

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

บทที่ 10

การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก

เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาวเรือง

ปราณี เมืองน้อย

ถิรพร ตั้งจิตติพร

วาณี แม่นยำ

สยมพร รัตนดิลก ณ ภูเก็ต

ปริภาดา สร้างนอก

จิณณพัต ยอดไกรศรี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วรพิทักษ์ ไทยสิทธิ

โรงพยาบาลเลิดสิน

10.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Definition of pediatric palliative care)

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

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

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

ผู้ป่วยเด็กกลุ่มใดที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

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

บางครั้งมีการแยกกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิด (neonatal palliative care) ออกมาเป็นกลุ่มเฉพาะอีกกลุ่มหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของทีมผู้ให้บริการ

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

ตารางที่ 10.1 การแบ่งผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลระดับประคับประคอง

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

ความแตกต่างของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยเด็กกับผู้ใหญ่

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

ความเข้าใจและปฏิกิริยาของเด็กเกี่ยวกับความตาย

การจะช่วยเหลือเด็กและครอบครัวได้ ทีมผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เรื่องความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับความตาย และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น ซึ่งอาการแสดงออกแตกต่างกันไปตามความเข้าใจของเด็ก โดยขึ้นอยู่กับอายุ ความคิด และพัฒนาการทางอารมณ์ ดังตารางที่ 10.2

ตารางที่ 10.2 ความเข้าใจเรื่องความตายในเด็กแต่ละวัยและปฏิกิริยาต่อความตาย

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

การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายมักเป็นประสบการณ์ที่น่ากลัว เพราะเด็กต้องแยกจากเพื่อนและผู้ปกครอง มาอยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโลกที่ไม่คุ้นเคยและเต็มไปด้วยความเจ็บปวดทำให้เกิดอารมณ์ต่างๆ ได้แก่

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

กระบวนการสำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก

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

บรรณานุกรม

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

10.2 การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (Pediatric palliative assessment)

การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยค้นหาปัญหาต่างๆ แล้วนำมาให้บริการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้ การประเมินผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่แรกเริ่ม ไม่ใช่เป็นการประเมินแบบเบ็ดเสร็จให้ได้ทุกอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ แต่การเข้าพูดคุยในแต่ละครั้งจะสามารถประเมินผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมมากขึ้น และสามารถบริหารจัดการปัญหาได้ตามลำดับความสำคัญ

วัตถุประสงค์ในการประเมิน

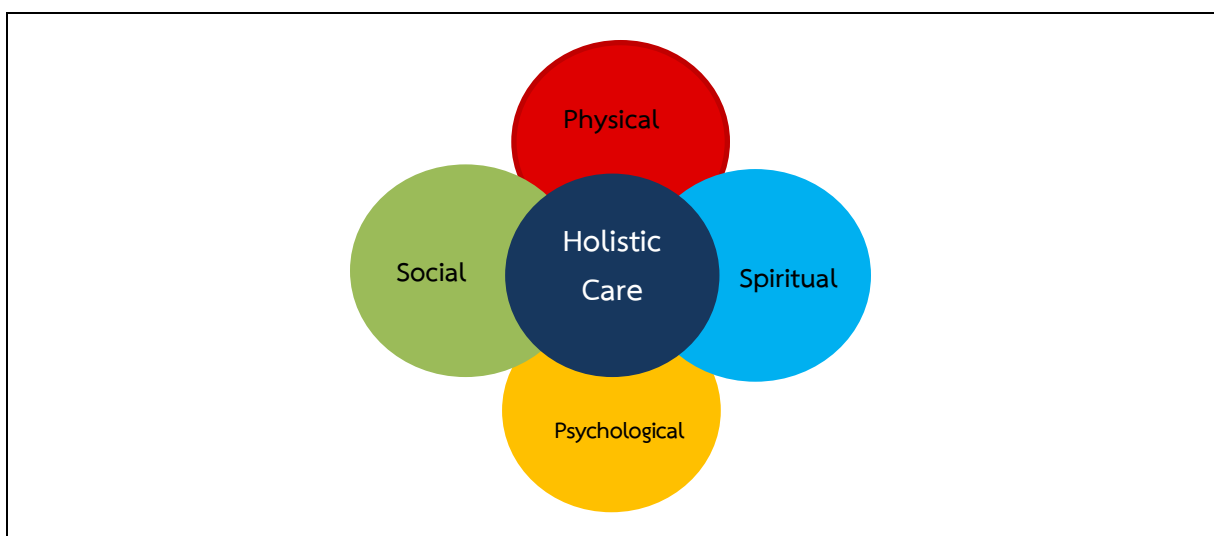
- 1) เพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่เป้าหมายในการดูแลรักษา
- 2) เพื่อให้ทีมเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้อง ลึกซึ้ง ครอบคลุมทุกด้าน
- 3) เพื่อให้วางแผนการดูแลอย่างเหมาะสมกับบริบท และจัดลำดับความสำคัญในการช่วยเหลือ

หลักการประเมิน

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

สิ่งที่พึงระลึกถึง

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



ภาพที่ 10.1 องค์ประกอบของ holistic care

การประเมินแบบองค์รวม (holistic care) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว และข้อมูลในแต่ละด้าน รายละเอียดดังตารางที่ 10.3

ตารางที่ 10.3 การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม (holistic care)

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

ตารางที่ 10.3 (ต่อ) การประเมินผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม (holistic care)

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

การประเมินผู้ป่วยกับครอบครัวควรแยกประเมิน เนื่องจากความต้องการและปัญหาเป็นปัจเจกบุคคล ตัวอย่างคำถาม ได้แก่

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

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

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

2) Edmonton symptom assessment system (ESAS) ผู้ประเมินควรถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

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

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

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

กลุ่มที่ 1 มีการรักษาให้หายขาดได้ แต่อาจไม่ได้นัล (ตัวอย่างเช่น โรคเมะเร็งในเด็ก)

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

กลุ่มที่ 3 โรคที่มีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาเป็นการบรรเทาอาการ (ตัวอย่างเช่น โรคทางพันธุกรรมเมตาบอลิซึม)

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

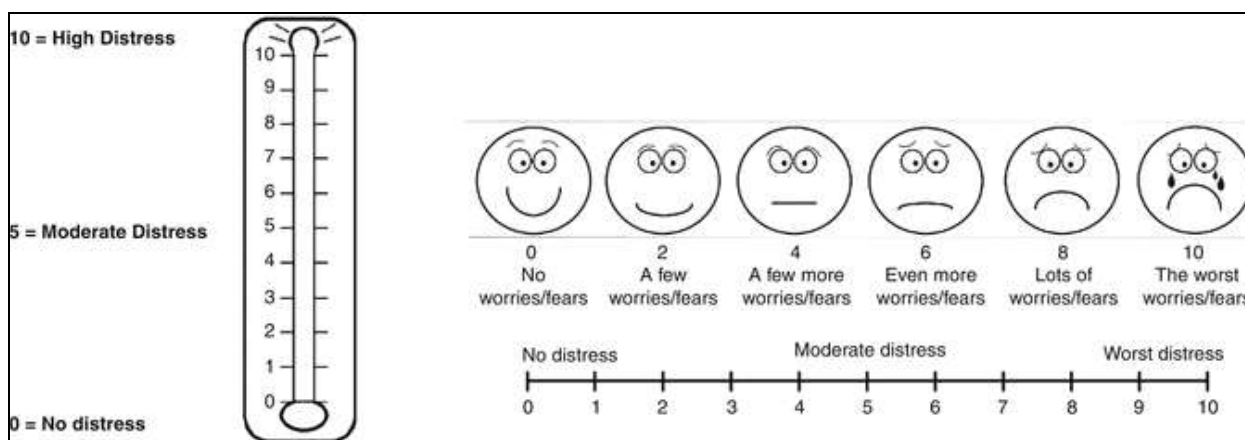
ภาพที่ 10.2 PPS-children Suandok ใช้สำหรับเด็กอายุ 1-14 ปี

ที่มา: Suandok's Palliative care model.

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

ผู้ประเมิน คือ

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



ภาพที่ 10.3 Distress thermometer for child

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

บรรณานุกรม

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

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

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

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

ผู้ป่วยประเภทใดที่ควรทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าและหลักการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายควรบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจมีความรุนแรงถึงชีวิต โรคเรื้อรังที่ทำให้อายุขัยสั้นหรือเมื่อรักษาแนวทางแรกแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ อาการโรคแย่ลง โดยแผนการดูแลรักษาดังกล่าวมุ่งหวังเพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย แผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าควรทำแต่เนิ่นๆ ไม่ควรรอทำเมื่ออาการเข้าสู่ระยะวิกฤติหรือระยะท้าย โดยอาจมีการทบทวนเป็นระยะๆ ตลอดการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามสภาวะโรคของผู้ป่วย ตามบริบทของครอบครัวหรือบริบททางการแพทย์

ผู้ที่เหมาะสมในการเปิดประเด็นอภิปรายเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า คือ แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยและพ่อแม่ของผู้ป่วยเด็กประชุมวางแผนร่วมกันไม่ควรรอให้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นฝ่ายเปิดประเด็นหรือร้องขอ

ขั้นตอนการทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

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

ประเด็นอภิปรายในการทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

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

หรือเป็นห่วง

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

อย่างไร เช่น

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

โดยการกดหน้าอกและให้ยากระตุ้น เช่น อะดรีนาลีน อะโทรปีน

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

10. เจตนาที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ จิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม

11. การใช้วิธีการอื่นๆ ในการลดอาการไม่สุขสบาย

อุปสรรคต่อการทำแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

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

5. พ่อแม่ส่วนใหญ่มักมีความหวังให้ลูกหายป่วย รอดชีวิต จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธความจริงที่ลูกอาการหนักกว่าที่คิด

6. บุคลากรทางการแพทย์ประเมินความพร้อมของพ่อแม่ในการพูดคุยเกี่ยวกับความตายต่ำกว่าความเป็นจริงทำให้ขาดโอกาสในการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

7. บุคลากรทางการแพทย์ไม่ตระหนักถึงการกลัวความล้มเหลวในการรักษาของตนเอง ทำให้หลีกเลี่ยงการสื่อสารเกี่ยวกับความตายและการสูญเสีย

8. บุคลากรทางการแพทย์ไม่มั่นใจในทักษะการสื่อสารสำหรับประเด็นที่อ่อนไหวหรือการสูญเสีย ทำให้หลีกเลี่ยงการทำ ACP

9. บุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจแง่มุมกฎหมายหรือจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่กล้าทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

องค์ประกอบของ ACP จะสมบูรณ์เมื่อประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญคือ

1. Patient preference สิ่งที่คุณต้องการให้ความสำคัญ เป้าหมายการดูแลรักษา เมื่อถึงวาระสุดท้ายของตนเอง

2. Advance decisions หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะไปจนไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ด้วยตนเองแล้ว

3. Proxy nomination การเลือกบุคคลใกล้ชิดแสดงเจตนาแทน เมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังต้องมีพ่อแม่ร่วมตัดสินใจหรือเป็นผู้ตัดสินใจแทน

ทักษะสำคัญที่ควรมีในการทำแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

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

2. การใช้ภาษาให้เหมาะกับวัยเด็ก เข้าใจง่าย ไม่ใช่คำเปรียบเทียบที่เข้าใจยาก ตรวจสอบความเข้าใจของเด็กหลังตอบคำถาม

3. การประเมินแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทของเด็กและครอบครัว

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

การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (Family meeting)

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

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักมีข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแนวทางการดูแลรักษาบางอย่างที่ละเอียดอ่อน บางครั้งอาจมีปัญหาก็เกิดขึ้น เช่น ทีมที่ดูแลมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันกับผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว หรือปัญหา สมาชิกในครอบครัวมีความเห็นขัดแย้งกันเรื่องเป้าหมายการดูแล จึงจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารระหว่างทีมดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยผู้ป่วยและญาติในกระบวนการตัดสินใจ

การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (family meeting) จึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาส ให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษา ร่วมกัน

เป้าหมายของการทำ Family meeting

1) สร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับตัวโรคและระยะของโรค รวมไปถึงการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

2) ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตายได้ดีขึ้น

3) กำหนดเป้าหมายหลักของการดูแลและแนวทางของการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

4) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน

5) ประเมินวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนการทำ Family meeting

1. การเตรียมการก่อนทำ Family meeting ประกอบด้วย

1) นัดวันเวลา และจัดเตรียมสถานที่ที่เงียบสงบเป็นส่วนตัว

2) เชิญผู้เกี่ยวข้อง

3) ทีมดูแลทำการทบทวนวัตถุประสงค์ของการทำ family meeting

4) ทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย การรักษาที่ผ่านมาและพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาที่เป็นไปได้ทั้งหมด สถานการณ์ความรุนแรงของโรค

5) ศึกษา genogram และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

6) ทบทวนข้อสรุปจากการประชุมที่ผ่านมา และการตัดสินใจของสมาชิกแต่ละทีมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา ทั้งนี้เพื่อให้ระหว่างที่พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วย ทีมสุขภาพที่ดูแลจะได้มีความเข้าใจตรงกัน และอธิบายสอดคล้องกัน ไม่สร้างความสับสนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

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

8) กำหนดบทบาทของสมาชิกอื่นๆ ในทีมที่เข้าร่วมประชุมว่าต้องการให้ผู้ใดทำหน้าที่ชี้แจงหรือตอบคำถามแก่ครอบครัวในส่วนไหน

9) เตรียมคำถามที่อาจต้องถาม และเตรียมคำตอบล่วงหน้าที่คาดว่าผู้ปกครองหรือเด็กอาจสอบถาม

2. ขั้นตอนดำเนินการเมื่อเริ่มประชุม มีดังนี้

1) สมาชิกในทีมกล่าวแนะนำตัวและบอกบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้แนะนำตัวเอง

2) ผู้เอื้ออำนวยการสนทนา (facilitator) กล่าวสั้นๆ ถึงวัตถุประสงค์ของการทำ family meeting ในครั้งนี้ว่ามีประเด็นอะไรบ้างที่ต้องการให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ร่วมกันตัดสินใจหรือรับทราบ

3) ผู้เอื้ออำนวยการสนทนา (facilitator) แจ้งกติกาของการประชุม เช่น

- การเรียงลำดับของการแสดงความเห็น (ส่วนใหญ่นิยมให้ผู้ป่วยเป็นผู้แสดงความเห็นก่อน จากนั้นเรียงลำดับตามสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจในครอบครัวน้อยที่สุด ไปยังสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากที่สุด เนื่องจากหากให้สมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากกว่าคนอื่นๆ พูดก่อน สมาชิกที่เหลืออาจจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นของตัวเอง

- ให้สมาชิกคนอื่นๆ พูดจบก่อนแล้วจึงแสดงความคิดเห็น

- แจ้งระยะเวลาของการประชุมคร่าวๆ ให้ทุกคนได้รับทราบ

4) ถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเข้าใจระยะของตัวโรคและการพยากรณ์โรค

- ใช้คำถามเปิด ให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้แสดงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย

- เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วยที่อธิบายและตอบคำถามของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ระยะของโรค และการพยากรณ์โรคเท่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากจะทราบ

5) ทำความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายและแนวทางการดูแล

- ถามความเห็นของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแล ทีมอธิบายเป้าหมายของการดูแล และชี้แจงข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี)

- สอบถามสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับข้อสงสัยเรื่องแผนการดูแลในอนาคต ทีมอธิบายเรื่องแผนการดูแลรักษาและชี้แจงแนวทางการจัดการกับอาการต่างๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

- สอบถามความต้องการของครอบครัวด้านต่างๆ ที่อยากให้ทีมช่วยเหลือ

- สอบถามประเด็นการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤติ เช่น การกู้ชีพ การให้ยา ความต้องการเกี่ยวกับพิธีกรรมทางศาสนาของครอบครัว สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต เช่น อยากเสียชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล

- ผู้ที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน หากอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ ควรมีตัวแทนของครอบครัวที่ทีมสามารถติดต่อได้ หากมีปัญหาบางอย่างที่ต้องการให้ครอบครัวร่วมตัดสินใจ

- กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารเกี่ยวกับวาระสุดท้ายในชีวิต

6) ประเมินผลกระทบและวิธีการรับมือกับปัญหา

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

- วิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่างๆ ที่ผ่านมา
- ประเมินจุดแข็งของครอบครัวในการรับมือกับปัญหาและชี้ให้ครอบครัวเห็นจุดแข็งของตนเอง

- ประเมินว่ามีสมาชิกในครอบครัวคนใดที่ต้องการความช่วยเหลือด้านใดเป็นพิเศษหรือไม่ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ซึมเศร้า ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงิน อาชีพการงาน

- ให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้มีการตัดสินใจรับมือกับปัญหาอย่างเหมาะสม อาจเป็นการช่วยเหลือทางจิตใจ จิตวิญญาณ ช่วยเหลือในพิธีกรรมต่างๆ ทั้งก่อนและหลังจากเด็กเสียชีวิต

- ให้คำแนะนำในการดูแลพี่น้องของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากในภาวะที่พ่อแม่ทุ่มเทเวลาในการดูแลเด็กป่วย อาจทำให้ไม่สามารถดูแลพี่น้องอื่นๆ ได้เต็มที่ พี่น้องเหล่านั้นอาจรู้สึกโดนทอดทิ้ง จึงควรแนะนำให้พ่อแม่ให้อนุญาตให้พี่น้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือมีส่วนร่วมในการร่วมกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หากพบว่าพี่น้องได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

7) สรุปและปิดการประชุม

- เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ซักถามในประเด็นที่ทีมยังไม่ได้ตอบ
- สรุปสั้นๆ เกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ รวมทั้งแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต
- กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3. หลังการประชุม

หลังการประชุมระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วยทุกครั้ง ควรจดบันทึกสิ่งที่ได้พูดคุยกันระหว่างประชุมในประเด็นที่สำคัญอย่างละเอียดลงในเวชระเบียน ควรมีการเขียนสิ่งที่พูดคุยหรือแจ้งข่าวเป็นลายลักษณ์อักษรให้พ่อแม่ได้อ่านทบทวนภายหลัง เนื่องจากในระหว่างการจัดข่าวร้าย พ่อแม่อาจอยู่ในภาวะที่ตกใจ เครียดจนรับรู้ข้อมูลได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมที่ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประชุมเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดประชุมในครั้งต่อไป

ในการประชุมครอบครัวควรยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและเปิดเผยตรงไปตรงมาก่อนที่จะให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนตัดสินใจ ให้ความเคารพต่อความต้องการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติอย่างให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เลือกการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่ยึดความสะดวกของผู้รักษา ให้การดูแลแบบองค์รวม และช่วยติดต่อเครือข่ายบริการและเครือข่ายช่วยเหลืออื่นๆ ทางสังคมเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

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

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

10.4 การจัดการอาการไม่สุขสบายทางกายในผู้ป่วยเด็ก (Pediatric symptoms management)

การควบคุมอาการเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อาการที่สำคัญที่พบได้ เช่น ปวด อาการอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

การจัดการอาการปวดสำหรับการดูแลประคับประคองในเด็ก

ความปวดเป็นอาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกายซึ่งส่งผลต่อร่างกายและจิตใจตลอดจนคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติ การจัดการอาการทางกายเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การควบคุมอาการปวดที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ

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

การแบ่งชนิดของความปวดตามสาเหตุของพยาธิสภาพ ชนิดของความปวดตามพยาธิสภาพ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ/ การทำลายของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain)

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

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

2. ความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) ผู้ป่วยอาจมีความปวดมากกว่า 1 ชนิดได้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค

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

1. การประเมินความปวด

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

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

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

ตารางที่ 10.4 ตัวอย่างเครื่องมือประเมินความปวดตามวัย

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

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

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

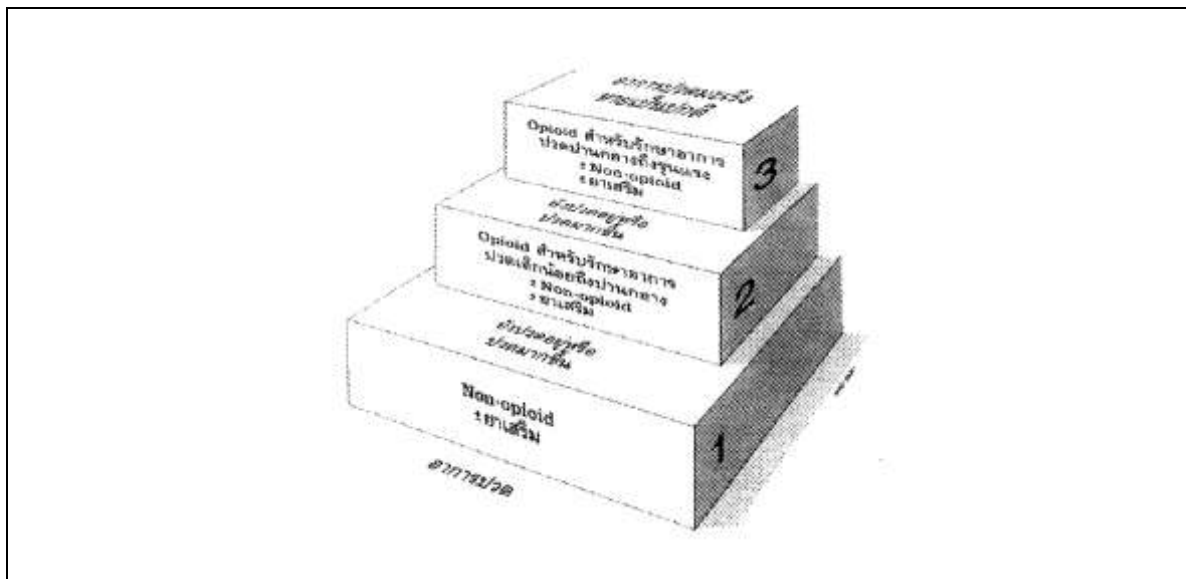
ควรสอบถามเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยทุกรายเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา หากพบว่ามีอาการปวด ควรประเมินความปวดในด้านคุณลักษณะและปริมาณ (ความรุนแรง) และประเมินซ้ำเป็นระยะ หรือเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อเป็นการติดตามผลการรักษาและจะต้องบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยด้วย

2. การรักษาอาการปวด

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

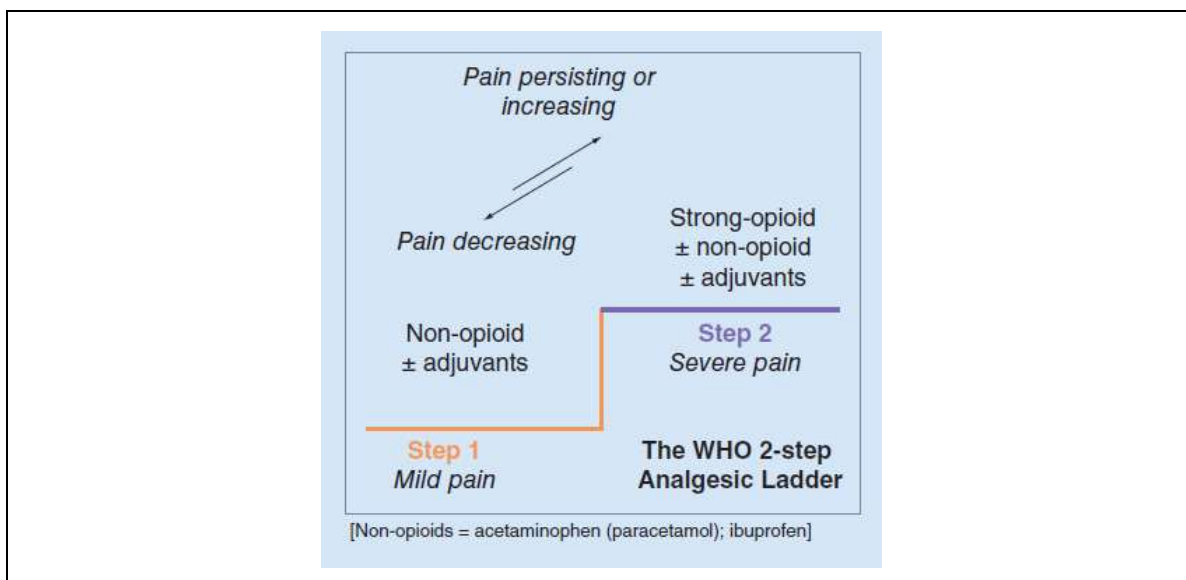
หลักในการใช้ยารักษาความปวดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ

2.1 “ตามลำดับขั้น” ให้ยาระงับปวดตามความรุนแรงของอาการปวดตามลำดับขั้น ดังภาพที่ 10.4



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

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



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

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

ตารางที่ 10.5 ขนาดยาสำหรับบรรเทาอาการปวดไม่รุนแรง

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

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

ตารางที่ 10.6 ขนาดยา strong opioids เริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด

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

หมายเหตุ: ควรฉีดยาช้าๆ ภายใน 3-5 นาที

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

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

หมายเหตุ: ควรฉีดยาช้าๆ ภายใน 3-5 นาที

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

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

ตารางที่ 10.9 อัตราส่วนการปรับยาระหว่างการบริหารยาแบบ parenteral และ oral (2)

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

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

ตารางที่ 10.10 ตัวอย่างยากลุ่ม ยาเสริม (adjuvant drugs)

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

2.2 “ตามเวลา”

ควรบริหารยาโดยกำหนดเวลาของมียาให้คงที่ตามคุณสมบัติของยานั้นๆ และปรับยาตามอาการของผู้ป่วยโดยเพิ่มซ้ำๆ จนผู้ป่วยสบาย *ไม่ควรบริหารยาเป็น prn*

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

2.3 “ตามวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม”

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

2.4 “ตามความเหมาะสมของเด็กแต่ละคน”

เด็กแต่ละคนมีความต้องการยาระงับปวดที่ต่างกัน การวางแผนการรักษาจึงต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไปตามความเหมาะสม

ข้อควรระวังในการให้การรักษาด้วยยา

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

การจัดการอาการทางระบบทางเดินหายใจ

อาการทางระบบหายใจของผู้ป่วยได้ระยะท้าย เป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ดูแลและผู้ปกครอง โดยเฉพาะเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการดังกล่าวได้ อาการที่พบบ่อย ได้แก่

1. อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea)

เป็นอาการทางระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีอยู่เดิม หรือเกิดจากโรคมาเร็งในตำแหน่งอื่นๆ

กลไกที่ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย ได้แก่

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

- 3) ภาวะที่ร่างกายต้องการเพิ่ม ventilation เช่น metabolic acidosis ไข้สูง ชีต

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

ตารางที่ 10.11 Modified borg scale (MBS)

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

แนวทางการรักษา

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

3) การรักษาอาการหอบเหนื่อยแบบประคับประคอง

3.1) การใช้ยา (pharmacological management) ดังตารางที่ 10.12

- Opioids มีการศึกษาพบว่าการใช้ยาในกลุ่ม opioids สามารถลดอาการหอบเหนื่อยลงได้ ทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงใช้ยาในกลุ่มนี้ในการควบคุมอาการปวดอยู่แล้ว

- Benzodiazepine แต่ประโยชน์ของยาในกลุ่มนี้คือเพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล มีการศึกษาในผู้ใหญ่ที่ใช้ midazolam ร่วมกับ morphine ในการลดอาการหอบเหนื่อยในผู้ใหญ่ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน ถึงผลของการรักษาในเด็ก

3.2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) เช่น

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

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

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

ตารางที่ 10.12 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการระบบทางเดินหายใจ

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

การจัดการอาการระบบทางเดินอาหาร

ผู้ป่วยเด็กระยะท้าย จะเป็นช่วงที่อวัยวะต่างๆ ทำงานลดลง ความอยากอาหารหรือการเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อย ดังนี้

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

ตารางที่ 10.13 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการระบบทางเดินอาหาร

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

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

ตารางที่ 10.14 ยาและขนาดยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

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

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

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

การจัดการอาการทางระบบประสาท

1. อาการชัก (Seizure) ควรประเมินว่าเป็นอาการชักที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ เป็นอาการชักเฉพาะที่หรือชักทั่วไป ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชัก หรือสาเหตุที่ทำให้ชักมีอะไรบ้าง

แนวทางการบำบัดอาการชักเป็นไปตามตารางที่ 10.15 หลังจากนั้นจึงพิจารณาการให้ยาป้องกันการชักต่อไป

ตารางที่ 10.15 แนวทางปฏิบัติให้การรักษาชักต่อเนื่องในโรงพยาบาล

นาที่ที่ 0 - 5	จัดทำให้เหมาะสม, เปิดทางเดินหายใจ เปิดหลอดเลือดให้สารน้ำและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
นาที่ที่ 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
นาที่ที่ 30 - 50	ถ้ายังชักพิจารณาให้ ยากันชักซ้ำในขนาดครึ่งหนึ่งของครั้งแรก
นาที่ที่ 50	ถ้ายังชักพิจารณา เปลี่ยนชนิดยากันชัก

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

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

บรรณานุกรม

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

10.5 การพยาบาลเพื่อการบรรเทาอาการไม่สุขสบายในเด็ก (Nursing management for symptom control)

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

อาการไม่สุขสบายที่พบบ่อยในระยะท้าย ได้แก่

1. ความปวด (Pain)

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด

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

2) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

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

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

3) การสนับสนุนทางอารมณ์ ด้วยการไต่ถามอาการ ไม่ตีตราว่าเป็นปวดหลอก ตอบสนองความต้องการ ในการจัดการความปวดอย่างรวดเร็ว พยาบาลจึงต้องค้นหาสาเหตุของพฤติกรรม และประสานงานสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลเปิดโอกาสให้ได้รับบายความทุกข์ใจ สร้างความมั่นใจในบริการ

2. อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)

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

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก

1) ด้วยการให้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา

2) ด้วยการไม่ใช้ยา

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

2.2 จัดทำให้หายใจสะดวก ศีรษะสูง

2.3 สงวนพลังงานและวางแผนในการจัดลำดับกิจกรรม หลีกเลี่ยงการออกแรงที่ไม่จำเป็น

2.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี เปิดพัดลมหมุนเข้าหน้าผู้ป่วย ปรับระยะ และความแรงของลมให้พอเหมาะ อากาศที่เย็นและแห้งเกินไปจะทำให้หายใจลำบาก และไอมากขึ้นได้ ควรให้ใส่ เสื้อผ้าที่อบอุ่น

2.5 ไม่ควรรับประทานอาหารปริมาณมากเกินไป ควรรับประทานอาหารย่อยง่าย ครึ่งละน้อยๆ

2.6 ดูแลจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัว ฟังธรรมะ/ บทสวดที่คุ้นเคย ฟังเพลงที่ชอบ ฟังนิทาน

2.7 ให้ออกซิเจน และ/ หรือกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)

ภาวะไม่สุขสบายนี้ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียและขาดน้ำ พยาบาลประเมินลักษณะการเกิด ความถี่ อาการที่เกิดร่วมด้วย อาจเกิดจากหลายสาเหตุ

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

1) ด้วยการให้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา

2) ด้วยการไม่ใช้ยา

2.1) การจัดสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่ระบายอากาศดี ปราศจากกลิ่นและสิ่งกระตุ้น เช่น แสงจ้า เสียงดัง

2.2) หลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือหัตถการสร้างความเจ็บปวดก่อนมื้ออาหาร

2.3) รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารมัน กลิ่นฉุน ให้รับประทานทีละน้อย บ่อยครั้ง ไม่ดื่มน้ำก่อนหรือระหว่างรับประทานอาหาร

2.4) จัดท่านั่งนอน ศีรษะสูง นอนราบได้หลังอาหาร 2 ชั่วโมง

2.5) กดจุด ฝังเข็ม ดนตรีบำบัด จินตภาพ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ deep breathing ฯลฯ

2.6) Mouth care บ่อยๆ โดยเฉพาะหลังอาเจียนด้วยน้ำอุ่น

4. อาการท้องผูก (Constipation)

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

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก ควรเริ่มจากการป้องกัน

1) ด้วยการให้ยา พยาบาลปฏิบัติตามหลักการบริหารจัดการยาตามแผนการรักษา

2) ด้วยการไม่ใช้ยา

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

5. อาการเบื่ออาหาร (Anorexia) และขาดสารอาหาร (Cachexia)

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

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเบื่ออาหารและขาดสารอาหาร

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

บรรณานุกรม

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

10.6 การประเมินและช่วยเหลือทางจิตใจในผู้ป่วยเด็ก (Psychological assessment and support)

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

1. การประเมินด้วยการพูดคุยหรือให้การปรึกษาและจิตบำบัด เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีในระดับต่างๆ ดังนี้

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

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

2.1) แบบประเมิน/ คัดกรองสุขภาพจิตสำหรับเด็ก

- แบบประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง developmental assessment for intervention manual (DAIM)

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

- แบบคัดกรองซึมเศร้าในเด็ก children's depression inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย

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

2.2) แบบประเมิน/ คัดกรองสุขภาพจิตสำหรับผู้ใหญ่

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

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

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

- แบบประเมินพลังสุขภาพจิต resilience quotient (RQ)

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

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

ชื่อ

วันที่

ข้อความด้านล่างเป็นคำอธิบายความรู้สึกต่างๆ ให้เลือกคำตอบ 1 ข้อ จากแต่ละข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรืออาการของหนูในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขอให้พยายามตอบคำถามทุกข้อ ถึงแม้จะมีบางข้อที่อาจดูไม่เกี่ยวข้องหรือตรงกับอาการของหนู

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

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

ที่มา: กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 2563

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

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

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

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

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

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

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

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

สำหรับเด็กอายุ อายุ 8-11 ปี ควรมีผู้ใหญ่ช่วยอธิบายแบบสอบถาม หรือนั่งอยู่ด้วยขณะทำแบบสอบถามเพื่อช่วยอธิบายข้อคำถามที่เด็กอาจไม่เข้าใจ*

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

แปลโดย พญ.ศิริรัตน์ อุพารัตินนท์ กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (2557)

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

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

ที่มา: กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 2563

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

- การเบี่ยงเบนความสนใจ
- การกำหนดลมหายใจ
- การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- การฝึกจินตนาการ

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

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

2. ประเมินผ่านกิจกรรมต่างๆ เป็นการใช้สื่อกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเด็กได้แสดงออกถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมต่างๆ โดยผ่านการใช้กิจกรรมต่างๆ ดังนี้

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

บรรณานุกรม

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

10.7 การประเมินและการช่วยเหลือครอบครัว (Family support)

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

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

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

มีการศึกษาถึงความต้องการ การช่วยเหลือของครอบครัวของเด็กป่วยระดับประคับประคองและเด็กที่ใกล้เสียชีวิตทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ยังมีความต้องการหลายด้านที่ครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง ดังนี้

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

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

การช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวเป็นสิ่งที่จำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องประเมินและช่วยเหลือควบคู่ไปกับการดูแลเด็กป่วย เพราะถ้าครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัย ก็จะทำให้ครอบครัวผ่านพ้นวิกฤติ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กแบบมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้ายของเด็กได้

การประเมินครอบครัว แนวทางการประเมินครอบครัวมีดังนี้

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

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

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

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

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

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

7. การประเมินความเสี่ยงของครอบครัว หาจุดอ่อนหรือความเสี่ยงอื่นๆ ในครอบครัวที่จะส่งผลกระทบต่อการดูแลเด็กป่วย เช่น โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพจิตใจ การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแลเด็ก ระดับการศึกษา ระดับเชาวน์ปัญญาของพ่อแม่ การขาดบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ ครอบครัวมีประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตัวเอง การฆ่าตัวตาย ทำร้ายเด็กป่วย ใช้อาหารหรือสารเสพติด

เนื่องจากผู้ป่วยเด็กแต่ละรายและครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน ในทุกๆ ด้าน ดังนั้นจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ทีมดูแลต้องทำความเข้าใจ ซึ่งจะสามารถประเมินได้ถึงปัญหา และความต้องการที่แท้จริงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วยได้ เป้าหมายของการช่วยเหลือครอบครัวของเด็กป่วยระดับประคับประคองและระยะท้ายควรครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

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

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

การดูแลช่วยเหลือครอบครัว การดูแลช่วยเหลือครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

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

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

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

3. การช่วยเหลือด้านการรับมือกับปัญหา

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

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

4. การช่วยเหลือ สนับสนุนปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเป็นระบบครอบครัว การดำรงหน้าที่ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กป่วยและครอบครัว ได้แก่

4.1 การสนับสนุนให้เด็กและครอบครัวได้ทำกิจกรรมตามความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนา ที่ไม่เป็นอันตรายต่อครอบครัวและเด็กป่วย

4.2 ช่วยเหลือให้เด็กป่วยและครอบครัวได้ทำในสิ่งที่ปรารถนาตามความฝันของเด็ก และสิ่งที่ยัง ค้างคาใจ

4.3 ทีมดูแลให้การดูแล ช่วยเหลือเด็กป่วยตามพันธกิจชีวิต หรือตามข้อตกลงใน advance care plan ที่ครอบครัวหรือเด็กต้องการเมื่อเด็กเข้าสู่ภาวะวิกฤติ หรือระยะท้าย

บรรณานุกรม

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

10.8 การดูแลด้านจิตวิญญาณในเด็กระยะท้าย (Spiritual management)

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

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

ตารางที่ 10.16 การพยาบาลตามระยะพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ

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

ตารางที่ 10.16 (ต่อ) การพยาบาลตามระยะพัฒนาการเพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ

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

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

ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็กระยะท้ายทางจิตวิญญาณ

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

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

บรรณานุกรม

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

10.9 การเยียวยาหลังสูญเสีย (Bereavement care)

การเยียวยาหลังการสูญเสีย หมายถึง การให้การดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียเพื่อให้ผ่านพ้นความเศร้าโศก โดยมีเป้าหมายของการเยียวยาหลังการสูญเสีย คือ ทำให้ครอบครัวสามารถผ่านพ้นความสูญเสียไปได้ด้วยดีและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพยอมรับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับความสูญเสียได้

ความสำคัญของการเยียวยาหลังการสูญเสียในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในช่วงที่เด็กเสียชีวิตแล้วมีความสำคัญ ดังนี้

1) เป็นการรักษาสัมพันธภาพระหว่างที่รักษากับครอบครัว เพื่อเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือในกรณีที่ครอบครัวมีการชะงักงันในการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ

2) สร้างโอกาสพัฒนาปัญญาให้แก่ครอบครัวผู้สูญเสีย โดยใช้ความสูญเสียในครอบครัวนั้นเป็นเหตุทำให้เกิดความเข้าใจและเติบโตในทางจิตวิญญาณ

3) ประเมินครอบครัว เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเข้มแข็งที่มีผลต่อการปรับตัวหลังเกิดการสูญเสีย ประเมินสภาพจิตใจหลังการสูญเสีย และให้การรักษาฟื้นฟูต่อไป

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

ตารางที่ 10.17 ปัจจัยด้านบวกและด้านลบของกลุ่มเสี่ยง (high risk) ภายหลังการสูญเสีย

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

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

กระบวนการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว

มีการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวในช่วงหลังความตายอย่างสม่ำเสมอ โดยติดตามประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และสังคมของครอบครัว เพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือตามความจำเป็นอย่างเหมาะสมโดยแผนการติดตามช่วยเหลือแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

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

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

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

Bereavement care program ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของงาน palliative care คือการวางแผนเพื่อช่วยให้ครอบครัวผ่านกระบวนการสูญเสียได้อย่างดี ประกอบด้วย

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

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

บรรณานุกรม

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

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

บทที่ 11

การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

สแกนต์ บุณนาค

จิตนภา วาณิชวโรตม์

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

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

ผู้สูงอายุมีสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีความบกพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นและอาจมีความบกพร่องด้านสติปัญญาด้วย และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยได้ง่าย มีการรักษาระยะยาวเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ผู้สูงอายุอาจต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ ขณะเดียวกันผู้ดูแลก็เกิดความเครียดมีปัญหาสภาพกายและจิตจากภาระการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานและไม่สามารถเข้าถึงระบบการสนับสนุนได้

หลักการพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ

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

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

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

กลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในคลินิกผู้สูงอายุ มี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

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

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

จากสภาพสังคมสูงอายุและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวควรเป็นการดูแลแบบประคับประคองจากสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric medicine) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ดังนี้

ตารางที่ 11.1 การดูแลผู้สูงอายุแบบเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแบบประคับประคอง

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

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

ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

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

แนวทางในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

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

องค์ประกอบของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง

สามารถจัดกลุ่มการดูแลได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

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

เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามอาการและวางแผนการดูแล

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

บทบาทของสถานบริการทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือกลุ่มชราภาพ ควรเน้นการดูแลที่เฉพาะเจาะจงบูรณาการร่วมกับการดูแลด้านสวัสดิการสังคม เป็นการพัฒนาการบริการเชิงรุกในชุมชน บริการเยี่ยมบ้านโดยให้บริการอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

ความต้องการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

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

หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ มีหลักการยึดถือร่วมกัน ดังนี้

1. การทำความเข้าใจกับความประสงค์ของผู้สูงอายุและเป้าหมายในการดูแล
2. ผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล
3. ใช้วิธีการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

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

ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการจัดการอาการในผู้สูงอายุ

1. การประเมินอาการ ในผู้สูงอายุมีปัญหาเนื่องจากการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ข้อมูลลดลง มีความพร่องทางด้านระบบประสาท การมองเห็น การได้ยิน พูดลำบาก บางครั้งอาจให้ข้อมูลน้อยเนื่องจากความเกรงใจหรือไม่ต้องการกินยาจำนวนมาก การประเมินจากพฤติกรรมหรือถามจากผู้ดูแลจะช่วยให้การประเมินได้มาก

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

3. การใช้ยาในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อวัยวะต่างๆ ทำงานลดลงจะมีปัญหาในการใช้ยาซึ่งเป็นผลรวมของปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การดูดซึมยาลดลงทั้งยาฉีดและยากิน แต่ไม่ได้ทำให้ยาในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่าคนที่อายุน้อย

การกระจายของยาในร่างกายลดลงเนื่องจากผู้สูงอายุมีน้ำในร่างกายลดลงร่วมกับระดับอัลบูมินที่ลดลง ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงกว่าคนที่อายุน้อย และยาจะอยู่ในร่างกายนานขึ้นถ้าตับ และไตทำงานน้อยลง

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

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

ดังนั้นการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างปลอดภัย ควรเริ่มต้นด้วยยาขนาดน้อยๆ และปรับขนาดยาช้าๆ (start low and go slow)

ผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาวแบบประคับประคอง ประเมินได้จากภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ การเข้าถึงบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย รวมทั้งลดอันตรายและการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาศักยภาพของทีมนursesวิชาชีพ

Activity of Daily Living: ADL

วิธีการ เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าทำได้หรือไม่ โดยสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. Feeding: รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ☐

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

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

- ① ต้องการความช่วยเหลือ
- ② ทำเองได้ (รวมทั้งทำตัวเองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer: ลุกนั่งจากพื้นนอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ☐

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

4. Toilet use: ใช้ห้องน้ำ ☐

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

5. Mobility: การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ☐

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

6. Dressing: การสวมใส่เสื้อผ้า ☐

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

7. Stairs: การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ☐

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

8. Bathing: การอาบน้ำ ☐

- ① ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- ② อาบน้ำเองได้

9. Bowels: การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ☐

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

10. Bladder: การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ☐

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

เกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 20 คะแนน

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

5-11 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง

≤4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ภาพที่ 11.1 เครื่องมือประเมิน activity of daily living; ADL

ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว คู่มือการคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ 2557

บรรณานุกรม

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

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

บทที่ 12

การดูแลรักษาอาหาร แบบประคับประคอง

พรทรัพย์ เตชะกุลเจริญ
ชลลี เครือสุคนธ์
โรงพยาบาลสงฆ์

การดูแลโภชนาการแบบประคับประคอง

การดูแลโภชนาการแบบประคับประคองท่ามกลางความหลากหลายของหมู่สงฆ์

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

เพราะเหตุที่พระภิกษุสามเณรมีพื้นฐานและวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างหลากหลายกันมาก บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาโภชนาการแบบประคับประคองควรต้องปรับท่าทีและวิธีการเข้าหาพระอาพาธแต่ละรูป ให้เหมาะสมกับความต้องการของท่าน อย่างไรก็ตามแนวทางพื้นฐานเกณฑ์ในการปฏิบัติต่อพระอาพาธควรปฏิบัติให้เอื้อเพื่อต่อพระวินัยมากที่สุดก่อน เพื่อให้พระที่เคร่งครัดในพระธรรมวินัยซึ่งถือว่าเป็นพระดี พระในอุดมคติของพุทธศาสนาซึ่งพุทธศาสนิกชนอยากเคารพกราบไหว้เกิดความสบายใจ ยินดีที่จะเข้ารับการรักษาดูแลอาพาธของท่านในโรงพยาบาล การให้การดูแลที่เอื้อเพื่อต่อพระธรรมวินัยเป็นพื้นฐานยังช่วยฟื้นฟูพระพุทธศาสนาให้มั่นคงขึ้นได้ทางอ้อมด้วย เพราะพระที่ประพฤติตัวอ่อนโยนเมื่อทราบว่ามีโรงพยาบาลให้บริการด้วยมาตรฐานที่อิงพระธรรมวินัยก็จะไม่กล้าต่อรองเรียกร้องหรือประพฤติดนในสิ่งที่ไม่เหมาะสมกับสมณสาธูป

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองถือเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่สำหรับทางโรงพยาบาล ที่บุคลากรกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาศักยภาพและเก็บเกี่ยวประสบการณ์ ยิ่งเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายนั้นเป็นพระภิกษุด้วยแล้ว อาจทำให้บุคลากรทำงานยากขึ้น เพราะความไม่คุ้นเคยกับวิถีชีวิตพระทำให้ไม่ทราบว่าควรจะทำอย่างไรจึงจะเหมาะสม เทคนิคที่เคยใช้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทั่วไปก็อาจไม่เหมาะที่จะใช้กับพระ นอกจากนี้พระยังถูกคาดหวังว่าได้ศึกษาปฏิบัติธรรมพัฒนามิติดาโมกขปัญญามากกว่าฆราวาส จึงทำให้บุคลากรไม่มั่นใจว่าจะให้การช่วยเหลือมิติดาโมกขจิตใจและปัญญาต่อท่านอย่างไรจึงจะเหมาะสม

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

การประเมินว่าภิกษุอาพาธที่จะต้องดูแลนั้น ท่านมีความสนใจในการศึกษาและปฏิบัติธรรมเพียงใด เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญ อันจะนำไปสู่ความแตกต่างในการดูแลทั้งมิติทางร่างกายและจิตใจของพระแต่ละรูป ความสนใจปฏิบัติไม่ได้มีความสัมพันธ์นักกับวัยหรือจำนวนพรรษาที่บวชพระหนุ่มมิได้หมายความว่าสนใจ หรือมีความก้าวหน้าในการปฏิบัติน้อยกว่าพระที่อายุมาก หรือพระที่บวชมานาน การประเมินในเรื่องนี้ทำได้ไม่ยาก จากการสังเกตพฤติกรรม การสอบถาม หรือสังเกตบรรยากาศขณะที่มีคนมาเยี่ยมท่าน

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

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

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

ชีวิตใกล้ตายนั้น ถ้ามองถูก วางใจถูก ก็เป็นโอกาสสำคัญที่ชีวิตนั้นจะได้พบประสบเข้าถึงภาวะที่งดงามแท้ แม้กระทั่งสูงสุด การมีชีวิตที่งดงามประเสริฐยามก่อนมรณะนี้ มี 3 ระดับ คือ

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

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

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

ข้อควรพิจารณาในการดูแลพระอาพาธแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

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

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

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

2.2 **สบง** คือ ผ้านุ่ง ลักษณะคล้ายผ้าขาวม้า แต่พับเป็นขอบหนาเข้ามาทุกด้าน

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

2.4 **อังสะ** มีลักษณะคล้ายเสื้อไม่มีแขนไว้สวมซับเหงื่อด้านใน ปัจจุบันทำให้มีกระเป๋ามีซิปปิดไว้ใส่ของใช้ส่วนตัวได้ตามสมควร พระจำนวนไม่น้อยนิยมใส่พระเครื่อง ของขลังไว้ในอังสะ หรือทำเป็นเข็มกลัดติดไว้ที่อังสะ

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



ภาพที่ 12.1 เครื่องนุ่งห่มที่ควรจัดเตรียม (จีวร สบง สังฆาฏิ อังสะ และรัดประคด)

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

4. **เมื่อต้องใช้ยามอร์ฟิน (Morphine) กับภิกษุอาพาธ**

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

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

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

4.3 แม้มอร์ฟินอาจทำให้ผู้ถูกบำบัดต่อเนื่อง หยุดยาทันทีไม่ได้ แต่สามารถปรับลดขนาดยาให้ลดลงได้ และหยุดการใช้ได้ถ้าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดได้รับการบำบัดแก้ไขจนปกติ ไม่ว่ากรณีใด

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

5. โภชนาการสำหรับพระภิกษุที่อาพาธเข้าสู่ระยะท้าย

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

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

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

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

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

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

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

5.1 ปานะนี้ให้ใช้ของสด ห้ามมิให้ต้มด้วยไฟให้เป็นของเย็นหรือสุกด้วยแดด (แต่น้ำสุกไม่ห้าม)

5.2 ต้องเป็นของที่อนุสัมปันทำจึงฉันได้ในยามวิกาล

5.3 ไม่ใช่ส่วนประกอบของน้ำตาลและเกลือที่ภิกษุรับประเคนค้างคืนไว้แล้วมาใช้สำหรับน้ำผึ้ง หรือน้ำตาลอ้อย นำมาผสมน้ำสุกหากนำมาทำเป็นน้ำปานะ จะเหมาะสมหรือไม่คงต้องนำมาปรึกษากับภิกษุที่อาพาธเป็นรูปๆ ไป

6. การจัดการสรีรสังขารหลังจากรมณภาพ (ในโรงพยาบาล)

ควรทำด้วยความเคารพลักษณะเดียวกับพระสงฆ์ทั่วไป ดังนี้

6.1 จัดสภาพแวดล้อมรอบเตียง โดยปิดม่านกันรอบเตียง เป็นการให้ความเคารพแก่ผู้มรณภาพและญาติ

6.2 ปิดเปลือกตา โดยญาติ พระศิลาอนุปัฏฐาก หรือบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

6.3 ปลดอุปกรณ์สายต่างๆ ที่ต่ออยู่กับสรีระ

6.4 ช่วยยืดเส้นสาย และข้อต่อต่างๆ ของสรีระให้เข้าที่ เพื่อมิให้แข็งงอ

6.5 สรงน้ำ ทำความสะอาดสรีรสังขารหลังมรณภาพ 2 ชั่วโมง วิธีการสรงน้ำ ดังนี้

1) กล่าวขออนุญาตทำความสะอาด และสรงน้ำเช่นเดียวกับตอนที่ยังมีชีวิตอยู่

2) สวมถุงมือสะอาด และผ้าปิดปาก-จมูก ขณะทำความสะอาด

3) ปลงผม ปลงคิ้ว และหนวด เครา ให้เรียบร้อย รวมทั้งตัดเล็บหากมีความยาวเกินไป

4) ทำความสะอาดสรีระ โดยเริ่มจากบริเวณที่มีสาคัดหลัง เช่น จมูก ปาก แปรงฟันให้สะอาด

5) สรงน้ำ ชำระร่างกายให้สะอาดเรียบร้อย สามารถใช้สบู่ และซับตัวให้แห้งตามปกติ

ชำระร่างกายเพียงเบาๆ ไม่เกา ไม่ข่วนเพราะจะทำให้ผิวเป็นรอย เป็นแผล ต้องกระทำอย่างนุ่มนวลอ่อนโยน เสมือนกับว่าท่านยังมีชีวิตอยู่โดยจะมีบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลอีก 1-2 คน เข้ามาช่วย

6.6 ใช้สำลีแห้งอุดจมูก ปาก หู และทวารหนักของพระสงฆ์มรณภาพ อย่าให้เห็นปลายออกมาข้างนอก โดยใส่ให้ลึกและแน่นพอ เพื่อป้องกันไม่ให้สาคัดหลังไหลออกมา

6.7 จัดให้อยู่ในท่านอนหงาย มือสองข้างแนบลำตัว

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

6.9 บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล และญาติ ร่วมกันทำพิธีขอขมา และอธิษฐานกรรมพระสงฆ์มรณภาพ

ตัวอย่างการจัดรูปแบบการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะท้ายในโรงพยาบาลสงฆ์

1. รูปแบบการจัดหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต



ภาพที่ 12.2 ตัวอย่างการจัดหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต

ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์ 2563

2. สิ่งแวดล้อมในหน่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต



ภาพที่ 12.3 ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อม

ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์ 2563

3. เกณฑ์การรับผู้ป่วย

3.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะสำคัญอื่นๆ ที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 3-6 เดือน

3.2 ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีแนวโน้มที่โรคจะทวีความรุนแรงขึ้น และคุกคามต่อชีวิต

3.3 ผู้ป่วยที่แพทย์ปรับเปลี่ยนจากการรักษาให้หายขาด มาเป็นเพียงการดูแลตามอาการ เนื่องจากโรคได้ลุกลามไปมาก เช่น ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลว

3.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการควบคุมความปวด เช่น Cancer pain

3.5 ผู้ป่วยอาจจะใส่ท่อช่วยหายใจแต่ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

4. การดูแลด้านร่างกาย การบรรเทาความปวด และอาการรบกวนต่างๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน การปรับกายภาพตามความต้องการของพระอาพาธ ในบริบทของพระภิกษุจะไม่เคยชินกับที่นอนหนานุ่ม และการนอนบนเตียง บุคลากรสาธารณสุขควรเอื้อเฟื้อตามความต้องการของท่าน

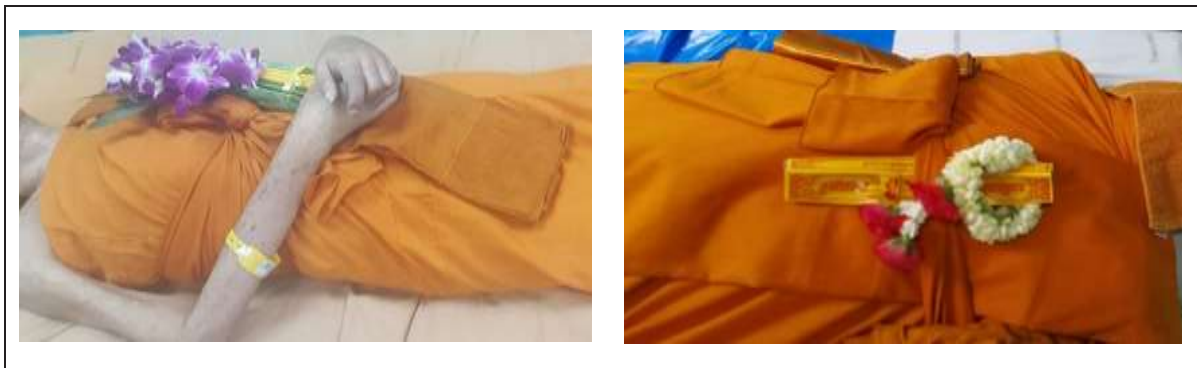
5. การช่วยเหลือด้านจิตใจ การจัดสิ่งแวดล้อมแห่งการเยียวยา (Healing environment) สื่อธรรมะ เช่น การทำวัตรเช้า-เย็น การสวดมนต์ทุกวันพระร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

6. การดูแลด้านจิตวิญญาณ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ค้นหาสิ่งค้างคาใจที่ผู้ป่วยต้องการทำในวาระสุดท้าย

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

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

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



ภาพที่ 12.4 วิธีห่มดองหรือห่มพาดสังฆาฏิ และวิธีห่มคลุม
ที่มา: โรงพยาบาลสงฆ์ 2563

บริบทของจริยธรรมและกฎหมาย (พระราชบัญญัติสงฆ์ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)

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

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

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

2) มาตรา 1623 ทรัพย์สินของพระภิกษุ ที่ได้มาในระหว่างเวลาอยู่ในสมณเพศนั้น เมื่อพระภิกษุ นั้นถึงแก่กรรมภาพให้ตกเป็นสมบัติของวัดที่เป็นภูมิลำเนาของพระภิกษุ นั้น เว้นไว้แต่พระภิกษุ นั้นจะได้จำหน่ายไปในช่วงที่มีชีวิตหรือโดยพินัยกรรม

3) มาตรา 1624 ทรัพย์สินใดเป็นของบุคคลก่อนอุปสมบทเป็นพระภิกษุ ทรัพย์สินนั้นหากตกเป็นสมบัติของวัดไม่ และให้เป็นมรดกตกทอดแก่ทายาทโดยธรรมของบุคคลนั้น หรือบุคคลนั้นจะจำหน่ายโดยประการใดตามกฎหมายก็ได้

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

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

พินัยกรรม

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

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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 หากบุคคลดังกล่าวเสียชีวิตก่อนข้าพเจ้าขอแต่งตั้งให้เจ้าอาวาสที่
ข้าพเจ้าสังกัดอยู่เป็นผู้จัดการมรดกแทนบุคคลดังกล่าว

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

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

ลงชื่อ.....ผู้ทำพินัยกรรม
(.....)

ข้าพเจ้าผู้เป็นพยานในพินัยกรรมนี้ ขอรับรองและยืนยันว่าได้อ่านพินัยกรรมนี้และสอบถามเจตนาของผู้ทำ
พินัยกรรมนี้แล้ว ผู้ทำพินัยกรรมยืนยันว่า พินัยกรรมนี้ถูกต้องตรงกับเจตนาแท้จริงของผู้ทำพินัยกรรมและลงลาย
มือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าผู้เป็นพยาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อรับรองเป็นพยาน ไว้เป็นหลักฐานพร้อมกัน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ภาพที่ 12.5 ตัวอย่างแบบฟอร์มทำพินัยกรรมมอบสมบัติของพระภิกษุอาพาธ

บรรณานุกรม

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



บทที่ 13

บทบาทการดูแล
ของทีมสหสาขาวิชาชีพ



บทที่ 13.1

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง

วราภรณ์ รีมชัยสิทธิ์
โรงพยาบาลอุดรธานี

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

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

บทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Role of pharmacist in palliative care)

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

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

2. ด้านการบริหารจัดการ: เภสัชกรมีบทบาทในการบริหารจัดการงบประมาณด้านยา การบริหารจัดการสูตรตำรับยาต่างๆ ที่ใช้ ระบบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

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

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

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

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

1. การบริหารทางเภสัชกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลมีการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความเหมาะสมของโรงพยาบาลดังนี้

1.1 งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก: จัดบริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบ การให้บริการในคลินิกแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะท้าย โดยเภสัชกร

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

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

6) จัดหา/ จัดเตรียมยา/ รูปแบบยาที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation)

2. การบริหารทางเภสัชกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยกำหนดให้เภสัชกร ทุกโรงพยาบาลมีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ดังนี้

2.1 เภสัชกรมีกิจกรรมในการดำเนินการเช่นเดียวกับการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบ ประคับประคองในโรงพยาบาลที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น

2.2 เชื่อมโยงการดูแลด้านการใช้ยาของผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับระบบสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ประสานงานผ่านหน่วยงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

รายการยาจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Essential drug list in palliative care)

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

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

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

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

2. โรงพยาบาลจังหวัด (S: Standard level hospital)

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

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

3. โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่และกลาง (M: Middle level hospital)

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

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

4. โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F: First level hospital)

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

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

สำหรับสถานพยาบาลในระดับ A, S, M1 หรือ M2 ควรพิจารณาเพิ่มประเภทยา รูปแบบ และขนาดยาให้มากขึ้น เพื่อบุคลากรทางแพทย์จะได้ประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้โรงพยาบาลทุกระดับควรมีการพิจารณารายการยาสมุนไพรรักษาอาการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแบบประคับประคองตามรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียาจากสมุนไพร เพื่อเพิ่มทางเลือกในการใช้ยาตามความจำเป็นและเหมาะสมของสถานพยาบาล

แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับเภสัชกร

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

ดังนั้นเภสัชกรจึงมีบทบาทในการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดการปัญหาด้านยาของผู้ป่วยที่บ้าน การปรับขนาดยา การทำทบทวนรายการยา การประสานรายการยา การให้ความรู้ด้านยา การพัฒนาเชิงระบบ และอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยาที่บ้าน

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

1. การรวบรวมข้อมูล (Collect)

ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย เภสัชกรต้องมีข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบความสัมพันธ์ของประวัติการใช้ยาและอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ทั้งข้อมูลด้านประวัติส่วนตัว ความเจ็บป่วย ข้อมูลด้านสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล สิทธิการรักษาพยาบาล

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

ในส่วนของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยาประกอบด้วยประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ข้อมูลยาที่ใช้ในปัจจุบัน ยา/สมุนไพร/อาหารเสริมที่ผู้ป่วยใช้เองที่บ้าน

2. การประเมิน (Assessment)

เภสัชกรจะต้องนำข้อมูลผู้ป่วย การเจ็บป่วย การรักษา การใช้ยาต่างๆ ของผู้ป่วย มาประเมินผลการรักษาทางด้านคลินิกของผู้ป่วยว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ มีปัญหาด้านยาเกิดขึ้นหรือไม่

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

ความรู้สึก สมรรถนะและความคาดหวังของผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลและญาติ โดยกระบวนการเหล่านี้จะสามารถกระทำได้ หากผู้ป่วยยังมี PPS สูง หรือผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารกับเภสัชกรครอบครัวได้

เภสัชกรควรใช้ข้อมูลต่างๆ ที่ประเมินได้จาก PPS, pain score, ESAS หรืออื่นๆ มาประเมิน ความเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ทั้งข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความสามารถ ในการเข้าถึงหรือบริหารยา นอกจากนี้เภสัชกรควรระลึกเสมอว่า ผลการประเมินที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผลกระทบ ที่เกิดจากยาได้หรือไม่ และต้องใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาด้วยยาอย่างไร ซึ่งจะทำให้สามารถวินิจฉัย ทางเภสัชกรรม (pharmaceutical diagnosis) เพื่อค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากยาได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

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

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

ภาพที่ 13.1.1 แบบประเมิน palliative performance scale (PPS)

ที่มา: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2563

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

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

ภาพที่ 13.1.2 แบบประเมิน Edmonton symptom assessment system (ESAS)

ที่มา: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2563

3. การวางแผน (Plan)

เภสัชกรสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมถึงทีมสุขภาพในชุมชนภายใต้บริบทของชุมชน โดยสร้างกระบวนการดูแลที่กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามเป้าหมายและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

4. การลงมือปฏิบัติ (Implement)

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

ให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้สามารถใช้ยาที่บ้านได้อย่างถูกต้อง มีการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความท้อแท้ หดหู่ หดใจ รวมถึงให้คำแนะนำการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีเวลามากพอสำหรับดูแลผู้ป่วย

ประสานส่งต่อการดูแลผู้ป่วยให้ทีมผู้รักษาทั้งในโรงพยาบาลและทีมสุขภาพในชุมชน ผ่านทางเวชระเบียนหรือใบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกำหนดช่วงเวลาในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

5. การติดตามประเมินผล (Follow up: monitor & evaluation)

เภสัชกรต้องมีการติดตาม วิเคราะห์ และประเมินประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยและการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยมีการติดตามในประเด็น ดังนี้

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

2) ผลลัพธ์ทางคลินิกหรืออาการสำคัญที่สัมพันธ์กับการบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โดยรูปแบบในการติดตามอาจมีการปรับและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การติดตามเยี่ยมซ้ำ การติดตามทางโทรศัพท์ ทางแอปพลิเคชันไลน์ รวมถึงผ่านทางทีมสุขภาพในชุมชน

6. การเชื่อมโยงเชิงระบบ (System)

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

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

บรรณานุกรม

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



บทที่ 13.2

บทบาทนักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัด
ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

อนุชตรา วรรณเสวก

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

บทบาทนักโภชนาการและพยาบาลโภชนบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

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

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

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

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

และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยอย่างระมัดระวัง และให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับประโยชน์และข้อจำกัดในการรักษา

แนวปฏิบัติการดูแลด้านอาหารและโภชนาการในผู้ป่วยระยะท้าย

การให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยระยะท้ายจะดำเนินการต่อเมื่อได้มีการพิจารณาแล้วว่าก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าผลเสียหรือเกิดภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว และต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ป่วยเป็นสำคัญ และกรณี que ผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิต ให้ดำเนินการเฉพาะสิ่งที่จะก่อให้เกิดความสบายแก่ผู้ป่วยเท่านั้น

กระบวนการด้านโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีดังนี้

1. การคัดกรองภาวะโภชนาการ (Nutrition screening) คือ

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

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

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

2. การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition assessment) คือ การดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อวินิจฉัยปัญหาทางโภชนาการโดยใช้การประเมินหลายมิติร่วมกัน การดูแลโภชนาบำบัดที่มีประสิทธิภาพจึงต้องประเมินสถานะทางโภชนาการก่อน เพื่อให้ได้แนวทางในการให้โภชนาบำบัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยมากที่สุด การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่

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

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

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

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

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

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

3. การจัดการด้านโภชนาการ

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

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

นอกจากนี้ยังมีข้อแนะนำในการดูแลด้านอาหารเพิ่มเติม เช่น การดูแลในช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ การวางแผนจัดรายการอาหารที่ผู้ป่วยชอบ อาหารทางสังคมและวัฒนธรรม และมีความสะดวกในการจัดหา มากกว่าการวิตกกังวลด้านคุณค่าทางโภชนาการ ทั้งนี้แนะนำอาหารที่ไม่มีกลิ่นรุนแรงและรสจัด หรืออุณหภูมิสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรสและกลิ่นที่ผิดปกติ

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

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

4. การติดตามและประเมินผลการดูแลทางโภชนาการ

ในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการดูแลทางโภชนาการ (nutrition care process) เป็นการประเมินผลการดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดและสามารถสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการที่สามารถวัดได้ และเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการปรับแผนการดูแลทางโภชนาการได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมไปสู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการจัดการเรื่องอาหารได้อย่างถูกต้อง โดยมีหัวข้อที่จะติดตามและประเมินผล ดังนี้

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

ผลลัพธ์ของการดูแลด้านโภชนาการแบบประคับประคอง

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

การดูแลด้านโภชนาการไม่ได้ดำเนินการแค่เพียงการจัดอาหารแต่มีการดำเนินการตามกระบวนการตั้งแต่คัดกรอง ประเมินภาวะโภชนาการ การจัดการด้านโภชนาบำบัด การให้คำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งอาหารและสารอาหารไม่ก่อผลต่อการรักษาโรคแต่เป็นไปเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงควรพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนกระบวนการ กิจกรรมเพื่อช่วยลดความไม่สุขสบาย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

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

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



บทที่ 13.3

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สุทาวรรณ ไชยมูล

กรนิกา คงหนองลาน

สุภาวดี บุญรอด

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

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

กรอบการประเมินมิติทางจิตสังคม

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

13. ประเมินผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลหลักขณะพักที่โรงพยาบาลกับที่บ้านอาจจะไม่ใช่คนเดียวกัน และควรประเมินปัญหาของผู้ดูแลหลักที่จะส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย

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

15. ประเมินเศรษฐกิจของครอบครัว ภาระทางการเงินที่เกิดจากการเจ็บป่วย

สำหรับผู้ป่วยเด็ก ควรมีประเด็นเพิ่มเติม ดังนี้

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

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

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

บทบาทการให้ความช่วยเหลือ

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

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

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

การช่วยเหลือที่พบบ่อยในผู้ป่วยระดับประคับประคองและระยะท้ายและครอบครัว

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

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

เครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยเรื่องความพร้อมของครอบครัว พบว่า ครอบครัวยังขาดความรู้เกี่ยวกับเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือต่างๆ ดังนั้นหนึ่งในบทบาทที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูลเครือข่ายและขั้นตอนการติดต่อเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการได้จึงเป็นเรื่องจำเป็น เครือข่ายที่สำคัญดังตารางที่ 13.3.1

ตารางที่ 13.3.1 ข้อมูลเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ

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

ตารางที่ 13.3.1 (ต่อ) ข้อมูลเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ

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

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในการประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ เป้าหมายของการจัดบริการ เน้นการนำศักยภาพของครอบครัวมาช่วยเหลือตามสภาพปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม จากไปสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์และญาติสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

บรรณานุกรม

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



บทที่ 13.4

บทบาทของนักกายภาพบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สุกัญญา ยังหอกิจไพศาล

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

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

นักกายภาพบำบัดที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

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

วัตถุประสงค์การดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

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

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ทางกายภาพบำบัด รายละเอียดดังตารางที่ 13.4.1 ตารางที่ 13.4.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทางกายภาพบำบัด

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

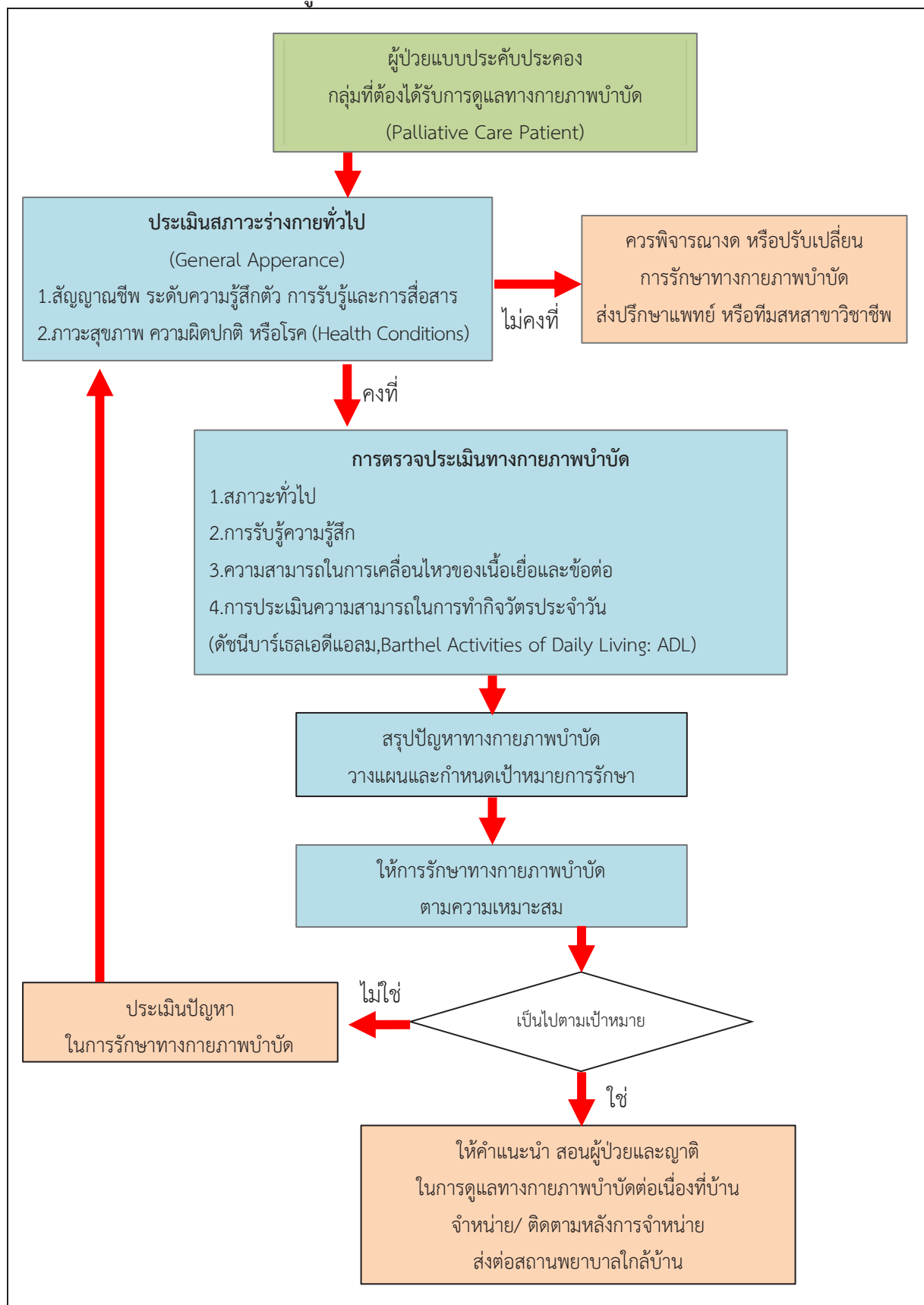
ตารางที่ 13.4.1 (ต่อ) แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายทางกายภาพบำบัด

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

ตารางที่ 13.4.1 (ต่อ) แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ทางกายภาพบำบัด

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

ขั้นตอนการประเมินและบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด รายละเอียดดังภาพที่ 13.4.1



ภาพที่ 13.4.1 ขั้นตอนการประเมินและบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
PN.....

วันที่.....

แบบบันทึกการรักษาทางกายภาพบำบัด
PHYSICAL THERAPY RECORD

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี
HN.....

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

Time for completion of consultation

☐ Within 48 Hr.

☐ Non-Agent

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

ข้อควรระวัง.....

อาการสำคัญ (Chief complaint).....

โรคประจำตัว.....

ประวัติการเจ็บป่วย.....

การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด.....

1. การตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด

☐ Orthopedic

Subjective :

Objective :

Assessment :

☐ Lymphedema

☐ Mild

☐ Moderate

☐ Severe

☐ Chest

☐ Breathing exercise ☐ Chest percussion

☐ Chest mobilization ☐ Postural drainage

☐ Pleurisy exercise ☐ Lung Med.

☐ Neuro

☐ Brain Med.

2. เป้าหมายการรักษา.....

☐ Cervical Traction ☐ Pelvic Traction ☐ Ultrasound

☐ Hydrocollator Pack

☐ Exercise

☐ Chest PT

☐ Passive exercise

☐ IPC (.....mm/Hg.....Min.)

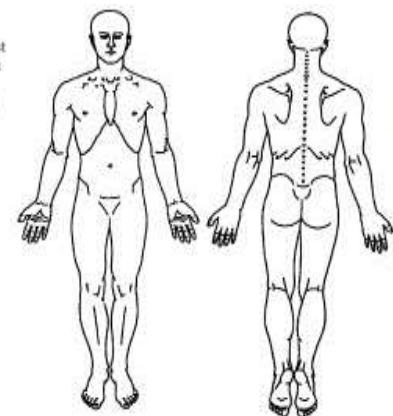
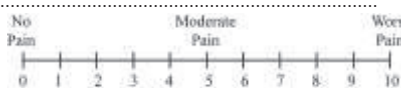
3. คำแนะนำในการปฏิบัติตัว.....

4. สรุปผลการรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วย วันที่.....

() อาการดีขึ้น ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา () อาการคงเดิม หลังจากให้การรักษาเต็มที่แล้ว

() ให้คำแนะนำ ดูแล ปฏิบัติตนที่บ้าน

ลงชื่อ (Physical Therapist)



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

ภาพที่ 13.4.2 แบบบันทึกทางกายภาพบำบัด

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2563

แบบบันทึกผลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด

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

ภาพที่ 13.4.3 แบบบันทึกผลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2563

แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

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

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

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

ภาพที่ 13.4.4 แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

ที่มา: ปิยภัทร และคณะ 2553

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

ภาพที่ 13.4.4 (ต่อ) แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

ที่มา: ปิยภัทร และคณะ 2553

บรรณานุกรม

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



บทที่ 13.5

บทบาทของนักจิตวิทยา ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ปรียาพร จันทรโิทาน

กุลธิดา พิพัฒน์จรัสสกุล

โรงพยาบาลราชวิถี

บทบาทของนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

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

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

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

1. การท้าทาย (challenge) หรือ การคุกคาม (threat) ความเจ็บป่วยมีความหมายได้ทั้งท้าทายและภาวะคุกคาม กลับไปมาได้

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

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

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

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

4. การลงโทษ (punishment) สิ่งที่ใช้ตีความหมายของการลงโทษแบ่งเป็น

4.1 ความรู้สึกผิด ในผู้ป่วยที่มองว่าสมควรถูกลงโทษ เขาจะยอมจำนน ไม่พยายามที่จะดีขึ้น

4.2 แต่ถ้ามองว่าเป็นการลงโทษที่เขาไม่สมควรได้รับอาจแสดงความโกรธเคือง ขมขื่น บางทีอาจแสดงความโกรธกับสมาชิกในครอบครัวหรือแพทย์

4.3 ท้ายที่สุดบางรายที่มองว่าเป็นการลงโทษที่ตัดสินแล้ว และความเจ็บป่วยเหมือนเป็นสัญญาณการไถ่ถอน ผู้ป่วยอาจจะมีการแสดงออกแบบชั่วคราวซึ่งความหวัง มองโลกในแง่ดี หรือมีอารมณ์ดีมาก

ความต้องการก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วย 5 อันดับแรกที่คนใกล้เสียชีวิตรู้สึกเสียตายและเสียใจ คือ

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

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตายที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยใกล้ตายจะรับรู้ถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของตนเอง ดังนี้

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

องค์ประกอบในการเตรียมผู้ป่วยในการรับรู้และไม่หวาดกลัวต่อความตาย มีความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ไม่ประมาท และสามารถจากไปอย่างสงบ (peaceful death) ดังตารางที่ 13.5.1

ตารางที่ 13.5.1 องค์ประกอบในการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต

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

ผู้ป่วยที่เผชิญหน้ากับความตายมักมีความเครียด ความกังวล ความกลัวอยู่ในใจทุกคน ความวิตกกังวลที่มักพบ ได้แก่

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

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

จากปัญหาทางอารมณ์ดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ไม่ร่วมมือในการรักษา และคิดทำร้ายตัวเองได้ นักจิตวิทยานับว่ามีบทบาทสำคัญในการสำรวจปัญหา ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ ตามกระบวนการทางจิตวิทยา ดังนี้

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

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

3. ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) กระบวนการเยียวยาทางจิตใจทั้งในรูปแบบจิตบำบัด หรือการให้การปรึกษา ต่างยอมรับว่าความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การเยียวยาจิตใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

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

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

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

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

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

นอกจากนี้ข้อควรคำนึงในการประเมินคือรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้นการประเมินความพร้อมในการรับรู้ความจริง

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

นอกจากนี้การประเมินสภาพจิตใจยังสามารถใช้แบบวัดเพื่อประเมินปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้อีกวิธีหนึ่ง ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างแบบวัดที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) และแบบวัดโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

สิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นนอกจากองค์ความรู้และประสบการณ์ที่มีแล้ว คุณสมบัตินี้ควรมีคือทัศนคติเชิงบวกในการให้บริการและความเห็นใจ ปรารถนาดีในการอยากช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างจริงใจนั่นเอง

บรรณานุกรม

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



บทที่ 14

กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง

พิสิษฐ์ ศรีอัคคโยธิน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองมีประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องค่อนข้างมาก เนื่องจากการดูแลทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงมิติการดูแลทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และดูแลครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้นผู้เขียนจึงขออธิบายประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัยโรคจนกระทั่งกระบวนการทางกฎหมายภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตลงแล้ว เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพเห็นภาพรวมของกระบวนการทั้งหมดเพื่อนำไปปรับใช้กับบริบทการทำงานของตนเองได้

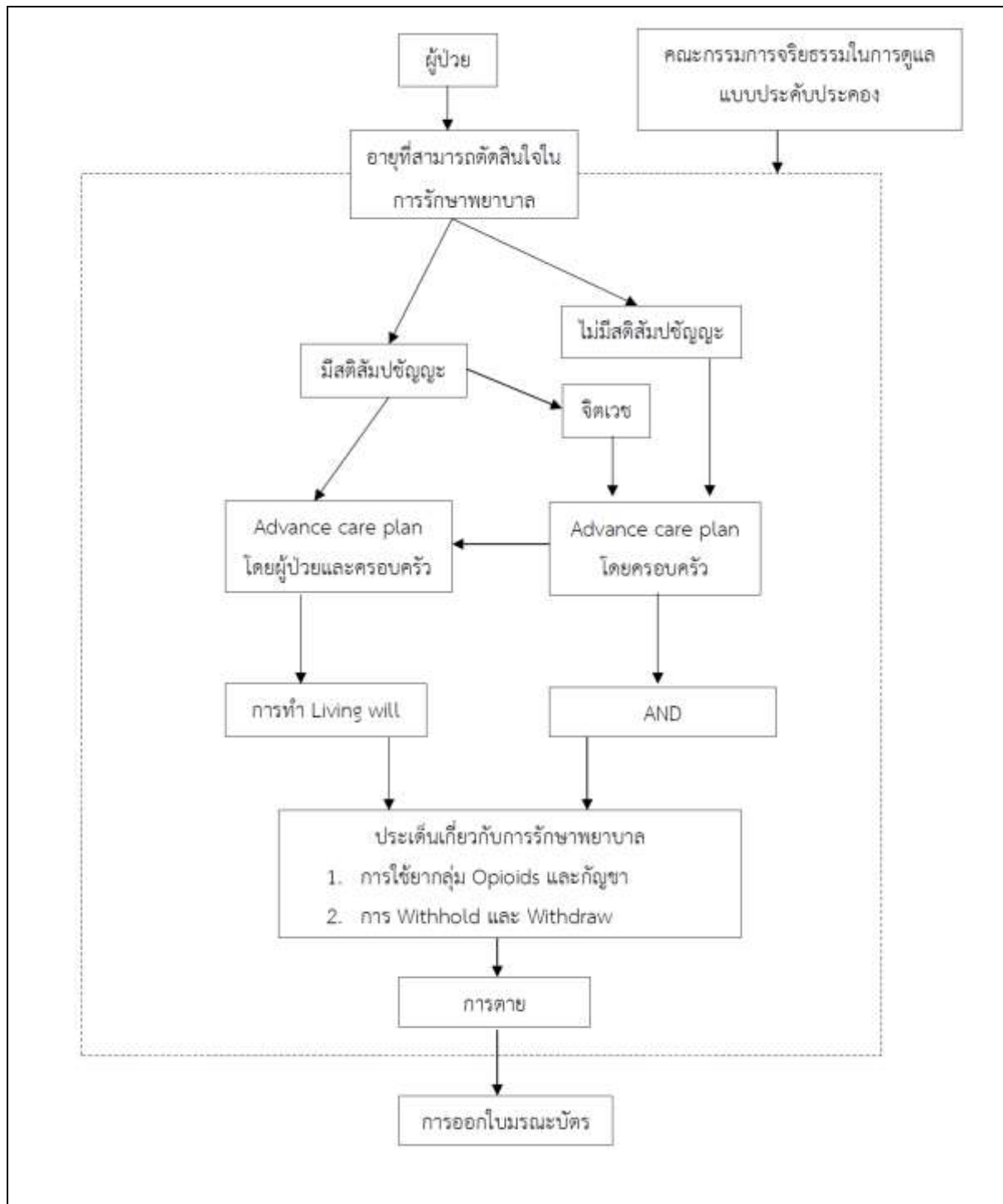
ในขั้นต้นผู้เขียนขอแยกพิจารณาในเรื่องกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ก่อนเพื่อให้เข้าใจความถึงความส่งเสริมและสอดคล้องกันของกฎหมายและจริยธรรม

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

แม้กฎหมายและจริยธรรมมีความแตกต่างกันแต่ต่างก็มีบทบาทในทางสังคมที่ส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะกฎหมายไม่อาจบัญญัติข้อห้ามหรือกฎเกณฑ์ที่มนุษย์จะต้องประพฤติปฏิบัติได้อย่างกว้างขวางครอบคลุมทุกกรณี จึงต้องใช้จริยธรรมเป็นเครื่องมือในการวางหลักเกณฑ์ ดี ชั่ว ถูก ผิด ให้มนุษย์ได้ปฏิบัติตามเพื่อควบคุมพฤติกรรมภายใน สร้างความเป็นธรรมในแต่ละกรณี โดยเน้นการสร้างจิตสำนึกให้ตระหนักรู้ว่าสิ่งใดควรทำหรือไม่ควรทำ แม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้อย่างแน่ชัดก็ตาม

ในการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีความละเอียดอ่อน มีประเด็นทางสังคมครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องมาก รวมทั้งกฎหมายในหลายๆ กรณีก็ไม่ได้บัญญัติไว้อย่างชัดเจน จึงต้องนำหลักจริยธรรมทางการแพทย์ต่างๆ มาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยการดูแลแบบประคับประคองมีประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินการโดนสรุปดังภาพที่ 14.1

ประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง



ภาพที่ 14.1 สรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง

จากภาพที่ 14.1 ดังกล่าวสามารถสรุปประเด็นได้ดังต่อไปนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

การดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการดูแลทางการแพทย์ที่ผสมผสานการดูแลทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพร้อมในการเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต และตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการดูแลที่จำเป็นจะต้องอาศัยความรู้และความเชี่ยวชาญทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคมหลายสาขาเป็นทีมสหวิทยาการ คอยให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

โรงพยาบาลควรมีการตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษากับแพทย์ โรงพยาบาล ผู้ป่วย และญาติในการดูแลในแง่มุมต่างๆ โดยโรงพยาบาลสามารถออกคำสั่งภายในแต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ได้ คณะกรรมการชุดนี้จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในแง่มุมการดูแลต่างๆ แต่ไม่ได้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนแพทย์ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยหรือครอบครัวเพราะแพทย์ยังคงมีหน้าที่สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาพยาบาลตามความต้องการของตนเอง

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

2. อายุของผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งผู้สูงอายุ ทำให้ปัญหาเรื่องอายุในการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นประเด็นแรกที่จะต้องพิจารณา ในทางการแพทย์ถือกันว่าบุคคลที่อายุ 18 ปีบริบูรณ์ สามารถตัดสินใจในการรักษาพยาบาลด้วยตนเองได้ ทั้งนี้เป็นไปตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ข้อ 9 ซึ่งกำหนดว่า

“9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้ปกครองทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”

ประเด็นถัดมาถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์จะดำเนินการอย่างไรมีข้อแนะนำดังต่อไปนี้

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

(2) หากเป็นทารก ผู้ปกครองเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

3. การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล

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

มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในการบริการสาธารณสุขบุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิด ข้อเท็จจริงที่ตนรู้ และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณีรับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

การบำบัดรักษาจะกระทำได้อต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษารายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่เป็นผู้ป่วยตามมาตรา 22

ถ้าต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ความยินยอมตามวรรคหนึ่งต้องทำเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมตามวรรคสองแทน

หนังสือให้ความยินยอมตามวรรคสองและวรรคสาม ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ 2 และข้อ 9 ของคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษามีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

(1) การให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent)

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

(2) ความสามารถของผู้ให้ความยินยอมได้

ถ้าผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะอยู่สามารถให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ แม้ว่าผู้ปกครองตามกฎหมายหรือผู้ปกครองตามความเป็นจริงจะเป็นผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล แต่ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกาย การดำเนินโรค และควมมีวุฒิภาวะของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย

ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวช หากผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการตัดสินใจ เช่น เมื่อยังรับยาอยู่ และไม่มีอาการสามารถให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมตัดสินใจในการรับการรักษาพยาบาลได้เหมือนผู้ป่วยปกติทั่วไป แต่หากยังคงมีอาการทางจิตเวชอยู่และไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ ควรให้ผู้ปกครองตามกฎหมายหรือผู้ปกครองตามความเป็นจริงเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแทน

(3) ผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล

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

ซึ่งหากไม่สามารถติดต่อบุคคลเหล่านี้ได้และเป็นกรณีฉุกเฉินที่จำเป็นเร่งด่วนจะต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพให้การรักษาพยาบาลได้เลยโดยไม่ต้องขอความยินยอม

4. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planing)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษามาชิกครอบครัว หรือปรึกษาศูนย์สุขภาพ

กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ กระบวนการขอความยินยอมในการบอกกล่าวที่นำครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมหรือเกี่ยวกับกระบวนการและแนวทางในการรักษาพยาบาลต่างๆ ดังนั้นจึงสามารถนำหลักการในเรื่องการยินยอมในการรักษาพยาบาลข้างต้นมาประยุกต์ใช้ได้

5. การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือยุติการทรมานจากภาวะเจ็บป่วย (Living will)

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เป็นเครื่องมือในการสื่อสารในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง กล่าวคือ ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการให้บุคลากรด้านสุขภาพและครอบครัว ให้การดูแลตนเองอย่างไรบ้าง เช่น ขอรับการรักษาพยาบาลที่ไม่ทำให้ตนเองต้องทรมาน ขอปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นการยืดชีวิตตนเอง โดยมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือบุคลากรด้านสุขภาพไม่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้

¹ ผู้ปกครองตามกฎหมาย

² ผู้ปกครองดูแลในความเป็นจริง ซึ่งอาจไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือกฎหมายก็ได้ แต่ในความเป็นจริงคือคนที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยอาจจะ เป็นญาติ คนรู้จัก เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ ฯลฯ

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีกฎหมายรับรองคือ มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งบัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

ในกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าแล้ว ในกรณีที่ต้องการให้เกิดความชัดเจนในการแสดงเจตนาของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตไว้

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

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวแล้วกฎหมายมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง ซึ่งเช่นนี้จะทำให้กระบวนการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมีความรอบคอบรัดกุมและสร้างความสบายใจแก่ทุกฝ่ายเพราะผู้ป่วยเขียนแสดงเจตนาไว้อย่างชัดเจน

หากผู้ป่วยไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาแต่ผู้ป่วยแจ้งโดยอ้อมว่าต้องการการรักษาพยาบาลแบบใด หรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นการยื้อชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต บุคลากรด้านสุขภาพควรจดความต้องการของผู้ป่วยลงในเวชระเบียน

ปัจจุบันมีคำพิพากษาของศาลปกครองสูงสุดที่ พ. 11/2558 รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวว่าไม่ใช่เรื่องการรณุญาต แต่เป็นการแสดงเจตนาที่จะขอตายตามธรรมชาติโดยปราศจากการยื้อชีวิตโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยที่ระบุไว้ในหนังสือกฎหมายไม่ถือว่าเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

ขั้นตอนการทำหนังสือแสดงเจตนาจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง และแนวทางการปฏิบัติที่ออกตามความในกฎกระทรวง ซึ่งสามารถสรุปแนวทางในการทำดังต่อไปนี้

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

หนังสือแสดงเจตนา โดยหนังสือฉบับจริงให้เก็บที่ตัวของผู้ทำหนังสือ ฉบับสำเนาให้เก็บไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่ไปรักษาเป็นประจำ หรือฝากญาติพี่น้องไว้ก็ได้

6. การปฏิเสธการรักษาพยาบาลโดยครอบครัว

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

บุคลากรด้านสุขภาพไม่ควรกังวลว่าผู้ที่มาประชุมจะเป็นญาติที่แท้จริงหรือไม่ เพราะไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพที่จะไปสืบหาความจริง และในความเป็นจริงก็ไม่มีทางทราบได้เลยว่าใครเป็นญาติที่แท้จริง บุคลากรด้านสุขภาพควรบันทึกลงในเวชระเบียนหรือบันทึกทางการแพทย์ว่ามีการจัดประชุมกลุ่มครอบครัว และมีผู้ที่เข้าร่วมประชุมได้แก่ผู้ใดบ้าง และหัวข้อในการหารือคืออะไร ข้อสรุปที่ได้คืออะไร

ในการประชุมกลุ่มครอบครัวอาจจะประชุมหลายครั้งก็ได้เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และในกรณีที่เป็นการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตข้อสรุปร่วมกันของแพทย์และครอบครัวอาจจะเป็นการให้ยุติการรักษาผู้ป่วยบางอย่าง เช่น ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิตอื่นๆ แต่ยังคงให้การรักษาแบบประคับประคอง เช่นนี้ก็สามารถทำได้

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

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

7. การไม่ใช้ (Withhold) หรือการยุติการใช้ (Withdraw) เครื่องมือทางการแพทย์ในการพุงชีพผู้ป่วย

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

ในทางจริยธรรมทางการแพทย์ไม่ควรให้ญาติเป็นผู้ถอดเครื่องมือทางการแพทย์เอง เพราะญาติไม่มีความรู้ทางการแพทย์ซึ่งหากญาติถอดเองอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

การไม่ใช้หรือเรื่องการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพไม่ใช่การฆ่าผู้ป่วยให้ตาย ไม่ใช่การการุณยฆาต (euthanasia) เพราะในวาระนั้นหากไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์ผู้ป่วยก็จะเสียชีวิตจากพยาธิสภาพของโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ดี ดังนั้นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการพุงชีพผู้ป่วยไว้จึงเหมือนเป็นการยื้อความตายเอาไว้เท่านั้น

ในทางจริยธรรมการดูแลแบบประคับประคองในระดับสากลการไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพไม่มีความแตกต่างกันเพราะในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการยื้อชีวิตไม่มีประโยชน์กับอาการของผู้ป่วยแล้ว ดังนั้นการไม่ใช้หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์จึงมีค่าเท่ากันเนื่องจากไม่ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งยังสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย

ขั้นตอนในเรื่องการไม่ใช้หรือเรื่องการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพ คือ

1. จะต้องทำความเข้าใจกับบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพ ว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ ไม่ใช่การทอดทิ้งผู้ป่วย ไม่ใช่การการุณยฆาตผู้ป่วย แต่คือการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งหรือยื้อชีวิตจากการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการยื้อชีวิต

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

3. ในกรณีที่ญาติเป็นผู้แสดงเจตนาขอไม่ใช้หรือให้ยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพุงชีพแทน ผู้ป่วย ญาติจะต้องลงนามอนุญาตให้บุคลากรด้านสุขภาพดำเนินการ โดยบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องแจ้งหัตถการและกระบวนการในการดำเนินการให้ญาติรับทราบ ซึ่งญาติทั้งหมดจะต้องเห็นด้วยหากยังมีข้อสงสัยหรือไม่เห็นด้วยจะต้องสร้างความเข้าใจเพื่อให้ทุกฝ่ายเห็นพ้องตรงกันทั้งหมด

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

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

8. การใช้ยา กลุ่ม Opioids และกัญชาในการบรรเทาอาการปวด

เรื่องความปวดเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองหากระงับความปวดให้แก่ผู้ป่วยไม่ได้แล้ว ก็ไม่สามารถให้การดูแลในมิติอื่นได้เลยเพราะอาการปวดจะสร้างความทุกข์ทรมานทางกายและใจให้แก่ผู้ป่วย สร้างความทุกข์ใจให้แก่ญาติ

ในการดูแลแบบประคับประคองมักจะใช้ยา กลุ่ม opioids ในการระงับความปวดซึ่งยานี้นอกจากจะช่วยระงับความปวดแล้วยังลดอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยระยะท้ายได้อีกด้วย แต่ยา กลุ่มนี้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งกฎหมายห้ามไม่ให้ครอบครองหรือเสพเว้นแต่จะเป็นการเสพยาได้คำแนะนำของแพทย์เพื่อรักษาอาการหรือโรคของผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์จึงสามารถสั่งยาเพื่อใช้ในการบรรเทาอาการปวดและการหอบเหนื่อยให้แก่ผู้ป่วยได้ และตามกฎหมายก็ไม่ได้ห้ามนำยา กลุ่มนี้ออกไปใช้นอกโรงพยาบาล ดังนั้นในกรณีการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านแพทย์สามารถสั่งยา กลุ่ม opioids ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ที่บ้านได้ด้วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยตายก่อนยาที่ส่งไปใช้ที่บ้านจะหมด แล้วมีผู้นำยาไปใช้ต่อในกรณีนี้แพทย์ผู้สั่งยาและโรงพยาบาลที่อนุญาตให้นำยาออกไปใช้ไม่มีความผิดตามกฎหมายเพราะเป็นการสั่งยาให้ผู้ป่วยไปใช้ในการรักษาความปวด แต่บุคคลภายนอกที่นำยาไปใช้เองโดยไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์จะมีความผิดตามกฎหมาย

การใช้กัญชาในการดูแลแบบประคับประคอง โดยปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้นำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ โดยมีการแก้ไขกฎหมาย และออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อกำหนดการดังกล่าว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทยนั้นสรุปได้ว่าแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านสามารถจ่ายกัญชาเพื่อใช้ในการระงับความปวดได้ แต่แพทย์แผนไทยหรือหมอพื้นบ้านที่จะส่งจ่ายกัญชานั้นจะต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดก่อน

9. การออกใบมรณะบัตรในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปตายที่บ้าน

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

ชั้นสูตรพลิกศพจะสร้างความยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก ดังนั้นในกรณีที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้านจะต้องมีการเตรียมการ โดยโรงพยาบาลควรจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลควรเขียนหนังสือสรุปอาการและความประสงค์ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) นำติดตัวก่อนจะออกจากโรงพยาบาล โดยหนังสือฉบับนี้ญาติผู้ป่วยจะยื่นต่อเจ้าพนักงานทะเบียนหรือตำรวจแล้วแต่กรณีเพื่อเป็นข้อมูลให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการอะไรและมีความต้องการที่จะกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้าน โดยในหนังสือควรมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ด้วย

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

หากไม่มีการเตรียมความพร้อมให้ญาติก่อนนำผู้ป่วยกลับบ้านจะทำให้เกิดปัญหาการชันสูตรพลิกศพโดยไม่จำเป็นซึ่งจะเป็นปัญหาแก่ญาติ แพทย์และโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

บรรณานุกรม

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



บทที่ 15

การดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองวิถีใหม่

ปฐมพร ศิริประภาศิริ

กรมการแพทย์

ชลศณีย์ คล้ายทอง

ณัฐฐา อาศนเลขา

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวช

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่

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

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

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

นอกจากนี้แนวทางการบริการแบบประคับประคองวิถีใหม่ คำนึงถึงวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่

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

การจัดบริการแบบประคับประคองรูปแบบใหม่ เพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจ มีการปรับกระบวนการ ดังนี้

1. การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้มแข็งให้กับชุมชน ท้องถิ่น ในการจัดการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทดแทนการให้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งจำกัดการเฝ้าไข้ และการเยี่ยมไข้

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

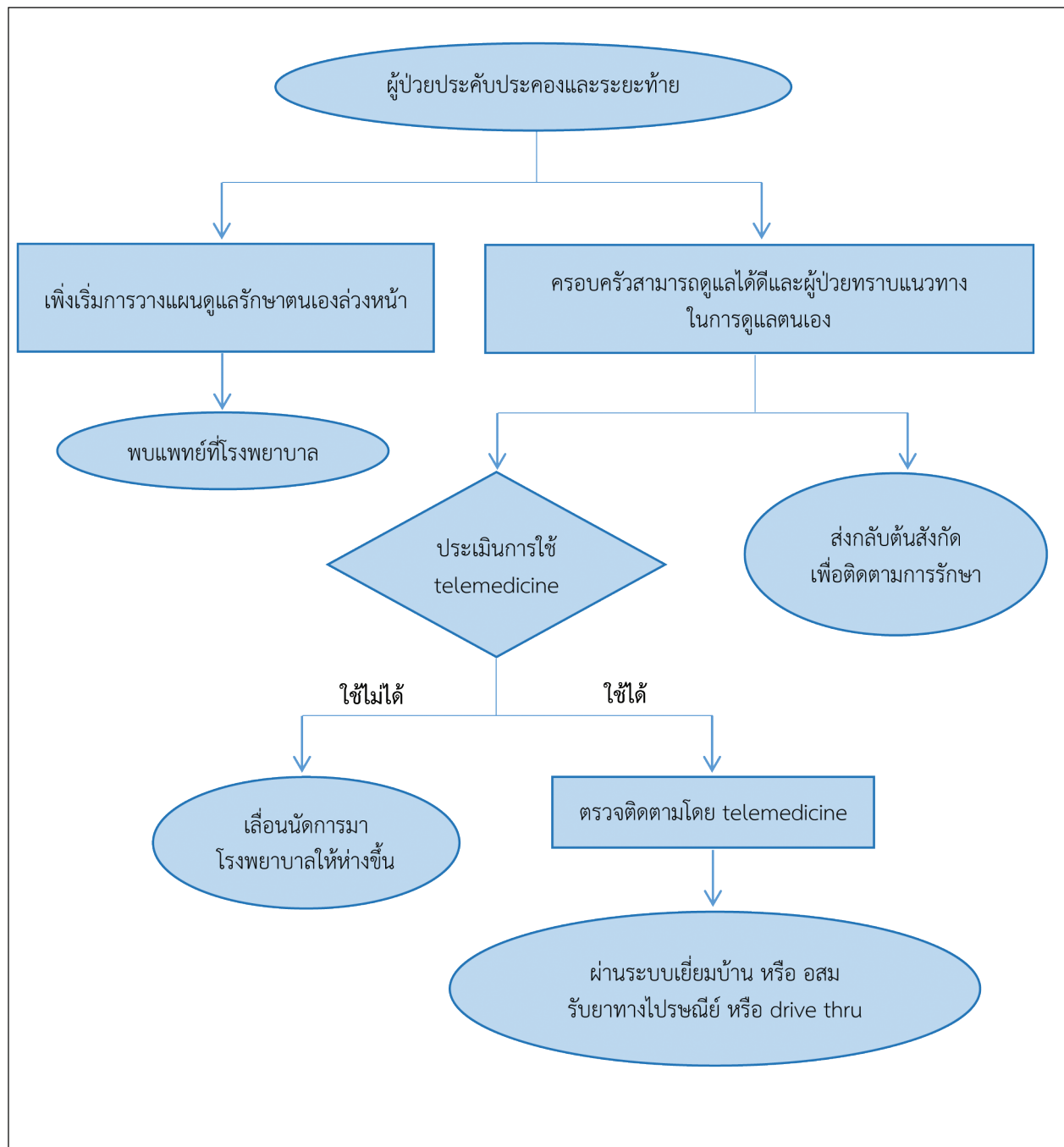
ตารางที่ 15.1 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่ (new normal in palliative care) แบ่งตามระดับ โรงพยาบาล

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

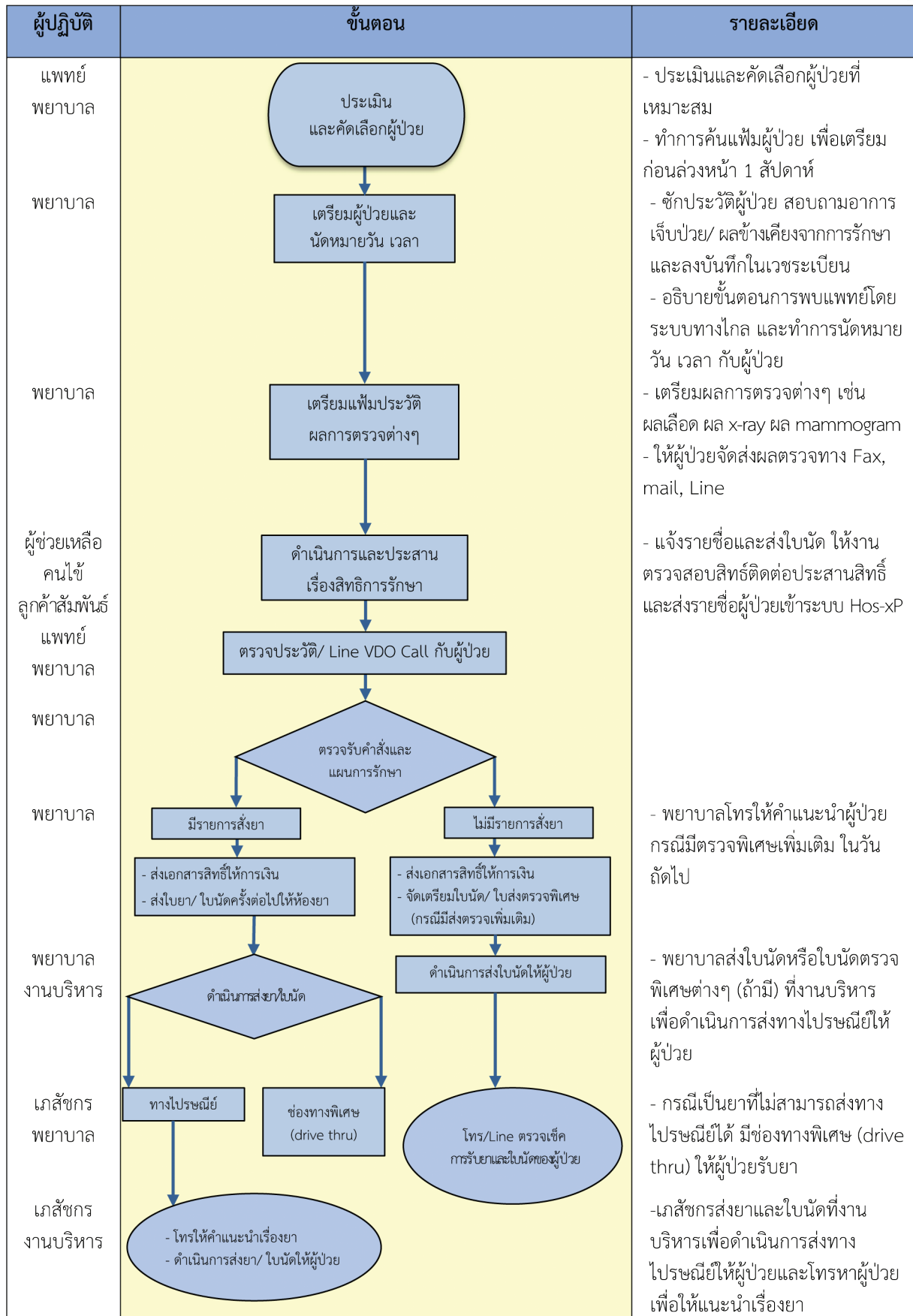
ตารางที่ 15.1 (ต่อ) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีใหม่ (new normal in palliative care) แบ่งตามระดับโรงพยาบาล

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

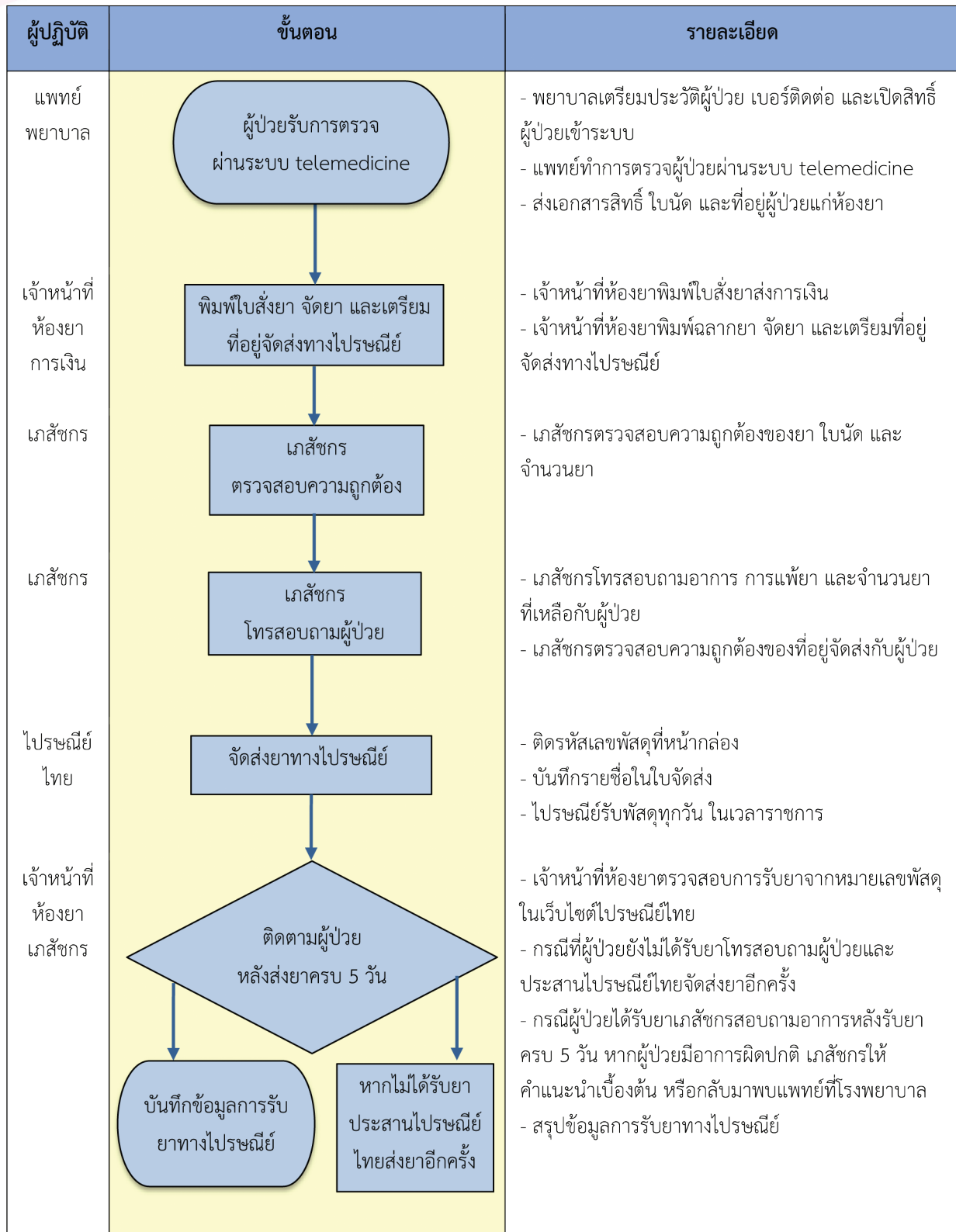
การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายเพื่อเลือกรูปแบบและสถานที่จัดบริการ โดยยังคงเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายแบบองค์รวม ด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายที่เพิ่งเริ่มการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า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



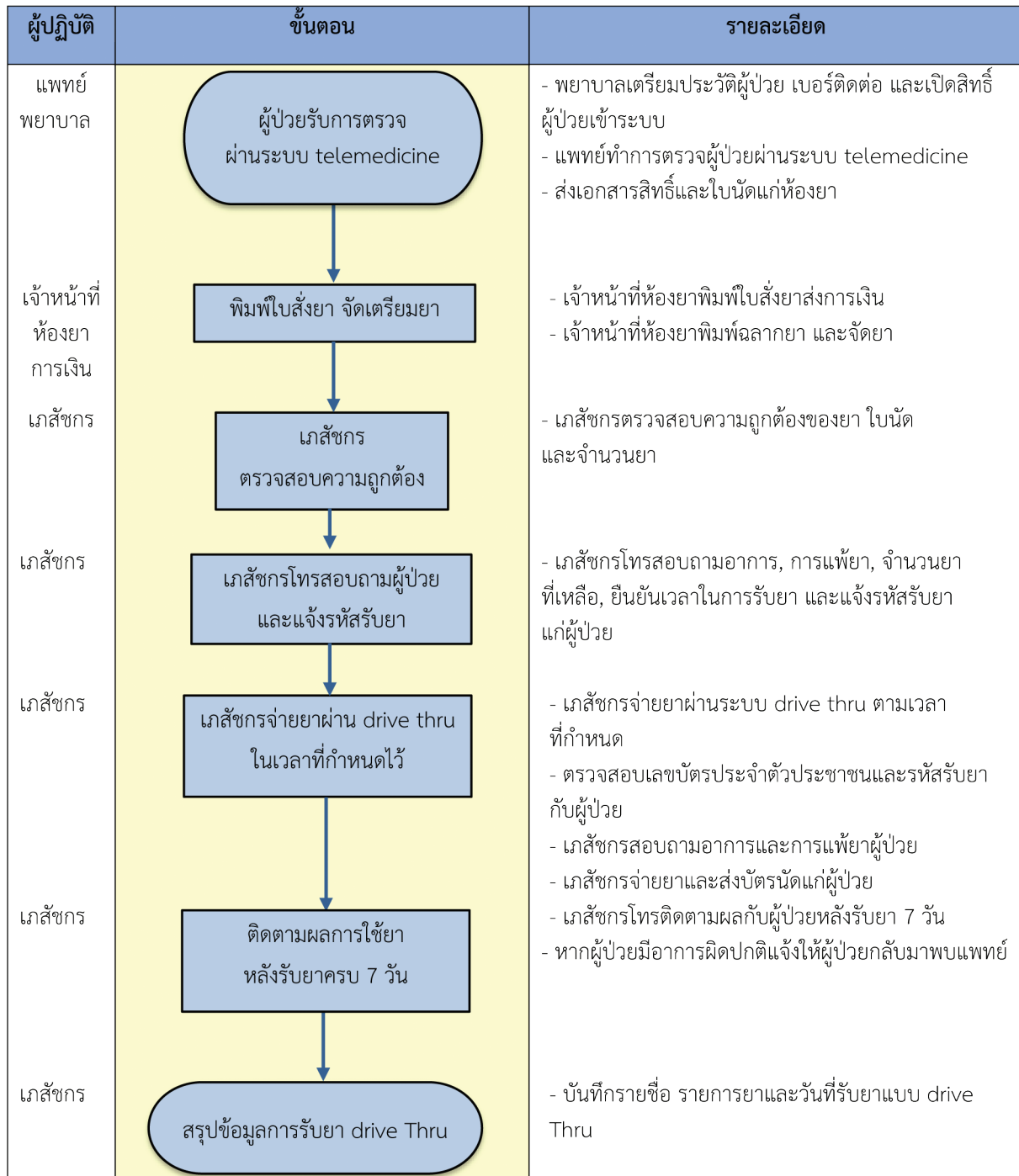
ภาพที่ 15.1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายเพื่อเลือกรูปแบบและสถานที่จัดบริการ



ภาพที่ 15.2 ระบบพบแพทย์ทางไกล (telemedicine)



ภาพที่ 15.3 ระบบการให้บริการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์



ภาพที่ 15.4 ระบบการให้บริการรับยาแบบไม่ลงจากรถ (drive thru)

บรรณานุกรม

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



ภาคผนวก

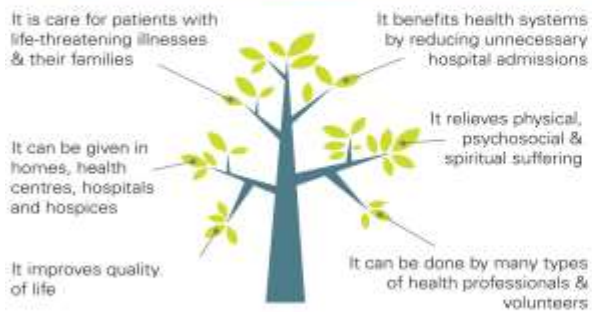


ภาคผนวกที่ 1

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

IMPROVING ACCESS TO PALLIATIVE CARE

WHAT IS PALLIATIVE CARE ?

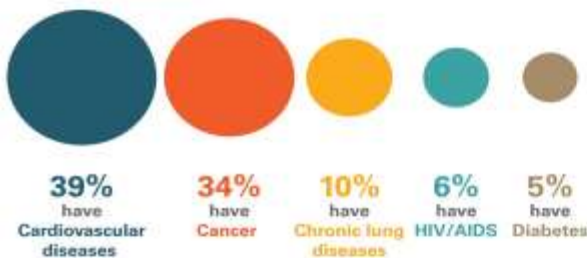


WHEN IS PALLIATIVE CARE NEEDED ?

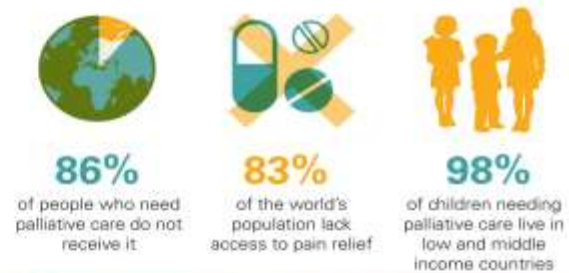


WHO NEEDS IT ?

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



WHAT ARE THE GAPS ?



WHAT ARE THE BARRIERS ?



WHAT CAN COUNTRIES DO ?

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

INTEGRATING PALLIATIVE CARE INTO NATIONAL HEALTH POLICIES



WHO/NMH/NVU/15.5

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



ภาคผนวกที่ 2

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

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย

ความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเหตุให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มีความสำคัญและได้รับความสนใจจากผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ให้บริการสาธารณสุขและสถานพยาบาลจัดบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งมีรูปแบบบริการที่หลากหลายตามความเข้าใจและความสนใจของแต่ละแห่ง ทำให้ไม่สามารถให้การสนับสนุนในเชิงระบบให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของทั้งบุคลากรด้านสุขภาพสถานพยาบาลที่ดำเนินการ ผู้ป่วยหรือญาติที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการรองรับเพื่อให้การสนับสนุนการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองแล้วก็ตาม แต่จากการที่ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดค่านิยมปฏิบัติการและคำอธิบายความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีข้อถกเถียงกันมากมายในมิติต่างๆ ทั้งเรื่องประเภทผู้ป่วย ลักษณะการบริการ สังคมวัฒนธรรม ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยแตกต่างกัน กำหนดแนวทางในการดูแลแตกต่างกันไปตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ ทำให้เกิดปัญหามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลกับการจัดระบบการสนับสนุนและบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพตามมาด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์หลัก 4 องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดำเนินการจัดทำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยขึ้น โดยได้ทำงานร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองจากหน่วยงานองค์กรต่างๆ ตลอดกระบวนการ อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์บริรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ชีวาภิบาล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์รามธิบดีอภิบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ชีวันตาภิบาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรด้านสุขภาพสาขาต่างๆ เพื่อให้ได้นิยามฯ ที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วกัน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการได้ โดยนิยามฯ ดังกล่าวเป็นนิยามปฏิบัติการภายใต้บริบทของประเทศไทย มีการใช้ถ้อยคำที่ไม่เป็นวิชาการมากนัก ใช้รูปแบบและสำนวนภาษาที่สาธารณชนเข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสาขาอื่นๆ นำไปใช้ปฏิบัติการตามภารกิจ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานได้ นับตั้งแต่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การกำหนดแผนงานโครงการ การกำหนดงบประมาณ การจัดการทรัพยากรบุคคล การให้บริการและการเงินการคลัง ตลอดจนการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และการพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย

ในการดำเนินงานจัดทำนิยามฯ ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ โดยมีการอ้างอิงเอกสารทางวิชาการจากที่ประเทศไทยและทั่วโลกให้การยอมรับ โดย สช. ได้นำนิยามฯ ฉบับนี้เข้าสู่กระบวนการรับฟังความเห็นในวงกว้างทางเอกสารและเว็บไซต์ ก่อนที่จะนำเข้าสู่เวทีรับฟังความเห็นและกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นซึ่งกำหนดไว้ในมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อหาฉันทมติร่วมกันจากหน่วยงานองค์กรจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน หน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานด้านนโยบายสุขภาพ องค์กรศาสนา ภาคประชาสังคม และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ และในที่สุด สช. ได้นำนิยามปฏิบัติการฯ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้ความเห็นชอบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา

สช. ขอขอบคุณทุกหน่วยงาน องค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการกร่างนิยามปฏิบัติการฯ นี้ โดยหวังว่านิยามปฏิบัติการฯ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและบุคลากรด้านสุขภาพในอนาคต

ลำดับกิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน

วันที่ 5 มีนาคม 2561 คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 9/2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการจัดทำนิยามปฏิบัติการ (operation definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อทำหน้าที่จัดทำนิยามปฏิบัติการฯ เสนอต่อ สช. และจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ได้มาซึ่งนิยามปฏิบัติการฯ

วันที่ 25 เมษายน 2561 พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการจัดทำนิยามปฏิบัติการฯ ระหว่าง 5 องค์กร ประกอบด้วย สช. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชุมคณะทำงานยกร่างนิยามจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

- (1) วันที่ 8 สิงหาคม 2561 ประชุมครั้งที่ 1 ณ ห้องประชุมสุขชน 1 ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
- (2) วันที่ 17 สิงหาคม 2561 ประชุมครั้งที่ 2 ณ ห้องประชุมสุขชน 1 ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
- (3) วันที่ 5-7 กันยายน 2561 ประชุมครั้งที่ 3 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- (4) วันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 ประชุมครั้งที่ 4 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชุมรับฟังความคิดเห็นในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง 2 ครั้ง ได้แก่

- (1) วันที่ 7 มกราคม 2562 เวลา 08.00-17.00 น. ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร
- (2) วันที่ 3 พฤษภาคม 2562 เวลา 09.00-16.30 น. ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร

ประชุมรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานที่ดำเนินการยกร่างนิยาม 2 ครั้ง ได้แก่

- (1) วันที่ 8 สิงหาคม 2561 เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุมสุขชน 1 ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
- (2) วันที่ 5 กรกฎาคม 2562 เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุมสุขชน 1 ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 สช. ได้จัดส่งจดหมายไปยัง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยแบบประคับประคองของเอกชน องค์กรศาสนา หน่วยงานนโยบายด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษาทั้งคณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ สภาวิชาชีพและราชวิทยาลัย จำนวน 2,012 แห่ง/คน เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองทางจดหมาย ซึ่งกำหนดหมดเขตการรับฟังความคิดเห็นวันที่ 13 กันยายน 2562 โดยมีการส่งจดหมายตอบกลับมา 141 แห่ง/คน ซึ่งระบุชื่อผู้ส่ง 85 แห่ง/คน และไม่ระบุชื่อผู้ส่ง 56 แห่ง/คน

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 สช. เปิดรับฟังความคิดเห็นเป็นการทั่วไปทาง website ต่อนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งกำหนดหมดเขตการรับฟังความคิดเห็นวันที่ 13 กันยายน 2562 โดยมีผู้เข้ามาตอบจำนวน 15 ราย

วันที่ 17 กันยายน 2562 สช. ได้เชิญผู้แทนโรงพยาบาล สภาวิชาชีพ หน่วยงานต่างๆ และบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มาร่วมประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

วันที่ 17 กันยายน 2562 หลังจากที่ได้รับฟังความคิดเห็นจากโรงพยาบาล หน่วยงานของรัฐและเอกชน ผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ประชุมคณะทำงานยกร่างคำนิยามเพื่อปรับปรุงร่างนิยามปฏิบัติการ ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

วันที่ 18 กันยายน 2562 จัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

สารบัญ

ส่วนที่ 1 ภาวะผู้ป่วย (Patient Status)

- 1.ภาวะเรื้อรัง (Chronic Condition)
- 2.ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life limiting condition)
- 3.ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life threatening condition)
- 4.ความเจ็บป่วยระยะท้าย (Terminal illness)
- 5.ภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active Dying)
- 6.การตาย (Death)
- 7.ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)
- 8.ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief)
- 9.ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ (Complicated Grief)
- 10.ภาวะผิดปกติของความรู้สึกตัว (Disorder of Consciousness)

ส่วนที่ 2 ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล (Care Persons)

- 11.ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker)
- 12.หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney)
- 13.ครอบครัว (Family)
- 14.ผู้ดูแล (Caregiver)
- 15.ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)
- 16.ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team)
- 17.ทีมสหวิทยาการ (Multi-disciplinary Team)

ส่วนที่ 3 การดูแลและการจัดบริการ (Care and Service)

- 18.ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)
- 19.การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- 20.การดูแลสนับสนุน (Supportive care)
- 21.การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)
- 22.การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Pediatric Palliative Care)
- 23.การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)
- 24.การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)
- 25.การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care)
- 26.ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice service)
- 27.สถานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit/Center)
- 28.การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย

- 29.หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
(Advance Directive or Living Will)
- 30.การเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Accessibility)
- 31.การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Accessibility to Palliative Care)
- 32.คุณภาพชีวิต (Quality of Life)
- 33.การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care)
- 34.การตายดี (Good Death)
- 35.จิตวิญญาณ (Spirituality)

ส่วนที่ 4 จริยธรรมและกฎหมายการแพทย์ (Ethics and Medico-legal)

- 36.การรักษาพยุงชีพ (Life Sustaining Treatment)
- 37.การรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (Potentially Inappropriate Treatment)
- 38.การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futile Treatment)
- 39.การยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death, AND)
- 40.การยับยั้ง/การถอนการรักษาพยุงชีพ
(Withholding/Withdrawing Life Sustaining Treatment)
- 41.การุณยฆาต (Euthanasia)
- 42.การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ (Physician-assisted Suicide)
- 43.การลดระดับความรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation)
- 44.หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect)
- 45.หลักการตัดสินใจโดยยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Best Interests)
46. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision making)

ภาคผนวก

คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๙/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการการจัดทำคำนิยามปฏิบัติการ (Operation definition)
ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ส่วนที่ 1 ภาวะผู้ป่วย (Patient Status)

1. ภาวะเรื้อรัง (Chronic Condition)

ภาวะเจ็บป่วยหรือเสื่อมถอยทางกาย จิต หรือจิตเวช ซึ่งดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ก่อให้เกิดข้อจำกัดถาวรต่อสมรรถนะทางกาย จิตใจ และการรู้คิด (Cognition) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล การใช้ชีวิตประจำวัน และการใช้ชีวิตในสังคม^{1,2}

2. ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-Limiting Condition)

ภาวะที่รักษาไม่หายขาดและทำให้มีชีวิตรสั้นลง บางภาวะอาจเป็นการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องซึ่งต้องพึ่งพิงครอบครัวและผู้ดูแล³

3. ภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Condition)

ภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่ หรือเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว มีโอกาสล้มเหลวในการรักษาสูง

4. ความเจ็บป่วยระยะท้าย (Terminal Illness)

โรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือฟื้นคืนสภาพเดิมได้ และคาดว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า⁴

5. ภาวะกำลังจะเสียชีวิต (Active Dying)

ภาวะที่อวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตทำงานล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทส่วนกลาง หรือก้านสมองหยุดทำงาน โดยทั่วไประยะเวลาการเสียชีวิต อาจเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวัน

6. การตาย (Death)

ภาวะที่หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต หรือระบบประสาท ก้านสมอง หยุดทำงานอย่างถาวร

¹ Salins N, Gursahani R, Mathur R, Iyer S, Macaden S, Simha N, Mani RK, Rajagopal MR. Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2018; 22(4): 249-262

² National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Summary Health Statistics for the U.S. Population [Internet]: National Health Interview Survey [cited 17-18 Sep 19]. Available from http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_259.pdf

³ The International Association for Hospice and Palliative Care. Life-limiting condition [Internet]. [cited 17-18 Sep 19]. Available from <https://pallipedia.org/life-limiting-condition/>

⁴ อ้างอิงแล้วในเชิงอรรถที่ 1

7. ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)

ภาวะหรือประสบการณ์ของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

8. ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief)

กระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึก ได้แก่ ความเครียด เศร้าโศก ซึมเศร้า และอารมณ์อื่นๆ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกายและจิตใจ พฤติกรรม การรับรู้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม

9. ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ (Complicated Grief)

กระบวนการตอบสนองต่อภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก อารมณ์ และการดำเนินชีวิตนานกว่าปกติ ตามเกณฑ์วินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5)^{5, 6, 7, 8}

10. ภาวะผิดปกติของความรู้สึกตัว (Disorders of Consciousness)

เป็นภาวะที่สมองของบุคคลได้รับอันตรายจากการบาดเจ็บ (Traumatic Brain Injury) หรือ ได้รับอันตรายแบบไม่ใช่จากการบาดเจ็บ (Non-Traumatic Brain Injury) เช่น การขาดออกซิเจน การอักเสบรุนแรง ทำให้สูญเสียภาวะการตื่นรู้ (Wakefulness) และการรับรู้ (Awareness)

ภาวะนี้เกิดขึ้นภายหลังสมองได้รับอันตรายร้ายแรง ระยะแรกไม่ตื่นไม่ลืมตาไม่ว่ากระตุ้นเพียงไร เรียกภาวะนี้ว่า โคมา (Coma) เมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งอาจต้องรอนานถึง 28 วัน จึงสรุปได้ถึงสถานะและพยากรณ์โรค ได้แก่

(1) การกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่น้อย (Severe Disability) หลังจากนั้นผู้ป่วยยังมีการฟื้นตัวได้อยู่

⁵ เกณฑ์วินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต Diagnostic and statistical manual of mental disorders ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 5 (DSM-5) ได้จัดความเศร้าโศกที่ผิดปกติมีเกณฑ์อยู่ 5 หมวดหลัก ได้แก่ ได้จัด CG ไว้ในชื่อว่า “Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) การวินิจฉัย CG หรือ PCBD ตามเกณฑ์ DSM 5 มี criteria 5 หมวดหลัก ได้แก่ต้องเป็นผู้ประสบกับการเสียชีวิตของคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (criteria A) ต้องมีอาการหลักใน criteria B อย่างน้อย 1 ใน 4 ข้อ และ ต้องมีอาการแสดงย่อย ๆ ใน criteria C อีก 6 ใน 12 ข้อ โดยผู้สูญเสียมีอาการ ทั้ง criteria B และ C นานกว่า 6 เดือน หรือ 1 ปี (ตามอายุ ผู้สูญเสีย) อาการข้างต้นต้องส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิต (criteria D) และ ภาวะเศร้าโศกมากเกินไปเกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่เข้ากับ วัฒนธรรม ศาสนา หรือบรรทัดฐานที่เหมาะสมตามอายุ (criteria E)

⁶ Kissane DW, Zaider TI. Bereavement. In: Nathan Cherny Marie Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, and David C. Currow, editor. Oxford Textbook of Palliative Medicine 5ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014. p. 1110-22.

⁷ Twycross R. Bereavement. In: Robert T, editor. Introducing palliative care. 4 ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003. p. 45-52

⁸ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington. American Psychiatric Publishing; 2013

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition)

ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย

(2) ภาวะมีสติเล็กน้อย (Minimal Conscious State; MCS) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ยังมีการตื่นรู้อยู่ แต่มีการสูญเสียการรับรู้โดยยังสามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้บ้าง เป็นเวลาอย่างน้อย 28 วันนับจากวันที่มีภาวะไม่รู้สีกตัว

(3) ภาวะตื่นแต่ไม่รู้ (Unresponsive Wakefulness หรือ Vegetative State) ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ยังมีการตื่นรู้ แต่ไม่รู้และไม่ตอบสนองสิ่งรอบข้างอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 28 วัน นับจากวันที่มีภาวะไม่รู้สีกตัว

หลักฐานการแพทย์ปัจจุบัน จะเรียกภาวะตื่นแต่ไม่รู้ (Chronic/Permanent Vegetative State) เมื่อภาวะที่บุคคลตื่นแต่ไม่รู้ต่อสิ่งรอบข้างอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานานกว่า 3-6 เดือน กรณีสมองได้รับอันตรายแบบไม่ใช่จากการบาดเจ็บ หรือนานกว่า 12 เดือน หลังจากที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีโอกาสฟื้นตัวได้ยากอย่างยิ่ง⁹ การกำหนดนิยามเหล่านี้เพื่อให้แพทย์ไม่ด่วนสรุปผู้ป่วยไคว่ว่ามีพยากรณ์โรคเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและหยุดการรักษาพยาบาลเร็วเกินไป¹⁰

ส่วนที่ 2 ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล (Care Persons)

11. ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker)

บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ หมายถึงถึง ผู้แสดงเจตนาแทน หรือ บุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

สำหรับกรณีที่ไม่มีกรรมการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด และทีมสหสาขาวิชาจะร่วมกันพิจารณาอย่างรอบคอบ

12. หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/ Durable Power of Attorney)

เอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจจะระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้

⁹ Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, Whyte J, Ashman EJ, Ashwal S. Practice guideline update recommendations summary: Disorders of consciousness: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; the American Congress of Rehabilitation Medicine; and the National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research.. *Neurology*. 2018 Sep 4;91(10): 450–460

¹⁰ National Health Service, Disorders of consciousness [Internet]. nhs.uk. 2018 [cited 2019 Sep 18]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/disorders-of-consciousness/>

13. ครอบครัว (Family)

ผู้ที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย มีความเชื่อมโยงกันทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา หรือคู่ชีวิต หรือทางกฎหมาย หรือประเพณีวัฒนธรรม หรือบุคคลที่ไว้วางใจ

14. ผู้ดูแล (Caregiver)

ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ แก่ผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

15. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver)

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงาน ให้การดูแลโดยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

16. ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team)

กลุ่มของผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงานหรือระบบเดียวกัน รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และอื่นๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน

17. ทีมสหวิทยาการ (Multi-Disciplinary Team)

กลุ่มคนที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางวิชาการจากหลายสาขาวิชา ซึ่งแต่ละคนทำงานอย่างอิสระ คู่ขนานกันไป มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยมีเป้าหมายการดูแลรักษาาร่วมกัน

ส่วนที่ 3 การดูแลและการจัดบริการ (Care and Service)

18. ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)

การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อยุ้มนั่นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่ม

คนเหล่านี้ย่อมสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์¹¹

19. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย¹² ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ

การดูแลแบบประคับประคอง มี 3 ระดับ ได้แก่

(1) การดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรเป็นทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ

(2) การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลแบบระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก

(3) การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแล ซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

การดูแลแบบประคับประคอง หมายรวมถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต

องค์การอนามัยโลก ระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองไว้ดังนี้ เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติ ไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิต สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้การดูแลเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงการให้คำปรึกษาประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สนับสนุนเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจส่งผลดีต่อการดำเนินโรค ให้การดูแลตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยผสมผสานเข้ากับการดูแลจำเพาะที่มีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิต ซึ่งรวมถึงการส่งตรวจเพื่อให้เข้าใจและจัดการอาการให้ดีขึ้น

¹¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. [cited 2019 sep 18]. Available from: <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/คู่มือ%20LTC%20.pdf>

¹² WHO.WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [cited 2012 Dec 30]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

คำว่า การดูแลแบบประคับประคอง มีการทับซ้อนกับการดูแลแบบ Supportive Care ซึ่งหากแปลเป็นไทยตรงตัวว่า “ประคับประคอง” จะเกิดความสับสน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า คำว่า Supportive Care เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่ยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก เป้าหมาย คือ เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการป้องกันหรือจัดการอาการของโรค ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค และผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา¹³ ขณะที่การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงโรคลุกลาม และต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (End of life) จึงอาจเรียก Supportive Care ว่า “การดูแลสนับสนุน”

20. การดูแลสนับสนุน (Supportive Care)

การดูแลแบบสนับสนุนที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาตัวโรคเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายคือ เพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยการป้องกันผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค หรือจัดการอาการของโรคและผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา

21. การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)

การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี

22. การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก (Pediatric Palliative Care)

การดูแลเด็กป่วยจากภาวะที่จำกัดอายุขัยหรือคุณภาพต่อชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการประคับประคองครอบครัว เริ่มตั้งแต่แรกวินิจฉัยและต่อเนื่องโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาโรคหรือไม่¹⁴

23. การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)

การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

24. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อโดยการบูรณาการ ประสานงาน และร่วมใช้ข้อมูลทุกด้านระหว่างผู้ให้บริการ

25. การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice Care)

การบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม

¹³ Recommendations from the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1[Internet]. European journal of palliative care, 2009; 16(6) [cited 18 Sep 2019] Available from:

<https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9M0Os7VYZs0ZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf>

¹⁴ อ้างอิงแล้วในเชิงอรรถที่ 12

26. ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Service)

ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะการดูแลอาจเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยพักค้างชั่วคราว เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพัก (Respite care) การดูแลช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้าน และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care) โดยสถานที่ดูแลดังกล่าวเรียกว่า สถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice)

27. สถานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit/Center)

หน่วยงานที่ให้บริการแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต แบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

- (1) หน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) ทำหน้าที่จัดบริการ
- (2) ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Center) มีความสามารถในการฝึกอบรมและวิจัย นอกเหนือจากงานบริการ

28. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

กระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

29. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance Directive or Living Will)

หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย¹⁵

30. การเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Accessibility)

การเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ จะเกิดขึ้นได้เมื่อระบบบริการสาธารณสุขเอื้อให้มีการบริหารยากกลุ่มนี้ ทั้งการจัดซื้อ จัดหา เก็บรักษา กระจายยา และส่งจ่าย ในโรงพยาบาลทุกระดับและสถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย รวมถึงมีการบริหารจัดการยาที่บ้าน

31. การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Accessibility to Palliative Care)

การเข้าถึงระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพและพอเพียง โดยปราศจากข้อจำกัดในด้านต่างๆ ทั้งภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และสถานะทางสังคมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

¹⁵ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

32. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

การให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตตามความชอบ ความเชื่อ และความศรัทธาของบุคคลในทุกๆ มิติของชีวิต รวมถึงสุขภาวะ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ซึ่งการให้ความหมายและคุณค่านี้สามารถแปรเปลี่ยนไปตามบริบท

33. การดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)

การดูแลผู้ป่วยที่ยึดถือมุมมองจากประสบการณ์ ความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยยังคงรักษาสีห์ ความเป็นส่วนตัว ศรัทธาการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยการทำตามเข้าใจชีวิตในภาพรวมตามความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล และนำไปสู่การออกแบบการดูแลแบบองค์รวม

34. การตายดี (Good Death)

การตายโดยที่ผู้ป่วยได้รู้ว่าความต้องการของเขาได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพมีความเคารพและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย¹⁶

35. จิตวิญญาณ (Spirituality)

การให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ ซึ่งแต่ละปัจเจกบุคคลแสวงหาความหมาย กำหนดทิศทาง การยอมรับ และเข้าใจความเป็นจริงแห่งชีวิต เป็นกระบวนการอันเป็นพลวัต เกิดขึ้นภายในบุคคล แปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลนั้นกับตัวตน ครอบครัว คนรอบข้าง ชุมชน สังคม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบในการให้ความหมายที่ยึดเหนี่ยวของชีวิต

ส่วนที่ 4 จริยธรรมและกฎหมายการแพทย์ (Ethic and Medico-legal issues)

36. การรักษาเพื่อยังชีพ (Life-Sustaining Treatment)

การรักษาทางการแพทย์ เพื่อใช้ประคับประคองหรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต ได้แก่ การนวดหัวใจ ผายปอดกู้ชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจ และความดันโลหิต การให้สารอาหารหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การล้างไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ และอื่นๆ^{17,18}

¹⁶ The Economist. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world [Internet].

2015 [18 Sep 2019]. Available from:

<https://eiu.perspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>

¹⁷ ศัพท์บัญญัติ ราชบัณฑิตยสถาน [Internet]. [cited 2018 Nov 10]. Available from:

<http://rirs3.royin.go.th/coinages/webcoinage.php>

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยนิยามปฏิบัติการ (Operational Definition)

ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับประเทศไทย

37. การรักษาที่ไม่น่าจะเกิดประโยชน์ (Potentially Inappropriate Treatment)

การรักษาทางการแพทย์ที่มีเจตนาให้หายขาด แต่มีโอกาสเกิดโทษมากกว่าโอกาสที่จะเกิดประโยชน์

38. การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futile Treatment)

การรักษาที่แน่ชัดว่าไม่ได้ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ต้องการ เช่น การใช้เครื่องฟุ้งชีพหวังให้ฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยสมองตาย

39. การยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ (Allow Natural Death: AND)

การตัดสินใจให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติโดยงดการรักษาฟุ้งชีพ ในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Active dying) เพื่อเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้าหรือตามความประสงค์ของผู้ตัดสินใจแทน

40. การยับยั้งการรักษาฟุ้งชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) และการถอดถอนการรักษาฟุ้งชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment)

การตัดสินใจไม่เริ่มใช้ ไม่เพิ่มระดับการรักษาฟุ้งชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) การหยุด หรือถอดถอนการรักษาฟุ้งชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณาแล้วว่าการรักษาหรือใช้เครื่องฟุ้งชีพนั้น ผลการรักษาแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิต และก่อผลเสียหรือภาระมากกว่าประโยชน์ที่ได้ โดยผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีนี้เองภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลครบถ้วน ทั้งนี้การยับยั้งการรักษาฟุ้งชีพ และการถอดถอนการรักษาฟุ้งชีพ มิใช่เป็นการทำการุณยฆาต (Euthanasia)

41. การุณยฆาต (Euthanasia)

การกระทำโดยเจตนาเพื่อยุติชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงความทรมานของผู้ป่วย ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ

42. การยุติชีวิตด้วยตนเองโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ (Physician-Assisted Suicide)

การที่แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการเพื่อยุติชีวิตตัวเอง

¹⁸ Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM., Baras M, Michalsen A. et al. Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. October 15 2014; 190(8): 855-866

43. การลดระดับความรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (Palliative Sedation)

การบำบัดโดยการให้ยาลดระดับความรู้สึกตัว หรือทำให้ไม่รู้สึกตัว แก่ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงหรือจัดการลำบาก และจัดการด้วยวิธีการอื่นไม่สำเร็จ^{19,20}

44. หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect)^{21, 22, 23}

การกระทำที่มีเจตนาดี แม้จะตามมาด้วยผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาก็ตาม โดยมีองค์ประกอบครบ 4 ประการดังนี้

- (1) การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ดีในตัวเองหรือเป็นกลาง
- (2) การกระทำนั้นเป็นไปด้วยเจตนาให้เกิดผลดี ไม่มีเจตนาให้เกิดผลร้าย
- (3) ผลลัพธ์ที่ดีไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำที่ไม่ดี
- (4) ผลดีมีน้ำหนักมากกว่าผลร้ายที่อาจเกิดขึ้น

45. หลักการตัดสินใจโดยยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Best Interests)

หลักการการตัดสินใจของแพทย์และทีมสุขภาพในการเลือกแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วย โดยชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษาแต่ละอย่าง และเลือกการรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุดและมีความเสี่ยงน้อยที่สุดแก่ผู้ป่วย การตัดสินใจนี้ต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์และทางสังคม²⁴

¹⁹ เนื่องจากการลดระดับความรู้สึกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Sedation) ในระยะท้ายของชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่มีประเด็นทางจริยธรรม (Ethical concern) เมื่อลดระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย ถึงจุดที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความต้องการ ไม่สามารถยินยอมได้ จึงอาจถูกมองว่าเป็นแรงให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ดังนั้นการลดระดับความรู้สึกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Sedation) ในระยะท้ายของชีวิต ต้องมีเกณฑ์ข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่ชัดเจน เช่น ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วว่า ไม่มีหนทางอื่นบรรเทาอาการผู้ป่วยแล้ว การวางเป้าหมายคือการลดอาการ มิใช่การเสียชีวิต และการหยุดอาหารและน้ำถือเป็นทางเลือก แต่ไม่ได้เป็น ‘ข้อบังคับ’ ในการลดระดับความรู้สึกในระยะท้ายของชีวิต

²⁰ Cherny NI, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. e.g. Jet Powered Engines. *Annals of Oncology*. 01 September 2014; 25(suppl_3): iii143–iii152

²¹ หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect) เป็นหลักจริยธรรมที่มีพื้นฐานมาจากหลักศาสนาคริสต์ ที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง หลักการนี้ยอมรับการนำทารกออกจากครรภ์มารดาเพื่อรักษาชีวิตมารดา ดังนั้นเหตุการณ์จึงทำไปเพื่อเจตนารักษาชีวิตแม่มิใช่ทำลายชีวิตเด็ก ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การลดระดับความรู้สึกในระยะท้ายของชีวิต (Palliative Sedation) หรือการการยับยั้งเครื่องพยุงชีพ/การถอดถอนเครื่องพยุงชีพ (Withholding/Withdrawal of Life-Sustaining Treatment) ด้วยเจตนาให้เพื่อลดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน จึงเป็นสิ่งที่ถูกจริยธรรม แม้จะได้ผลลัพธ์ที่ไม่เจตนาทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวก็ตาม

²² David Solomon. Double Effect. In: Lawrence C. Becker, editor. *The Encyclopedia of Ethics* [Internet]. [cited 17-18 Sep 19]. Available from <http://sites.saintmarys.edu/~incandel/doubleeffect.html>

²³ Stanford Encyclopedia of Philosophy. Doctrine of Double Effect [Internet]. [cited 2018 Nov 10]. Available from: <https://plato.stanford.edu/entries/double-effect/>

46. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making)

เป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ โดยเป็นการตัดสินใจร่วมระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว หรือตัวแทนผู้ป่วย การตัดสินใจอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์²⁵

²⁴ Donnelly M. Best interests, patient participation and the Mental Capacity Act 2005. *Medical Law Review*. 15 December 2008; 17(1): 1–29

²⁵ Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw.* 2011; 105(4): 300–304

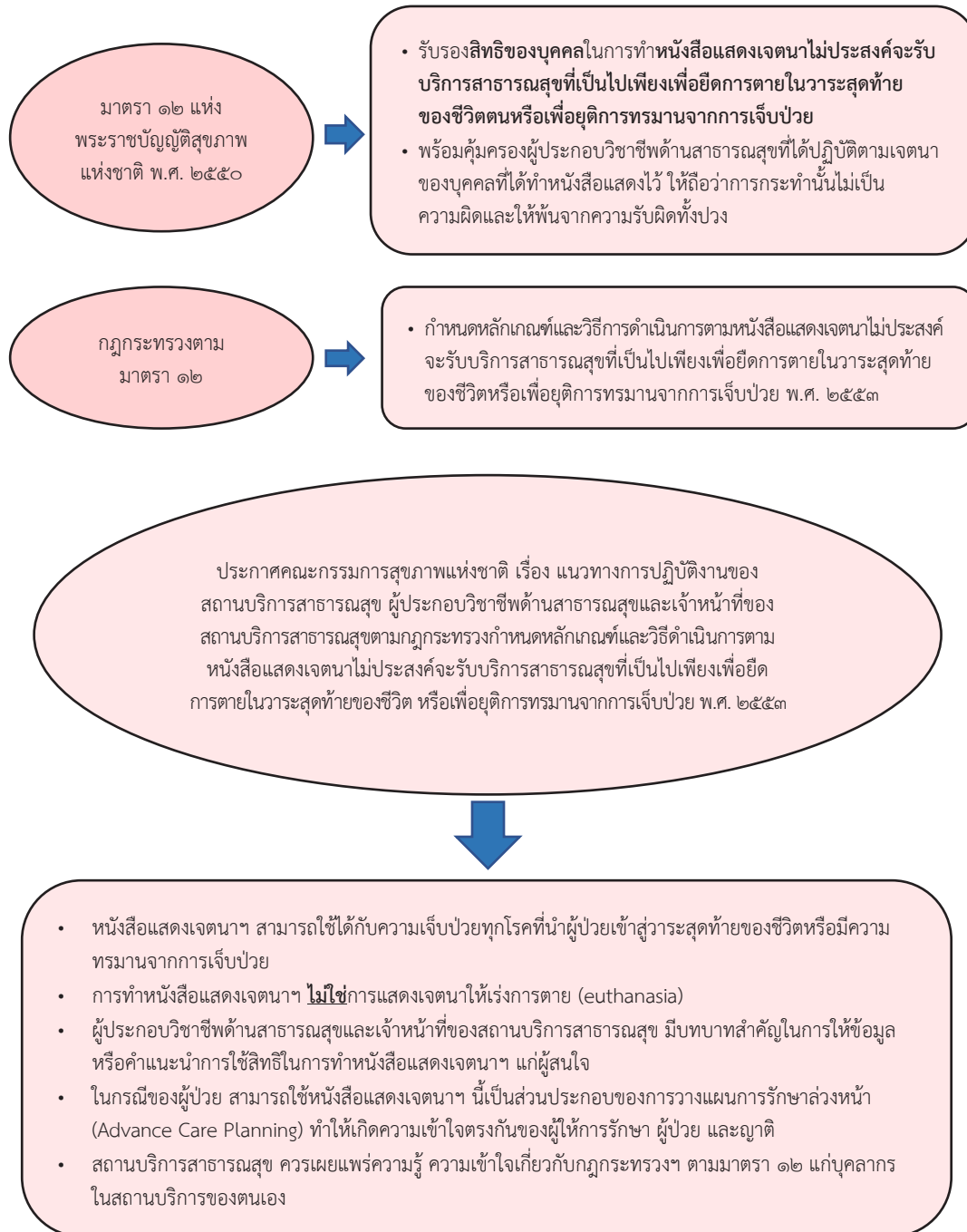


ภาคผนวกที่ 3

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมาตรา 12 แห่ง
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
และแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ
ด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข

คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12
แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ กระทรวงสาธารณสุข 2563

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐



ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ กระทรวงสาธารณสุข 2563

“หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย
ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หรือ “Living Will”

คือ หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป
เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

บุคคล หมายความว่า ทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย ไม่จำกัดเฉพาะแต่คนไทยโดยรวมถึง
ชาวต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยด้วย เช่น แรงงานข้ามชาติ นักท่องเที่ยว

- บุคคลมีสิทธิที่จะเลือกทำหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือไม่ก็ได้ตามความสมัครใจ
- จะต้องอยู่ในภาวะที่มีสติสัมปชัญญะดี
- กรณีผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือญาติที่ให้การเลี้ยงดู
- ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้โดยให้ถ้อยฉบับ
ที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ
- หนังสือแสดงเจตนาฯ จะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้
- ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อาจเขียนหรือพิมพ์ด้วยรูปแบบของตนเองหรือใช้ตามแบบตัวอย่างที่
แนะนำโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก็ได้

ติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

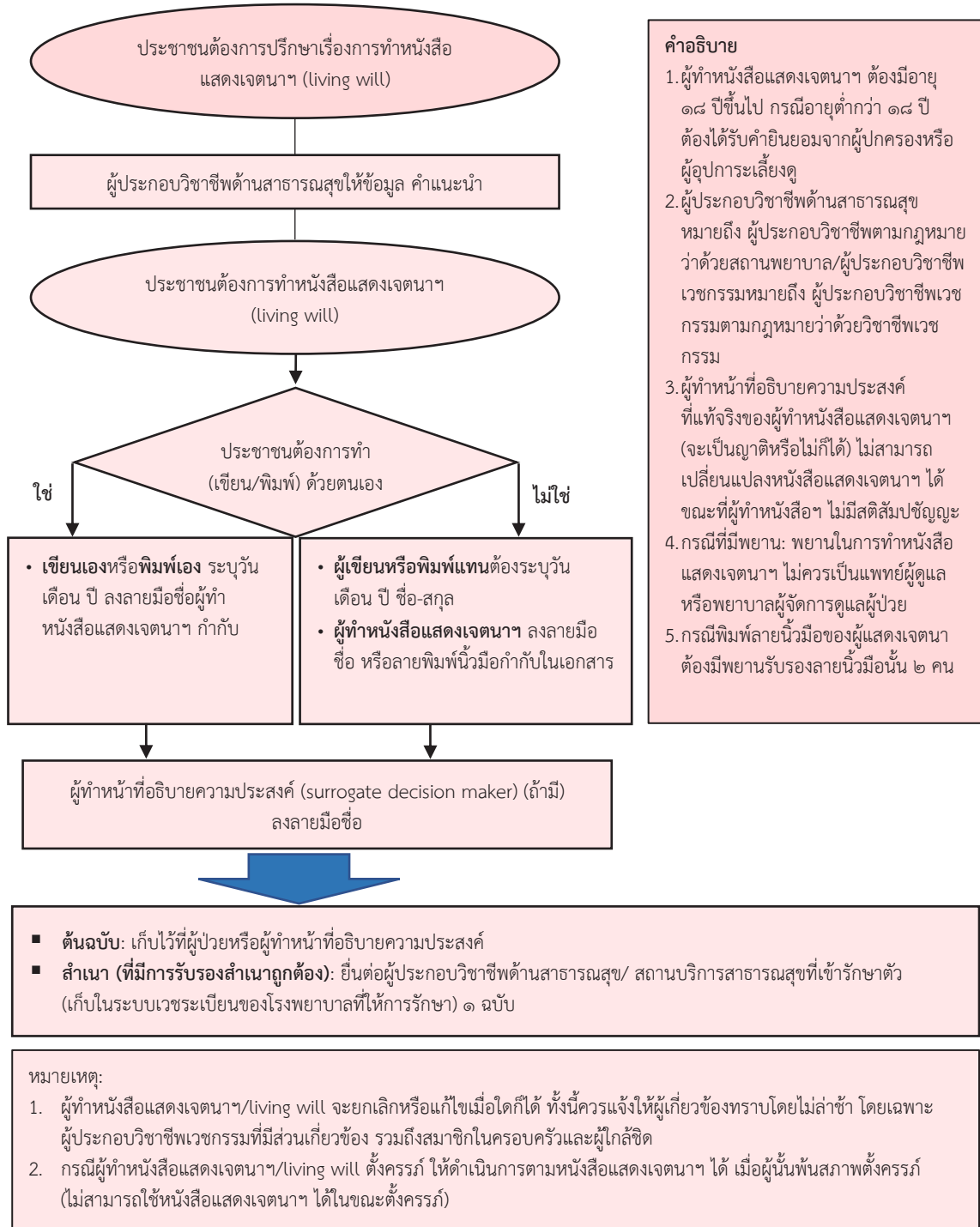
โทรศัพท์: ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐

<https://www.thailivingwill.in.th/>



ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ
กระทรวงสาธารณสุข 2563

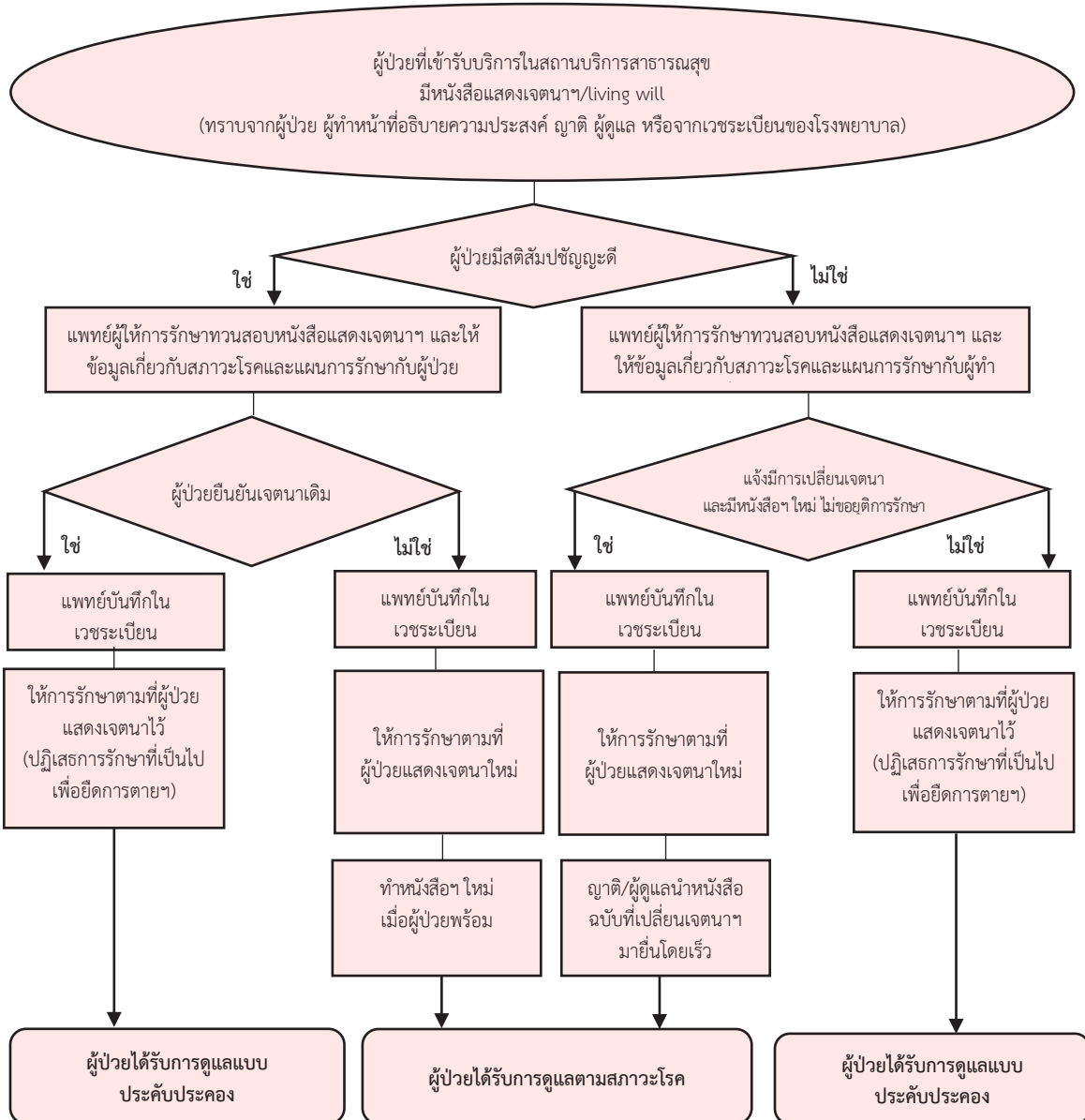
แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข
เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต
(มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐)



เอกสารอ้างอิง: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).(๒๕๖๑). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ ๘. บริษัทสามดีพรินต์อวิชั่น จำกัด นนทบุรี

ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ
กระทรวงสาธารณสุข 2563

**“หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย
ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หรือ “Living Will”**



หมายเหตุ:

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการ แพทย์มีการทวนสอบหนังสือแสดงเจตนา/Living Will ทุกครั้ง
2. ผู้ป่วยสามารถแก้ไขเนื้อหาหนังสือแสดงเจตนา ได้ตลอดเวลา
3. กรณีการทำหนังสือแสดงเจตนา หลายฉบับให้ยึดถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ยื่นต่อแพทย์เป็นฉบับที่มีผลบังคับใช้
4. หากมีการแก้ไขหรือยกเลิกหนังสือแสดงเจตนา ในโรงพยาบาล ควรมีการบันทึกแก้ไขในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์
5. กรณีที่ผู้ป่วยมีความประสงค์เปลี่ยนแปลงเจตนาต้องเป็นผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดีที่จะสื่อสารได้ตามปกติ
6. กรณีไม่มีหนังสือแสดงเจตนา มายื่นให้แพทย์ผู้รักษาและไม่มีเวชระเบียนที่สามารถตรวจสอบได้ แพทย์ให้การรักษาสถานะโรค

ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
กระทรวงสาธารณสุข 2563



ภาคผนวกที่ 4

ตัวอย่างหนังสือยินยอมให้พบแพทย์ออนไลน์
และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ กรมการแพทย์

ตัวอย่างหนังสือยินยอมให้พบแพทย์ออนไลน์และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ กรมการแพทย์



หนังสือยินยอมให้พบแพทย์ออนไลน์ และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์/ การรับยาโดยไม่ต้องลงจากรถ (Drive Thru) กรมการแพทย์

เนื่องจากปัจจุบันเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ประชาชนมีความกังวลในการเดินทางมาโรงพยาบาลที่ค่อนข้างลำบากมากขึ้น และอาจเกิดการติดเชื้อได้ ดังนั้นเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและญาติ ลดการแออัดภายในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มขีดความสามารถการรักษา กรมการแพทย์ จึงมีระบบบริการทางการแพทย์แบบใหม่ (New Normal Medical Service) คือ การพบแพทย์ออนไลน์ และส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ ผ่านแนวคิดยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษามากขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าสามารถรับบริการได้ ที่ต้องการรับยาต่อเนื่อง โดยไม่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ และไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยนัด ที่มีอาการคงที่ ไม่มีอาการผิดปกติ ต้องการรับยาชนิดเดิม ผู้ป่วยหรือญาติ สามารถใช้สมาร์ตโฟนในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้ โดยสามารถลงทะเบียนแจ้งความประสงค์ ลงลายมือยินยอม เข้ารับการรักษารอแจ้งวันนัด ซึ่งระบบดังกล่าวรองรับสิทธิการรักษาทุกสิทธิไม่เสียค่าใช้จ่ายและค่ายาเพิ่มเติมค่าส่งยาทางไปรษณีย์ขึ้นอยู่กับสิทธิการรักษา

หมายเหตุ: ยาที่จัดส่งได้เฉพาะยาเม็ดเท่านั้นและขอสงวนสิทธิ์ให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ตัดสินใจในการสั่งยาและแพทย์ที่รับผิดชอบสามารถให้การปฏิเสธไม่สั่งยาถ้าคิดว่ามีเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถส่งยาทางไปรษณีย์ได้

สถาบัน/โรงพยาบาล.....

1. ข้อมูลทั่วไป

วันที่แสดงเจตนา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

LINE ID.....เป็นของ

☐

ผู้ป่วยเอง

☐

อื่นๆ (โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย).....

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

วันที่นัด.....
แพทย์ที่นัด.....
เลขที่บัตรโรงพยาบาล (HN).....
ประเภทผู้ป่วย.....

● ท่านที่ต้องการรับยาจากแพทย์แผนกใดบ้างที่ท่านมีนัดใกล้เคียงใน 1 สัปดาห์

1.
2.
3.
4.

● สิทธิการรักษา

- | | |
|--|--|
| ☐ สิทธิประกันสังคม | ☐ สิทธิบัตรทองใน กทม. |
| ☐ สิทธิบัตรทองในต่างจังหวัด | ☐ เบิกกรมบัญชีกลาง |
| ☐ จ่ายเอง | |

● ที่อยู่ในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์

บ้านเลขที่/หมู่ที่/ซอย/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/รหัสไปรษณีย์

.....
.....

2. การให้ความยินยอม

● การยอมรับโอกาสผิดพลาดในการรักษาผ่านไลน์วิดีโอคอล

การไลน์วิดีโอคอลกับแพทย์ และการให้การรักษาทงไกล อาจเกิดโอกาสผิดพลาดทางการรักษาได้ ท่านทราบข้อจำกัดในการให้บริการการรักษาทางไกล และยินยอมรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้

- ☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

● การยอมรับการชำระค่าบริการทางการแพทย์

ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการทางการแพทย์เป็นจำนวน 3 บาท สำหรับสิทธิเล็กได้ สำหรับผู้ป่วยจ่ายเอง ค่าบริการทางการแพทย์ 80 บาท รวมกับค่าส่งไปรษณีย์ด่วนพิเศษราคา 100 บาท ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้ไม่สามารถ นำเบิกได้ภายหลัง

นอกจากนี้ อาจจะมีค่ายานอกบัญชีที่เบิกไม่ได้รวมด้วย (ถ้ามีสำหรับสิทธิเบิกข้าราชการ)

- ☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

ข้าพเจ้าได้รับทราบสิทธิที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับการรักษาด้วยยาใน บัญชียาหลักแห่งชาติ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

- ☐ รับทราบ ☐ ไม่รับทราบ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจทางเลือกในการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ☐ รับทราบ ☐ ไม่รับทราบ

ถ้าท่านเลือกไม่ยอมชำระค่าใช้จ่าย แพทย์จะสั่งเฉพาะยาในบัญชียาหลักเท่านั้น

- การยอมรับระยะเวลาส่งยาจนถึงมือผู้ป่วย

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

วันที่.....



ภาคผนวกที่ 5

แนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/
วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์
ในระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ที่ สธ 1003.5/ว 6234)

แนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ในระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ที่ สร 1003.5/ว 6234)

หลักการและเหตุผล

ตามที่ปรากฏสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคระบาดใหญ่ที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่และแพร่ไปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยอย่างรวดเร็ว ดังนั้น เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและญาติซึ่งอาจได้รับเชื้อในระหว่างการเดินทางมารับการรักษา และรับยาที่โรงพยาบาล ประกอบกับโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งได้หาหรือมายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ให้กับผู้ป่วยของตนทางไปรษณีย์ ในการนี้ อัย. จึงกำหนดแนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ ระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานพยาบาลของรัฐ ในระหว่างสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เงื่อนไข

- ใช้เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ
- ใช้เฉพาะยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ ที่มีความจำเป็นประกอบดุลพินิจของแพทย์ เช่น morphine , Diazepam เป็นต้น (ไม่ใช้กับยา methadone กรณีบำบัดผู้ติดยาเสพติด*)
- เป็นผู้ป่วยเก่าของสถานพยาบาลที่รับยาอย่างต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติในการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ ระหว่างสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผู้ป่วยเก่า ที่มีประวัติพบแพทย์และเคยได้รับ ยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ชนิดนั้นมาก่อน และมีกำหนดนัดพบแพทย์ระหว่างช่วงเวลาที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินการแพร่ระบาดของเชื้อโรคติดต่อ COVID-19

- | | |
|---------|--|
| แพทย์ | <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัย สอบถามตรวจติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรเวชกรรม (Telemedicine) เช่น วีดิโอคอล หรือวิธีการอื่นที่เหมาะสม - พิจารณาสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ โดยจ่ายครั้งละไม่เกิน 30 วัน โดยคำนึงถึงความจำเป็น ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่พบอาการผิดปกติ และมีประวัติการใช้ยาที่ถูกต้อง ไม่มีประวัติการใช้ยาในทางที่ผิด |
| ผู้ป่วย | ต้องทราบและยินยอมให้มีการจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ |

- | | |
|---------------------|---|
| เภสัชกร/เจ้าหน้าที่ | <ul style="list-style-type: none"> - ดึงข้อมูลที่อยู่ของผู้ป่วย จัดยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามคำสั่งของแพทย์ - จัดส่งยาทางไปรษณีย์แบบลงทะเบียน หรือ EMS หรือใช้ระบบไปรษณีย์ตอบรับปลายทาง - แจ้งกับบริษัทไปรษณีย์ให้ทราบว่ามีการขนส่งยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ ซึ่งต้องระมัดระวังในการขนส่งให้ถึงมือผู้ป่วย และควบคุมมิให้เกิดการชำรุดหรือสูญหาย |
|---------------------|---|

- | | |
|---------------------|---|
| เภสัชกร/เจ้าหน้าที่ | <ul style="list-style-type: none"> - สอบถามข้อมูลการได้รับยาว่าถูกต้อง ครบถ้วน - ติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ วีดิโอคอล หรือวิธีการอื่นที่เหมาะสม - บันทึกข้อมูลการดำเนินการ |
|---------------------|---|

*ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เมทาโดน กรณีเป็นสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด ให้ดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและเฝ้าระวังสำหรับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 หัวข้อหลักเกณฑ์ในการจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้เข้ารับการรักษาไปรับประทานนอกสถานพยาบาลด้วย

ทั้งนี้ การจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/วัตถุออกฤทธิ์ ให้ดำเนินการสอดคล้องกับหนังสือกรมบัญชีกลาง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ กรณีผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเสี่ยงหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2)



<https://qr.go.page.link/5fsEi>

คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย
(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES