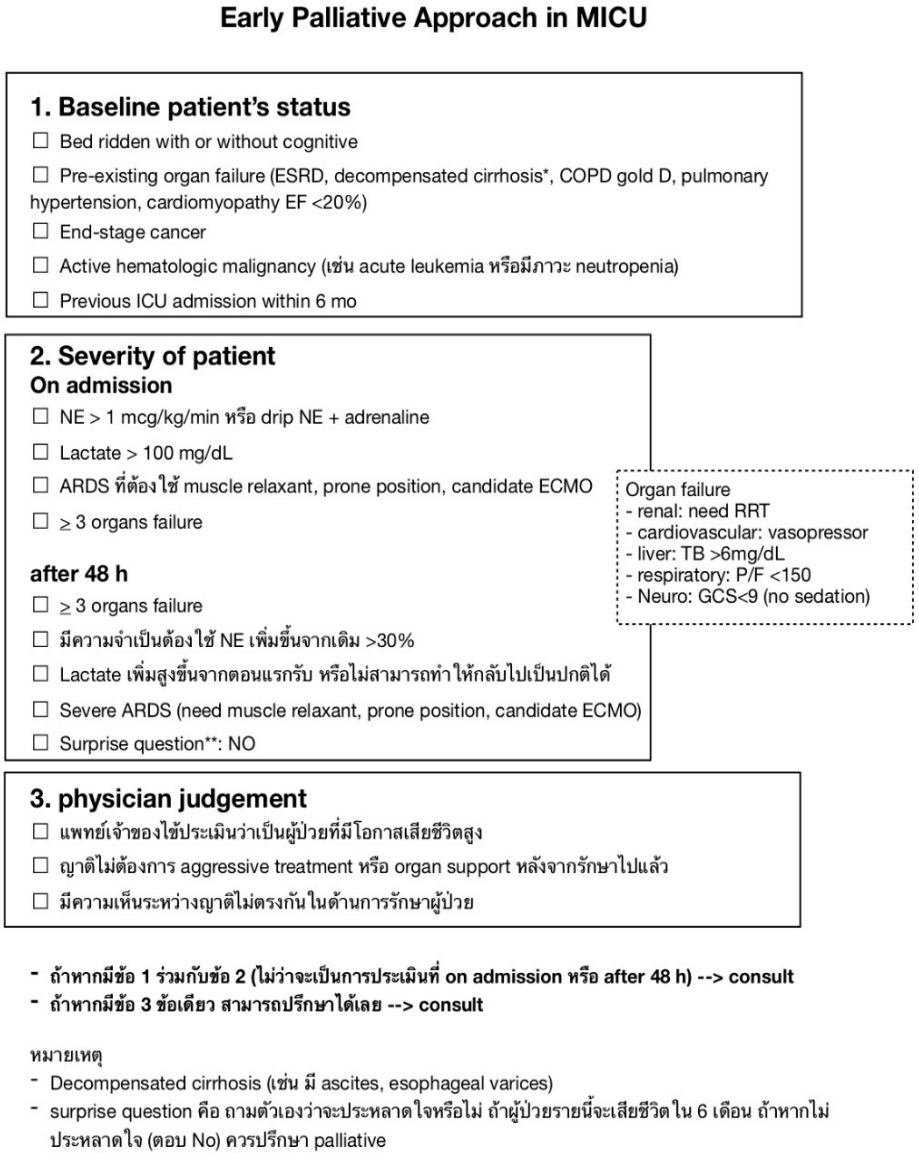
2.7 น้ำหนักลดต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ในหกเดือนที่ผ่านมา

2.8 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง

2.9 มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานบริบาล

2.10 serum albumin < 2.5 mg/dL

ผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในไอซียูส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค มีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและมีความต้องการการช่วยเหลือดูแลเกือบทั้งหมด ดังนั้น การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่จะใช้ surprise question ร่วมกับ co-morbidity เป็นหลัก ซึ่ง palliative care team ของแต่ละหน่วยงานอาจจะร่วมกันสร้างแบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองตามบริบทของไอซียูแต่ละที่ โดยใช้หลักการข้างต้นเป็นแนวทางได้ ดังภาพที่ 4.11.1



Early Palliative Approach in MICU

1. Baseline patient's status

- ☐ Bed ridden with or without cognitive
- ☐ Pre-existing organ failure (ESRD, decompensated cirrhosis*, COPD gold D, pulmonary hypertension, cardiomyopathy EF <20%)
- ☐ End-stage cancer
- ☐ Active hematologic malignancy (เช่น acute leukemia หรือมีภาวะ neutropenia)
- ☐ Previous ICU admission within 6 mo

2. Severity of patient

On admission

- ☐ NE > 1 mcg/kg/min หรือ drip NE + adrenaline
- ☐ Lactate > 100 mg/dL
- ☐ ARDS ที่ต้องใช้ muscle relaxant, prone position, candidate ECMO
- ☐ ≥ 3 organs failure

after 48 h

- ☐ ≥ 3 organs failure
- ☐ มีความจำเป็นต้องใช้ NE เพิ่มขึ้นจากเดิม >30%
- ☐ Lactate เพิ่มสูงขึ้นจากตอนแรกรับ หรือไม่สามารถทำให้กลับไปเป็นปกติได้
- ☐ Severe ARDS (need muscle relaxant, prone position, candidate ECMO)
- ☐ Surprise question**: NO

Organ failure
- renal: need RRT
- cardiovascular: vasopressor
- liver: TB >6mg/dL
- respiratory: P/F <150
- Neuro: GCS<9 (no sedation)

3. physician judgement

- ☐ แพทย์เจ้าของไข้ประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสเสียชีวิตสูง
- ☐ ญาติไม่ต้องการ aggressive treatment หรือ organ support หลังจากรักษาไปแล้ว
- ☐ มีความเห็นระหว่างญาติไม่ตรงกันในด้านการรักษาผู้ป่วย

- **ถ้าหากมีข้อ 1 ร่วมกับข้อ 2 (ไม่ว่าจะเป็นการประเมินที่ on admission หรือ after 48 h) --> consult**
- **ถ้าหากมีข้อ 3 ข้อเดียว สามารถปรึกษาได้เลย --> consult**

หมายเหตุ
- Decompensated cirrhosis (เช่น มี ascites, esophageal varices)
- surprise question คือ ถามตัวเองว่าจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตใน 6 เดือน ถ้าหากไม่ประหลาดใจ (ตอบ No) ควรปรึกษา palliative

ภาพที่ 4.11.1 ตัวอย่างการใช้แบบคัดกรองการดูแลแบบประคับประคองใน ICU โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (ที่มา: นิษฐา เอื้ออารีมิตร, 2562)

center to advance palliative care ได้คิดค้นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย ICU ที่ควรได้รับการดูแล Palliative care ควบคู่ไปด้วย มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ดังตารางที่ 4.11.1 จากการศึกษาพบว่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 สามารถบ่งชี้โอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตใน 6 เดือน หมายรวมถึงผู้ป่วยนั้นควรได้รับการดูแล palliative care ควบคู่นั่นเอง

ตารางที่ 4.11.1 แบบคัดกรองผู้ป่วย ICU ที่ควรได้รับการดูแล Palliative care ควบคู่
<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

ลำดับ	1. เกณฑ์โรค	ใช่	ไม่ใช่
1	มะเร็งระยะที่ 4		
2	อวัยวะล้มเหลวมากกว่า หรือ เท่ากับ 2 ระบบ		
3	ระบบประสาทหลักถูกทำลายเฉียบพลัน เช่น การบาดเจ็บระบบประสาทส่วนกลาง, ภาวะสมองขาดเลือดหลังจากช่วยฟื้นคืนชีพ, โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงมาก		
4	ภาวะสมองเสื่อมขั้นสูงหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่รุนแรง		
5	ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ		
6	โรคตับเรื้อรัง		
7	โรคไตเรื้อรัง+/-การฟอกไตระยะยาว		
8	ภาวะหลังหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน		
9	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขั้นรุนแรง		
10	ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงระดับ 3 หรือระดับ 4		
ลำดับ	**2. เกณฑ์การใช้บริการและอุปกรณ์**	**ใช่**	**ไม่ใช่**
1	ความถี่ของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล หรือหอผู้ป่วยวิกฤ (เข้ารักษาด้วยอาการเดียวกันซ้ำ ๆ ภายใน 3 เดือน)		
2	เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 1 ครั้งในการรักษารอบนั้น ๆ		
3	ย้ายมาจาก รพ. อื่น		
4	มีความจำเป็นต้องใส่สายให้อาหารผ่านผิวหนังเข้าสู่กระเพาะอาหารบริเวณหน้าท้อง		
5	มีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจบริเวณคอ		
6	มีความจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาด้านประเด็นจริยธรรม		
7	มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการฟอกไตในหอผู้ป่วยวิกฤต		
ลำดับ	**3. เกณฑ์อื่น ๆ**	**ใช่**	**ไม่ใช่**
1	มีความขัดแย้งในแผนการรักษา เช่น การตัดสินใจยุติการรักษา		
2	ขาดการสนับสนุน เช่น ครอบครัวมีปัญหา ไร้ญาติ มีอาการทางจิตเรื้อรัง		
3	ตอบว่าไม่ เมื่อถามว่า "คุณจะแปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตใน 12 เดือนข้างหน้า"		
4	มีการวางแผนกลับบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพระยะยาว		
5	เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องนอนติดเตียง		

นอกจากนี้ยังมี screening tool ที่ออกแบบมาใช้ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หรือ surgical ICU ที่สามารถคัดกรองได้โดยใช้เวลาเพียง 30 วินาที คำถามในการคัดกรอง มีดังนี้

1. มีข้อพิจารณาใดหรือไม่ว่าผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการดูแล palliative care
2. ทีมแพทย์ที่รักษาพิจารณาว่าผู้ป่วยรายนี้พยากรณ์โรคไม่ดี
3. มีโรคร่วมใดหรือไม่ที่มีลักษณะลุกลามอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งส่งผลให้สมรรถภาพในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยมี 1 ใน 3 ข้อต่อไปนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแล palliative care ควบคู่ไปด้วยกับทีม ICUจะเห็นได้ว่ามีแนวทางมากมายในการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งสามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล

• การสื่อสารพยากรณ์โรค และการสื่อสารเป้าหมายการดูแล

การสื่อสารคือหัวใจสำคัญของการดูแล palliative care ซึ่งหัวใจของการสื่อสารประกอบไปด้วย

- Patient-center ผู้ป่วยคือศูนย์กลาง
- Family involvement ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
- Emotional support มีการดูแลเรื่องจิตใจอารมณ์
- Active listening ฟังอย่างตั้งใจ

ซึ่งเป็นทักษะที่ทีมรักษาควรฝึกฝนเสมอ โดยเฉพาะสื่อสารเรื่องการพยากรณ์โรคและเป้าหมายการดูแล

การพยากรณ์โรคใน ICU เป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้แพทย์ส่วนใหญ่รู้สึกลังเลหรือไม่สบายใจที่จะต้องสื่อสารเรื่องนี้กับผู้ป่วยหรือครอบครัว แต่การไม่สื่อสารส่งผลเสียหลายอย่าง มีการศึกษาว่า แพทย์และครอบครัวมักมีความเห็นด้านการพยากรณ์โรคที่ไม่ตรงกัน ส่วนมากแล้วครอบครัวจะมองพยากรณ์โรคดีกว่าแพทย์ การที่ไม่สื่อสารทำให้ครอบครัวไม่เข้าใจภาพรวม และคิดว่าผู้ป่วยอาจจะยังมีประโยชน์จากการรักษาต่าง ๆ อยู่ ดังนั้น สิ่งที่แพทย์ควรทำคือสื่อสารถึงพยากรณ์โรคทั้ง ๆ ที่ยังไม่ชัดเจน ไม่ควรรอจนชัดเจนแล้วสื่อสาร เพราะจะสายเกินไป

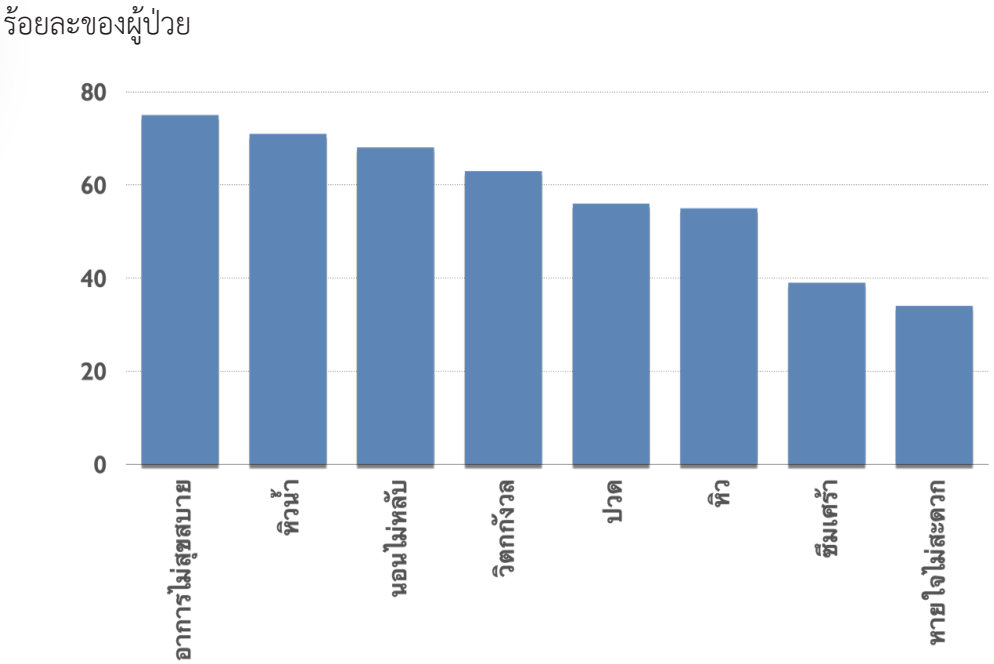
หลักการสื่อสารพยากรณ์โรคคือสื่อสารตรงไปตรงมาด้วยความเห็นอกเห็นใจครอบครัว ควรบอกสิ่งที่รู้ และยอมรับในสิ่งที่ยังไม่รู้อย่างเปิดเผย พยายามสื่อสารให้เห็นถึงภาพใหญ่และความเป็นไปได้ต่าง ๆ ทั้งที่มีโอกาสเป็นไปได้มากที่สุด และโอกาสเป็นไปได้น้อยที่สุด และสื่อสารถึงพยากรณ์โรคที่ทั้งที่ดีที่สุด และแย่ที่สุดที่เป็นไปได้ เพื่อให้ครอบครัวเห็นภาพรวมของสถานการณ์ การสื่อสารทั้งหมด แพทย์ต้องประมวลผลมาเป็นพยากรณ์โรคเฉพาะบุคคล มิใช่พยากรณ์โรคในตำราหรือตามรายโรคเท่านั้น หลังจากสื่อสารแล้วอาจจะต้องทบทวนสรุปให้ครอบครัวเข้าใจ เมื่อครอบครัวรับทราบพยากรณ์โรคแล้ว จึงจะสามารถตัดสินใจการรักษาร่วมกันกับทีมรักษาได้

การสื่อสารพยากรณ์โรคนี้ อาจจะต้องสื่อสารมากกว่าโอกาสรอดชีวิตหรือเสียชีวิต เพราะผลการรักษาระยะยาว (long term outcome) ใน ICU นั้น มีหลายรูปแบบ เช่น รอดชีวิตแต่สื่อสารไม่ได้ รอดชีวิตแต่ต้องอยู่กับอุปกรณ์พยุงชีพต่อไปเป็นระยะเวลาหลายปี รอดชีวิตแต่ติดเตียง เป็นต้น ซึ่งสิ่งนี้อาจจะต้องคุยถึงคุณค่าความหมายการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย เพื่อให้ทีมรักษาเห็นภาพว่าการรักษาที่ทำอยู่นี้ หรือที่กำลังจะทำเพิ่มนี้ ยังเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยได้ชีวิตที่มีความหมายหรือคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่หรือไม่

การสื่อสารเป้าหมายการรักษาเป็นหัวใจสำคัญของการดูแล เพราะเมื่อทราบเป้าหมายชัดเจนแล้วจะใช้สิ่งนี้ในการพิจารณาการรักษาแต่ละอย่าง ว่ายังตรงเป้าหมายที่วางร่วมกันหรือไม่ การสื่อสารเป้าหมายการรักษานี้สำคัญกว่าการสื่อสารว่าหัตถการแต่ละอย่างจะทำหรือไม่ทำ ตัวอย่างเช่น การสื่อสารเรื่องเจาะคอเรื่องฟอกไต โดยไม่สื่อสารว่าเป้าหมายในการดูแลตอนนี้คืออะไร จะส่งผลให้แนวโน้มครอบครัวจะตัดสินใจทำหรือไม่ทำโดยไม่ตรงเป้าหมายได้ ตัวอย่างเช่น เคสผู้ป่วยอายุ 90 ปี ติดเตียง สมองเสื่อม มีปอดติดเชื้อรุนแรง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาหลายวัน มีความดันโลหิตต่ำ มีภาวะไตวาย มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าถ้าหากไม่ฟอกไต อาจจะเสียชีวิต ครอบครัวอาจจะตัดสินใจฟอกไต เพราะคิดว่าเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่ถ้าหากมีการสื่อสารเป้าหมายชัดเจนว่า ต้องการให้สุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน การฟอกไตอาจจะไม่จำเป็น เพราะโอกาสที่ผู้ป่วยจะรอดชีวิตจากการป่วยหนักครั้งนี้เป็นไปได้น้อยมาก การฟอกไตอาจจะเป็นการยื้อความทุกข์ทรมานนานขึ้นมากกว่าการช่วยชีวิต ดังนั้น ครอบครัวอาจจะเห็นภาพใหญ่และไม่ต้องการฟอกไตและเลือกดูแลแบบประคับประคอง

• การควบคุมอาการไม่สุขสบาย

อาการไม่สุขสบายเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ใน ICU เกิดจากความรุนแรงของการเจ็บป่วย หัตถการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และอาจจะเกิดจากที่ผู้ป่วยขยับตัวได้น้อยเองก็เป็นได้ อาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นควรได้รับการจัดการอย่างเข้มข้นไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการรักษาเพื่อยื้อชีวิต อาการไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยใน ICU ดังภาพที่ 4.11.2



ภาพที่ 4.11.2 แผนภูมิแท่งแสดงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรายงานด้วยตัวเอง

การแก้ไขอาการต่าง ๆ สามารถดูแลเบื้องต้นได้ดังนี้

- หิวน้ำ สามารถดูแลให้ความชุ่มชื่นในปาก พ่นสเปรย์น้ำ การดูแลความสะอาดช่องปากประจำวัน การดูแลความชุ่มชื่นริมฝีปาก

- นอนไม่หลับ ในผู้ป่วย ICU สามารถทำได้ทั้งการใช้ยา และไม่ใช้ยา โดยเบื้องต้น การจัดสิ่งแวดล้อม แสงไป เสียง ให้เอื้อต่อการนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าหากจัดแล้วยังสามารถนอนหลับได้ อาจจะพิจารณาเริ่มใช้ยา โดยยาตัวแรกแนะนำเป็นกลุ่ม non-benzodiazepine เช่น melatonin เป็นต้น เนื่องจาก benzodiazepine มีรายงานการเพิ่มภาวะ delirium ใน ICU จึงเป็นยาที่ควรหลีกเลี่ยง

- วิตกกังวล เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยเพราะผู้ป่วย ICU มักใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถพูดได้ ทำให้การดูแลบางครั้งไม่ได้สื่อสารกับผู้ป่วย เป็นความรู้สึกที่บางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่ได้แสดงให้แพทย์เห็น อาจจะเกิดขึ้นบางช่วงหรือตลอดเวลาก็ได้ การแก้ไขหรือลดการเกิดโดยไม่ใช้ยา สามารถทำได้โดย ถ้าหากช่วยที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ ให้สื่อสารกับผู้ป่วย อธิบายสภาวะการเจ็บป่วย ตัวโรค รวมไปถึงแผนการรักษาให้ผู้ป่วยรับฟังด้วย

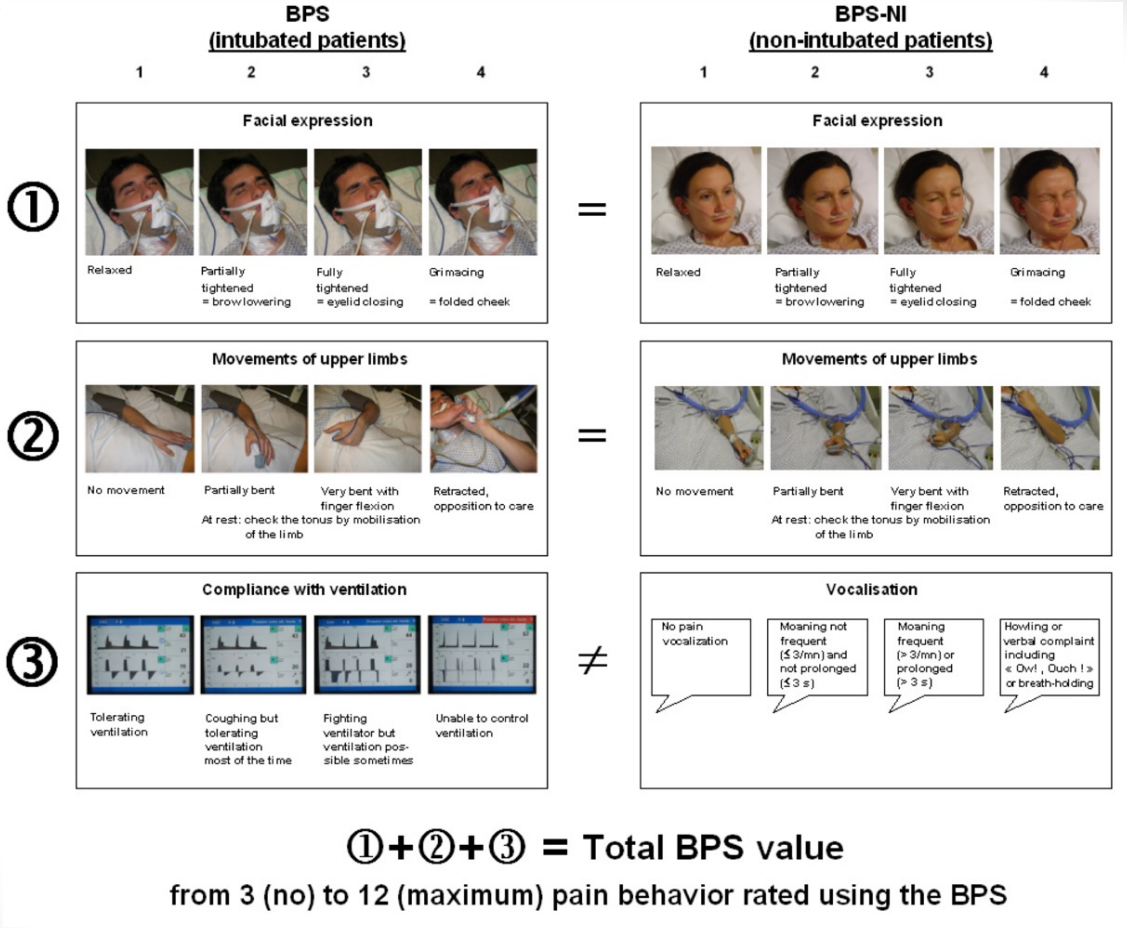
- ปวด อาการปวดพบได้เนื่องจากการดูแลในกิจวัตรประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการดูดเสมหะ การพลิกตัว เจาะเลือด บางอย่างสามารถให้ยาเพื่อป้องกันได้ บางอย่างอาจจะไม่สามารถให้ยาเพื่อป้องกันได้ทั้งหมด แต่สิ่งที่ทีมรักษาควรคำนึงถึงเสมอ คือ การสอบถามความรู้สึกจากผู้ป่วยที่สื่อสารได้ แต่ถ้าหากสื่อสารไม่ได้ สามารถใช้การประเมินโดยใช้ behavioral pain scale ดังภาพที่ 4.11.3 ถ้าหากผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่า 4 ถือว่ามีอาการปวด

- หิว เป็นอาการที่พบได้เช่นกัน ให้สอบถามกับผู้ป่วยเสมอ

- ซึมเศร้า อาจจะเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลที่ไม่สามารถสื่อสารกับใครได้ ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ กลัวที่จะไม่หาย กลัวที่จะเสียชีวิต หรือรู้สึกทุกข์ทรมานจากการรักษามาก ๆ สิ้นหวัง ส่งผลเกิดความรู้สึกนี้ขึ้นได้ ดังนั้น การพยายามสื่อสารกับคนไข้อาจจะช่วยบรรเทาได้บ้าง สิ่งที่ควรทำคือการประเมินว่ามีภาวะนี้เกิดขึ้นหรือยัง ถ้าเกิดขึ้นแล้วบางครั้งต้องใช้ยาช่วย โดยอาการนี้อาจจะพบต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยออกจาก ICU ไปแล้วเป็นเวลาหลายเดือน

- หายใจไม่สะดวก เป็นอาการที่พบได้แม้ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ อาจจะเกิดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค หรือเกิดเนื่องจากการตั้งเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสม ทีมรักษาควรตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เข้ากับผู้ป่วย ถ้าหากพยายามแก้ไขแล้วยังรู้สึกหายใจไม่สะดวกอยู่ สามารถใช้ยาลดอาการได้ โดยยาที่แนะนำให้ลดอาการเหนื่อย ได้แก่ ยากลุ่ม opioids เช่น morphine fentanyl เป็นต้น

นอกจากอาการต่าง ๆ ที่กล่าวมา การดูแลผู้ป่วยใน ICU อาจจะมีอาการไม่สุขสบายอื่นได้อีก ทีมรักษาควรใส่ใจสอบถาม สังเกต และให้การแก้ไขเท่าที่สามารถทำได้



ภาพที่ 4.11.3 Behavior Pain Scale มี 2 แบบ คือใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ

• การทดลองรักษาในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ (Time-Limited trial)

การทำ Time-Limited Trial (TLT) เป็นการให้การรักษาจริง ๆ มิใช่การทดลอง แต่การรักษาที่ทำนั้นจะพิจารณาลองให้กับคนไข้เพื่อดูการตอบสนองในช่วงเวลาที่กำหนดได้ ถ้าหากการตอบสนองดี การรักษานั้นก็ควรพิจารณาทำต่อ แต่ถ้าหากการรักษานั้นไม่ได้ผลในช่วงเวลาที่กำหนด ก็ควรพิจารณายุติการรักษาแล้วเริ่มดูแลแบบประคับประคอง หรือลดการรักษาอื่นๆลง การทำ TLT นี้ สามารถช่วยลดระยะเวลานอน ICU ได้ โดยอัตราการเสียชีวิตไม่ต่างกัน โดยมีหลักการดังนี้

• กำหนดเป้าหมายร่วมกัน (shared decision-making)

ผู้ป่วย (ถ้าอยู่ในสภาพสื่อสารได้) หรือผู้แทนตัดสินใจ (surrogate decision-maker) และทีมรักษา ต้องเข้าใจตรงกัน ว่าเป้าหมายของการรักษาคืออะไร เช่น ฟื้นตัวจนพ้นจากเครื่องช่วยหายใจกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ หรือยืดอายุเพื่อรอครอบครัวมาเยี่ยม

• ระบุช่วงเวลาอย่างชัดเจน

ช่วงเวลาทั่วไปมักใช้ 48–72 ชั่วโมง หรือ 5-7 วัน ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ต้องการวัด โรคและการตอบสนองของร่างกาย

• กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ (clinical milestones)

เช่น ลดความต้องการเครื่องช่วยหายใจ ลดปริมาณยาเพิ่มความดัน ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ฟื้นสติสัมปชัญญะ

ถ้าหากทำการรักษาไปแล้วไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง ต้องสื่อสารกับครอบครัวต่อว่าการดูแลยังคงต่อเนื่องอยู่ แต่จะเปลี่ยนเป็นมุ่งเน้นความสุขสบายมากกว่า เพื่อให้ครอบครัวไม่รู้สึกว่าทีมรักษาทอดทิ้ง

• การยุติการรักษาไม่ตรงเป้าหมายการดูแล

การยุติการรักษาที่ไม่ตรงเป้าหมาย ไม่เกิดประโยชน์กับคนไข้ หรือไม่สามารถทำให้คนไข้มีชีวิตที่มีคุณภาพดีได้อีกเป็นสิ่งที่แพทย์ควรทำ ซึ่งการยุตินี้ไม่ใช่การทำการุณยฆาต แต่การยุตินี้เป็นไปตามจริยธรรมทางการแพทย์ที่ว่าแพทย์จะทำสิ่งที่มีประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อผลการรักษาหรือพยากรณ์โรคเห็นแล้วว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ก็ควรยุติการรักษาเหล่านั้นลง

สรุป

ผู้ป่วย ICU ควรได้รับการคัดกรอง palliative care เป็นระยะ ๆ เมื่อมีจุดที่พยากรณ์โรคไม่ชัดเจน แพทย์ก็ควรสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา และมีความเห็นอกเห็นใจ ถ้าหากมีการรักษาที่อาจจะยังมีประโยชน์กับผู้ป่วยอยู่ การทำ TLT ก็สามารถช่วยให้ทั้งแพทย์และผู้ป่วยได้ลองรักษาดูว่าดีขึ้นหรือไม่ ขณะเดียวกันก็เป็นยุติการรักษาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยที่พยากรณ์โรคไม่ดี นอกจากนี้การคุมอาการในทุก ๆ วันที่คนไข้อยู่ใน ICU ก็เป็นสิ่งสำคัญควรทำทุกวันในผู้ป่วยทุกคนโดยไม่ขึ้นกับพยากรณ์โรค

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. List disease of Palliative care and Functional unit. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2559.

2. Cassel JB, Kerr K, Pantilat S, Smith T, McClish D, et al. Does palliative care consultation reduce ICU length of stay? J Pain Symptom Manage. 2011; 41(1): 191-2.

3. Choi HR, Ho M, Lin C. Futile life-sustaining treatment in the intensive care unit – nurse and physician experiences: meta-synthesis. BMJ Support Palliat Care. 2024; 14: 36-46.

4. Curtis JR, Higginson IJ, White DB. Integrating palliative care into the ICU: a lasting and developing legacy. Intensive Care Med. 2022; 48: 939-42.

5. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Crit Care Med. 2018; 46(9): e825-73.

6. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Al-Qadheeb NS, et al. A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Crit Care Med. 2025; 53(3): e711-27.

7. Dorsch JJ, Martin JL, Malhotra A, Owens RL. Sleep in the intensive care unit: strategies for improvement. Semin Respir Crit Care Med. 2019; 40(5): 614-28.

8. Herdman V, D'Alessandro D, Hogan L, et al. Surgical Intensive Care Unit (SICU) Palliative Care Screening-Tool: a quality improvement project. Presented at: American College of Surgeons Clinical Congress; 2022; San Diego, CA.

9. Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D, Joynt GM, Lobo SM, Mokart D, et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2024; 50: 1740-66.

10. Kon AA, Davidson JE, Morrison W, Danis M, White DB. Shared decision making in ICUs: an American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society policy statement. Crit Care Med. 2016; 44(1): 188-201.

11. Kruser JM, Ashana DC, Courtright KR, Curtis JR, Cox CE, Halpern SD, et al. Defining the time-limited trial for patients with critical illness: an official American Thoracic Society workshop report. Ann Am Thorac Soc. 2024; 21(2): 187-99.

12. Luangasanatip N, Hongsuwan M, Lubell Y, Limmathurotsakul D, Srisamang P, Teparrukkul P, et al. Long-term survival after intensive care unit discharge in Thailand: a retrospective study. Crit Care. 2013; 17(5): R219.

13. Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, Nierman DM, Schein RM, Manfredi PL, et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. Crit Care Med. 2001; 29(2): 277-82.

14. Neukirchen M, Metaxa V, Schaefer MS. Palliative care in intensive care. Intensive Care Med. 2023; 49(12): 1538-40.

15. Pan H, Shi W, Zhou Q, Lu G, Yuan S. Palliative care in the intensive care unit: not just end-of-life care. Intensive Care Res. 2023; 3: 77-82.

16. Prabkaew S, Nokkasam K, Billateh P, Petpichetchian W. Quality assessment of the Center to Advance Palliative Care in the ICU screening tool Thai version: a retrospective study. Thai J Nurs Midwifery Pract. 2023; 10(1): 20-35.

17. Sprung CL, Ricou B, Hartog CS, Maia P, Mentzelopoulos SD, Weiss M, et al. Changes in end-of-life practices in European intensive care units from 1999 to 2016. JAMA. 2019; 322(17): 1692-704. doi:10.1001/jama.2019.14608. PMID:31577037.

18. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2008; 36(3): 953-963. doi:10.1097/CCM.0B013E3181659096. PMID:18431285.

19. Ushpol A, Parsons C, Golec S, Kim A, Song J, Maynard M, et al. Promoting early goals of care conversations in the CICU with a surprise question-based EHR workflow. BMC Palliat Care. 2024; 23(1): 288.

20. Wang S, Mosher C, Gao S, Chiu Y, Case JA, Miller JL, et al. Antidepressant use and depressive symptoms in intensive care unit survivors. J Hosp Med. 2017; 12(9): 731-4.



บทที่ 4.12 การดูแลแบบประคับประคองในห้องฉุกเฉิน

รศ. พญ. ธิดาทิต ประชานุกูล
ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษาในต่างประเทศ ปี พ.ศ. 2562 รายงานพบผู้ป่วยร้อยละ 8-22 ของผู้ป่วยทั้งหมดในห้องฉุกเฉินมาด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยแตกต่างกันตามระบบการแพทย์และสาธารณสุขในท้องที่นั้น สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 300 ราย ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรามาธิบดีเมื่อปี พ.ศ. 2562 พบอัตราส่วนร้อยละ 14 ของผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินมีข้อบ่งชี้ของการได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ประกอบด้วยอัตราส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 50 ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดนั้นมาห้องฉุกเฉินด้วยระดับการคัดกรองความรุนแรง (emergency severity index, ESI) คือระดับ 1, 2, 3 ทั้งหมดจาก 5 ระดับ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤตและภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนทั้งสิ้น นอกจากนี้ ข้อมูลจากการศึกษารายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเริ่มการดูแลแบบประคับประคองที่ในห้องฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยในช่วงเวลาภายใน 30 วันก่อนเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 7 วันก่อนเสียชีวิต ซึ่งจัดเป็นการเริ่มการดูแลแบบประคับประคองที่ล่าช้า (late) และล่าช้ามาก (very late) กล่าวคือ การเริ่มการดูแลแบบประคับประคองตอนต้น (early) คือมากกว่า 90 วันก่อนเสียชีวิตเป็นการเริ่มการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองแล้ว และการมาห้องฉุกเฉินมากกว่า 1 ครั้งในช่วงหนึ่งเดือนสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามหรือจำกัดชีวิตนั้น ได้รับการจัดให้เป็นหนึ่งในมาตรวัดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนเสียชีวิตในสากล ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตขึ้นและไม่สามารถจัดการภาวะวิกฤตนั้นได้ในเวลานั้น ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการตอบสนองอย่างเร่งด่วนจากบริการทางการแพทย์ เช่น หายใจลำบาก ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการปวด ภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และสร้างความกังวลให้กับครอบครัวหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วย เรียกว่าภาวะ palliative care emergency หรือ palliative care crisis นำไปสู่การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical services, EMS) รวมถึงมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มแรกที่เข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งของผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มนี้ในงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีการฝึกอบรมหรือแนวทางปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนหรือเอกสารแสดงเจตจำนงในการดูแลระยะท้ายของชีวิตยังทำได้จำกัด ขาดการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในงานการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอาจกลายเป็นการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย เกี่ยวข้องถึงหลักจริยธรรมทางการแพทย์ด้วย

ในขณะเดียวกัน เวลาที่มีสถานการณ์วิกฤตฉุกเฉินเช่นนี้ จัดเป็นโอกาสของการดูแลผู้ป่วยทุกราย การสนทนาเป้าหมายของการดูแลร่วมกันเรียนรู้เหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นในเวลาต่อมา จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการดำเนินโรคในเวลาข้างหน้าอันใกล้ได้ จึงสมควรมีการทบทวนแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตที่เกี่ยวข้องกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน

• โครงสร้างระบบผสานการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน



ภาพที่ 4.12.1 โครงสร้างการดูแลแบบประคับประคองในห้องฉุกเฉินตามการไหลเวียนของผู้ป่วย

เนื่องจากโครงสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินตามการไหลเวียนของผู้ป่วย แบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ กระบวนการรับเข้าห้องฉุกเฉิน (input) กระบวนการระหว่างที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน (throughput) และกระบวนการส่งผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน (output) แผนการจัดการการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบนั้นมีบทบาทในทั้ง 3 ส่วน จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่แรกเข้ามาในห้องฉุกเฉินจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐาน รวดเร็ว และพัฒนาต่อเนื่องได้ รายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

1. กระบวนการนำเข้าห้องฉุกเฉิน (input) คือ ช่วงเวลาจากผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ถึงการลงทะเบียนเข้าตรวจในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1.1. การวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) การที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีแผนการดูแลรักษาตนเอง รวมทั้งได้เตรียมการไว้แล้วนั้น ช่วยให้การดูแลในสถานการณ์วิกฤตนั้นชัดเจนและปฏิบัติได้จริง ลดความขัดแย้งและปัญหาระยะยาวกระทบต่อทุกฝ่าย การทำระบบให้เอกสารแสดงเจตนาการโดยตัวผู้ป่วยเองสามารถนำมาใช้งานได้จริงในช่วงเวลาฉุกเฉินนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการในเวลาจำกัด ปัจจุบันในประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ระบุถึงบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

นอกจากนี้ ในต่างประเทศมีเอกสารคำสั่งทางการแพทย์แผนการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (emergency resuscitation plan document) ชื่อแตกต่างกัน เช่น เอกสาร POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) เอกสาร MOLST (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment) เอกสาร ARP (Acute Resuscitation Plan) เอกสาร EHCP (Emergency Health Care Plan) เอกสารดังกล่าวมีลักษณะเฉพาะเพื่อใช้ในงานการแพทย์ฉุกเฉินได้ตามระบบการสั่งการ (medical direction) คือเป็นคำสั่งทางการแพทย์ สาระสำคัญคือการตัดสินใจในสถานการณ์วิกฤตตามแต่บริบทระบบสุขภาพ เช่น การนวดหัวใจกู้ชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และการนำส่งโรงพยาบาล

1.2. การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล (prehospital management) โดยงานการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical system, EMS) ช่วยให้การจัดการต่อมาที่ในห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาลมีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ไม่สิ้นเปลือง ลดความขัดแย้งได้ การพัฒนาที่ทำได้คือการทำระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในงานการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ต้องอาศัยทีมการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มแข็งและเตรียมการผู้ป่วยและครอบครัวมาแล้ว และการฝึกอบรมองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองที่ทำได้รวมทั้งทักษะการสื่อสาร เพิ่มเติมจากหลักสูตรในเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

2. กระบวนการระหว่างที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน (throughput) ช่วงเวลาจากผู้ป่วยได้รับการลงทะเบียนเข้าตรวจในห้องฉุกเฉิน ถึงได้รับการตัดสินใจจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินได้ การมีกระบวนการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมดในห้องฉุกเฉิน ต้องการองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

2.1. การระบุผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง อาศัยองค์ความรู้ในวิถีของโรค (functional trajectories of serious illness) และการพยากรณ์โรค (prognostication) ห้องฉุกเฉินในแต่ละองค์กรเลือกเครื่องมือสำหรับการคัดกรองตามเหมาะสมกับบริบท ตัวอย่างเครื่องมือที่มีการศึกษาในห้องฉุกเฉิน เช่น คำถาม surprise question ปรับเป็น modified surprise question คุณแปลกใจหรือไม่หากผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตในการมาห้องฉุกเฉินครั้งนี้ เครื่องมือ Palliative Care and Rapid Emergency Screening (P-CaRES) หรือเครื่องมือ Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) ที่รวบรวมข้อบ่งชี้เฉพาะของรายโรค (specific disease indicators) และข้อบ่งชี้ทางคลินิก (clinical indicators) เข้าด้วยกัน

2.2. การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างรวดเร็ว (rapid palliative care assessment) เป็นหลักการประเมินว่าการดูแลรักษารวมถึงหัตถการที่กำลังจะทำเพื่อการกู้ชีพขณะนั้นมีความจำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ ใช้อักษรย่อ A-B-C-D เช่นเดียวกับ A-B-C-D ในการประเมิน primary assessment ประเมินโดยถามตัวผู้ป่วยเอง หรือญาติของผู้ป่วยที่มีอำนาจตัดสินใจก็ได้ และไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับตามอักษร A-B-C-D เหมือน primary assessment ประกอบด้วย

A - Advance care plan ผู้ป่วยเคยแสดงเจตจำนงของการรักษาด้วยตนเองหรือไม่ มีแผนการดูแลล่วงหน้าว่าอย่างไร ทั้งเป็นเอกสารหรือพูดคุยกัน

B - make the patient feel Better การรักษาดูแลใดที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นตามความหมายของผู้ป่วยเอง

C - Caregiver to consider ผู้ดูแลหลักคือใคร ผู้ดูแลนำผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินด้วยเหตุผลใด กังวลในประเด็นอะไรบ้าง

D – Decision maker capacity ผู้ป่วยมีความสามารถตัดสินใจเองได้หรือไม่ หรือใครคือผู้มีอำนาจตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย นำข้อมูลทั้งหมดนี้มาวิเคราะห์รวมกันก่อนตัดสินใจร่วมกัน (shared decision making) กับผู้ป่วยและครอบครัวในหัตถการที่กำลังจะทำที่ห้องฉุกเฉิน

หากเริ่มหัตถการแล้วสามารถพิจารณาหยุด หรือถอดถอนหัตถการที่ไม่ตรงกับความต้องการนั้นได้ เรียก withdraw life sustaining treatments หรือหากยังไม่เริ่มทำหัตถการเรียก withhold of life sustaining treatments และยังมีการดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวตามความหมายของแต่ละคนต่อไป อย่างไรก็ตาม ความต้องการการจัดการอาการที่ทุกข์ทรมานทางกายจะเป็นเรื่องสำคัญลำดับแรกในสถานการณ์ฉุกเฉิน

เครื่องมืออื่นที่มีการศึกษาในห้องฉุกเฉิน เช่น เครื่องมือ Screening for Palliative Needs in the Emergency Department (SPEED) เครื่องมือ Five Screenings for Palliative Needs in the Emergency Department (5-SPEED) สำหรับประเมินเบื้องต้นถึงความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง (initial assessment for palliative care needs) เพื่อส่งต่อ หรือปรึกษาทีมการดูแล หน่วยงานภายนอกห้องฉุกเฉินให้มาร่วมดูแลต่อไปหลังจากจัดการอาการฉุกเฉินเบื้องต้นตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว

2.3. ทักษะการสื่อสาร เมื่อต้องสนทนาเพื่อตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวในข้อ 2.2 แต่เนื่องด้วยบริบทในห้องฉุกเฉิน ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมาด้วยเหตุที่ไม่ปรารถนา และมักเต็มไปด้วยความรู้สึกอารมณ์ และปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์นี้ต่างกัน ขาดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ การสื่อสารแจ้งข่าวร้าย แบบแผนการแจ้งข่าวร้าย SPIKE protocol รวมถึงการแจ้งเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน วิธี GRIEV_ING การรับมือกับอารมณ์ความรู้สึกต่อข่าวร้าย วิธี tactical empathy N-U-R-S-E ไปจนถึงการสนทนากับครอบครัวเพื่อตัดสินใจรักษาร่วมกันให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แบบแผน REMAP framework โดยต้องการความมีประสิทธิภาพและรวดเร็วในบริบทของห้องฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องมีทั้งองค์ความรู้ต้องการการฝึกอบรมและฝึกฝนทักษะการสื่อสารในสถานการณ์กดดัน สำหรับงานการแพทย์ฉุกเฉินและการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินอย่างยิ่ง

2.4. การจัดการอาการ การจัดการอาการทางกายในห้องฉุกเฉินมีความจำเพาะในด้านที่ต้องการความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพที่สุด โดยไม่ให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นด้วย อาการที่พบบ่อยที่สุดในห้องฉุกเฉินคือ อาการหายใจเหนื่อย อาการปวด อาการสับสนหรือซึม อาการคลื่นไส้อาเจียน หลักการดูแลอาการแบบประคับประคองนั้น จำเป็นต้องจัดการสาเหตุของอาการที่แก้ไขได้ และสาเหตุจากความต้องการการดูแลทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ควบคู่กัน

หลักการพิจารณาและปฏิบัติเป็นแนวทางแนะนำในสากลเพื่อจัดการอาการหายใจเหนื่อยในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยที่ควบคุมได้ยาก (refractory dyspnea) นั้น มีขั้นตอนตามลำดับ คือ การประเมินระดับความรุนแรงของอาการ รักษาสาเหตุที่แก้ไขได้และการรักษาตามตัวโรค การบรรเทาอาการโดยการไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นลำดับการดูแลผู้ป่วยหายใจเหนื่อยที่ผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินปฏิบัติเป็นมาตรฐาน หากยังมีอาการระดับปานกลางหรือรุนแรงจึงจะบรรเทาอาการโดยการใช้ยา ยามาตรฐานที่ใช้ในการจัดการอาการปวดและเหนื่อย คือ ยากลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งมีวิธีการให้ยาแบบ rapid opioid titration protocol

2.5. การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต (end-of-life care) องค์ความรู้ในการพยากรณ์โรค ความรู้ในอาการของร่างกายตามธรรมชาติเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต การจัดการอาการเหล่านี้โดยช่วยลดความทุกข์ทรมานทางกายลง การสื่อสารกับครอบครัวให้เข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยไปพร้อมกัน และเป้าหมายการดูแลในระยะนี้ การถามถึงสถานที่ที่ต้องการในช่วงเวลาสุดท้ายเพราะเกี่ยวข้องไปถึงสิ่งแวดล้อมในเวลาที่สำคัญ

American College of Emergency Physicians (ACEP) แถลงนโยบายและตีพิมพ์ประเด็นทางจริยธรรมเมื่อผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินพบผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (ethical issues at the end of life) เมื่อปี พ.ศ. 2563 ระบุว่าผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรคและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตตามที่ผู้ป่วยปรารถนา ทั้งจากการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเองและการสร้างระบบในงานการแพทย์ฉุกเฉินให้เกิดขึ้น

3. กระบวนการส่งผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน (output) คือองค์ประกอบช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตัดสินใจให้จำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินได้ จนถึงผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินได้จริง ประกอบด้วย

3.1. ความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย (continuity of care) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีการดำเนินโรคต่อเนื่อง จำเป็นต้องได้รับการดูแลแม้ออกไปจากห้องฉุกเฉินแล้ว ลดการเกิดเหตุการณ์วิกฤตที่หลีกเลี่ยงการกลับมาห้องฉุกเฉินซ้ำจากปัญหาของตัวโรคที่ต่อเนื่องนี้ จึงต้องมีการสร้างระบบการส่งปรึกษาไปยังหน่วยงานอื่นภายนอกห้องฉุกเฉิน รวมถึงส่งต่อการดูแลแบบประคับประคอง

การส่งปรึกษาแบ่งเป็นกรณีรีบด่วน เช่น การจัดการอาการที่ควบคุมได้ยาก หรือวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย และปรึกษาไม่รีบด่วน เช่น การประสานการดูแลต่อเนื่องหลังจากพ้นภาวะวิกฤต การจัดการอาการให้ต่อเนื่อง การสนทนาถึงเป้าหมายของการดูแลรักษากับครอบครัวที่มีความซับซ้อน รวมถึงการทบทวนเป้าหมายของการดูแลรักษาหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต ที่เป็นโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเพิ่มขึ้นว่าอนาคตของร่างกายจะเป็นอย่างไร การรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลหรือประสานส่งต่อการดูแลไปภายนอกโรงพยาบาล โดยการรับปรึกษานี้จำเป็นต้องเข้าถึงได้ง่าย มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว สอดคล้องไปกับการทำงานในห้องฉุกเฉิน

3.2. การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน (disposition) เนื่องจากความปรารถนาของผู้ป่วยมีหลายปัจจัยและองค์ประกอบ การจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินจึงมีความซับซ้อน อาจต้องการการประสานทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และองค์กรทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลในการดูแล วิธีการจำหน่ายออกจึงเป็นได้ทั้งการเข้านอนโรงพยาบาล การเข้านอนในหอผู้ป่วยของการดูแลแบบประคับประคองหรือหอผู้ป่วยอื่น การส่งต่อไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน สถานดูแลอื่น รวมถึงกลับบ้านที่ทีมการดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยประสาน หรือการช่วยดูแลระหว่างการส่งตัวออกจากห้องฉุกเฉินไปสถานที่ปลายทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว

• รูปแบบระบบของการผสานการดูแลแบบประคับประคองในห้องฉุกเฉิน

วิวัฒนาการของระบบในห้องฉุกเฉินที่เพิ่มความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่คุกคามหรือจำกัดชีวิตที่มาในห้องฉุกเฉิน มี 4 รูปแบบ ได้แก่

1. การส่งปรึกษาแบบดั้งเดิม (traditional consultation model) คือ ห้องฉุกเฉินส่งปรึกษาการดูแลแบบประคับประคองตามวิจารณญาณของแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินแต่ละราย ไม่มีระบบการปรึกษาที่แน่นอนและขึ้นกับตัวผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินพิจารณาความเหมาะสมเอง

2. การผสานกันแบบพื้นฐาน (basic integration) คือ ห้องฉุกเฉินส่งปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อจุดประสงค์ หรือเป้าหมายบางประการร่วมกันในห้องฉุกเฉิน เช่น ในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินและไม่ต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ จึงส่งปรึกษาเพื่อให้ช่วยจัดการประเด็นสถานที่เสียชีวิต หรือจัดการอาการที่ต่อเนื่องและซับซ้อนต่อไป

3. การผสานกันแบบขั้นสูง (advanced integration) คือ ห้องฉุกเฉินส่งปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีแนวทาง (protocol) การดูแลผู้ป่วยชัดเจนร่วมกันทั้งห้องฉุกเฉินและทีมการดูแลแบบประคับประคอง

4. การผสานกันแบบขั้นสูงโดยห้องฉุกเฉินเป็นจุดตั้งต้น (ED-focused advanced integration) คือ นอกจากมีการส่งปรึกษาการดูแลแบบประคับประคองโดยมีแนวทางร่วมกันระหว่างสองแผนกแล้ว ในห้องฉุกเฉินมีการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินใหม่ หรือข้อบ่งชี้ผู้ป่วยรายใหม่ที่มีโอกาสได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคอง หรือมีการประเมินความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เบื้องต้นเพื่อให้ทีมการดูแลแบบประคับประคอง ช่วยจัดการความต้องการที่สำคัญกับชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วยแต่ละรายนั้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. ธิดาทิต ประชานุกูล. การดูแลแบบประคับประคองในเวชศาสตร์ฉุกเฉิน Palliative Care in Emergency Medicine. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568

2. อิทธิพัทธ์ อรุณสุรัตน์, สุรีย์ สมประดีกุล. เรื่องที่แพทย์สาขาระบบทางเดินหายใจควรติดตาม เดือน พ.ค. – ส.ค. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: CIMjournal; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cimjournal.com/featured-slider/pulmo-v2-2567-lets-get-updated

3. Abbott JT, Stone S. End of life. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, Biros MH, Danzl DF, Gausche-Hill M, editors. Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice. 8th ed. Philadelphia (PA): Elsevier/Saunders; 2014. p. e47-59.

4. American College of Emergency Physicians. Ethical issues at the end of life [Internet]. Texas: ACEP; 2020 [cited 2024 Dec 15]. Available from: https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/ethical-issues-at-the-end-of-life .

5. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med. 2003; 42(2): 173-80. doi:10.1067/mem.2003.302.

6. Bourmorck D, de Saint-Hubert M, Desmedt M, Piers R, Flament J, De Brauwer I. SPICT as a predictive tool for risk of 1-year health degradation and death in older patients admitted to the emergency department: a bicentric cohort study in Belgium. BMC Palliat Care. 2023; 22(1): 79. doi:10.1186/s12904-023-01201-9.

7. Bourmorck D, Pétré B, de Saint-Hubert M, De Brauwer I. Is palliative care a utopia for older patients with organ failure, dementia or frailty? A qualitative study through the prism of emergency department admission. BMC Health Serv Res. 2024; 24(1): 773. doi:10.1186/s12913-024-11242-2.

8. Bowman J, George N, Barrett N, Anderson K, Dove-Maguire K, Baird J. Acceptability and reliability of a novel palliative care screening tool among emergency department providers. Acad Emerg Med. 2016; 23(6): 694-702. doi:10.1111/acem.12963.

9. Bryant E. Rapid palliative care assessment. In: DeSandre PL, Quest TE, editors. Palliative aspects of emergency care. New York: Oxford University Press; 2013. p. 17-22.

10. Cavendish Professionals Homecare. What are palliative care emergencies? [Internet]. London: Cavendish Professionals Homecare; 2020 [cited 2025 Jan 24]. Available from: https://cavendishhomecare.com/articles-advice/what-are-palliative-care-emergencies/ .

11. Childers JW, Back AL, Tulsky JA, Arnold RM. REMAP: a framework for goals of care conversations. J Oncol Pract. 2017; 13(10): e844-e850. doi:10.1200/JOP.2016.018796.

12. Clemens KE, Klaschik E. Symptomatic treatment of dyspnoea in patients receiving palliative care: nasal delivery of oxygen compared with opioid administration. Dtsch Med Wochenschr. 2007; 132(38): 1939-43.

13. Counts CR, Blackwood J, Winchell R, Drucker C, Jennerich AL, Feder S, et al. Emergency medical services and Do Not Attempt Resuscitation directives among patients with out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2021; 158: 73-8. doi:10.1016/j.resuscitation.2020.11.015.

14. Crombeen AM, Lilly EJ. Management of dyspnea in palliative care. Curr Oncol. 2020; 27(3): 142-5. doi:10.3747/co.27.6413.

15. Currow DC, Smith J, Davidson PM, Newton PJ, Agar MR, Abernethy AP. Do the trajectories of dyspnea differ in prevalence and intensity by diagnosis at the end of life? J Pain Symptom Manage. 2010; 39(4): 680-90. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.09.017.

16. Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH, Chisholm G, Williams J, Allo J, et al. Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. J Pain Symptom Manage. 2015; 49(3): 497-504. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.07.007.

17. Dumnui N, Nagaviroj K, Anothaisintawee T. A study of the factors associated with emergency department visits in advanced cancer patients receiving palliative care. BMC Palliat Care. 2022; 21(1): 197. doi:10.1186/s12904-022-01098-w.

18. Dunlay SM, Strand JJ. How to discuss goals of care with patients. Trends Cardiovasc Med. 2016; 26(1): 36-43. doi:10.1016/j.tcm.2015.03.018.

19. Gage CH, Geduld H, Stassen W. South African paramedic perspectives on prehospital palliative care. BMC Palliat Care. 2020; 19(1): 153. doi:10.1186/s12904-020-00663-5.

20. Gage CH, Stander C, Gwyther L, Stassen W. Emergency medical services and palliative care: a scoping review. BMJ Open. 2023;13(3):e071116. doi:10.1136/bmjopen-2022-071116

21. George N, Barrett N, McPeake L, Goett R, Anderson K, Baird J. Content validation of a novel screening tool to identify emergency department patients with significant palliative care needs. Acad Emerg Med. 2015; 22(7): 823-37. doi:10.1111/acem.12710.

22. George N, Phillips E, Zaurova M, Song C, Lamba S, Grudzen C. Palliative care screening and assessment in the emergency department: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2016; 51(1): 108-19.e2. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.07.017.

23. Grudzen CR, Shim DJ, Schmucker AM, Cho J, Goldfeld KS, Investigators EM. Emergency Medicine Palliative Care Access (EMPallA): protocol for a multicentre randomised controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus nurse-led telephonic palliative care of older adults with advanced illness. BMJ Open. 2019; 9(1): e025692. doi:10.1136/bmjopen-2018-025692.

24. Haydar SA, Strout TD, Bond AG, Han PK. Prognostic value of a modified surprise question designed for use in the emergency department setting. Clin Exp Emerg Med. 2019; 6(1): 70-6. doi:10.15441/ceem.17.293.

25. Hickman SE, Nelson CA, Moss AH, Hammes BJ, Terwilliger A, Jackson A, et al. Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) paradigm program in the hospice setting. J Palliat Med. 2009; 12(2): 133-41. doi:10.1089/jpm.2008.0196.

26. Kamphausen A, Roese H, Oechsle K, Issleib M, Zollner C, Bokemeyer C, et al. Challenges faced by prehospital emergency physicians providing emergency care to patients with advanced incurable diseases. Emerg Med Int. 2019; 2019: 3456471. doi:10.1155/2019/3456471.

27. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. N Engl J Med. 2015; 373(8): 747-55. doi:10.1056/NEJMra1404684.

28. Kenny P, Liu D, Fiebig D, Hall J, Millican J, Aranda S, et al. Specialist palliative care and health care costs at the end of life. Pharmacoecon Open. 2024; 8(1): 31-47. doi:10.1007/s41669-023-00446-7.

29. Kirkland SW, Yang EH, Garrido Clua M, Kruhlak M, Campbell S, Villa-Roel C, et al. Screening tools to identify patients with unmet palliative care needs in the emergency department: a systematic review. Acad Emerg Med. 2022; 29(10): 1229-46. doi:10.1111/acem.14492.

30. Kostenberger M, Neuwersch S, Weixler D, Pipam W, Zink M, Likar R. Prevalence of palliative care patients in emergency departments. Wien Klin Wochenschr. 2019; 131(17-18): 404-9. doi:10.1007/s00508-019-1530-5.

31. Koyavatin S, Liu SW, Sri-On J. A comparison of palliative care and rapid emergency screening (P-CaRES) tool, broad and narrow criteria, and surprise questions to predict survival of older emergency department patients. BMC Palliat Care. 2023; 22(1): 81. doi:10.1186/s12904-023-01205-5.

32. Lamba S, DeSandre PL, Todd KH, Bryant EN, Chan GK, Grudzen CR, et al. Integration of palliative care into emergency medicine: the Improving Palliative Care in Emergency Medicine (IPAL-EM) collaboration. J Emerg Med. 2014; 46(2): 264-70. doi:10.1016/j.jemermed.2013.08.087.

33. Long DA, Koyfman A, Long B. Oncologic emergencies: palliative care in the emergency department setting. J Emerg Med. 2021; 60(2): 175-91. doi:10.1016/j.jemermed.2020.09.027.

34. Maxwell N. Palliative and hospice care in the prehospital setting [Internet]. Washington DC: National Association of EMS Physicians; 2023 [cited 2025 Jan 24]. Available from: https://naemsp.org/2023-2-15-palliative-and-hospice-care-in-the-prehospital-setting/ .

35. McEwan A, Silverberg JZ. Palliative care in the emergency department. Emerg Med Clin North Am. 2016; 34(3): 667-85.

36. McNamara BA, Rosenwax LK, Murray K, Currow DC. Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death. J Palliat Med. 2013; 16(7): 774-9. doi:10.1089/jpm.2012.0403.

37. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. Perm J. 2014; 18(2): 77-85. doi:10.7812/TPP/13-103.

38. Mularski RA, Reinke LF, Carrieri-Kohlman V, Fischer MD, Campbell ML, Rocker G, et al. An official American Thoracic Society workshop report: assessment and palliative management of dyspnea crisis. Ann Am Thorac Soc. 2013; 10(5 Suppl): S98-S106. doi:10.1513/AnnalsATS.201306-169ST.

39. National POLST Coalition. Honoring the wishes of those with serious illness and frailty [Internet]. Louisiana: National POLST Coalition; 2022 [cited 2024 Jul 6]. Available from: https://polst.org .

40. Neves-Forte D. Development of a serious illness communication model in a pressure cooker: a Brazilian COVID ICU [Internet]. Massachusetts: Massachusetts General Hospital; 2022 [cited 2025 Jan 24]. Available from: https://healthcare.partners.org/streaming/Live/MGH/MGH_PalliativeCare_GeriatricMedicine_LiveStream.html .

41. Ouchi K, George N, Schuur JD, Aaronson EL, Lindvall C, Bernstein E, et al. Goals-of-care conversations for older adults with serious illness in the emergency department: challenges and opportunities. Ann Emerg Med. 2019; 74(2): 276-84. doi:10.1001/jamainternmed.2014.5271

42. Ouchi K, Lawton AJ, Bowman J, Bernacki R, George N. Managing code status conversations for seriously ill older adults in respiratory failure. Ann Emerg Med. 2020; 76(6): 751-6. doi:10.1016/j.annemergmed.2020.05.039.

43. Ouchi K, Strout T, Haydar S, Baker O, Wang W, Bernacki R, et al. Association of emergency clinicians' assessment of mortality risk with actual 1-month mortality among older adults admitted to the hospital. JAMA Netw Open. 2019; 2(9): e1911139. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11139.

44. Paske JRT, DeWitt S, Hicks R, Semmens S, Vaughan L. Palliative Care and Rapid Emergency Screening Tool and the Palliative Performance Scale to predict survival of older adults admitted to the hospital from the emergency department. Am J Hosp Palliat Care. 2021; 38(7): 800-6. doi:10.1177/1049909120960713.

45. palliAGED. Emergency planning and management [Internet]. Bedford Park: palliAGED; 2021 [cited 2025 Jan 24]. Available from: https://www.palliaged.com.au/Evidence-Centre/Evidence-Summaries/Emergency-Planning-and-Management .

46. Pitcher D, Fritz Z, Wang M, Spiller JA. Emergency care and resuscitation plans. BMJ. 2017; 356: j876. doi:10.1136/bmj.j876.

47. Prachanukool T, George N, Bowman J, Ito K, Ouchi K. Best practices in end of life and palliative care in the emergency department. Clin Geriatr Med. 2023; 39(4): 575-97. doi:10.1016/j.cger.2023.05.011.

48. Prachanukool T, Yuksen C, Jintanavasan S, Jenpanitpong C, Watcharakitpaisan S, Kaninworapan P, et al. Decision-making by emergency medicine personnel in prehospital treatment of patients receiving palliative care: a questionnaire, comparative cohort study. Adv Med Educ Pract. 2021;12:1111-8. doi:10.2147/AMEP.S323557.

49. Quest TE, Lamba S. Palliative care for adults in the ED: concepts, presenting complaints, and symptom management [Internet]. Massachusetts: UpToDate; 2024 [cited 2024 Dec 15]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-in-the-edconcepts-presenting-complaints-and-symptom-management .

50. Reuter Q, Marshall A, Zaidi H, Sista P, Powell ES, McCarthy DM, et al. Emergency department-based palliative interventions: a novel approach to palliative care in the emergency department. J Palliat Med. 2019;v22(6):v649-55. doi:10.1089/jpm.2018.0341.

51. Richards CT, Gisondi MA, Chang CH, Courtney DM, Engel KG, Emanuel L, et al. Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the Screen for Palliative and End-of-life care needs in the Emergency Department instrument. J Palliat Med. 2011; 14(6): 757-64. doi:10.1089/jpm.2010.0456.

52. Salama H, Omer MH, Shafqat A, Binahmed A, Alghamdi GM, Saeed M, et al. Avoidable emergency department visits among palliative care cancer patients: novel insights from Saudi Arabia and the Middle East. BMC Palliat Care. 2024; 23(1): 60. doi:10.1186/s12904-024-01389-4.

53. Serra S, Spampinato MD, Riccardi A, Guarino M, Fabbri A, Orsi L, et al. Pain management at the end of life in the emergency department: a narrative review of the literature and a practical clinical approach. J Clin Med. 2023; 12(13): 4357. doi:10.3390/jcm12134357.

54. Shen VW, Yang C, Lai LL, Chen YJ, Huang HH, Tsai SH, et al. Emergency department referral for hospice and palliative care differs among patients with different end-of-life trajectories: a retrospective cohort study. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(12): 6286. doi:10.3390/ijerph18126286.

55. Siegel M, Bigelow S. Palliative care symptom management in the emergency department: the ABC's of symptom management for the emergency physician. J Emerg Med. 2018; 54(1): 25-32. doi:10.1016/j.jemermed.2017.08.004.

56. Solberg LM, Hincapie-Echeverri J. Palliative care in the emergency department. Crit Care Nurs Clin North Am. 2015; 27(3): 355-68. doi:10.1016/j.cnc.2015.05.008

57. Star A, Boland JW. Updates in palliative care - recent advancements in the pharmacological management of symptoms. Clin Med (Lond). 2018; 18(1): 11-6. doi:10.7861/clinmedicine.18-1-11.

58. Tangpaisarn T, Prajammuang P, Khemtong S, Phungoen P, Thatphet P. SPICT tool among intubated elderly patients at emergency department. Heliyon. 2024; 10(21): e39905. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e39905.

59. Wasp GT, Alam SS, Brooks GA, Khayal IS, Kapadia NS, Carmichael DQ, et al. End-of-life quality metrics among Medicare decedents at minority-serving cancer centers: a retrospective study. Cancer Med. 2020; 9(5): 1911-21.

60. Weaver LM, Hobgood CD. Death notification and advance directives. In: Tintinalli JE, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Stapczynski JS, Cline DM, editors. Tintinalli’s emergency medicine: a comprehensive study guide. 9th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020. p. 2004-6.

61. Wibulpolprasert A, Wangviboonchai V, Saengprateeptong P, Chongthavonsatit N, Pongsettakul N, Prachanukool T. Comparison of resuscitation intervention utilization in the emergency department by palliative care eligible patients between cancer and non-cancer. Sci Rep. 2024; 14(1): 26547. doi:10.1038/s41598-024-77979-2.

62. Wiese CH, Barrels UE, Graf BM, Hanekop GG. Out-of-hospital opioid therapy of palliative care patients with acute dyspnoea: a retrospective multicenter investigation. J Opioid Manag. 2009; 5(2): 115-22. doi:10.5055/jom.2009.0013.

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 5

บทบาททีมสหวิชาชีพ ในการดูแลประคับประคอง





บทที่ 5.1 บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ภญ.วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์
โรงพยาบาลอุดรธานี

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอัน ได้แก่ กาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลคือการลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีหลายอาการ ซึ่งแต่ละอาการมีความแตกต่างกันไปตามประเภทของโรคและระยะของการเจ็บป่วย โดยอาการที่พบได้บ่อยที่สุด ได้แก่ อาการปวด (pain) พบได้บ่อยถึงร้อยละ 70–90 ในผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังระยะท้าย นอกจากนี้ ยังพบอาการเหนื่อยล้า (fatigue) อาการเบื่ออาหาร (anorexia) อาการคลื่นไส้/อาเจียน (nausea/vomiting) อาการหายใจลำบาก (dyspnea) อาการซึมเศร้า (depression) อาการนอนไม่หลับ (insomnia) อาการท้องผูก (constipation) อาการสับสน/เพ้อ (delirium) และอาการอื่น ๆ ซึ่งอาจเกิดจากโรคหรือผลข้างเคียงของยา โดยมักพบในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก

การใช้ยาในการดูแลแบบประคับประคอง มีเป้าหมายในการลดอาการทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยกลุ่มยาที่ใช้บ่อยได้แก่ ยาระงับปวด (analgesics) ยาต้านอาเจียน (antiemetics) ยาคลายเครียด/กังวล (anxiolytics) ยานอนหลับ (hypnotics) ยาลดอาการหายใจลำบาก (dyspnea) ยาลดเสมหะในลำคอ (anticholinergics) ยาระบาย (laxatives) ยาต้านซึมเศร้า/ยาจิตเวช (antidepressants/antipsychotics) เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้บางรายการจัดเป็นยาที่ต้องมีการควบคุมเป็นพิเศษ เช่น ยากลุ่ม strong opioids ได้แก่ morphine, fentanyl, methadone, oxycodone จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ยา Midazolam จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท 2 ยาเหล่านี้จำเป็นต้องมีกระบวนการควบคุมตั้งแต่ขั้นตอนการจัดซื้อ การจัดเก็บ การเบิกจ่ายยา การสำรองยาในหน่วยที่เกี่ยวข้อง การสั่งใช้ยา การบริหารยาทั้งในโรงพยาบาล สถานชีวาภิบาลและที่บ้านผู้ป่วย การคืนยา และการทำลายยา เป็นต้น

เภสัชกรมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการบริหารจัดการด้านยา การบริการเภสัชกรรม การบริบาลทางเภสัชกรรม การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน สถานชีวาภิบาลและอื่น ๆ รวมถึงการสื่อสารข้อมูลด้านการใช้ยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้ป่วยแบบประคับประคองสมเหตุผล ปลอดภัย สามารถจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ของผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี

• บทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (role of pharmacist in palliative care)

เภสัชกรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล โภชนากร แพทย์แผนไทยและอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการใช้ยาที่เหมาะสมและเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ บทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหลายประเทศทั่วโลก เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย รวมถึงในประเทศไทยนั้น เภสัชกรมีบทบาทสำคัญต่าง ๆ ดังนี้

1. การกำหนดกรอบรายการยาและการจัดหายา: เภสัชกรมีบทบาทในการกำหนดกรอบรายการยาที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผ่านคณะกรรมเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ของโรงพยาบาล โดยสอดคล้องกับบริบทและการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้มีรายการยาที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสมและเพียงพอ ในกระบวนการจัดหา การบริหารจัดการยาสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ให้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น กรณีรายการที่เป็นยาเสพติด ให้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทให้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระเบียบพัสดุ เป็นต้น รวมถึงการจัดเตรียมยา/รูปแบบยาที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation)

2. การบริหารจัดการระบบยา: เภสัชกรมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบยาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่าย มีการใช้ยาถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย ดำเนินการภายใต้ระบบคุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย การจัดระบบการสำรองยาในหน่วยต่าง ๆ ในโรงพยาบาล แนวทางเบิกจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย ทั้งในผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ผู้ป่วยที่รับการดูแลแบบ home ward และผู้ป่วยที่บ้าน แนวทางการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล สถานชีวาภิบาล home ward และที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน ภายใต้กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติวัตถุเสพติด พ.ศ. 2564 เป็นต้น

3. การบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม: เภสัชกรมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยาทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สถานชีวาภิบาล home ward และที่บ้าน ตั้งแต่กระบวนการจัดเตรียมยา ให้มีความพร้อมใช้ การเก็บรักษายาตามมาตรฐาน การตรวจสอบยาอย่างสม่ำเสมอ การบันทึกข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน การประสานรายการยา (medication reconciliation) การค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยา (drug related problems) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction), ปฏิกิริยาระหว่างยา ยากับสารน้ำ และยากับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (incompatibility and drug interaction) และการใช้ยาจัดการอาการต่าง ๆ เช่น อาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ (symptoms management) เป็นต้น นอกจากนี้เภสัชกรมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เป็นต้น

4. วิชาการและวิจัย: เภสัชกรมีบทบาทในการให้ความรู้ด้านการรักษาด้วยยาหรือเภสัชบำบัดแก่บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล รวมถึงประชาชนในชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการผ่านกรณีศึกษาร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ สร้างนวัตกรรมด้านยาใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการทบทวนวรรณกรรมใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ และทำการศึกษาวิจัยด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการใช้ยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

• แนวทางในการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุข ได้มีการกำหนดแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปีงบประมาณ 2561 โดยได้กำหนดบทบาทเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนี้

1. การบริบาลทางเภสัชกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลมีการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล ดังนี้

1.1 งานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก: จัดบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบการให้บริการในคลินิกแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หรือการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายโดยเภสัชกร

1.2 งานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยใน: จัดบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยระยะท้าย ในรูปแบบ round ward, การทำ case conference, การทำ advance care planning หรือการทำ discharge counselling ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2. การบริบาลทางเภสัชกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยกำหนดให้เภสัชกรทุกโรงพยาบาลมีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ดังนี้

2.1 การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยเภสัชกรมีกิจกรรมในการดำเนินการเช่นเดียวกับการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น ทั้งนี้การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน รวมถึงสถานชีวาภิบาล และ Home ward

2.2 เชื่อมโยงการดูแลด้านการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับระบบสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ประสานงานผ่านหน่วยงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานชีวาภิบาล วัด และอื่น ๆ

โดยในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งในผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และที่บ้านผู้ป่วย สถานชีวาภิบาลและ home ward นั้น เภสัชกรมีบทบาทในการทำกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1) ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยา (medication review) เภสัชกรช่วยประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ทั้งหมด เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มียาซ้ำซ้อน ยาที่ไม่จำเป็น หรือยาที่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรงแก่ผู้ป่วย

2) ประสานรายการยา (medication reconciliation) ให้แก่ผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อลดการซ้ำซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

3) ร่วมจัดการอาการ (symptom management) ร่วมพิจารณาเลือกยาและวิธีการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น ปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ภาวะซึมเศร้า และอาการทางจิตประสาท และอื่น ๆ

4) ให้คำปรึกษาเรื่องการปรับขนาดยาร่วมกับทีมแพทย์ ให้แก่ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหาการทำงานของไตหรือตับลดลง หรือมีสภาวะทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลง เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ เภสัชกรมีหน้าที่ช่วยแนะนำการปรับขนาดยา หรือเลือกทางให้ยาที่เหมาะสม เช่น ใช้ยาทางใต้ลิ้น ยาฉีดทางชั้นใต้ผิวหนัง เป็นต้น

5) จัดการแก้ไขปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (drug related problems) ที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย

6) ร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เภสัชกรมีบทบาทในการจัดทำแนวทางการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยประคับประคอง เช่น แนวทางการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล สถานชีวาภิบาล และที่บ้าน แนวทางการใช้ยามอร์ฟีนชนิดฉีดทางชั้นใต้ผิวหนัง แนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยช่วงท้ายที่ใกล้เสียชีวิต เป็นต้น

7) ให้ข้อมูลและความรู้ด้านยากับทีมสหวิชาชีพ เภสัชกรมีบทบาทในการจัดอบรมหรือแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ แนวทางการดูแลด้านยาในผู้ป่วยระยะท้ายกับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ

8) จัดหาหรือจัดเตรียมยาในรูปแบบยาที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation) แก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในกรณีที่มีความจำเป็น

• แนวทางในการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานชีวาภิบาล

ในปัจจุบันได้มีการดำเนินการในรูปแบบสถานชีวาภิบาล (palliative care facility) ในหลากหลายรูปแบบในชุมชนซึ่งเป็นสถานบริการที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยเภสัชกรมีบทบาทมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานชีวาภิบาลอาศัยหลักการเดียวกันกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีการปรับตามบริบทและรูปแบบการจัดสถานชีวาภิบาลนั้น ๆ โดยมีหลักการ ดังนี้

1. จัดรูปแบบการกระจายยาในสถานชีวาภิบาลให้มีความเหมาะสม ตัวอย่างเช่น

1.1 ยาจากโรงพยาบาล เช่น ยาเฉพาะรายของผู้ป่วย

1.2 ยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ยาโรคเรื้อรัง หรือยาตามอาการ เป็นต้น

1.3 ตู้ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ตู้ยาในสถานชีวาภิบาล ในวัด หรืออื่น ๆ ใช้สำหรับจัดการอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นต้น

2. จัดทำ medication profile ของผู้ป่วยเฉพาะราย และบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยประจำวัน รวมถึงมีการทำ medication review อย่างต่อเนื่อง

3. มีการจัดเยี่ยมบ้านและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การเยี่ยมบ้านใช้หลักการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

4. ให้ความรู้ด้านการใช้ยาและการบริหารยาแก่ care manager หรือ caregiver

5. ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด เป็นต้น

• คำแนะนำเกี่ยวกับรายการยาจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (essential drug list in palliative care)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุข ได้มีการกำหนดแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ปีงบประมาณ 2561 โดยได้กำหนดรายการยาจำเป็นพื้นฐานขั้นต่ำที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามระดับโรงพยาบาล A, S, M, F ไปแล้วนั้น ในปัจจุบันโรงพยาบาลมีการแบ่งขนาดตามศักยภาพของโรงพยาบาลแบบใหม่ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

S (standard) โรงพยาบาลมาตรฐาน เป็นระดับพื้นฐานที่ทุกโรงพยาบาลต้องมีมาตรฐานเดียวกัน โดยมีมาตรฐานกลางที่ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ เช่น มาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

A (academy) โรงพยาบาลที่สามารถจัดการเรียนการสอนได้ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการจัดการเรียนการสอน ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การสอนแพทย์เฉพาะทาง การฝึกอบรมพยาบาล หรือการเป็นแหล่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์ของมหาวิทยาลัย

P (premium/professional) โรงพยาบาลระดับสูง เป็นระดับสูงสุด เทียบเท่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และมีเทคโนโลยีขั้นสูง รายการยาจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อ้างอิงจากแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กองบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561 และหลักเกณฑ์ในการบริการดูแลแบบประคับประคอง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ปี พ.ศ. 2564 ดังตารางที่ 5.1.1

ตารางที่ 5.1.1 คำแนะนำเกี่ยวกับรายการยาจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (essential drug list in palliative care)

คำแนะนำรายการยาจำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	S (standard)	A (academy)	P (premium/ professional)
1.ยากลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่			
1.1 มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ทันที (immediate release Morphine)			
- Morphine 2 mg/ml syrup	/	/	/
- Morphine immediate release 10mg tab	/	/	/
1.2 มอร์ฟีนรูปแบบรับประทานชนิดออกฤทธิ์ยาว (sustained release Morphine)			
- MST® 10 mg tab	/ *	/	/
- MST® 30 mg tab	*(MST หรือ	/	/
- Kapanol® cap (ไม่ระบุขนาด)	Kapanol)	/	/
- Fentanyl patch (ไม่ระบุขนาด)	/	/	/
- Methadone และ Oxycodone พิจารณาตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล	-	-	/
1.3 ยารูปแบบฉีด			
- MO injection	/	/	/
2. ยาที่ใช้บรรเทาอาการอื่น ๆ 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	-	-	/
3. รายการยาอื่น ๆ ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล เช่น รายการยาสมุนไพร	/	/	/

สำหรับสถานพยาบาลในระดับ A (academy) และระดับ P (premium/professional) ควรพิจารณาเพิ่มประเภทยา รูปแบบ และขนาดยาให้มากขึ้น เพื่อบุคลากรทางแพทย์จะได้ประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ โรงพยาบาลทุกระดับควรมีการพิจารณารายการยาสมุนไพรรักษาอาการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแบบประคับประคองตามรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียาจากสมุนไพร เพื่อเพิ่มทางเลือกในการใช้ยาตามความจำเป็นและเหมาะสมของสถานพยาบาล

• แนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับเภสัชกร

การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยแบบประคับประคองของเภสัชกรจะใช้หลักการของ pharmacist's patients care process ของ The Joint Commission of Pharmacy Practitioners (JCPP) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เภสัชกรปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความซับซ้อนทั้งด้านโรค การใช้ยา และสภาวะทางจิตใจ ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูล (collect) การประเมิน (assessment) การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (implement) และการติดตามประเมินผล (follow-up: monitor and evaluate) โดยรวมไปถึงการพัฒนาเชิงระบบ (system) เชื่อมโยงระบบบริการในโรงพยาบาลและระบบสุขภาพในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เภสัชกรต้องมีข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งอาจมาจากหลากหลายแหล่งข้อมูล เช่น

- ประวัติการแพ้ยา
- รายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้อยู่ของผู้ป่วย ทั้งยาที่ใช้ในปัจจุบัน ยาหรือสมุนไพรหรืออาหารเสริมหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้ป่วยใช้เองที่บ้าน
- ผลการประเมินอาการสำคัญของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Pain score เพื่อประเมินอาการที่เป็นปัญหาและรบกวนคุณภาพชีวิต เช่น อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก เป็นต้น
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การทำงานของไต การทำงานของตับ เป็นต้น
- ผลการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อประเมินความสามารถในการรับประทานยา เช่น ความสามารถในการกลืน ความสามารถในการรับประทานยาหรืออาหาร
- ความต้องการหรือเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วย/ครอบครัว เป็นต้น

ข้อมูลเหล่านี้จะทำให้ทราบความสัมพันธ์ของประวัติการใช้ยาและอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ทั้งข้อมูลด้านประวัติส่วนตัวความเจ็บป่วย ข้อมูลด้านสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล สิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อนำไปสู่การประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ต่อไป

2. การประเมิน เภสัชกรจะต้องนำข้อมูลผู้ป่วย การเจ็บป่วย การรักษา การใช้ยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยมาประเมินผลการรักษาทางด้านคลินิกของผู้ป่วยว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ มีปัญหาด้านยาเกิดขึ้นหรือไม่ การประเมินสุขภาพองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มีความสำคัญมากในการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย palliative care เพราะมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยารวมถึงจำนวนยาของผู้ป่วย โดยสัมพันธ์กับการประเมินค่าที่สำคัญ เช่น Palliative Performance Scale (PPS) ซึ่งใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและความรู้สึกตัว โดยมีค่าตั้งแต่ร้อยละ 100 (เคลื่อนไหวปกติ ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รับประทานอาหารได้ตามปกติ รู้สึกตัวดี) – 0 (เสียชีวิต) เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น PPS จะลดลง การปรับยาจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยในแต่ละครั้งตามผลการประเมิน ดังนั้น เภสัชกรจำเป็นต้องเข้าใจการประเมิน PPS เพื่อวางแผนการจัดการด้านยาให้แก่ผู้ป่วย หรือใช้ Pain score เพื่อประเมินความปวด

หรือ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ในการประเมินผู้ป่วยตามสภาพของปัญหาโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินและติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย อาการที่ควรประเมิน มี 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ อาการเหนื่อยหอบ โดยแต่ละอาการจะถูกวัดเป็นหมายเลขตั้งแต่ 0 (ไม่มีอาการ) – 10 (มีอาการมากที่สุด) การใช้แบบประเมิน ESAS จะทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้ เภสัชกรควรใช้ทักษะการฟัง เพื่อให้เข้าใจ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก สมรรถนะและความคาดหวังของผู้ป่วย รวมถึงของผู้ดูแลและญาติ โดยกระบวนการเหล่านี้จะสามารถกระทำได้หากผู้ป่วยยังมี PPS สูง หรือผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารกับเภสัชกรครอบครัวได้

เภสัชกรควรใช้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ประเมินได้จาก PPS, pain score, ESAS หรืออื่น ๆ มาประเมินความเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยทั้งข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความสามารถในการเข้าถึงหรือบริหารยา การประเมินความเหมาะสมของยาที่ใช้อยู่ เช่น

- เมื่อประเมินอาการสำคัญของผู้ป่วยจาก ESAS แล้วเภสัชกรควรประเมินว่าผู้ป่วยได้รับยาที่ครอบคลุมอาการนั้น ๆ หรือไม่
- เมื่อประเมิน PPS แล้ว เภสัชกรควรประเมินรูปแบบยาว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วหรือไม่ ควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบยาหรือไม่
- ยาที่ผู้ป่วยใช้มีปฏิกิริยาระหว่างยา มีปฏิกิริยาระหว่างอาหาร สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือไม่
- ขนาดยาที่ผู้ป่วยใช้ถูกต้องตามการทำงานของไตหรือตับหรือไม่ จำเป็นต้องปรับขนาดหรือไม่
- ผู้ป่วยมีการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพเองที่ไม่จำเป็นหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายหรือไม่

การประเมินเหล่านี้จะทำให้สามารถวินิจฉัยทางเภสัชกรรม (pharmaceutical diagnosis) เพื่อค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การวางแผนในการจัดการปัญหาด้านยาให้แก่ผู้ป่วยต่อไป

3. การวางแผน เภสัชกรสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมถึงทีมสุขภาพในชุมชน โดยสร้างกระบวนการดูแลที่กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามเป้าหมายและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยเภสัชกรจัดทำแผนการใช้ยาที่เหมาะสม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายคือการควบคุมอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การปรับขนาดยามอร์ฟีนให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย การหยุดยาบางรายการที่ไม่มีประโยชน์ในช่วงท้ายของชีวิตผู้ป่วย วางแผนการดูแลแบบ Home Care หรือ Home ward ที่บ้าน หรือเปลี่ยนการใช้ยาในรูปแบบ subcutaneous infusion เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืน เป็นต้น

4. การลงมือปฏิบัติ เภสัชกรนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้จากขั้นตอน collect, assessment และ plan นำมาปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต ตัวอย่างเช่น

- เภสัชกรดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (drug related problems) โดยอาจร่วมปรับขนาดยา เปลี่ยนรูปแบบยา หยุดยา เปลี่ยนยา หรืออื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปตามเป้าหมาย

- เภสัชกรแนะนำการใช้ Strong opioids เช่น Morphine, Fentanyl ในรูปแบบต่าง ๆ อย่างปลอดภัย รวมถึงแนะนำการให้ Morphine รูปแบบ subcutaneous infusion แทนแบบรับประทาน รวมถึงสอนวิธีการบริหารยาให้ถูกต้องและปลอดภัย

- ให้ความรู้และสอนทักษะการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้สามารถใช้ยาที่สถานชีวาภิบาล Home ward หรือที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

- จัดเตรียมยาแก่ผู้ป่วยให้เหมาะสมและเพียงพอทั้งใน โรงพยาบาล สถานชีวาภิบาล Home ward และที่บ้าน

- ให้คำแนะนำเรื่องการถอนยาบางตัวที่ไม่มีประโยชน์

- ติดตามอาการผู้ป่วย เช่น อาการปวดหรือผลข้างเคียงจากยา

- เภสัชกรให้คำแนะนำเรื่องยาแก่ทีมแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล

- บันทึกการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในเวชระเบียน

- ประสานส่งต่อการดูแลผู้ป่วยให้ทีมผู้รักษาทั้งในโรงพยาบาลและทีมสุขภาพในชุมชน ผ่านทางเวชระเบียน หรือใบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกำหนดช่วงเวลาในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

เภสัชกรควรมีการเสริมพลัง เสริมกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลที่มีความท้อแท้ หมดหวัง หดหู่หมดกำลังใจ รวมถึงปรับการให้คำแนะนำการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามบริบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย

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 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอื่น ๆ ร่วมกับการสอบถามจากผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) ผลลัพธ์ทางคลินิกหรืออาการสำคัญที่สัมพันธ์กับการบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โดยรูปแบบในการติดตามอาจมีการปรับและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การติดตามเยี่ยมซ้ำ การติดตามทางโทรศัพท์ ทางแอพพลิเคชั่นไลน์ การทำเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) รวมถึงผ่านทางทีมสุขภาพในชุมชน

6. การเชื่อมโยงเชิงระบบ (system)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรมีการติดตามตั้งแต่โรงพยาบาล ไปจนถึงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หรือเยี่ยมผู้ป่วยที่สถานชีวาภิบาล เชื่อมโยงการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในชุมชน เช่น รพ.สต. อปท. วัด สถานปฏิบัติธรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน และคืนข้อมูลระบบบริการเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง นำไปสู่การวางแนวทางเชิงระบบ ทั้งการบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่สถานชีวาภิบาลและที่บ้าน การปรับเปลี่ยนรูปแบบของยาเพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อลดปัญหาอันเกิดจากยาที่บ้านของผู้ป่วย การจัดระบบบริหารจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยที่ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน สถานชีวาภิบาล หรือรูปแบบ Home ward มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยด้านยา รวมถึงการสร้างเครือข่ายกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน หน่วยงานอื่น ๆ จิตอาสา จะเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชนที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนได้ดี

สรุป

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้ายของโรคแบบประคับประคอง มีเป้าหมายในการลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ แบบองค์รวม โดยเภสัชกรเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในทีม ที่จะช่วยขับเคลื่อนการบริหารจัดการระบบยา การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สถานชีวาภิบาล Home ward และที่บ้าน ในการบริหารยา ปรับขนาดยา จัดการแก้ไขปัญหาด้านยา (DRPs) ผลข้างเคียงของยา และผลที่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยา ทบทวนและประสานรายการยา การให้ความรู้เกี่ยวกับยาต่าง ๆ แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ให้เหมาะสมตามอัตรากำลังและบริบทของหน่วยงานและชุมชน โดยทั้งนี้เภสัชกรจะต้องมีการทบทวนองค์ความรู้ เรียนรู้ ฝึกประสบการณ์ และเพิ่มสมรรถนะด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพ มองผู้ป่วยด้วยใจ มีเภสัชกรใกล้บ้านใกล้ใจ เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตายดีและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สิงหาคม 2561.

2. กิติพล นาควิโรจน์. วิธีการประเมินอาการต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative2th .

3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กันยายน 2563.

4. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative3th .

5. ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิ่ม, ปรีชา มนทกานติกุล. คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2556.

6. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on the pharmacist's role in palliative and hospice care. Am J Health Syst Pharm. 2016.

7. Gilbar P, Stefaniuk K. The role of the pharmacist in palliative care: result of a survey conducted in Australia and Canada. J Palliat Care. 2002; 18: 287-92.

8. Hussainy SY, Box M, Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. BMC Palliat Care. 2011; 10: 16.

9. Joint Commission of Pharmacy Practitioners. Patient care process document: pharmacists' patient care process [Internet]. 2014 [cited 2025 Sep 25]. Available from: https://jcpp.net/patient-care-process .

10. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2007; 34(1): 94-104. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015 .

11. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care .



บทที่ 5.2 บทบาทของนักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ดร.พว.อนุชตรา วรรณเสวก
นางชลิดา ถมยาปริวัติ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

บทนำ

ในปัจจุบัน ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทางการแพทย์และเทคโนโลยีประกอบกับอายุขัยของมนุษย์ที่เพิ่มขึ้น ได้ส่งผลให้ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้นพร้อมด้วยโรคเรื้อรังและโรคที่คุกคามชีวิตในทุกช่วงวัย ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ใกล้เสียชีวิต จึงต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของ “palliative care” ไว้ว่า “การดูแลแบบประคับประคองเป็นวิธีการดูแลที่พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) และครอบครัวที่เผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคร้ายที่คุกคามชีวิต ช่วยป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน รวมถึงการประเมินและการรักษาอาการปวดและปัญหาอื่น ๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค” ให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ส่งเสริมและรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนกระทั่งเสียชีวิต

ในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการอาการและการให้การสนับสนุนทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณถือเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง นอกจากอาการปวด หายใจลำบาก และอ่อนเพลีย กลืนลำบาก คลื่นไส้ แผลในช่องปาก ท้องเสีย และอาเจียน ที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการบริโภคอาหารร่วมกับผลกระทบทางกายภาพและการเผาผลาญอาหารหลายประการที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษาอื่น ๆ ผู้ป่วยอาจมีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรงจนเกิดภาวะผอมแห้ง (cachexia) ที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อและไขมันสามารถพบได้ในโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคตับ หรือโรคไตเรื้อรัง ส่งผลเสียต่อความสามารถในการรับประทานอาหารของบุคคล ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้น รวมถึงผลกระทบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อการติดเชื้อ การสมานแผลไม่ดี และการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การสูญเสียความอยากอาหาร มักกลายเป็นสาเหตุของความเครียดและความวิตกกังวลทางจิตใจ ดังนั้น การดูแลด้านโภชนาการ การปรับเปลี่ยนอาหารเพื่อบรรเทาอาการและรักษาภาวะโภชนาการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต การทำงานทางกาย ภูมิคุ้มกัน และความเป็นอยู่ที่ดี จึงควรได้รับการพิจารณาให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแล แบบประคับประคองและระยะท้าย

การได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่เพียงพอและสมดุลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาโรค หากผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ ที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการบริโภคอาหาร นำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ซึ่งท้ายที่สุดจะส่งผลต่อการลุกลามของโรค ลดคุณภาพชีวิต และเพิ่มระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองควบคู่ไปกับการรักษาโรค ในปี ค.ศ. 2017 สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งสหภาพยุโรป (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN) ได้นิยาม “palliative nutrition” ไว้ดังนี้ “Palliative nutrition is form of nutrition care and therapy that is provided to patient in late phases of end-stage disease.” กล่าวคือ “โภชนาการแบบประคับประคอง เป็นการดูแลทางด้านโภชนาการและการให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรค” โดย สิรกานต์ เตชะวณิช ได้กล่าวถึงคำนิยามดังกล่าวใน textbook of palliative care การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของ สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย พ.ศ. 2564 ว่า นิยาม palliative nutrition นี้ มิได้บ่งบอกถึงระยะต่าง ๆ ของการรักษาแบบประคับประคองซึ่งอาจมีเป้าหมายในทางโภชนาการที่ต่างกันและผลลัพธ์ทางคลินิกยังไม่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มโรคหรือกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนหรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้าน ดังนั้น การดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองจึงควรดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษาจำเพาะรายโรคตามมาตรฐานตั้งแต่ระยะแรกของการเริ่มต้นรักษาโรคจนผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายมีความต้องการที่หลากหลาย จึงควรได้รับการประเมินความต้องการด้านโภชนาการเป็นรายบุคคลจากหลายสาขาวิชา ควรให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล การสูญเสียความอยากอาหารมักเป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียดหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มักเกิดขึ้นร่วมกันเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังมีความเสี่ยงจากการรับประทานอาหารทางปากในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย (eating and drinking with acknowledged risk, EDAR) มีความเสี่ยงที่อาหารและเครื่องดื่มจะลงสู่ปอด อาจทำให้เกิดอาการไอสำลัก และติดเชื้อในปอดได้ บุคลากรทางการแพทย์จะมีการประเมินอาการผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนการดูแลด้านโภชนาการให้ผู้ป่วยยังคงได้รับอาหารและเครื่องดื่ม เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม สุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำในผู้ป่วยระยะท้าย เช่น เบื่ออาหาร ปากแห้ง ปวดศีรษะ เพ้อ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง น้ำหนักลด ซูบผอม ไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้มักก่อให้เกิดความเศร้ากับญาติผู้ดูแล ทำให้ต้องหาทางช่วยบรรเทาโดยมีการร้องขอการให้โภชนบำบัดและน้ำในผู้ป่วยระยะท้าย เรียกว่า artificial nutrition and hydration (ANH) ซึ่งทำได้ 2 ทาง คือ ทางเดินอาหารโดยการใส่สายให้อาหาร และทางหลอดเลือดดำ เป็นรูปแบบการบังคับให้อาหาร (forced feeding) ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียและภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยมากกว่า และไม่อาจบรรเทาอาการไม่สุขสบายดังกล่าวได้ แต่การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารโดยการให้อาหารที่สร้างความพอใจให้กับผู้ป่วย ที่เรียกว่า comfort food รวมถึงการให้น้ำปริมาณน้อย ๆ และน้ำแข็ง การดูแลอนามัยช่องปากและทาผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นหล่อลื่นริมฝีปาก จะลดความทรมานให้แก่ผู้ป่วยได้มากกว่า ดังนั้น การให้โภชนบำบัดและน้ำทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะท้าย ควรคำนึงถึงเหตุผลทางจริยธรรมอันสมควร ในการ

ให้สารอาหารแก่ผู้ป่วยตามการพยากรณ์โรค มีความตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน ต้องพิจารณาความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยทางศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐานะ ระบบบริการทางการแพทย์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยอย่างระมัดระวัง และให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับประโยชน์และข้อจำกัดในการรักษา

การวางแผนโภชนาการแบบประคับประคองและระยะท้ายแบบสหวิชาชีพ จึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยต้องปรับให้เข้ากับระยะของโรค อาจเป็นเรื่องท้าทายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลด้านโภชนาการที่ดีที่สุดจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประเมินและคำแนะนำด้านโภชนาการตั้งแต่ระยะเริ่มต้น สม่ำเสมอ การให้ความรู้แก่สมาชิกในทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการให้การดูแลด้านโภชนาการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคุกคามชีวิต และในการสนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติผ่านการมีส่วนร่วมในการวิจัย จะช่วยให้เกิดความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษาแบบประคับประคองในทุกคนที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติตามกระบวนการด้านโภชนาการ (nutrition care process) โดยให้มีการคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ ดังนั้น การดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองควรจัดทีมโภชนบำบัดให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ทีมโภชนบำบัด (nutrition support team, NST) เป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพต่าง ๆ ประกอบด้วย 4 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์โภชนศาสตร์คลินิก พยาบาลโภชนบำบัด เภสัชกร และนักกำหนดอาหาร ดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ ทั้งในโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ สถานชีวาภิบาล และในชุมชน ในบทนี้จะขอกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโภชนบำบัดและนักกำหนดอาหาร ในการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและรับรองว่าผู้ป่วยได้รับโภชนาการอย่างเหมาะสม โดยมีบทบาทหน้าที่ตามวิชาชีพ มีการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีความรับผิดชอบแตกต่างกันไปตามนโยบายของโรงพยาบาล

• บทบาทหน้าที่ของพยาบาลโภชนบำบัดและนักกำหนดอาหารในการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย

<u>บทบาทหน้าที่ของพยาบาลโภชนบำบัด</u>

พยาบาล เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด ในทุกระดับของการให้บริการ อีกทั้งพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลแบบองค์รวม คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญภาวะคุกคามจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพผ่านกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแล และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังทำหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ มีการทำงานระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ (interprofessional collaborative practice, IPCP) จะเป็นการนำความเชี่ยวชาญ มุมมองของทุกวิชาชีพมาปฏิบัติงานร่วมกัน เกิดการวางแผนการใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงหน้าที่ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับผู้ป่วยและประชาชน รวมถึงทีมสหวิชาชีพ เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ของการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

ในการดูแลแบบประคับประคอง จะมีพยาบาลเฉพาะทางที่มาทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะพยาบาลโภชนบำบัด (nutrition support nurse / nutrition nurse specialist) มีบทบาทหน้าที่ในการจัดการด้านโภชนาการ โภชนบำบัด และส่งเสริมภาวะโภชนาการ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ในประเทศไทย พยาบาลโภชนบำบัด ยังไม่ถูกบรรจุให้เป็นหนึ่งในสาขาการพยาบาลเฉพาะทางของสภาการพยาบาล แต่มีหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางด้านโภชนบำบัด โดยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ในต่างประเทศ พยาบาลโภชนบำบัด มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินภาวะโภชนาการ การจัดการโภชนาการเฉพาะโรคเฉพาะราย การให้การพยาบาลขั้นสูงแก่ผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหาร (enteral and parenteral nutrition devices) รวมถึงการพยาบาลภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการและโภชนบำบัด การให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย การดูแลการให้โภชนบำบัดทางหลอดเลือดดำที่บ้าน ติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงความต้องการทางโภชนาการและความชอบส่วนบุคคล รวมถึงการประเมินและติดตามการได้รับพลังงานและสารอาหารของผู้ป่วย การปรับแผนโภชนาการ ให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมในช่วงท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลโภชนาการในการดูแลแบบประคับประคองคือการรักษาหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมาน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบ

<u>บทบาทหน้าที่ของนักกำหนดอาหาร</u>

การกำหนดอาหารและโภชนบำบัด เป็นแนวคิดในการใช้อาหารเพื่อดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยพระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขาการกำหนดอาหารเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นสาขาวิชาชีพหนึ่งที่เกี่ยวกับการกระทำต่อมนุษย์ หรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหาโภชนาการโดยประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย วิเคราะห์และวางแผนการให้โภชนบำบัด การให้คำปรึกษา ติดตาม ประเมินผล ส่งเสริม และฟื้นฟูภาวะโภชนาการ และการดัดแปลงอาหารเฉพาะโรคให้เป็นไปตามแผนการรักษาเพื่อให้เหมาะสมกับโรคและภาวะโภชนาการ โดยเรียกผู้ปฏิบัติหน้าที่นี้ว่า “นักกำหนดอาหาร (dietitian)” มีหน้าที่หลักตามคู่มือการปฏิบัติงานโภชนาการในโรงพยาบาลกองบริหารงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการปฏิบัติงานให้โภชนบำบัดรายบุคคลโดยครอบคลุมกระบวนการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ ประยุกต์ และดำเนินการตามแผนการให้โภชนบำบัด โดยการจัดการกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการบริการอาหารและสารอาหารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบต่าง ๆ ให้เป็นไปตามหลักโภชนบำบัดที่เหมาะสมแก่ความเจ็บป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วย การวางแผนโภชนาการเฉพาะรายบุคคล ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการติดตามและปรับแผนโภชนบำบัดที่เหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วย

นักกำหนดอาหาร มีบทบาทสำคัญในการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยทำหน้าที่ในการประเมินภาวะโภชนาการและวางแผนโภชนบำบัดเฉพาะโรค/เฉพาะทางเป็นรายบุคคล การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ การจัดการอาการต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และกลืนลำบาก ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมที่เกี่ยวข้องกับอาหารของผู้ป่วยซึ่งมีความแตกต่างกันตามความต้องการ

ด้านโภชนาการและวัฒนธรรม ความชอบ บริโภคนิสัยของผู้ป่วย มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อติดตามภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง นักกำหนดอาหารทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดเป้าหมายและความคาดหวังด้านอาหารที่เป็นจริงให้กับผู้ป่วย ยกระดับคุณภาพชีวิต และมอบความสุขสบายให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้

ถึงแม้ว่า บทบาทของพยาบาลโภชนบำบัดและนักกำหนดอาหาร จะมีความเหมือนกันในบางประเด็น ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของทีมโภชนบำบัดตามกระบวนการด้านโภชนาการ (nutrition care process) แต่ในทางปฏิบัติทั้งสองวิชาชีพได้ดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพของตนและมีการทำงานระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ (interprofessional collaborative practice, IPCP) เพื่อเป้าหมายในการดูแลด้านโภชนาการร่วมกัน

• เป้าหมายการดูแลทางด้านโภชนาการแบบประคับประคองและระยะท้าย

การดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีภาวะที่คุกคามชีวิต และผู้ป่วยระยะท้ายมีเป้าหมายทางโภชนาการแตกต่างกัน โดยแบ่งระยะการรักษาแบบประคับประคองเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การจัดการโภชนาการเพื่อการดูแลแบบประคับประคองระยะเริ่มต้น (early palliative nutritional management) เป็นระยะที่มุ่งเน้นการรักษาโรค ผู้ป่วยอาจยังมีเวลาอีกหลายเดือนหรือหลายปีที่จะมีชีวิตอยู่และได้รับการรักษาเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต มีเป้าหมายการดูแลด้านโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้ง พลังงาน โปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ จึงต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีหรือเพื่อลดความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการระหว่างรับการรักษา ส่งผลให้การรักษาหลักมีประสิทธิภาพ การคัดกรองและประเมินโภชนาการ การดูแลด้านโภชนบำบัดตั้งแต่เริ่มต้น สามารถช่วยให้เกิดการตอบสนองต่อการรักษา ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการและความเป็นอยู่ที่ดี

ระยะที่ 2 การจัดการโภชนาการเพื่อการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย (late palliative care nutritional management) มุ่งเน้นการรักษาอาการและบรรเทาอาการที่ทำให้เกิดความไม่สุขบายต่าง ๆ เช่น ปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ และเบื่ออาหาร ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยการรักษาหลักไม่สามารถยืดอายุผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในด้านการรับประทานอาหาร การเคี้ยว การกลืน และการย่อยอาหาร มีความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงของอาการรบกวนต่าง ๆ รวมถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่แย่ลง ดังนั้น ในด้านการดูแลควรมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ผู้ป่วยพอใจ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานและดื่มอาหารและน้ำที่ตนเองชอบ ควรเน้นที่การจัดการอาการที่เป็นปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ตนเองต้องการหรืออาหารที่ตนเองรู้สึกสบายใจเป็นหลัก จะไม่เน้นการให้โภชนบำบัดเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นหรือให้อาหารที่พลังงานสูง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากการให้อาหารที่มากเกินไป อาจไปเพิ่มความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายผู้ป่วยมากขึ้น ในระยะนี้ไม่แนะนำให้คัดกรองโภชนาการเชิงลึกโดยละเอียดและควรเริ่มให้อาหารเสริมตามที่แพทย์สั่ง

ระยะที่ 3 การจัดการโภชนาการเพื่อการดูแลระยะสุดท้าย (very end stage / last days nutritional management) ในระยะนี้อาหารไม่มีความจำเป็นต่อการยืดชีวิต ผู้ป่วยไม่น่าจะมีความอยากอาหารหรือของเหลว และอาจรู้สึกอ่อนแรงมากขึ้น ควรดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย โดยให้อาหารและ/หรือของเหลวตามที่ต้องการหรือทนได้ และดูแลช่องปากเป็นประจำ ดังนั้น เป้าหมายทางโภชนาการเพียงเพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ไม่บังคับ และเคารพการความต้องการของผู้ป่วย ในการเลือกอาหารและปริมาณที่ผู้ป่วยรับประทาน การที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการเบื่ออาหารถือเป็นส่วนหนึ่งของอาการต่าง ๆ เป็นเรื่องยากที่จะยอมรับ เพราะนั่นหมายถึงการยอมรับความตายของผู้ป่วยสู่การตายดี หรือ good death

• แนวปฏิบัติการดูแลด้านอาหารและโภชนาการแบบประคับประคองและระยะท้าย

การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย จะดำเนินการเมื่อได้มีการพิจารณาแล้วว่าก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าผลเสียหรือเกิดภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว และต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะเริ่มต้น มีภาวะโภชนาการระดับปานกลางหรือรุนแรงจะได้รับการดูแลด้านโภชนบำบัดเพื่อรักษาภาวะโภชนาการและสนับสนุนประสิทธิภาพการรักษาหลัก แต่ผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ดำเนินการเฉพาะสิ่งที่จะก่อให้เกิดความสบายแก่ผู้ป่วยตามความจำเป็นเท่านั้น กระบวนการด้านโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย มีดังต่อไปนี้

1. การคัดกรองภาวะโภชนาการ (nutrition screening) คือ กระบวนการคัดแยกและระบุผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงที่จะมีภาวะทุพโภชนาการ ก่อนนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการด้านโภชนาการ (nutrition care process) ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ใช้งานง่าย เช่น Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Malnutrition Screening Tool (MST) สำหรับในประเทศไทย สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (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 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.5 หรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรหรือไม่
4) ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติหรือกึ่งวิกฤติร่วมด้วยหรือไม่

หากพบว่ามีภาวะดังกล่าวตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ให้ประสานทีมโภชนบำบัดเพื่อประเมินภาวะโภชนาการโดยละเอียดเพื่อวางแผนโภชนบำบัดต่อไป ดังนั้น ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการคัดกรองเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง การกำหนดหน้าที่การคัดกรองความเสี่ยงทางโภชนาการนี้ ขึ้นกับบริบทและนโยบายของสถานบริการสุขภาพในการมอบหมายความรับผิดชอบให้พยาบาลหรือนักกำหนดอาหารเป็นผู้ปฏิบัติ

2. การประเมินภาวะโภชนาการ (nutrition assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการดูแลทางด้านโภชนาการ การกำหนดหน้าที่การประเมินภาวะโภชนาการนี้ ขึ้นกับบริบทและนโยบายของสถานบริการสุขภาพในการมอบหมายความรับผิดชอบให้สมาชิกในทีมโภชนบำบัด ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หรือนักกำหนดอาหารเป็นผู้ปฏิบัติ โดยการดำเนินการรวบรวมข้อมูลทางคลินิกอย่างเป็นระบบ จากการซักประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วยจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล การสืบค้นข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาวิเคราะห์และแปลผล เพื่อสรุปปัญหาทางโภชนาการของผู้ป่วยแต่ละราย ตามสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อไป การรวบรวมปัญหาทางโภชนาการโดยใช้การประเมินหลายมิติร่วมกัน การดูแลโภชนบำบัดที่มีประสิทธิภาพจึงต้องประเมินสภาวะทางโภชนาการก่อน เพื่อให้ได้แนวทางในการให้โภชนบำบัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยมากที่สุด การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมี 4 องค์ประกอบ ตามตัวย่อ A, B, C, D ได้แก่

A: anthropometric assessment การประเมินภาวะโภชนาการโดยการวัดขนาดร่างกาย เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดเส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก เส้นรอบวงแขน เป็นต้น มีเป้าหมายหลัก 2 ด้านคือ การประเมินสภาวะพลังงานจากน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ร้อยละของน้ำหนักตัวที่ลดลง (% weight loss from usual weight) ความหนาของชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (skinfold thickness) และการประเมินสภาวะโปรตีนจากเส้นรอบวงกล้ามเนื้อ (mid-arm muscle circumference, MAMC) คำแนะนำตามข้อกำหนดของ European palliative care research collaborative (EPCRC) ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการร่วมกับการวินิจฉัยภาวะ cachexia เพื่อประเมินการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (muscle wasting) การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยเป็นดัชนีที่สำคัญอย่างหนึ่ง แต่ควรกระทำตามความจำเป็นและระมัดระวัง รวมถึงการประเมินน้ำหนักตัวในผู้ป่วยที่มีการบวมหรือการคั่งของน้ำในร่างกายจึงควรใช้หลักฐานอื่นมาประกอบด้วย

B: biochemical or laboratory assessment การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นการตรวจสอบวิเคราะห์ปริมาณหรือหน้าที่ของสารชีวเคมีในเลือด ในอุจจาระหรือปัสสาวะ หรือในสารคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น albumin, prealbumin, transferrin, hemoglobin, total iron binding capacity เป็นต้น ผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการนี้ต้องใช้ร่วมกับการประเมินวิธีอื่น ๆ เนื่องจากผลการตรวจสามารถแสดงถึงปัญหาสุขภาพได้หลายด้าน เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล วิเคราะห์เพื่อการปรับเปลี่ยนอาหารต่อไป แต่สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจก่อความไม่สุขสบายให้กับผู้ป่วย จึงควรพิจารณาตามความจำเป็นเท่านั้น

C: clinical assessment เป็นการประเมินสภาวะทางคลินิก โดยการตรวจร่างกายด้วยวิธีต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับอาการแสดงของการขาดสารอาหารตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า เช่น ตรวจตาเพื่อประเมินภาวะซีด (pale conjunctiva) ลักษณะเล็บที่คล้ายรูปช้อนผิวไม่เรียบ (spoon nail / koilonychias) แสดงถึงการขาดธาตุเหล็ก เป็นต้น สามารถใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินต่าง ๆ ที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้ นำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยในเวลานั้น ๆ เช่น palliative performance scale (PPS), ESAS (Edmonton system assessment system), CTCAE (common terminology criteria for adverse events) เป็นต้น สำหรับในประเทศไทย สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT) ได้แนะนำให้ใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ nutrition alert form (NAF) หรือ nutrition triage (NT) การเลือกใช้เครื่องมือใดขึ้นกับบริบทและนโยบายของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ การประเมินอาการทางคลินิกควรกระทำอย่างสม่ำเสมอ เพราะภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมักจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

D: dietary assessment การประเมินอาหารบริโภคเพื่อใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ เช่น การแพ้อาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ความสามารถในการประกอบอาหาร แบบแผนการรับประทานอาหารปริมาณและชนิดอาหารที่รับประทานจริงโดยการชั่ง ตวง วัดวิธี เมื่อทราบปริมาณอาหารที่รับประทานจริงก็จะนำมาคำนวณหาปริมาณของสารอาหารที่ได้รับเทียบกับเป้าหมายของพลังงานและสารอาหารที่กำหนดในแต่ละวัน ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยควรติดตามและบันทึกประเภทของอาหารและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ เมื่อพบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือได้รับพลังงานน้อยกว่าร้อยละ 75 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการมากกว่า 7 วันหรือได้รับพลังงานน้อยกว่าร้อยละ 50 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการมากกว่า 5 วัน ต้องทำการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการซ้ำ การประเมินอาหารบริโภคนี้จะรวมถึงปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับด้วย

3. การวินิจฉัยปัญหาทางด้านโภชนาการ (nutrition diagnosis) เป็นกระบวนการที่บ่งชี้ปัญหาทางโภชนาการ ขั้นตอนนี้เป็นการระบุปัญหาด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (nutrition problem) ของนักกำหนดอาหาร ซึ่งการวินิจฉัยนี้จะแตกต่างจากการวินิจฉัยของแพทย์และการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยวิเคราะห์ปัญหาตามหลัก PES ดังนี้ problem (P) หมายถึง ปัญหาของผู้ป่วย etiology (E) หมายถึง สาเหตุของปัญหา และ signs & symptoms (S) หมายถึง อาการที่แสดงออกเพื่อส่งเสริมปัญหาที่พบแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การบริโภค (nutrition intake, NI) การตรวจทางคลินิก (nutrition clinic, NC) และพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (behavioral-environmental, NB) ตัวอย่างเช่น

3.1 ปัญหาการบริโภค (nutrition intake, NI) เช่น inadequate energy intake ผู้ป่วยได้รับพลังงานน้อยกว่าความต้องการพลังงานต่อวัน inadequate protein intake ผู้ป่วยได้รับโปรตีนน้อยกว่าความต้องการพลังงานต่อวัน หรือ excessive energy intake ผู้ป่วยได้รับพลังงานมากกว่าความต้องการต่อวัน เป็นต้น

3.2 ปัญหาที่พบจากการตรวจทางคลินิก (nutrition clinic, NC) เช่น swallowing difficulty ภาวะกลืนอาหารลำบาก underweight น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ unintended weight loss น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ chronic disease or condition related malnutrition ทุพโภชนาการจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น

3.3 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ว่ามีทัศนคติเกี่ยวกับอาหารเป็นแบบไหน (behavioral-environmental, NB) เช่น self-feeding difficulty ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง unsupported beliefs มีความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้อง limited access to food or water ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากมีปัญหาทางด้านเศรษฐานะ หลักฐานจากปริมาณอาหารทางสายที่ผู้ป่วยได้รับไม่ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และวัตถุดิบที่ปั่นอาหารไม่ครบตามสูตรที่ได้รับจากโรงพยาบาล เป็นต้น

สำหรับการวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านโภชนาการ คือ การระบุปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสาเหตุที่เกี่ยวข้องแบบ PES (problem, etiology, signs & symptoms) เช่นเดียวกับนักกำหนดอาหาร โดยพยาบาลจะวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลต่อไป การวินิจฉัยทางการพยาบาลมี 4 ประเภท ได้แก่

(1) การวินิจฉัยภาวะสุขภาพดี (wellness diagnosis) เป็นการวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่ปกติของผู้ป่วย หรือการที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือจัดการกับภาวะสุขภาพได้ดี ในที่นี้จึงหมายถึงผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ

(2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้น (risk diagnosis) เป็นการวินิจฉัยที่แสดงถึงความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจจะเกิดปัญหาสุขภาพในอนาคต เช่น ความเสี่ยงด้านโภชนาการ

(3) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว (actual diagnosis) เป็นการวินิจฉัยที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย ซึ่งมีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบื่ออาการได้รับอาหารไม่เพียงพอ มีน้ำหนักตัวลดอย่างรุนแรงมากกว่า ร้อยละ 2 ภายใน 7 วัน

(4) การวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (collaborative problem) เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องประสานการทำงานร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางต่อเนื่องที่บ้านแต่ขาดผู้ดูแลในการจัดเตรียมอาหารให้

4. การจัดการด้านโภชนาการ เป็นการวางแผนการให้โภชนบำบัดร่วมกันของทีมสหวิชาชีพนั้นจะต้องสอดคล้องกับปัญหาและสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ ซึ่งแผนการให้โภชนบำบัดจะต้องจัดให้เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค ระยะการเจ็บป่วยและสภาวะของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี พูดคุยสื่อสารได้ ควรให้ผู้ป่วยเป็นผู้ร่วมตัดสินใจในการจัดการวางแผนการให้โภชนบำบัดด้วยตนเองแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวก เช่น การรับรู้น้อยลง อาจจะต้องเป็นผู้ดูแลที่มีสิทธิ์ในการตัดสินใจเรื่องการวางแผนโภชนาการร่วมกันกับนักโภชนาการหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ การจัดการด้านโภชนาการประกอบด้วย

<u>4.1 การกำหนดปริมาณพลังงาน สารอาหาร และน้ำ</u> สำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ต้องพิจารณาร่วมกับผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบการบำบัดรักษา โดย european society for clinical nutrition and metabolism (ESPEN) ได้แนะนำให้กำหนดพลังงาน (energy requirement) เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่นอนติดเตียง (bed-ridden patients) 20-25 กิโลแคลอรี่/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน และกลุ่มผู้ป่วยที่ยังเคลื่อนไหวร่างกายเองได้ (ambulatory patients) 25-30 กิโลแคลอรี่/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน กำหนดความต้องการโปรตีน (protein requirement) ให้โปรตีน 1-1.5 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน เป็นค่าเริ่มต้น และกำหนดปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยควรได้รับให้พิจารณาตามข้อกำหนดแต่ละโรค สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินแร่ธาตุไม่เพียงพอ แนะนำปริมาณที่ควรเสริมตาม ค่า Thai RDI หรือตามคำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์

<u>4.2 การกำหนดชนิดและรายการอาหาร</u> อาหารเสริมทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ ควรมีการดัดแปลงอาหารเฉพาะโรค รวมถึงการเลือกช่องทางการให้อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ควรเลือกตามที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ภายใต้ข้อจำกัดการรับประทานอาหารและอาการทางคลินิก เช่น กลืนลำบาก เบื่ออาหารรุนแรง ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาหลายด้านที่ทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถได้รับอาหารตามปกติได้ อาจต้องใช้อาหารทางการแพทย์ ให้อาหารทางสายให้อาหารหรืออาหารทางหลอดเลือดดำ การเลือกช่องทางที่ปลอดภัยและเหมาะสมเป็นไปตามข้อกำหนดด้านโภชนศาสตร์คลินิก ผู้ป่วยระยะลุกลามและระยะท้ายของชีวิต การดูแลด้านโภชนาการจะเน้นการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ เกี่ยวโยงกับการจัดหาอาหาร การบริโภคอาหาร ที่สอดคล้องกับกระบวนการรักษาของแพทย์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

4.2.1. แนวทางการให้โภชนาการผ่านทางปาก (oral nutrition) เป็นช่องทางปกติและเป็นช่องทางแรกที่ควรพิจารณาให้ผู้ป่วย ปริมาณและเนื้อสัมผัสของอาหารควรปรับให้เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย แนวทางในการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังต่อไปนี้

(1) จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบแม้อาหารนั้นอาจจะมีคุณค่าไม่มากนัก แต่อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานได้บ้าง ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจและความพอใจของผู้ป่วยได้

(2) สังเกตความเปลี่ยนแปลงในการกินอาหารของผู้ป่วย ทั้งในด้านปริมาณรสชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดอาหารให้ผู้ป่วยมีความสุขกับการรับประทานอาหารได้มากขึ้น

(3) แบ่งอาหารเป็นหลาย ๆ มื้อ ในปริมาณไม่มาก เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าถูกบังคับให้กินอาหารเหล่านั้น

(4) แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งการแนะนำควรเป็นในลักษณะเชิญชวนให้กินหรือชิมมากกว่าการบังคับหรือข่มขู่ให้กิน

(5) เปลี่ยนแปลงลักษณะอาหารตามอาการและการยอมรับของผู้ป่วย เช่น หั่นเป็นชิ้นเล็กหรือบดให้ละเอียด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสจัด

(6) สร้างบรรยากาศในการกินอาหาร เช่น จัดสถานที่ โต๊ะอาหาร และภาชนะที่ใช้สวยงามตามผู้ป่วยชอบ มีญาติ ผู้รู้ใจ มาร่วมกินอาหาร หรือพูดคุยด้วย เพื่อให้เพลิดเพลิน

(7) ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น ช่วยให้บริโภคอาหารได้ดีขึ้น

ตารางที่ 5.2.1 ตัวอย่างเมนูอาหาร 5 วัน สำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย

วัน	เช้า	ว่างเช้า	กลางวัน	ว่างบ่าย	เย็น
1	โจ๊กหมูสับ นมจืด มะละกอสุก	แคนตาลูปปั่น	ก๋วยเตี๋ยวราดหน้าหมูสับ	เต้าฮวยน้ำขิง	ข้าวต้ม ฟักตุ๋นไก่บด หมูปั้นก้อนนึ่ง
2	ข้าวต้มไก่สับ นมจืด ส้มเขียวหวาน	ขนมจีบ ชามะนาว	ข้าวมันไก่ แกงจืดแตงกวายัดไส้หมูสับ	ฟักทองแกงบวด	ข้าวสวยหุงนิ่ม ต้มจับฉ่าย ไข่ตุ๋น
3	ก๋วยจั๊บอกไก่ฉีก นมจืด	กล้วยต้มโรยงา	สุกี้น้ำหมูชิ้น น้ำเก๊กฮวย	แซนวิชทูน่า	ข้าวสวยหุงนิ่ม ปลานิลนึ่งจิ้มแจ่ว ต้มยำเห็ดฟาง
4	โจ๊กปลาใส่ขิง	น้ำเต้าหู้	ข้าวสวยหุงนิ่ม ต้มข่าไก่ ยำไข่ต้ม	มะละกอสุกหั่นชิ้นพอคำ	ข้าวสวย แกงเลียง ไข่เจียว
5	เกี้ยวน้ำกุ้งห่อตำลึง	สมุทตี้บานาน่า นมชมพู	ขนมจีนเส้นสด น้ำยาปลาป่น ผักลวกนิ่ม	น้ำส้มคั้น	ข้าวสวยหุงนิ่ม น่องไก่ตุ๋นน้ำแดง ผัดบวบหมูบดใส่ไข่

ตัวอย่างการดัดแปลงอาหารสำหรับผู้ป่วย

เครื่องดื่มเพิ่มพลังงานและโปรตีน “smoothie soy milk บานาน่า นมชมพู”

คุณค่าทางโภชนาการ เครื่องดื่มเพิ่มพลังงานและโปรตีน “smoothie soy milk บานาน่า นมชมพู 1 แก้ว 250 ซีซี. พลังงาน 250.29 กิโลแคลอรี่ คาร์โบไฮเดรต 36.7 กรัม โปรตีน 36.7 กรัม ไขมัน 7.67 กรัม ใยอาหาร 1.03 กรัม น้ำตาล 10.15 กรัม

ส่วนผสมประกอบด้วย นมถั่วเหลือง กล้วยหอมสุก ไข่ขาว แครกเกอร์จืด ใบเตย น้ำหวานสีแดง น้ำมันรำข้าว

วิธีการทำ นำวัตถุดิบมาต้มหรือนึ่งให้สุก ปั่น กรอง

นอกจากเป็นเมนูเสริมที่มีรสชาติดีแล้ว วัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร หาได้ง่ายในท้องถิ่น ขั้นตอนการปรุง/ประกอบไม่ยุ่งยาก ซึ่งสามารถแนะนำญาติหรือผู้ดูแลให้นำไปปรุง/ประกอบอาหารที่บ้านได้ ส่งเสริมการมีภาวะโภชนาการที่ดีในผู้ป่วย



ภาพที่ 5.2.1 เครื่องดื่มเพิ่มพลังงานและโปรตีน “Smoothie Soy milk บานาน่า นมชมพู” ภาพได้รับอนุญาตให้เผยแพร่ โดยโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

4.2.2. แนวทางการให้โภชนาการทางระบบทางเดินอาหารผ่านทางสายให้อาหาร (enteral feeding) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกินทางปากได้แล้ว ระบบทางเดินอาหารยังทำงานได้ดี ควรเลือกใช้ช่องทางนี้ในการให้อาหารผู้ป่วยเพื่อรักษาความแข็งแรงของเซลล์ในระบบทางเดินอาหาร ลดการเคลื่อนย้ายแบคทีเรียก่อโรคจากลำไส้ใหญ่สู่ลำไส้เล็ก และลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายแล้ว การให้อาหารทางสายอาจจะไม่มีความจำเป็น ซึ่งควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติและตัดสินใจตามความประสงค์ของการดูแลผู้ป่วย

4.2.3 การให้โภชนบำบัดและสารน้ำด้วยวิธีพิเศษ (artificial nutrition and hydration, ANH) เช่น การให้ทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) นอกเหนือไปจากการกินดื่มทางปาก ถือเป็นการรักษาโดยใช้หัตถการแบบรุกล้ำ (invasive intervention) จึงต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึงประโยชน์ เป้าหมายโดยรวม การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และเคารพความต้องการของผู้ป่วย เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจริงก่อนสั่งการรักษา สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายการให้โภชนบำบัดและสารน้ำด้วยวิธีพิเศษอาจไม่มีความจำเป็น

4.2.4 การใช้อาหารเสริมทางการแพทย์ (oral nutritional supplements, ONS) รวมถึงการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามิน สมุนไพรและการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ควรสร้างความเข้าใจว่ามีผลในการรักษาโรคอย่างไร สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินแร่ธาตุไม่เพียงพอ แนะนำปริมาณที่ควรเสริมตาม ค่า Thai RDI หรือตามคำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์ ควรเน้นย้ำให้ชัดเจนว่าอาหารที่แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานมิได้มีผลต่อการรักษาโรคในผู้ป่วยระยะท้าย

4.3 การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาทางโภชนาการรายบุคคลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยมีความซับซ้อนที่อาจต้องแก้ไขด้วยการให้ความรู้ ปรับทัศนคติ โน้มน้าวจูงใจ โดยใช้เทคนิค ประสบการณ์ และสื่อความรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ครบถ้วนด้วยโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และกากใยอาหาร และหลีกเลี่ยงการรับเชื้อโรค สารพิษ สารอนุมูลอิสระ ในกรณีที่คาดว่าผู้ป่วยมีอายุยืนยาวมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป การดูแลด้านอาหารและโภชนาการให้เป็นไปตามกระบวนการด้านโภชนาการ โดยมีการประเมินอัตราและระดับความรุนแรงของอาการเบื่ออาหาร ภาวะน้ำหนักลดและผอมแห้ง ร่วมกับการหาสาเหตุของการเกิดภาวะดังกล่าว เช่น การใช้ยาที่รบกวนการย่อยและดูดซึมอาหาร ความผิดปกติของไทรอยด์ฮอร์โมน ความเครียด

4.4 การออกกำลังกายกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต และส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยใช้แรงต้าน เพื่อดำรงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ใช่การออกกำลังตามสภาพของคนปกติ แต่เป็นการขยับเคลื่อนไหวร่างกายตามสภาพที่ผู้ป่วยพอทำได้และไม่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น การขยับนิ้วมือ ขยับหัวไหล่ ยกสิ่งของเบา ๆ ขยับปลายเท้า

4.5 การจัดการอาการ ในการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย มุ่งเน้นการเพิ่มความสุขสบายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากการปรับเปลี่ยนวิธีการให้อาหารเมื่ออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป พยาบาลและนักกำหนดอาหารยังให้การสนับสนุนการจัดการอาการต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวด และกลืนลำบาก ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม เป็นต้น โดยการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เคารพและให้เกียรติทางเลือกของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารและของเหลวแม้ว่าจะแตกต่างจากคำแนะนำทั่วไปก็ตาม อาหารสามารถเป็นแหล่งของความสะดวกสบาย ความทรงจำ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งสำคัญคือต้องตระหนักถึงความสำคัญของอาหารที่มากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ การจัดการอาการในการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย ดังตารางที่ 5.2.2

ตารางที่ 5.2.2 การจัดการอาการในการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย

อาการรบกวน	การจัดการอาการ	การจัดการอาหาร
เบื่ออาหาร/อิ่มเร็ว	1. ประเมินอาการและระดับความรุนแรง 2. ประเมินความจำเป็นในการดูแลด้านโภชนาการและความสามารถในการดำรงชีวิต (PPS) 2. จัดกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจจากอาหาร เช่น งานอดิเรก งานฝีมือ หรือการพบปะกับเพื่อน 3. ปรับเวลาหรือรูปแบบการให้อาหารทางสายยาง ให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 4. การสนับสนุนจากครอบครัว กิจกรรมทางสังคมที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร	1. รับประทานอาหารให้น้อยแต่บ่อยครั้ง รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ดื่มเครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการและรับประทานอาหารเสริมทางปาก 2. เสริมอาหารทางการแพทย์ดื่มระหว่างมื้อ 3. เลี่ยงอาหารมัน-ทอด เนื่องจากย่อยยาก 4. เปลี่ยนรูปแบบอาหาร เช่น น้ำชายามบ่าย อาหารแบบบุฟเฟต์ อาหารจานเล็ก ๆ ที่น่ารับประทาน อาหารสำหรับงานเลี้ยง และอาหารว่าง

อาการรบกวน	การจัดการอาการ	การจัดการอาหาร
กลืนลำบาก (Dysphagia)	1. ประเมินความสามารถระดับการกลืน เสี่ยงสำลัก และระดับความรุนแรง 2. ดูแลอนามัยช่องปาก 3. การจัดท่าที่ส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย 4. ติดตาม จัดหา และอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองในขณะรับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัยตามที่ได้เรียนรู้หรือฝึกปฏิบัติจากทีมสุขภาพ	1.ปรับเนื้อสัมผัสอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยแต่ละราย 2. ควรได้รับคำแนะนำเทคนิคการปรุงอาหาร/วิธีการปรับอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ปากเจ็บ ปากแห้ง การรับรสเปลี่ยนแปลง	1. ประเมินอาการและระดับความรุนแรง 2. ดูแลอนามัยช่องปาก 3. ใช้น้ำลายเทียม ลิปบาล์มทาเพิ่มความชุ่มชื้นให้ริมฝีปาก 4. กระตุ้นจิบน้ำเป็นระยะ	1. การใช้ซอส น้ำหมัก อาหารมีความนุ่มชุ่มชื้น 2. อาหารอ่อนไม่แห้ง อาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ อาหารบดเหมือนของเด็กอ่อน หรืออาหารประเภทซุป เพื่อเพิ่มของเหลว 3. จิบของเหลวเมื่อรับประทานอาหาร 4. เลี่ยงอาหารเค็ม อาหารรสจัด อาหารแข็ง อาหารเหนียวหนืด 5. การลองชิมอาหารใหม่ ๆ อาหารที่ไม่คุ้นเคย เนื่องจากความชอบด้านรสชาติอาจเปลี่ยนไป
น้ำหนักลด อ่อนเพลีย	1. จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการพักผ่อน 2. สอนเทคนิคการจัดการพลังงานและกิจกรรมการออกกำลังกาย 3. ให้กำลังใจและสนับสนุนทางด้านจิตใจ	1. จัดอาหารพลังงานและโปรตีนสูง 2. เสริมอาหารทางการแพทย์ดื่มระหว่างมื้อ
ภาวะคลื่นไส้/อาเจียน	1. ประเมินอาการและระดับความรุนแรง 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำที่เพียงพอ 3. จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการกระตุ้นการอาเจียน 4. ให้ยาตามแผนการรักษา 5. ฝึกการหายใจ deep breathing exercise 6. รักษาอนามัยช่องปาก 7. ให้ความรู้และสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	1. กินอาหารครั้งละน้อย แต่บ่อย ๆ ครั้ง 2. รับประทานอาหารที่อุณหภูมิห้องปกติ 3. รับประทานอาหารแห้ง ๆ เช่น ขนมปังกรอบ แครกเกอร์ ผลไม้รสเปรี้ยวอมหวาน
ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย การดูดซึมอาหารผิดปกติ ท้องอืด ท้องมาน	1. ประเมินอาการและระดับความรุนแรง 2. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา 3. กระตุ้นจิบน้ำหรือของเหลวตามอาการเป็นระยะ	1. จัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไขมันต่ำ 2. แบ่งอาหารเป็นมื้อเล็ก ๆ หลาย ๆ มื้อ 3. สำหรับอาการท้องอืด สามารถจิบน้ำขิง หรือ อาหารที่มีส่วนผสมของขิง เช่น ข้าวต้มปลาใส่ขิง เต้าฮวยน้ำขิง เพื่อช่วยลดอาการ

อาการรบกวน	การจัดการอาการ	การจัดการอาหาร
ปัญหาทางด้านจิตใจ	1. ประเมินความเครียด 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สถานที่ระบายอากาศได้ดี ไม่มีกลิ่นรบกวน 3. เสริมสร้างพูดคุย ให้กำลังใจ 4. หากอาการรุนแรงควรปรึกษาแพทย์	1. จัดบรรยากาศในการรับประทานอาหาร 2. จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบหรืออยากรับประทาน 3. จัดให้รับประทานอาหารพร้อมคนรักและครอบครัว 4. เสริมสร้างพูดคุย ให้กำลังใจ 5. หากอาการรุนแรงควรปรึกษาแพทย์

5. การติดตามและประเมินผลการดูแลทางโภชนาการ ในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการดูแลทางโภชนาการ เป็นการประเมินผลการดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดและสามารถสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการที่สามารถวัดได้และเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการปรับแผนการดูแลทางโภชนาการได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมไปสู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการจัดการเรื่องอาหารได้อย่างถูกต้อง ควรติดตามและประเมินผลตามความจำเป็นในผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย เกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรม การได้รับอาหาร น้ำหนักตัว เป็นต้น การประเมินดัชนีสุขภาพ ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพ ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ภาวะทางคลินิก การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ผลการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงการประเมินผู้รับการดูแล ได้แก่ ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง

• ผลลัพธ์ของการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคอง

ควรประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองในแต่ละระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร ภาวะขาดน้ำ ปากแห้ง อิ่มเร็ว อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน การรับกลิ่นรสผิดปกติ น้ำหนักลด โลหิตจางและการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ โดยผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ได้รับการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย หรือโดยความช่วยเหลือของผู้ดูแล โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

สรุป

การดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองและระยะท้าย ควรดำเนินการตามเป้าหมายในแต่ละระยะ และสามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยและระยะของโรค โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เป้าหมายการรักษา ระยะของโรค และพิจารณาจริยธรรมทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ อาหารยังมีความหมายเชิงสัญลักษณ์ของการมีชีวิตอยู่ ความรัก ความผูกพันของครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีการสื่อสารแผนการดูแลระหว่างสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการจัดการอาการของตัวเองบนพื้นฐานความรู้และความเข้าใจ ไม่ถูกบังคับ การดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคองและระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. กมล ไชยสิทธิ, วิทยาธร ท่อแก้ว, สุภาภรณ์ ศรีดี, ตะวัน เดชอภิรัตนมลคล. บทบาทหน้าที่ของนักกำหนดอาหารตามพระราชกฤษฎีกากำหนดให้การกำหนดอาหารเป็นหนึ่งในสาขาการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2563. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2565: 8 (9): 389-400.

2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานโภชนาการในโรงพยาบาล. 2560.

3. ดรุณีวัลย์ วโรดมวิจิตร, ปรียานุช แย้มวงษ์, ประณิธิ หงสประภาส, กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์, จงจิตร อังคทะวานิช, วีระเดช พิศประเสริฐ, และคณะ. คำแนะนำการดูแลทางโภชนาการ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่นอนโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. วารสารโภชนบำบัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2568]; เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiJPEN/article/view/255576/173807 .

4. สิรกานต์ เตชะวณิช. การดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน ลักษมี ชาญเวชช์, ประถมาภรณ์ จันทร์ทอง, กิติพล นาควิโรจน์, ปิยพร ทิสยากร, บรรณาธิการ. Textbook of palliative care การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 1. ขอนแก่น: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2564.

5. อนุชตรา วรรณเสวก. บทบาทการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ: นักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัด. ใน ปฐมพร ศิรประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์: 2563.

6. Amano K, et al. The impact of cachexia on dietary intakes, symptoms, and quality of life in advanced cancer. JCSM Rapid Commun [Internet]. 2022; 5: 162-70 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rco2.61 .

7. Batu Z, Bülbül Maraş G, Turan K. Enhancing nutritional care in palliative care units: assessing nurse knowledge and quality perception in enteral nutrition practices. BMC Nurs [Internet]. 2024; 23: 949 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02580-x .

8. Boeykens K, Van Hecke A. Advanced practice nursing: Nutrition Nurse Specialist role and function. Clin Nutr ESPEN [Internet]. 2018; 26: 72-6 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.04.011 .

9. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr [Internet]. 2017 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27642056 .

10. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guidelines on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clin Nutr [Internet]. 2016; 35(3): 545-56 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006 .

11. Holdoway A. Nutrition in palliative care: issues, perceptions and opportunities to improve care for patients. Br J Nurs [Internet]. 2022 Nov 24; 31(21): S20-7 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.21.S20 .

12. Koshimoto S, Amano K, Mori N, Imai A, Sasaki M, Miyajima M, et al. The role of registered dietitians in cancer palliative care: responsibilities, challenges, and interdisciplinary collaboration—a cross-sectional survey. Curr Oncol [Internet]. 2025; 32(5): 275 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://doi.org/10.3390/curroncol32050275 .

13. Muscogiuri G, et al. Nutritional recommendations in palliative care for patients with advanced diseases and at the end of life. Rev Nutr Clin Metab [Internet]. 2021; 4(2): 59-70 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.272 .

14. Perkins S. Nutrition and hydration: best practice towards the end of life. Nurs Times [Internet]. 2024; 120: 10 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://www.nursingtimes.net/end-of-life-and-palliative-care/nutrition-and-hydration-best-practice-towards-the-end-of-life-16-09-2024 .

15. Sandwell and West Birmingham NHS Trust. Nutrition in palliative care/towards the end of life [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://www.swbh.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/01/Nutrition-in-palliative-care_towards-the-end-of-life-M7632.pdf .

16. Shibata T, et al. Multidisciplinary team-based palliative care for heart failure and food intake at the end of life. Nutrients [Internet]. 2021; 13(7): 2387 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://doi.org/10.3390/nu13072387 .

17. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care .

บทที่ 5.3 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

นางสุฑาวรรณ์ ไชยมูล
นางสาวกรนิกา คงหนองลาน
นางสาวสุภาวดี บุญรอด
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ได้แก่ การบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ เห็นคุณค่าของการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติ ไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้การทำงานเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการให้คำปรึกษาประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สนับสนุนเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต ดังนั้น จึงจำเป็นต้องทำงานโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือแบบองค์รวม (holistic care) ได้แก่ ประเมินด้านร่างกาย (physical) ด้านจิตใจ (psychology) ด้านสังคม (social) และด้านจิตวิญญาณ (spiritual)

นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางสังคม (social) ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย นอกจากจะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยแล้ว ยังให้รวมถึงการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลและครอบครัวด้วย โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งอาจจะเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้องหรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต ที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายจะเผชิญความท้าทาย เช่น การปรับตัวกับผู้ป่วยที่มีอารมณ์ที่ไม่คงที่ต้องการให้ดูแลตลอดเวลา การขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความเครียดจากการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ความกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยหรือการสูญเสีย ทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าและเครียดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยปัญหาของผู้ดูแลที่พบบ่อย เช่น ขาดความรู้เรื่องโรคและทักษะการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น ปัญหาเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนะคติ ผู้ดูแลมักมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วยและผู้ดูแล บางคนคิดว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ ในขณะเดียวกันเพื่อนบ้านและชุมชน ก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยเอง จึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติค่อนข้างน้อย ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล และการจ้างผู้ดูแลจากศูนย์ต่าง ๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงและปัญหาทางด้านการเงิน หากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นเวลานานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังแล้ว ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลต้องรับภาระนี้เอง อาจจะต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้ เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าว พบว่าผู้ดูแลจึงมีความต้องการสำคัญ มี 5 ประการ ดังนี้

1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (demands on information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2) ความต้องการด้านเวลา (demands on time) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมานานกับการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นยาวนานนั้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อเวลาของผู้ดูแลมากขึ้น ผู้ดูแลต้องมีการจัดตารางประจำวัน และบทบาทที่ต้องการให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุหลายชั่วโมงโดยให้การดูแลทั้งในด้านอารมณ์และด้านร่างกาย

3) ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล (assistance with care) การได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการหรือการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มนั้น จะสามารถลดภาระของผู้ดูแลลงได้ โดยเฉพาะกับผู้ดูแลที่มีบทบาทในหลาย ๆ ด้านทั้งงานนอกบ้าน ในบ้าน

4) ความต้องการทางด้านรายได้ (demands on finance) ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์

5) ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่าง ๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต รวมทั้งความต้องการที่จะพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติ เพื่อลดความตึงเครียด

นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในทีมดูแลผู้ป่วยแบบระยะประคับประคองและระยะท้าย จึงต้องปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหาทางสังคมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และเป็นไปตามแผนการรักษาล่วงหน้าที่กำหนดไว้ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และให้ครอบครัวดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุขภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต มีการดำเนินงานตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์ 5 ขั้นตอน คือ

1) การแสวงหาข้อเท็จจริง (fact finding) โดยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้เทคนิคและทักษะที่เหมาะสมก่อนการแสวงหาข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ การพูดคุย การสังเกต การเยี่ยมบ้าน การศึกษาจากเอกสารที่มีอยู่ในหน่วยงาน โดยนักสังคมสงเคราะห์สามารถเลือกใช้แบบประเมินที่หลากหลายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ถือเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ เพราะเป็นการรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาใช้ประโยชน์เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ใช้บริการมากที่สุด ในขั้นตอนนี้ มีการใช้ เครื่องมือ family tree / genogram / ecomap / timeline รวมถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมมาใช้ จะทำให้ได้ข้อมูล และเห็นภาพรวมของจุดอ่อน จุดแข็งและความเสี่ยงของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น

2) การวินิจฉัยและวิเคราะห์ปัญหา (diagnosis and analysis) เน้นการประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน และความเสี่ยง ประเมินถึงศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว รวมถึงระบบสนับสนุนต่าง ๆ

3) การวางแผนดำเนินงาน (planning) นักสังคมสงเคราะห์จะทำงานร่วมกับผู้ป่วยและทีมครอบครัว เพื่อหาทางเลือกหรือแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการและศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

4) การดำเนินการช่วยเหลือ (implementation of treatment) จะแบ่งเป็นการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติและระยะยาว จุดเน้นจะแก้ไขปัญหาที่เชื่อมโยงกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและแผนการรักษาของแพทย์เป็นหลัก โดยนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้จัดหาหรือระดมทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเหลือตนเองมากที่สุด

5) การประเมินและติดตามผล (evaluation and follow-up) เป็นการประเมิน ติดตามว่าการช่วยเหลือนั้นเป็นไปตามที่ได้วางแผนไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร อาจจะนัดหมายผู้ป่วยให้พบนักสังคมสงเคราะห์โดยตรง หรือนัดตามวันที่แพทย์นัด หรือการติดตามทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย

ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์สามารถเลือกใช้แบบประเมินและเครื่องมือหลักในการแสวงหาข้อมูลและประเมินปัญหาทางสังคมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานได้ เช่น

1. แบบประเมินและการจัดการปัญหาทางจิตสังคม (social diagnosis and management assessment)
2. แบบประเมินความพร้อมครอบครัว (family readiness assessment)
3. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI)
4. family tree / genogram / ecomap / timeline
5. แบบรายงานการเยี่ยมบ้าน
6. โมเดลการประเมินเด็กและครอบครัว “The family assessment model of family functioning elements of family organization and family character”
7. กรอบการประเมินเด็กและครอบครัว “framework for the assessment of children in need and their families”
8. การ์ดแชร์กันเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ของ peaceful death

นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างแบบประเมินที่พัฒนาให้มีความจำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายที่นักสังคมสงเคราะห์สามารถนำมาใช้ในการประเมินเพิ่มเติม ดังตารางที่ 5.3.1, 5.3.2 และ 5.3.3

ตารางที่ 5.3.1 แบบประเมินปัญหาสังคมผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้การประเมินประเด็นปัญหาทางสังคมได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน

ประเด็นประเมิน	ปัญหา		ข้อมูล
	มีปัญหา	ไม่มีปัญหา	
1. ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่บ้าน			
2. ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่โรงพยาบาล			
3. สุขภาพของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว			
4. ผู้ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย			
5. การปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว			
6. ความสัมพันธ์และความรุนแรงในครอบครัว			
7. การสื่อสารภายในครอบครัว			
8. การตัดสินใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า			
9. ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินสิทธิ์การรักษา			
10. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงกับการเจ็บป่วย เช่น ค่ารถ ค่าครองชีพ			
11. ผลกระทบต่ออาชีพของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว			
12. การเข้าถึงสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว			
13. ด้านกฎหมาย			
14. การเดินทางไป-กลับ			
15. ที่พักญาติขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล			
16. ทักษะในการรับมือกับความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ของ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว			
17. ความพร้อมของที่อยู่อาศัย			
18. ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์			
19. แหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินที่บ้าน			
20. การปฏิบัติตามศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ ของ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว			
21. การตอบสนองความต้องการสุดท้าย และ สิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว			
22. การเรียน การสอบ (ผู้ป่วยเด็ก)			
23. ผลกระทบต่อพี่น้อง (ผู้ป่วยเด็ก)			
24. การจัดการศพหลังผู้ป่วยเสียชีวิต			
25. การจัดการทรัพย์สินและอื่น ๆ หลังผู้ป่วยเสียชีวิต			

ที่มา: สุฑาวรรณ์ ไชยมูล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 2568

ตารางที่ 5.3.2 แบบตรวจสอบสวัสดิการสังคมที่ควรได้รับสำหรับทุกคน (welfare for all)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทุกคน เข้าถึงสวัสดิการสังคมที่พึงได้รับตามกฎหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	ประเภทสวัสดิการสังคม	การเข้าถึง		
		ได้รับแล้ว	ยังไม่ได้รับ (แนวทางการดำเนินการ)	ไม่เข้าเกณฑ์
เด็ก	1. สวัสดิการการรักษาพยาบาล 1.1 บัตรทอง 1.2 บัตรทองคนพิการ 1.3 สิทธิเบิกราชการ			
	2. เงินช่วยเหลือบุตรของผู้ประกันตน ตั้งแต่แรกเกิด – 6 ปี 1,000/เดือน			
	3. เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดสำหรับครัวเรือนที่บิดามารดามีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี ตั้งแต่เด็กแรกเกิด - 6 ปี 600 บาท/เดือน			
	4. มีความพิการหรือผู้ป่วยติดเตียงเกิน 6 เดือน 4.1 บัตรประจำตัวคนพิการ 4.2 เบี้ยยังชีพคนพิการ 4.3 อื่น ๆ.....			
	5. สิทธิยกเว้นการงดจ่ายกระแสไฟฟ้า			
	6. ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ป่วยติดเตียงจาก สปสช.			
	7. การศึกษาภาคบังคับ ระดับ ป.1- ถึง ม.3			
	8. ที่พักญาติขณะเข้ารับการรักษา			
ผู้ใหญ่	1. สวัสดิการการรักษาพยาบาล 1.1 บัตรทอง 1.2 บัตรทองคนพิการ 1.3 สิทธิเบิกราชการ 1.4 ประกันสังคม			
	2. มีความพิการหรือผู้ป่วยติดเตียงเกิน 6 เดือน 2.1 บัตรประจำตัวคนพิการ 2.2 เบี้ยยังชีพคนพิการ 2.3 อื่น ๆ.....			
	3. ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ป่วยติดเตียงจาก สปสช.			
	4. บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ รายได้ไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี			
	5. เบี้ยผู้สูงอายุ กรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป			
	6. ที่พักญาติขณะเข้ารับการรักษา			
	7. สิทธิยกเว้นการงดจ่ายกระแสไฟฟ้า			

กลุ่มเป้าหมาย	ประเภทสวัสดิการสังคม	การเข้าถึง		
		ได้รับแล้ว	ยังไม่ได้รับ (แนวทางการดำเนินการ)	ไม่เข้าเกณฑ์
กรณีผู้สูงอายุเสียชีวิต	เงินสงเคราะห์จัดการศพตามประเพณีสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทย และมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ รายละ 3,000 บาท			

ที่มา: Chaiyamool S, Tangjittiporn T. The effects of using a Caregiver's Preparedness Enhancement for pediatric palliative care patient Program (CPEP) for caregivers at Queen Sirikit National Institute of Child Health. J Dept Med Serv. 2025;50(2):85–93.

ตารางที่ 5.3.3 แบบตรวจสอบความพร้อมของที่อยู่อาศัยบ้านและสิ่งแวดล้อมก่อนกลับบ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบความพร้อมของที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

รายการ	ความพร้อม			สิ่งที่เตรียมเพิ่ม
	พร้อม	ไม่พร้อม	ไม่ต้องใช้-ไม่มี	
1. ประตู หน้าต่าง แข็งแรง				
2. มีมุ้งลวด				
3. มีหน้าต่างระบายอากาศ				
4. ประตูบ้านกว้างเพียงพอ				
5. แสงสว่างเพียงพอ				
6. ห้องน้ำ/อุปกรณ์ขับถ่าย				
7. ห้องนอน/ที่นอน สะอาด				
8. ที่นอนลม				
9. เตียงปรับได้				
10. ถังออกซิเจน				
11. เครื่องมืออุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ทำแผล				
12. สายสวนปัสสาวะ				
13. เครื่องดูดเสมหะ				
14. รถเข็น				
15. มีทางลาดรถเข็น				
16.				
17.				
18.				

รายการ	ความพร้อม			สิ่งที่เตรียมเพิ่ม
	พร้อม	ไม่พร้อม	ไม่ต้องใช้-ไม่มี	
19.				
20.				

ที่มา: Chaiyamool S, Tangjittiporn T. The effects of using a Caregiver's Preparedness Enhancement for pediatric palliative care patient Program (CPEP) for caregivers at Queen Sirikit National Institute of Child Health. J Dept Med Serv. 2025;50(2):85–93.

การให้ความช่วยเหลืออาจจะดำเนินการรูปแบบ case work, group work หรือ community work เช่น การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม การเสริมพลังอำนาจ เป็นต้น โดยมีบทบาทที่หลากหลาย เช่น บทบาทในการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ บทบาทการทำงานกับเครือข่าย บทบาทการเสริมพลังอำนาจ บทบาทการพิทักษ์สิทธิ์ และบทบาทการใช้ทรัพยากรทางสังคม เป็นต้น

ตัวอย่างการช่วยเหลือที่พบบ่อย

1. การติดตามญาติมาเยี่ยมหรือรับผู้ป่วยกลับ เนื่องจาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ญาติไม่อาจจะเฝ้าดูแลตลอดเวลา การทำข้อตกลงวัน เวลา เข้าเยี่ยม หรือเฝ้าผู้ป่วย หรือแจ้งกำหนดวันรับผู้ป่วยกลับจึงมีความจำเป็น กรณีญาติไม่มีการติดต่อ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จะดำเนินการติดตามญาติด้วยวิธีต่าง ๆ

2. ติดตามญาติ อำนวยความสะดวก สนับสนุนให้ผู้มีอำนาจทางกฎหมายและผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมการประชุมครอบครัวเพื่อให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) บรรลุผล

3. การช่วยเหลือทางกฎหมาย เช่น แนะนำขั้นตอนการดำเนินการทางทะเบียนราษฎร์กรณีเสียชีวิตที่บ้าน กรณีผู้ป่วยเด็กถูกละเลยทอดทิ้ง ก็ให้ความช่วยเหลือด้านสงเคราะห์และคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กตาม พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 การแนะนำด้านกฎหมายกรณีผู้ดูแลถูกเลิกจ้าง เป็นต้น

4. การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการสังคมที่พึงได้รับ เช่น ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายที่นอนรักษาพยาบาลเป็นเวลานานเกิน 6 เดือน สามารถนำเสนอข้อมูลให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาเรื่องเอกสารรับรองความพิการ เพื่อทำบัตรประจำตัวคนพิการ รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นต้น

5. การช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นซึ่งไม่มีสวัสดิการใด ๆ รองรับ โดยจัดหากองทุนทั้งภายนอกหรือภายในหน่วยงานมาช่วยเหลือผู้ป่วย

6. การเข้าไปแทรกแซง ปรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤติ การเป็นตัวกลางในการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

7. ประสานงานด้านอาชีพของผู้ดูแลหลักในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจจะเป็นรับงานมาทำที่บ้าน หรือเปลี่ยนอาชีพใหม่ที่สามารถทำได้ที่บ้าน โดยการประสานงานกับนายจ้าง หาทุนประกอบอาชีพ หรือฝึกฝนทักษะใหม่ที่จะใช้ในการประกอบอาชีพใหม่ เป็นต้น

8. การจัดหาสิ่งของ เครื่องใช้ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อาหารพิเศษหรือของใช้สิ้นเปลืองในระยะยาว สามารถประสานงานกับองค์กร/บริษัทที่เกี่ยวข้องขอสนับสนุนในรูปแบบของ CSR ได้ เช่น บริษัทผ้าอ้อมสำเร็จรูป บริษัทนมถั่วเหลือง เป็นต้น

9. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ไฟฟ้าตลอดเวลาเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น เครื่องช่วยหายใจ ประสานงานการไฟฟ้านครหลวงหรือการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคตามที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความพร้อมของระบบไฟฟ้าภายในบ้านและขอใช้สิทธิ์ยกเว้นการจ่ายไฟฟ้า

10. การจัดตั้งธนาคารเครื่องมือแพทย์ บริการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นซึ่งไม่มีสวัสดิการใด ๆ รองรับ เช่น เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์การช่วยชีวิต โดยมีระบบการให้ยืมอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์เหล่านี้ไปใช้ที่บ้าน

11. กรณีผู้ป่วยเด็กบางรายเป็นโรคทางพันธุกรรม หรือเกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และมารดาควรคุมกำเนิด ให้ข้อมูลและประสานงานให้มารดาผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้ ทั้งกรณีที่อยู่ในระเบียบของการคุมกำเนิดฟรี ของ สปสช. หรือไม่ก็ตาม

12. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินความพร้อมของที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และเยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อประเมินการให้ความช่วยเหลือและค้นหาปัญหาใหม่ที่อาจเกิดขึ้น

13. ประสานงานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายในชุมชนมาเป็นพี่เลี้ยงให้กับญาติที่ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง

14. ประสานงานแหล่งทุนในการสนับสนุนกิจกรรมตอบสนองทางจิตวิญญาณ เช่น การปฏิบัติตามศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ สิ่งที่ปรารถนาสุดท้ายและสิ่งที่ยังค้างคาใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว

15. แนะนำ สอนสาธิตเทคนิคการรับมือกับความวิตกกังวล ความเครียด หากประเมินพบว่า ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีภาวะตึงเครียดมากก็สามารถส่งต่อให้นักจิตวิทยาและจิตแพทย์ในทีมเพื่อให้การรักษาต่อ

16. การจัดกิจกรรมที่เสริมทักษะชีวิตให้เด็กป่วยระยะประคับประคองตามวัยและศักยภาพที่มีอยู่

17. ประสานงานกับโรงเรียนเรื่องการเรียนและการสอบของผู้ป่วย

18. การทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมของชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

19. การประสานส่งต่อทางสังคมสงเคราะห์ กรณีที่แพทย์ส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลตามสิทธิหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้นักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่อง

20. การประสานส่งต่อศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลต้นสังกัดและใกล้บ้านของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อข้อมูลและประสานการให้ความช่วยเหลือในขณะผู้ป่วยกลับบ้าน

21. การทำงานเชิงป้องกันความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว หรือบุคคลอื่นร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น เช่น กรณีเด็กป่วยระยะท้ายเกิดจากการเดินและตกน้ำ สามารถประสานให้เกิดการปรับปรุงทางเดินที่ปลอดภัยสำหรับทุกคนในชุมชน เป็นต้น

22. ประสานงานเจ้าของบ้านเช่า ห้องเช่าหรือที่พักเพื่อขอความคิดเห็น กรณีผู้ป่วยมีความประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านเช่า ห้องเช่าหรือที่พักนั้น ๆ

23. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเคลื่อนย้ายศพนำศพกลับไปดำเนินการตามพิธีกรรมทางศาสนา

24. การประสานงานกับศาสนสถานในพื้น เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีการจัดการศพหรือ ฌาปณกิจศพ เช่น ติดต่อวัดขอประกอบพิธีกรรมทางพุทธศาสนาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดต่อคณะกรรมการอิสลามกลางประจำจังหวัดเกี่ยวกับการจัดการศพ เป็นต้น

25. การติดตามผลการช่วยเหลือเป็นระยะและการจัดกิจกรรมเยียวยาหลังการสูญเสียเพื่อให้ญาติสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

เครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยเรื่องความพร้อมของครอบครัว พบว่า ครอบครัวยังขาดความรู้เกี่ยวกับเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ดังนั้น หนึ่งในบทบาทที่สำคัญคือ การให้ข้อมูลเครือข่ายและขั้นตอนการติดต่อเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการได้จึงเป็นเรื่องจำเป็น เครือข่ายที่สำคัญมี ดังนี้

1. รถรับ-ส่ง ผู้ป่วย
    - ศูนย์เอราวัณ 1646
    - ศูนย์นเรนทร 1669
    - มูลนิธิปอเต็กตึ้ง
    - องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น อบจ. อบต.
2. การพิสูจน์ทราบบุคคล แจ้งตาย-มรณบัตร
    - สำนักงานเขต
    - ที่ว่าการอำเภอ
3. การเคลื่อนย้ายศพ
    - มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง
    - มูลนิธิร่วมกตัญญู
4. ค่าจัดการศพตามพิธีกรรมทางศาสนา
    - เจ้าอาวาสในวัดต่าง ๆ
    - สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด
    - ผู้นำทางศาสนาคริสต์ของแต่ละนิกาย
5. การศึกษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก
    - กระทรวงศึกษาธิการ สายด่วน 1579
    - ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด
    - สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)
6. ด้านที่พักอาศัย/สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุภาพ
    - ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
    - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานเขต/อบต./อบจ./เทศบาล)
7. การประกอบอาชีพ
    - กรมการจัดหางาน (ศูนย์มิตรไมตรี) 1694
    - สำนักงานแรงงานจังหวัด
    - ศูนย์ฝึกอาชีพ กรุงเทพมหานคร

• ศูนย์เรียนรู้การพัฒนาสตรีและครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

8. เงินทุนประกอบอาชีพ

• พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

• กองคุ้มครองสวัสดิภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

• สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด

• สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ

• มูลนิธิทิสโก้

9. ผู้ดูแลเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา

• ครอบครัวอุปถัมภ์/รับบุตรบุญธรรม พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

10. เงินช่วยเหลือต่าง ๆ

• กองทุน หรือมูลนิธิในหน่วยงาน ในพื้นที่

• สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ

• กองทุนคุ้มครองเด็ก

• สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด

สรุป บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ทำงานร่วมกับกับทีมสหวิชาชีพและทีมครอบครัว โดยมีบทบาทในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวและ/หรือแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งในภาวะวิกฤติและระยะยาว เช่น การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม การเสริมพลังอำนาจ เป็นต้น โดยการช่วยเหลือเกิดขึ้นในทุกระยะของการรักษาพยาบาล ในช่วงท้ายของชีวิตและหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม จากไปสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. ฝ่ายบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หลักสูตรนักสังคมสงเคราะห์เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย [อินเตอร์เน็ต]. 2024 [เข้าถึงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.medumore.org/course/Specialized-social-worker-course-in-end-of-lifecare-All-Course .

2. Barker P, Chang J. Healthy Families and Their Development. In: Barker P, editor. Basic Family Therapy. 4th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 1998. p. 12-22.

3. Chaiyamool S, Tangjittiporn T. The effects of using a caregiver's preparedness enhancement for pediatric palliative care patient program (CPEP) for caregivers at Queen Sirikit National Institute of Child Health. J DMS [Internet]. 2025 Jun 15 [cited 2025 Sep 25]; 50(2): 85–93. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/271526 .

4. Chokthanavanich P. End-of-life care and family: service provision and roles of clinical social workers. J Soc Work Soc Adm [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 25]; 26(2): 108-139. Available from: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/swjournal/article/view/169031 .

5. National Association of Social Workers. NASW standards for social work practice in palliative and end of life care. Washington (DC): National Association of Social Workers; 2004.

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 2025 July 17]. Available from: https://www.basw.co.uk/resources/role-social-workers-palliative-end-life-and-bereavement-care .

7. 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. J DMS [internet]. 2019 Apr. 1 [cited 2025 Sep. 25]; 44(2): 74-82. available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/246844



บทที่ 5.4 บทบาทของนักกายภาพบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

กภญ.สุกัญญา ยังหอกิจไพศาล
กภญ. พลอยขวัญ ชูสนิท
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

นักกายภาพบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมีหน้าที่หลักในการ ตรวจประเมิน วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูร่างกาย จากความเสื่อมถอย ความบกพร่อง หรือความพิการ ซึ่งอาจเกิดจากภาวะของโรค หรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ นอกจากนี้ นักกายภาพบำบัดยังมีบทบาทในการ ส่งเสริม และป้องกันสุขภาพกาย และสุขภาพใจให้กับผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางกายภาพบำบัด

• คุณสมบัติของนักกายภาพบำบัดที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย

1. มีความรู้ความเข้าใจในหลักการ และปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (proficiency in the principles and philosophy of palliative care)

2. มีความอดทน เห็นอกเห็นใจ เคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ควบคู่กับการมีทัศนคติที่ดีในการให้การดูแล และมีความเข้าใจภาวะด้านจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ ของผู้ป่วยและครอบครัว (patience, empathy, and respect for patient dignity, coupled with a positive caregiving attitude and a deep understanding of the psychological, physical, and emotional states of patients and their families)

3. มีทักษะทางคลินิก สามารถประเมินปัญหาได้ครอบคลุม วางแผนและเลือกเทคนิคการรักษาที่หลากหลาย และแบบเฉพาะบุคคลได้ (strong clinical skills for comprehensive assessment, individualized treatment planning, and diverse therapeutic techniques)

4. สามารถทำงานร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ability to collaborate effectively within a multidisciplinary team)

5. มีทักษะการในการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ (effective communication skills)

6. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี (minimum of 2 years of experience in patient care)

• วัตถุประสงค์การดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย

1. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว (improve quality of life)

2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัย และเต็มความสามารถ (enhance / maximize functional ability and daily living with safety)

3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีความหมาย (meaningful of life)

4. เพื่อจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacotherapy and pain management)

5. เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น (planning for emergency / advanced care planning)

ตารางที่ 5.4.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายสำหรับนักกายภาพบำบัด

ปัญหา ทางกายภาพบำบัด	การตรวจประเมิน ทางกายภาพบำบัด	การบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง	แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activities of daily living, ADL)	1. ให้คำแนะนำ และฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเน้นกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจง (task-specific training) 2. จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. ภาวะบกพร่องในการ เคลื่อนย้ายตัวบนเตียง	1. ความสามารถในการ เคลื่อนย้ายตัวบนเตียง (bed mobility) 2. ความสามารถในการ เคลื่อนย้ายตนเอง (transfer)	1. ให้คำแนะนำเรื่องการจัดท่าบนเตียงที่เหมาะสม 2. การฝึกเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง และการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเน้นกิจกรรมที่มีความ เฉพาะเจาะจง (task-specific training) 3. ฝึกให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวบนเตียงในทุกทิศทาง
3. ภาวะบกพร่องเกี่ยวกับการทรงตัว	การประเมินการทรงตัว (balance assessment)	1. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว (core stabilization exercise) 2. การฝึกความสามารถในการทรงตัว การรักษาสมดุลและควบคุมท่าทางของร่างกาย (balance and postural control training)

ปัญหา ทางกายภาพบำบัด	การตรวจประเมิน ทางกายภาพบำบัด	การบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
4. ภาวะบกพร่องในการเดิน	1. ประเมินความสามารถในการเดิน (walking assessment) 2. ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวและการเดิน (functional activities and walking)	1. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว (core stabilization exercise) 2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา 3. การฝึกเดิน ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยพยุง
5. ภาวะข้อยึดติด	1. ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของเนื้อเยื่อและข้อต่อ (accessory joint mobility) 2. การวัดองศาการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ (range of motion, ROM) 3. ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) 4. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (muscle power)	1. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 2. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ 3. การบริหารข้อต่าง ๆ เพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว โดยผู้ป่วยสามารถทำได้เอง (active exercise movement) 4. การบริหารข้อต่อต่าง ๆ โดยนักกายภาพบำบัด หรือผู้ดูแลทำให้ (passive exercise movement) 5. การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกัน แผลกดทับและภาวะข้อยึดติด
6. ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง	1. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (muscle power) 2. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) 3. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activities of daily living, ADL)	1. ให้คำแนะนำ และฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเน้นกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจง (task-specific training) 2. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 3. การบริหารข้อต่าง ๆ โดยผู้ป่วยสามารถทำได้เอง (exercise active movement) 4. การกระตุ้นไฟฟ้า (electrical stimulation)

ปัญหา ทางกายภาพบำบัด	การตรวจประเมิน ทางกายภาพบำบัด	การบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
7. ภาวะแทรกซ้อนด้านระบบทางเดินหายใจ	1. ประเมินการหายใจ และการเคลื่อนไหวของทรวงอก (assessment of breathing and chest movement) 2. พิจารณาผลอ่านฟิล์มเอ็กซ์เรย์ทรวงอก (chest x-ray interpretation)	1. การจัดท่าเพื่อร่อนระบายเสมหะ (postural Drainage) 2. การเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ (chest percussion) 3. การฝึกหายใจโดยใช้กระบังลม (diaphragmatic breathing) 4. การฝึกดูด tri flow (tri flow breathing exercise)
8. อาการปวดกล้ามเนื้อ	1. ประเมินตำแหน่ง บริเวณที่ปวด (physical assessment) 2. ประเมินระดับความปวด (pain score) 3. พิจารณาโรคร่วม และระมัดระวังในผู้ป่วยที่ต้องสงสัยมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง	1. การจัดท่า การนวด เพื่อผ่อนคลาย แบบ effleurage/stroking ไม่เน้นการกดจุด หรือลงน้ำหนักลึก 2. การประคบด้วยความร้อน (heat) ใช้กับอาการปวดเรื้อรัง ปวดตึงกล้ามเนื้อ 3. การประคบด้วยความเย็น (cold) ใช้กับอาการบาดเจ็บ เฉียบพลัน ร่วมกับมีการบวม ***ควรระมัดระวังการประคบด้วยความร้อน/ความเย็น บริเวณที่ผู้ป่วยมีอาการชา หรือมีระดับการรับความรู้สึกลดลง*** 4. การใช้กระแสไฟฟ้าเพื่อลดปวด (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)
9. ภาวะบกพร่องเกี่ยวกับความคิดความจำ	แบบประเมิน Cognitive Mini-Cog (Mini-Cognitive Assessment Tool)	1. ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ญาติหรือผู้ดูแล ในการสื่อสารกับผู้ป่วย 2. ช่วยกระตุ้นความคิด ความจำผู้ป่วย เช่น การฝึกการรับรู้ วัน เวลา สถานที่

ตารางที่ 5.4.2 ขั้นตอนการประเมินและให้การรักษา ดูแล ทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย

ผู้ปฏิบัติ	ขั้นตอน	รายละเอียด
แพทย์ พยาบาล	ตรวจประเมินร่างกาย (Medical Examination)	- ประเมินสภาวะทั่วไปของผู้ป่วย - ซักประวัติ สอบถามอาการเจ็บป่วย/ผลข้างเคียงจากการรักษา - วินิจฉัยและส่งต่อการรักษา
นักกายภาพบำบัด	การตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด (Physical Assessment)	- ตรวจประเมิน - ระดับความปวด (pain score) - การรับรู้ความรู้สึก - ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ - ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
นักกายภาพบำบัด	สรุปปัญหาและวางแผนรักษา	- สรุปปัญหา และวางแผนให้การรักษาทางกายภาพบำบัด
แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด	ให้การรักษาทางกายภาพบำบัด จำหน่าย/ส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน	- ให้คำแนะนำ สอนผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลทางกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่บ้าน - จำหน่าย/ติดตามหลังการจำหน่าย ส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

ตารางที่ 5.4.3 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

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

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

☐ 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

☐ 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ 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. ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย

☐ 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ขั้น)

☐ 0. ไม่สามารถทำได้

☐ 1. ต้องการคนช่วย

☐ 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

☐ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

☐ 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐ 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

☐ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

☐ 2. กลั้นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐ 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

☐ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

☐ 2. กลั้นได้เป็นปกติ

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. มีผู้ดูแลประจำ หรือไม่

☐ ไม่มี ถูกญาติทอดทิ้ง ☐ ไม่มี อยู่ตามลำพังไม่มีญาติ ☐ มี ครอบครัวดูแล ☐ มี เพื่อนบ้านดูแล

2. ได้รับเงินสงเคราะห์ หรือไม่

☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ☐ ไม่ทราบ

3. เป็นสมาชิกชมรมใด ๆ หรือไม่

☐ ไม่ได้เป็น ☐ ชมรมผู้สูงอายุ ☐ คลังปัญญา ☐ ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา ☐ อื่น ๆ

ที่มา: ปิยภัทร และคณะ 2553

เอกสารอ้างอิง

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

บทที่ 5.5 บทบาทของนักจิตวิทยา ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ดร.กัลยพร นันทชัย
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

บทบาทของนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบไปด้วยการตรวจประเมิน การคัดกรอง และบำบัดรักษาปัญหาทางจิตใจ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องจากความเจ็บป่วยต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลดภาะแทรกซ้อนและจากไปอย่างสงบ นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการประเมินและให้คำแนะนำปรึกษาญาติและครอบครัว ในปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ความเครียดในการดูแล การสื่อสารและการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการดูแลผลกระทบทางจิตใจของครอบครัวระหว่างการดูแลและหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว นักจิตวิทยายังมีบทบาทในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้ข้อมูลและปฏิบัติงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย การเสริมกำลังใจทีมในการรับภาระดูแลปัญหาผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เองก็เกิดภาวะเครียดและความเหนื่อยล้าได้เช่นกัน ดังนั้น นักจิตวิทยาจึงมีบทบาทและเกี่ยวข้องกับทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล รวมทั้งทีมสหวิชาชีพ

• การทำความเข้าใจปฏิกิริยาทางใจของผู้ป่วยในระยะท้าย

ก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจก่อนว่า ตลอดช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อภาวะทางจิตใจอย่างมากมาย เช่น การได้รับการประเมิน การตรวจวินิจฉัย การทำหัตถการต่าง ๆ การต้องนอนโรงพยาบาลนาน ๆ หรือเข้า-ออก โรงพยาบาลบ่อย ๆ รวมทั้งการต้องเผชิญการสูญเสียความสามารถ การเสียรายได้ ความมั่นคงทางจิตใจและทางอาชีพการงาน การพยายามเข้มแข็งเพื่อรักษาสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งเป็นผลกระทบทางอ้อมที่ผู้ป่วยได้รับ ปฏิกิริยาทางใจต่อความเจ็บป่วยของมนุษย์ทั่วไปนั้นจะมีกลไกทางจิตที่แปลความในเรื่องการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเป็นโรคร้ายแรง โดยกระบวนการในระยะต่าง ๆ ประกอบไปด้วย การปฏิเสธ การโกรธ ต่อรอง การยอมรับ/ยอมแพ้ การเฉยเมย ส่งผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปตามมา ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละรายว่าจะมีการแปลความหมายการเจ็บป่วย (meaning of illness) และมีการแสดงออกทางจิตใจหรือพฤติกรรมอารมณ์อย่างไร ดังนี้

- การแปลความเจ็บป่วย คือความท้าทาย ผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ การแปลความหมายในลักษณะนี้ผู้ป่วยมักให้ความร่วมมือ และมีความยืดหยุ่นในการรักษา
- การแปลความเจ็บป่วย คือการถูกคุกคาม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล กลัว และโกรธ บางครั้งอาจส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่ร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ได้

- การแปลความเจ็บป่วย คือความสูญเสีย จากปัจจัยทางตรงและทางอ้อมที่ได้กล่าวมาข้างต้น อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าหรืออารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคืออารมณ์เศร้าโศก (grief)

- การแปลความเจ็บป่วยเป็นรางวัล สำหรับผู้ป่วยบางคนความเจ็บป่วยมีประโยชน์ ผู้ป่วยประเภทนี้ไม่ค่อยร่วมมือในการรักษา ดูเพิกเฉย หรือร่าเริงผิดปกติ

- การแปลความเจ็บป่วยเป็นการลงโทษ ในผู้ป่วยที่มองว่าสมควรถูกลงโทษ เขาจะยอมจำนนไม่พยายามที่จะดีขึ้น

ปฏิกิริยาทางใจที่เกิดกับผู้ป่วยในระยะท้าย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว หรือรู้สึกไม่มีคุณค่า เบื่อหน่าย ท้อแท้ และไม่อยากได้รับการรักษาอีกต่อไป โดยผู้ป่วยในระยะท้ายจะเกิดความรู้สึกทั้งเสียดาย เสียใจ และมีความต้องการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้ทำ เช่น

- ความรู้สึกเสียดายที่ยังไม่ได้ไปไหนหรือใช้ชีวิตที่จะอยากทำ เสียใจที่ยังไม่ได้ทำสิ่งที่ดี ๆ เช่น การบอกรักหรือทำสิ่งดี ๆ ให้กับคนที่รักและครอบครัว หรือการใช้เวลาอยู่กับครอบครัว

- มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา เพื่อให้จากไปอย่างสงบ ต้องการเลือกสิ่งแวดล้อมที่อยากอยู่เป็นครั้งสุดท้าย เช่น บ้านและอยู่กับครอบครัว ความต้องการการจัดการมรดกหรือทรัพย์สิน และต้องการตัดสินใจเรื่องการจัดการทางสุขภาพล่วงหน้า รวมทั้งแผนการหลังความตาย เป็นต้น

Robert Bukman ได้ศึกษาภาวะจิตใจของผู้ป่วยระยะท้าย โดยรวบรวมผลการศึกษาจากนักวิชการด้านการดูแลระยะท้าย ซึ่งได้อธิบายภาวะจิตใจของผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบไปด้วย 3 ระยะ โดยที่ผู้ป่วยอาจจะมีความรู้สึกต่าง ๆ เกิดในช่วงเวลาเดียวกันหรือแตกต่างกันได้ ดังนี้

1. Initial stage ระยะเผชิญหน้ากับความจริง ระยะนี้ผู้ป่วยอาจจะเกิดความรู้สึกได้หลากหลายจากประสบการณ์เดิมและกลไกป้องกันทางจิต เช่น กลัว โกรธ ตกใจ เครียด กังวล หรือขบขัน และใช้กลไกทางจิตในการแสดงพฤติกรรม เช่น การปฏิเสธความจริง การหลีกเลี่ยงหรือแยกตัว เป็นต้น

2. Chronic stage ระยะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีภาวะซึมเศร้า เบื่อหน่าย และวางเฉย รอเวลาสุดท้าย ระยะนี้อาจจะทำให้ผู้ดูแลละเลยในการดูแลได้ เนื่องจากวางใจคิดว่าผู้ป่วยทำใจได้แล้วทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. Final stage ระยะยอมรับ ผู้ป่วยมีภาวะที่ยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง มีการแสดงออกที่ปกติ ทั้งการสีหน้า การสื่อสาร และอยู่กับความเป็นจริง

• กระบวนการทางจิตวิทยาในการประเมินปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยระยะท้าย

1. การสร้างความสัมพันธ์ (therapeutic relationship) มีเป้าหมายเฉพาะผู้ให้การบำบัด มีการดำเนินสัมพันธภาพอย่างเป็นขั้นตอน เน้นความปลอดภัยเป็นหลัก เป็นความลับ น่าเชื่อถือ มีความสม่ำเสมอและมีขอบเขตชัดเจน

2. ให้ผู้ป่วยพูดระบาย (ventilation) ความรู้สึกต่าง ๆ ความกังวล ความกลัว หรือความรู้สึกอึดอัดความต้องการต่าง ๆ ออกมา การได้ระบายปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดมานาน ช่วยให้ผ่อนคลายและรู้สึกว่ามีคนรับฟังอย่างเข้าใจ ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์ที่สำคัญยิ่งต่อการรักษา

3. ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เป็นกระบวนการเยียวยาทางจิตใจ ผู้บำบัดมีความเห็นอกเห็นใจ ทำให้การเยียวยาจิตใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในขั้นตอนของ empathy การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) การใช้คำถาม (questioning) โดยมีเทคนิค ดังนี้

- มองที่ผู้ป่วย ซึ่งไม่จ้องตาใช้การสบตาอย่างเหมาะสม
- การใช้คำถามรูปแบบต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีเป้าหมาย
- ไม่ขัดจังหวะ แต่หากจำเป็นต้องใช้วิธีการที่นุ่มนวล ไม่ให้เสียสัมพันธภาพ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับน้ำเสียงและท่าทีด้วย หรือบางจังหวะต้องใช้การเงียบหยุด/รอฟัง (silence) เสมือนเป็นการให้เวลาผู้ป่วยและสำรวจความคิดของตนเองอย่างอิสระ
- ไม่เปลี่ยนเรื่องทันที พึงระลึกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าคือสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังให้ความสำคัญ โดยส่วนใหญ่บุคลากรไม่ได้ฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า (listening) เพียงแต่ได้ยิน (hearing) และมักเปลี่ยน เรื่องไปถามสิ่งที่ตัวเองสนใจโดยใช้ลักษณะการถามเพื่อวินิจฉัย (diagnostic question)
- ควรให้ความใส่ใจกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (reflection/mirroring) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความรู้สึกของตัวเองมากขึ้น และรู้สึกว่าผู้รักษาก็เข้าใจความรู้สึกของตนเช่นกัน
- การมีท่าทีเปิดรับฟัง รวมทั้งการเลือกสถานที่พูดคุยที่เป็นส่วนตัวและรู้สึกปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้รักษาให้ความสำคัญกับเรื่องอารมณ์ ความรู้สึกด้วย
- ตอบสนองทั้งการใช้คำพูดและท่าทาง ซึ่งควรสอดคล้องกลมกลืนกัน เช่น ในกรณีที่เห็นด้วยกับความคิดของผู้ป่วย การตอบสนองด้วยการพูดว่า “ครับ/คะ” พร้อมพยักหน้าและมีท่าทีเปิดรับ (open-ended manner) จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเข้าใจเขามากขึ้น แต่ต้องเข้าใจและรับฟังอย่างแท้จริง ไม่ใช่เป็นการเสแสร้ง

นอกจากนี้ ข้อควรคำนึงในการประเมินคือรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้น การประเมินความพร้อมในการรับรู้ความจริง

1. ค้นหาความต้องการการรับรู้ความจริงว่าต้องการที่จะรับรู้หรือไม่ ระดับใด เพราะผู้ป่วยและครัวบางคนไม่ต้องการรับรู้ แต่ความคิดนี้อาจเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไป ที่สำคัญคือความต้องการของผู้ป่วยและญาติอาจสวนทางกัน จึงต้องประสานความคิด ประสานประโยชน์เพื่อผู้ป่วยและครอบครัว
2. ประเมินความรู้ ทัศนคติต่อโรคของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ค้นหาและประเมินศักยภาพภายในของผู้ป่วยคือความสามารถที่มีอยู่ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหา เช่น ภาวะอารมณ์ ประสบการณ์เดิม ลักษณะบุคลิกนิสัย ความสามารถ เป็นต้น

จากการศึกษาวิจัยเชิงอภิมานและการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะท้ายที่มักพบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หรือทั้งสองแบบในช่วงเวลาเดียวกัน และภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้า (depression)

Mitchell และคณะ ได้ศึกษาความชุกของภาวะทางจิตเวชในผู้ป่วยระยะท้าย พบความชุกของ major depression มีร้อยละ16.5 และ minor depression ร้อยละ 9.6 สำหรับการศึกษาอื่นในประเทศไทย อาจมีความแตกต่างกันตามวิธีการประเมินและช่วงเวลาในการเจ็บป่วยระยะท้าย

อาการของภาวะซึมเศร้าคือ ผู้ป่วยจะรู้สึกแย่ เบื่อหน่ายท้อแท้อยู่ตลอดเวลา มีลักษณะความคิดที่สิ้นหวัง คิดว่าไม่มีใครช่วยได้ ไร้ค่า และหมดคุณค่าในตนเอง ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะท้ายเกิดได้หลายอย่าง เช่น อาการทุกข์ทรมานทางกาย การรักษาเป็นเวลานาน ขาดการสนับสนุนทางสังคม เกิดความพิการ และบางรายอาจเคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน หรือเกิดจากผลค้างเคียงจากการรักษาด้วยยาบางชนิด ซึ่งกลุ่มที่พบบ่อย ได้แก่ adjustment disorder with depressed mood, major depressive disorder, mood disorder due to medical condition, drug or substance induced mood disorder

ภาวะวิตกกังวล (anxiety)

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องเผชิญหน้ากับความตายมักมีความเครียด ความกังวล ความกลัวอยู่ในใจทุกคน ความวิตกกังวลที่มักพบ ได้แก่

1. organic anxiety เป็นภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อความเครียด เช่น ปวดมาก ทำให้ใจสั่น ปั่นป่วนในท้อง หัวใจเต้นผิดปกติ ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น รวมทั้ง อาจเกิดปัญหาทาง เมตาบอลิซึม เช่น hypercalcemia, hypoglycemia เป็นต้น

2. situation anxiety เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในช่วงที่มีอาการหรือช่วงที่ได้รับการรักษา เช่น กลัวเจ็บ กลัวทรมาน กลัวเดินไม่ได้ กลัวการรักษา เป็นต้น

3. existential anxiety เช่น กลัวตาย กลัวขาดอิสรภาพ กลัวอยู่คนเดียว กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นหรือตายแล้วไปไหน

ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium)

จากการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 13.3–42.3 และในช่วงสัปดาห์หรือชั่วโมงท้าย เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58.8-88 อาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น ร่างกายผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นเวลานาน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในการรักษาทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันได้ โดยภาวะนี้มีอาการที่คล้ายคลึงกับภาวะสมองเสื่อม จึงจำเป็นต้องประเมินอาการหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อให้การบำบัดรักษาตามสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ไม่ตรงความจริง บางรายอาจเห็นภาพหลอน หากผู้ป่วยไม่ทรมานมากอาจไม่ต้องจัดการใด ๆ เพราะเป็นความปกติของกระบวนการตาย

จากปัญหาดังกล่าวที่พบบ่อย มีวิธีการประเมินและเครื่องมือในการประเมินต่าง ๆ รวมทั้งการใช้กระบวนการทางจิตวิทยาในการบำบัดแต่ละปัญหาจากการศึกษา ดังตารางที่ 5.5.1

ตาราง 5.5.1 การประเมินและการดูแลภาวะจิตใจผู้ป่วยระยะท้าย

ปัญหา	การประเมิน	คำแนะนำ/วิธีปฏิบัติ
ภาวะสุขภาพจิต	แบบสอบถาม General Health Questionnaire	• ให้การดูแลรักษาหรือบรรเทาปัญหาทางสุขภาพจิตหรือความทุกข์ใจ จากการประเมิน ประกอบด้วย ความรู้สึกไม่เป็นสุข ความวิตกกังวล ความบกพร่องเชิงสังคม และการคิดหมกมุ่น
ภาวะซึมเศร้า	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลทั่วไป • แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (กรมสุขภาพจิต) • แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (กรมสุขภาพจิต)	• การใช้จิตบำบัดด้วยรูปแบบต่าง ๆ ตามระดับของภาวะซึมเศร้า เช่น supportive psychotherapy หรือ brief psychotherapy: life review, music therapy, dignity therapy • ให้ความรู้ สอนทักษะการสื่อสาร และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแก่ญาติและผู้ดูแล
	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS)	
ภาวะวิตกกังวล	แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS)	การให้การดูแลเพื่อลดภาวะวิตกกังวลด้วยวิธีการบำบัดและเทคนิคต่าง ๆ • การฝึกการหายใจ (breathing exercise) • การฝึกผ่อนคลายโดยใช้ relaxation technique • รับฟังปัญหา ความทุกข์ใจของผู้ป่วย • สนับสนุนการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังสามารถทำได้เพื่อช่วยในการผ่อนคลาย เช่น การทำบุญ การฟังเพลง
ภาวะความจำบกพร่อง ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน	ใช้แบบคัดกรอง TMSE หรือ MMSE-T หากเกิดเฉียบพลันใช้แบบประเมิน Delirium Rating Scale	ประเมินคัดแยกว่าอาการหลงลืมของผู้ป่วยนั้นเกิดจากภาวะสมองเสื่อมหรือจากภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน และให้การบำบัดตามปัญหาที่พบว่าเกิดจากระบบใดก่อน กรณีผู้ป่วยอยู่ที่บ้านต้องให้ข้อมูลญาติในการช่วยเหลือดูแลปัญหาที่เกิดขึ้น • ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมไม่ให้เกิดสับสน การกระตุ้น orientation ให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อยู่กับปัจจุบัน และแนะนำญาติในการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในเวลาที่ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ • ภาวะความจำถดถอยหรือเริ่มบกพร่อง ให้การดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสื่อสาร เตรียมความพร้อมญาติในการดูแล

• การดูแลภาวะจิตใจญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การช่วยเหลือประคับประคองและเยียวยาด้านจิตใจของญาติและผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่า ญาติที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อย คือ ความเครียด ภาวะเหนื่อยล้า ซึมเศร้า และโรคทางกาย จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความชุกปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายมีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 50.6 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 49.4 ซึ่งเป็นระดับที่ใกล้เคียงกัน จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ญาติและผู้ดูแลมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 48 และระดับความเหนื่อยล้าระดับสูงร้อยละ 23.0 ตามลำดับ

ดังนั้น การประเมินความรู้และทัศนคติต่อโรคของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยตลอดช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วย สิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากความรู้และประสบการณ์ที่มีแล้ว คุณสมบัติที่ควรมีคือทัศนคติเชิงบวกในการให้บริการและความเห็นใจ ปรารถนาดีในการอยากช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างจริงใจ การประเมินภาวะจิตใจต่าง ๆ ของญาติเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยได้ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นตามระยะต่าง ๆ สอนทักษะที่จำเป็น เช่น การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือเมื่อเหตุฉุกเฉิน จากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การให้ความรู้ การให้การสนับสนุนทางสังคม การแนะนำเทคนิคในการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคต่าง ๆ การฝึกทักษะ และการทำกลุ่มญาติและผู้ดูแลช่วยจัดการปัญหาและระดับความเครียดของผู้ดูแล ดังตารางที่ 5.5.2

ตาราง 5.5.2 การประเมินและการดูแลภาวะจิตใจญาติและผู้ดูแล

ปัญหา	การประเมิน	คำแนะนำ/วิธีปฏิบัติ
ความเครียด	แบบประเมินความเครียด ST5, SPST-20 (กรมสุขภาพจิต)	• แนะนำให้ผู้ดูแลขอรับการปรึกษาทางสุขภาพจิตหรือสายด่วนทางสุขภาพจิต • แนะนำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด • แนะนำเทคนิคในการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ (breathing exercise) ฝึกผ่อนคลายโดยใช้ relaxation technique
ภาวะวิตกกังวล	แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS)	
ภาวะซึมเศร้า	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลทั่วไป • แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (กรมสุขภาพจิต) • แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (กรมสุขภาพจิต)	• การขอรับการปรึกษาทางสุขภาพจิต • การจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง • หากพบว่ามีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงควรได้รับการรักษา
ความรู้สึกเป็นภาระ	แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit burden interview)	• แนะนำให้ผู้ดูแลได้ระบายความคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วย • การจัดสรรเวลาให้มีเวลาได้พักผ่อนจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน

ปัญหา	การประเมิน	คำแนะนำ/วิธีปฏิบัติ
		• การให้ความรู้ (psycho education) การให้การสนับสนุนทางสังคม (psychosocial support) • การบริหารจัดการกลุ่มอาการต่าง ๆ (symptom management) การส่งเสริมการนอน รวมทั้งการจัดกลุ่มครอบครัว (sleep promotion and family meetings)

• การสนับสนุนการทำงานและดูแลภาวะจิตใจของทีมบุคลากรทางการแพทย์

ในการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ นักจิตวิทยามีหน้าที่ในการสรุปผลการประเมินการนำเสนอแนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยแก่ทีมให้ทราบ ในกรณีที่พบปัญหาที่ควรดูแลร่วมกันทั้งระหว่างการดูแลและต่อเนื่องในระยะยาว การดูแลญาติ การเฝ้าติดตามอาการที่พบความเสี่ยง เช่น เมื่อประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดอยากตาย หรือญาติมีความเครียดที่อาจจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยและตัวญาติเอง เป็นต้น ซึ่งนักจิตวิทยาควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายและจากไปอย่างสงบ ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจที่ตามมาของญาติหลังการจากไปของผู้ป่วย

นอกจากนี้ การดูแลภาวะจิตใจของทีมผู้ที่ทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องและยาวนานในผู้ป่วยบางรายอาจส่งผลกระทบต่อบุคลากรทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น นักจิตวิทยาเองยังมีบทบาทที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการรับฟังปัญหาความทุกข์ใจหรือความรู้สึกต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้คำแนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียดและการดูแลด้านจิตใจแก่ทีมบุคลากรทางแพทย์ โดยปัญหาที่ส่งผลกระทบทางจิตใจของทีมบุคลากรที่ทำงานด้านนี้ที่พบบ่อย คือ

• Sympathy การมีความรู้สึกร่วมกับเรื่องราวของผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่รู้ตัว จากการที่ดูแลกันมานานหรือบางครั้งภาวะเจ็บป่วยหรือปัญหาของผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์เดิมของบุคลากร เช่น อาจมีประสบการณ์กับคนในครอบครัว เมื่อเกิดความรู้สึกร่วมจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลร่วมด้วยได้

• fatigue ภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนาน ๆ หรือการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยมากจนเกิดภาวะเครียด ส่งผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟ (burn out) จากภาระงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการประเมินตนเองและปฏิบัติตัวด้วยวิธีการหรือเทคนิคต่าง ๆ ในการผ่อนคลายความเครียด เช่น relaxation technique, breathing exercise การขอรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวมทั้งการพูดคุยกับทีมหรือหัวหน้างานในกรณีที่เกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานเกินไป เพื่อสลับเปลี่ยนหน้าที่กันหากมีความจำเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฏฐา สายเสวย. ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดและการเจ็บป่วย (Coping with stress and illness). ใน: สุนันทา ฉันทนากาญจน์, วรภัทร รัตอาภา, กมลพร วรรณฤทธิ์, ณัฏฐา สายเสวย, บรรณาธิการ. จิตเวชรับปรึกษาจากต่างภาควิชา ศิริราช. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2559. หน้า 26-8.

2. ปรียาพร จันทร์โอทาน, กุลธิดา พิพัฒน์จรัสสกุล. บทบาทของนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน: ปฐมพร ศิรประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563. หน้า 291-6.

3. ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. Psychiatric assessment and management in palliative care. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันชาย สิทธิพันธุ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: End of life care improving care of the dying. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด; 2552. หน้า 80-97.

4. ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้าย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันชาย สิทธิพันธุ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: End of life care improving care of the dying. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด; 2552. หน้า 117-9.

5. Pongvarin N. Thai Geriatric Depression Scale. Siriraj Med J. 1994; 46(1): 1-9.

6. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. J Psychiatr Assoc Thailand. 1996; 41(1): 18-30.

7. Pinyopornpanish K, Pinyopornpanish M, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Soontornpun A, Kuntawong P. Investigating psychometric properties of the Thai version of the Zarit Burden Interview using rasch model and confirmatory factor analysis. BMC Res Notes. 2020; 13(1): 120.

8. Anshasi H, Saleh M, Abdalrahim MS, Shamieh O. The effectiveness of progressive muscle relaxation technique in reducing cancer-related pain among palliative care patients: a randomized controlled trial. Br J Pain. 2023; 17(5): 501-9.

9. Crowther ER. How to break bad news: a guide for health care professionals. J Can Chiropr Assoc. 1993; 37(2): 121-2.

10. Guan NC, Beng TS, Sue-Yin L, Kanagasundram S. The effect of 5-min mindful breathing on pain in palliative care cancer patients: a randomized controlled study. Indian J Palliat Care. 2021; 27(1): 83.

11. Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. Palliat Med. 2013; 27(6): 486-98. doi:10.1177/0269216312457214

12. Hudson PL, Remedios C, Thomas K. A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. BMC Palliat Care. 2010; 9(1): 17.

13. Le Fevre P, Devereux J, Smith S, Lawrie SM, Cornbleet M. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. Palliat Med. 1999; 13(5): 399-407. doi:10.1191/026921699671260095

14. Look ML, Tan SB, Hong LL, Ng CG, Yee HA, Lim LY, et al. Symptom reduction in palliative care from single session mindful breathing: a randomised controlled trial. BMJ Support Palliat Care. 2021;11(4):433-9.

15. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco JM, Carvajal A, Rullán M, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: a comprehensive systematic literature review. Palliat Med. 2017; 31(6): 492-509. doi:10.1177/0269216316665562.

16. 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(2): 160-74.

17. Turan GB, Özer Z, Demir C. The effect of progressive muscle relaxation exercises applied to caregivers of palliative care patients on stress coping styles and anxiety levels: a randomised controlled trial. Nurs Open. 2025; 12(2): e70149.

18. Warth M, Keßler J, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music therapy in palliative care: a randomized controlled trial to evaluate effects on relaxation. Dtsch Arztebl Int. 2015; 112(46): 788-94.

19. Warth M, Kessler J, Koehler F, Aguilar-Raab C, Bardenheuer HJ, Ditzen B. Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. Palliat Med. 2019; 33(3): 332-45. doi:10.1177/0269216318818011

20. Yaman A, Büyükyılmaz F. The effect of relaxation exercises on burden, burnout, and anxiety levels in palliative caregivers. Perspect Psychiatr Care. 2022; 58(3): 1089-95.



บทที่ 5.6 บทบาทของการแพทย์แผนไทย ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

พท.ป.ภูมิณรงค์ วาณิชย์พุฒิกุล
แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด
พท.ป.กาญจนา ผาภูมมา
แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

• การดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบบูรณาการโดยการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก (Integrative Palliative Care)

หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวมด้วยกระบวนการทางการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยผสมผสานองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัดเยียวยาบรรเทาความทุกข์ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยมุ่งเน้นการให้ความสำคัญและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต และระยะหลังการสูญเสีย

• แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการโดยการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนในการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจวบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และสิ่งที่สำคัญสุดคือ จริยธรรมทางการแพทย์โดยเฉพาะการให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจที่จะรับหรือไม่รับ การบำบัดรักษาเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยการบูรณาการศาสตร์ องค์ความรู้ และความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการดูแลป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการโดยผสมผสานศาสตร์และองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก เน้นด้านจิตใจเป็นหลัก ดังคำกล่าวที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” เมื่อกายป่วยแล้วใจป่วยตาม ยิ่งทำให้อาการป่วยแย่ลงเรื่อย ๆ สิ่งสำคัญคือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายทุกข์ คลายความกลัว ความกังวล มีความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย รวมถึงความรู้สึกความเข้าใจของญาติด้วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะแรกนั้น จะมีอาการต่อต้านปฏิเสธการยอมรับเมื่อทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง เกิดความกลัวต่อโรคภัย ความกังวล ความห่วงครอบครัว

เริ่มมีสารพัดคำถาม มีความน้อยใจ สับสน มีอาการเครียด ซึมเศร้า ซึ่งเป็นโจทย์ของผู้ดูแลว่า ทำอย่างไรที่จะให้ผู้ป่วยยอมรับต่ออาการเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างเข้าใจมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสติสัมปชัญญะปล่อยวางได้ แม้อาการเจ็บปวดและความรู้สึกกระวนกระวายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบหรือ “ตายดี” นั่นเอง

• หลักธรรมานามัยกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลัก “ธรรมานามัย” เป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม

ธรรมานามัย มาจาก 2 คำ ได้แก่ คำว่า “ธรรมะ” กับ คำว่า“อนามัย” ธรรมะ คือ ธรรมชาติ และอนามัย คือ การมีสุขภาพกายที่ดี ดังนั้น “ธรรมานามัย” จึงหมายถึง healthy by natural method หรือการมีสุขภาพดีด้วยวิถีธรรมชาติ การดำเนินชีวิตอย่างสอดคล้องกับธรรมชาติ ตามหลักศาสนาที่ให้ความสำคัญต่อสิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบบูรณาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยใช้หลักมัชฌิมาปฏิปทาหรือทางสายกลางในการดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

1. กายานามัย (healthy body) คือ การดูแลสุขภาพด้านร่างกายให้แข็งแรงโดยเริ่มตั้งแต่การรับประทานอาหาร ยา และการออกกำลังกาย การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาควรให้ยาตามอาการตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย นอกจากนี้ การรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับ “อาหาร” ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น พืช ผัก ผลไม้ที่มีกากใยสูง อาหารที่ช่วยให้ย่อยง่าย และยังพบว่าการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ รวมถึงการออกกำลังกายด้วยฤาษีดัดตนหรือการออกกำลังกายอื่น ๆ ตามความเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ดีขึ้น ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

2. จิตตานามัย (healthy mind) คือ การดูแลจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วย โดยการแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญในด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอาการเจ็บป่วย โดยยึดคำว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” โดยได้แนะนำกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ทางด้านจิตใจ ได้แก่ สมาธิบำบัด สวดมนต์บำบัด ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด และ หัวเราะบำบัด เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมข้างต้นจะช่วยให้จิตใจสงบ ปราศจากความเครียด ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ชีวิตานามัย (healthy behavior) เป็นการดูแลด้านการดำเนินชีวิตในทางที่ชอบ สุจริตตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม ประเพณี เช่น การประกอบอาชีพที่ดี การปรับสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น การปลูกต้นไม้ ดูแลความสะอาดของบ้านเรือน และจัดวางวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เหมาะสม มีอาหารสะอาด ซึ่งศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญเรื่องอาหารที่ไม่สมควรบริโภค คือ อาหารบูดเน่า อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ รวมถึงอาหารที่ก่อให้เกิดโรค เช่น การตกค้างหรือปนเปื้อนสารเคมีต่าง ๆ ของหมักดอง และอาหารที่ปรุงไม่ได้มาตรฐานต่าง ๆ ซึ่งผู้ดูแลหรือญาติควรดูแลตามสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวนั้น ๆ ขึ้นอยู่กับความเข้าใจของผู้ดูแล ส่วนมากญาติจะจัดให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้เพื่อคนที่ตนรัก หากทำได้ดังนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น

นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ไม่ควรได้รับการละเลย โดยเฉพาะญาติหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดซึ่งอาจต้องเผชิญกับความเครียดสะสม ภาวะคุณภาพชีวิตที่ถดถอยและภาระในการดูแลอย่างต่อเนื่องในอิริยาบถซ้ำเดิม อันอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจในระยะยาว

การส่งเสริมสุขภาวะของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยสามารถนำหลัก “ธรรมานามัย” มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพกายและใจ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและสมดุล ตลอดจนสามารถปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

• ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ

เป็นกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบองค์รวมตามหลักด้านการแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่มีการกำหนดเป้าหมายการดูแล รักษา บรรเทาอาการอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ประเมินผลและวัดได้แบบเป็นสากลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงถึงด้านวัฒนธรรมประเพณี สังคม และเศรษฐกิจครัวเรือน ซึ่งเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย โดยใช้หลักธรรมานามัยบนพื้นฐานของกฎหมายด้านสาธารณสุขและสิทธิ์ของผู้ป่วยเป็นหลักโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีโครงสร้างและกระบวนการจัดการดูแลแบบเป็นระบบ

• บทบาทแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพด้วยทัศนคติที่เป็นบวก
2. วางแผนงาน ประสานงาน ประเมินผล และบันทึกผลการตรวจและการดูแลรักษา
3. ตรวจ วินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
4. อธิบายอาการ แผนการรักษา และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ
5. การรักษาและจัดการอาการโดยใช้ยาสมุนไพร และไม่ใช้ยา
6. สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยทักษะการสื่อสารที่สร้างขวัญและกำลังใจ
7. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
8. ติดตามประเมินผลการดูแลรักษา
9. ให้คำปรึกษาแนะนำและการสอนญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

• การประเมินและการวินิจฉัย

1. การประเมินและการวินิจฉัย (เกณฑ์ทั่วไป) ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แบ่งเป็น 4 ส่วนหลัก คือ ร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม/LIFESS
2. การประเมินโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน เช่น
   - การประเมินด้วย ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)
   - การประเมินด้วย PPS Version 2 (Palliative Performance Scale Version 2)
   - การประเมินความปวด NRS (Numerical Pain Rating Scale)

- แบบประเมินคุณภาพชีวิต T-FLIC Version 2 (The Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire)

- แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L เป็นต้น

3. การประเมินและการวินิจฉัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

- การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป: การตรวจชีพจร การดู คลำ เคาะ ฟัง การตรวจร่างกายทางหัตถเวช เพื่อให้ทราบตำแหน่งและอาการที่ได้จากการสังเกตและการตรวจว่าเป็นอย่างไร

ตารางที่ 5.6.1 เกณฑ์การตรวจประเมินทั่วไปทางการแพทย์แผนไทย

เกณฑ์การตรวจประเมิน	เหตุผล
สมุฏฐานวินิจฉัย หรือ วัน เดือน ปีเกิด	เพื่อวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนและมูลเหตุการเกิดโรค
ลักษณะทั่วไป : ดูลักษณะของผู้ป่วย รูปร่าง สีผิว สังเกตอิริยาบถการยืน การเดิน การนั่ง การนอน การพลิกตัว การหยิบจับสิ่งของการกลืน การเคี้ยว การพูด การหลับตา การหายใจ	เพื่อประเมินธาตุปัจจุบันของผู้ป่วย (ปกติลักษณะ)
จับชีพจร : ที่ข้อมือและหลังเท้า ทั้ง 2 ข้าง	เพื่อประเมินกำลังเลือดและลมของผู้ป่วยทั้งลมเบื้องสูงและลมเบื้องต่ำ ดูระบบการไหลเวียนโลหิต ตรวจดูว่า วาตะ ปิตตะ เสมหะ มีการกำเริบ หย่อน พิการ อย่างไร
การตรวจ : ดู ฟัง คลำ เคาะ 1. ทดสอบความตึงแข็ง อ่อน นุ่ม และความร้อน-เย็นของเส้นโดยการกด คลำ 2. ทดสอบการรับความรู้สึกของร่างกายโดยการกด การลูบ การสัมผัส	เพื่อประเมินว่ามีอาการแข็งตึงของท้องมากน้อยเพียงใด คลำดูภาวะลมอั้นในท้อง คลำดูความร้อนว่าสม่ำเสมอหรือไม่ ฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมินภาวะท้องผูก เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษา ได้แก่ การจ่ายยาสมุนไพรและการนวดรักษา
ทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหว/กำลัง : 1. ทดสอบการเคลื่อนไหวและกำลังของกล้ามเนื้อ 2. การตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรมแผนไทย เช่น การวัดส้นเท้า ทดสอบแรงถีบปลายเท้า 3. การวัดระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Pain Score	เพื่อประเมินกำลังของลมและการตึงของกล้ามเนื้อสำหรับใช้ในการวางแผนการรักษา ได้แก่ การจ่ายยาสมุนไพรและการนวดรักษา

• การวิเคราะห์ทางการแพทย์แผนไทย (เสมหะ, ปิตตะ, วาตะ, ปถวี)

โดยตรวจอาการต่าง ๆ และซักประวัติตามอาการของกลไกการเกิดโรคเพื่อให้ทราบสาเหตุและความหนักเบาของโรคหรืออาการเจ็บป่วย ได้แก่

1. อาการทางปิตตะ (Pitta) ในทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดจากธาตุไฟในร่างกายกำเริบหรือหย่อนทำให้เกิดความร้อนเกินหรือการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติไป เช่น มีไข้กำเดา (ไข้ตัวร้อน) ปรากฏบ่อยครั้ง เป็น ๆ หาย ๆ เนื้อตัวรุม มีอาการสะท้านร้อนสะท้านหนาว มีแผลในปากหรือมีฝ้าที่ลิ้นจากไอความร้อนภายใน (กำเดา) เนื่องจากมีการอักเสบและบวม ไฟย่อยอาหาร (ไฟปริณามัคคี) ย่อยอาหารไม่ดี ผิวหนังเหี่ยวย่น มีไฝฝ้าปรากฏและมีสีเข้ม

2. อาการทางวาตะ (Vata) ในทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง อาการที่เกิดจากการเสียสมดุลของธาตุลมในร่างกาย เช่น ท้องอืด ท้องพอง รับประทานอาหารได้น้อยอิ่มท้องไปด้วยลม ปวดเสียดท้องลมในท้องวิปริตแปรปรวน เกิดเหน็บชาเนือง ๆ (คืออาการตะคริวอันเกิดจากกระทบความเย็นที่ไม่ใช่โรคเหน็บชา)

3. อาการทางเสมหะ (Kapha) ในทางการแพทย์แผนไทย หมายถึงอาการที่เกิดจากธาตุน้ำในร่างกายมีความไม่สมดุล เช่น มีเสมหะไอเป็นเวลานานไม่หาย บางทีไอเป็นโลหิต ไอมองคร่อ ปัสสาวะและอุจจาระวิปริตแปรไป ทั้งสี กลิ่นและขัดบ้าง ท้องผูกบ้างลงท้องบ้างบางทีมีกลิ่นคาวและมีโลหิตออกทางช่องทวารหนักและทวารเบา และปะระเมหะ (เป็นเมือกมัน) ต่าง ๆ แปรปรวนและผิดปกติจากเดิม

4. อาการทางปฐวีธาตุ (Prithvi) ในทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง อาการที่เกิดจากธาตุดินหรือธาตุที่มีลักษณะแข็ง/อวัยวะธาตุ เช่น ร่างกายผ่ายผอม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กินไม่ได้ มีแผลฝีหนองและน้ำเหลือง มีก้อนทั้งภายในหรือภายนอกของร่างกาย ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนกำลัง หายใจเหนื่อยหอบ อาจมีฝีเปื่อยเน่าหรือเป็นหนอง บ้างเป็นป้าง เป็นดานและเป็นมาน (อาการตับม้ามโต ท้องแข็ง ท้องโตบวม) ทั้งนี้อาการข้างต้นในผู้ป่วยมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดีจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจากน้อยไปหามาก และจากเบาไปหนัก การรักษาอาการต่างๆจึงต้องดูว่าเกิดจากสาเหตุอะไรและ รักษาอาการที่รุนแรงหรือหาสาเหตุหลักเป็นสำคัญ เช่น

- อาหารไม่ย่อย แน่นท้อง ท้องอืดท้องเฟ้อ (ไฟปริณามัคคีหย่อนหรือพิการ)
- ปวดเสียดชายโครงขวา (จากก้อนหรือลมดันในท้อง) ลมปิตะคุลามะ
- ท้องผูก ถ่ายยาก ขับถ่ายไม่ปกติ
- ครั่นเนื้อครั่นตัว มีไข้ ร้อนเป็นตอนเย็นเป็นตอน (ไฟอุ่นกายทำงานผิดปกติ)
- เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย กินไม่ได้

การประเมินอาการและมูลเหตุหลักลักษณะของธาตุ กำเริบ หย่อน พิการ

<u>กำเริบ</u> หมายถึง รุนแรงขึ้น ทำหน้าที่มากเกินควร เช่น โรคกำเริบ กิเลสกำเริบ

<u>หย่อน</u> หมายถึง ทำหน้าที่น้อยลง

<u>พิการ</u> หมายถึง ทำหน้าที่ผิดปกติจากเดิมคือมากเกินไปหรือน้อยเกินไป (ควบคุมไม่ได้ ไม่คงที่)

• การดูแลรักษาทางการแพทย์แผนไทย

1. การจัดการอาการโดยการใช้ยา

1.1 ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.2 ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ

1.3 ยาแผนไทยที่อยู่ในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล

1.4 ยาปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

1.5 ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย

การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายทางการแพทย์แผนไทยมีทั้งวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา โดยพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วยแต่ละราย มูลเหตุการเกิดโรค ลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ และปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อโรคและอาการรวมถึงการดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การรักษาไม่ซ้ำซ้อน และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาต่อผู้ป่วย ซึ่งการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายโดยการการใช้ยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร ดังนี้

ตารางที่ 5.6.2 การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

อาการ/อาการแสดง	แนวทางการรักษา	แนวทางการจัดการอาการ
1. ปวด (ท้อง)	1. ยาบรรเทาอาการ 2. การทำหัตถการ - การพอกสมุนไพร - การประคบสมุนไพร	1. ยาธาตุบรรจบ 2. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 3. ยาปรุงเฉพาะราย
2. ปวด (ตามร่างกาย/ กล้ามเนื้อ)	1. ยาบรรเทาอาการ 2. การทำหัตถการ เช่น - การพอก, การประคบสมุนไพร - การนวดรักษา เป็นต้น 3. ท่าบริหารร่างกายฤๅษีดัดตน 4. การทำสมาธิบำบัด	1. ยาเถาวัลย์เปรียง 2. ยาโคคลาน (ผสม) 3. ยาผสมเถาวัลย์เปรียง 4. ยาปรุงเฉพาะราย 5. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง)
3. จุก เสียด ท้องอืด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย	1. ยาบรรเทาอาการ 2. หัตถการ - การนวดรักษา - พอกยาฤทธิ์ร้อน/ฤทธิ์เย็น 3. ท่าบริหารร่างกายฤๅษีดัดตน	1. ขมิ้นชัน 2. ยาขิง 3. ยาธาตุบรรจบ* 4. ยาธาตุอบเชย* 5. ยาประสะกะเพรา 6. ยาเบญจกูล 7. ยาประสะเจตพังคี * ข้อควรระวังในการใช้ยา : ยาที่มีส่วนผสมของการบูร การใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจมีผลต่อตับ ไต

อาการ/อาการแสดง	แนวทางการรักษา	แนวทางการจัดการอาการ
4. ท้องผูก	1. ยาบรรเทาอาการ 2. หัตถการ - การนวดรักษา - การประคบสมุนไพร 3. ท่าบริหารร่างกายฤๅษีดัดตน	1. ยาตรีผลา 2. ยาชุมเห็ดเทศ* 3. ยามะขามแขก* 4. ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง 5. ยาธรณีสัณฑฆาต 6. ยาเบญจอัมฤต 7. ยาปรุงเฉพาะราย * ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน หรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ
5. ท้องเสีย	1. ยาบรรเทาอาการ	1. ยาธาตุบรรจบ* 2. ยามันทธาตุ* * ข้อควรระวังในการใช้ยา : ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น
6. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด/ซูบผอม	1. ยาบรรเทาอาการ	1. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 2. ยาหอมเนาวโกฐ 3. ยาปรุงเฉพาะราย
7. นอนไม่หลับ/หงุดหงิด	1. ยาบรรเทาอาการ 2. หัตถการ (นวดผ่อนคลาย คอ บ่า ไหล่ นวดศีรษะ)	1. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 2. ยาหอมเทพจิตร 3. ยาหอมอินทจักร์ 4. ยาศุขไสยาศน์ 5. น้ำมันกัญชา 6. ยาปรุงเฉพาะราย
8. ง่วงซึม สะลึมสะลือ	1. ยาบรรเทาอาการ 2. หัตถการ (นวดศีรษะ คลายเครียด นวดคอ บ่าไหล่)	1. ยาหอมเทพจิตร 2. ยาหอมอินทจักร 3. ยาปรุงเฉพาะราย
8. ง่วงซึม สะลึมสะลือ	1. ยาบรรเทาอาการ 2. หัตถการ (นวดศีรษะ คลายเครียด นวดคอ บ่าไหล่)	1. ยาหอมเทพจิตร 2. ยาหอมอินทจักร 3. ยาปรุงเฉพาะราย
9. มีไข้/ครั่นเนื้อครั่นตัว ร้อนภายใน	1. ยาบรรเทาอาการ	1. ยาจันทน์ลีลา 2. ยาจันทหฤทัย 2. ยาเขียวหอม 3. ยาประสะจันทน์แดง 4. ยาฟ้าทะลายโจร 5. ยาหญ้าปักกิ่ง 6. ยามะระขี้นก* 7. ยาปรุงเฉพาะราย

อาการ/อาการแสดง	แนวทางการรักษา	แนวทางการจัดการอาการ
		*ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยาลดน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานหรือร่วมกับการฉีดอินซูลินเพราะอาจทำให้เกิดการเสริมฤทธิ์กันได้
10. คลื่นไส้/อาเจียน	1. ยาบรรเทาอาการ 2. การนวดกดจุดสะท้อน	1. ยาขิง (แบบชง) 2. ยาหอม 3. ยาหอมทิพโอสถ 4. ยาปรุงเฉพาะราย
11. วิตกกังวล/หงุดหงิด ไม่สบายใจ	1. ยาบรรเทาอาการ 2. การทำหัตถการ - การนวดรักษา - การแช่สมุนไพร 3. สมาธิบำบัด 4. ดนตรีบำบัด 5. สวดมนต์บำบัด	1. ยาหอมอินทจักร์ 2. ยาศุขไสยาศน์ 3. น้ำมันกัญชา 4. ยาหอมเทพจิตร 5. ยาปรุงเฉพาะราย

2. การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา

เป็นการใช้หัตถการต่าง ๆ ทางการแพทย์แผนไทยในการดูแล/จัดการอาการของผู้ป่วย

2.1 การสัมผัส (touching) โดยการวางมือลงบริเวณที่มีอาการ หรือ บริเวณใกล้เคียงที่มีอาการตามหลักเส้นประธานสิบ ความร้อนจากฝ่ามือและการสัมผัสจะส่งผลทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2.2 หัตถเวชกรรมไทย เช่น

2.2.1 การนวดไทยแบบราชสำนักสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เป็นรูปแบบการนวดแผนไทยที่ให้ความสำคัญกับความนุ่มนวล ประณีตและปลอดภัย โดยใช้เทคนิคการกด การลูบและการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างเบามือ เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ลดความเครียดและบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโรค หรือผลข้างเคียงของการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะที่แพทย์เห็นสมควร ควรดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ ควรได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ดูแลก่อนการเข้ารับบริการทุกครั้ง เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

2.2.2 การประคบสมุนไพร ยาประคบสมุนไพรประกอบด้วยสารสำคัญหลายชนิด เช่น ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ การบูร เกลือ โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ ความร้อนช่วยขยายหลอดเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดอาการปวด และบวม สารสำคัญจากสมุนไพร เช่น ไพล ตะไคร้ มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ลดอาการปวดช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และการนวดจากลูกประคบช่วยคลายความตึงของกล้ามเนื้อ สามารถใช้เป็นวิธีการเสริมเพื่อบรรเทาอาการเหล่านี้ได้

2.2.3 การพอกยาสมุนไพร เป็นหัตถการที่ใช้เพื่อลดภาวะปิตตะกำเริบหรือระบายความร้อนดูดพิษร้อนของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) พอกตับ: ลดอาการอักเสบความร้อนของผิวหน้าท้องบริเวณชายโครงขวา

2) พอกท้อง: ลดอาการท้องมาน อาการไม่สบายท้อง ปวดท้อง มีอาการท้องอืด จุกเสียด เรอ

2.2.4 การแช่ยาสมุนไพรและอื่น ๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย เป็นต้น

2.3 หลักธรรมานามัย สมาธิบำบัด สติบำบัด หัวเราะบำบัด กิจกรรมบำบัด ฯลฯ

2.4 การแพทย์ทางเลือก เช่น สมาธิบำบัด ชี่กง มณีเวช สติบำบัด (mindfulness based therapy and counseling) กิจกรรมบำบัด และสวดมนต์บำบัด เป็นต้น

• การดูแลด้านอาหาร (โภชนบำบัด)

อาหารถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งส่วนหนึ่งจะมีปัญหาทางด้านการกลืน การย่อย การรับรส รวมทั้งความอยากอาหาร ซึ่งมีผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการของร่างกาย ดังนั้น การกำหนดเมนูอาหารจึงมีความสำคัญในการแก้ไข และปรับสมดุลธาตุในร่างกายของผู้ป่วย ตัวอย่างของสมุนไพรที่ใช้เป็นอาหารและมีสรรพคุณบำบัดอาการของโรค มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.6.3 สมุนไพรที่ช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร

ชื่อสมุนไพร	สรรพคุณ
ตะไคร้	บำรุงธาตุ เจริญอาหาร แก้ท้องอืดเฟ้อ ขับปัสสาวะ
ข่า	บำรุงร่างกาย เจริญอาหาร ขับลม แก้ท้องอืดเฟ้อ จุกเสียดแน่นท้อง แก้ปวดบิดมวน
กระชาย	บำรุงร่างกาย ขับลม แก้ลมวิงเวียน แน่นหน้าอก เป็นยาอายุวัฒนะ
ขิง	บำรุงธาตุ เจริญอาหาร ขับลม แก้คลื่นไส้อาเจียน ช่วยให้นอนหลับ เป็นยาอายุวัฒนะ
หอมแดง	แก้อาการเวียนศีรษะ หน้ามืดตาลาย เป็นลม เจริญธาตุ
กระเทียม	แก้อาการวิงเวียน มึนงง ปวดศีรษะ ทูอื้อ ปรับสมดุลในร่างกาย
พริก	ช่วยเจริญอาหาร แก้อาการไข้หวัด ลดน้ำมูก และลดเสมหะ
ผิวมะกรูด	ขับลมในลำไส้ แก้จุกเสียด แน่นท้อง บำรุงหัวใจ แก้ลม หน้ามืด วิงเวียน

อาหารแสลง

คำว่า “แสลง” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายว่า “ไม่ถูกกับโรค” สิ่งใดบ้างที่ขัดกับโรคสิ่งนั้นเรียก “แสลงโรค” เช่น แสลงธาตุเจ้าเรือน อาหารแสลงโรค อากาศแสลงโรค อาชีพแสลงโรค อิริยาบถแสลงโรค เป็นต้น เมื่อแสลงแล้วจึงสำแดงปรากฏอาการออกมา กินอาหารผิดสำแดง อยู่ในสภาพอากาศที่ผิดสำแดง ประกอบอาชีพผิดสำแดง มีอิริยาบถผิดสำแดง

โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือผู้ที่อยู่ระหว่างระยะพักฟื้นร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่จัดว่าเป็นอาหารแสลงตลอดช่วงระยะเวลาการรักษา เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการฟื้นฟูของร่างกาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการอักเสบ หรือชะลอการสมานของบาดแผลได้

ตัวอย่างอาหารอาหารแสลงที่ควรหลีกเลี่ยงหรือรับประทานน้อยลงในระหว่างการรักษา เช่น

- อาหารประเภท ปิ้ง ย่าง ที่มีรอยดำไหม้ หรือ อาหารทอดด้วยน้ำมันเก่าทอดซ้ำ เนื่องจากมีคุณสมบัติที่ “ร้อนจัด” ตามหลักธาตุไฟและอาจส่งผลให้เลือดลมกำเริบ ทำให้เกิดการอักเสบหรือแผลหายช้าได้ นอกจากนี้ ยังเชื่อว่าสารพิษที่เกิดจากการไหม้หรือการใช้ไขมันซ้ำอาจเป็นต้นเหตุของการสะสมพิษในร่างกาย
- พืชผักรสเย็น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากจะมีปัญหาระบบการย่อยอาหาร (ไฟธาตุย่อยอาหารหย่อน) การรับประทานพืชผักรสเย็น จะทำให้ท้องอืดและมีลมจุกแน่นในอกและท้อง
- ของหมักดอง ในศาสตร์แพทย์แผนไทยถือว่ามีรสเค็มจัดและมีฤทธิ์ร้อน อาจส่งผลต่อระบบธาตุของร่างกาย โดยเฉพาะ “ธาตุไฟ” ที่อาจกำเริบทำให้แผลอักเสบ ร้อนใน เลือดลมเดินไม่สะดวก และสมานแผลได้ช้าลง เป็นต้น

นอกจากนี้ควรเลือกบริโภคอาหารที่หลากหลายและครบถ้วนในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมความสมดุลทางโภชนาการ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีรสชาติใดรสชาติหนึ่งมากจนเกินไป เช่น หวานจัด เค็มจัดหรือมันจัด อันอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว

• ข้อควรระวังในการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

1. ควรปรึกษาแพทย์ แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือเภสัชกรก่อนรับประทานยาสมุนไพรทุกครั้ง โดยเฉพาะในผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน เช่น ยาต้านมะเร็ง ยาละลายลิ่มเลือด หรือยาลดความดัน

2. หลีกเลี่ยงการรับประทานสมุนไพรในช่วงเวลาเดียวกับการรับประทานยารักษามะเร็ง ควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 2–3 ชั่วโมง เพื่อลดความเสี่ยงต่อปฏิกิริยาระหว่างยา (Herb–Drug Interactions)

3. หากมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เลือดออกผิดปกติ หรืออาการอื่นที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ควรหยุดใช้ทันทีและปรึกษาแพทย์

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก ควรได้รับคำแนะนำให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการสูญเสียโอกาสในการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้สมุนไพรเพื่อช่วยบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยได้ ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งในระยะประคับประคอง การดูแลรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันแบบบูรณาการถือเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่อาจช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม เพื่อความปลอดภัยสูงสุดในการรับการรักษาควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลก่อนตัดสินใจใช้วิธีการรักษาใด ๆ ร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กิติพล นาควิโรจน์. วิธีการประเมินอาการต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) [อินเตอร์เน็ต].กรุงเทพ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568] เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative2th.

2. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://online.pubhtml5.com/lmon/hosq/ .

3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ แอนด์ เจ เมดิคอล จำกัด; 2568. ฉบับวันที่ 1 เมษายน 2568. [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25680421113642AM_คู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวรปฏิบัติ.pdf .

4. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการใช้สมุนไพรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

5. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.แนวทางการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

6. กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย, สถาบันการแพทย์แผนไทย, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.โภชนศาสตร์ในภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.uckkpho.com/wp-content/uploads/2023/07/หนังสือโภชนศาสตร์ในภูมิปัญญาไทย.pdf .

7. โกศล วรรธนะศักดิ์. อาหารและพฤติกรรมแสลงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวทางแพทย์แผนไทย. วารสารการแพทย์แผนไทย. 2563; 18(1): 15–25.

8. คณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dtam.moph.go.th/publications/14471/ .

9. ธนวรรณ พิณรัตน์. ปฏิกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2563; 18(3): 348–60.

10. ราชบัณฑิตยสภา. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสภา; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dictionary.orst.go.th .

11. Medthai. รายชื่อสมุนไพร [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://medthai.com/รายชื่อสมุนไพร/ .



บทที่ 5.7 บทบาทของการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

พว.วรรณา ฉายอรุณ
พว.เขมจิต มุกดาดี
พว.ทรงเดช ประเสริฐศรี
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

• บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระบบประสาท หรือโรคหัวใจระยะท้าย การใช้การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์เสริม (complementary and alternative medicine, CAM) จึงได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมานจากอาการ เช่น ปวด เหนื่อย นอนไม่หลับ วิตกกังวล ฯลฯ

• ความหมาย

การใช้การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์เสริม (complementary and alternative medicine, CAM) หมายถึง วิธีการดูแลสุขภาพที่อยู่นอกขอบเขตของการแพทย์แผนปัจจุบัน แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่

1. การแพทย์ทางเลือก (alternative medicine): ใช้แทนการรักษาทางการแพทย์
2. การแพทย์เสริม (complementary medicine): ใช้ร่วมกับการรักษาหลัก

• วัตถุประสงค์ของการใช้ CAM ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. บรรเทาอาการทางร่างกาย เช่น ปวด คลื่นไส้ เหนื่อย นอนไม่หลับ
2. ลดภาวะทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า การกลัวความตาย
3. เพิ่มความสามารถในการเผชิญความตายอย่างสงบ
4. สนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมจิตวิญญาณ
5. เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

• การประยุกต์ใช้ CAM ในบริบทของผู้ป่วยประคับประคอง

1. การนวดบำบัด (massage therapy): ช่วยลดระดับความปวดและความวิตกกังวล

2. การฝังเข็ม (acupuncture): ช่วยลดอาการปวด คลื่นไส้ อ่อนเพลีย โดยไม่ต้องเพิ่มยา ซึ่งมีผลดีต่อผู้ป่วยที่ไวต่อผลข้างเคียงของยา

3. สมาธิและสติ (mindfulness-based therapy): ลดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเสริมการยอมรับความตาย

4. น้ำมันหอมระเหย (aromatherapy): การใช้น้ำมันลาเวนเดอร์ หรือเปปเปอร์มินต์ในผู้ป่วยมะเร็ง ช่วยลดความเครียดและอาการคลื่นไส้

5. ดนตรีบำบัด (music therapy): การฟังดนตรีที่ผู้ป่วยชอบ ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และความเศร้า

6. ศิลปะบำบัด (art therapy): ช่วยผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความกลัว ความเศร้า และค้นหาความหมายชีวิต

7. สัตว์เลี้ยงบำบัด (animal-assisted therapy): การมีสัตว์เลี้ยงช่วยลดความโดดเดี่ยวและเสริมกำลังใจในระยะท้าย

การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์เสริมเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยสามารถลดอาการไม่พึงประสงค์ เสริมสุขภาวะทางจิตใจ และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญความตายอย่างมีศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตาม การใช้อย่างปลอดภัยและเหมาะสมควรอยู่ภายใต้การดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้เขียนขอยกตัวอย่าง CAM ในบริบทของผู้ป่วยประคับประคอง ได้แก่ ศิลปะบำบัด (art therapy) ดนตรีบำบัด (music therapy) และสัตว์เลี้ยงบำบัด (animal-assisted Therapy) ดังนี้

I. ศิลปะบำบัด (art therapy)

ศิลปะบำบัด เป็นรูปแบบหนึ่งของการแพทย์เสริมและทางเลือก (CAM) ที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นำมาเสริมในการดูแลรักษาแนวทางหลักให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น โดยมีการประสานงานกันเป็นทีมระหว่างนักศิลปะบำบัดกับแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย

การใช้ศิลปะจะช่วยให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ง่ายกว่าการพูดคุย เพราะศิลปะมีลักษณะไม่คุกคาม ผู้รับการบำบัดจึงไม่ต้องใช้กลไกป้องกันตัวเองมากนัก ในส่วนของนักศิลปะบำบัด หนึ่งในหน้าที่ที่ต้องทำคืออ่านสาร/ข้อมูลที่ซ่อนอยู่ ซึ่งสารส่วนใหญ่จะอยู่ในกระบวนการมากกว่าในผลลัพธ์สุดท้าย (ผลงานที่ทำเสร็จแล้ว) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยวาดอะไรบางอย่างลงไปในงานแล้วลบทิ้งหรือวาดทับ ถ้าเราดูเพียงผลลัพธ์สุดท้าย เราอาจจะมองไม่เห็นร่องรอยของสิ่งที่มีอยู่ก่อน ข้อมูลสำคัญ ๆ จะหล่นหายไป สำหรับนักศิลปะบำบัด ชิ้นงานเป็นเพียงผลพลอยได้ของกระบวนการ เปรียบเสมือนรอยเท้าบนหาดทราย เราสามารถรู้เพียงว่ามีคนเดินมา แต่ไม่มีทางรู้ว่าเป็นใคร เดินด้วยความรู้สึกอย่างไร เขาเดินอย่างสนุกสนานหรือเดินเนิบนาบเศร้าสร้อย ถ้าเราไม่ได้นั่งดูอยู่ เราจะไม่ได้ข้อมูลเหล่านี้เลยเพราะมันไม่ถูกบันทึกไว้บนหาดทราย เช่นเดียวกันกับการทำศิลปะบำบัด ถ้าเราไม่อยู่ร่วมตลอดกระบวนการ เราก็จะได้เห็นเพียงรอยเท้าบนหาดทราย จึงไม่อาจเข้าถึงและเข้าใจผู้รับการบำบัดได้อย่างแท้จริง

ศิลปะบำบัดเป็นทั้งเครื่องมือในการเข้าไปสังเกต รับฟัง ยอมรับผู้ป่วยอย่างที่เป็น แล้วจะเห็นแง่มุมบางอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องราวด้านลบ ความเจ็บปวด หรือความภาคภูมิใจของเขา เมื่อได้ข้อมูลแล้ว รู้ว่าปัญหาของผู้ป่วยคืออะไรแล้ว จึงมาพิจารณาต่อไปว่า เครื่องมืออะไรจึงจะช่วยเยียวยาเขาได้ ซึ่งไม่จำกัดว่าต้องเป็นศิลปะประเภทไหน แต่งบทกวีก็ได้ ทำนิทานก็ได้ ปั้นประติมากรรมก็ได้ แล้วแต่ความเชี่ยวชาญของผู้บำบัดและความถนัดของผู้ป่วย

ในระหว่างกระบวนการ ศิลปะจะทำหน้าที่หลาย ๆ อย่าง ครั้งแรก ๆ อาจเป็นเครื่องมือสร้างความสัมพันธ์ ต่อมาเป็นช่องทางเก็บเกี่ยวข้อมูล บางครั้งศิลปะทำหน้าที่ตั้งคำถาม บางจังหวะเป็นเครื่องถ่ายเทพลังงานที่ล้นทะลักอยู่ภายใน บางทีก็เป็นเครื่องบอกทาง และหลาย ๆ โอกาสก็นำไปสู่ความเข้าใจอะไร ๆ ที่มีนัยสำคัญสำหรับการดำรงชีวิต

การนำศิลปะบำบัดมาใช้ในการเยียวยาจิตใจ จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจได้ระบายอารมณ์ ความคับข้องใจความรู้สึกที่ซ่อนเร้นภายในใจ ผ่านออกมาทางงานศิลปะ ระบายอารมณ์ออกมาในหนทางที่สร้างสรรค์ผ่านการวาดรูป ระบายสีการปั้น และกระบวนการอื่น ๆ ทางศิลปะ ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความขุ่นมัวในจิตใจ เข้าใจและรับรู้อารมณ์ต่าง ๆ ของตนเอง ที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในจิตใจ สามารถยับยั้งและควบคุมได้ดีขึ้น มีสมาธิ ลดความตึงเครียด และความวิตกกังวลลงได้ในที่สุด

ความหมาย

ศิลปะบำบัด คือ การใช้ศาสตร์ทางจิตวิทยาร่วมกับกระบวนการทำงานด้านศิลปะและความคิดสร้างสรรค์ มาเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้คนไข้และผู้ดูแลสามารถแสดงออกในสิ่งที่บางครั้ง การสื่อสารเพียงการพูดอาจไม่เพียงพอ เพื่อสร้างความเข้าใจตัวตน สภาวะอารมณ์ และพัฒนาจิตใจ ทำให้เกิดพื้นที่ที่ปลอดภัยให้กับคนไข้ และผู้ดูแล ดังนั้น ศิลปะบำบัดจึงเป็นแนวทางเสริมที่มีประสิทธิภาพในงานดูแลแบบประคับประคอง โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ คลายความเครียด และค้นหาความหมายจากประสบการณ์ของตนผ่านกระบวนการสร้างสรรค์

ศิลปะบำบัด ประกอบด้วยรูปแบบกิจกรรมทางศิลปะที่มีความหลากหลาย ดังภาพที่ 5.7.1 ซึ่งครอบคลุมถึง

1. ทัศนศิลป์ (visual arts) ได้แก่ การวาด การระบายสี การปั้น การแกะสลัก การถัก การทอ การประดิษฐ์ ฯลฯ
2. ดนตรี (music) ได้แก่ การเล่นดนตรี ร้องเพลง และกิจกรรมทางดนตรี
3. การแสดง (drama) ได้แก่ การแสดง การละคร และการเคลื่อนไหวร่างกาย
4. วรรณกรรม (literature) ได้แก่ บทกวีนิยาย เรื่องสั้น ฯลฯ



ภาพที่ 5.7.1 แสดงการทำศิลปะบำบัดในรูปแบบทัศนศิลป์

ศิลปะบำบัดมีรูปแบบแตกต่างกันไป ในผู้รับการบำบัดแต่ละคนที่มีสภาพปัญหาแตกต่างกัน เทคนิคที่ใช้ เช่น ปั้นดิน วาดภาพระบายสี ถักทอ กิจกรรมทางดนตรี เล่นละคร หรือบทบาทสมมติ โดยนักศิลปะบำบัดจะพิจารณาเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การเลือกใช้สื่อ วัสดุ อุปกรณ์และรูปแบบที่หลากหลายเหล่านี้ เพื่อเป็นทางเลือกที่จะระบายความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจตนเอง และจัดการกับความรู้สึกได้ตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคน

สื่อที่มีโครงสร้าง (structure media) เช่น ดินสอ สีไม้ สีเทียน ใช้สำหรับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด ใช้แทนการสื่อสารด้วยถ้อยคำ ดังภาพที่ 5.7.2

สื่อที่ยืดหยุ่นได้ (loose media) เช่น สีน้ำ ดินน้ำมัน ใช้ลดความตึงเครียด ผ่อนคลายอารมณ์และระบายความรู้สึกนึกคิดออกมาอย่างอิสระ ดังภาพที่ 5.7.2



ภาพที่ 5.7.2 การใช้ศิลปะบำบัดโดยการใช้สื่อที่ยืดหยุ่นได้ (สีน้ำ)

ขั้นตอนหลักในการทำศิลปะบำบัดมีการเทียบเคียงกับขั้นตอนการทำจิตบำบัดแบ่งเป็นขั้นตอนหลัก “4 E” ดังนี้

1) Established rapport (สร้างสัมพันธภาพ) เป็นขั้นแรกของการบำบัด สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดซึ่งรวมถึงการประเมินสภาพปัญหา และวางแผนการบำบัดรักษาด้วย

2) Exploration (ค้นหาปัญหา) เป็นขั้นของการสำรวจ ค้นหาวิเคราะห์ปมปัญหา ความขัดแย้งภายในส่วนลึกของจิตใจ

3) Experiencing (ทบทวนประสบการณ์) เป็นขั้นการบำบัดโดยดึงประสบการณ์แห่งปัญหาขึ้นมาจัดเรียง ปรับเปลี่ยน แก้ไขใหม่ในมุมมองและสภาวะใหม่

4) Empowerment (เสริมสร้างพลังใจ) เป็นขั้นสุดท้ายของการบำบัด โดยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และให้โอกาสแห่งการเปลี่ยนแปลง

แนวคิดของศิลปะบำบัดในการดูแลแบบประคับประคอง

ศิลปะบำบัดเป็นการบำบัดทางจิตใจที่ใช้สื่อศิลปะเป็นเครื่องมือสื่อสารและแสดงออก ในการดูแลแบบประคับประคอง ศิลปะบำบัดช่วยสนับสนุนการสำรวจอารมณ์ และให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยที่เผชิญกับความท้าทายในช่วงท้ายของชีวิต โดยเน้นกระบวนการบำบัดมากกว่าทักษะทางศิลปะ

เป้าหมายของการทำศิลปะบำบัด คือ การเข้าถึงสมดุลหรือจุดที่ชีวิตจะดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข (ตามสมควร) ปัญหาบางอย่างอาจไม่สามารถทำให้หมดไป แต่คนจะต้องดำรงอยู่ให้ได้ด้วยศักยภาพที่มีอยู่ และมีชีวิตอยู่ท่ามกลางความเป็นจริง เช่น ถ้าทำศิลปะบำบัดกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป้าหมายไม่ใช่ทำโรคมะเร็งให้หายไป หากแต่เป็นการช่วยเหลือให้คลี่คลายจากความทุกข์ ความกลัว ไม่ว่าจะเป็นกลัวเจ็บ กลัวพลัดพราก หรือกลัวตาย ดึงศักยภาพในตัวออกมาใช้ เพื่อเคลื่อนกลับไปสู่ตัวตนเดิมที่เคยเป็น เคยมีความสุขอย่างไรก็ให้สามารถมีความสุขได้อย่างนั้น ด้วยการเข้าถึงความจริงที่ว่า ความเจ็บป่วยหรือความตายเป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่ง หรือเรียกว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของชีวิตไม่ใช่ทั้งหมด นี่คือการต้อนรับชีวิตอย่างซื่อตรง และอ่อนน้อมต่อธรรมชาติ และเป็นหนทางไปสู่การดำรงอยู่อย่างสมศักดิ์ศรี

ขอบเขตของศิลปะบำบัดในการดูแลแบบประคับประคอง

ศิลปะบำบัดสามารถใช้กับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัว ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยมีขอบเขตของการดูแล ได้แก่

1. การช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และความเศร้า
2. การช่วยให้ผู้ป่วยสื่อสารสิ่งที่ไม่สามารถพูดได้
3. การส่งเสริมการเผชิญความตายอย่างมีความหมาย
4. การเยียวยาครอบครัวหลังการสูญเสีย

เป้าหมายของศิลปะบำบัดในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์: เพื่อระบายความเศร้า ความกลัว ความเจ็บปวด และความคับข้องใจ

2. สนับสนุนจิตวิญญาณและความหมายในชีวิต: การใช้ศิลปะช่วยให้ผู้ป่วยสะท้อนตนเองและค้นพบคุณค่าในช่วงท้ายของชีวิต

3. เสริมสร้างความสัมพันธ์: โดยเฉพาะในครอบครัว ช่วยเปิดช่องทางการสื่อสารใหม่

4. ส่งเสริมคุณภาพชีวิต: ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีจุดมุ่งหมาย และเป็นที่จดจำ

วิธีการดำเนินงานศิลปะบำบัดในผู้ป่วยประคับประคอง

ศิลปะบำบัดในผู้ป่วยประคับประคองสามารถจัดได้ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยมีขั้นตอนหลักดังนี้

1. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เช่น สภาวะร่างกาย จิตใจ ความสนใจ และความสามารถในการทำกิจกรรม

2. การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การวาดภาพเส้นสาย (scribble drawing), Mandala, การทำสมุดภาพ (collage)

3. การดำเนินกิจกรรมภายใต้การดูแลของนักศิลปะบำบัด หรือผู้ผ่านการฝึกอบรม

4. การสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ความหมายที่ซ่อนอยู่ในผลงาน

5. การประเมินผล ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และคุณภาพชีวิต

จุดประสงค์ของศิลปะบำบัดในผู้ป่วยประคับประคอง

1. ระบายอารมณ์และความรู้สึก

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความรู้สึกที่ไม่สามารถพูดออกมาได้
- ช่วยลดความเครียด วิตกกังวล ความกลัว ความเศร้า และความโกรธ

2. ส่งเสริมการยอมรับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต

- ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตาย
- ลดความทุกข์และสร้างความสงบทางใจ

3. เสริมสร้างความหมายและคุณค่าของชีวิต

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนชีวิต ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์
- ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าและมีบางสิ่งหลงเหลือไว้ให้คนที่รัก

4. สร้างการสื่อสารกับครอบครัวและผู้ดูแล

- ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้น
- ส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในช่วงเวลาสุดท้าย

5. ลดอาการทางกายผ่านการผ่อนคลาย

- ศิลปะบำบัดสามารถช่วยลดอาการเจ็บปวดโดยทางอ้อม ผ่านการเบี่ยงเบนความสนใจและสร้างสมาธิ
- ส่งเสริมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และการหายใจ

ประโยชน์ของศิลปะบำบัดในบริบทผู้ป่วยประคับประคอง

1. บรรเทาความเครียดและวิตกกังวล

1.1 การทำกิจกรรมศิลปะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและลดความเครียด

1.2 ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องจดจ่อกับความเจ็บปวดทางกาย หรือความกลัวเกี่ยวกับการตาย

2. ช่วยลดอาการซึมเศร้า

2.1 การได้แสดงออกทางศิลปะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า

2.2 ช่วยสร้างความรู้สึกพึงพอใจในตัวเอง และกระตุ้นพลังทางบวก

3. เสริมสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

3.1 การทำศิลปะร่วมกับครอบครัวช่วยเพิ่มการสื่อสารและการเข้าใจระหว่างกัน

3.2 การสร้างสิ่งที่มีความหมายร่วมกัน เช่น ผลงานศิลปะ สามารถส่งต่อความรักและความสัมพันธ์ที่ดี ดังภาพที่ 5.7.3



ภาพที่ 5.7.3 การทำศิลปะบำบัดที่ส่งเสริมความเข้าใจระหว่างครอบครัว

4. กระตุ้นการสื่อสารที่ไม่ต้องใช้คำพูด

4.1 ช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้เต็มที่หรือไม่สะดวกในการพูดสามารถแสดงออกได้

4.2 ศิลปะช่วยเปิดช่องทางการสื่อสารทางอารมณ์และความรู้สึก

5. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตาย

5.1 การทำศิลปะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนชีวิตของตัวเอง และเตรียมตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

5.2 ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบและยอมรับความตายด้วยจิตใจที่สงบ

6. ลดอาการเจ็บปวดและเพิ่มความสะดวกสบาย

6.1 กระบวนการทางศิลปะสามารถลดความเจ็บปวดทางกายได้โดยการทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิ

6.2 ช่วยผ่อนคลายร่างกาย และทำให้รู้สึกสะดวกสบาย

7. เสริมสร้างความมั่นใจและศักดิ์ศรีของชีวิต

7.1 ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแม้ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ก็ยังสามารถสร้างบางสิ่งที่มีค่าและมีความหมาย

7.2 สร้างการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

บทสรุปของการนำศิลปะบำบัดมาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ศิลปะบำบัดสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนนำตนกลับไปสู่สมดุลของชีวิตแล้ว ยังเป็นโอกาสในการประมวลภาพชีวิตและการเตรียมตัวสำหรับวาระสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้มีโอกาสค้นหาและสะสางความต้องการของตนเองผ่านการสร้างสรรค์งานศิลปะ ซึ่งเป็นการเตรียมตัวที่สำคัญเพื่อการจากลาอย่างสงบและเป็นอิสระ ปราศจากภาระหรือความห่วงกังวล ช่วงเวลาของศิลปะคือช่วงเวลาพิเศษที่ผู้ป่วยจะได้ออกมาจากความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ ศิลปะจะดึงเวลาและพลังงานออกมาจากความห่วงกังวล แล้วเอาพลังงานนั้นไปใช้พิจารณาแก่นของปัญหา ทำให้เกิดความเข้าใจและการคลี่คลายปัญหา แม้จะเป็นเพียงการคลี่คลายทางความรู้สึก แต่ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่ด้วยใจที่สงบลง ไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ไม่มีทางออก หน้าที่ของครอบครัวและคนรอบข้างคือ สนับสนุนการค้นหาและตอบสนองสิ่งที่เป็นความปรารถนาสูงสุดของผู้ป่วยระยะท้าย ดังภาพที่ 5.7.4 สิ่งใดทำแล้วเป็นสุข สิ่งใดที่ช่วยเติมเต็มความรู้สึก และยกระดับจิตใจให้เข้าสู่ความสงบ สิ่งเหล่านั้นคือสิ่งที่ทำให้ชีวิตในระยะท้ายมีความหมาย มีความสมบูรณ์

ศิลปะบำบัดไม่ใช่เพียงการระบายอารมณ์ แต่เป็นกระบวนการค้นหาความหมายของชีวิต การยอมรับการจากลา และการสื่อสารสิ่งที่ไม่สามารถพูดออกมาได้ ศิลปะบำบัดจึงเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าในงานดูแลแบบประคับประคอง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความทุกข์ทางอารมณ์ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ช่วยให้การเผชิญความตายเป็นไปอย่างสงบและมีคุณค่า ทั้งยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและผู้ดูแล จึงควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างเป็นระบบในบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย



“ช่วงเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่
อยากใช้เวลากับครอบครัว...
เพื่อมีหนึ่งภาพความทรงจำ
ก่อนที่จะจากไป”



ขอสักครั้งในชีวิต
ที่อยากทดแทนบุญคุณของแม่
“อยากให้แม่เกาะชายผ้าเหลือง
ขึ้นสวรรค์”

ภาพที่ 5.7.4 แสดงถึงกิจกรรมความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wish) ที่ได้มาจากการค้นหาความหมายในชีวิตของศิลปะบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

II. ดนตรีบำบัด (music therapy)

ดนตรีเป็นศาสตร์ด้านการสื่อสารที่สามารถแสดงถึงความรู้สึก และเข้าถึงจิตใจ โดยสามารถแสดงให้เห็นถึงความสุข ความเศร้า ความหวัง เสียงดนตรีมีผลต่ออารมณ์ ความคิด สภาวะทางร่างกาย และทางจิตใจ แนวคิดเรื่อง “ดนตรีบำบัด” (music therapy) จึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ โดยลักษณะของการใช้ดนตรีทั้งการบำบัดโดยนักดนตรีบำบัด การชมหรือฟังการแสดงดนตรี และการฟังเสียงดนตรีจากสื่อต่าง ๆ การเขียนหรือการประพันธ์เพลง รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมเล่นเครื่องดนตรี หรือร่วมบรรเลงดนตรี

ความหมาย

ดนตรีบำบัด คือ การนำดนตรีหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ทางดนตรีมาประยุกต์ใช้ ในทางคลินิก ในสภาพแวดล้อมที่จัดเฉพาะ เพื่อการบำบัดรักษาและผ่อนคลายอาการผิดปกติต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย จิตใจ คงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยมีนักดนตรีบำบัดเป็นผู้ดำเนินการเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผ่านกิจกรรมทางดนตรีต่าง ๆ อย่างมีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน มีหลักเกณฑ์ และระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ โดยดนตรีจะถูกใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้เข้ารับการบำบัด และทุกกิจกรรมบำบัดไม่ว่าจะขับร้อง ฟังเพลงบรรเลง หรือดนตรี ล้วนถูกออกแบบมาให้เหมาะกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อมุ่งหวังให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวช่วยให้ผู้ได้รับการบำบัดมีความเข้าใจตนเอง สังคมดีขึ้น

ขอบเขตการปฏิบัติของดนตรีบำบัด

การดำเนินการโดยนักบำบัดดนตรี ผ่านการสื่อสารที่ใช้ดนตรี วาจา และไม่ใช่วาจา เพื่อตอบสนองด้านความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสาร อารมณ์ ดนตรี ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ โดยทำการประเมินผู้ป่วยก่อนการวางแผนการบำบัด ปฏิบัติตามกระบวนการบำบัด และประเมินความคืบหน้า ขอบเขตการปฏิบัตินี้ครอบคลุมถึงขั้นตอน การกระทำ กระบวนการ บทบาท และความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่นักดนตรีบำบัด สามารถดำเนินการได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบสำคัญของดนตรีบำบัด

องค์ประกอบสำคัญของดนตรีบำบัดที่จะช่วยให้สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือทางการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการ (process) ไม่ใช่แค่กิจกรรมฟังเพลงหรือเล่นดนตรี แต่เป็นการทำงานอย่างเป็นระบบ มีเป้าหมายชัดเจน และมีการติดตามผล

2. ความสัมพันธ์ระหว่างนักบำบัดกับผู้รับการบำบัด (therapeutic relationship) ความสัมพันธ์ที่พัฒนาผ่านดนตรีถือเป็นส่วนสำคัญของการรักษา

3. ประสบการณ์ทางดนตรี (music experiences) เช่น การฟังเพลง การร้องเพลง การแต่งเพลง การเล่นเครื่องดนตรี หรือการเคลื่อนไหวประกอบดนตรี โดยเลือกให้เหมาะกับความต้องการเฉพาะของผู้รับการบำบัด

4. วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาวะ (promote health) ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

เป้าหมาย

การให้บริการดนตรีบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีเป้าหมายในมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัส การรับรู้ และอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

2. ด้านจิตใจ มีเป้าหมาย เพื่อคลายความวิตกกังวล ลดความเครียด ความเจ็บปวด การจัดการอารมณ์ การปรับตัวให้เข้ากับความเจ็บป่วย

3. ด้านสังคม มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเข้าสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง รวมถึงมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. ด้านการสื่อสาร มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการสื่อสารทั้งในแบบวัจนภาษาและอวัจนภาษาที่เหมาะสม

5. ด้านสติปัญญา มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานในสมอง การรับรู้ การนึกคิด สมาธิ และพุทธิปัญญา

6. ด้านจิตวิญญาณ มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการตอบสนองทางจิตวิญญาณ การหาความหมายของชีวิต ความหวังของการมีชีวิตก่อนจากไป

วิธีการใช้ดนตรีบำบัด (music therapy techniques)

การใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด เป็นศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งวิธีการหลักใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด โดยนักดนตรีบำบัด ดังภาพที่ 5.7.5 มีดังต่อไปนี้

1. การฟังเพลง (music listening) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความรู้สึกและรับรู้ด้านดนตรีบำบัดได้ดี โดยการเลือกเพลงอย่างมีจุดประสงค์ร่วมกับการทางด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย เสริมพลัง ลดความเครียด เพิ่มสมาธิ ใช้ร่วมกับการพูดคุยสะท้อนความรู้สึก (song discussion / lyric analysis) ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจตัวเอง ซึ่งอาจนำไปสู่การเยียวยาทางด้านจิตใจ ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ สามารถลดอาการปวดได้

2. การร้องเพลง (singing/vocalizing) ช่วยส่งเสริมทักษะด้านการสื่อสาร และการฝึกหายใจ ช่วยในการระบายอารมณ์และลดความเครียด (emotional expression and stress relief) ช่วยปรับอารมณ์และลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งเสริมการรับรู้ และความจำ นอกจากนี้ การร้องเพลงร่วมกันหลายคนยังช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดี เกิดความอบอุ่นใจ ลดความโดดเดี่ยว

3. การเล่นเครื่องดนตรี (instrument playing) โดยใช้เครื่องดนตรีง่าย ๆ เช่น กลอง ไม้เคาะ หรือเครื่องดนตรีที่สนใจ เช่น การตีกลองหรือใช้เครื่องเคาะเพื่อปลดปล่อยอารมณ์ ช่วยลดความเครียด ความไม่สบายใจ หรืออารมณ์โกรธ เป็นการส่งเสริมการสื่อสารแบบไม่ใช้คำพูด และเปิดความต้องการทางอารมณ์อย่างอิสระ นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและมีสมาธิ จังหวะของดนตรียังช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยด้วย การเล่นดนตรีแบบกลุ่มยังช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพทางสังคมของผู้ป่วยได้ด้วย

4. การเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับดนตรี (movement to music) เป็นการใช้เสียงและจังหวะเพื่อสนับสนุนการตอบสนองของร่างกายอย่างมีจุดประสงค์ เช่น การเอียงตัว ส่ายเอว การเต้น การเคลื่อนไหวตามจังหวะ ช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะทางกายภาพของร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหว การทรงตัว และการควบคุมกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการเดินและความสมดุลของร่างกาย การร่วมกิจกรรมแบบกลุ่มนอกจากจะทำให้มีความสนุกสนาน ลดความเครียด แล้วยังช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพทางสังคมและครอบครัวด้วย

5. การแต่งเพลงหรือแต่งเนื้อร้อง (song writing/lyric creation) เป็นกระบวนการของนักดนตรีบำบัดและผู้ป่วยออกแบบเพลงเป็นของตนเองเพื่อสะท้อนอารมณ์ ประสบการณ์หรือเรื่องส่วนตัว โดยมีเป้าหมายในการช่วยบำบัดด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสะท้อนอารมณ์หรือประสบการณ์ผ่าน ความรู้สึก ความคิด ความต้องการหรือความคาดหวังผ่านเนื้อเพลงโดยไม่ต้องพูดออกมาโดยตรง นอกจากนี้ การแต่งเพลงอาจช่วยลดความเครียด ความกังวลได้ด้วย

6. การพูดคุยสะท้อนหลังฟังเพลง (music and discussion) เป็นการใช้ดนตรีเป็นสื่อให้ผู้ป่วยสะท้อนอารมณ์ ความคิด รู้สึก ความทรงจำ ช่วยส่งเสริมการตระหนัก สะท้อนการค้นหาความหมายของชีวิตและพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์สามารถใช้เป็นเครื่องมือเยียวยาอารมณ์อารมณ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสติจดจ่อกับเสียงเพลง เนื้อร้อง หรือเสียงดนตรี กรณีการสะท้อนหลังฟังเพลงแบบกลุ่มจะช่วยแบ่งปันประสบการณ์และการเรียนรู้ของผู้ป่วย ทำให้เกิด empathy และเกิดสัมพันธภาพที่ดีของกลุ่มหรือรวมทั้งครอบครัวได้

ประโยชน์ของดนตรีบำบัด

การใช้ดนตรีบำบัดมีหลักฐานทางวิชาการรองรับว่าสามารถส่งเสริมสุขภาพได้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ดนตรีบำบัดช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายหลังถูกกระตุ้น มีประสิทธิภาพการทำงานที่ดีขึ้น ทำให้ร่างกายมีความสมดุล ทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง มีความรู้สึกเป็นอิสระ ลดความเจ็บปวด อาการเจ็บป่วยลดลงและช่วยลดอาการเหนื่อยล้า ช่วยให้มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น เป็นต้น

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ ดนตรีบำบัดช่วยฟื้นฟูจิตใจ ทำให้ได้รับการระบายอารมณ์ ปลดปล่อยความรู้สึกที่ไม่ดี ลดอารมณ์หงุดหงิด ทำให้อารมณ์ดีขึ้น ลดอาการซึมเศร้า สามารถจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลได้ดีขึ้น เพิ่มการผ่อนคลาย ทำให้รู้สึกมีความหวัง เพิ่มคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีในผู้ป่วยระยะท้าย

3. ด้านสังคม ดนตรีเป็นสิ่งที่สามารถรวมผู้คนที่ชื่นชอบในดนตรีประเภทเดียวกันให้อยู่ในสังคมเดียวกันได้ รวมถึงการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับคนใกล้ชิดและช่วยให้มีทักษะด้านการสื่อสารที่ดีขึ้น

4. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ที่ตอบสนองทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ



ภาพที่ 5.7.5 ภาพกิจกรรมดนตรีบำบัด โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์

III. สัตว์เลี้ยงบำบัด (animal-assisted therapy, AAT)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทางกาย ใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยร้ายแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการเผชิญกับความตายอย่างมีศักดิ์ศรี ปัจจุบันมีการนำการแพทย์ผสมผสานและการบำบัดทางเลือกมาใช้ร่วมในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง หนึ่งในแนวทางที่ได้รับความสนใจคือ “สัตว์เลี้ยงบำบัด” (Animal-Assisted Therapy, AAT) ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพข้อมูลจากการศึกษาโดย Kamioka et al. (2014) พบว่า AAT สามารถลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยวในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ โดยจากการวิเคราะห์แบบ systematic review ในการศึกษาที่มีผู้ป่วยรวมกว่า 1,000 คน พบว่า มากกว่า 70% ของกลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ดีขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม AAT นอกจากนี้ การศึกษาของ Cherniack & Cherniack (2014) ยังระบุว่า การมีสัตว์เลี้ยงสามารถลดระดับความดันโลหิตและความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ในประเทศไทยเริ่มมีการประยุกต์ใช้ AAT ในโรงพยาบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี กรมการแพทย์ ได้นำสุนัขมาใช้ในกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางใจ (emotional support dog) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

ความหมายและหลักการของสัตว์เลี้ยงบำบัด

สัตว์เลี้ยงบำบัด (Animal-Assisted Therapy, AAT) หมายถึง กระบวนการที่นำสัตว์ที่ผ่านการฝึกมาอย่างดีมาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาทางการแพทย์ จิตวิทยา หรือการบำบัดฟื้นฟู โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพทางกาย ใจ อารมณ์ และสังคมของผู้รับการบำบัด

สัตว์ที่นิยมนำมาใช้ใน AAT

1. สุนัข (dogs) นิยมมากที่สุด เนื่องจากสุนัขฉลาด ฝึกง่าย เชื่อง และมีความสัมพันธ์ทางอารมณ์กับมนุษย์ได้ดี

2. ม้า (horses) ใช้ในการบำบัดที่เรียกว่า Equine-Assisted Therapy โดยเฉพาะในเด็กออทิสติกหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว

3. แมว (cats) เหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเงียบสงบ

4. กระต่าย/หนูแกสบี้/สัตว์ขนาดเล็ก ใช้ในโรงเรียนหรือกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างความผ่อนคลาย

5. โลมา (dolphins) ใช้ใน Dolphin-Assisted Therapy สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการหรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ แม้ยังมีข้อโต้แย้งด้านจริยธรรม

6. ปลา (fish) การมองปลาว่ายในตู้ปลาพบว่าสามารถช่วยลดความดันโลหิตและความวิตกกังวล ดังภาพที่ 5.7.6



ภาพที่ 5.7.6 ภาพผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หออภิบาลคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

การบำบัดด้วยสัตว์เลี้ยง (animal-assisted therapy, AAT) สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแบบประคับประคองได้หลากหลายวิธี โดยต้องอาศัยการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ และความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ดังภาพที่ 5.7.7 ดังนี้

1. การเยี่ยมเยียนโดยสัตว์บำบัด (animal-assisted visit)

รูปแบบ: นำสัตว์เลี้ยงที่ผ่านการฝึก เช่น สุนัข แมว เข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยตามวอร์ดหรือห้องพักผู้ป่วย โดยมีผู้ควบคุมสัตว์อยู่ตลอดเวลา

วิธีการประยุกต์ใช้:

1) ให้ผู้ป่วยสัมผัส ลูบ หรือกอดสัตว์
2) พูดคุยกับสัตว์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสัตว์
3) ใช้เวลาอยู่กับสัตว์เงียบ ๆ เพื่อความสบายใจ

ประโยชน์:

1) ลดความเครียดและความโดดเดี่ยว
2) สร้างความอบอุ่นใจในช่วงเวลาที่ยากลำบาก
3) กระตุ้นความทรงจำดี ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ

2. การมีปฏิสัมพันธ์กับสัตว์แบบมีเป้าหมาย (goal-oriented AAT)

รูปแบบ: ใช้สัตว์บำบัดเป็น “เครื่องมือ” ในการบำบัดโดยร่วมกับนักกิจกรรมบำบัดหรือนักจิตวิทยา

วิธีการประยุกต์ใช้:

1) ผู้ป่วยร่วมกิจกรรม เช่น ให้อาหาร แปรงขน หรือพูดคำสั่งง่าย ๆ กับสัตว์
2) ใช้ในกิจกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหว เช่น พาผู้ป่วยเดินจูงสุนัข (ผู้ป่วยที่ยังเคลื่อนไหวได้)
3) ใช้ในการสนทนาเชิงบำบัด โดยสัตว์เป็นตัวกลางเปิดใจ

ประโยชน์:

1) กระตุ้นการเคลื่อนไหว ความจำ การพูด การคิด
2) ลดความกลัวในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด
3) ช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยอารมณ์ได้มากขึ้น

3. AAT ร่วมกับศิลปะบำบัดหรือดนตรีบำบัด (integrated therapy)

รูปแบบ: ผสมผสานกิจกรรม AAT เข้ากับกิจกรรมศิลปะ เช่น การวาดภาพสัตว์ หรือการเล่านิทานเกี่ยวกับสัตว์

วิธีการประยุกต์ใช้:

1) ให้ผู้ป่วยวาดภาพสัตว์ที่ตนรัก
2) เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับสัตว์เลี้ยงในอดีต
3) ฟังดนตรีเบา ๆ พร้อมนั่งกับสัตว์อย่างสงบ

ประโยชน์:

1) สะท้อนอารมณ์ลึกซึ้ง
2) ช่วยเยียวยาจิตใจอย่างลุ่มลึก
3) เพิ่มความหมายให้กับชีวิตช่วงสุดท้าย

4. การบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม (Family-Assisted AAT)

รูปแบบ: ให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยและสัตว์บำบัด

วิธีการประยุกต์ใช้:

1) พาผู้ป่วยและครอบครัวเล่นกับสัตว์
2) ถ่ายรูปหรือสร้างความทรงจำร่วมกับสัตว์
3) ใช้สัตว์บำบัดเป็นสื่อกลางในการพูดคุยเรื่องความตายหรือการลาจากอย่างนุ่มนวล

ประโยชน์:

1) เสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว
2) ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับการสูญเสียได้ดีขึ้น
3) ลดความตึงเครียดในช่วงเวลาสุดท้าย



ภาพที่ 5.7.7 ภาพกิจกรรม AAT โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์

แนวทางปฏิบัติในการใช้สัตว์เลี้ยงบำบัด (animal-assisted therapy, AAT) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผน ดูแล ประเมิน และติดตามผลการใช้สัตว์เลี้ยงบำบัดในผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการใช้งาน ใช้สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยดูแลแบบประคับประคอง (palliative care unit) หรือหอผู้ป่วยที่มีการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในสถานพยาบาลที่มีการบูรณาการกิจกรรม AAT

คำจำกัดความ

- AAT: การนำสัตว์ที่ผ่านการฝึกฝนมาใช้ร่วมกับกระบวนการบำบัดโดยมีเป้าหมายอย่างชัดเจน
- ผู้ควบคุมดูแลสัตว์: บุคคลที่ดูแลและควบคุมสัตว์ตลอดกิจกรรม และผ่านการอบรม AAT

ขั้นตอนการปฏิบัติ มีแนวทางดังนี้

1. การประเมินและคัดกรองก่อนเริ่มกิจกรรม AAT มีแนวทาง ดังนี้

การประเมินความเหมาะสมของผู้ป่วย

- ตรวจสอบภาวะภูมิแพ้สัตว์
- ประเมินระดับภูมิคุ้มกัน (เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดต้องระวังการติดเชื้อ)
- สอบถามความสมัครใจและความสะดวกใจของผู้ป่วยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสัตว์

การคัดเลือกสัตว์บำบัด

- ต้องผ่านการฝึกและประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสัตว์
- มีสุขภาพแข็งแรง ฉีดวัคซีนครบถ้วน
- สะอาด ไม่มีกลิ่น ไม่หลุดขน

2. การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีแนวทาง ดังนี้

ทีมดูแล

- พยาบาล ผู้ดูแลสัตว์ และทีมสหวิชาชีพ ทำงานร่วมกัน
- ประชุมทีมล่วงหน้าเพื่อกำหนดเป้าหมายการบำบัดแต่ละราย

สถานที่

- ควรเป็นพื้นที่สะอาด ปลอดภัย มีอากาศถ่ายเทสะดวก
- หลีกเลี่ยงพื้นที่ ICU หรือหอผู้ป่วยปลอดเชื้อ

อุปกรณ์

- เจลแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือก่อน-หลังสัมผัสสัตว์
- ของเล่นหรืออุปกรณ์บำบัดร่วม เช่น แปรงหวี ขนมสัตว์

3. การดำเนินกิจกรรม AAT

3.1 กิจกรรมสัตว์เลี้ยงเยี่ยมผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้ดูแลอาจมีบทบาทต่อไปนี้

- ประเมินอารมณ์ผู้ป่วยระหว่างสัมผัสสัตว์
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยหรือลูบสัตว์อย่างอ่อนโยน
- ดูแลความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและสัตว์

3.2 กิจกรรมผู้ป่วยเล่นหรือพูดคุยกับสัตว์ โดยพยาบาลผู้ดูแลอาจมีบทบาทต่อไปนี้

- กระตุ้นการพูด การขยับร่างกายตามศักยภาพ
- จดบันทึกปฏิกิริยาและผลลัพธ์ของกิจกรรม

3.3 กิจกรรมร่วมกับครอบครัว โดยพยาบาลผู้ดูแลอาจมีบทบาทต่อไปนี้

- สนับสนุนให้ครอบครัวเข้าร่วมและสื่อสารเรื่องที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ยากเช่น ความกลัว ความตาย
- ถ่ายภาพหรือจัดกิจกรรมสร้างความทรงจำร่วมกับสัตว์

4. การติดตามผลและประเมินผลกิจกรรม มีแนวทาง ดังนี้

การประเมินภายหลังการบำบัด

- ใช้แบบประเมินภาวะอารมณ์ เช่น Numeric Rating Scale for Mood หรือการสังเกตโดยตรง
- สอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว

บันทึกทางการพยาบาล

- บันทึกวันที่ เวลา ชนิดของสัตว์ กิจกรรมที่ทำ และปฏิกิริยาของผู้ป่วย
- รายงานผลให้ทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินความต่อเนื่องของ AAT

วิเคราะห์ผลลัพธ์

- ประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความผูกพัน ความเครียด
- ใช้ผลลัพธ์เพื่อนำไปปรับปรุงกิจกรรมต่อไป

5. ข้อควรระวัง ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนจากสัตว์ มีแนวทางการปฏิบัติ คือ

- หลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยตรงในผู้ป่วยที่มีบาดแผลหรือผิวหนังไม่สมบูรณ์
- ทำความสะอาดสัตว์ก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

ปฏิกิริยาทางจิตใจที่ไม่คาดคิด มีแนวทางการปฏิบัติ คือ

- หากผู้ป่วยเกิดความกลัว วิตก หรือน้ำตาไหล ให้หยุดกิจกรรมทันทีและพูดคุยประเมินสภาพจิตใจ

การดูแลสัตว์ มีแนวทางการปฏิบัติ คือ

- ห้ามให้อาหารมนุษย์กับสัตว์
- ผู้ดูแลสัตว์ต้องควบคุมอย่างใกล้ชิดตลอดกิจกรรม

ประโยชน์ของสัตว์เลี้ยงบำบัดในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ลดความเครียดและความวิตกกังวล: AAT สามารถลดระดับคอร์ติซอลในร่างกาย ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

2. เพิ่มคุณภาพชีวิตและความสุข: ผู้ป่วยในระยะท้ายมักประสบกับภาวะโดดเดี่ยวและสิ้นหวัง การสัมผัสสัตว์เลี้ยงช่วยให้เกิดการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินซึ่งมีผลต่ออารมณ์และความสุข

3. ส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคม: การมีสัตว์เลี้ยงอยู่ร่วมกับผู้ป่วยสามารถเป็นสื่อกลางในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และอาสาสมัคร

4. ลดความรู้สึกกลัวความตายและช่วยในการยอมรับภาวะสุดท้ายของชีวิต: ผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่าการมีสัตว์เลี้ยงอยู่ด้วยทำให้พวกเขารู้สึกสงบและพร้อมรับความตายมากขึ้น

• บทสรุป

สัตว์เลี้ยงบำบัดเป็นเครื่องมือหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ช่วยลดความทุกข์ เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และเตรียมใจให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ แม้ยังมีข้อจำกัดบางประการ แต่หากนำมาใช้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย AAT จะสามารถเสริมประสิทธิภาพของการดูแลแบบองค์รวม

ดังนั้น ควรมีการผลักดัน AAT ให้รวมอยู่ในแผนการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการออกแบบกิจกรรม สื่อสารและแลกเปลี่ยนผลลัพธ์กับทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ขจรศักดิ์ ก้อนขาว. โรงพยาบาลระบบประสาทและสมองโดยดนตรีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ทางสถาปัตยกรรมหลักสูตรสถาปัตยกรรมศาสตร์บัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2560.

2. ทรงวรธรรม สมกอง. ประโยชน์ของการฝึกหายใจด้วยดนตรีบำบัดผ่านกิจกรรมร้องเพลงที่มีผลต่อการเสริมสร้างสุขภาวะทางกายและใจในผู้สูงอายุ. วารสารดนตรีและการแสดง. 2567; 10(1): 183-92.

3. ธเนศพล อุบลรัตน์, นัทธี เชียงชะนา และ นิอร เตรัตนชัย. ผลของกิจกรรมดนตรีบำบัดตามแนวคิดของคาร์ล ออร์ฟ ที่มีต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมในผู้สูงอายุ. วารสารสถาบันราชสุดา. 2566; 19(2): 38-56.

4. พัชรินทร์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง. ศิลปะบำบัด ศิลปะเยียวยาใจ : จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง. 2555;4(11). [อินเตอร์เน็ต]. 2005 [เข้าถึงเมื่อ 2025 มิถุนายน 11]. เข้าถึงได้จาก: https://budnet.org/sunset/node/26 .

5. ภูมิโภชน์ อ., พุศรี ก. การใช้สัตว์บำบัดในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(2): 48–55.

6. สายันต์ บุญใบ. ต่อยอดดนตรีบำบัดสำหรับผู้สูงวัย เพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัยในจังหวัดสกลนคร. วารสาร มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2567;43(6):1162-73.

7. สมชัย ตระการรุ่ง. ประวัติดนตรีบำบัดในประเทศไทย. วารสารอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2564; 43(2): 187-201.

8. สราวลี สุนทรวิจิตร. ดนตรีบำบัด : การบำบัดทางเลือกสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์. 2560; 12(36): 1-12.

9. สุรีรัตน์ ณ วิเชียร, โรจนี จินตนาวัฒน์, จักรกริช กล้าผจญ และภารดี นานาศิลป์. ผลของดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล. 2561; 33(3): 36-50.

10. อาทิตยา สุวรรณ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้านต่อความสามารถด้านการรู้คิด ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2564; 14(2): 221-34.

11. Aldridge, D. Therapy in Palliative Care: New Voices. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2006.

12. American Music Therapy Association. What is Music Therapy. [Internet]. 2005 [cited 2025 Jul 1]. Available from: https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/

13. Antonioli C, Reveley MA. Randomised controlled trial of animal facilitated therapy with dolphins in the treatment of depression. BMJ. 2005; 331(7527): 1231.

14. Ben-Arye E, Samuels N, Goldstein LH, et al. Potential risks associated with complementary alternative medicine use in palliative care. Am J Hosp Palliat Care. 2014; 31(6): 601–6.

15. Bradt J, Dileo C. Music interventions for mechanically ventilated patients. Cochrane Database Syst Rev. 2014; (12): CD006902.

16. Bruscia, K. E. Defining music therapy. Barcelona Publishers; 1998.

17. Canadian Association of Music Therapists. About Music Therapy. 2020 https://www.musictherapy.ca/about-camt-music-therapy/about-music-therapy/ .

18. Chandler CK. Animal assisted therapy in counseling. 3rd ed. New York: Routledge; 2017.

19. Cherniack EP, Cherniack AR. The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals. Curr Gerontol Geriatr Res. 2014; 2014: 623203.

20. Chiaramonte D, Eaton K. Integrative palliative care: Enhancing the natural synergy of palliative care and integrative medicine. Am J Hosp Palliat Care. 2015; 32(4): 384–8.

21. Clements-Cortés, A. Development and efficacy of music therapy techniques within palliative care. Complement Ther Clin Pract. 2016; 23: 125-9.

22. De Schriver MM, Riddick CC. Effects of watching aquariums on elders' stress. Anthrozoös. 1990; 4(1): 44–8.

23. de Witte M, Pinho ADS, Stams GJ, Moonen X, Bos AER, van Hooren S. Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis. Health Psychol Rev. 2022 ; 16(1): 134-59.

24. Dileo, C. The present and future of medical music therapy for adults in the USA. Journal of Urban Culture Research. 2021; 23: 79-93.

25. Domingo JP, Matamoros NE, Danés CF, Abelló H V, Carranza JM, Ripoll AIR, et al. Effectiveness of music therapy in advanced cancer patients admitted to a palliative care unit: a non-randomized controlled, clinical trial. Mus Med. 2015; 7(1): 23-31.

26. Garland SN, Carlson LE, Cook S, Lansdell L, Speca M. A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. Support Care Cancer. 2007 ; 15(8): 949-61.

27. González-Ojea MJ, Domínguez-Lloria S, Pino-Juste M. Can Music Therapy Improve the Quality of Life of Institutionalized Elderly People? Healthcare (Basel). 2022; 10(2): 310.

28. Grocke D, Wigram T. Receptive methods in music therapy: Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students. Jessica Kingsley Publishers; 2006.

29. Hodgkinson K, Shulman J. The role of the creative arts therapies in palliative care. Curr Opin Support Palliat Care. 2019; 13(4): 415–21.

30. Jane SW, Chen SL, Wilkie DJ, Lin YC, Foreman SW, Beaton RD et al. Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a randomized clinical trial. Pain. 2011; 152(10): 2432-42.

31. Kamioka H, Okada S, Tsutani K, Park H, Okuizumi H, Handa S, et al. Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2014; 22(2): 371–90.

32. Kendall E, Maujean A, Pepping CA, Downes M, Lakhani A, Byrne J, et al. A systematic review of the efficacy of equine-assisted interventions on psychological outcomes. Eur J Psychother Couns. 2015; 17(1): 57–79.

33. Kim EJ, Lee EJ, Lee CW, Choi YS. Development and Evaluation of a Hospice and Palliative Care Music Therapy Education Program. Hanguk Hosupisu Wanhwa Uiryo Hakhoe Chi. 2020; 23(1): 17-26.

34. Kinney RL, Rentz CA. Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the Making, an art program, versus other structured activity. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2005; 20(4): 220–7.

35. Levinson BM. Pet-Oriented Child Psychotherapy. Springfield: Charles C Thomas; 1969.

36. Lu W, Rosenthal DS. Acupuncture for cancer pain and related symptoms. Curr Pain Headache Rep. 2013; 17(3): 321.

37. Maddocks I, Somogyi AA, Abbott F, et al. Aromatherapy in palliative care: a review of the literature. J Palliat Med. 2012; 15(6): 628–39.

38. Malchiodi CA. Handbook of Art Therapy. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.

39. Moretti F, De Ronchi D, Bernabei V, Marchetti L, Ferrari B, Forlani C, et al. Pet therapy in elderly patients with mental illness. Psychogeriatrics. 2011; 11(2): 125–9.

40. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name .

41. Pifalo T. Art therapy with sexually abused children and adolescents: Extended research study. Art Ther. 2007; 24(1): 5–12.

42. Potash JS, Ho RTH, Chan F, Wang XL, Cheng C. Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study. Int J Palliat Nurs. 2014; 20(3): 123–9.

43. Potvin N, Hicks M, Kronk R. Music Therapy and Nursing Cotreatment in Integrative Hospice and Palliative Care. J Hosp Palliat Nurs. 2021; 23(4): 309-315.

44. Rappaport LM. The effectiveness of art therapy with adults: A systematic review of controlled studies. Arts Psychother. 2016; 50: 17–24.

45. Schmid W, Rosland JH, von Hofacker S, Hunskår I, Bruvik F. Patient's and health care provider's perspectives on music therapy in palliative care - an integrative review. BMC Palliat Care. 2018; 17(1): 32.

46. Serpell JA. Animal-assisted interventions in historical perspective. In: Fine AH, editor. Handbook on animal-assisted therapy: Foundations and guidelines for animal-assisted interventions. 4th ed. San Diego: Academic Press; 2015.

47. Stuckey HL, Nobel J. The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. Am J Public Health. 2010; 100(2): 254–63.

48. Uttley L, Scope A, Stevenson M, Rawdin A, Taylor Buck E, Sutton A, et al. Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. Health Technol Assess. 2015; 19(18): 1-120.

49. Valero-Cantero I, Martínez-Valero FJ, Espinar-Toledo M, Casals C, Barón-López FJ, Vázquez-Sánchez MÁ. Complementary music therapy for cancer patients in at-home palliative care and their caregivers: protocol for a multicentre randomised controlled trial. BMC Palliat Care. 20202; 19(1): 61.

50. Warth M, Keßler J, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music Therapy in Palliative Care. Dtsch Arztebl Int. 2015; 112(46): 788-94.

51. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014–2023. Geneva: WHO; 2013.



บทที่ 5.8 บทบาทของพยาบาลในการเตรียมผู้ดูแลที่บ้าน

พว.ณัฐกฤตา ชูสุวรรณ
พว.ฑิกามาศ ยุรชาติ
พว.นริสรา ใจยะเลิศ
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยประคับประคอง โดยเป็นการดูแลที่เปลี่ยนจาก disease focused เป็น holistic patient care and family focused ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านให้มีคุณภาพโดยมุ่งเน้น “ญาติผู้ดูแล” ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามบริบทของแต่ละครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของชุมชน “ญาติผู้ดูแล” (family caregiver) จึงหมายถึงผู้ให้การสนับสนุนดูแลและดำเนินการในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น เมื่อพิจารณาให้ลึกซึ้งในมิติด้านสุขภาพ ผู้ดูแลคือบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้อย่างเต็มที่และอยู่ในภาวะพึ่งพา ทั้งผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ พิการ ต้องการความช่วยเหลือ โดยมีส่วนในการช่วยส่งเสริมความอยู่รอด ส่งเสริมภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลนั้น ผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่มักเป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเอง “ญาติผู้ดูแล” จึงเป็นขุมพลังที่แท้จริงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน

ถึงแม้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน ญาติผู้ดูแลมักจะทำด้วยความเต็มใจหรือรู้สึกดีใจที่ได้ตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ แต่การทำหน้าที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลเอง เช่น ผู้ดูแลมีความเครียดหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลเนื่องจากขาดความรู้ ขาดรายได้ มีความเหนื่อยและท้อ รวมทั้งการดูแลอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแลเอง ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical needs) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เริ่มทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนล้าและหมดแรง และหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูพลังในการดูแลที่เพียงพอ จะทำให้อาการของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่มีอาการกำเริบได้ (fatigue & exhaustion) ดังนั้น พยาบาลต้องทำการประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลในระยะเพิ่งเริ่มทำบทบาทการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมให้สามารถปรับตัวและผ่านพ้นปัญหาไปได้

2. ด้านอารมณ์ (emotional needs) เป็นความต้องการที่มักพบเป็นลำดับที่สองรองจากร่างกาย โดยเฉพาะในช่วงของการฟื้นหายของผู้ป่วย (recovery) ที่ยังไม่รู้ว่าจะดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร ซึ่งมักพบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและมีความเครียดได้ และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้น พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลให้ได้ ทั้งการเผชิญปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียด

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational needs) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระบบการดูแล รวมทั้งวิธีการดูแลที่เหมาะสม จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทำบทบาทของผู้ดูแลได้โดยมีความเครียดน้อยลง ดังนั้น การช่วยเหลือและดูแลให้ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพ เพียงพออย่างเหมาะสมกับช่วงเวลาของความเจ็บป่วยรวมทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำบทบาทได้จึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งการได้รับข้อมูลต้องมีทั้งการบอกเล่า อธิบายและมีเอกสารที่สามารถเก็บไว้เรียนรู้ได้ตลอด

4. ด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยพยาบาลที่มีความเข้าใจภูมิหลังเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลมีความต้องการสมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวัน พลังในการประคับประคองชีวิต แสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมและความผาสุกในชีวิต ดังนั้น พยาบาลจึงควรทำความเข้าใจภูมิหลังเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล เข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของญาติผู้ดูแล การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้ดำเนินชีวิตตามเป้าหมายที่ต้องการ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความผาสุกในครอบครัวจะช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลได้

5. ด้านการปฏิบัติ (practical needs) ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ที่มีการรายงานไว้คือการจัดการด้านการเงินเพื่อการดูแลผู้ป่วย และการจัดการด้านการเดินทางพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ การเตรียมหรือปรับสิ่งแวดล้อมและเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยให้กระบวนการฟื้นฟูสุขภาพดำเนินไปได้ผลดี ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องประเมินให้ได้ว่าญาติผู้ดูแลมีความยากลำบากในเรื่องใดบ้างในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่นอกเหนือจากการดูแลในเรื่องโรคหรือการเจ็บป่วยโดยตรง และส่งเสริมแหล่งทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ได้

พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพึ่งพา เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเหล่านั้นมีการดำเนินชีวิตของตนเองไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่าเป็น **“การใช้ชีวิตที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว”** (living Care) โดยได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวแทนที่ต้องเป็น **“ผู้ให้การดูแล”** (giving care) เพียงอย่างเดียวเท่านั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ดูแลที่บ้าน (family caregiver) ให้มีความพร้อมในการดูแลและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยประคับประคองได้อย่างมีความสุข

• บทบาทพยาบาลในการเตรียมผู้ดูแลที่บ้าน (the nurse's role in preparing family caregiver)

1. บทบาทด้านการประเมิน (assessment)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถวางแผนการฝึกสอนและสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม โดยการประเมินศักยภาพของผู้ดูแล (family caregiver) ใน 6 ด้านหลัก ได้แก่

1.1 ด้านร่างกาย (physical capacity)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินสุขภาพกายของผู้ดูแล อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางกายภาพ เช่น สามารถช่วยพยุง/พลิกตัวผู้ป่วย โรคเรื้อรังของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อกำลัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง รวมถึงอายุและน้ำหนัก-ส่วนสูงของผู้ดูแล สัมพันธ์กับภาระในการดูแลหรือไม่ การประเมินส่วนนี้ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลเอง เช่น การบาดเจ็บจากการยกผิดท่า หรือการพลัดตกหกล้มจากความอ่อนเพลีย

1.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological readiness)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินความพร้อมภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแล เช่น มีความเครียด ความกังวล ภาวะซึมเศร้าแรงจูงใจในการดูแล มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยหรือเกิดจากความจำเป็น เช่น ถูกบังคับให้ดูแล เพื่อที่จะวางแผนให้ความช่วยเหลือ หรือแหล่งสนับสนุนในการกลับไปดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ด้านความรู้ (knowledge)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่ามีความเข้าใจในโรคของผู้ป่วยหรือไม่ แผนการรักษาและผลข้างเคียงของยา การจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อน เช่น ไข้สูง หอบเหนื่อย หากพบว่าผู้ดูแลไม่มีความรู้มาก่อน ต้องเร่งจัดการฝึกสอนทันที โดยใช้ภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน

1.4 ด้านทักษะ (skill)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน เช่น การเปลี่ยนท่า การให้อาหารทางสาย การดูแลแผลได้ถูกต้องตามหลักอนามัยหรือการสังเกตอาการผิดปกติ สามารถใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เบื้องต้นได้ โดยพยาบาลมักใช้วิธีให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติต่อหน้าพยาบาล แล้วให้ feedback ทันที พร้อมแบบประเมินทักษะทีละขั้นตอน

1.5 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social support & environment)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินว่าผู้ดูแลมีเครือข่ายสนับสนุนหรือไม่ เช่น ญาติ เพื่อน หรือชุมชน สภาพแวดล้อมที่กลับไปดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสม เช่น มีเตียงผู้ป่วย ห้องน้ำปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น มีทางลาด มีบันไดสูง เป็นต้น

1.6 ด้านเวลาและภาระหน้าที่ (time & responsibility)

พยาบาลควรประเมิน ผู้ดูแลว่ามีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อาทิ มีหน้าที่อื่นที่ต้องรับผิดชอบ เช่น ทำงานประจำ เลี้ยงดูเด็กหรือดูแลผู้ป่วยคนอื่นเพิ่มเติม ครอบครัวมีส่วนร่วมในวางแผนแบ่งเวลา หรือมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีภาระมาก ต้องพิจารณาหาทางออกร่วมกัน เช่น การจัดเวรเฝ้าผู้ป่วยในครอบครัว หรือขอความช่วยเหลือจากชุมชน/อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แบบประเมินที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Zarit caregiver burden scale) ฉบับภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ และแนวทางการประเมินผู้ดูแล (C.A.R.E.G.I.V.E.R) assessment mnemonic ได้แก่ **C**: care ดูแลอะไรบ้าง **A**: affect รู้สึกอย่างไร **R**: rest ได้พักบ้างไหม **E**: Empathy เข้าใจความลำบาก **G**: Goals อยากให้เป็นอย่างไร **I**: Information ให้ข้อมูลอย่างง่าย **V**: Ventilate ให้ระบายความทุกข์ **E**: Empower ปลุกปลอบกำลังใจ **R**: Resources หาแหล่งให้การช่วยเหลือ

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน

"คุณเคยดูแลผู้ป่วยมาก่อนหรือไม่?"

"หากต้องช่วยพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง คุณทำได้ไหม?"

"มีใครสามารถช่วยคุณดูแลผู้ป่วยได้บ้าง?"

"คุณรู้วิธีให้ยาและดูแลแผลหรือยัง?"

2. บทบาทด้านการให้ความรู้และฝึกทักษะ (education & skill training)

หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยประคับประคอง เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหรือทำได้แต่ต้องมีคนช่วยเหลือ กลุ่มนี้อาจมีภาวะติดบ้านหรือติดเตียงซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษทั้งด้านสุขภาพและการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้น ผู้ดูแลที่บ้านจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย อาจเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้าน ซึ่งทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ ให้อาหาร ดูแลแผล และสนับสนุนด้านจิตใจ รวมถึงประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยทางโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ ได้มีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับครอบครัว ดังภาพที่ 5.8.1

ภาพที่ 5.8.1 QR code ร่าง คู่มือการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง สำหรับครอบครัว

การเตรียมความพร้อมและส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลที่บ้านจึงเป็นภารกิจสำคัญของบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลที่บ้านสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

กระบวนการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลที่บ้าน (education & skill training) เพื่อให้ผู้ดูแลที่บ้านสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) พยาบาลสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจที่ดีกับผู้ดูแลที่บ้าน

2) พยาบาลทำการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลที่บ้านก่อนการสอน

3) อธิบายวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะในแต่ละกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลที่บ้านเข้าใจในเป้าหมายของกิจกรรม

4) ให้ความรู้ทีละขั้นตอนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และสาธิตวิธีปฏิบัติให้กับผู้ดูแลที่บ้านโดยเน้นการปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยและเคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยประคับประคอง

5) ฝึกผู้ดูแลที่บ้านให้ลงมือปฏิบัติ

6) ประเมินผลความรู้และทักษะจากการฝึกปฏิบัติร่วมกัน ประเมินความสามารถของผู้ดูแลที่บ้านว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือฝึกปฏิบัติซ้ำจนเกิดความมั่นใจ

ทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแลที่บ้าน ได้แก่

1) ทักษะการดูแลร่างกายขั้นพื้นฐาน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลช่องปาก การจัดท่านอนและการดูแลแผลกดทับ การฟื้นฟูสภาพและการออกกำลังกาย และ**ทักษะเฉพาะด้าน** เช่น การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การเตรียมอาหารทางสายยางและการให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ (suction) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง

2) การดูแลช่องปาก การทำความสะอาดช่องปากและฟันให้สะอาดเป็นประจำ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายและสดชื่น ปากสะอาด ลมหายใจไม่มีกลิ่นเหม็น ป้องกันการติดเชื้อ เหงือกอักเสบ โรคฟันผุ ลดการเกิดอาการปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยผู้ดูแลส่งเสริมให้เกิดการอยากรับประทานอาหาร

3) การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยประคับประคอง เป็นการส่งเสริมสุขอนามัยที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและโรคต่าง ๆ เพิ่มความรู้สึกสบายตัว ลดความตึงเครียดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

4) การจัดท่านอนและการดูแลแผลกดทับ การจัดท่านอนให้กับผู้ป่วยติดเตียงอย่างถูกต้อง และหมั่นปรับเปลี่ยนท่าทางทุก 1-2 ชั่วโมง ถือเป็นแนวทางที่ดีที่สุด ประหยัดที่สุด และได้ผลดีที่สุดในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการลุกลามของแผล การดูแลแผลกดทับให้สะอาดจะช่วยในการฟื้นหายของแผลและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

5) การฟื้นฟูสภาพและการออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้จำกัดเพื่อป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายรวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหวด้วยตนเองในอนาคต เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

6) การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การทำความสะอาดแผลท่อหลอดลมคอ การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอชั้นใน จะป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและการอุดกั้นของเสมหะในท่อหลอดลมคอชั้นใน รวมทั้งผู้ดูแลที่บ้านควรมีความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น การติดเชื้อบริเวณแผลเจาะคอ ได้แก่ ปวด บวม แดง หรือมีหนอง มีการติดเชื้อในปอดหรือหลอดลม ได้แก่ อาการไอมาก เสมหะข้น และมีไข้ร่วมด้วย

7) การเตรียมอาหารทางสายยางและการให้อาหารทางสายยาง เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ family caregiver จึงเป็นบุคคลสำคัญในการเตรียมอาหารทางสายยางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและป้องกันภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจในการให้อาหารทางสายยางให้เป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ไม่ให้ผู้ป่วยสำลัก เกิดการติดเชื้อที่ปอดได้

8) การดูดเสมหะ (suction) ผู้ป่วยเจาะคอบางรายมีเสมหะจำนวนมากที่ไม่สามารถไอออกมาได้เอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ความรู้และทักษะของ ผู้ดูแลที่บ้านในการดูดเสมหะจึงมีความสำคัญมาก การปฏิบัติไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด การดูดที่นานเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจน เกิดภาวะปอดแฟบ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ดูแลที่บ้านจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงวิธีการดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3. บทบาทด้านสนับสนุนจิตใจ (psychosocial support)

การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาว เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักส่งผลกระทบต่อ “สุขภาพจิตและสังคม” ของผู้ดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ความเครียด วิตกกังวล อาการหมดไฟ ความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือขาดการยอมรับจากครอบครัวและอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน สนับสนุน ประคับประคองจิตใจ และส่งเสริมสุขภาวะจิตใจของผู้ดูแล เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกได้รับความห่วงใย โดยมีพยาบาลรับฟังในเรื่องราวต่าง ๆ เป็นที่ปรึกษา สนับสนุน ให้กำลังใจ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลลดภาระทางอารมณ์ ผ่อนคลายความวิตกกังวล และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การประเมินภาวะทางจิตใจ

การประเมินภาวะทางจิตใจ คือ การประเมินโดยใช้เครื่องมือแบบวัดการเผชิญปัญหา (coping) ที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบวัดการเผชิญปัญหาของลาซารัสและโฟล์คแมน (Way of Coping Questionnaire) เป็นแบบวัดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคล โดยแบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 2 ประเภทหลัก คือการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นที่ปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นที่อารมณ์ (emotion-focused coping) แบบวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวิเยอร์ (Jalowiec Coping Scale) เป็นแบบวัดที่ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด เป็นต้น ร่วมกับการใช้แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Zarit caregiver burden scale) ฉบับภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ เพื่อวิเคราะห์ระดับความเครียด ภาระในการดูแล การเผชิญปัญหา ผลลัพธ์ในการปรับตัวต่อปัญหา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q, 8Q

การรับฟังและสร้างสัมพันธภาพที่ดี

พยาบาลควรสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมที่อบอุ่น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ยอมรับความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดคุณค่าในตัวเอง ให้ความสำคัญและยอมรับในศักยภาพความสามารถของบุคคล โดยพยาบาลควรเป็นผู้ “รับฟังอย่างตั้งใจ” ไม่ตัดสิน ให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนเข้าใจและอยู่เคียงข้าง เช่น สนทนาอย่างเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ระบายความเครียด ความกลัว หรือความอัดอั้นใจ รวมทั้งประเมินผลย้อนกลับในทางบวก การสะท้อนถึงผลที่น่าพึงพอใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะกระทำต่อไป

การให้ข้อมูลและสร้างความมั่นใจ

พยาบาลสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการสร้างการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ มั่นใจในตนเอง เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ไปในสิ่งที่ดี เพื่อทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เริ่มจากประสบการณ์ที่มีอยู่มาคิด วิเคราะห์ ใช้วิจารณญาณเชื่อมโยงปัญหาเข้ากับปัจจัยสาเหตุ เกิดความเข้าใจ นำไปปฏิบัติ และปรับปรุงในทางที่เหมาะสม

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้จากผู้อื่น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลตระหนักในความสามารถเกิดพลังอำนาจในตนเอง ดังนี้

2.1 การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ตรงกับความต้องการ เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

2.2 การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และแนวทาง โดยยึดความจำเป็น ความต้องการของผู้ดูแลแต่ละคนเป็นพื้นฐาน

2.3 การสอนเพื่อเกิดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยประคับประคอง และได้แนวทางในการพิจารณาเลือกตัดสินใจในการปฏิบัติ

2.4 การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และแนวทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

การสนับสนุนให้เข้าถึงเครือข่ายชุมชน

พยาบาลให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวก และประสานงาน เพื่อใช้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนช่วยสนับสนุนการดูแล และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นหายและการมีสุขภาพดี อาจแนะนำผู้ดูแลให้เข้ากลุ่มสนับสนุน เช่น กลุ่มผู้ดูแลในชุมชนเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยกันคิด ตัดสินใจวิธีการแก้ปัญหาที่เหมือนกัน

การส่งต่อกรณีผู้ดูแลมีภาวะเครียดขั้นรุนแรง

ในกรณีที่ผู้ดูแลมีสัญญาณของภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง พยาบาลควรส่งต่อจิตแพทย์ นักจิตวิทยาหรือทีมสุขภาพจิตเพื่อรับการประเมินและการดูแลเฉพาะทาง

สรุป

พยาบาลไม่ได้ดูแลแค่ “ผู้ป่วย” เท่านั้น แต่ยังต้องใส่ใจ “ผู้ดูแล” โดยเฉพาะด้านจิตใจ เพราะผู้ดูแลที่เครียด เหนื่อย และโดดเดี่ยวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลอย่างมาก การมีพยาบาลเป็นผู้รับฟัง สนับสนุน และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้ผู้ดูแลสามารถก้าวข้ามความยากลำบากนี้ได้อย่างมั่นคง

4. บทบาทด้านการประสานงาน (coordination)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยประคับประคองในระยะยาวที่บ้าน ไม่ใช่ภาระของบุคคลคนเดียว ผู้ดูแลบางคนดูแลผู้ป่วยติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวหรือได้พัก ก่อให้เกิดภาวะเครียด เหนื่อยล้า ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงต้องอาศัยการบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ดูแล บุคคลในครอบครัวและชุมชน การประสานงานจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และลดภาระของผู้ดูแลที่บ้าน

การประสานงานกับบุคคลในครอบครัว

พยาบาลมีบทบาทในการประสานข้อมูลและสร้างแรงจูงใจ ให้บุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจในภาระหน้าที่ของผู้ที่เป็นผู้ดูแลที่บ้านเพื่อบุคคลในครอบครัวจะเป็นแรงสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยประคับประคอง การหมั่นมาเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมทั้งช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแล เพื่อไม่ให้เป็นภาระของผู้ที่เป็นผู้ดูแลที่บ้าน

การประสานการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน (hospital to Home)

พยาบาลต้องวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan) อย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนสำคัญ เช่น ส่งมอบข้อมูลด้านโรคและแผนการรักษาให้กับผู้ดูแล ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการเตรียมหรือปรับสิ่งแวดล้อมและเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยให้กระบวนการฟื้นฟูสุขภาพดำเนินไปได้ผลดี

การประสานกับทีมสหวิชาชีพ (interdisciplinary team)

พยาบาลมีบทบาทเป็น “ผู้เชื่อมโยงข้อมูล” ระหว่าง แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันเพื่อประเมินให้ได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยประคับประคองยังคงมีปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องในเรื่องใด และญาติผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในเรื่องใด เพื่อจะได้วางแผนช่วยเหลือสนับสนุนให้กับผู้ดูแลที่บ้าน

การประสานเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

พยาบาลส่งเสริมแหล่งทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ เช่น การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดสรรหรือเตรียมพาหนะสำหรับพาผู้ป่วยหรือญาติมาพบแพทย์ การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแล (caregiver group network) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้ระดมความคิดและทำความเข้าใจร่วมกันในสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ อีกทั้งสร้างความคุ้นเคยสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนการเรียนรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การเข้ารับบริการคลินิกพิเศษ เช่น คลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง คลินิกการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น นอกจากนั้น พยาบาลยังสามารถให้คำแนะนำหรือดำเนินการแทนผู้ดูแลในเรื่อง เช่น การขอเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง การประสานการยืมอุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น เตียง รถเข็น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

การประสานระบบติดตามผลหลังกลับบ้าน

พยาบาลต้องวางแผนการติดตามผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้านโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การโทรศัพท์ติดตาม การจัดระบบติดตามทางออนไลน์ (LINE, health application) ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ดูแลที่บ้านรู้ว่ามีทีมสุขภาพคอยดูแลและให้การสนับสนุนอยู่เสมอ

สรุป

บทบาทการประสานงานของพยาบาลจึงเป็น "ตัวกลางที่แข็งแกร่ง" เชื่อมโยงระหว่างญาติผู้ดูแล ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ และระบบสุขภาพในชุมชน หากพยาบาลสามารถประสานงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

5. บทบาทในการติดตามผล (follow-up & evaluation)

แม้พยาบาลจะให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลที่บ้านอย่างเต็มที่แล้ว การติดตามผลหลังจากนั้น คือหัวใจของการดูแลระยะยาว เพราะในชีวิตจริง ผู้ดูแลอาจพบปัญหาที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้เมื่ออยู่ตามลำพัง เช่น ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลเกิดความลังเล ไม่มั่นใจ เครียด หรือหมดแรง บทบาทการติดตามผลจึงมีเป้าหมายเพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแล เฝ้าระวังปัญหาแทรกซ้อน ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง

การติดตามอย่างต่อเนื่อง (ongoing follow-up)

พยาบาลควรจัดระบบติดตามหลังจากส่งผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น การเยี่ยมบ้านตามนัด โทรศัพท์/วิดีโอคอล ติดตาม สื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น แอปสุขภาพ หรือ Telemedicine เป็นต้น

การประเมินความรู้และทักษะหลังอบรม (post-training evaluation)

พยาบาลควรประเมินว่าผู้ดูแลที่บ้านยังจำขั้นตอนการดูแลที่ถูกต้องได้หรือไม่ ยังใช้ทักษะตามที่สอนได้ถูกต้องหรือไม่ มีปัญหาจริงในการปฏิบัติ เช่น การให้อาหาร การดูแลแผล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือไม่ แบบประเมินที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ การสังเกตการปฏิบัติจริง การให้ผู้ดูแลสาธิตหน้าพยาบาล เป็นต้น

ประเมินภาระและความเครียดที่เพิ่มขึ้น (family caregiver burden monitoring)

ในระยะยาวพยาบาลต้องติดตามว่าผู้ดูแลที่บ้านเกิดความเหนื่อยล้าหรือภาวะหมดไฟหรือไม่ อาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวล ยังคงสามารถทำหน้าที่ต่อเนื่องได้หรือไม่ แบบประเมินที่นิยมใช้ ได้แก่ Zarit Burden Interview–Thai version (ZBI-12), Caregiver Strain Index (CSI), Thai DASS-21 (สำหรับภาวะเครียด-ซึมเศร้า-วิตกกังวล)

การปรับแผนการดูแลและการส่งต่อ (replanning & referral)

หากพบปัญหาหนัก พยาบาลควรปรับแผนดูแล เช่น ประสานงานกับ รพ.สต. หรือ อสม. ให้เข้าช่วยเหลือ แนะนำเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (caregiver support group) ส่งต่อจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาหากพบอาการซึมเศร้ารุนแรง

สรุป

การติดตามผลเป็นการดูแลผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้พยาบาลสามารถรู้เท่าทันปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในบ้าน และปรับวิธีการสนับสนุนอย่างเหมาะสม จึงเป็นบทบาทที่ขาดไม่ได้ในการเตรียมและดูแลผู้ดูแลที่บ้าน ให้มีความมั่นใจและคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

2. กรมการแพทย์. คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 17 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://moph.cc/VZojBl1w3 .

3. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิสย์; 2564.

4. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือฝึกอบรมการดูแลด้านสังคม จิตใจ ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2563.

5. กันตวิชญ์ จูเปรมปรี, วัชรา ตาบุตรวงศ์. ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน [วิทยานิพนธ์]. อุตรดิตถ์: วิทยาลัยบรมราชชนนี อุตรดิตถ์; 2565.

6. ขนิษฐา ว, ปรียาพร ว, ชีวัน ว. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.

7. พรพรรณ พึ่งรัศมี. โภชนบำบัดในผู้ป่วยโรงพยาบาลและในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

8. พัชรี พ. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลโดยพยาบาลต่อความสามารถในการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.

9. บุญใจ ศรีสถิตนุกูลกิจ. การพยาบาลพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2560.

10. ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2539; 2(1): 84-94.

11. โยะเนะยะมะ โยะชิโกะ. คู่มือดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์เฮลท์; 2561.

12. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว; 2565.

13. รัชนี สรรเสริญ. ญาติผู้ดูแล ขุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2551; 16(3): 1-13.

14. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2560.

15. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ; 2561.

16. ศากุล ช่างไม้. การสนับสนุนความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นญาติ. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2559; 22(3): 424-35.

17. ศรีนวล บุญทวี. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.

18. ศรีสมัย น. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: โครงการตำรา สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.

19. สุภาพร เตียประสงค์. การพยาบาลผู้ใหญ่ เล่ม 2: ระบบทางเดินหายใจและหัวใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

20. อรทัย อุดมพร. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

21. Jarvis C. Physical examination and health assessment. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2016.

22. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentals of nursing. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.

23. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

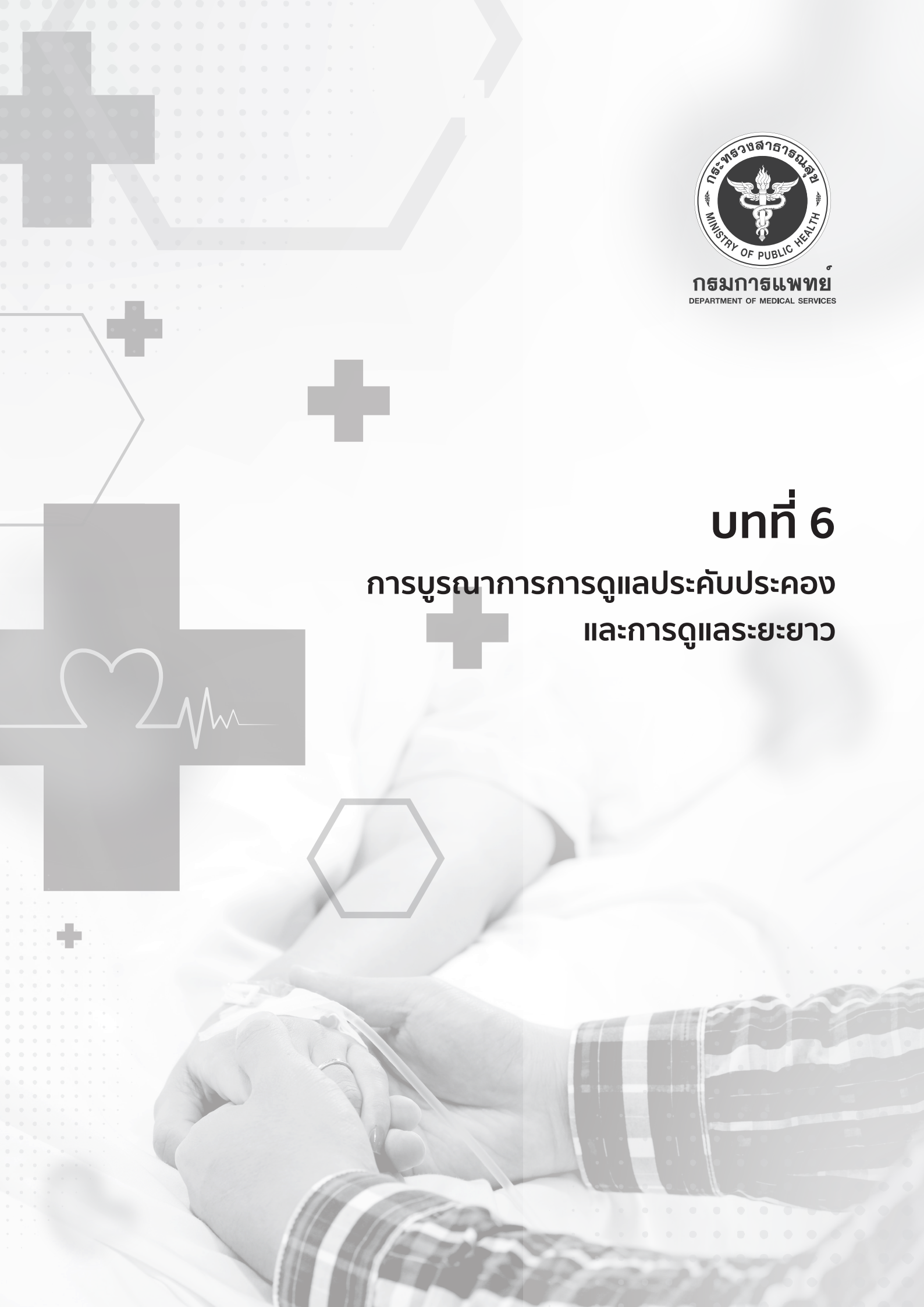
24. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Jun 16]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf .



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 6

การบูรณาการการดูแลประคับประคอง และการดูแลระยะยาว

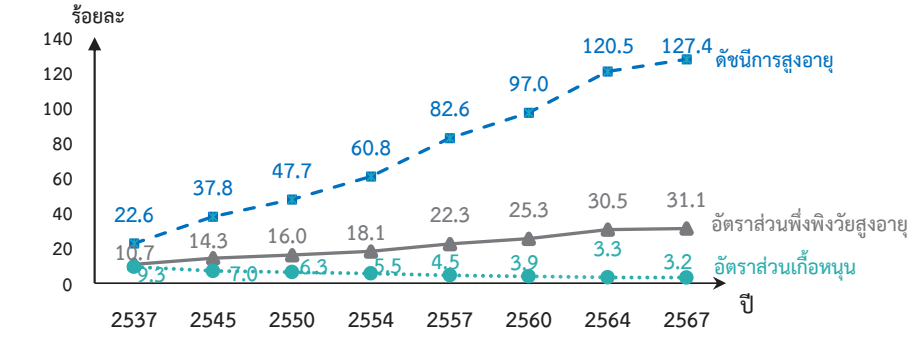




บทที่ 6 การบูรณาการการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะยาว

รศ. พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อปี พ.ศ. 2567 (complete aged society) คือ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเกิน 60 ปีมากกว่าร้อยละ 20 สังคมสูงอายุไทยมีผู้สูงวัย 14.03 ล้านคน ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้อื่น และอยู่คนเดียวมากขึ้น มีรายได้หลักจากบุตรหลานและ 1 ใน 3 ยังต้องทำงาน อัตราส่วนเกื้อหนุนซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงจำนวนประชากรวัยทำงานที่สามารถให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คนได้ ซึ่งผลการสำรวจพบว่าอัตราส่วนเกื้อหนุนลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 9.3 ในปี พ.ศ. 2537 ลดลงเป็น 3.2 ในปี พ.ศ. 2567 นั่นหมายถึงในปี พ.ศ. 2567 ประชากรวัยทำงาน 3 คนให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน ดังภาพที่ 6.1



หมายหตุ: ดัชนีการสูงอายุ คำนวณจากจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี 100 คน
อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ คำนวณจากจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรอายุ 15 – 59 ปี 100 คน
อัตราส่วนเกื้อหนุน คำนวณจากจำนวนประชากรอายุ 15 – 59 ปี เทียบกับประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

ภาพที่ 6.1 ดัชนีการสูงอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ และอัตราส่วนเกื้อหนุน พ.ศ. 2567
(ที่มา: สำนักงานสถิติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567)

ในส่วนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดีมีจำนวนร้อยละ 8.6 และผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดีระดับมากร้อยละ 1.0 การจัดแบ่งประเภทผู้สูงอายุจะพิจารณาจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ *กลุ่มติดเตียง* คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากมีภาวะพิการหรือทุพพลภาพ *กลุ่มติดบ้าน* คือ ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง *กลุ่มติดสังคม* ซึ่งคือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงพบร้อยละ 1.1 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.3 และกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.6

นอกจากนี้ จากการสำรวจลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 64.5 อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 22.6 และอยู่คนเดียวร้อยละ 12.9 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ และผู้ดูแลหลัก พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้สูงอายุ พบร้อยละ 51.7 รองลงมาคือคู่สมรสร้อยละ 24.1 และญาติร้อยละ 16.6 ขณะที่มีเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 2.2) ที่เป็นบุคคลอื่น เช่น คนรับใช้ ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการ ผู้รับจ้างดูแล และเพื่อนบ้านหรือคนรู้จัก เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว

• ระบบการดูแลระยะยาว (long-term-care program, LTC)

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่กำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สะท้อนถึงโครงสร้างประชากรที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและภาวะคุกคามของระบบสุขภาพของประเทศในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้

การศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยมะเร็งในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต พบว่า กลุ่มที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่าย 44,974 บาท เทียบกลับกลุ่มที่เสียชีวิตที่บ้านมีค่าใช้จ่าย 26,821 บาท ทั้งนี้ ในกลุ่มที่บ้านคิดค่าใช้จ่าย 15,000 บาท สำหรับผู้ดูแลรวมอยู่ด้วย ดังนั้น ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงควรเป็นการดูแลที่บ้านโดยครอบครัว ในครอบครัวที่ไม่สามารถให้การดูแลได้เต็มที่ควรมีการจัดหาผู้ดูแล (care giver, CG) มาช่วยเป็นบางส่วนเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัว

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาว (long-term care, LTC) โดยการจัดบริการด้านสาธารณสุขและสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้) ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านสุขภาพและการดำรงชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถอยู่ในชุมชนของตนเองได้ โดยการดำเนินการมีรูปแบบ ดังนี้

- กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรคประจำตัว ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
- รูปแบบบริการ: เป็นการดูแลที่บ้าน (home care) การดูแลในชุมชน (community-based care) และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation)
- บริการที่ครอบคลุม: การช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร) การดูแลสุขภาพ (เช่น การฉีดยา การให้ยาตามแพทย์สั่ง) การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการให้คำปรึกษา
- แหล่งงบประมาณ: สปสช. จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานดูแลระยะยาวแก่หน่วยบริการในพื้นที่
- ผู้เกี่ยวข้อง: หน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ (อปท. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ผู้จัดการการดูแล (care manager, CM) และผู้ดูแล (caregiver, CG)

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชากรไทยทุกคน ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามเป้าหมายจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในท้องถิ่นที่ได้รับการอนุมัติ แผนการดูแลรายบุคคลแบบเหมาจ่ายจำนวน 10,442 บาทต่อคนต่อปี

จากข้อมูลโปรแกรม LTC สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) จำนวน 415,023 ราย ต้องได้รับการดูแลจากผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plan) ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง รวมถึงผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด คุ้มครองผู้ใช้บริการให้มีความปลอดภัย เข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ดังตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 แสดงร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช.

เขตสุขภาพ	B	A	AX100 B	ดูแลครบ 10-12 เดือน	ADL ดีขึ้น (ราย)	ร้อยละ	ADL เท่าเดิม (ราย)	ร้อยละ	ADL ลดลง (ราย)	ร้อยละ
เขต 1 เชียงใหม่	30,151	24,590	81.56	17,002	4,397	25.86	8,464	49.89	4,141	24.36
เขต 2 พิษณุโลก	19,891	16,835	84.64	14,274	3,341	23.41	7,002	49.86	3,931	27.54
เขต 3 นครสวรรค์	19,978	17,145	85.82	12,588	3,204	25.45	6,062	48.38	3,322	26.39
เขต 4 สระบุรี	22,366	14,392	64.35	8,064	1,818	22.54	4,011	50.27	2,235	27.72
เขต 5 ราชบุรี	15,858	13,458	84.87	7,862	1,915	24.36	4,065	52.09	1,882	23.94
เขต 6 ชลบุรี	14,519	11,771	81.07	6,253	1,271	20.33	3,514	56.40	1,468	23.48
เขต 7 ขอนแก่น	60,420	52,040	86.13	35,456	8,768	24.73	16,772	47.50	9,916	27.97
เขต 8 อุดรธานี	58,917	48,497	82.31	26,033	6,909	26.54	12,644	48.77	6,480	24.89
เขต 9 นครราชสีมา	59,163	48,521	82.01	33,056	8,060	24.38	16,528	50.81	8,468	25.62
เขต 10 อุบลราชธานี	78,522	67,048	85.39	54,418	12,109	22.25	26,895	50.56	15,414	28.33
เขต 11 นครศรีธรรมราช	22,067	17,726	80.33	9,933	2,303	23.19	4,968	49.76	2,662	26.80
เขต 12 ยะลา	20,367	16,762	82.30	7,788	2,138	27.45	3,572	46.39	2,078	26.68
เขต 13 กทม.	3,306	3,108	94.01	1,571	285	18.14	1,035	65.61	251	15.98
รวม	425,525	351,893	82.70	234,298	56,518	24.12	115,532	49.84	62,248	26.57

ที่มา : จากโปรแกรม LTC สปสช. ณ วันที่ 30 ก.ย.2567

A = ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์

B = ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ทั้งหมด

ผลการดำเนินงานระดับเขตสุขภาพพบร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตาม ชุดสิทธิประโยชน์ร้อยละ 82.7 โดยเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น มีผลการดำเนินงานมากที่สุดคือ ร้อยละ 86.13 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ร้อยละ 85.82 เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ร้อยละ 85.39 ตามลำดับ

สถานการณ์ในปัจจุบันและความท้าทายของการดูแลในสถานดูแลระยะยาว

ในต่างประเทศพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้อยู่ในการดูแลมีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดหรือต้องการการช่วยเหลือด้าน ADLs และร้อยละ 25 ของผู้รับการดูแลมีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 70 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเสียชีวิตในสถานดูแลระยะยาว และร้อยละ 80 ของผู้ที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาว (nursing home, NH) จะได้ประโยชน์จากการดูแลประคับประคอง นอกจากนี้ ผู้ที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาวมักมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ตั้งแต่การประเมินและจัดการอาการ โดยเฉพาะอาการปวด พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลใน LTC, NH มีอาการปวด แต่มักไม่ได้รับการจัดการอาการปวดที่มีประสิทธิภาพ ผู้ที่อยู่ใน LTC, NH มักมีโรคร่วมหลายอย่าง พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย end-stage congestive heart failure มักมีอาการปวด และร้อยละ 63 จะเสียชีวิตจากภาวะหายใจลำบาก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่รับการดูแลอยู่ใน LTC, NH มักมีการสูญเสียการรับรู้ทำให้ไม่สามารถประเมินอาการ ไม่สามารถบอกความปรารถนาและไม่สามารถบอกความต้องการการดูแลทางการแพทย์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำแผนดูแลล่วงหน้า ไม่มีการวางแผนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษากรณีมีการเจ็บป่วยร้ายแรงมักเป็นครอบครัว ซึ่งการตัดสินใจมักเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษารุกราน (invasive treatment) ในโรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่ใช่ความต้องการของผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องบูรณาการการดูแลประคับประคองเข้าในการดูแล LTC

• การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวมและดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ จัดการอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการดูแลแบบองค์รวม ดูแลจิต สังคม จิตวิญญาณ อาศัยการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโรคควบคู่กับการประคับประคอง มีการให้ข้อมูลเรื่องพยากรณ์โรคและทางเลือกของการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่องเชื่อมต่อการดูแลให้ผู้ป่วยอยู่อย่างสุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้จนกว่าจะเสียชีวิต รวมถึงการจัดหาระบบสนับสนุนให้กับครอบครัว/ผู้ดูแลเพื่อช่วยครอบครัวในการเผชิญปัญหา รวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าสูญเสีย

การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าในการดูแลระยะยาว จะช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น โดยการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและคุณภาพการตาย ที่สำคัญช่วยในการทำแผนดูแลล่วงหน้า ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในแนวทางที่เหมาะสม ลดการรักษาที่ไม่จำเป็นหรือการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ลดการมาห้องฉุกเฉินและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล การศึกษาการบูรณาการการดูแลใน LTC ช่วยลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตใน LTC, NH ถึงร้อยละ 15 – 36.9 โดยการสร้างความตระหนัก การพูดคุยสื่อสารสภาวะโรคและแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการศึกษาเปรียบเทียบการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต พบว่า กลุ่มที่มีการปรึกษาทีมดูแลประคับประคองมาร่วมดูแลมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 11 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองพบร้อยละ 22 นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลในผู้ได้รับการปรึกษาทีมประคับประคองแต่แรกเริ่มจะลดลงจากร้อยละ 11 เหลือร้อยละ 6.9 การศึกษายังพบว่าการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลช่วง 30 วันสุดท้ายของชีวิต พบร้อยละ 37.63 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เปรียบเทียบกับร้อยละ 23.18 ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

• การดูแลประคับประคองในชุมชน (community-based palliative care)

สิทธิประโยชน์ของการดูแลแบบ LTC เป็นการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้พึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ซึ่งคือบ้านของผู้ป่วย หน่วยงานที่มีความสำคัญคือทีมดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบทบาทในการจัดบริการการดูแลประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล นอกจากนั้น จากนโยบายชีวาภิบาล ทีมยังมีหน้าที่จัดบริการ LTC ในเขตเทศบาลที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ โดยอาจเป็นการทำงานร่วมกับทีมปฐมภูมิของโรงพยาบาล ทีมยังเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง รวมถึงเป็นที่ปรึกษาการดูแลผู้ที่ได้รับการดูแล LTC ในชุมชนด้วย

องค์ประกอบของการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงซึ่งในที่นี้คือ ผู้สูงอายุเปราะบาง ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะประคับประคอง

• การเข้าถึงบริการ: ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ควรมีการตรวจกรองในชุมชนและนำผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลของหน่วยงานในชุมชนด้วย

• การประเมิน: สภาวะโรค สมรรถนะ อาการปวด หอบเหนื่อย การรับรู้โรค ความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแล

• การวางแผนการดูแล:
  - การจัดการอาการ (กรณีซับซ้อนต้องการความช่วยเหลือจาก PC รพช.)
  - การทำแผนการดูแล การเยี่ยมบ้าน
  - การให้ข้อมูลเรื่องโรคและทำแผนดูแลล่วงหน้า
  - การประคับประคองจิตใจ จิตวิญญาณ

• การช่วยเหลือผู้ดูแล: สอนทักษะการดูแลผู้ป่วย การประคับประคองจิตใจ ความโศกเศร้าสูญเสีย

• การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิต:
  - การวินิจฉัย
  - การจัดการอาการ (ความช่วยเหลือจาก PC รพช.)
  - การให้เสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ
  - การดูแลภาวะโศกเศร้าสูญเสีย (bereavement care)

• บทบาทผู้มีส่วนร่วมในการจัดบริการการดูแลด้านการดูแลระยะยาวและการดูแลประคับประคอง

▪ **โรงพยาบาลชุมชน:** เป็นที่ปรึกษาของชุมชนด้านการดูแลประคับประคองและ LTC
  - ช่วยให้เข้าถึงการจัดการอาการ เข้าถึงยา opioids
  - สร้างเครือข่ายกับ รพ.สต. และองค์กรในชุมชน ทำช่องทางติดต่อสื่อสาร
  - สร้างระบบการประสานเครือข่ายซึ่งจะช่วยในการดำเนินงาน
    • การส่งต่อผู้ป่วย
    • วางแผนดูแลร่วมกัน
    • เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่ทีม LTC ในชุมชน

• ช่วยในการประสานงาน ช่วยด้านการจัดการฝึกอบรม

• รับปรึกษาภาวะฉุกเฉิน ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด หรือความจำเป็นในการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล

• การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิตที่บ้าน

▪ รพ.สต.

- รับส่งต่อผู้ป่วยจากศูนย์ดูแลประคับประคองหรือหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาล ทำหน้าที่ประเมินการรับเข้าดูแลใน LTC
- ตรวจกรองผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับ อสม. เพื่อรับเข้าดูแลใน LTC
- การดูแลเยี่ยมบ้านโดย CG รายที่ซับซ้อนร่วมกับ CM
- จัดทำแผนการดูแล รายที่ซับซ้อนควรทำร่วมกับทีมประคับประคองใน รพช.
- การจัดการอาการ ดูแลเรื่องการใช้ยา opioids
- ทำแผนดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วย
- กรณีพบภาวะแทรกซ้อนหรือฉุกเฉิน ปรึกษาหรือส่งต่อทีมประคับประคองใน รพช./รพท.

▪ อสม.

- ตรวจกรองเชิงรุก และส่งต่อ รพ.สต.
- ให้การดูแลด้านจิตสังคม เยี่ยมบ้าน ช่วยติดตามผู้ป่วยตามศักยภาพ

▪ อปท.

- เดิมเครือข่าย รพ.สต. ที่เชื่อมต่อ อปท. มีเฉพาะบางพื้นที่ แต่ในปัจจุบัน รพ.สต. ย้ายสังกัดมาอยู่ภายใต้ อปท. อย่างไรก็ตาม ยังควรต้องพัฒนาเครือข่ายให้เป็นวงกว้าง แข็งแรง
- จัดตั้งและบริหาร LTC program โดยมี stake holders ร่วมเป็นคณะกรรมการ
- จัดตั้งคลังอุปกรณ์: เตียง เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เครื่องพ่นยา
- ช่วยเหลืองานศพ
- การจัดรถรับส่งผู้ป่วยที่ขอกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน

▪ ผู้นำจิตวิญญาณ จิตอาสา: ให้การประคับประคองจิตใจและจิตวิญญาณ

• การเตรียมการการบูรณาการการดูแลประคับประคองใน LTC

ในปี พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายชีวาภิบาล ซึ่งเป็นการบูรณาการการดูแลสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยประคับประคองเข้าด้วยกัน จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องบูรณาการการดูแลประคับประคองเข้าในการดูแล LTC โดย European Association for Palliative Care ได้ให้ข้อแนะนำในการวางแผนในระดับต่าง ๆ ดังนี้

▪ ระดับมหภาค (MACRO level):

o ต้องทำให้การบูรณาการการดูแลประคับประคองเข้าในระดับชาติอย่างเป็นรูปธรรม ต้องมีคณะกรรมการดำเนินการนโยบายระดับชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายการดำเนินการการจัดระบบบริการ การกำหนดตัวชี้วัด และมีการตรวจกำกับติดตาม

o ควรมีการกำหนดทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ทำงาน (minimal PC competency)

o มีการกำหนดกรอบแนวทางการทำงาน เช่น วิธีการตรวจกรอง การวินิจฉัย การทำแผนการดูแล (care plan) และการสื่อสารทำแผนดูแลล่วงหน้า (ACP)

o กำหนดตัวชี้วัด (KPIs) วิธีการติดตามและประเมินผลการดำเนินการ

▮ **ระดับกลาง (MESO level):**

o สร้างความตระหนักในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว

o สร้าง facilitators เพื่อช่วยในการฝึกอบรม

o พัฒนาทีมทำงาน (LTC และ palliative care) และกำหนดวิธีทำงาน

o ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และติดตามการทำงาน

▮ **ระดับผู้ทำงาน (MICRO level):**

o จัดหาทรัพยากรให้เพียงพอ ทั้งในเรื่องบุคลากรและการแบ่งภาระงาน

o สามารถเข้าถึง opioids ในการจัดการอาการ ซึ่งเป็นบทบาทของทีมประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน มีอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้านเช่น oxygenator, syringe driver

o สร้างความตระหนักในหน่วยงาน

o ฝึกอบรมองค์ความรู้และทักษะทุกระดับ

o ให้มีระบบการดูแลประคับประคอง (PC intervention) อยู่ในระบบการทำงานปกติของ LTC (routine LTC process)

รูปแบบการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองใน LTC (Models of Care)

การจัดระบบการดูแลใน LTC ที่ต้องมีการดูแลประคับประคองคู่กันไปด้วยอาจมีรูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1. ส่งต่อทีมดูแลประคับประคองภายนอก (external specialist end-of-life care model) โดยมีระบบการดูแล ดังนี้

• ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย (final days of life) ได้รับการส่งต่อให้ทีมดูแลประคับประคอง (specialist palliative care) ช่วยดูแล

• การดูแลรูปแบบนี้ ผู้ป่วยทั่วไปอาจเข้าไม่ถึงการดูแลประคับประคองแบบพื้นฐาน (primary palliative care / palliative approach)

• ทีมสุขภาพใน LTC มักไม่มีองค์ความรู้เรื่องการดูแลประคับประคอง

• เมื่อมีภาวะป่วยเฉียบพลัน มักได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

รูปแบบที่ 2. มีทีมดูแลประคับประคองใน LTC (in-house end-of-life)

• มีบริการ hospice care ใน LTC เพื่อให้การดูแลระยะท้ายของชีวิต

• มีทีมดูแลประคับประคองอยู่ใน LTC

• เป็นรูปแบบที่ใช้ทรัพยากรมาก มักเป็น LTC ที่มีขนาดใหญ่

รูปแบบที่ 3. พัฒนาศักยภาพองค์กรให้สามารถให้การดูแลแบบประคับประคองพื้นฐานได้ (in-house capacity building within a palliative approach)

• มีการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลประคับประคองของผู้ทำงานใน LTC

• ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลแบบ PC approach

- การฝึกอบรมเป็นหัวใจสำคัญ
  - พัฒนาให้เกิดผู้นำ โดยการสร้าง champions
  - ฝึกอบรม PC approach ให้แก่บุคลากรทั้งหมด
  - ตรวจสอบการทำงานอย่างต่อเนื่อง และมีการสะท้อนกลับเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ
- มักมีการทำแผนดูแลล่วงหน้า (ACP) และบันทึกการใช้เครื่องพยุงชีพ
- ช่วยลดการรักษาตัวในโรงพยาบาล

รูปแบบที่ 4. พัฒนาศักยภาพองค์กรให้สามารถให้การดูแลแบบประคับประคองพื้นฐานร่วมกับมีทีมดูแลประคับประคองให้การปรึกษา (In-house capacity building with external support from palliative specialist)

- เป็นรูปแบบที่ 1 ร่วมกับรูปแบบที่ 3 ซึ่งเป็นรูปแบบดีที่สุด และช่วยให้มีส่วนร่วมของครอบครัวมาก
- มีการฝึกอบรมบุคลากร ร่วมกับเชื่อมต่อทีมประคับประคองจากภายนอก
- เป้าหมายให้เกิดมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- มีการทำประชุมร่วมกับทีมประคับประคองเป็นระยะ อาจทำในรูปการปรึกษา การเรียนรู้ร่วมกัน (palliative care conference)
- มีการใช้แบบประเมิน แนวปฏิบัติในการทำงาน
- มีทีมสหวิชาชีพมาให้การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิตได้มากกว่า และลดอัตราการรับเข้าโรงพยาบาล
- มุ่งเน้นการจัดการอาการ การทำแผนดูแลล่วงหน้า มีการดูแลสนับสนุนครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่มที่รับบริการ

ประเทศไทยมีศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลทุกระดับและทุกแห่ง รูปแบบที่ 4 เป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับประเทศเรา ทั้งนี้ ควรต้องมีการพัฒนาคุณภาพศูนย์ดูแลประคับประคองทั่วประเทศ การพัฒนาทักษะและฝึกอบรมการดูแลประคับประคองระดับพื้นฐานแก่ทีม LTC ได้แก่ ด้านการจัดการอาการ การทำแผนดูแลเพิ่มขึ้นจากแผนการดูแลสูงอายุ เช่น การประเมินรอบด้าน การประเมินสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารกับครอบครัว และช่วยในการทำแผนดูแลล่วงหน้า การวินิจฉัยภาวะใกล้เสียชีวิต นอกจากนี้ ฝ่ายนโยบายควรมีการจัดทำเครื่องมือ และแนวทางเพื่อช่วยในการปฏิบัติงาน จัดให้มีการทำเครือข่ายและมีโอกาสพบปะกันอย่างต่อเนื่องเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการพัฒนาให้เกิด champions จะเป็นต้นแบบและช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองใน LTC ดังภาพที่ 6.2

มีกิจกรรมการดูแลเป็นระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนเข้าสู่ LTC

- ประเมินแบบองค์รวม ให้ความสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) หรือผู้เปราะบาง
- ทำคิวการรับเข้าในการดูแล (waiting list) หลีกเลี่ยง crisis admission
- ลดอุปสรรคการเข้าสู่ LTC

ระยะที่ 2 ระหว่างอยู่ใน LTC, NH

• การประเมินรอบด้าน ซึ่งประกอบด้วยการทบทวนโรคและสภาวะของผู้ป่วย ยาโรคเรื้อรังที่ใช้อยู่และปรับยาให้เหมาะสม ประเมินสมรรถนะและความเปราะบางของผู้ที่จะเข้ารับการดูแล และต้องเป็นการประเมินอย่างต่อเนื่อง

• ให้ข้อมูลเรื่องการเสื่อมถอยในอนาคต การเตรียมรับสถานการณ์ พูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้า

• ดูแลในแนวทางแบบ palliative care approach

ระยะที่ 3 โรคดำเนินอย่างต่อเนื่องเข้าสู่ระยะประคับประคองและระยะท้าย (advance illness / end-of-life)

• ให้การประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัว สื่อสารสภาวะโรค ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะกับสภาวะผู้ป่วย สื่อสารการทำแผนดูแลล่วงหน้า พูดคุยเรื่องสถานที่ดูแล สถานที่เสียชีวิต การกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลหรือการใช้เครื่องพยุงชีพ ผ่านการประชุมครอบครัว โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมถ้ายังมีความสามารถในการรับรู้

• ทบทวนการใช้ยา อาจปรึกษาทีมประคับประคองในโรงพยาบาล (แพทย์ เภสัช พยาบาล) วางแผนการเข้าถึงยาที่ต้องใช้ที่บ้านในระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นที่ต้องใช้ยา opioids เพื่อการจัดการอาการปวด หอบเหนื่อยระยะใกล้เสียชีวิต ปรับยาโรคเรื้อรัง วางแผนการจัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้านหรือผู้ป่วยที่อยู่ใน NH

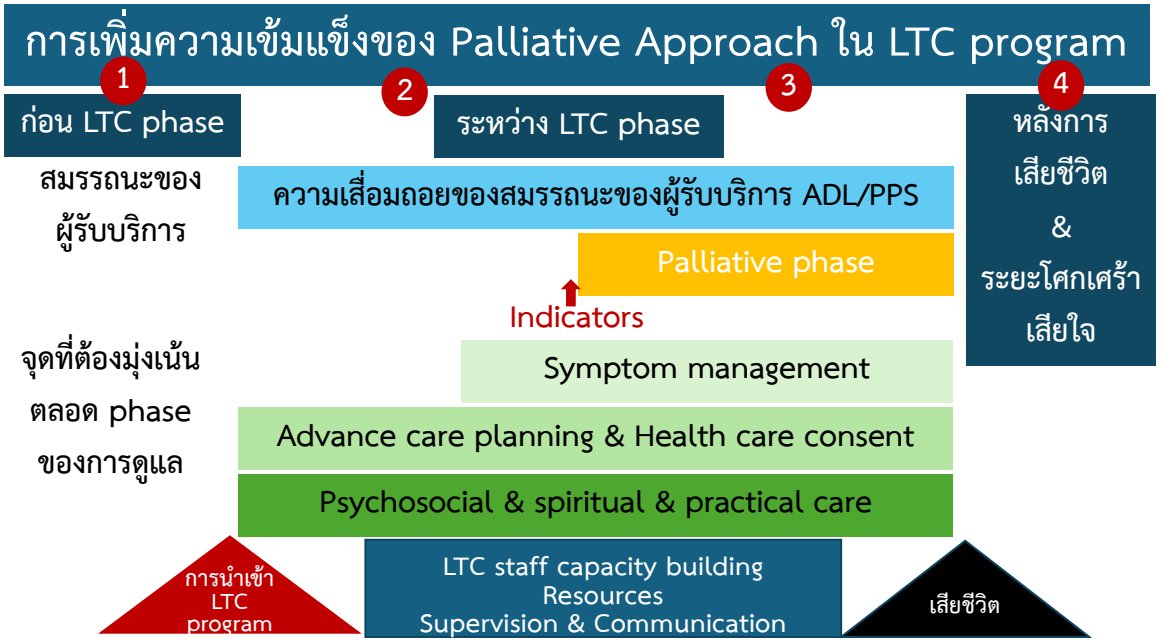
• การประเมินและจัดการอาการอย่างทั่วถ้วนและมีประสิทธิภาพและอย่างต่อเนื่อง

• ให้การประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว เตรียมตัวเข้าสู่ระยะประคับประคอง

ระยะที่ 4 – หลังการเสียชีวิตและระยะโศกเศร้าสูญเสีย

• ให้การดูแลหลังการตาย การแจ้งตาย การประกอบพิธีกรรม

• แสดงความเสียใจ ให้การประคับประคองจิตใจครอบครัว ให้เอกสารการดูแลตนเองหลังการสูญเสีย โทรติดตาม



ภาพที่ 6.2 การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองใน LTC

การดูแลแบบ PC Approach ใน LTC

การดูแลประคับประคองแบบพื้นฐานใน LTC มีองค์ประกอบที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลแบบ LTC ดังนี้

- การให้ข้อมูลและจัดหาทรัพยากรสำหรับผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อให้ได้รับการดูแลแบบ PC approach เช่น แผ่นพับ
- กลไกเพื่อช่วยบุคลากร LTC/NH บ่งชี้ผู้ป่วยระยะประคับประคองเพื่อเปลี่ยนผ่านและปรับเปลี่ยนแผนการดูแล ใช้ SPICT® criteria (UK) ดังตารางที่ 6.2
- แผนการดูแลที่เพิ่มขึ้นจากของ LTC/NH ได้แก่ การประเมินอาการไม่สุขสบายและแผนการจัดการอาการ การปรับยาโรคร่วมเรื้อรัง การประเมินการรับรู้โรคและการวางแผนดูแลที่เหมาะกับสภาวะผู้ป่วย
- การสื่อสารกับผู้รับบริการและครอบครัวโดยการทำประชุมครอบครัวเพื่อให้ข้อมูลและวางแผนการดูแล การทำแผนดูแลล่วงหน้า การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ
- การสร้างทีมที่ดูแล: การเรียนรู้ภายใน LTC/NH, การร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
- การสนับสนุนจากภายนอก: ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ เครือข่ายดูแลประคับประคอง เครือข่ายชุมชน

ตารางที่ 6.2 SPICT® criteria

ข้อบ่งชี้เฉพาะทางคลินิก (Specific criteria) มี > 2 ข้อ

Cancer
Performance status deteriorating due to metastatic cancer and/or co-morbidities
Persistent symptoms despite optimal palliative oncology treatment or too frail for oncology treatment

Neurological Disease
Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.
Symptoms which are complex and difficult to control.
Speech problems; increasing difficulty communicating; progressive dysphagia.
Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure

Dementia
Unable to dress, walk or eat without assistance; unable to communicate meaningfully.
Increased eating problems; now needing pureed/soft diet or supplements or tube feeding.
Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia.
Urinary and fecal incontinence.

Heart Disease
NYHA Class III/IV heart failure, severe valve disease or extensive coronary artery disease.
Breathless or chest pain at rest or on minimal exertion.
Persistent symptoms despite optimal tolerated therapy.
Systolic blood pressure <100 mmHg and/or pulse >100.
Renal impairment (eGFR <30ml/min).
Cardiac cachexia.
Two or more acute episodes needing intravenous therapy in past 6 months.

Liver Disease
• Advanced cirrhosis with one or more complications: • Intractable ascites, • Hepatic encephalopathy, • Hepatorenal syndrome • Bacterial peritonitis, • Recurrent variceal bleeds.
Serum albumin <24g/L and prothrombin time raised or INR prolonged.
Hepatocellular carcinoma

Respiratory Disease
Severe airway obstruction (FEV1<30%) or restrictive deficit (vital capacity <60%, transfer factor <40%)
Meets criteria for long term oxygen therapy (PaO2 <7.3 kPa) (60 mmHg)
Breathless at rest or on minimal exertion between exacerbations.
Persistent severe symptoms despite optimal tolerated therapy
Low body mass index (<21).
Increased emergency admissions for infective exacerbations and/or respiratory failure.

Kidney Disease
Stage 5 chronic kidney disease eGFR <15ml/min).
Conservative kidney management due to multimorbidity.
Deteriorating on renal replacement therapy; persistent symptoms and/or increasing dependency.
Not starting dialysis following failure of a renal transplant.
New life limiting condition or kidney failure as a complication of another condition or treatment.

SPICT Version 12, December 2010
WWW.SPICT.ORG.UK

แนวทางการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองใน LTC (palliative approach actions)

เนื่องจากผู้ได้รับการดูแลในโครงการดูแลผู้พึ่งพิงระยะยาวมักเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง หรือผู้มีการเจ็บป่วยที่ทำให้สมรรถนะถดถอย ซึ่งบุคคลเหล่านี้มักมีการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสเสียชีวิตในอีกไม่กี่เดือน/ปีข้างหน้า จึงควรมีการตรวจกรองและระบุตัว เพื่อให้การจัดบริการที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

ควรทำการตรวจกรองเมื่อใด?

- เมื่อรับผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลใน LTC
- เมื่อผู้ป่วยมีสมรรถนะเสื่อมถอยลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงในการรู้คิด
- หลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

หลังการตรวจกรอง

- สื่อสารอย่างต่อเนื่อง
- กำหนดเป้าหมายการดูแลและทบทวนเป็นระยะ
- วางแผนการดูแล
- ทำแผนดูแลล่วงหน้า

แนวทางการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองใน LTC ประกอบด้วยเป้าหมาย ขอบเขตการดูแลและการดำเนินการ ดังตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 แนวทางการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองใน LTC

ขอบเขตการดูแล	เป้าหมาย	การดำเนินการ
การบ่งชี้แต่เบื้องต้นหลังการตรวจคัดกรอง	ให้แน่ใจว่าได้มีการสื่อสาร/เชื่อมต่อกับทีมสหวิชาชีพถ้าคิดว่าอาจต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะมากขึ้น (ทีมดูแลประคับประคอง)	- ทำการตรวจกรองด้วยเครื่องมือ “การบ่งชี้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม” และจัดเก็บในแฟ้มบันทึกประวัติผู้ป่วย - ให้ข้อมูลกับครอบครัวถึงผลการประเมินและแนวทางการดูแลโดยให้แผ่นพับให้ข้อมูลแก่ครอบครัว - สื่อสารให้ทีมรับทราบถึงผลบ่งชี้ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคอง
การประเมินแบบองค์รวม	ให้การประเมินในทุกมิติเพื่อช่วยในการวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย	- ประเมินสมรรถนะโดยใช้ PPS/ADL - ประเมินอาการไม่สุขสบาย โดยใช้ ESAS - ประเมินจิตสังคม และจิตวิญญาณ - ประเมินการรับรู้โรค - ประเมินความต้องการการสนับสนุนในการดำรงชีวิตประจำวัน

ขอบเขตการดูแล	เป้าหมาย	การดำเนินการ
การสื่อสารแบ่งปันข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า	ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัว มีโอกาสได้รับการพูดคุยเกี่ยวกับการดำเนินโรคและข้อดีของการมีการดูแลแบบประคับประคองในแผนการดูแล	- ทำการประชุมครอบครัวเพื่อทำแผนดูแลล่วงหน้าและจัดเก็บในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (ใช้เอกสารการสื่อสารวางแผนดูแลล่วงหน้า) - บันทึกการพูดคุย ความต้องการ การเห็นความสำคัญของผู้ป่วยในแผนดูแลล่วงหน้า - กระตุ้นให้ครอบครัวนัดหมายกับแพทย์ที่ดูแล ให้มีโอกาสพูดคุยถึงการคาดการดำเนินโรค พยากรณ์โรค และการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม และการใช้/ปฏิเสธเครื่องพยุงชีพ - กรณีครอบครัวยังมีความกังวลหรือยังต้องการข้อมูลมากขึ้น ควรจัดให้มีการพูดคุยกันเป็นระยะ

นโยบายสถานชีวาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายชีวาภิบาล ซึ่งเป็นการบูรณาการการดูแลสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยประคับประคองเข้าด้วยกัน รัฐกำหนดให้มีการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลขึ้นโดยในเบื้องต้นจังหวัดละหนึ่งแห่ง สถานชีวาภิบาลแบ่งออกเป็นสถานชีวาภิบาลในชุมชนซึ่งคือ บ้านผู้ป่วย ดังภาพที่ 6.3



ภาพที่ 6.3 สถานชีวาภิบาล

องค์ประกอบของสถานชีวาภิบาลและบทบาทการทำงาน

▮ ศูนย์ PC รพศ./รพท./รพช.

• มีในทุก รพ. ความแข็งแรงไม่เท่ากัน

• ปัญหาความมั่นคงและอัตรากำลัง

• พัฒนาคุณภาพศูนย์ประคับประคองทุกระดับ โดยเฉพาะระดับ รพช. เพราะเป็นศูนย์ชีวาภิบาลในชุมชน

• เพื่อตอบโจทย์การดูแลสูงอายุ ควรเสริมองค์ความรู้บุคลากรเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ (ผู้ป่วยระยะประคับประคองมากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ)

• เสริมองค์ความรู้เรื่อง LTC

• ศูนย์ประคับประคอง รพศ./รพท. มีเครือข่ายในชุมชน เชื่อมต่อศูนย์ประคับประคองใน รพช. อยู่แล้ว

• เชื่อมต่อศูนย์ศูนย์ดูแลประคับประคองเข้ากับ LTC, กุฏิชีวาภิบาล

• เสริมความตระหนักและทักษะการดูแลประคับประคองให้ทีมปฐมภูมิ

▮ สถานชีวาภิบาลในชุมชน

• ได้แก่ LTC กุฏิชีวาภิบาล ศูนย์ชีวาภิบาลองค์กรท้องถิ่น เอกชน

• หลักการ *ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลที่บ้าน* กรณีดูแลที่บ้านไม่ได้จริง ๆ ควรมีการพัฒนาศูนย์ชีวาภิบาลเอกชน กุฏิชีวาบาลขนาดใหญ่ที่ดำเนินการโดยวัด เช่น วัดคำประมง

• โครงการ LTC ของ สปสช.ครอบคลุมทั่วประเทศแต่ยังขาดคุณภาพ ควรทำเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ CG

• หลักการของกุฏิชีวาภิบาลควรเป็นการดูแลพระอาพาธในระยะท้าย

• ทุกสถานชีวาภิบาลต้องเชื่อมต่อศูนย์ประคับประคองในโรงพยาบาล

▮ สถานชีวาภิบาลในชุมชน-LTC ซึ่งในที่นี้ส่วนใหญ่คือการดูแลที่บ้าน

• ควรเสริมคุณภาพของ LTC เรื่องค่าตอบแทน และคุณภาพ CG ควรดึงเครือข่ายมาร่วมกันพัฒนาให้มีคุณภาพ เช่น ความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น

• พยาบาล CM ที่ดูแล LTC program ได้รับการฝึกอบรมการดูแลสูงอายุติดบ้านติดเตียง แต่ยังขาดทักษะด้านการดูแลประคับประคอง จึงต้องมีการเติมเต็มองค์ความรู้ กำหนด minimal competency กำหนดแนวทางการทำงาน กำหนดตัวชี้วัด และระบบติดตามงาน

• ต้องมีการเชื่อมต่อศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล ซึ่งคือศูนย์ดูแลประคับประคองหรือหน่วยปฐมภูมิ

• สถานชีวาภิบาลในชุมชนประเภทกุฏิชีวาภิบาล ตามหลักการควรเป็นสถานที่ดูแลพระอาพาธระยะท้าย บางแห่งอาจเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่ติดเตียงและระยะท้าย แต่ไม่ควรเป็นเป้าหมายหลัก และต้องมีการเชื่อมต่อศูนย์แลประคับประคองในโรงพยาบาล

• พระเป็นผู้นำจิตวิญญาณ และเป็นผู้นำในชุมชน จะมีบทบาทอย่างมากใน:

- การสร้างความตระหนักในการดูแลแบบประคับประคอง
- การสร้างความตระหนักเรื่องการทำแผนดูแลล่วงหน้า
- การประคับประคองเรื่องความโศกเศร้าสูญเสีย
- การมีส่วนร่วมของชุมชน

▪ คลินิกผู้สูงอายุ

- ขณะนี้มีการจัดตั้งในทุกโรงพยาบาล
- มีแนวทางการดำเนินงานแล้ว แต่ยังต้องพัฒนาด้านคุณภาพ
- บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุมีไม่พอเพียงโดยเฉพาะแพทย์
- ต้องมีการทำแผนดูแลล่วงหน้าให้แก่ผู้สูงอายุเป็นงานประจำ

▪ ทีมปฐมภูมิ

- ส่งต่อผู้สูงอายุและผู้ป่วยประคับประคองเข้าใน LTC หรือสถานชีวาภิบาลอื่น ๆ
- ดูแลการเยี่ยมบ้าน
- ดูแลระบบ tele-medicine, home ward
- ควรมีการเสริมองค์ความรู้และทักษะการดูแลประคับประคองให้กับทีม

▪ แนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าภายใต้ชีวาภิบาล

- มีความสำคัญอย่างมากในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้าย
- การทำแผนดูแลล่วงหน้าเป็นงานประจำของทีมดูแลประคับประคอง แต่ใน LTC และคลินิกผู้สูงอายุยังไม่มีบุคลากรที่มีทักษะในการสื่อสารทำแผนดูแลล่วงหน้า ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรเรื่องแนวทางการสื่อสารการวางแผนดูแลล่วงหน้า และส่งเสริมให้มี ACP clinic ในโรงพยาบาล
- บูรณาการการทำแผนดูแลล่วงหน้าเข้าในการดูแลใน LTC ในคลินิกสูงอายุและใน nursing home
- สร้างความตระหนักในสังคม ชุมชน

ปัญหาและอุปสรรคของ LTC

ในอนาคต องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนระบบบริการ LTC ในชุมชน ปัญหาที่พบในการทำงานพบว่า อปท. บางแห่งไม่สามารถบริหารจัดการกองทุน ไม่เข้าใจระบบการเบิกจ่ายงบประมาณของกองทุน รวมถึง อปท. มองว่างานดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงเป็นภาระงานของระบบสุขภาพ ไม่ใช่งานด้านคุณภาพชีวิตที่ อปท. ต้องรับผิดชอบ

ด้านการบริหารจัดการกำลังคน พบอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่

- care manager (CM) ทำหน้าที่ประสานงาน แต่มีงานประจำทำให้ไม่มีเวลาพอ รวมถึงอาจยังมีทักษะไม่พอเพียง โดยเฉพาะขาดทักษะด้านการดูแลประคับประคอง
- care giver (CG) การทำงานมักเป็นการเยี่ยมให้กำลังใจ ทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น ส่วนใหญ่มักเป็น อสม. มีปัญหาทักษะการให้บริการ ค่าตอบแทนน้อยมากไม่จูงใจ แต่ อสม. มีโอกาสคงอยู่ในระบบสูง ควรแก้ปัญหาโดยการสร้าง CG มืออาชีพโดยการฝึกอบรมเชิงลึก ปัญหาเรื่องงบประมาณเงินเดือน อปท. ควรจัดหางบประมาณสมทบกับชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช.
- ทีมสหวิชาชีพ การเชื่อมต่อทีมประคับประคองโรงพยาบาล อุปสรรคเรื่องปัญหารอยต่อของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน โดยทีมประคับประคองควรสร้างเครือข่ายและให้การช่วยเหลือด้านการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาล รพ.สต. และ CG และให้คำปรึกษาด้านการดูแลประคับประคอง

การพัฒนาคุณภาพ

เนื่องจากงานชีวาภิบาล ซึ่งเป็นการบูรณาการการดูแลประคับประคองเข้าในการดูแล LTC และยังไม่มีรูปแบบที่เป็นรูปธรรม รวมถึงการทำงานต้องอาศัยแรงงานบุคลากรมาช่วยในการทำงาน ต้องมีเรื่องของการฝึกอบรมทักษะของบุคลากรเพิ่ม รวมถึงการประสานงานข้ามขอบเขตหน่วยงาน และที่สำคัญคือการทำงานร่วมกับองค์กรท้องถิ่นที่ยังไม่มีความตื่นตัว และเข้าใจบทบาทการทำงานด้านสุขภาพ จึงต้องอาศัยการทดลองระบบ การถอดบทเรียน และควรมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โอกาสการพัฒนาคุณภาพการบูรณาการการดูแลประคับประคองใน LTC ดังภาพที่ 6.4



ภาพที่ 6.4 การพัฒนาคุณภาพการบูรณาการการดูแลประคับประคองใน LTC

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. พร้อมรับสังคมสูงวัย: วางระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาวกับทางเลือกระยะท้ายของชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2016/09/ppt-20-sep_final-1.pdf .

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ltcnew.nhso.go.th .

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 3.22 ร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/322-2568/download?id=123560&mid=39530&mkey=m_document&lang=th&did=36186

4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241003145311_94190.pdf .

5. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. การดูแลระยะยาวเพื่อภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/26937061-2c56-eb11-80ec-00155d09b41f .

6. Carlson MDA, Lim B, Meier DE. Strategies and innovative models for delivering palliative care in nursing homes. J Am Med Dir Assoc. 2010; 12(2): 91-8. doi:10.1016/j.jamda.2010.07.016.

7. Froggatt KA, Moore DC, Van den Block L, Ling J, Payne SA. Palliative care implementation in long-term care facilities: European Association for Palliative Care white paper. J Am Med Dir Assoc. 2020; 21(8): 1051-7. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.010.

8. Kaasalainen S, Sussman T, Thompson G, McCleary L, Hunter P, Wickson-Griffiths A, et al. Palliative care models in long-term care: a scoping review. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2019; 32(3): 8-26. doi:10.12927/cjnl.2019.25971.

9. Mathews HF, Larson KL, Hupp T, Estrada M, Carpenter MP. Impacts of the COVID-19 pandemic on a community-based, palliative care lay advisor project for Latinos with cancer. Hum Organ. 2022; 81: 229-39. doi:10.17730/1938-3525-81.3.229.

10. Nazir A, Smucker WD. Heart failure in post-acute and long-term care: evidence and strategies to improve transitions, clinical care, and quality of life. J Am Med Dir Assoc. 2015; 16: 825-31. doi: 10.1016/j.jamda.2015.05.006.

11. Pieper MC, Van Dalen-Kok AH, Francke AL, Van der Steen JT, Scherder EJ, Huesbø BS, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behavior in dementia: a systematic review. Ageing Res Rev. 2013; 12: 1042-55. doi:10.1016/j.arr.2013.05.002.

12. Sopcheck J, Tappen RM. Nursing home resident, family, and staff perspectives on hospital transfers for end-of-life care. Omega (Westport). 2023; 86: 1046-68. doi:10.1177/0030222820978652.

13. Swagerty D. Integrating palliative care in the nursing home: an interprofessional opportunity. J Am Med Dir Assoc. 2014; 15(12): 863-5. doi:10.1016/j.jamda.2014.09.008.

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 7

การดูแลประคับประคองในชุมชน





บทที่ 7 การดูแลประคับประคองในชุมชน

นพ.อรรถกร รักษาสัตย์
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กรรมการบริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care, PC) เป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญปัญหาอันสืบเนื่องจาก ความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต การดูแลรวมไปถึงการป้องกัน จัดการความไม่สุขสบายทุกข์ทรมาน ผ่านการคัดกรอง ระบุความต้องการการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การประเมินอย่างถูกต้อง และการรักษาอาการปวดและปัญหาอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือ จิตวิญญาณ การแบ่งประเภทการดูแลแบบประคับประคองสามารถแบ่งได้หลายวิธี ดังภาพที่ 7.1 ดังนี้



ภาพที่ 7.1 ระบบการดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามรูปแบบการให้บริการ

1. จำแนกตามรูปแบบการให้บริการของบุคลากร จำแนกได้เป็น การรับปรึกษาจากผู้ป่วยในที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล (consultation) การดูแลผู้ป่วยนอก (outpatient clinic/department) การดูแลในหอผู้ป่วยประคับประคอง/ฮอสปิส (palliative care ward/hospice) และการดูแลที่บ้าน/ชุมชน (home care, home visit, community base palliative care)

2. จำแนกตามสถานที่ จำแนกได้เป็น

1) การดูแลภายในโรงพยาบาลหรือสถานบริการ (hospital/institutional base) ที่อาศัยบุคลากรทางแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ อุปกรณ์ ยา จากสถานพยาบาลเป็นหลัก ครอบครัวมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้น้อย

2) การดูแลในชุมชน (community base) หรือที่บ้านของผู้ป่วย ที่ซึ่งผู้ป่วยรายล้อมไปด้วยสมาชิกในครอบครัว บุคคลคุ้นเคยในชุมชน และสภาวะแวดล้อมที่คุ้นชิน ให้ความรู้สึกที่สงบเย็น อบอุ่นและสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ รวมถึงสภาพแวดล้อมได้ดีกว่าในโรงพยาบาล ส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจ มีตัวตนของผู้ป่วย ได้รับความเคารพ การปฏิบัติดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนั้น ยังส่งเสริมความเป็นส่วนตัว ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวและชุมชน การปฏิบัติตามขนบธรรมเนียม ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วยปละครอบครัว โดยมีทีมสุขภาพให้คำแนะนำ สนับสนุนการดูแลในมิติด้านสุขภาพ และการจัดการอาการ

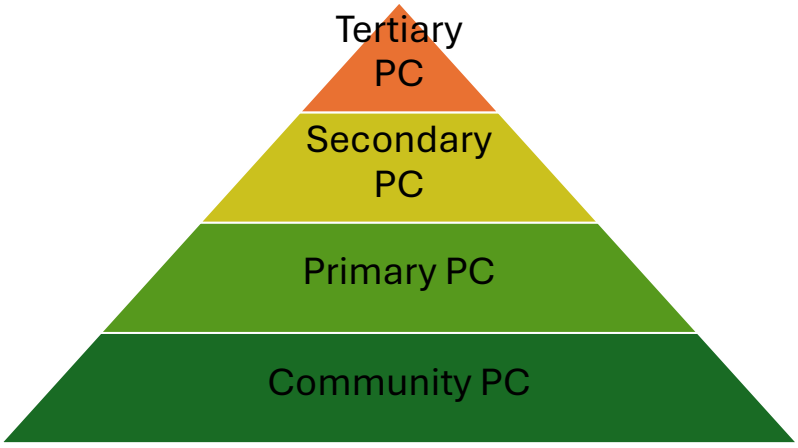
3. จำแนกตามระดับความซับซ้อนของผู้รับบริการ เมื่อพิจารณาจากรูปแบบการให้บริการของหลายหน่วยงาน สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังภาพที่ 7.2 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- การดูแลประคับประคองระดับตติยภูมิ (tertiary PC) ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความซับซ้อนมาก โดยทีมแพทย์เฉพาะทางด้านดูแลประคับประคอง ร่วมกับพยาบาลด้านการดูแลประคับประคอง นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ แพทย์ในระดับนี้ควรได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองระยะยาว (ปี) พยาบาลควรได้รับการอบรมระยะกลางถึงระยะยาว (4 เดือน - ปี) มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระดับนี้ประมาณร้อยละ 5-10

- การดูแลประคับประคองระดับทุติยภูมิ (secondary PC) ให้การดูแลในผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความซับซ้อน โดยทีมแพทย์และพยาบาลด้านการดูแลประคับประคอง ทั้ง 2 วิชาชีพ ควรได้รับการฝึกอบรม ระยะกลาง (เดือน) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ มีจำนวนผู้ป่วยต้องการการดูแลในระดับนี้ประมาณร้อยละ 10-20

- การดูแลประคับประคองระดับปฐมภูมิ (primary PC) เป็นระดับที่ทีมสุขภาพทุกคน ควรให้การดูแลประคับประคองในเบื้องต้นได้ ทั้งเรื่องของการจัดการอาการ การสื่อสาร วางแผนการดูแล (care plan) การทำแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP) ทีมสุขภาพควรได้รับการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองในระดับวันถึงสัปดาห์ มีจำนวนผู้ป่วยต้องการการดูแลในระดับนี้ประมาณร้อยละ 70-80

- การดูแลประคับประคองในชุมชน เป็นระดับที่ทีมสุขภาพและชุมชนประสานการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านหรือในชุมชน การดูแลในระดับนี้จะครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด เนื่องจากในเส้นทางความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มักใช้เวลาร้อยละ 90 ในการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชน ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายตลอดช่วงเวลาของความเจ็บป่วยอาจไม่เคยใช้บริการการดูแลประคับประคองระดับตติยภูมิเลย



ภาพที่ 7.2 รูปแบบการให้บริการประคับประคอง

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากร 65,083,836 ราย มีผู้เสียชีวิต 552,650 ราย ในจำนวนดังกล่าวมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ NCDs ราว 200,000 ราย และในจำนวนนี้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 50–60

จากการสำรวจผู้ป่วยในโรงพยาบาล 14 แห่ง กว่า 5,763 ราย พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ประคับประคองร้อยละ 18.7 (1,079 ราย) ในจำนวนดังกล่าวผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคอง 187 ราย คิดเป็นเพียงร้อยละ 17.3 นอกจากนั้น ทางศูนย์การุณรักษ์ได้สำรวจผู้ป่วยในชุมชนในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 20,778 ราย 6,918 ครัวเรือน พบว่า มีผู้ป่วยควรได้รับการดูแลประคับประคอง 211 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.01 ของประชากร แต่มีผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลประคับประคองเพียง 81 ราย มีผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพิง 335/20,778 ราย มีผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังจำนวน 1,809 ครัวเรือน (ร้อยละ 26.1) และมีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพัง 733 ครัวเรือน (ร้อยละ 10.6)

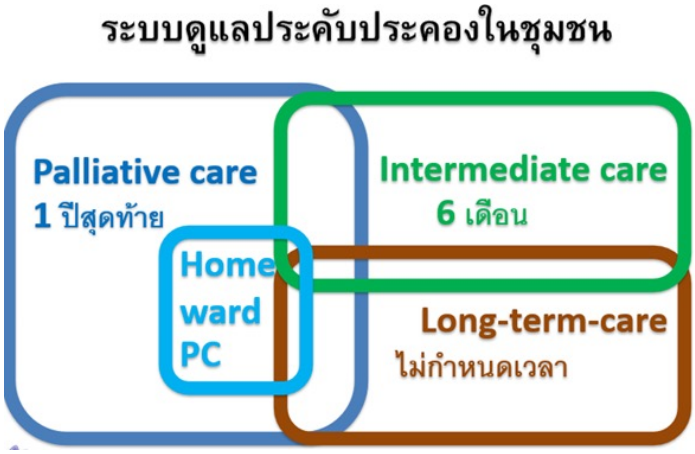
จากข้อมูลดังกล่าว หากพิจารณาปัจจุบันประเทศไทยมีประชากร 65,932,105 ราย พบว่าประชากรร้อยละ 1 คิดเป็นผู้ป่วยประมาณ 660,000 ราย ที่ควรได้รับการดูแลประคับประคองในชุมชน

จากข้อมูลเบื้องต้นทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนเป็นรูปแบบที่สำคัญที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้การดูแลประคับประคองครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย นอกจากนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ยังแสดงให้เห็นว่า การดูแลประคับประคองในชุมชนช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดการมาห้องฉุกเฉิน ลดการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) และมีระบบสาธารณสุขมูลฐานแข็งแรง เป็นลำดับต้น ๆ ของโลก มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุมทุกพื้นที่กว่า 9,863 แห่ง ทั่วประเทศ มีบุคลากรเฉลี่ย 3.8 คนต่อแห่ง โดย รพ.สต. ขนาดเล็กมีกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ 3 อัตรา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ (พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข) พยาบาลเวชปฏิบัติ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน/นักวิชาการสาธารณสุขชุมชน ใน รพ.สต. ที่ขนาดใหญ่ขึ้น อาจมีนักวิชาการ/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักวิชาการ/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และแพทย์แผนไทย โดย รพ.สต. มีภาระหน้าที่ที่สำคัญ 5 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ตั้งแต่วันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 รพ.สต. ได้ถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในปี พ.ศ. 2568 มี รพ.สต. ถ่ายโอนไปแล้ว 4,537 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.93 และมี 15 จังหวัด ที่รับถ่ายโอน รพ.สต. มาครบทุกแห่ง โดย รพ.สต. จะให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองในเขตรับผิดชอบร่วมกับ อปท. และทีมโรงพยาบาล โดยแต่ละหน่วยงานมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันไป

ปัจจุบันระบบการดูแลประคับประคองในชุมชน มีบริการที่หลากหลาย และอาจซ้อนทับกันในเงื่อนไขด้านช่วงเวลา หรือระยะของความเจ็บป่วย แต่มีความแตกต่างกันด้านการให้บริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลดูแลระยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง และ Home ward for active dying ดังภาพที่ 7.3



ภาพที่ 7.3 ระบบการดูแลประคับประคองในชุมชน

บริการการดูแลแบบประคับประคอง มีบริการในรูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชน โดยทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้กับโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- ค่าบริการเยี่ยมบ้านตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เดือนละ 1,000 บาท ทุกเดือน เป็นเวลา 6 เดือน และเดือนสุดท้ายได้รับเพิ่มอีก 3,000 บาท หากได้ทำการดูแลผู้ป่วยครบเป็นระยะเวลา 6 เดือน จะได้รับค่าบริการทั้งสิ้น 9,000 บาท จ่ายให้กับหน่วยบริการที่ทำการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- ค่ายาโอปิออยด์ 750 บาท/คน/เดือน จ่ายให้โรงพยาบาลทุกเดือนจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต
- ค่าสารสกัดกัญชา สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ไม่เกิน 1,800 บาท/คน/เดือน
- ค่าบริการ Tele-health สำหรับผู้ป่วยประคับประคอง 50 บาท/ครั้ง
- Home ward for active dying หมายถึง การจัดบริการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิตอย่างมีคุณภาพแบบองค์รวม และผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความประสงค์ โดยออกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข กรณีดูแลบริการแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. 2567 ประกาศ ณ วันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2567 โดยจะต้องเป็นผู้ป่วยที่นอนใน รพ. แล้วส่งกลับไปดูแลในช่วงวาระสุดท้ายที่บ้านและเสียชีวิตภายในระยะเวลา 7 วัน

การดูแลระยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care, LTC) เป็นโครงการที่หน่วยบริการได้รับการสนับสนุนจากสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL ≤ 11 โดยเริ่มในกลุ่มผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2559 สปสช. สนับสนุนงบประมาณ 5,000 บาท/ราย ต่อมาได้พัฒนาให้ครอบคลุมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกรายไม่เพียงแต่เฉพาะผู้สูงอายุ ในวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2568 สปสช. ได้ปรับปรุงงบประมาณสนับสนุนเพิ่มจาก 6,000 บาท เป็น 10,442 บาท/ราย/ปี และครอบคลุมผู้ป่วยประคับประคองที่สมรรถนะร่างกาย (palliative performance scale, PPS) ≤ 50% ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สมรรถนะถดถอย functional assessment staging test (FAST) ระยะปานกลางถึงรุนแรง global deterioration scale ระยะที่ 5-7

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะอนุกรรมการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีส่วนร่วมในการอนุมัติ ติดตามการดำเนินงาน สปสช. จ่ายให้กับหน่วยบริการ (ส่วนใหญ่คือ รพ.สต.) หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้จัดการการดูแล (care manager, CM) วางแผนการดูแล (care plan) ติดตามแผนการดูแล ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ และประเมินผลติดตามการทำงานของผู้ดูแล (caregiver, CG) โดย CG ให้การดูแลผู้ป่วย และครอบครัวตามแผนการดูแลที่ CM ได้ประเมินไว้ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านโดย CG อย่างน้อยเดือนละครั้ง จนถึงสัปดาห์ละสองครั้ง ตามสมรรถนะของผู้ป่วยและแผนการดูแลที่ได้วางไว้ ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ให้ข้อแนะนำ สอนทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้นและรายงาน CM ดังตารางที่ 7.1 และ 7.2

ตารางที่ 7.1 การดูแลประคับประคองของทีมโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิงในชุมชน

หัวข้อ	ทีมประคับประคอง (Palliative Care: รพ.)	ทีมดูแลผู้ป่วยพึ่งพิง (CM, CG: ชุมชน)
กลุ่มเป้าหมาย	มุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยประคับประคอง	ผู้ป่วยพึ่งพิง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยประคับประคอง
ทีมสหวิชาชีพ	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และสหวิชาชีพอื่น ๆ	Care Manager (CM), Care Giver (CG), รพ.สต.
จุดเด่นการดูแล	เน้นบรรเทาความทุกข์ทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ เชี่ยวชาญในการจัดการอาการ การสื่อสารการวางแผนดูแล เชื่อมประสานการดูแลในทุกระดับ	เน้นช่วยกิจวัตรประวัน ให้การดูแลต่อเนื่อง
ขอบเขตบริการ	ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ติดตาม ให้การดูแลอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก จัดการอาการที่รุนแรง ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ประสานทีมดูแล	ช่วยอาบน้ำ ป้อนอาหาร พลิกตัว ทายา บันทึกข้อมูล ประสานทีมดูแล
การจัดการอาการ	ประเมิน ติดตาม สั่งจ่ายยา ปรับขนาดยา วางแผนการรักษา ส่งตรวจเพิ่มเติมตามความเหมาะสม	แนะนำการใช้ยาเบื้องต้น ตามแผนการสั่งจ่ายยาที่กำหนดไว้
การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ	ลงลึกเรื่องการเผชิญความตาย การสูญเสีย วางแผนดูแลล่วงหน้า หาทรัพยากรสนับสนุน	ให้กำลังใจ รับฟังปัญหา-เบื้องต้น ประสานทีมโรงพยาบาลหากจำเป็น

หัวข้อ	ทีมประคับประคอง (Palliative Care: รพ.)	ทีมดูแลผู้ป่วยพึ่งพิง (CM, CG: ชุมชน)
มีปัญหา หรือความผิดปกตินอกเวลาราชการ	โทรติดต่อทีมแพทย์พยาบาลหน่วยประคับประคองได้ 24 ชั่วโมง ให้ข้อแนะนำในการจัดการปัญหา/อาการ หรือประสานการเข้านอนโรงพยาบาล	ยังไม่มีระบบรองรับ อาจมีจิตอาสาช่วยดูแลได้
บุคลากรหลัก	บุคลากรวิชาชีพ (พยาบาล/แพทย์ผ่านการอบรมประคับประคอง)	จบหลักสูตรการดูแลขั้นพื้นฐาน ไม่จำเป็นต้องเป็นวิชาชีพ
การวางแผนการดูแล	มีการวางแผนร่วมกับครอบครัว ทั้งแผนดูแล (care plan) และกำหนดเป้าหมายร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) โดยนำข้อมูลเรื่องโรค แนวทางการรักษา พยากรณ์โรค จากข้อมูลใน รพ. มาประกอบ	CM วางแผนการดูแล CG ปฏิบัติตามแผนที่ CM กำหนด และร่วมกันติดตามต่อเนื่อง บันทึกข้อมูล
ความต่อเนื่อง	มีทั้งให้บริการแบบเป็นรอบ ๆ หรือเมื่อมีภาวะวิกฤต และดูแลต่อเนื่อง	ดูแลประจำวัน/ต่อเนื่องอยู่ในชุมชน สม่ำเสมอ
ช่องทางบริการ	รพ./เยี่ยมบ้านโดยทีม รพ. หรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/telemedicine	บ้านผู้ป่วย ชุมชน โดยบุคลากรท้องถิ่นและครอบครัว
การเชื่อมโยงส่งต่อ	ประสานดูแลร่วมกับทีมในชุมชน ส่งต่อ รพ. แต่ละระดับเมื่อจำเป็น ตามความเหมาะสม	ประสานการดูแลในชุมชน

จะเห็นได้ว่าการดูแลจากทั้ง 2 ทีมเป็นการดูแลคนละระนาบ เมื่อนำทั้ง 2 ระบบมาเชื่อมโยงกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความราบรื่น และสมบูรณ์มากขึ้น

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง (intermediate care) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือสมองบาดเจ็บ (traumatic brain injury) หรือการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง หรือกระดูกสะโพกหัก บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และบริการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ ให้บริการได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การดูแลเยี่ยมบ้านในชุมชน โดยมีเป้าหมายว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีศักยภาพพร้อมรับการฟื้นฟูจะมีสมรรถภาพดีขึ้นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน

นโยบายชีวาภิบาล ได้เริ่มต้นขึ้นเมื่อ 11 กันยายน พ.ศ. 2566 และได้มีการพัฒนาต่อมาจนถึงปัจจุบัน ระบบชีวาภิบาลเป็นการบูรณาการระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาวเข้าด้วยกัน โดยมีทั้งการดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลในชุมชน จัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึง home ward มีหน่วยบริการ 2 ประเภทคือ

1. ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล หมายถึง ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาล โดยบูรณาการทั้ง 3 ระบบเข้าด้วยกัน และเชื่อมโยงการดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน จัดระบบการบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล

2. สถานชีวาภิบาลในชุมชน หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยประคับประคองที่ตั้งอยู่ในชุมชน ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานโดยหน่วยงานของรัฐ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) รวมถึงกุฏิชีวาภิบาล เป็นสถานชีวาภิบาลสำหรับสงฆ์อาพาธ

จำนวนบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง

ทีมสุขภาพถือเป็นหนึ่งในบุคลากรที่สำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในชุมชนเป็นไปโดยความราบรื่น แนะนำข้อมูล วางแผนการดูแล ผสานหน่วยงานต่าง ๆ จัดการอาการในภาวะปกติ และเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน การดูแลในช่วงกำลังจะเสียชีวิต การดูแลด้านจิตใจ การดูแลภาวะโศกเศร้าสูญเสีย ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การมีจำนวนทีมสุขภาพที่เพียงพอทำให้การบริการเป็นไปตามมาตรฐาน มีคุณภาพ ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ดี ตลอดเส้นทางความเจ็บป่วย จากการลงมติร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ความเห็นว่าควรมีบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน ดังนี้

• พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care nurse, PCN) สำหรับการเปิดบริการใหม่ อาจเริ่มต้นด้วยพยาบาล 1 ราย หรือมากกว่า และเพิ่มขึ้นเมื่อมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้น โดย PCN 1 ราย สามารถดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยได้ประมาณ 25 ราย ในเวลาเดียวกัน และต้องทำงานร่วมกับแพทย์ประคับประคอง (palliative care physician)

• แพทย์ประคับประคอง โดยทั่วไป 1 ราย สามารถดูแลพยาบาลด้านนี้ได้ประมาณ 4 ราย หรือดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ประมาณ 100 ราย ในระยะเวลาเดียวกัน (สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานเฉพาะดูแลผู้ป่วยในชุมชน)

• นักสังคมสงเคราะห์ 1 ราย สามารถดูแลพยาบาลด้านนี้ได้ประมาณ 6 ราย หรือดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ประมาณ 150 ราย

นอกจากงานดูแลผู้ป่วย แพทย์ประคับประคองควรใช้เวลาประมาณร้อยละ 30 สำหรับภารกิจที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานบริการโดยตรง เช่น การบริหารระบบ งานสอนนิเทศทีมสุขภาพ สำหรับพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ในทีมชุดนี้ ควรจัดสรรเวลาประมาณร้อยละ 10 สำหรับการจัดการความรู้ งานบริหารระบบ งานสอนนิเทศทีมสุขภาพ

เมื่อพิจารณาถึงระบบสุขภาพของประเทศไทยแล้ว จะเห็นได้ว่าการมีระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง มี รพ.สต. ที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน ประสานกับ แพทย์ พยาบาลด้านการดูแลประคับประคอง และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ที่พร้อมให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน/ในชุมชน เป็นการบูรณาการที่กลมกลืนและกลมกล่อม เหมาะสมกับโครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศไทย

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล องค์การการบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด) นอกจากรับผิดชอบ รพ.สต. ยังมีส่วนร่วมในการบริหารและสมทบงบประมาณในแต่ละกองทุน ดังนี้

• กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. จัดสรรงบประมาณ 45 บาท/ประชากร ท้องถิ่นสมทบอีกร้อยละ 30-50

• กองทุนฟื้นฟูจังหวัด สปสช. จัดสรรงบประมาณ 8 บาท/ประชากร ท้องถิ่นสมทบไม่น้อยกว่าที่ได้รับจาก สปสช.

• กองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สปสช. จัดสรรงบประมาณ 10,442 บาท/ผู้มีภาวะพึ่งพิง ท้องถิ่นไม่ต้องสมทบ

สำหรับระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อปท. มีบทบาทในการบริหารโครงการจัดบริการผ่านหน่วยบริการ (รพ.สต. ศูนย์ผู้สูงอายุ สถานชีวาภิบาล) จัดสรรงบประมาณ ติดตามกำกับผู้จัดบริการ

บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในทีมโรงพยาบาลชุมชน ดังตารางที่ 7.2

1. แพทย์

• ประเมินสภาพร่างกายและวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ความจำเป็นในการประคับประคอง

• วางแผนการรักษาและบรรเทาอาการ (เช่น การใช้ยาแก้ปวด ยาควบคุมอาการต่าง ๆ)

• ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค สุขภาพตามความเป็นจริง เพื่อนำมาตัดสินใจร่วมกัน (shared decision making)

• สื่อสารกับผู้ป่วย/ครอบครัว จัดทำแผนการดูแล และวางแผนการดูแลล่วงหน้า advance care planning (ACP)

• ประสานส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนไปยังโรงพยาบาลชั้นสูงกว่า

2. พยาบาลประคับประคอง

• ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

• วางแผนการพยาบาล ร่วมกับทีม (แพทย์ นักสังคมฯ เภสัชกร ฯลฯ)

• ดูแลควบคุมอาการต่าง ๆ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน แผลกดทับ ฯลฯ

• ให้คำแนะนำ/ฝึกอบรม รพ.สต. CM, CG ญาติ อสม. และทีมชุมชน

• ติดตามอาการและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองในพื้นที่

• ประสานชุมชน รพ.สต. อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

• ให้การดูแลต่อเนื่องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

3. เภสัชกร

• ยืนยัน/ให้คำปรึกษาการใช้ยาแก้ปวด ยาควบคุมอาการ (opioids, morphine ฯลฯ)

• ตรวจสอบความเหมาะสม ปลอดภัยของรายการยา (drug reconciliation)

• ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา การจัดเก็บ/การทำลายยา

• ให้คำแนะนำทีมพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับยาและผลข้างเคียง

• ร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะประคับประคอง

4. นักสังคมสงเคราะห์

• ประเมินปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว (เช่น ความยากจน ขาดอาชีพผู้ดูแล)

• ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือด้านสิทธิ์การเข้าถึงบริการ สวัสดิการ ช่วยเหลือฉุกเฉิน

• ช่วยเชื่อมโยงครอบครัวกับหน่วยงานในและนอกระบบสุขภาพ เช่น อปท. กรมพัฒนาสังคม

• ให้คำแนะนำเรื่อง emotional support หรือช่วยเหลือกรณีเด็ก/ญาติที่มีปัญหาความเครียดจากการดูแล

• ให้คำแนะนำหรือจัดการหลังการเสียชีวิต

5. นักจิตวิทยา

• ประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ของผู้ป่วยและครอบครัว

• ให้คำปรึกษา (counselling, psychotherapy)

• จัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วย/ครอบครัว (group therapy ฯลฯ)

• ส่งเสริมศักยภาพในการเผชิญปัญหา (coping)

• ประสานการดูแลกับทีมสหวิชาชีพและชุมชน

6. นักโภชนาการ

• ประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนการให้อาหารที่เหมาะสมกับภาวะโรคและอาการ (เช่น ผู้ป่วยกลืนลำบาก นอนไม่ได้)

• ให้คำแนะนำ CG/ญาติเรื่องการเตรียมอาหาร การให้อาหารทางสายยาง

• สอนเรื่องการเลือกรับประทานอาหารและของเหลวที่เหมาะสม ลดความทุกข์ของผู้ป่วย

7. นักกายภาพบำบัด

• ประเมินปัญหาการเคลื่อนไหว ท่าทาง ป้องกันแผลกดทับ

• ออกแบบ/ฝึกการทำกายภาพกับผู้ป่วย เช่น ท่าพลิกตัว ยืดเส้น

• สอนญาติ/CG วิธีดูแลการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม และแนะนำอุปกรณ์

• ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย

ตารางที่ 7.2 สรุปบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน/อาชีพในการดูแลประคับประคองในชุมชน

หน่วยงาน/อาชีพ	บทบาทหน้าที่หลักในการดูแลประคับประคองในชุมชน
โรงพยาบาลชุมชน	ตรวจ ประเมิน วางแผนการดูแล บรรเทาอาการ ติดตามผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำปรึกษาทีม/ญาติ ช่วยเหลือวิชาการ เยี่ยมบ้าน ส่งต่อเมื่อจำเป็น
รพ.สต.	ประเมิน วางแผน ให้การรักษาเยียวยา ประสานงานทีมและโรงพยาบาล ส่งเสริมศักยภาพทีมชุมชน
CM	วางแผนดูแล ประสานเครือข่าย CG ติดตามผล ให้ความรู้แก่ CG, ครอบครัว ดูแลปรับแผนการดูแล บันทึก ติดตามผลการดำเนินงาน
CG	ดูแลกิจวัตรประจำวัน สังเกตอาการ รายงานผล ให้กำลังใจและช่วยเหลือจิตใจ
อปท.	สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ สวัสดิการ ประสานสังคมและชุมชน เสริมสร้างระบบรองรับผู้ป่วย
อสม.	แจ้งข้อมูล เฝ้าระวัง สนับสนุนให้คำแนะนำกับครอบครัว ประสานความช่วยเหลือในหมู่บ้าน
ผู้นำชุมชน	ประสานงาน สร้างความเข้าใจ ดูแลทรัพยากร มวลชน และแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในชุมชน สร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลประคับประคอง
ผู้นำศาสนา/พระ	ดูแลจิตใจ จิตวิญญาณ ให้ธรรมะ ให้คำปรึกษา จัดพิธีกรรมทางศาสนาและให้กำลังใจในยามเจ็บป่วย/วาระสุดท้าย ดูแลภาวะโศกเศร้าสูญเสีย สร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลประคับประคอง

สรุปการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน เป็นการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบครัว และระบบสุขภาพ การจะดูแลให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่าย ทุกฝ่ายต้องมีความตระหนักและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตน

บทความภาษาอังกฤษ
English version
https://kku.world/ftp3qp

เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เขต 12. การให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงญาติและผู้ดูแล [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://localfund.happynetwork.org/project/119794/info.plan.view/1013066 .

2. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024 กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 4 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31505 .

3. กองบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานอัตรากำลัง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค (ปี พ.ศ. 2565-2569) [อินเทอร์เน็ต]. 2nd ed. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; [ไม่ทราบปี]. เข้าถึงได้จาก: https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/?p=578132 .

4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2025 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/01/รายงานสถิติ สาธารณสุข-ประจำปี2566.pdf .

5. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) [อินเทอร์เน็ต]. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30103 .

6. เชาวลิต ลิบน้อย. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://suratthani.nhso.go.th/files/Content/680000038/133788955612344051_19_ประชุมชี้แจงกองทุน%20LTC%20ปี2568%20.pdf .

7. ธัญญ์นิธิ วีรพัฒนน์โสภณ. บริการ Palliative care การดูแลแบบประคับประคอง ปีงบประมาณ 2568 [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น; [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.uckkpho.com/wp-content/uploads/2024/11/2568_ชี้แจงกองทุน-Palliative-CareV1.pdf .

8. สุริยัน สกุลศิริไพบูลย. แนวทางการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ 2568 [อินเทอร์เน็ต]. ระยอง: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6; [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rayong.nhso.go.th/files/userfiles/file/671211_fund68/Day13/งบคำบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน.pdf .

9. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. คู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1aIdKh0TwdEiVLRlHB5Jdm95EFAKHyhAF/view .

10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการใช้งานโปรแกรม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ltcnew.nhso.go.th .

11. สำนักวิจัยและกำลังคนด้านสุขภาพ. Factsheet HRDO คนและงานใน รพ.สต. [อินเทอร์เน็ต]. สำนักวิจัยและกำลังคนด้านสุขภาพ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hrpo.info/wp-content/uploads/2024/10/Factsheet-6-คนและงานใน-รพสต.pdf .

12. อนุทิน ชาญวีรกุล. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565

13. อรรถกร รักษาสัตย์. Elderly, LTC and palliative care needs in Thai community. ใน : เอกสารการบรรยายประชุมวิชาการ; 2568; ขอนแก่น, ประเทศไทย. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์; 2568.

14. Abedini NC, Chopra V. A model to improve hospital-based palliative care: the Palliative Care Redistribution Integrated System Model (PRISM). J Hosp Med. 2018 Dec; 13(12): 868–71.

15. Cancer Network. Effective palliative care: what is involved? [Internet]. Cranbury (NJ): Cancer Network; 2018 [cited 2025 Aug 4]. Available from: https://www.cancernetwork.com/view/effective-palliative-care-what-involved .

16. Eagan A, Mishra MK, Bangerter LR. Salzburg Global Seminar report: Session 562 | Rethinking care toward the end of life. Salzburg, Austria: Salzburg Global Seminar; 2016 Dec. Report No.: Session 562.

17. Health Canada. Framework on palliative care in Canada [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2018 [cited 2025 Aug 4]. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/palliative-care/framework-palliative-care-canada.html .

18. Henderson JD, Boyle A, Herx L, Alexiadis A, Barwich D, Connidis S, et al. Staffing a specialist palliative care service, a team-based approach: expert consensus white paper. J Palliat Med. 2019; 22(11): 1318–23

19. Hfocus.org. วงเสวนาชู “สถานชีวาภิบาลในชุมชน” ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ-ผู้ป่วยระยะท้าย. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 4 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2025/04/33700 .

20. Hfocus.org. สรุปเส้นทางการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อบจ. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2023/12/29374 .

21. Merollini KM, Nabukalu D, Flynn T, Linn J, Davis C, Rosenberg J. Feasibility and economic benefits of community-based palliative care in regional Australia: a case study with cost analysis. Prog Palliat Care. 2024;32(4):257-64.

22. Shanagher D, Green SO, Lawlor R. Practice nurses and palliative care [Internet]. Nurs Gen Pract. 2020;13(1). [cited 2025 Aug 3]. Available from: https://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2021/01/Practice-Nurses-and-Palliative-Care-000-NIGP.-Vol-13-Issu1-Jan-Feb_PALLIATIVE-CARE.pdf .

23. Srivieng Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al. Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals: A Multicenter Point Prevalence Survey from Thailand. Palliat Med Rep [Internet]. 2021 Oct 6;2(1):272-279. doi:10.1089/pmr.2021.0003. [cited 2025 Aug 3]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34927153/ .

24. Thai PBS.นโยบายสถานชีวาภิบาล กับความท้าทายสู่ สิทธิการตาย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-66 .

25. TheCoverage.info. สธ.เตรียมแผนดูแลระยะท้าย สร้าง “กุฏิชีวาภิบาล-สถานชีวาภิบาล” 375 แห่ง คลุมทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thecoverage.info/news/content/8915 .

26. TheCoverage.info. อัปเดต ตัวเลข “ถ่ายโอน รพ.สต. ปี 68” ล่าสุด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thecoverage.info/news/content/7614 .

27. Vernon E, Hughes MC, Kowalczyk M. Measuring effectiveness in community-based palliative care programs: a systematic review. Soc Sci Med. 2022; 296: 114731.

28. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Jul 27]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care .

29. Yosick L, Crook RE, Gatto M, Maxwell TL, Duncan I, Ahmed T, et al. Effects of a population health community-based palliative care program on cost and utilization. J Palliat Med. 2019; 22(9): 1075–81.

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 8

การเสริมพลังชุมชน
เพื่อการดูแลประคับประคอง





บทที่ 8 การเสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลประคับประคอง

นางสาววรรณา จารุสมบูรณ์
ประธานกลุ่ม Peaceful death
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา

• บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคคุกคามชีวิต รักษาไม่หาย อยู่ในระยะท้ายหรือมีระยะเวลาเหลืออยู่จำกัด โดยมุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเวลาที่เหลืออยู่จนถึงลมหายใจสุดท้ายและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งทำให้กระบวนการดูแลจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองจึงไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของโรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่คือเรื่องของทุกคนในชุมชนและสังคม (palliative care is everyone's business) โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายดีจึงเป็นโจทย์สำคัญที่ต้องอาศัย "พลังชุมชน" ร่วมขับเคลื่อน โดยตระหนักถึงความสำคัญของทุนทางสังคมวัฒนธรรม การเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ ระบบนโยบาย และการปกครองส่วนท้องถิ่น ในการออกแบบระบบนิเวศที่เกื้อกูลให้สมาชิกในชุมชนและสังคมได้อยู่ดีและตายดี

• ความสำคัญของชุมชนในการดูแลประคับประคอง

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์ โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าสัดส่วนประชาการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยมีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ฯลฯ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเตียงมากกว่า 5 แสนคน และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและเจ็บป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14-20 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลประคับประคองอย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในมิติของชุมชน (public health palliative care) จึงได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น โดยเน้นการเสริมพลังชุมชนให้สามารถดูแลการเจ็บป่วยในระยะท้ายได้อย่างมีศักดิ์ศรีและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ของผู้คนในพื้นที่นั้น ๆ

Allan Kellehear นักสังคมวิทยา ค้นพบจากการศึกษาวิจัยว่าร้อยละ 95 ของเวลาของผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะในปีสุดท้ายของชีวิต จะใช้ชีวิตอยู่ใน "ชุมชน" ได้แก่ บ้าน ครอบครัว เพื่อนบ้าน องค์กรทางศาสนาและกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ใช้บริการในระบบสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของผู้ป่วยระยะท้ายในไทยที่พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 ต้องการใช้เวลากับครอบครัวและเสียชีวิตที่บ้าน

WHO หรือองค์การอนามัยโลก จึงแนะนำให้ประเทศต่าง ๆ บูรณาการ palliative care เข้าไปในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ (primary health care) โดยใช้กรอบของ health promotion (Ottawa Charter) ในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้ WHO ยังสนับสนุนแนวคิดที่มองว่าประชาชนคือหุ้นส่วนสำคัญในการออกแบบบริการสุขภาพ และทีมดูแลประคับประคองควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลาย อาทิ อาสาสมัคร ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมักเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน จึงอาจกล่าวได้ว่า “ชุมชน” เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลประคับประคอง ที่ควรให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในฐานะหุ้นส่วนตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบ ดำเนินงาน และประเมินผล

แนวคิดชุมชนกรุณาหรือ compassionate community เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สำคัญในสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชนในการดูแลความเจ็บป่วย การตายและความสูญเสีย โดยมุ่งเน้นไปที่กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเครือข่ายและส่งเสริมบรรยากาศของชุมชนให้เต็มไปด้วยความกรุณา การช่วยเหลือเกื้อกูล และการมีส่วนร่วมในการดูแลชีวิตและการตายของสมาชิกในชุมชน

ในบทความนี้จึงประยุกต์ใช้ทั้งแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การสาธารณสุขเพื่อการดูแลประคับประคอง และแนวคิดชุมชนกรุณา ในการเสริมพลังชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและมีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

• องค์ประกอบที่จำเป็นในการเสริมพลังชุมชน

1. การเปลี่ยนมุมมองจาก “ความตายเป็นเรื่องแพทย์” สู่ “ความตายเป็นเรื่องของชุมชน”

มุมมองที่มีต่อความตายจะเป็นตัวกำหนดท่าที วิธีรับมือ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในช่วงท้ายของชีวิต ดังนั้น การปรับทัศนคติของครอบครัว คนในชุมชน และบุคลากรสุขภาพ ถือเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในลำดับแรก ๆ ที่จะช่วยให้พื้นที่เรื่องความเจ็บป่วย การตาย และการสูญเสียไม่ใช่เรื่องของปัจเจกหรือผู้เชี่ยวชาญอีกต่อไป แต่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมของชุมชนที่ต้องปรับตัวเรียนรู้และปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีความหมายเพื่อที่จะรับมือกับความทุกข์จากการสูญเสียสมาชิกของชุมชน เวลาที่มีใครสักคนกำลังจะจากไป สิ่งสำคัญที่สุดอาจไม่ใช่ยาหรือเครื่องมือแพทย์ แต่คือ “ความรัก ความเข้าใจ และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไม่ถูกทอดทิ้งให้ต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง” ฉะนั้น หากคนในชุมชนและบุคลากรสุขภาพมีมุมมองต่อความตายที่เปิดกว้าง และใส่ใจกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน ย่อมส่งผลให้กระบวนการดูแลเป็นไปอย่างเคารพ ให้เกียรติ และมีเมตตากรุณาต่อกันในความเป็นมนุษย์

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation)

ความเจ็บป่วย การตาย และการสูญเสีย ถือเป็นประสบการณ์ครั้งสำคัญของชีวิต การช่วยเหลือสนับสนุนให้ใครสักคนในชุมชนได้มีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายและตายดี จึงเป็นหน้าที่ของทุกคน ไม่ใช่บทบาทของแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นหน้าที่ของญาติพี่น้อง ครู ผู้นำชุมชน จิตอาสา พระ นักบวช เยาวชน หรือแม้แต่เพื่อนบ้านก็สามารถช่วยเหลือดูแลในรูปแบบต่าง ๆ ได้ อาทิ เยี่ยมเยียนให้กำลังใจ การแบ่งปันอาหาร การอยู่เป็นเพื่อน การแบ่งเบาภาระต่าง ๆ เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ช่วยพาไปโรงพยาบาล สนับสนุนทุนการศึกษาให้บุตรหลาน ของผู้ป่วย หรือแม้แต่เรื่องที่ดูเหมือนเล็กน้อย

เช่น ช่วยสระผม ตัดเล็บ หรือป้อนอาหาร ซึ่งแต่ละคนสามารถเลือกทำหน้าที่สนับสนุนการดูแลที่เหมาะสมกับศักยภาพและความถนัดของตนเองได้ นอกจากนี้ กรณีที่ผู้ป่วยในชุมชนไม่มีผู้ดูแลหรือมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน คนในชุมชนอาจช่วยระดมความคิดเห็น ออกแบบ ประสานงาน ส่งต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสม ได้แก่ การเข้าถึงสิทธิผู้พิการ การได้รับเงินสงเคราะห์ การปรับสภาพบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะดวกกับการดูแล ฯลฯ

3. การสร้างความรู้เท่าทันเรื่องความตาย (death literacy)

การพูดเรื่องความตายมักเป็นเรื่องต้องห้ามในหลายสังคมวัฒนธรรม รวมถึงสังคมไทย ทำให้การเตรียมตัวตาย หรือการวางแผนการดูแลสุขภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิตกลายเป็นเรื่องที่พูดไม่ได้ และเมื่อเวลานั้นมาถึงก็มักสายเกินไป ความตายอาจไม่ใช่เรื่องน่ากลัว หากเราเรียนรู้และทำความเข้าใจเสียแต่เนิ่น ๆ โดยเฉพาะการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้าย การดูแลความเจ็บปวด การช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายในชีวิตประจำวัน การอยู่เป็นเพื่อน การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่ค้างในใจ ได้สั่งเสีย ได้ทำพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของตน และส่งเสริมการพูดคุยเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลรักษาในช่วงท้ายของชีวิตหรือการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP) รวมทั้งการจัดการเกี่ยวศพและพิธีศพ การรู้เท่าทันความตายจะช่วยลดความกังวลเกี่ยวกับการดูแลในช่วงท้ายและยังช่วยสื่อสารความต้องการของผู้ป่วย ชุมชนที่มีความรู้ มีทักษะการดูแล และมีการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าย่อมเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการดูแลประคับประคอง และได้รับการดูแลวาระสุดท้ายตามความปรารถนาของตน

4. การใช้ทุนทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และภูมิปัญญาท้องถิ่น

หลายชุมชนมีวัฒนธรรมดี ๆ ที่เกี่ยวข้องการการดูแลกันในยามเจ็บป่วย การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในงานบุญ งานศพ และพิธีกรรมความเชื่อที่ส่งเสริมการเยียวยาจิตใจในวาระท้าย ได้แก่ การต่ออายุ การขอขมาหรืออโหสิกรรม การทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้ผู้ล่วงลับ และประเพณีต่าง ๆ ที่ช่วยสานสัมพันธ์ให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งในยามสุขและทุกข์ ซึ่งทุนทางสังคมวัฒนธรรมจำนวนไม่น้อยเป็นค่านิยมในท้องถิ่นเป็นความเชื่อที่ส่งต่อ ๆ กันมา จึงอาจมีทั้งที่เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ หากเราสามารถนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของชุมชนและส่งเสริมการดูแลในวาระท้าย โอกาสในการเข้าถึงการดูแลประคับประคองและการตายดีย่อมมีมากขึ้น

5. การสนับสนุนเครือข่ายการดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal care networks, ICN)

สังคมมักคาดหวังให้บุคลากรวิชาชีพมีบทบาทหลักในการดูแลประคับประคอง เพราะเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษา แต่ความเป็นจริง การดูแลส่วนใหญ่กลับอยู่ในมือของครอบครัว เพื่อนญาติสนิท เพื่อนร่วมงาน แม้กระทั่งเพื่อนบ้าน ซึ่งเราเรียกกลุ่มนี้ว่า “เครือข่ายการดูแลที่ไม่เป็นทางการ” หรือ informal care networks จากบทความเรื่อง “The evidence of the importance of informal care networks (ICN)” พูดถึงความสำคัญของเครือข่ายการดูแลไม่เป็นทางการว่า ผู้ป่วยระยะท้ายจะมี ICN อยู่เสมอ โดยเฉพาะในสังคมสูงวัยที่จำนวนผู้สูงอายุมีมากเกินกว่าสถานบริการสุขภาพจะรองรับได้ ภาครัฐจึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลที่บ้านมากขึ้น

งานวิจัยพบว่า ICN มีได้หลายขนาด ขนาดเล็กจะมีคนในเครือข่ายดูแล 3-8 คน ผู้ป่วยที่มี ICN ขนาดเล็กจะมีความเสี่ยงที่จะขาดผู้ดูแล ภาระการดูแลมักตกกับสมาชิกในเครือข่ายไม่กี่คน ส่วน ICN ขนาดใหญ่ก็จะมีทรัพยากรและเครือข่ายการดูแลที่มากกว่า งานวิจัยยังพบอีกว่า หากมีคนที่มีประสบการณ์ในการดูแลการตายอยู่ในเครือข่าย ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะได้รับการดูแลที่ดี มีผู้เชื่อมโยงการเครือข่ายและช่วยบริหาร

จัดการการดูแลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งช่วยเชื่อมโยงการดูแลเข้ากับระบบบริการสุขภาพที่เป็นทางการ แต่ ICN ขนาดใหญ่ก็มีความเสี่ยงที่จะทำให้ขาดผู้บริหารจัดการเครือข่าย ไม่มีศูนย์กลางบริหารจัดการที่ชัดเจน ทำให้การดูแลไม่เป็นเอกภาพ ฉะนั้น หากทีมสุขภาพเข้ามาสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสานของเครือข่ายเหล่านี้ มีการบริหารจัดการที่ดี มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันเพื่อไม่ให้ตกเป็นภาระของคนใดคนหนึ่ง จะช่วยให้เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการที่มีอยู่แล้วในชุมชนเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลความเจ็บป่วยในระยะท้ายและส่งต่อความรู้หรือทักษะเหล่านี้ให้กับเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในวงรอบอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งจะกลายเป็นต้นทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลความสูญเสียในอนาคต

6. การเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพและภาครัฐ

การพัฒนาบริการการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมนั้น ต้องอาศัยอำนาจรัฐช่วยผสานการดูแลแบบประคับประคองเข้าสู่ระบบสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ เนื่องจากการดูแลนี้เน้นไปที่การดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ซึ่งเชื่อมโยงกับการเข้าถึงยา อาทิ การเข้าถึงยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์เสพติด) และสิทธิในการรักษาพยาบาล ฯลฯ การดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายและตายอย่างสงบ จึงจำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ในระบบสุขภาพกับชุมชน เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เช่น เบอร์ติดต่อกับเจ้าหน้าที่นอกเวลางาน การจัดส่งยาถึงบ้าน การส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต เป็นต้น นอกจากนี้ บทบาทของท้องถิ่นก็สำคัญมากเช่นกัน ชุมชนจึงต้องร่วมมือกับท้องถิ่นในการดูแลสวัสดิการพื้นฐานให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ยากจน หรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล อาทิ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป รถรับ-ส่งโรงพยาบาล การปรับสภาพบ้านให้เอื้อต่อการดูแล การเข้าถึงกองทุนหรือเงินสงเคราะห์ต่าง ๆ ที่สามารถบรรเทาความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจของครอบครัวอันเนื่องจากความเจ็บป่วย เป็นต้น

7. การสนับสนุนนโยบายที่เอื้อหรือส่งเสริมการมีส่วนร่วม

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายดี ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจดีของคนในชุมชนเพียงอย่างเดียว แต่ต้องได้รับการสนับสนุนจากนโยบายของรัฐและองค์กรท้องถิ่นด้วย จึงจะเปิดพื้นที่ให้ชุมชนมีบทบาทได้อย่างแท้จริง เช่น การสนับสนุนด้านงบประมาณให้กับอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน หรือการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยและการดูแลผู้ดูแลในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนให้คนในชุมชนมีสมุดบันทึกการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบบริการในท้องถิ่น หรือร่วมอยู่ในคณะทำงานขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชน มีตำแหน่งเจ้าหน้าที่ประสานงานระหว่างชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ (health connectors) เป็นต้น

8. ภาวะผู้นำร่วม (collective leadership)

คือหลักการทำงานที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ฟังเสียงทุกเสียง โดยเฉพาะเสียงที่ไม่ค่อยได้ยินหรือคนที่มีอำนาจน้อยในชุมชน แบ่งปันความรับผิดชอบร่วมกัน ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นภาระของครอบครัวหรือสาธารณสุขฝ่ายเดียว แต่ทุกคนในสังคมสามารถมีส่วนร่วมได้ เพราะผู้ป่วยระยะท้ายมีความต้องการที่หลากหลาย ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ ภาวะผู้นำร่วมยังเปิดโอกาสให้ชุมชนเกิดประสบการณ์ที่หลากหลายในการจัดการปัญหา ได้ค้นพบศักยภาพใหม่ ๆ ของสมาชิก และส่งเสริมการทำงานเชิงเครือข่าย

การเสริมพลังชุมชนในการดูแลประคับประคอง จึงเป็นแนวทางในการสร้างเสริมพลังอำนาจหรือความเข้มแข็งให้กับชุมชนและเครือข่ายในการรับมือกับความเจ็บป่วยในระยะท้าย การดูแลผู้ดูแล การตาย และความสูญเสีย นอกจากนี้ รายงาน Lancet Commission ยังระบุว่า การเสริมพลังชุมชนคือหนึ่งในแนวทางสำคัญของการ “bringing death back into life” ซึ่งหมายถึงการคืนพื้นที่ของความตายให้กลับเข้าสู่ชีวิตของผู้คนในสังคม ทำให้มนุษย์กลับมาค้นพบและเชื่อมโยงศักยภาพในตนอย่างลึกซึ้ง

• แนวทางและปฏิบัติการในการเสริมพลังชุมชน

การเสริมพลังชุมชนให้สามารถร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีแนวทางที่ครอบคลุมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคคลและทีม การบริหารจัดการเชิงระบบ การพัฒนากลไกสนับสนุน และการสร้างวัฒนธรรมเอื้อเฟื้อเกื้อกูลในชุมชน โดยอาศัยปฏิบัติการที่มีความยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จุดประกายการมีส่วนร่วม (initiation)

ถือเป็นด่านแรกในการเปิดพื้นที่ให้เกิดการมีส่วนร่วมด้วยการแลกเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อชีวิตและความตาย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน คุณค่าของการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน รวมทั้งเรื่องเล่าที่เป็นแรงบันดาลใจในการบริบาลผู้ป่วย โดยอาจใช้กิจกรรมหรือกระบวนการกลุ่ม ได้แก่

• เปิดบทสนทนาเรื่องชีวิตและความตาย และการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายในชุมชนกับกลุ่มเป้าหมายที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เช่น อสม. ผู้นำชุมชน นักบริบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย ฯลฯ โดยอาจใช้เครื่องมือง่าย ๆ เช่น เกมไพ่ชีวิต การตั้งคำถามชวนคิดชวนคุย

• ใช้กิจกรรมสร้างความตระหนัก เช่น Death Café, กรุณาคาเฟ่ ฉายหนังสารคดีเพื่อคุยเรื่องการจากลา นิทรรศการวงล้อมแห่งการดูแล เป็นต้น

• ส่งเสริมคุณค่าของการดูแลช่วยเหลือกัน หรือใช้เรื่องเล่าสร้างแรงบันดาลใจว่า “การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายคือเรื่องของทุกคน”

• จัดนิทรรศการภาพถ่าย “เสียงของผู้ดูแล” เพื่อให้เรื่องราวการดูแลและบทบาทของผู้ดูแลถูกรับรู้และถูกมองเห็นจากคนในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 สร้างทีมและกลไกสนับสนุน

การสร้างทีมทำงานและกลไกสนับสนุนในชุมชน ถือเป็นกุญแจสำคัญของการพัฒนาอย่างเป็นระบบเพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทที่ระบบบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุม หรือมีทรัพยากรจำกัด การพัฒนาทีมงานให้มีศักยภาพในการดูแล การมีกลไกที่เชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และการบูรณาการในแผนสุขภาพตำบลหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะช่วยให้การจากไปของคน ๆ หนึ่ง กลายเป็นผลลัพธ์ที่ทั้งชุมชนและเครือข่ายสุขภาพได้ฝึกฝนเรียนรู้ ปรับตัว และสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลัง โดยอาจดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ได้แก่

• ค้นหาผู้นำธรรมชาติและทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน โดยเริ่มจากการทำแผนที่ชุมชนผังเครือญาติ และการสำรวจทุนทางสังคมที่มีอยู่ เพื่อระบุบุคคลหรือกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลง เช่น อสม. พระสงฆ์ ครู ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มสตรี ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ และเชื้อเชิญให้มาร่วมเป็นทีมงาน ทั้งนี้ ทีมงานควรให้ความสำคัญกับ “ผู้นำที่ได้รับความไว้วางใจ” ไม่ใช่เพียงผู้มีตำแหน่ง

• ชักชวนทีมงานทบทวนตนเองถึงคุณค่าหรือแรงบันดาลใจที่มาทำงานนี้ รวมถึงการทบทวนชุมชนหรือความปรารถนาในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ว่าควรมีหน้าตาอย่างไร ต้องการพัฒนาเรื่องใดเป็นลำดับแรก ๆ

• สำรวจข้อมูลชุมชน โดยอาจอาศัยเอกสารจากหน่วยบริการสุขภาพในตำบล การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำรวจจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนว่ามีมากน้อยเพียงใด เผชิญความทุกข์อะไรบ้าง และพวกเขาต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านใดบ้างเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในช่วงท้ายและตายดี

• สำรวจทุนในการพัฒนาชุมชน ไม่ว่าจะเป็นทุนที่เป็นตัวเงิน สิ่งของ ความรู้ บุคคล หรือทุนทางวัฒนธรรม (เรื่องเล่า ประเพณีท้องถิ่น ความเชื่อทางศาสนา) รวมถึงองค์กรที่บทบาทอยู่เดิมในชุมชน เช่น กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มเยาวชน กองทุนหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ

• ตั้งชื่อทีม ประกาศตัวว่าจะทำอะไร เพื่อวัตถุประสงค์อะไร อยากให้มีอะไรเกิดขึ้นในชุมชนบ้าง และเปิดตัวทีมงาน ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากกลุ่มต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น

- สายสุขภาพ: อสม. พยาบาล รพ.สต. นักสังคมสงเคราะห์ นักบริบาลชุมชน
- สายชุมชน: ผู้นำศาสนา ครอบครัวผู้ป่วย ผู้ดูแล จิตอาสา
- สายเยาวชนและวัฒนธรรม: ครู ศิลปิน นักกิจกรรม

ในระยะเริ่มต้นทีมงานอาจประกอบไปด้วยสมาชิกเพียง 4-5 คน ที่มีเป้าหมายและแนวทางทำงานใกล้เคียงกัน มีเวลาที่จะออกแบบ วางแผน และลงพื้นที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง แล้วค่อยชักชวนสมาชิกเพิ่มเติม

• แบ่งบทบาทหน้าที่ในทีมให้ชัดเจนว่า ใครถนัดอะไร อยากฝึกฝนเรียนรู้ด้านใด และต้องการใช้ศักยภาพในตนเพื่อสนับสนุนทีมงานอย่างไรบ้าง เช่น

- ทีมเยี่ยมบ้าน: ลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วย ชวนคุยเพื่อวางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP)
- ทีมสนับสนุนผู้ดูแล: ดูแลใจผู้ดูแล เยียวยาผู้ดูแลในครอบครัว
- ทีมจัดกิจกรรม: จัดเวทีสื่อสารสาธารณะ ตั้งวงคุย จัดนิทรรศการ ฯลฯ

ที่สำคัญคือ ควรกำหนดให้มี “ผู้ประสานงานหลัก หรือ กระบวนกรชุมชน” (community facilitator) ที่มีทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้และสื่อสารกับภาคบริการสุขภาพได้

• พัฒนาศักยภาพทีมงานให้มีความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การฝึกใช้เครื่องมือต่าง ๆ (toolkits) รวมทั้งแนวทางการประสานส่งต่อการดูแลกับหน่วยบริการสุขภาพ

- ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
- ทักษะชวนคุยเพื่อวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advance care plan)
- ทักษะการสื่อสารอย่างสันติ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม
- ทักษะการรับฟังและการดูแลใจผู้ดูแล
- การประเมินและถอดบทเรียนชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ลงพื้นที่ปฏิบัติการและถอดบทเรียนหลังเสร็จกิจกรรม

การลงพื้นที่และมีประสบการณ์ตรงในหน้างานจะช่วยให้ทีมเกิดการเรียนรู้ พัฒนา และปรับตัวให้การทำงานตอบโจทย์มากขึ้น โดยเฉพาะการแยกย้ายลงเยี่ยมผู้ป่วยเป็นทีม 2-3 คน ต่อ 1 หลังคาเรือน ซึ่งในแต่ละทีมย่อยจะต้องปรึกษาหารือและทำความเข้าใจร่วมกันก่อนว่า ผู้ป่วยเป็นใคร มีใครอยู่ด้วยบ้าง ควรไปเยี่ยมเวลาใด การเยี่ยมแต่ละครั้ง ใครจะทำอะไร อย่างไร และอยากให้ทีมช่วยสนับสนุนอะไรบ้าง และเมื่อเสร็จกิจกรรมก็ควรหาเวลาถอดบทเรียนด้วยกันใน 2 แกนหลัก คือ

- ทีมงานที่ไปเยี่ยม แต่ละคนได้เรียนรู้อะไร อยากขอบคุณและชื่นชมอะไรในทีม ปัญหาอุปสรรคที่พบ และแนวทางแก้ไข
- ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยม พบเห็นอะไร สถานการณ์ปัญหาเป็นอย่างไร แนวทางการสนับสนุนช่วยเหลือที่เป็นไปได้ บันทึกการเยี่ยม และวางแผนนัดหมายเยี่ยมครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 แสวงหาเครือข่ายพันธมิตร

การขับเคลื่อนกิจกรรมชุมชนให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ไม่สามารถทำได้โดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น แต่ต้องอาศัย “การเชื่อมโยงเครือข่ายพันธมิตร” จากหลายภาคส่วน ทั้งในระดับชุมชน ภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน ทรัพยากร การเสริมพลัง และความชอบธรรมร่วมกัน โดยเริ่มจากการสำรวจคุณลักษณะของเครือข่ายพันธมิตรที่ต้องการการสนับสนุน เช่น วิทยากร ผู้เชี่ยวชาญ กระบวนกร งบประมาณ สื่อ พื้นที่ในการจัดกิจกรรม ความน่าเชื่อถือ เป็นต้นเครือข่ายพันธมิตรที่เราค้นหาอาจเป็นทั้งบุคคล องค์กร กลุ่ม หรือหน่วยงาน เช่น วัด โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้านค้าในชุมชน นักธุรกิจผู้มีอิทธิพลในท้องถิ่น มูลนิธิ สื่อมวลชน ฯลฯ และใช้ช่องทางหรือโอกาสต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงเครือข่าย อาทิ

- นัดหมายและเข้าพบเพื่อบอกเล่าเรื่องราว แรงบันดาลใจ และภาพฝันที่อยากเห็นในชุมชน
- ใช้เวทีประชาคมหรือเวทีสมัชชาสุขภาพ เป็นจุดเชื่อมโยงภาคส่วนต่าง ๆ
- เชิญเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น เช่น ร่วมออกแบบโครงการ/กิจกรรม
- มอบบทบาทให้พันธมิตรได้ “เป็นเจ้าของ” ไม่ใช่เพียง “ผู้สนับสนุน”
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนบทเรียนระหว่างเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลและสรุปบทเรียนการดำเนินงาน

เมื่อทีมดำเนินงานไปได้ระยะหนึ่ง (3-6 เดือน) อาจนัดหมายทีมงานทั้งหมดมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันถึงสิ่งที่ได้ทำในช่วงที่ผ่านมา เรื่องเล่าความประทับใจ และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในชุมชน นอกจากนี้ ควรพิจารณาในภาพรวมของการดำเนินงานด้วยว่า ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านใดบ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร (รวบรวมสถิติและเรื่องเล่าเกี่ยวกับการตายของคนในชุมชนที่ทีมงานได้มีโอกาสดูแล) ได้รับความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพมากน้อยเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ อยากพัฒนาต่อในเรื่องใด เป็นต้น

การประเมินผลที่ให้ความใส่ใจกับการเรียนรู้ของทีมงาน และการชื่นชมซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ทีมงานมีกำลังใจ และตระหนักถึงคุณค่าในงานที่ไม่เพียงแต่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและครอบครัวที่เราไปดูแลเท่านั้น แต่ยังเกิดประโยชน์กับตัวเองด้วย ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และอยากส่งต่อแรงบันดาลใจให้กับผู้อื่นต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 สื่อสารการดำเนินงานให้ชุมชนและเครือข่ายรับรู้

การสื่อสารการทำงานของทีมเป็นส่วนหนึ่งในการจัดระบบระเบียบการทำงานของทีมให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย (ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เพื่ออะไร ผลเป็นอย่างไร) ซึ่งจะช่วยกระจายความรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายพันธมิตร ทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นเครือข่ายเดียวกัน อีกทั้งยังช่วยสื่อสารสถานะของกลุ่ม ผลการดำเนินงาน การแบ่งปันทรัพยากร การให้และรับการช่วยเหลือในเครือข่ายชุมชนกรุณา (รายละเอียดในคู่มือการใช้ชุดกิจกรรมการพัฒนาชุมชนกรุณาสำหรับกระบวนกรชุมชน หรือ CoCo Building Toolkits) แน่นอนว่าเนื้อหาในการสื่อสารจะมีมากน้อยหรือซับซ้อนเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับขนาดของทีมและเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนข่าวสาร สิ่งสำคัญคือ ควรเลือกช่องทางการสื่อสารที่ผู้รับสารสะดวกใช้งาน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยทีมงานสามารถพิจารณาตามความเหมาะสมของระบบแลกเปลี่ยนข่าวสาร ได้แก่ วัตถุประสงค์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร ผู้เผยแพร่ข่าวสาร แนวเนื้อหาสาระของสาร ช่องทาง และผู้รับสาร หากทีมงานมีสมาชิกที่มีทักษะในการผลิตสื่อที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน เช่น TikTok, คลิป Reel ฯลฯ จะช่วยให้ผู้รับสารเห็นภาพการทำงานของทีม และอยากมีส่วนร่วมในการสนับสนุนในโอกาสต่อ ๆ ไป

• โอกาสและความท้าทาย

แม้ว่าแนวคิดชุมชนกรุณาหรือการเสริมพลังชุมชนให้มีส่วนร่วมและเป็นหุ้นส่วนในการสนับสนุนงานดูแลประคับประคองจะได้รับการยอมรับมากขึ้น แต่การนำแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติจริงในระดับชุมชนยังคงต้องเผชิญทั้ง “โอกาส” ที่ควรเร่งใช้ และ “ความท้าทาย” ที่ต้องวางแผนเผชิญหน้าอย่างเป็นระบบ

• โอกาสในการพัฒนา

- ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทำให้ชุมชนเริ่มตระหนักถึงปัญหาผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย และภาระของผู้ดูแล

- คนไทยมีวัฒนธรรมชุมชนที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ การเยี่ยมเยียน การดูแลแบบเครือญาติ และศาสนาเป็นฐานสำคัญที่ส่งเสริมความกรุณา

- การเติบโตของภาคประชาสังคมและเครือข่ายอาสา อาทิ Peaceful Death, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา ชีวามิตรวิสาหกิจเพื่อสังคม เยือนเย็น เครือข่ายพุทธิกา เครือข่ายจิตอาสากลุ่ม I See U และกลุ่มอาสาในท้องถิ่นที่เข้มแข็ง

- นโยบายภาครัฐเริ่มเปิดรับแนวคิดใหม่ เช่น พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 การสนับสนุนงบประมาณการดูแลระยะท้ายจาก สปสช. แผนพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของ พชอ. การสร้างนักบริบาล คุ้มครองสิทธิ ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, E-living will

- การเข้าถึงเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารและการเรียนรู้ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ social media, Zoom, LINE, Podcast และสมุดเบาใจออนไลน์ ทำให้การสื่อสารเรื่องความตายไม่ถูกจำกัดเฉพาะในวงวิชาชีพเท่านั้น

• ความท้าทายในการเสริมพลังชุมชน

- ค่านิยมที่ยังไม่เปิดพื้นที่ให้พูดเรื่องความตาย คนส่วนใหญ่ยังมีความกลัว ความเข้าใจผิด และการมองว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล ทำให้หลายครอบครัวเลี่ยงที่จะพูดเรื่องวางแผนล่วงหน้า

- ข้อจำกัดด้านทรัพยากรในชุมชน การขาดงบประมาณ คนทำงานเหนื่อยล้า ไม่มีแรงจูงใจเพียงพอ และขาดระบบติดตามประเมินที่ยั่งยืน

- ช่องว่างระหว่างระบบสุขภาพกับชุมชน เนื่องจากบุคลากรสุขภาพมักเน้นบริการในสถานพยาบาล ขณะที่ชุมชนต้องการความร่วมมือแบบเป็นหุ้นส่วนมากกว่าแค่ “การรับบริการ”

- ขาดกลไกขับเคลื่อนในระดับนโยบายท้องถิ่น ซึ่งพบว่าการบูรณาการเข้าไปในแผนสุขภาพหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นมักไม่มีพื้นที่สำหรับเรื่องระยะท้ายชีวิต การตายดี หรือการเยียวยาทางจิตวิญญาณ

- ความไม่ต่อเนื่องของกิจกรรมชุมชน โครงการหลายแห่งเริ่มต้นได้ดีแต่หยุดชะงักเมื่อหมดงบหรือเปลี่ยนตัวผู้นำ ขาดคนสืบทอด ทำให้เกิด “พลังระยะสั้น” มากกว่ายั่งยืน

• บทส่งท้าย: พลังของชุมชนในการดูแลช่วงท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองมิได้เป็นเพียงภารกิจของระบบบริการสุขภาพ แต่คือกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ “ชุมชน” ซึ่งเป็นพื้นที่ของความสัมพันธ์ ความเข้าใจ และการเกื้อหนุนกันในวิถีชีวิตประจำวัน เพราะผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในชุมชน การส่งเสริมให้ชุมชนสามารถลุกขึ้นมารับรู้ เข้าใจ และร่วมดูแลจึงเป็นแนวทางที่มีความจำเป็น และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

แม้เส้นทางนี้จะมีความท้าทาย ทั้งด้านทรัพยากร ความเชื่อ วัฒนธรรม หรือโครงสร้างของระบบ แต่โอกาสยังคงมีอยู่มาก โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่มีทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง รวมถึงการตื่นรู้ของผู้คนในยุคสังคมสูงวัย สิ่งสำคัญคือ การเริ่มต้นจากสิ่งเล็ก ๆ ใกล้ตัว สร้างพื้นที่ปลอดภัยในการพูดคุยเรื่องชีวิตและความตาย ส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพและภาคีที่หลากหลาย และสร้างกลไกการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ชุมชนกรุณาหรือชุมชนที่เกื้อกูลดูแลกัน อาจไม่ได้หมายถึงการไม่มีความเจ็บป่วยหรือการสูญเสีย แต่คือการที่ไม่มีใครต้องเผชิญความทุกข์เหล่านั้นเพียงลำพัง เพราะในท้ายที่สุดการจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถานที่หรือเครื่องมือ แต่ขึ้นอยู่กับ “ผู้คน” ที่พร้อมจะอยู่เคียงข้างกันอย่างเข้าใจและไม่ดูดาย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานถอดบทเรียนจากการดำเนินงานชุมชนกรุณา ปี 2563–2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สสส.; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://peacefuldeath.co/compassionatecommunities/ .

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241003145311_65007.pdf .

3. เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. บันทึกสรุปจากกิจกรรม Group Read EP2 Oxford Textbook of Public Health Palliative Care [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ COCO; ไม่ปรากฏปีที่เผยแพร่ [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://cocofoundationthailand.org/pc-advocacy/ .

5. Abel J, Bowra J, Walter T, Howarth G. Circles of care: should community development redefine palliative care? BMJ Support Palliat Care. 2013; 3(4): 383-8.

6. Kellehear A. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. QJM. 2013;106(12):1071-5.

7. Noonan K, Horsfall D, Leonard R, Rosenberg J. Developing death literacy. Prog Palliat Care. 2016;24(1):31–5. https://doi.org/10.1080/09699260.2015.1103498 .

8. Peaceful Death. คู่มือ CoCo Building Toolkit: ชุดกิจกรรมพัฒนาชุมชนกรุณาสำหรับกระบวนกรชุมชน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา; 2566.

9. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. Lancet. 2022; 399(10327): 837-84.

10. Tompkins B, Malleck D. Using and building toolkits to support community action. In: Abel J, Kellehear A, editors. Oxford Textbook of Public Health Palliative Care. Oxford: Oxford University Press; 2022. p. 290–8. https://doi.org/10.1093/med/9780198862994.003.0030 .

11. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Jul 28]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care .

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 9

คุณภาพบริการ
ด้านการดูแลแบบประคับประคอง





บทที่ 9 คุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง

พญ. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

• บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกหมายถึง “การดูแลที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต โดยผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์” เป็นหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญและมีการประเมินว่ามีผู้ป่วยมากกว่า 56 ล้านคนต่อปีทั่วโลก ที่ต้องการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคร้ายแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ควรได้รับการดูแลที่บรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มากกว่า 300,000 คนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม คุณภาพบริการด้านการดูแลประคับประคองจึงเป็นประเด็นสำคัญและท้าทายที่ควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

• คุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง

คำว่า “คุณภาพ” ในระบบบริการสุขภาพหรือคุณภาพบริการด้านการดูแล (quality of care) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ระดับของบริการสุขภาพสำหรับบุคคลและประชากร ที่จะเพิ่มความเป็นไปได้ของผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับความรู้ของวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน (quality: the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.) ซึ่งครอบคลุมการดูแล รักษา ป้องกัน ฟื้นฟู ทั้งบุคคล ประชากรและชุมชน ที่ต้องใช้ความรู้ทางวิชาชีพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการบรรลุสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (health for all) รวมถึงการบรรลุเป้าหมายความยั่งยืน การมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (health and well-being) ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพ ต้องอาศัยความเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วยในทุกมิติ และใช้ทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตลอดเส้นทางของโรคที่มี

คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิผล (effective) การดูแลและการให้บริการสุขภาพแบบประคับประคอง ที่ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ตัวอย่างเช่น การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีอาการเจ็บปวดมากด้วยแนวทางที่เหมาะสมและมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ จนสามารถลดระดับความปวดจาก 8 เหลือ 2 ภายใน 48 ชั่วโมง และผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและสื่อสารกับครอบครัวได้ดีขึ้น

2. การดูแลแบบประคับประคองที่ปลอดภัย (safe) การดูแลและการให้บริการสุขภาพแบบประคับประคอง ที่สร้างความมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเกิดจากจากกระบวนการดูแลรักษา เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเกินขนาด ลดอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยระยะท้าย การป้องกันภาวะพลัดตก หกล้ม หรือแผลกดทับระหว่างการดูแลประคับประคอง

3. การดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered) การดูแลและการให้บริการสุขภาพที่ให้ความเคารพและตอบสนองต่อความชอบ ความต้องการ และค่านิยมส่วนบุคคล ซึ่งเป็นมิติคุณภาพที่มีความสำคัญมากในการดูแลแบบประคับคองที่ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4. การดูแลแบบประคับประคองที่ทันเวลา (timely) การดูแลและให้บริการสุขภาพที่ไม่เกิดความล่าช้าโดยไม่จำเป็น การดูแลอย่างทันท่วงที ลดระยะเวลารอคอยที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วยจากการดูแลล่าช้า ครอบคลุมอันตรายที่เกิดกับทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการการดูแลที่เน้น comfort care ได้ทันเวลา

5. การดูแลแบบประคับประคองที่เป็นธรรม (equitable) การดูแลและให้บริการสุขภาพที่เป็นธรรม ไม่แบ่งแยก ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ชาติพันธุ์ เพศ อายุ หรือที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ ซึ่งเป็นมิติคุณภาพที่ต้องวางแผนเชิงบริหารจัดการและเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบุคคลากร ระบบและกระบวนการดูแลแบบประคับประคองที่สามารถเข้าถึงได้ครอบคลุม

6. การดูแลประคับประคองแบบบูรณาการ (integrated) การดูแลและให้บริการสุขภาพที่มีการบูรณาการประสานเชื่อมโยงหน่วยงานองค์กร บุคคล ชุมชน ด้วยวิธีการที่หลากหลายอย่างครบวงจร เพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ต่อเนื่องแม้เป็นพื้นที่ห่างไกล เช่น โรงพยาบาลร่วมกับ รพ.สต. อสม. และพระสงฆ์ในชุมชน วางแผนร่วมกันสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยมีการเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ เชื่อมต่อกับระบบส่งยาที่บ้านและ tele-consult เป็นต้น

7. การดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ (efficient) การดูแลและให้บริการสุขภาพแบบประคับประคองที่เกิดประโยชน์สูงสุดภายใต้การใช้ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่า ลดการสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น เช่น มีการใช้แบบประเมินความจำเป็นในการติดตามอาการเพื่อลดการนัดโดยไม่จำเป็น มีระบบ tele-health สำหรับรายที่อาการคงที่ และส่งยาทางไปรษณีย์เพื่อลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย การประเมินการใช้ยาที่เหมาะสมและคุ้มค่า ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยไม่กระทบต่อคุณภาพการดูแลแบบประคับคอง

• การพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะอยู่ในระยะของโรค ด้วยความซับซ้อนของความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การดูแลที่มีคุณภาพจึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของระบบบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดกรอบมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในการดูแลเฉพาะ (special care) ที่สำคัญในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ดังภาพที่ 9.1 มีโดยเป้าหมายให้ทีมผู้ให้บริการและสถานพยาบาลสร้างความมั่นใจว่า จะให้การดูแลในบริการประคับประคองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพและปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของสถานพยาบาล โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมให้สถานพยาบาลออกแบบการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับบริบท และมีการประเมินติดตามผลการดำเนินการต่อเนื่อง ดังนี้

1. ความตระหนักและการมีส่วนร่วมของทีมบริการ

คุณภาพเริ่มต้นจาก ความตระหนักรู้ของทีมผู้ให้บริการ ในลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ทั้งในด้านเป้าหมายชีวิต ความเปราะบาง และความหลากหลายของความต้องการ โดยส่งเสริมให้เกิด “การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน” ในทุกช่วงของการดูแล ตั้งแต่การวางแผนเบื้องต้นไปจนถึงวาระสุดท้าย

2. การประเมินอาการและความต้องการแบบองค์รวม

หนึ่งในหัวใจของคุณภาพ คือ การประเมินที่แม่นยำและต่อเนื่อง ทั้งในด้านอาการทางกาย (pain, dyspnea ฯลฯ) การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ และความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการด้านสังคม เช่น การอยู่ร่วมกัน การยอมรับ การมีส่วนร่วม ครอบคลุมถึงความพร้อมทางเศรษฐานะ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเชื่อในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้สามารถเข้าใจ “ความทุกข์แบบองค์รวม” และนำไปสู่การตอบสนองอย่างเหมาะสมทีมผู้ให้บริการ มีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ความตระหนักและการมีส่วนร่วมของทีมบริการ

3. การวางแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อมูลจากการประเมินต้องถูกนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองร่วมกันระหว่างทีมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย และความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรค การวางแผนแบบบูรณาการ (integrated planning) ช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

4. การประสานการดูแลอย่างไร้รอยต่อ

คุณภาพของการดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลแห่งเดียว แต่ต้องเชื่อมโยงระหว่างทีมดูแลภายในหน่วยงาน กับทีมดูแลที่บ้านหรือชุมชน เช่น รพ.สต. หรือทีมหมอครอบครัว โดยการประสานส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่สะดุด และเคารพในความต้องการของผู้ป่วยตลอดเส้นทางของโรค

5. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)

advance care planning (ACP) เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิต และการเสียชีวิตที่มีศักดิ์ศรี ผู้ป่วยควรได้รับโอกาสในการแสดงเจตนาอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้าย เช่น หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ความต้องการ/ไม่ต้องการหัตถการช่วยชีวิต การทำ withholding withdrawal life sustaining treatment (WW LST) เป็นต้น ในกรณีที่มีข้อขัดแย้งหรือไม่สามารถบรรลุความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัวในการวางแผนดูแล ควรมีทีมผู้ให้บริการร่วมพิจารณาวางแผนการดูแล และทีมผู้ให้บริการควรสนับสนุนกระบวนการสื่อสารนี้ตั้งแต่ระยะแรกของโรค โดยบันทึกเจตนาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในทีมดูแลทีมผู้ให้บริการนำผลประเมินที่ได้ มาวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

6. การดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างเหมาะสม

คุณภาพของการดูแลระยะสุดท้าย (end of life) หรือในช่วงใกล้เสียชีวิต (terminal care) อย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณในมิติที่ลึกซึ้งขึ้น เช่น การให้ผู้ป่วยได้อำลาคนที่รัก การจัดสภาพแวดล้อมให้สงบและเป็นส่วนตัว หรือการสนับสนุนครอบครัวในช่วงเวลาสำคัญ การตัดสินใจทุกขั้นตอนควรอยู่บนพื้นฐานของ “การตัดสินใจร่วมกัน” (shared decision-making) โดยองค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้าน/ชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

7. การดูแลผู้ดูแล (care for carer)

ความยั่งยืนของระบบคุณภาพต้องดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล โดยเฉพาะบุคลากรที่ทำหน้าที่ในระบบบริการระยะท้าย ซึ่งเผชิญความเครียดและภาวะหมดไฟอย่างต่อเนื่อง องค์กรควรมีระบบสนับสนุนจิตใจ พื้นที่สะท้อนความรู้สึก การสื่อสารเชิงบวก และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถ “ให้การดูแลด้วยหัวใจ” ได้อย่างยั่งยืน



ภาพที่ 9.1 มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
อ้างอิงจาก มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (ได้รับการอนุญาตให้เผยแพร่)

• การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง

การพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยนำแนวคิด 3C-PDSA/DALI ดังภาพที่ 9.2 มาประยุกต์ใช้เพื่อการออกแบบการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบและสามารถพัฒนาต่อเนื่อง

3C-PDSA/DALI เป็นวงล้อของการพัฒนาคุณภาพ ที่มีการออกแบบการพัฒนากระบวนการ หรือระบบที่ครบกระบวนการ Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement ที่มีเป้าหมายสอดคล้องกับองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้

C ที่ 1 คือ C: Concept เป็นการ “รู้หลัก” ซึ่งเป็นเป้าหมายและคุณค่าของระบบบริการสุขภาพการดูแลแบบประคับประคอง

C ที่ 2 คือ C: Criteria เป็นการ “รู้เกณฑ์” ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญตามมาตรฐานของระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองและมาตรฐานวิชาชีพ

C ที่ 3 คือ C: Context เป็นการ “รู้โจทย์” ซึ่งเป็นปัญหา ความเสี่ยง ความต้องการ และความพร้อมเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ตามบริบทของสถานพยาบาลแต่ละแห่งที่แตกต่างกัน

โดยมีขั้นตอนการประยุกต์ใช้แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง ดังภาพที่ 9.2 ดังนี้

1. ถอดรหัสหลักและเกณฑ์ อะไรคือเป้าหมาย และคุณค่าของการดูแลแบบประคับประคองตามแนวคิด หลักเกณฑ์ รวมถึงมาตรฐานต่างที่เผยแพร่ เพื่อกำหนดว่าการดูแลแบบประคับประคอง ทำเพื่ออะไร ทำเพื่อใคร ใครต้องทำ และต้องทำอะไร

2. รับรู้ รู้สถานการณ์จากของจริง จากการเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นจริงจากพื้นที่หรือหน้างาน เรียกกระบวนการนี้ว่า การตามรอย (tracer) รวมถึงการรับฟัง สัมภาษณ์ ผู้ป่วย ผู้ให้บริการถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อค้นหาประเด็นหรือโจทย์สำคัญที่ควรพัฒนาที่แท้จริงตามบริบท

3. วิเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวการดูแลแบบประคับประคอง ครอบคลุมความต้องการทั้งปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย ชุมชน และสังคม รวมถึงข้อมูลสถิติและข้อมูลเทียบเคียงการดูแลแบบประคับประคองทั้งในและต่างประเทศ โดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่ในการวิเคราะห์สังเคราะห์ ประเด็นหรือโจทย์สำคัญที่ควรพัฒนา วิเคราะห์ความหมายจากข้อมูล และจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ

4. ตั้งเป้า กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับ “หลัก เกณฑ์ และโจทย์” ของการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจนว่าอยากเห็นอะไร และสะท้อนเป้าหมายที่ต้องการเป็นการวัดผลลัพธ์หรือผลดำเนินการ กำหนดเป็นเป้าหมายตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคองที่จับต้องได้

5. เฝ้าดู ศึกษาค้นหา baseline ของตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคองที่กำหนด แล้วติดตามเฝ้าดูเพื่อเรียนรู้และอย่างต่อเนื่อง

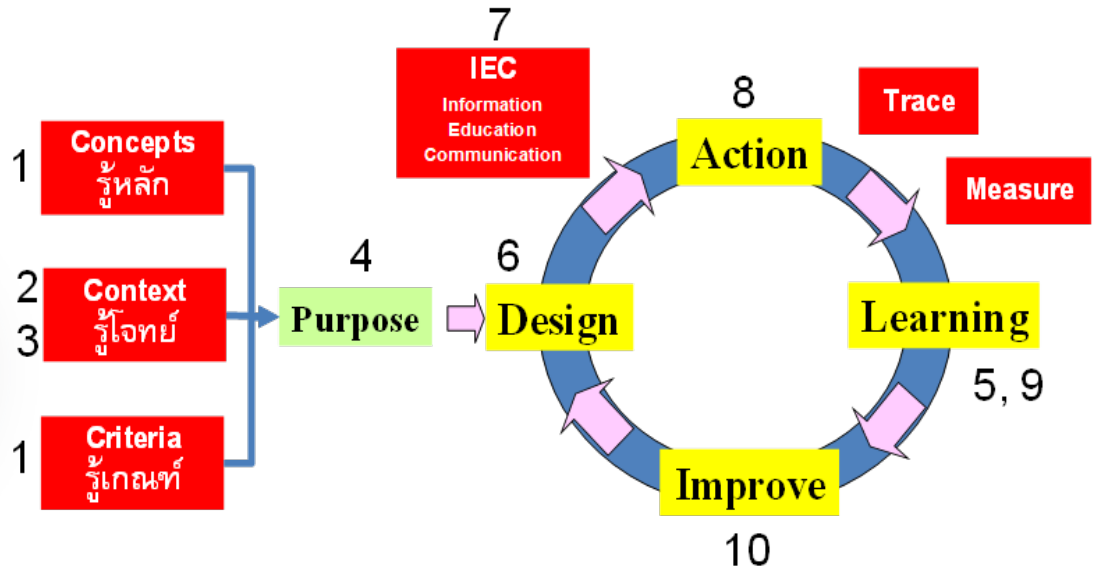
6. ออกแบบ ออกแบบระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองภายใต้ทรัพยากรที่มี โดยให้มีส่วนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และอาจรวมถึงชุมชนตามบริบท เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้แนวคิด human-centered design, human factor engineering รวมถึง design thinking ตลอดจนการออกแบบนวัตกรรม กระบวนการการทำงาน ร่วมกับการจัดทำคู่มือการปฏิบัติอย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่นและการบริหารความเสี่ยง

7. สื่อสาร การเตรียมข้อมูลในการสื่อสารให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย การสอนและฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติจริง ทั้งในและนอกสถานพยาบาล กรณีที่ต้องดูแลต่อเนื่อง

8. ปฏิบัติ มีกระบวนสนับสนุน กำกับ ดูแล และติดตามสนับสนุน เพื่อทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบการดูแลแบบประคับประคองที่ออกแบบ และกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในผู้ปฏิบัติงาน กรณีมีข้อติดขัด หรือเกิดการคาดการณ์ที่แตกต่าง

9. ติดตาม/เรียนรู้ กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประมวลผล สร้างการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลายจากการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง

10. ปรับปรุง/เสริมความเข้มแข็ง ใช้ประโยชน์จากข้อมูลผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ได้ ประกอบกับการถอดบทเรียนการดำเนินงาน รวมถึงเสียงสะท้อน เพื่อปรับปรุง/เสริมความเข้มแข็งการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 9.2 การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง (ได้รับการอนุญาตให้เผยแพร่)

• การพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการ

การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ จะเริ่มต้นจากการกำหนดเป้าหมายร่วมที่สำคัญรวมกัน โดยสามารถพิจารณา จาก **4 มิติหลัก** ได้แก่

1. การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (people-centered care)
2. การดูแลแบบประคับประคองที่บูรณาการระบบบริการ (integrated care)
3. การดูแลแบบประคับประคองที่ทำงานแบบสหวิชาชีพ (interdisciplinary approach)
4. การดูแลแบบประคับประคองที่เคารพคุณค่า ความเชื่อ และศักดิ์ศรี (dignity and compassion)

โดยมีการสนับสนุนให้การดำเนินการเกิดขึ้นในระดับองค์กร เพื่อสามารถบริหารจัดการการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกิดจากการพัฒนา ที่สะท้อนคุณค่าและความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อผลักดันให้องค์กรกำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย ที่ผ่านการรับรองหรือเห็นชอบโดยคณะกรรมการบริหาร นำไปสู่การมีแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) และแนวทางจริยธรรมที่ชัดเจนขององค์กร รวมถึงระบบสนับสนุนมิติด้านจิตวิญญาณ และครอบครัว เช่น บริการด้านศาสนา พิธีกรรม การอำลา การเยี่ยมบ้านหลังการเสียชีวิต (bereavement care)

2. ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกิดจากกระบวนการพัฒนา เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีความพร้อมในการดูแลแบบประคับประคอง โดยผ่านการอบรมด้าน palliative care ขั้นพื้นฐานและขั้นสูง โดยอาจมีระบบพี่เลี้ยง (mentoring) และการประเมินสมรรถนะอย่างเป็นระบบ

3. ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกิดจากกระบวนการพัฒนา ออกแบบกระบวนการดูแลแบบประคับประคองตาม clinical pathway ที่เชื่อมต่อในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ตามบริบทของสถานพยาบาล โดยมีการประเมินผลและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- การดูแลแบบประคับประคองระดับปฐมภูมิ (primary care) มีบทบาทในการคัดกรองความจำเป็น การวางแผนดูแลล่วงหน้า และการสนับสนุนครอบครัว การบูรณการทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อสม. ในการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน และสามารถออกแบบการดูแลระยะท้ายในชุมชน (home-based palliative care)
- การดูแลแบบประคับประคองระดับทุติยภูมิ (secondary care) มีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนปานกลาง ซึ่งอาจมีการออกแบบคลินิกประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน หรือหอผู้ป่วยเฉพาะ รวมถึงการประสานงานส่งต่อกลับชุมชนและทีมดูแลที่บ้าน
- การดูแลแบบประคับประคองระดับตติยภูมิ (tertiary Care) มีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนสูง หรือต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีทีมเฉพาะทางด้าน palliative care สามารถดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีความเฉพาะ รวมถึงมีบุคลากรหรือทีมที่สามารถทำหน้าที่สอน/ให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ

4. ออกแบบการบริหารความเสี่ยงและการมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยแบบองค์รวม ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง บนพื้นฐานของเป้าหมายคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการ โดยมีการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก (proactive risk management) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย (patient) บุคลากร (personnel) และประชาชน (people) ตามหลัก 3P safety ดังนี้

- patient safety: ตระหนักถึงอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ และอาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การป้องกันการทำหัตถการหรือให้ยาที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย การให้ยาผิดพลาด การป้องกันการตกเตียง แผลกดทับ
- personnel safety: ควรตระหนักถึงความไม่ปลอดภัยของบุคลากรที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การป้องกันภาวะหมดไฟ (burnout) ของบุคลากร การป้องกัน violence ที่เกิดระหว่างการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

• people safety: ควรคำนึงถึงผลกระทบจากการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างจากที่คาดหวัง จากทางครอบครัว ญาติ และชุมชน และมีการติดตามผลลัพธ์ เช่น การเสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ การใช้ยาแก้ปวด ความพึงพอใจ

5. การออกแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุน เทคโนโลยีในปัจจุบันสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองได้หลายประการ เช่น ระบบ tele-palliative care: การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบ video-call การใช้ mobile application สำหรับ advance care planning ที่สามารถบันทึกความต้องการของผู้ป่วย digital dashboard แสดงสถานะผู้ป่วยระยะท้ายในแต่ละพื้นที่ AI-assisted symptom monitoring โดยใช้ sensor และ chatbot เพื่อแจ้งเตือนความเจ็บปวด โดยระบบนวัตกรรมในการดูแลแบบประคับประคอง ควรเป็นนวัตกรรมที่มีความสมดุลระหว่าง “ประสิทธิภาพของนวัตกรรม” และ “ยังรักษาความสัมพันธ์ที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์”

• สรุป

คุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่เพียงการออกแบบระบบบริการเพื่อ “ให้การรักษา” แต่คือการออกแบบระบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีส่วนร่วมและเดินเคียงข้างผู้ป่วยและครอบครัว มีความเมตตา มีความเข้าใจ และเคารพในคุณค่าแห่งชีวิต ทุกองค์กรสามารถเริ่มต้นได้จากกระบวนการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ และขยายต่อยอดเป็นทิศทางและนโยบายการดูแลผู้ป่วยทุกคนในเส้นทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม การรับฟัง และร่วมเป็นเจ้าของการดูแลสุขภาพด้วยการลงมือปฏิบัติ การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่สะท้อนมิติคุณภาพเรื่องการดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้อย่างชัดเจน และสามารถยกระดับบริการให้มีผลลัพธ์สุขภาพที่คาดหวังในระดับคุณภาพสูง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ไม่ใช่เพียงหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นระบบคุณภาพที่ต้องบูรณาการทุกระดับบริการ เน้นความเป็นมนุษย์ ความเมตตา ความปลอดภัย และความเท่าเทียม การขับเคลื่อนคุณภาพต้องอาศัยทั้งนโยบาย การจัดการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้จากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี และได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การใช้มาตรฐานการดูแลเฉพาะด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายและลงมือปฏิบัติ ตามแนวคิด 3C-PDSA/DALI จะเป็นหนึ่งในกลไกที่สร้างวัฒนธรรมคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองให้หยั่งรากลึกในระบบสุขภาพไทย เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย แม้ในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. กรุงเทพฯ: สรพ.; 2566.

3. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care [Internet]. Version 2.2023. Plymouth Meeting (PA): National Comprehensive Cancer Network; 2023 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf .

4. Milintangkul U. National policy on palliative care in Thailand [Internet]. Bangkok: National Health Commission Office; 2015 [cited 2025 Sep 22]. Available from: https://en.nationalhealth.or.th/wp-content/uploads/2017/11/NationalPolicyonPCare2015_09_17-1.pdf .

5. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care [Internet]. 4th ed. Richmond (VA): National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf .

6. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care [Internet]. London: WHPCA; 2020 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3 .

7. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ .

8. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470 .

9. World Health Organization. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465 .

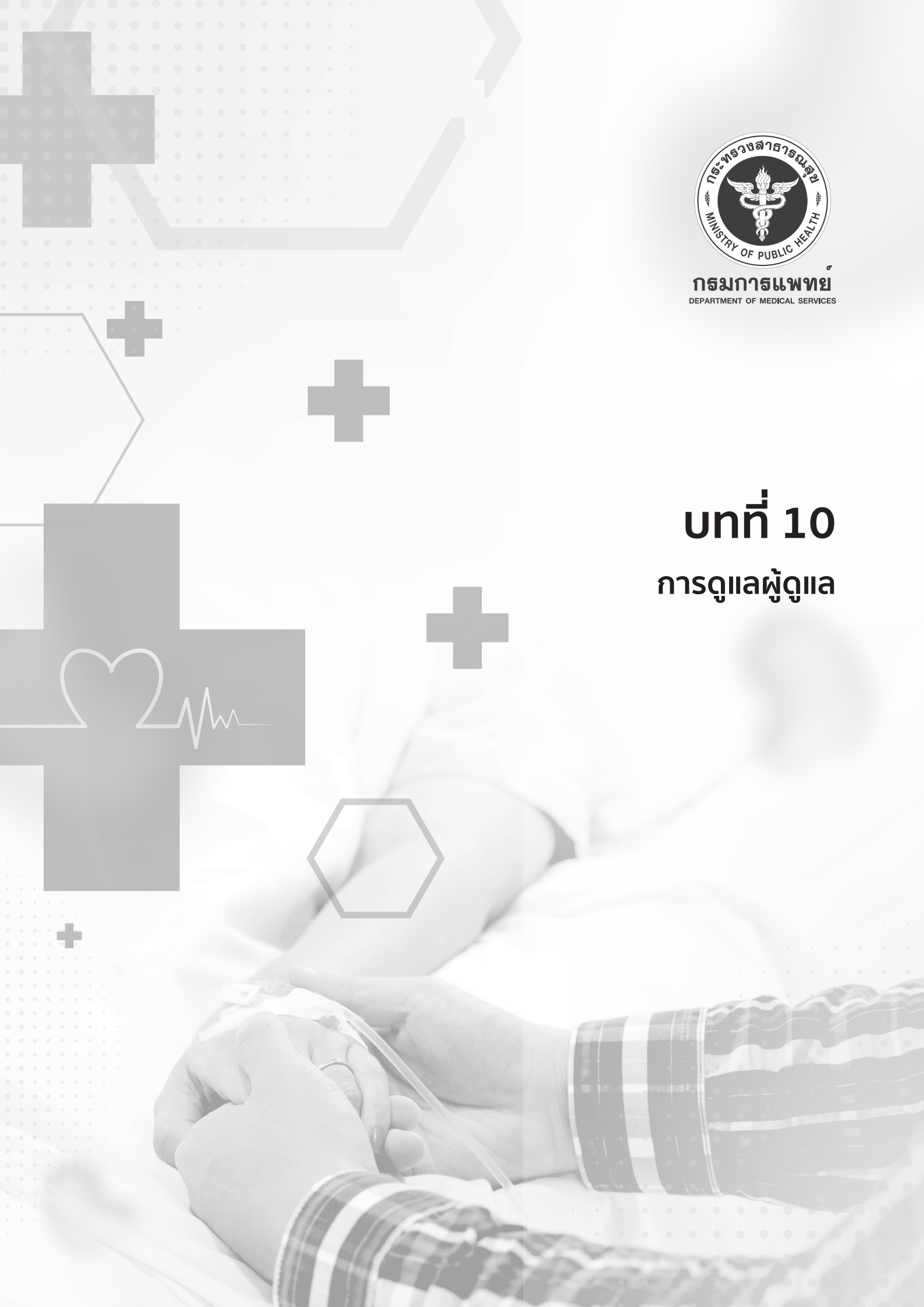
10. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565 .



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 10

การดูแลผู้ดูแล





บทที่ 10 การดูแลผู้ดูแล

นางสาววรรณา จารุสมบูรณ์
ประธานกลุ่ม Peaceful death
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา

• บทนำ: เมื่อผู้ดูแลต้องการการดูแล

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ด้วยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงวัยจำนวนมากมีภาวะพึ่งพิงยาวนานถึง 8–10 ปี ในขณะเดียวกันจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สวนทางกับจำนวนผู้ดูแลที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล

ผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมากที่อยู่ในชุมชนจึงต้องอยู่เพียงลำพัง หรือมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ที่ต้องทำหน้าที่ตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งยังต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพและดูแลครอบครัวในภาวะที่เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศกำลังซบเซาอย่างต่อเนื่องหลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด บางครอบครัวจึงเลือกที่จะผลักภาระให้โรงพยาบาลทำหน้าที่ดูแลแทน แม้ว่าผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ว่าต้องการการดูแลชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน ผู้สูงอายุบางรายที่ยังพอช่วยเหลือตัวเองได้และไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน จึงตัดสินใจสมัครเข้ารับการดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการและสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งมี 11 ศูนย์ ทั่วประเทศที่สามารถรับผู้สูงอายุไว้ดูแล แต่ปัจจุบันมีผู้แจ้งความจำนงมากเกินกว่าที่จะรองรับไหว และต้องต่อคิวเป็นเวลานานจนกว่าจะมีที่ว่าง

จากประสบการณ์ในการลงพื้นที่ของกลุ่ม Peaceful Death ที่ปฏิบัติการ “ชุมชนกรุณา” ในพื้นที่ 38 แห่งทั่วประเทศ ยังพบว่า ผู้ดูแลจำนวนมากกำลังเผชิญความเหนื่อยล้า ภาวะบีบคั้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ท่ามกลางระบบที่ไม่เอื้อให้ผู้ดูแล “ได้รับการดูแล” อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรสุขภาพทำให้เกิดภาวะหมดไฟในที่สุด ผู้ดูแลจำนวนมากจึงตัดสินใจลาออก ย้ายงาน หรือเกษียณอายุก่อนเวลา ซึ่งทำให้ความตึงเครียดในการปฏิบัติงานจากอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอกลายเป็นภาระซ้ำเติมผู้ดูแลที่ยังคงปฏิบัติหน้าที่อยู่ และเป็นปัญหาเรื้อรังเชิงโครงสร้างที่ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้บริหารในระดับพื้นที่ไม่อาจแก้ปัญหาได้โดยลำพัง

นอกจากนี้ สังคมไทยยังมีค่านิยมในเรื่องความกตัญญูต่อบุพการี ต้องดูแลตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ให้เต็มที่ และเพศภาวะหรือบทบาทความเป็นเพศ ที่เพศหญิงมักถูกกล่อมเกลาและคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยหนักหรือเจ็บป่วยในระยะท้าย บทบาทของผู้ดูแลที่ถูกกำหนดให้เป็นเพศหญิงจึงไม่เพียงสร้างความตึงเครียดจากภาระที่เพิ่มขึ้น ยังถูกกดทับจากครอบครัวและชุมชน ให้ทำหน้าที่ดูแลความเจ็บป่วยของครอบครัวอย่างไม่อาจปฏิเสธได้ ผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยจึงต้องวิ่งไปมาระหว่างการดูแลพ่อแม่ ดูแลพ่อแม่สามี และดูแลสามี และลูกในครอบครัวตนเอง จนแทบไม่มีเวลาหยุดพักและไม่ได้รับการมองเห็นจากคนรอบข้าง ทั้ง ๆ ที่ผู้ดูแลคือมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการการพักผ่อน ต้องการความใส่ใจ ได้รับความเข้าใจ ความเมตตา และการสนับสนุนเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เขาดูแล ในบทความนี้จึงมุ่งหวังนำเสนอสถานการณ์ภาพรวมของผู้ดูแล ภาระที่ถูกกดทับ ความเหนื่อยล้าจากงานและระบบที่ไม่ค่อยถูกมองเห็น และแนวทางการดูแลผู้ดูแล โดยหวังว่าผู้ดูแลเหล่านี้จะได้รับการใส่ใจดูแลจากชุมชน สังคมและระบบสุขภาพในฐานะเพื่อนร่วมงานและเป็นหุ้นส่วนหนึ่ง (partnership) ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลประคับประคอง

• ผู้ดูแลคือใคร?

คำว่า "ผู้ดูแล" ในทัศนะของคนทั่วไปอาจฟังดูธรรมดา ไม่ต้องเก่ง ไม่ต้องใช้ทักษะอะไรมาก เป็นใครก็ได้ที่มีสถานะด้อยกว่าคนอื่น ๆ ในครอบครัว เช่น เรียนน้อยกว่าพี่น้องคนอื่น ๆ ในครอบครัว ได้รับค่าตอบแทนหรือเงินเดือนน้อยกว่า ไม่ค่อยมีปากมีเสียง เป็นแม่บ้านหรือคนที่ทำงานในบ้าน ไม่ค่อยมีสังคม ฯลฯ แต่หากมองบทบาทผู้ดูแลในมิติที่กว้างขึ้น จะพบว่าผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญอย่างลึกซึ้งต่อครอบครัวระบบสุขภาพและสังคมในภาพรวม บทบาทของผู้ดูแลไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ดูแลชีวิตประจำวันเท่านั้น แต่เขาเหล่านี้คือผู้ใช้ศักยภาพอย่างมากมายในการทำหน้าที่ดูแลความเป็นมนุษย์ในสภาวะที่เปราะบางที่สุด ไม่ว่าจะเป็นความอดทนอดกลั้น จิตใจดี อ่อนโยน มีเมตตากรุณา ชอบช่วยเหลือ ฯลฯ ซึ่งผู้ดูแลในที่นี้มีหลายรูปแบบ ได้แก่

- ญาติ ที่ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในครอบครัว เช่น ลูกที่ดูแลแม่ที่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม
- บุคลากรสุขภาพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์
- อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน พระภิกษุ นักบวช หรือแม่ชีในชุมชนที่ช่วยดูแลผู้ป่วยโดยไม่หวังผลตอบแทน
- ผู้ดูแลรับจ้าง ซึ่งอาจเป็นผู้ที่ไม่ได้เรียนวิชาชีพด้านสุขภาพโดยตรง แต่มีประสบการณ์ มีทักษะ มีความเมตตา และยินดีทำหน้าที่โดยได้รับค่าตอบแทน

ผู้ดูแลมีบทบาทในหลากหลายบริบท ทั้งในครอบครัว ระบบสุขภาพ และชุมชน และแต่ละกลุ่มก็มีลักษณะเฉพาะที่ควรได้รับการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เช่น ผู้ดูแลในครอบครัวมักไม่มีเวลาพัก ไม่มีความรู้เฉพาะทาง แต่ต้องเรียนรู้ไปพร้อมกับการดูแล ส่วนผู้ดูแลในระบบสุขภาพแม้จะมีทักษะวิชาชีพ แต่ก็ต้องเผชิญกับความคาดหวังของญาติ ความแออัดในโรงพยาบาล ความเหนื่อยล้าจากการขึ้นเวรต่อเนื่อง และภาวะหมดไฟจากการทำงาน

สิ่งที่ผู้ดูแลเหล่านี้มีร่วมกันคือ การอยู่ใกล้ชิดกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ และความเปราะบางของมนุษย์ อีกทั้งยังมีความคาดหวังจากทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และระบบที่ให้เขาทำหน้าที่อย่างไม่ผิดพลาด ซึ่งหลายครั้งอาจเกินศักยภาพที่แท้จริงของผู้ดูแล และกระทั่งไม่อนุญาตให้ตนเองอ่อนแอ

• ความเหนื่อยล้าที่มองไม่เห็น

แม้ว่าผู้ดูแลจะดูเข้มแข็งและมีรอยยิ้ม แต่ภายในกลับเต็มไปด้วยความเหนื่อยล้า ความโดดเดี่ยว และความไม่มั่นคงในชีวิต บ่อยครั้งผู้ดูแลต้องทำงานโดยไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาส่วนตัว ไม่มีใครรับฟัง และไม่มีสิทธิแม้แต่จะรู้สึกเหนื่อย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลโดยมีค่าตอบแทนหรือเป็นงานในความรับผิดชอบหรือถูกว่าจ้างให้ทำหน้าที่ดูแล

ตัวอย่างของภาระที่ซ่อนอยู่ ได้แก่

- ต้องตื่นทุก 2-3 ชั่วโมง ในเวลากลางคืนเพื่อเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ผู้ป่วย
- ต้องเผชิญกับอารมณ์แปรปรวนของผู้ป่วยโดยไม่สามารถตอบโต้หรือพักใจได้
- ต้องทำงานดูแลบ้านไปพร้อมกับดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีผู้ช่วย
- ผู้ดูแลรับจ้างหลายคนต้องทำงาน 12-16 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่มีวันหยุดและไม่ได้รับสวัสดิการใด ๆ

ผู้ดูแลบางคนยังต้องเผชิญกับความไม่มั่นคงในงาน ไม่มีสัญญาว่าจ้างที่ชัดเจน และบางครั้งต้องเผชิญกับความไม่ไว้วางใจจากครอบครัวของผู้ป่วย เช่น ถูกติดกล้องวงจรปิดเพื่อสอดส่องตลอดเวลา หรือได้รับคำสั่งที่ขัดแย้งกันจากญาติแต่ละคน

ปัญหาเหล่านี้หากสะสมเป็นเวลานาน อาจทำให้ผู้ดูแลเข้าสู่ภาวะหมดไฟ ซึมเศร้า หรือมีปัญหาทางสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งท้ายที่สุดจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเช่นกัน ดังนั้น การดูแลผู้ดูแลคือส่วนหนึ่งของระบบสนับสนุนที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการมองเห็น ได้รับการเอาใส่ใจ และตระหนักถึงคุณค่าของผู้ดูแลในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบนิเวศการดูแลเป็นไปอย่างเคารพ ให้เกียรติ และเกื้อกูลกัน

• จิตวิญญาณผู้ดูแล คุณค่าที่เลือนหาย

ผู้ดูแลจำนวนมากเข้าสู่บทบาทนี้ด้วยเหตุผลหลากหลาย บ้างเป็นญาติที่ไม่มีใครช่วยดูแล บ้างเป็นผู้ดูแลรับจ้างที่ไม่ได้ตั้งใจเลือกอาชีพนี้ แต่เมื่อได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้เห็นชีวิตที่เปราะบาง และได้เรียนรู้ความเป็นมนุษย์อย่างลึกซึ้ง จึงค่อย ๆ เข้าใจความหมายของการดูแลอย่างแท้จริง

แต่ท่ามกลางการทำงานอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีเวลาพัก ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยจากภาระ ความคาดหวังจากครอบครัวหรือสังคม และการขาดพื้นที่ปลอดภัยในการระบายความรู้สึก ส่งผลให้ผู้ดูแลหลายคนค่อย ๆ สูญเสียแรงบันดาลใจและเป้าหมายในการดูแล รู้สึกว่าการดูแลกลายเป็นภาระที่ต้องทำอย่างจำใจ ไม่ใช่พื้นที่ของความรักหรือความเข้าใจอีกต่อไป

จิตวิญญาณของผู้ดูแลซึ่งเคยเต็มเปี่ยมด้วยความตั้งใจ ความเมตตา และความปรารถนาดี จึงค่อย ๆ เลือนหายไป พร้อมกับพลังชีวิตที่ลดลงเรื่อย ๆ หากปล่อยไว้นานโดยไม่มีการเติมพลังหรือโอบอุ้ม ผู้ดูแลก็อาจหมดแรงและล้มลงกลางทางก่อนจะพาผู้ป่วยไปถึงปลายทางของชีวิตได้

ในทางกลับกัน ผู้ดูแลที่ได้รับการโอบอุ้ม ได้รับฟัง และได้รับการสนับสนุน มักเล่าว่าการดูแลคือพื้นที่แห่งการเรียนรู้และการเยียวยาร่วมกัน หลายคนกล่าวว่าตนเองได้รับการเยียวยาในระหว่างที่ดูแลผู้อื่น เพราะได้เรียนรู้ความอดทน การให้อภัย ความไม่สมบูรณ์แบบ และการอยู่กับปัจจุบัน

เมื่อผู้ดูแลสามารถเชื่อมโยงกับความหมายภายในของการดูแล จิตวิญญาณของเขาก็จะกลับมาเปล่งประกายและกลายเป็นพลังสำคัญในการเยียวยาเพื่อนมนุษย์คนอื่น ๆ ต่อไป

• การดูแลผู้ดูแล: จากใจคน...สู่กลไกสังคม

การดูแลผู้ดูแลต้องดำเนินควบคู่กันทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบนโยบาย โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการสร้าง “ระบบนิเวศแห่งการดูแล” ที่มีผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่เพียงผู้ป่วยเท่านั้น

1) ระดับบุคคลและครอบครัว

ผู้ดูแลควรได้รับการส่งเสริมให้ดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การมีเวลาพักผ่อน การฝึกสติ การมีเวลาส่วนตัว การได้พูดคุยกับเพื่อนที่เข้าใจ หรือการเข้าร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสนับสนุนจากคนในครอบครัว เช่น การแบ่งเบาหน้าที่ การยอมรับในขีดจำกัด การสื่อสารอย่างเข้าอกเข้าใจ และการชื่นชมด้วยใจจริง เป็นต้น

2) ระดับชุมชน

ชุมชนควรมีบทบาทในการสร้างพื้นที่ปลอดภัย เช่น การจัดกลุ่ม "เพื่อนช่วยเพื่อน" หรือ "กลุ่มเยียวยาใจผู้ดูแล" ที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าความรู้สึกโดยไม่ถูกตัดสิน นอกจากนี้ ยังควรมีการจัดอบรมทักษะดูแลที่เข้าใจง่ายและเน้นประสบการณ์จริง การจัดให้มี “ทีมพี่เลี้ยง” หรืออาสาสมัครที่ช่วยให้คำปรึกษาเบื้องต้นในชุมชน รวมถึงการเสริมพลังชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองโดยไม่ผลักให้เป็นภาระของคนใดคนหนึ่ง จัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชนเพื่อแบ่งเบาภาระในการดูแลของครอบครัว หรือแนวทางชุมชนกรุณาที่ทางเครือข่าย Peaceful Death กำลังดำเนินการอยู่ในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ

3) ระดับองค์กรและภาครัฐ

ควรมีนโยบายและมาตรการรองรับผู้ดูแล เช่น การให้สิทธิ์ลาหยุดโดยได้รับค่าตอบแทน การจัดสวัสดิการพื้นฐาน การส่งเสริมการจ้างงานผู้ดูแลอย่างเป็นธรรม และการรับรองคุณวุฒิผู้ดูแลอาชีพ พร้อมกันนี้ควรมีกฎหมายหรือแนวปฏิบัติกลาง เพื่อคุ้มครองสิทธิทั้งของผู้ดูแลและผู้รับการดูแล นอกจากนี้ ในระดับองค์กร สถานบริการ หรือหน่วยงานให้บริการสุขภาพควรจัดให้มีพื้นที่ผ่อนคลาย หรือเยียวยาใจ เช่น สวนหย่อม ห้องร้องเพลง ห้องนั่งสมาธิ มุมรับฟังเพื่อการเยียวยา ช่องทางในการขอรับการปรึกษาเมื่อมีความเครียด หรือมีระบบสนับสนุนในการทำงานที่เหมาะสม เช่น ใช้เทคโนโลยีทดแทน การปรับสภาพแวดล้อมให้สวยงาม มีมุมศิลปะจรรโลงใจ ข้อความเตือนใจหรือให้กำลังใจผู้ดูแล

ทั้งหมดนี้จะเป็นกลไกที่เชื่อมโยงหัวใจของผู้ดูแลกับโครงสร้างของสังคม เพื่อให้การดูแลไม่ใช่ความรับผิดชอบของใครคนใดคนหนึ่ง แต่คือวัฒนธรรมที่ทั้งสังคมมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม

• ตัวอย่างแนวทางการดูแลผู้ดูแล

มีหลายพื้นที่ในประเทศไทยที่เริ่มต้นแนวทางการดูแลผู้ดูแลอย่างจริงจัง เช่น

• กลุ่ม Peaceful Death และชุมชนกรุณา: มีการจัดอบรมกลุ่ม "ฟัง–เห็น–เข้าใจ" เพื่อเปิดพื้นที่ให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นอกจากนี้ยังพัฒนาเครื่องมืออย่าง “สมุดเบาใจ” เพื่อใช้ในการวางแผนชีวิต และทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องยากเกินไป นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือ “แคร์คลับ” และ “ไพ่ฤดูฝน” เป็นตัวช่วยในการรับฟังและให้ความเข้าใจกับผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรสุขภาพ

• ชุมชนตำบลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง: มีการตั้งกองทุนดูแลผู้ดูแล และจัดสรรทุนสำหรับผู้ดูแลที่ต้องการวันพัก มีอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมมาเป็น “พี่เลี้ยงผู้ดูแล” คอยหมุนเวียนให้ความช่วยเหลือ

• ชุมชนกรุณาที่พะตง อำเภอหาดใหญ่: มีกิจกรรมจัดดอกไม้จัดใจ ให้อาสาสมัคร และบุคลากรสุขภาพให้ใช้การจัดดอกไม้ดูแลใจคนทำงาน แล้วเอาดอกไม้ไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วย

• โครงการ Caregiver Support ในโรงพยาบาลพุทธชินราช: จัดกลุ่มให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยและบุคลากร โดยมีจิตอาสา พยาบาล และนักจิตวิทยาให้การสนับสนุน

• เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จัดทำนิทรรศการภาพถ่ายสะท้อนเสียงของผู้ดูแล “Voice of the voiceless” โดยชักชวนให้จิตอาสา อสม. เยาวชน ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการต่าง ๆ ได้แบ่งปันกระบวนการดูแลที่ทำจากใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลของคนในชุมชน ทำให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้ดูแลที่ได้ช่วยให้หลายชีวิตมีความสุขในช่วงสุดท้าย

ตัวอย่างเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ดูแลไม่ใช่เรื่องที่เป็นไปไม่ได้ หากมีความตั้งใจร่วมกันของชุมชนและระบบบริการสุขภาพ

• บทส่งท้าย: สังคมแห่งการดูแลเริ่มต้นที่การมองเห็นกันและกัน

ด้วยภาระที่หนักอึ้งของผู้ดูแลทำให้หลายหน่วยงานในสังคมไทยกำลังตื่นตัวกับประเด็นการดูแลสุขภาพกายและใจคนทำงาน หลายองค์กรเริ่มมีโปรแกรมพัฒนาจิตใจ การฝึกสติ การให้คำปรึกษา และการอบรมเยียวยาผู้เยียวยา โดยเฉพาะหน่วยงานที่ทำงานด้านการประคับประคองหลายแห่ง มีการกำหนดช่วงเวลาและพื้นที่ในการดูแลใจคนทำงาน การทบทวนเคสที่สร้างความขัดแย้งในใจ การตัดสินใจที่มีภาวะเปราะบางทางจริยธรรม รวมถึงการให้คนทำงานสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายนักจิตปรึกษาทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ การส่งเสริมเรื่องเล่าเกี่ยวกับคุณค่าของผู้ดูแล นิทรรศการภาพถ่าย “วงล้อมแห่งการดูแล” เป็นต้น นอกจากนี้การออกแบบระบบสนับสนุนผู้ดูแลก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เช่น การกำหนดค่าตอบแทนที่เป็นธรรม การให้วันหยุด การให้สิทธิลาไปบอกลา การรับรองมาตรฐานอาชีพ การเสริมแรงจูงใจหรือความก้าวหน้าในวิชาชีพด้านการดูแลประคับประคอง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น แม้จะมีบางหน่วยงานที่ริเริ่มไปบ้างแล้วตามศักยภาพที่พอทำได้ แต่การสนับสนุนเชิงระบบก็ยังมีความท้าทายอยู่ไม่น้อย อาทิ

- ผู้ดูแลจำนวนมากยังไม่มีเสียงในนโยบายระดับชาติ ขาดตัวแทน หรือหน่วยงานตัวแทนช่วยสะท้อนปัญหาและเสนอทางออกที่เหมาะสม
- ขาดกลไกหรือระบบสนับสนุนผู้ดูแล โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ชุมชนเมืองที่มีบริบทซับซ้อน กลุ่มคนเปราะบางและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
- การตีความ “คุณค่า” ของผู้ดูแลยังอยู่ในกรอบของภาระมากกว่าการยกย่อง
- ขาดการส่งเสริมให้เกิดการรวมตัวของสภาวิชาชีพผู้ดูแล หรือสมาคมนักบริบาลอาชีพ
- ปัญหาเรื่องอัตรากำลังในระบบสุขภาพที่ยังคงเรื้อรังและนับวันจะมีคนลาออกเพิ่มขึ้น
- ผู้คนในชุมชนขาดความไว้เนื้อเชื่อใจกันเพิ่มขึ้น ต่างคนต่างอยู่ ขาดประสบการณ์ในการดูแลความเจ็บป่วยในระยะท้าย การตาย และความสูญเสีย

การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยที่มีผู้ป่วยประคับประคองเพิ่มสูงขึ้น การดูแลมีความซับซ้อนมากขึ้น ขณะเดียวกันจำนวนผู้ดูแลที่ลดน้อยลงอย่างมาก จากภาวะเศรษฐกิจและโครงสร้างประชากรที่มีอัตราการเกิดต่ำ ทำให้ภาระของผู้ดูแลในทุกบริบท ไม่ว่าจะเป็นชุมชนชนบท ชุมชนเมือง หรือชุมชนกึ่งเมือง เต็มไปด้วยความทุกข์ ขาดแคลนผู้ดูแล และคนทำงานเริ่มเหนื่อยล้าสะสม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมจะต้องมาออกแบบร่วมกันโดยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และผู้ดูแลเอง เพราะเราทุกคนอาจกลายเป็นผู้ดูแลในวันหนึ่ง และเราทุกคนล้วนต้องการใครสักคนมาโอบอุ้มในวันที่ชีวิตเปราะบาง การดูแลผู้ดูแลจึงไม่ใช่เรื่องของ “คนอื่น” แต่คือเรื่องของ “เราทุกคน”

แนวทางหนึ่งที่เราแต่ละคนสามารถทำได้คือ การรับฟัง ชื่นชม และให้กำลังใจบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่กำลังทำหน้าที่ดูแล รวมทั้งเปิดโอกาสให้เขาเหล่านั้นได้มีการดูแลสุขภาพกายที่เหมาะสม มีวันพักผ่อนเพียงพอ มีช่องในการเยียวยาจิตใจเมื่อเผชิญกับความท้าทายในการดูแล หรือง่ายกว่านั้นคือ เสนอตัวให้ความช่วยเหลือ โดยให้เขาระบุว่าเราสามารถช่วยอะไรเขาได้บ้าง

อย่างไรก็ตาม การมีระบบสนับสนุนที่เพียงพอ การมีนโยบายระดับองค์กรหรือระดับชาติที่เหมาะสม และการตระหนักถึงคุณค่าของผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน และสังคมก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะเอื้อให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลชีวิตในช่วงท้ายได้อย่างมีความสุข มีความภาคภูมิใจ และได้รับการเคารพให้เกียรติในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา. ชุมชนกรุณา: แนวคิดและปฏิบัติการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: COCO Foundation; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. Available from: https://cocofoundationthailand.org/ .

2. Kellehear A. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. QJM. 2013; 106(12): 1071–5.

3. Peaceful Death. เรื่องเล่าแห่งความขอบคุณ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Peaceful Death; [ไม่ปรากฏปี] [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://peacefuldeath.co/เรื่องเล่าแห่งความขอบค/ .

4. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs. 2008; 108(9 Suppl): 23–7.

5. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UN ESCAP). Ageing in Asia and the Pacific: Overview [Internet]. Bangkok: UN ESCAP; 2017 [cited 2025 Aug 1]. Available from: https://www.unescap.org/ageing/ageing-asia-pacific-overview .

6. World Health Organization. iSupport for dementia: training and support manual for carers of people with dementia [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2025 Aug 1]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241515863 .

7. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980; 20(6): 649–55.

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 11

หลักกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง





บทที่ 11 หลักกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

นายพงศ์นรินทร์ มากรัตน์
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

• บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นบริการทางการแพทย์ที่มีลักษณะสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบูรณาการการดูแลครอบคลุมทั้งในมิติทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคที่คุกคามถึงชีวิต การดำเนินงานในลักษณะนี้จึงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประเด็นเชิงกฎหมายและจริยธรรมที่ซับซ้อนอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ตั้งแต่การเคารพในเจตจำนงของผู้ป่วย (patient autonomy) ไปจนถึงการตัดสินใจที่ละเอียดอ่อนในวาระสุดท้ายของชีวิต บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์และขยายความประเด็นสำคัญทางกฎหมายและจริยธรรมที่บุคลากรทางการแพทย์พึงประสบ ตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคไปจนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างถูกต้อง สอดคล้องตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายและหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

1. บุคคลผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

การระบุตัวบุคคลผู้มีอำนาจในการให้ความยินยอมต่อการรักษาพยาบาลถือเป็นขั้นตอนพื้นฐานที่สำคัญยิ่ง โดยสามารถจำแนกตามสถานะและความสามารถของผู้ป่วยได้ ดังนี้

• **ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะ:** โดยหลักกฎหมาย ผู้ป่วยซึ่งมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์และมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ (possesses decision-making capacity) ย่อมมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลของตนโดยสมบูรณ์ บุคลากรทางการแพทย์พึงประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการรับรู้ข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล การประเมินค่าข้อมูลตามค่านิยมของตน และสื่อสารการตัดสินใจออกมาได้ ในทางปฏิบัติ ความสามารถนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาวะของโรค จึงควรมีการประเมินเป็นระยะ

• **ผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ:** การให้ความยินยอมต้องกระทำโดย **"ผู้แทนโดยชอบธรรม"** ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองตามที่กฎหมายกำหนด อย่างไรก็ตาม แนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กที่มีวุฒิภาวะเพียงพอ (mature minor) ได้แสดงเจตจำนง (assent) และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจตามสมควร เพื่อเป็นการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่กำลังเติบโต การมีส่วนร่วมนี้อาจทำได้โดยการอธิบายข้อมูลด้วยภาษาที่เหมาะสมกับวัย และรับฟังความคิดเห็นหรือความกลัวของผู้ป่วยอย่างใส่ใจ

• **ผู้ป่วยที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจ:** ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแสดงเจตนาได้ด้วยตนเอง อาทิ ภาวะไม่รู้สึกตัว ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง หรือภาวะวิกลจริต กฎหมายได้กำหนดบุคคลผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน (surrogate decision-maker) ไว้ตามกฎหมาย ดังนี้

1. คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย
2. บุพการี
3. ผู้สืบสันดาน
4. ผู้ปกครองตามกฎหมาย (ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล)
5. ผู้ปกครองดูแลตามข้อเท็จจริง (บุคคลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นปกติธุระ)
6. บุคคลที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน

ผู้ตัดสินใจแทนมีหน้าที่ต้องตัดสินใจโดยยึดหลัก "การอนุมานเจตนาของผู้ป่วย" (substituted judgment) เป็นอันดับแรก คือ พยายามตัดสินใจให้เหมือนกับที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจด้วยตนเองหากยังมีความสามารถอยู่ หากไม่สามารถทราบเจตนาเดิมได้ ให้ยึดหลัก "ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย" (best interest) เป็นสำคัญ

2. หลักการให้ข้อมูลและการได้รับความยินยอม (informed consent)

หลักการดังกล่าวถือเป็นกระบวนการสื่อสารสองทาง ไม่ใช่เพียงการลงนามในเอกสาร และเป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่งของการให้บริการทางการแพทย์ที่ชอบด้วยกฎหมายและหลักจริยธรรม ซึ่งประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ

• **การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ (informed):** บุคลากรทางการแพทย์มีพันธะในการเปิดเผยข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจอย่างครบถ้วนและเป็นกลาง ข้อมูลดังกล่าวควรรวมถึง

- สถานะของโรค: การวินิจฉัย สาเหตุ และธรรมชาติการดำเนินโรค
- พยากรณ์โรค: โอกาสที่จะเกิดขึ้นหากได้รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษา
- ทางเลือกในการรักษา: รวมถึงทางเลือกในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการแต่เพียงอย่างเดียว
- รายละเอียดของแต่ละทางเลือก: คุณประโยชน์ ความเสี่ยงที่สำคัญ ผลอันไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย และภาระที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว
- ทางเลือกในการปฏิเสธการรักษา: และผลที่จะตามมาจากการตัดสินใจนั้น

• **การให้ความยินยอม (consent):** การตัดสินใจของผู้ป่วยต้องเป็นไปโดยอิสระ (voluntary) ปราศจากการข่มขู่หรือการบังคับ การแสดงเจตนายินยอมอาจกระทำโดยวาจา กิริยาอาการที่แสดงความหมายโดยชัดแจ้ง หรือการลงลายมือชื่อในเอกสารให้ความยินยอม ซึ่งโดยทั่วไปจะใช้สำหรับหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง การบันทึกในเวชระเบียนควรระบุรายละเอียดของการสนทนา ไม่ใช่แค่บันทึกว่า "ได้รับความยินยอมแล้ว"

ข้อยกเว้นกรณีฉุกเฉิน: ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8 ในสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต ***"อย่างเฉียบพลันและเร่งด่วน"*** หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้และไม่สามารถติดต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนได้ทันท่วงที บุคลากรทางการแพทย์ย่อมมีอำนาจให้การรักษาที่จำเป็นเพื่อช่วยชีวิตได้โดยได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ทั้งนี้ ข้อยกเว้นดังกล่าวจำกัดอยู่เพียงการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินเฉพาะหน้าเท่านั้น ไม่ได้ให้อำนาจในการวางแผนการรักษาระยะยาวต่อไปโดยปราศจากความยินยอม

3. กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP)

กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง กระบวนการสื่อสารและปรึกษาหารืออย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อสำรวจ ค้นหา และบันทึกค่านิยม เป้าหมาย และความปรารถนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาในอนาคตของผู้ป่วย

• **วัตถุประสงค์:** เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น สะท้อนเจตจำนงและคุณค่าของผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ

• **วิธีการ:** โดยทั่วไปจะดำเนินการผ่านการประชุมร่วมกัน (family meeting) ซึ่งควรเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นซ้ำได้เมื่อสถานการณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การสนทนาควรมุ่งเน้นที่ "เป้าหมายของการดูแล" (goals of care) เช่น การยืดชีวิต การคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกาย หรือการเน้นความสุขสบายมากกว่าจะมุ่งเน้นที่หัตถการเพียงอย่างเดียว

• **ผลลัพธ์:** กระบวนการนี้อาจนำไปสู่การจัดทำเอกสารแสดงเจตนาอย่างเป็นทางการ (living will) หรืออาจเป็นข้อตกลงร่วมกันซึ่งถูกบันทึกไว้อย่างละเอียดเป็นหลักฐานในเวชระเบียน ซึ่งมีคุณค่าอย่างยิ่งในการชี้นำการตัดสินใจในอนาคต และช่วยลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

4. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต (living will) และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-living will)

เอกสารฉบับนี้ คือพินัยกรรมชีวิตซึ่งบุคคลได้จัดทำขึ้นเพื่อแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการไม่ขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยมีสถานะทางกฎหมายรองรับตาม **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12** ซึ่งบัญญัติว่า

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของ บุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

ในเวลาต่อมา เพื่อให้การดำเนินการตามมาตรา 12 เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จึงได้มีการประกาศกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

• **คุณสมบัติของผู้ทำ:** ต้องเป็นบุคคลซึ่งมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ และกระทำในขณะที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์

• **สาระสำคัญ**

○ เป็นการใช้สิทธิ **"ปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดกระบวนการตาย"** ซึ่งมีความหมายแตกต่างโดยสิ้นเชิงจาก **"การการุณยฆาต (euthanasia)"** เจตนาคือการปล่อยให้โรคดำเนินไปตามธรรมชาติ

○ ผู้ป่วยสามารถระบุประเภทของการรักษาที่ไม่ประสงค์จะรับได้อย่างจำเพาะเจาะจง อาทิ การไม่ทำการนวดหัวใจ ผายปอดกู้ชีพ (CPR) การไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

○ **ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์** การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาจะต้องดำเนินการภายหลังจากพ้นสภาพการตั้งครรภ์แล้ว เว้นแต่จะมีเหตุที่ไม่สามารถดำเนินการได้ในกรณีดังกล่าว

○ การปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ตามที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว **"ไม่ถือเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"**

• แนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์

○ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารฯ ให้ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ (เช่น วันที่ ลายมือชื่อพยาน) และจัดทำสำเนาเพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียนในตำแหน่งที่เห็นได้ง่าย ในกรณีของ E-Living Will ให้เจ้าหน้าที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลระบบตรวจสอบเอกสารผ่านระบบให้ครบถ้วนเช่นเดียวกัน

○ สื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อยืนยันการรับทราบและทำความเข้าใจในเจตจำนงของผู้ป่วย เพื่อป้องกันความขัดแย้งในอนาคต

○ ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาด้วยวาจาแต่ยังมิได้จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร ให้บันทึกถ้อยคำดังกล่าวลงในเวชระเบียนอย่างละเอียด (Verbatim) พร้อมระบุวัน-เวลา สถานที่ และพยานผู้ร่วมรับฟัง (หากมี)

5. การตัดสินใจโดยครอบครัวในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้แสดงเจตนาไว้

ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจและไม่ปรากฏว่าได้แสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้า แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดคือ **การจัดการประชุมครอบครัว (family meeting)** อย่างเป็นระบบ

• วัตถุประสงค์: เพื่อแสวงหาข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษา โดยยึดหลัก **"ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (best interest)"** เป็นสำคัญ

• แนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์:

○ เชิญญาติ ผู้มีส่วนได้เสียหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจตามกฎหมายเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

○ นำเสนอข้อมูลทางการแพทย์ตามข้อเท็จจริง ทั้งในด้านการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคอย่างชัดเจนและเห็นอกเห็นใจ

○ อาจพิจารณาใช้การสื่อความเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึง **"การยินยอมให้การตายดำเนินไปตามธรรมชาติ" (allow natural death, AND)** ควบคู่กับการบันทึกแผนการดูแล (care plan) ที่ได้ตกลงร่วมกัน ซึ่งเน้นย้ำถึงการดูแลที่จะยังคงดำเนินต่อไปเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย

○ ในกรณีที่เกิดความขัดแย้งในหมู่ญาติซึ่งหาข้อสรุปไม่ได้ ควรพิจารณาหาบุคคลที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายในการเจรจาเพื่อทำความเข้าใจและหาทางออกร่วมกัน

○ บันทึกสรุปผลการประชุม ประเด็นที่หารือ ข้อสรุป และรายนามผู้เข้าร่วมประชุมไว้ในเวชระเบียนเพื่อเป็นหลักฐาน

6. การงดหรือถอนการรักษาเพื่อพยุงชีพ (withholding/withdrawing life-sustaining treatment)

การไม่ริเริ่ม (withhold) หรือการยุติ (withdraw) การรักษาพยาบาลซึ่งไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอีกต่อไป (potentially inappropriate treatment) และเป็นเพียงการยืดกระบวนการตายให้ยาวนานออกไปนั้น เป็นการกระทำที่สามารถปฏิบัติได้ภายใต้หลักการทางจริยธรรมและกฎหมาย

• **หลักการ:** เจตนาของการกระทำดังกล่าวคือ การบรรเทาความทุกข์ทรมานและปล่อยให้พยาธิสภาพของโรคดำเนินไปตามธรรมชาติ ซึ่งแตกต่างจากการกระทำโดยเจตนาเพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ในทางจริยธรรมสากล การงด (ไม่เริ่ม) และการถอน (หยุดสิ่งที่ทำอยู่) ไม่มีความแตกต่างกันในเชิงศีลธรรม

• **ขั้นตอนที่แนะนำ**

1. การประเมินทางการแพทย์: ทีมผู้รักษาต้องมีความเห็นพ้องต้องกันว่าการรักษานั้นเข้าข่ายเป็นการรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์อีกต่อไป

2. การสื่อสารกับครอบครัว: ชี้แจงเหตุผลทางการแพทย์และสภาวะที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการถอนการรักษาอย่างละเอียด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ

3. การได้รับความยินยอม: ครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจลงนามให้ความยินยอมในแผนการดูแลที่ได้ตกลงกัน

4. การดำเนินการ: การยุติการรักษาพึงกระทำอย่างเป็นขั้นตอน โดยค่อย ๆ ลดระดับการช่วยเหลือลง (progressive withdrawal หรือ terminal weaning) ควบคู่ไปกับการให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานอย่างถึงที่สุด (aggressive symptom management) เช่น การให้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจากไปได้อย่างสงบที่สุด

7. ข้อพิจารณาทางกฎหมายเกี่ยวกับการใช้ยา opioids และกัญชาทางการแพทย์

• **Opioids:** ยากลุ่มนี้จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 แพทย์สามารถสั่งใช้ยาในกลุ่มนี้เพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยระยะท้ายได้ โดยอาศัย **"หลักการกระทำสองผล" (principle of double effect)** กล่าวคือ เจตนาหลักคือการบรรเทาความทุกข์ทรมาน แม้อาจมีผลข้างเคียงที่คาดการณ์ได้แต่ไม่ประสงค์ (คือการกดการหายใจ) ก็ตาม ถือเป็นการกระทำที่ชอบด้วยจริยธรรมหากปริมาณยาที่ให้มีความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย การสั่งยาเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้านต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับว่าด้วยการควบคุมยาอย่างเคร่งครัด

• **กัญชาทางการแพทย์:** กฎหมายปัจจุบันอนุญาตให้มีการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ภายใต้การควบคุมที่รัดกุม

◦ **ข้อพึงตระหนัก:** แพทย์สามารถพิจารณาสั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อบรรเทาอาการบางชนิดในผู้ป่วยประคับประคองได้ อาทิ อาการปวดเรื้อรังที่ดื้อต่อการรักษาอื่น อาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด หรือภาวะเบื่ออาหาร

◦ บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ในการศึกษาและติดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนแนวทางปฏิบัติของสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากกฎระเบียบในเรื่องดังกล่าวยังอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

8. กระบวนการทางกฎหมายกรณีผู้ป่วยประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

ความประสงค์ที่จะกลับไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายที่บ้านหรือสถานที่ตามความประสงค์ของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้ความช่วยเหลือเพื่อลดอุปสรรคทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นได้ตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534

• **ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น:** ครอบครัวของผู้เสียชีวิตอาจประสบความยุ่งยากในการแจ้งการตายและขอรับใบมรณบัตร (ท.ร.4) เนื่องจากนายทะเบียนอาจตั้งข้อสงสัยในสาเหตุการตายและอาจนำไปสู่การส่งศพเพื่อการชันสูตรพลิกศพโดยไม่จำเป็น ซึ่งเป็นการสร้างภาระและความทุกข์ใจแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิต

• **แนวทางป้องกัน**

1. การจัดทำเอกสารสรุปประวัติการรักษา: ควรจัดทำหนังสือรับรองทางการแพทย์อย่างเป็นทางการ ซึ่งระบุผลการวินิจฉัยโรคระยะสุดท้าย พยากรณ์โรค และยืนยันความประสงค์ของผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัวนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2. การระบุข้อมูลสำหรับติดต่อ: ในเอกสารดังกล่าว ควรระบุชื่อและหมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อของแพทย์หรือผู้ประสานงานของโรงพยาบาล เพื่อให้เจ้าพนักงาน (เช่น นายทะเบียน เจ้าหน้าที่ตำรวจ) สามารถตรวจสอบข้อมูลและยืนยันข้อเท็จจริงได้

3. การประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน: ควรประสานงานแจ้งข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้หน่วยงานดังกล่าวสามารถช่วยติดตามดูแลต่อเนื่องและช่วยเป็นพยานยืนยันข้อเท็จจริงต่อเจ้าพนักงานได้เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

• บทสรุป

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเปี่ยมด้วยความเข้าอกเข้าใจ การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ การเคารพในเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย และการบันทึกเอกสารอย่างเป็นระบบและรอบคอบ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการป้องกันและบริหารจัดการความท้าทายทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการปรึกษาหารือ จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติหน้าที่อันละเอียดอ่อนนี้ได้อย่างมั่นใจ และยังเป็นการส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วยในการเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.

2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 19 ก หน้า 1–17; 2550.

3. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2564.

4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: สช.; 2563.

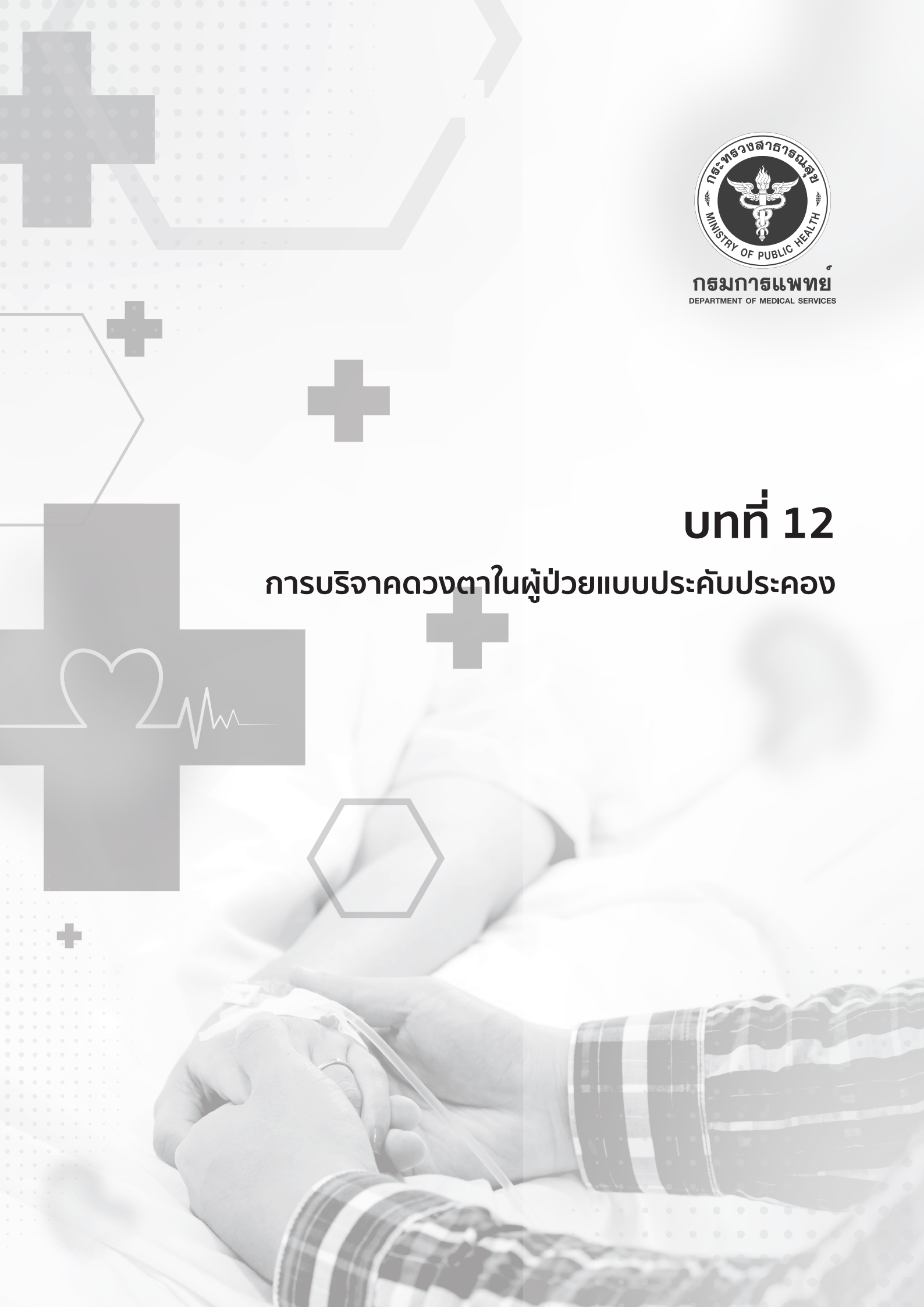
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 [อินเทอร์เน็ต]. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 56 ง ราชกิจจานุเบกษา; 20 พ.ค. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. Available from: https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/021_livingwill.pdf .



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

บทที่ 12

การบริจาคดวงตาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง





บทที่ 12 การบริจาคดวงตาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

พว.ฉวีวรรณ จันทนกูล
พว.อภิรดี ธรรมจารี
พว.ดาวรุ่ง คุณวุฒิคุณากร
พว.ณภัทรกัญ แจ้งอรุณนิจ
นางสาวฐานิดา ก้อนทอง
โรงพยาบาลราชวิถี

1. บทนำและความสำคัญของการบริจาคดวงตา

1.1. บทนำ

การมองเห็น เป็นประสาทสัมผัสที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะช่วยให้สามารถรับรู้สิ่งแวดล้อม เรียนรู้โลกภายนอก ประกอบอาชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวนมากที่สูญเสียการมองเห็นจากภาวะกระจกตาผิดปกติ เช่น กระจกตาขุ่น กระจกตาโป่งพอง หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยการปลูกถ่ายกระจกตา (corneal transplantation)

การปลูกถ่ายกระจกตา เป็นหัตถการที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลก แต่ประสิทธิผลของการรักษาดังกล่าวขึ้นอยู่กับการได้รับบริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิต ซึ่งในประเทศไทยยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนดวงตาสำหรับปลูกถ่ายอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยก็ตาม

1.2. ความสำคัญของการบริจาคดวงตา

การบริจาคดวงตาหลังเสียชีวิตเป็นการ “ให้” ที่ทรงคุณค่า เพราะสามารถเปลี่ยนชีวิตของผู้พิการทางสายตาให้กลับมามองเห็น และใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติอีกครั้ง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพมีความเป็นอิสระในการดำรงชีวิต และลดภาระต่อครอบครัวและสังคม

ในมิติสาธารณสุข การเพิ่มจำนวนผู้บริจาคดวงตาช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้มีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการรอคอย และลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่ล่าช้า อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้บริจาคดวงตาในประเทศไทยยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยจากรายงานสถิติประจำเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 ของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย พบว่า

จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคดวงตา (สะสม) มีจำนวน 1,775,567 ราย
จำนวนดวงตาที่สามารถนำไปใช้ได้ (สะสม) มีจำนวน 12,576 ดวง
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายกระจกตา (สะสม) มีจำนวน 21,069 ราย

ขณะที่ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 เพียงเดือนเดียว มีผู้บริจาค 369 ดวง และผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่าย 166 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการปลูกถ่ายกระจกตาทั่วประเทศ พบว่า การบริจาคไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น การส่งเสริมการบริจาคดวงตาให้เป็นที่ยอมรับในวงกว้างจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน การรณรงค์ผ่านสื่อที่เหมาะสม และการสร้างค่านิยมแห่งการเสียสละและเมตตา ซึ่งจะส่งผลให้สังคมไทยสามารถดูแลผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

2. การบริจาคดวงตากับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

การบริจาคดวงตา เป็นรูปแบบหนึ่งของการบริจาคอวัยวะที่สามารถดำเนินการได้ แม้ผู้ป่วยอยู่ในช่วงการดูแลแบบประคับประคองหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การแสดงความจำนงบริจาคดวงตา ในช่วงเวลาดังกล่าวถือเป็นการแสดงเจตจำนงแห่งการให้ที่ทรงคุณค่า สะท้อนถึงความเมตตาและความเสียสละเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต การดูแลดังกล่าวยังครอบคลุมถึงการเคารพความต้องการ ความเชื่อ และคุณค่าของผู้ป่วย รวมถึงความปรารถนาในการบริจาคอวัยวะหลังเสียชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริจาคดวงตากับการดูแลแบบประคับประคองสามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1. การบริจาคดวงตาเป็นการทำความดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นการมอบโอกาสในการมองเห็นให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นที่รอคอยการปลูกถ่ายกระจกตา อันเป็นการต่อชีวิตทางสายตาให้กับผู้อื่น

2.2. การดูแลแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ ด้วยการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านกายและใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสบายทางกาย ลดความทุกข์ทรมาน และสามารถเตรียมตัวจากไปอย่างสงบตามความปรารถนา

2.3. การบริจาคดวงตาสามารถดำเนินควบคู่ไปกับการดูแลแบบประคับประคองได้ โดยการวางแผนล่วงหน้า การสื่อสารกับครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ทำให้สามารถดำเนินการบริจาคได้อย่างเหมาะสมตามเจตจำนงของผู้ป่วย ทั้งยังช่วยเติมเต็มคุณค่าและศักดิ์ศรีของชีวิตในช่วงสุดท้าย

การบูรณาการระหว่างการบริจาคดวงตากับการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นแนวทางที่สะท้อนถึงความเข้าใจในความเป็นมนุษย์อย่างลึกซึ้ง โดยยึดหลักเมตตาธรรม การให้ และการเคารพในศักดิ์ศรีของชีวิต

3. การประเมินความเหมาะสมของผู้ป่วยสำหรับการบริจาคดวงตา

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....

หอผู้ป่วย.....HN.....วันที่เสียชีวิต.....เวลาที่เสียชีวิต .....

*** แบบคัดกรองผู้บริจาคดวงตา *ข้อห้ามในการใช้ดวงตาบริจาคสำหรับการปลูกถ่ายกระจกตา***

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 1) อายุ 2-75 ปี

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 2) เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 3) ไม่มีภาวะSepticemia หรือ สงสัยภาวะ Sepsis ณ วันที่เสียชีวิต

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 4) โรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด (congenital rubella)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 5) โรคเรย์ซินโดรม (Reye's syndrome) ในระยะเวลา 3 เดือนก่อนหน้า

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 6) โรคสมองอักเสบจากไวรัส (Meningitis)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 7) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ALS)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 8) โรคเยื่อบุหัวใจอักเสบ (endocarditis) จากแบคทีเรียหรือเชื้อรา

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 9) ถูกสุนัขหรือสัตว์อื่นที่สงสัยว่าจะติดเชื้อพิษสุนัขบ้ากัดภายใน 6 เดือนก่อนเสียชีวิต

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 10) มะเร็งจอประสาทตา (retinoblastoma)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 11) มะเร็งเม็ดโลหิตขาวชนิดเฉียบพลัน (leukemia)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 12) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่แพร่กระจาย (active disseminated lymphoma)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 13) โรคปลอกประสาทอักเสบ (multiple sclerosis)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 14) โรคทางสมอง Creutzfeldt-Jakob disease (CJD)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 15) เอดส์/ไวรัสตับอักเสบ บี หรือ ซี/ซิฟิลิส

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 16) มะเร็งผิวหนังชนิด Melanoma

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 17) Influenza ที่ยังไม่ได้รักษาหรืออยู่ระหว่างการรักษา

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 18) วัณโรคระยะแสดงอาการหรือแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 19) มะเร็งไขกระดูก (multiple myeloma)

การตรวจประเมินตา

☐ กระจกตาใสดี ไม่ขุ่น/ไม่มีฝ้าขาว จุดขาว หรือผิดรูป ☐ ไม่พบต้อเนื้อที่ลุกลามเข้าในกระจกตา > 3 mm.

☐ ไม่เคยได้รับการปลูกถ่ายกระจกตามาก่อน ☐ ไม่พบการอักเสบ บวมแดง หรือมีหนอง

การตรวจประเมินร่างกาย

☐ ไม่พบร่องรอยการใช้เข็มฉีดยา ☐ ไม่พบแผลกดทับที่ติดเชื้อ

☐ ไม่พบตัว/ตาเหลือง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ Anti HIV ผล Negative ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ Anti HCV ผล Negative

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ HBsAg ผล Negative ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ Syphilis / RPR ผล Negative

(ที่มา: โรงพยาบาลราชวิถี. แนวทางการรับบริจาคและจัดเก็บดวงตา. งานกระจกตา โรงพยาบาลราชวิถี. เอกสารภายใน. 2566.)

4. กระบวนการบริจาคดวงตา

4.1. วิธีการดูแลรักษาสภาพดวงตาของผู้บริจาคที่เสียชีวิต เพื่อรอการจัดเก็บดวงตา

การผลิตน้ำตาจะหยุดลงหลังจากผู้บริจาคเสียชีวิต ทำให้เกิดสภาวะตาแห้งตามมา ปัญหาที่พบคือ ครีมหล่อลื่นตาที่ใช้กับผู้ป่วยขณะมีชีวิต จะจับตัวเป็นก้อนแข็ง จนสามารถดึงเยื่อบุผิวตาที่บอบบางของกระจกตาให้หลุดลอกได้เพื่อให้ดวงตาบริจาคมีคุณภาพดีและสมบูรณ์ เมื่อผู้บริจาคดวงตาเสียชีวิต ควรปฏิบัติตามขั้นตอนในการดูแลดวงตา ดังตารางที่ 12.1

ตารางที่ 12.1 วิธีการดูแลรักษาสภาพดวงตาของผู้บริจาคที่เสียชีวิตเพื่อรอการจัดเก็บดวงตา

	1) ล้างดวงตาทั้งสองข้างด้วยน้ำเกลือที่ปราศจากเชื้อ วิธีนี้จะช่วยขจัดครีมหล่อลื่นที่ใช้ก่อนเสียชีวิตออก และควรทำทันทีหลังผู้บริจาคดวงตาเสียชีวิต
	2) ปิดตาทั้งสองข้างโดยใช้นิ้วมือ ห้ามใช้คีมหรือเครื่องมืออื่นเนื่องจากสามารถทำให้เปลือกตาเสียหายได้ง่าย อาจใช้ paper tape ช่วยในการปิดเปลือกตาในกรณีที่จำเป็น
	3) คลุมเปลือกตาทั้งสองข้าง โดยใช้ผ้าก๊อซชุบด้วยน้ำเกลือวางลงบนเปลือกตา หลีกเลี่ยงการกดก๊อซที่แน่นเกินไป
	4) ยกศีรษะขึ้นโดยใช้หมอนเพื่อช่วยให้ของเหลวระบายจากศีรษะ ลดโอกาสการตกเลือดหรือบวมช้ำระหว่างการจัดเก็บดวงตา

(ที่มา: โรงพยาบาลราชวิถี. แนวทางการรับบริจาคและจัดเก็บดวงตา. งานกระจกตา โรงพยาบาลราชวิถี. เอกสารภายใน. 2566.)

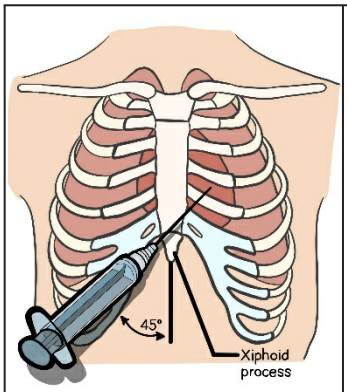
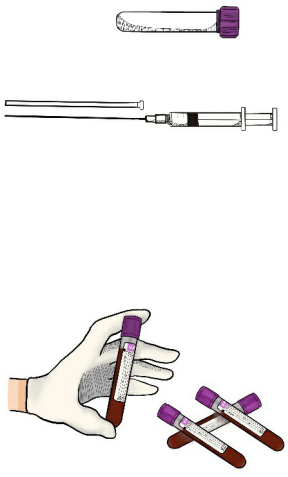
4.2. การเจาะเก็บตัวอย่างโลหิตผู้บริจาคดวงตา

เจาะเก็บตัวอย่างโลหิตผู้บริจาคส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้แก่ treponemal test for syphilis, anti-HIV, HBsAg, anti-HCV และ NAT (nucleic acid amplification test) ทั้งนี้ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บดวงตา หากไม่สามารถเจาะเก็บตัวอย่างโลหิตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตได้

โดยการเก็บตัวอย่างโลหิต จะเก็บตัวอย่างโลหิตที่ตำแหน่งหัวใจ ดังตารางที่ 12.2 โดยใช้อุปกรณ์ดังนี้

1) Spinal needle เบอร์ 18 ยาว 3.5 นิ้ว 1 อัน
2) เข็ม เบอร์ 18 2 อัน
3) หลอดสุญญากาศ EDTA 4 หลอด
4) แอลกอฮอล์ 70% สำหรับเช็ดทำความสะอาดผิว
5) povidone iodine 10% solution สำหรับเช็ดทำความสะอาดผิว

ตารางที่ 12.2 ขั้นตอนการเจาะเก็บตัวอย่างโลหิตผู้บริจาคดวงตา

	1) ใส่ถุงมือ disposable ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่เจาะเก็บโลหิต (บริเวณหน้าอกด้านซ้ายใต้ rib ที่ 4 ถึง 5 ห่างจาก sternum 2 finger-breadths) ด้วยแอลกอฮอล์ 70% ก่อน และ povidone iodine 10% solution ตามลำดับ
	2) ใช้ spinal needle เบอร์ 18 เจาะเก็บโลหิตที่ตำแหน่งหัวใจ ใช้ syringe 10 ml ดูดโลหิตตามปริมาณที่กำหนดไว้ (EDTA tube 6 ml/หลอด จำนวน 4 หลอด) ให้ใช้เข็มแทงกลางจุกหลอดสุญญากาศ EDTA แล้วค่อย ๆ ให้ระบบสุญญากาศดูดโลหิตเข้าไปเอง ไม่ควรใช้แรงดันช่วย เนื่องจากจะทำให้เม็ดโลหิตแตก (hemolysis) ส่งผลให้ห้องปฏิบัติการ ไม่สามารถตรวจคัดกรองได้ จากนั้นใช้พลาสเตอร์ปิดบริเวณตำแหน่งที่ทำการเจาะให้เรียบร้อย EDTA tube จำนวน 4 หลอด ติดแถบสติ๊กเกอร์ชื่อผู้บริจาคทุก Tube ห่อกระดาษและใส่ถุงซิปล็อคและนำใส่กระติกที่จัดเก็บดวงตา 3) นำหลอดที่เก็บโลหิตติดป้ายชื่อนามสกุลผู้บริจาคดวงตา โดยเว้นช่องว่างให้เห็นขีดบอกระดับโลหิต

	4) ห่อหลอดตัวอย่างโลหิตด้วยกระดาษ ก่อนใส่ถุงพลาสติก ปิดปากถุงไม่ให้น้ำซึมเข้าได้ และวางใส่ในกระติกเก็บตาที่บรรจุน้ำแข็งไว้แล้ว
	**หมายเหตุ:** ห้ามนำหลอดตัวอย่างโลหิตวางบนน้ำแข็งโดยตรง

(ที่มา: โรงพยาบาลราชวิถี. แนวทางการรับบริจาคและจัดเก็บดวงตา. งานกระจกตา โรงพยาบาลราชวิถี. เอกสารภายใน. 2566.)

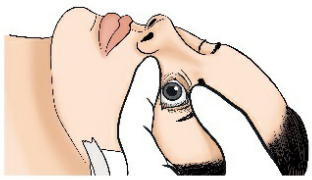
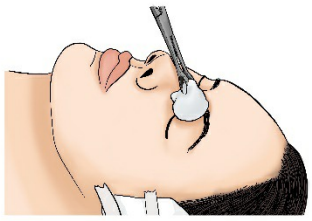
4.3. ขั้นตอนการจัดเก็บดวงตา

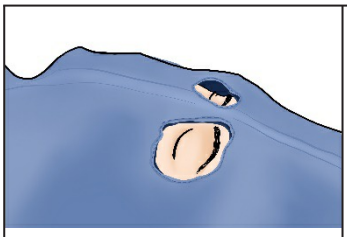
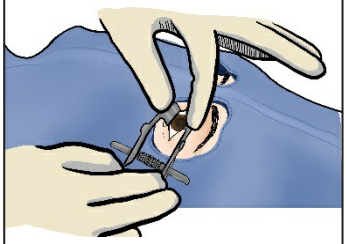
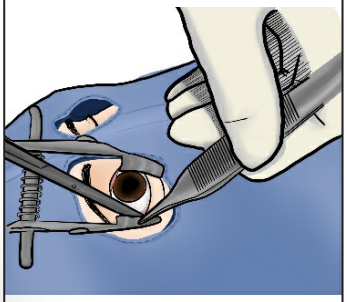
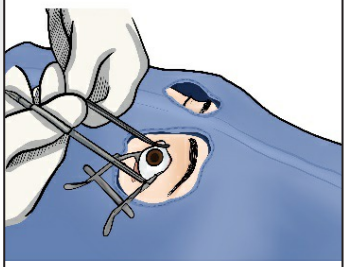
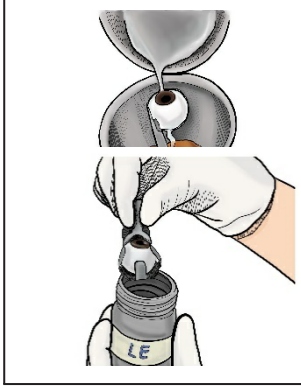
การจัดเก็บดวงตาของผู้บริจาคจะต้องทำด้วยวิธีปลอดเชื้อ (aseptic technique) ขั้นตอนดังตารางที่ 12.3 โดยเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ดังนี้

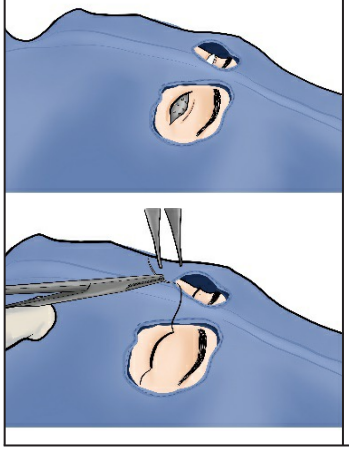
1) ถุงมือ disposable	1 คู่
2) ถุงมือ sterile	2 คู่
3) Povidone iodine 10% solution	10 ml
4) Povidone iodine 5% solution	20 ml
5) Normal saline	200 ml
6) พาราฟิล์ม	1 อัน
7) รางกระบอกสแตนเลส	1 อัน
8) กระติกสำหรับจัดเก็บดวงตา	1 ใบ
9) Conformer ที่มีหนาม	1 อัน
10) Silk 4-0 cutting	1 เส้น
11) ชุดเครื่องมือปลอดเชื้อ (Set Enucleation)	มีดังนี้
- ที่ถ่างตา (eye speculum)	1 อัน
- Non-tooth forceps	1 อัน
- Tooth forceps	1 อัน
- Artery forceps	1 อัน
- Sponge forceps	1 อัน
- กรรไกร Metzenbaum	1 อัน

- กรรไกรโค้ง (curved scissors)	1 อัน
- Muscle hook	1 อัน
- Needle holder	1 อัน
- สาแหรก	2 อัน
- ขวดเก็บดวงตา	2 ขวด
- ถาดสแตนเลสตื้น ขนาด 8.5x6 นิ้ว	1 ใบ
- ชามรูปไต ขนาด 6.5x3.5 นิ้ว	1 ใบ
- ถ้วยสแตนเลส 2, 4, 6 ออนซ์ อย่างละ	1 ใบ
- สำลีก้อน sterile	15 ชิ้น
- ผ้าก๊อซ ขนาด 4x4 นิ้ว	4 ชิ้น

ตารางที่ 12.3 ขั้นตอนการจัดเก็บดวงตา

	1) ใส่ถุงมือ disposable ตรวจสภาพกระจกตาผู้บริจาค
	2) เปลี่ยนใส่ถุงมือ sterile เตรียมชุดอุปกรณ์เครื่องมือ และน้ำยาดังต่อไปนี้ ▮ Povidone iodine 10% solution 10 ml ▮ Povidone iodine 5% solution 20 ml ▮ Normal saline 200 ml
	3) เช็ดล้างสิ่งสกปรกออกจากบริเวณผิวหนังโดยรอบดวงตาเพื่อลดการปนเปื้อนด้วย normal saline ก่อน จากนั้นจึงใช้น้ำยา povidone iodine 10% solution เช็ดทำความสะอาดดวงตาและบริเวณผิวหนังโดยรอบ
	4) ใช้ non-tooth forceps เปิดเปลือกตาบนและล่างออกทีละด้าน เพื่อล้างดวงตาทีละข้างด้วย povidone iodine 5% solution ข้างละ 5 ml ทิ้งไว้นาน 2-5 นาที หลังจากนั้นล้างด้วย normal saline อีกครั้ง เพื่อชะล้างคราบน้ำยา (ปฏิบัติด้วยวิธีเดียวกันในดวงตาอีกข้าง)

	5) เปลี่ยนถุงมือ sterile คู่ใหม่ เช็ดทำความสะอาดรอบดวงตาอีกครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ povidone iodine 10% solution จากหัวตาไปหางตา แล้วปูผ้ามีช่อง sterile คลุมบริเวณดวงตาข้างที่จะทำการจัดเก็บดวงตาด้วยวิธี enucleation
	6) ใส่ที่ถ่างตา (eye speculum) แล้วตัดเลาะเยื่อบุตาขาวโดยรอบกระจกตาจนครบ 360 องศา ใช้ tooth forceps จับบริเวณเยื่อบุตาขาว และตัดเลาะออกด้วยกรรไกร Metzenbaum ให้ลึกจนถึงบริเวณกล้ามเนื้อที่ยึดดวงตาทั้ง 4 มัด ได้แก่ superior rectus, inferior rectus, lateral rectus และ medial rectus muscle
	7) ใช้ muscle hook เกี่ยวกล้ามเนื้อตาทีละมัด แล้วใช้กรรไกรตัดกล้ามเนื้อตาออกให้หมดทั้ง 4 มัด โดยตัด superior rectus muscle ให้เหลือความยาวประมาณ 2 มิลลิเมตร สำหรับจับยกลูกตาขึ้นจากเบ้าตา
	8) ใช้ artery forceps จับที่บริเวณเส้นประสาทตา (optic nerve) แล้วบีบให้แน่น ใช้กรรไกรโค้งขนาดปานกลาง (curved scissors) สอดเข้าไปใต้ต่อ artery forceps ที่บีบ optic nerve ไว้ทางหางตา แล้วจึงตัด optic nerve ออก (ต้องระวังกรรไกรอย่าให้ตัดโดนลูกตา จะทำให้ลูกตาแตกได้) จากนั้นใช้กรรไกรตัดกล้ามเนื้อ oblique ของลูกตาอีก 2 มัด รวมถึงเนื้อเยื่อเกี่ยวพันรอบ ๆ ลูกตาออกจนหมด จะสามารถนำลูกตาออกมาจากเบ้าตาได้
	9) ล้างทำความสะอาดลูกตาด้วย normal saline แล้วใส่ลงในสาแหรกที่เตรียมไว้ โดยใส่ปลาย optic nerve ยึดไว้ในรูด้านล่างของฐานรองรับลูกตา และจัดวางลูกตาให้กระจกตาตั้งตรง โดยให้ superior rectus muscle ที่ตัดเหลือความยาวประมาณ 2 มิลลิเมตร วางพาดบนก้านหนีบตำแหน่งที่อยู่ตรงข้ามแกนหลักของสาแหรก เพื่อเป็นสัญลักษณ์ให้ทราบว่าตาด้านบนอยู่ตำแหน่งไหน แล้วบีบล็อกขาของสาแหรกให้แน่น

	10) นำสาแหรกใส่ลงในขวดเก็บดวงตาที่เขียนระบุข้างไว้ ตาขวา หรือตาซ้าย (RE/LE) หยด normal saline ประมาณ 0.5 ml เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น ปิดฝาขวดให้เรียบร้อย พันแผ่นพาราฟิล์มหุ้มขอบปากขวดแก้วโดยรอบให้แน่นเพื่อป้องกันน้ำเข้า และติดสติ๊กเกอร์ชื่อผู้บริจาคให้เรียบร้อย นำขวดนี้ใส่ในรางกระบอกสเตนเลส ปิดฝาให้แน่น ก่อนนำใส่ในกระติกสำหรับจัดเก็บดวงตาซึ่งใส่น้ำแข็งไว้เพื่อรักษาอุณหภูมิให้อยู่ที่ 2-8 องศาเซลเซียส
	11) เย็บปิดตกแต่งดวงตา โดยการนำสำลีก้อนมาใส่เบ้าตาให้เต็มและแน่นพอประมาณ เพื่อป้องกันเลือดซึม หลังจากนั้น นำ conformer ที่มีหนามใส่ครอบเข้าไปในเบ้าตา ปิดเปลือกตาให้สนิท ใช้ไหม silk 4-0 cutting เย็บปิดเปลือกตาซ่อนไหมแบบต่อเนื่อง (continuous suture) เพื่อให้ดูสวยงามเรียบร้อย

(ที่มา: โรงพยาบาลราชวิถี. แนวทางการรับบริจาคและจัดเก็บดวงตา. งานกระจกตา โรงพยาบาลราชวิถี. เอกสารภายใน. 2566.)

4.4. การนำส่งดวงตาบริจาคถึงศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย บรรจุภัณฑ์ การปิดผนึก การบรรจุ และเอกสารในการนำส่งดวงตา

ภายหลังการจัดเก็บดวงตาบริจาค ให้เก็บรักษาดวงตาโดยใส่กระติกที่บรรจุน้ำแข็งปริมาณสามในสี่ส่วนของกระติก ห่อตัวอย่างโลหิตด้วยกระดาษ แล้วใส่ถุงพลาสติกวางในกระติก ปิดผนึกฝากระติกด้วยเทปกาว หลังจากนั้นนำกระติกใส่กล่องกระดาษที่ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยจัดเตรียมให้ ส่งดวงตาและตัวอย่างโลหิตดังกล่าว พร้อมเอกสารใบรายละเอียดดวงตา และใบสำคัญแสดงการยินยอมมอบดวงตาให้สภากาชาดไทย (ดูรายละเอียดจากภาคผนวก ตัวอย่างแบบฟอร์มเอกสารต่าง ๆ)



ภาพที่ 12.1 แสดงบรรจุภัณฑ์ การบรรจุ และการปิดผนึก เพื่อนำส่งดวงตาของโรงพยาบาลเครือข่าย (ที่มา: โรงพยาบาลราชวิถี. แนวทางการรับบริจาคและจัดเก็บดวงตา. งานกระจกตา โรงพยาบาลราชวิถี. เอกสารภายใน. 2566.)

4.5. โรคต้องห้ามสำหรับการบริจาคดวงตา

โรคต้องห้ามในการบริจาคดวงตาแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มหลัก ดังนี้

4.5.1. โรคติดเชื้อที่สามารถถ่ายทอดได้ โรคติดเชื้อบางชนิดอาจถ่ายทอดผ่านการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้รับกระจกตา โดยเฉพาะโรคที่มีการแพร่กระจายทางกระแสเลือดหรือทางระบบประสาท เช่น

4.5.1.1. โรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV/AIDS)

4.5.1.2. โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี (Hepatitis B, C)

4.5.1.3. โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

4.5.1.4. วัณโรคในระยะติดต่อ (Active Tuberculosis)

4.5.1.5. ซิฟิลิสในระยะติดต่อ (Syphilis–early/active stage)

4.5.1.6. โรคติดเชื้อจากไวรัสอื่น ๆ เช่น Cytomegalovirus (CMV), HTLV, Herpes Simplex (กรณีมีรอยโรคที่ตา)

4.5.2. โรคทางระบบประสาทและโรคจากพริออน เช่น

4.5.2.1. โรค Creutzfeldt–Jakob (CJD)

4.5.2.2. โรคทางระบบประสาทอื่น ๆ ที่สงสัยว่าเกี่ยวข้องกับพริออน

โรคกลุ่มนี้แม้จะพบได้น้อย แต่ถือว่ามีความเสี่ยงสูงในการถ่ายทอดเชื้อ และยังไม่สามารถตรวจสอบหรือกำจัดเชื้อได้อย่างแน่นอน

4.5.3. โรคมะเร็งบางชนิด เช่น

4.5.3.1. มะเร็งของกระจกตา หรือมะเร็งที่มีการลุกลามมายังดวงตาโดยตรง

4.5.3.2. มะเร็งเม็ดเลือด เช่น ลูคีเมีย ลิมโฟมา

4.5.3.3. มะเร็งที่แพร่กระจายทั่วร่างกาย (systemic metastasis)

โรคมะเร็งเฉพาะบางชนิดอาจไม่เป็นข้อห้ามโดยเด็ดขาด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินของทีมแพทย์และแนวทางปฏิบัติของศูนย์ดวงตา

4.5.4. ภาวะที่ทำให้คุณภาพของกระจกตาไม่เหมาะสม เช่น

4.5.4.1. กระจกตาที่มีรอยโรคหรือรอยแผลถาวร เช่น แผลติดเชื้อ กระจกตาขุ่นหนา

4.5.4.2. โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่มีผลต่อกระจกตา

4.5.4.3. การติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนเสียชีวิต

4.5.4.4. การเสียชีวิตที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจน

5. บทบาทของทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

5.1. แนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

การเตรียมตัวและการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้กระบวนการดำเนินไปอย่างเหมาะสมและลดความสับสนของครอบครัวในช่วงเวลาที่เปราะบางที่สุด ดังนี้

5.1.1. การบริจาคอวัยวะหรือดวงตา หากผู้เสียชีวิตเคยแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ควรแจ้งศูนย์รับบริจาคทันที แต่ถ้าเสียชีวิตในโรงพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วยจะแจ้งทีมประสานงานบริจาคอวัยวะและตาของโรงพยาบาล

5.1.1.1. กรณีบริจาคอวัยวะ ติดต่อศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย โทร. 1666 (ตลอด 24 ชั่วโมง) แต่ถ้าเสียชีวิตในโรงพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วยจะประสานงานให้

5.1.1.2. กรณีบริจาคดวงตา ต้องแจ้งภายใน 6 ชั่วโมง หลังการเสียชีวิต เนื่องจากเนื้อเยื่อดวงตาเสื่อมเร็ว แต่ถ้าเสียชีวิตในโรงพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วยจะประสานทีมรับบริจาคตาให้ดำเนินการตามขั้นตอน

5.1.2. การแจ้งตายและเอกสารที่เกี่ยวข้อง การแจ้งตายต้องดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมง โดย

5.1.2.1. กรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะออกหนังสือรับรองการตาย

5.1.2.2. กรณีเสียชีวิตที่บ้าน ให้แพทย์ตรวจและออกใบรับรองแพทย์ จากนั้นนำไปแจ้งต่อเจ้าหน้าที่เขตหรือผู้ใหญ่บ้านเพื่อออกหนังสือรับรองการตาย ซึ่งเอกสารประกอบ ได้แก่

5.1.2.2.1. บัตรประชาชนของผู้แจ้ง

5.1.2.2.2. ทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้เสียชีวิต

5.1.2.2.3. หนังสือรับรองการตาย หรือบันทึกแจ้งความ (กรณีจำเป็น)

5.1.3. การเตรียมพิธีกรรมทางศาสนา

ครอบครัวควรวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับสถานที่ประกอบพิธี (เช่น บ้าน วัด โรงพยาบาล) ภาพถ่ายของผู้เสียชีวิต พินัยกรรม หรือความประสงค์ของผู้ป่วย เพื่อป้องกันข้อขัดแย้งภายในครอบครัวและเป็นการเคารพความปรารถนาสุดท้ายของผู้เสียชีวิต

การเข้าใจถึงลักษณะอาการของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตและการวางแผนดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ มีศักดิ์ศรี และปราศจากความทุกข์ทรมาน หากยังช่วยให้ครอบครัวสามารถผ่านช่วงเวลาแห่งความสูญเสียได้ด้วยความเข้าใจและเข้มแข็ง ความเมตตา และถ้าได้บริจาคตาถือว่าเป็นผู้ให้ที่ได้เป็นการทำบุญครั้งสุดท้ายที่ยิ่งใหญ่ แสงสว่างจากผู้ให้ สู่ตาสดใสของผู้รับ การสื่อสารที่ดี และการแสดงความรักในช่วงเวลาสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_aw%20คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง_5.pdf .

2. พรทวี ยอดชมกลด. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2556.

3. โรงพยาบาลราชวิถี. แนวทางการรับบริจาคและจัดเก็บดวงตา. กรุงเทพฯ: งานกระจกตา โรงพยาบาลราชวิถี; 2566. เอกสารภายใน. จัดทำวันที่ 1 กรกฎาคม 2566.

4. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ศูนย์การุณรักษ์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.

5. ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย. ข้อมูลสถิติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สภากาชาดไทย; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://eyebankthai.redcross.or.th/?page_id=14246 .

6. ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย. แบบฟอร์มผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://eyebankthai.redcross.or.th/wp-content/uploads/2024/02/แบบฟอร์มผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต.pdf .



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ภาคผนวก





ภาคผนวกที่ 1

World Health Organization: Conceptual Model of Palliative Care Development



ที่มา: WHO. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351)

ภาคผนวกที่ 2

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ
เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563

https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF

ภาคผนวกที่ 3
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และ มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565

I. สาระสำคัญ ของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

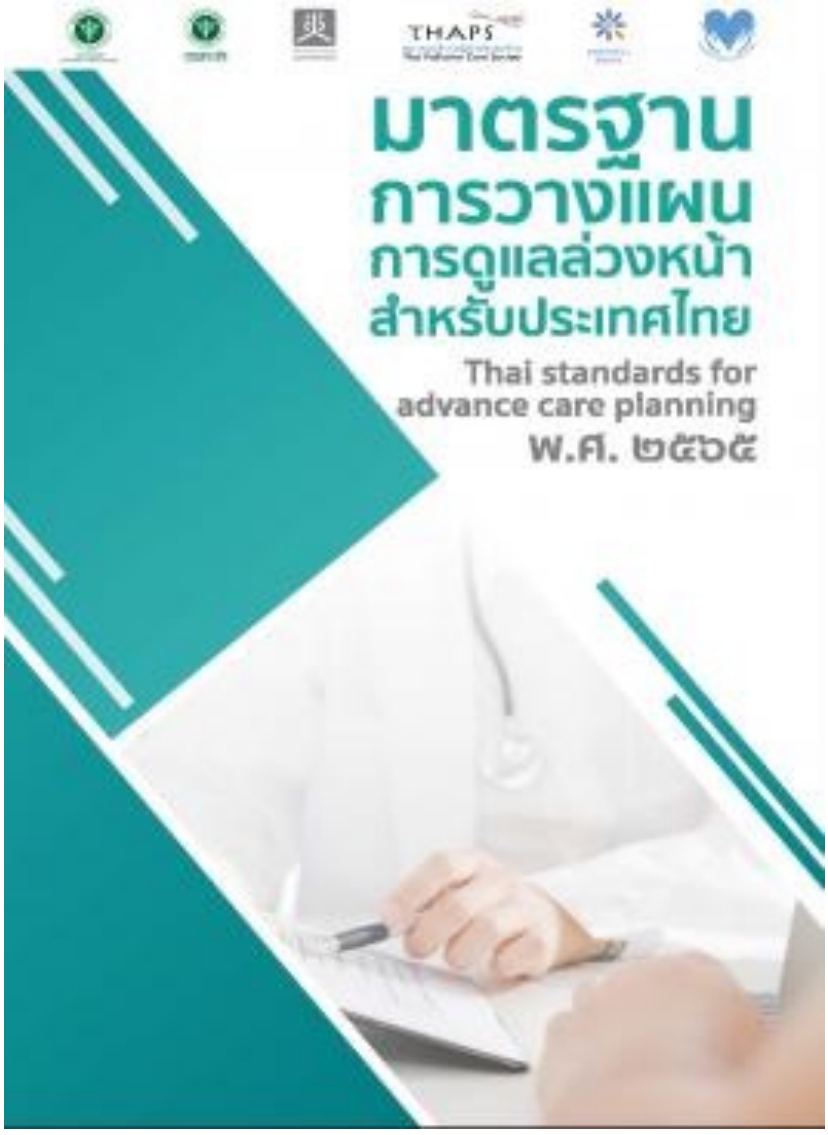






https://old.nationalhealth.or.th/th/rights/Article_12

II. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565



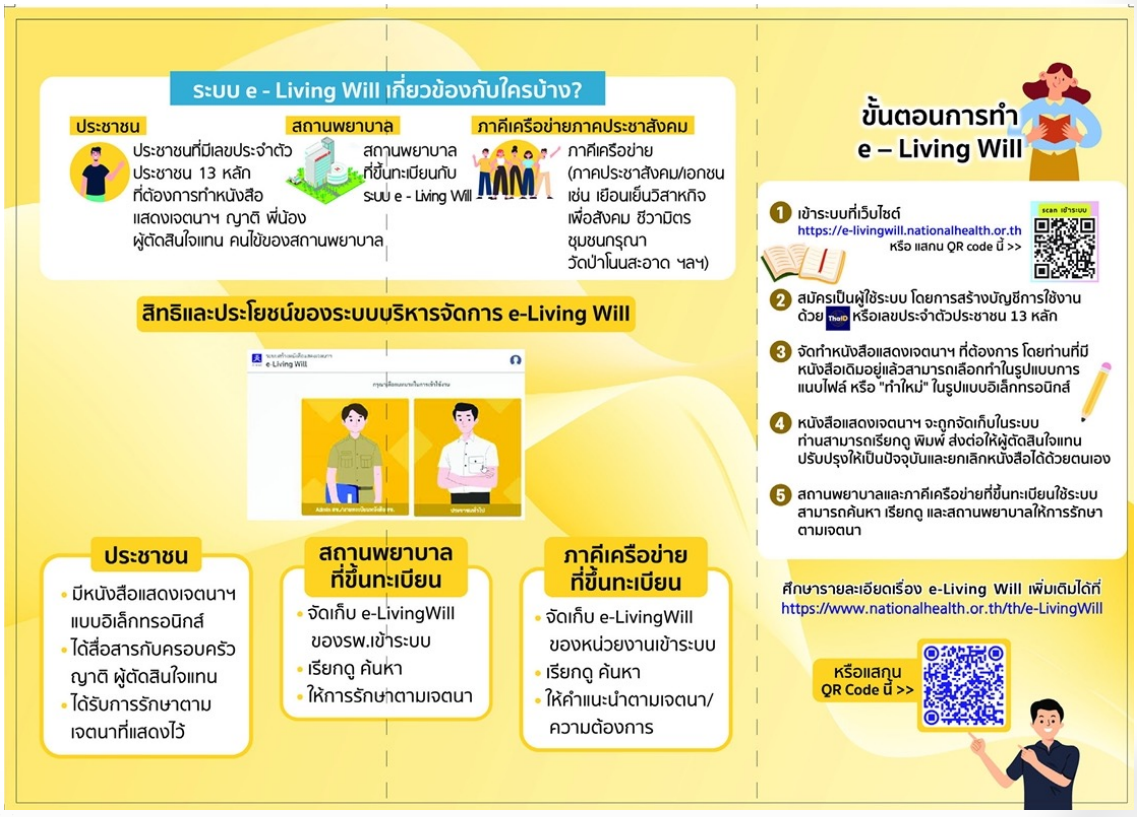
https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ACP_Pages.pdf

ภาคผนวกที่ 4

ระบบ e-Living Will

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ





ภาคผนวกที่ 5
ตัวอย่างแบบฟอร์ม/เอกสารประกอบ ที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคดวงตาในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

I. รายการตรวจสอบ (Checklist) เอกสารสำหรับการนำส่งศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

รายการตรวจสอบ(Checklist) เอกสารสำหรับนำส่งศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่าง **ตามรายการ 1-7** ที่ท่านได้จัดทำ ตรวจสอบ และนำส่งมาให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

ที่	รายการ	ทำเครื่องหมาย √ เอกสารที่จัดส่ง
1	**ตัวอย่างเลือดของDonor ใส่หลอดเลือดจุกสีม่วง(EDTA blood) จำนวน 4 หลอด** (กรณีได้อวัยวะ ไม่ต้องนำส่งตัวอย่างเลือด)	
	เอกสารที่จัดทำ	
2	**ใบรายละเอียดการจัดเก็บดวงตา** (กรุณาระบุ และเขียนเป็นตัวบรรจง คำนำหน้า ชื่อ-สกุล ผู้เจรจาและผู้จัดเก็บ ให้ถูกต้องและครบถ้วน)	
3	**ใบสำคัญแสดงการยินยอมมอบดวงตาให้สภากาชาดไทย** (กรุณาลงรายละเอียดให้ครบถ้วนและชัดเจน)	
4	**สำเนาบัตรประชาชนผู้บริจาคดวงตา**	
5	**เอกสาร 1/1 – 1/3 แบบประเมิน และคัดกรองผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต เพื่อเป็น Potential donor** (เอกสารที่ 1 + เอกสารที่ 2 กรณีผู้บริจาคดวงตาไม่ได้รับสารน้ำโลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต ไม่ต้องคำนวณภาวะเจือจางของ ตัวอย่างโลหิตในเอกสารที่ 2)	
6	**แบบคัดกรองผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิตในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** (COVID - 19)	
7	**ผลตรวจโควิด-19 ของผู้บริจาคดวงตา** (ผล RT- PCR Test หรือ Antigen Test)	

หมายเหตุ : ในกรณีผู้บริจาคดวงตาเสียชีวิตที่โรงพยาบาล และมีความจำเป็นต้องจัดเก็บเอกสารตัวจริงไว้ ขอให้สำเนาเอกสารดังกล่าวส่งให้ศูนย์ดวงตา และถ่ายรูปหรือสแกน(Scan) ข้อมูลส่งเป็นไฟล์เอกสารให้ทางไลน์ที่ประสานงาน (เพื่อป้องกันเอกสารสูญหายระหว่างการจัดส่ง)

********* **ขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง** *********

(ที่มา: ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย. แบบฟอร์มผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต. 2566.)

II. รายละเอียดการจัดเก็บดวงตา

สำหรับเจ้าหน้าที่ ศูนย์ดวงตา	RE.....LE..... HEDP..... TRCEB.....REB.....

รายละเอียดการจัดเก็บดวงตา

ชื่อ-สกุล.....**อายุ**.....**ปี ตึก/รพ**.....

แหล่งที่มาของการบริจาค ☐ มีบัตรบริจาค ☐ ญาติแจ้งบริจาค ☐ เจรจาขอบริจาค

☐ บริจาคดวงตาอย่างเดียว ☐ บริจาคดวงตาร่วมกับอวัยวะ ☐ บริจาคดวงตาร่วมกับเนื้อเยื่อ

☐ บริจาคดวงตาร่วมกับร่าง

เสียชีวิตวันที่ .....เวลา.....น.

สาเหตุการเสียชีวิต.....

นำร่างเก็บรักษาในตู้เย็น (2-8 ° c)วันที่..... เวลา.....น.

กรณีบริจาคอวัยวะ การวินิจฉัยภาวะสมองตาย ครั้งที่ 2 วันที่.....เวลา.....น.

Clamp time วันที่..... เวลา.....น.

สถานที่เสียชีวิต.....สถานที่จัดเก็บดวงตา.....

จัดเก็บดวงตา ☐ ทั้งสองข้าง จัดเก็บเฉพาะ ☐ ตาขวา ☐ ตาซ้าย

จัดเก็บดวงตาวันที่.....ข้างขวาเวลา.....น. ข้างซ้ายเวลา.....น.

ใส่กระติกน้ำแข็งวันที่.....ข้างขวาเวลา.....น. ข้างซ้ายเวลา.....น.

ชื่อ-สกุลผู้เจรจา นาย/นาง/นางสาว.....เบอร์โทร.....

ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....

ชื่อ-สกุลผู้จัดเก็บ นาย/นาง/นางสาว.....เบอร์โทร.....

ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....

มีความประสงค์ขอพระราชทานเพลิงศพ

☐ ขอ ☐ ไม่ขอ

Version 1 พฤศจิกายน 2566

(ที่มา: ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย. แบบฟอร์มผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต. 2566.)

III. ใบสำคัญแสดงการยินยอมมอบดวงตาให้สภากาชาดไทย

ใบสำคัญแสดงการยินยอมมอบดวงตาให้สภากาชาดไทย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ของผู้เสียชีวิต ชื่อ.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....มีความประสงค์ที่จะบริจาคดวงตาของผู้เสียชีวิตแล้ว ให้แก่สภากาชาดไทยโดยไม่รับค่าตอบแทน เพื่อสภากาชาดไทยจะได้นำดวงตาไปใช้ให้เป็นประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ หรือใช้เพื่อการศึกษา ค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์อื่น ๆ ต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ความสัมพันธ์.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ความสัมพันธ์.....

บันทึกเพิ่มเติม ใช้ในกรณีที่ทายาทอันดับแรกไม่ได้เป็นผู้ลงนาม

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล/ผู้บันทึก

ตำแหน่ง.....

Version 1 พฤศจิกายน 2566

(ที่มา: ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย. แบบฟอร์มผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต. 2566.)

IV. แบบประเมิน และคัดกรองผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิตเพื่อเป็น Potential donor

เอกสาร 1/1

แบบประเมิน และคัดกรองผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิตเพื่อเป็น Potential donor

โรงพยาบาล..... **หอผู้ป่วย**.....

ชื่อ-สกุล......**อายุ.**.....**ปี เพศ**.....**วดป.เกิด**.....

วดป. ที่นอนรพ.....**การวินิจฉัยโรค**.....

ประวัติการเจ็บป่วย.....

.....

.....

Temp.....C^0 WBC..... Hemo c/s.....**ข้อมูลล่าสุดวันที่**.....

วดป.ที่เสียชีวิต.....**เวลา**.....**น. สาเหตุการเสียชีวิต**.....

ประวัติโรคประจำตัว/โรคทางพันธุกรรม

☐ **ไม่มี** ☐ **เบาหวาน** ☐ **ความดันโลหิตสูง** ☐ **โรคหัวใจ** ☐ Down syndrome

☐ **มะเร็ง**(ระบุ)..... ☐ **อื่น ๆ** (ระบุ).....

ประวัติการเจ็บป่วย หรือโรคที่เป็นข้อห้ามในการบริจาคดวงตา

1. มีภาวะ septicemia หรือสงสัยภาวะ sepsis ณ วันที่เสียชีวิต ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. มีประวัติโรคเอดส์/ไวรัสตับอักเสบชนิด บี หรือซี/ซิฟิลิส ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. โรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด (congenital Rubella) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4. Reye's syndrome ภายใน 3 เดือนก่อนเสียชีวิต ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5. โรคสมองอักเสบจากไวรัส/โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6. โรคปลอกประสาทอักเสบ (Multiple sclerosis) / โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ALS) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7. มีประวัติเจ็บป่วย หรือคนในครอบครัวเป็นโรค Creutzfeldt-jakob disease (CJD) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8. ถูกสุนัขหรือสัตว์อื่นที่สงสัยว่าติดเชื้อพิษสุนัขบ้ากัดภายใน 6 เดือนก่อนเสียชีวิต ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
9. โรคเยื่อบุหัวใจอักเสบติดเชื้อ จากแบคทีเรียหรือเชื้อรา ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
10. วัณโรคที่อยู่ในระยะแสดงอาการ (Active TB) หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น กระดูก ลำไส้ อวัยวะอื่น ๆ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

Version 1 พฤศจิกายน 2566

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ☐ **ไม่ใช่** ☐ **ใช่ (ระบุด้านล่าง)**

☐ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองระยะแพร่กระจาย ☐ มะเร็งผิวหนังชนิด Melanoma

☐ มะเร็งจอประสาทตา (Retinoblastoma) ☐ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

☐ มะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma ☐ มะเร็งในลูกตา หรือมะเร็งชนิดอื่นที่แพร่กระจาย

☐ มะเร็งชนิดอื่นๆ ระบุ.....ไปยังตา (Ocular involvement)

☐ ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

ประวัติการผ่าตัดตา ☐ **ไม่เคย** ☐ **เคย (ระบุด้านล่าง)**

☐ ต้อหิน (Glucoma filtration surgery) ☐ ผ่าตัดแก้ไขภาวะสายตาผิดปกติ (LASIK, ReLEX SMILE, PRK)

☐ ต้อกระจก (Cataract surgery) ☐ ปลูกถ่ายกระจกตา (Corneal transplantation)

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ประวัติอื่น ๆ

1. **ประวัติการใช้สารเสพติด** ☐ ไม่มี ☐ มี ประเภท.....ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
2. **ประวัติเจาะหู สัก ลบรอยสัก ฝังเข็ม ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา** ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
3. **ประวัติการต้องโทษจำคุก** ☐ ไม่เคย ☐ เคย .....
4. **Donor และคู่นอน มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์** ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
5. **ประวัติการเจ็บป่วย COVID-19 หรือความเสี่ยงอื่น ๆ**.....

.....

การตรวจร่างกาย ☐ **ปกติ** ☐ **ไม่ปกติ (ระบุด้านล่าง)**

☐ มีร่องรอยการใช้เข็มฉีดยา ☐ มีแผลกดทับ ☐ มีตัวและตาเหลือง ☐ ผื่นบริเวณร่างกาย

☐ อื่น ๆ ระบุ.....



การประเมินคุณภาพดวงตา

☐ กระจกตาดำใสดี และไม่มีร่องรอยการอักเสบเกี่ยวกับตา

☐ กระจกตาขุ่น มีฝ้าขาว / จุดขาว บวม หรือผิดรูป

☐ ตาอักเสบ บวม แดง มีหนอง / เปลือกตาและรอบ ๆ ตามีการฉีกขาด

☐ มีต้อเนื้อลุกลามเข้าไปในกระจกตามากกว่า 3 mm.

☐ อื่น ๆ.....

สรุปการประเมินคุณภาพดวงตา ☐ **ผ่าน** ☐ **ไม่ผ่าน** เนื่องจาก.....

การคำนวณ Hemodilution (เมื่อผู้บริจาคดวงตามีเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้)

1. อายุน้อยกว่า 13 ปี ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. นน.ตัวน้อยกว่า 45 กก. หรือมากกว่า 100 กก. ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. มีประวัติการเสียโลหิต และได้รับสารน้ำ โลหิต หรือส่วนประกอบของโลหิตภายใน 48 ชม. ก่อนเสียชีวิต หรือก่อนจัดเก็บตัวอย่างโลหิต ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

☐ **ไม่เข้าเกณฑ์ต้องคำนวณ** ☐ **ต้องคำนวณ Hemodilution** (ใช้เอกสารหมายเลข 2)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Blood examination)

☐ HBsAg..... ☐ Anti HBc..... ☐ Anti HBs..... ☐ Anti HCV.....

☐ Anti HIV..... ☐ Treponemal Ab และ / หรือ VDRL/RPR (Syphilis).....

สรุปผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ **ผ่าน** ☐ **ไม่ผ่าน** เนื่องจาก.....

ผู้ประเมิน.....**ตำแหน่ง**.....**วดป.ที่ ประเมิน**.....

(ที่มา: ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย. แบบฟอร์มผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต. 2566.)

V. การคำนวณภาวะเจือจางของตัวอย่างโลหิต (hemodilution)

เอกสาร 2

การคำนวณภาวะเจือจางของตัวอย่างโลหิต (Hemodilution)

ชื่อ-สกุล..... **อายุ**.....**ปี น้ำหนัก**.....**กก. ส่วนสูง**.....**ซม.**

วันเวลาเจาะเก็บตัวอย่างโลหิต.....

การคำนวณสารน้ำ โลหิต หรือส่วนประกอบของโลหิตที่ได้รับ

กรณี 1. Donor อายุน้อยกว่า 13 ปี **หรือ**

2. Donor อายุ 13 ปีขึ้นไป และมีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 45 - 100 กก.

A = ปริมาตรของโลหิต (blood) และผลิตภัณฑ์ของโลหิต (blood product) ที่ได้รับภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนการเสียชีวิตหรือก่อนการเก็บตัวอย่างโลหิต

โลหิตรวม (whole blood)	_____	ml
PRC (packed red cells;)	_____	ml
รวม A	_____	ml

B = ปริมาตรของ colloids ที่ได้รับภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนการเสียชีวิตหรือก่อนการเก็บตัวอย่างโลหิต

พลาสมา (plasma)	_____	ml
เกล็ดโลหิต (platelet	_____	ml
Cryoprecipitate	_____	ml
แอลบูมิน (albumin	_____	ml
เดกซ์แทรน (dextran)	_____	ml
Hydroxyethyl starch (HES) solution	_____	ml
รวม B	_____	ml

C = ปริมาตรของ crystalloids ที่ได้รับภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนการเสียชีวิตหรือก่อนการเก็บตัวอย่างโลหิต

Saline solution (NSS)	_____	ml
Ringer's lactate solution	_____	ml
Dextrose in water	_____	ml
Total parenteral nutrition (TPN)	_____	ml
รวม C	_____	ml

B+C =.....	มากกว่า PV (Plasma Volume = นน.ตัว (กก) X 40).....	ถ้า **ใช่** ข้อใดข้อหนึ่ง ไม่สามารถนำมาใช้ได้
A+B+C =.....	มากกว่า BV (Blood Volume = นน.ตัว (กก) X 1000/15).....	

*** กรณีที่ Donor อายุมากกว่า 13 ปี และมีนน.ตัวน้อยกว่า 45 กก. หรือมากกว่า 100 กก. ปรึกษาศูนย์ดวงตา

Version 1 พฤศจิกายน 2566

(ที่มา: ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย. แบบฟอร์มผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต. 2566.)

VI. แบบคัดกรองผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

แบบคัดกรองผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

ชื่อ-สกุลผู้บริจาค.....**อายุ**.....**ปี สาเหตุการเสียชีวิต**.....

ผู้ให้ข้อมูล.....**ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย**..... ☐ **เป็น** ☐ **ไม่เป็น** สมาชิกในครอบครัว

ผู้ซักประวัติ.....**ตำแหน่ง**.....

ประวัติการตรวจวินิจฉัย	Positive	Negative
1.RT – PCR Test / Antigen Test		
ประวัติความเสี่ยง	**ใช่**	**ไม่ใช่**
1. COVID – 19 Signs		
- ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS)		
- ปอดอักเสบ		
- ผลการตรวจวินิจฉัยปอด ด้วย Computed tomography (CT) พบ ground glass opacities		
2. COVID – 19 Symptoms		
- ไข้ / หนาวสั่น		
- ไอ		
- หายใจถี่ / หายใจลำบาก		
- อ่อนเพลีย		
- เจ็บกล้ามเนื้อ		
- ปวดศีรษะ		
- สูญเสียการรับรู้รสชาติหรือกลิ่น		
- เจ็บคอ		
- คัดจมูก / มีน้ำมูก		
- คลื่นไส้ / อาเจียน		
- ท้องเสีย		
3. มีประวัติอยู่ใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ติดเชื้อภายในระยะเวลา 10 วัน ก่อนเสียชีวิต		
- สัมผัสใกล้ชิดในระยะ 6 ฟุต (2 เมตร) กับผู้ที่เป็นโรค COVID – 19 เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 15 นาที		
- ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง สัมผัสใกล้ชิดหลายครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 15 นาที		

ปรับปรุง ณ วันที่ 3 พฤษภาคม 2566

Version 1 พฤศจิกายน 2566

(ที่มา: ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย. แบบฟอร์มผู้บริจาคดวงตาที่เสียชีวิต. 2566.)




กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES