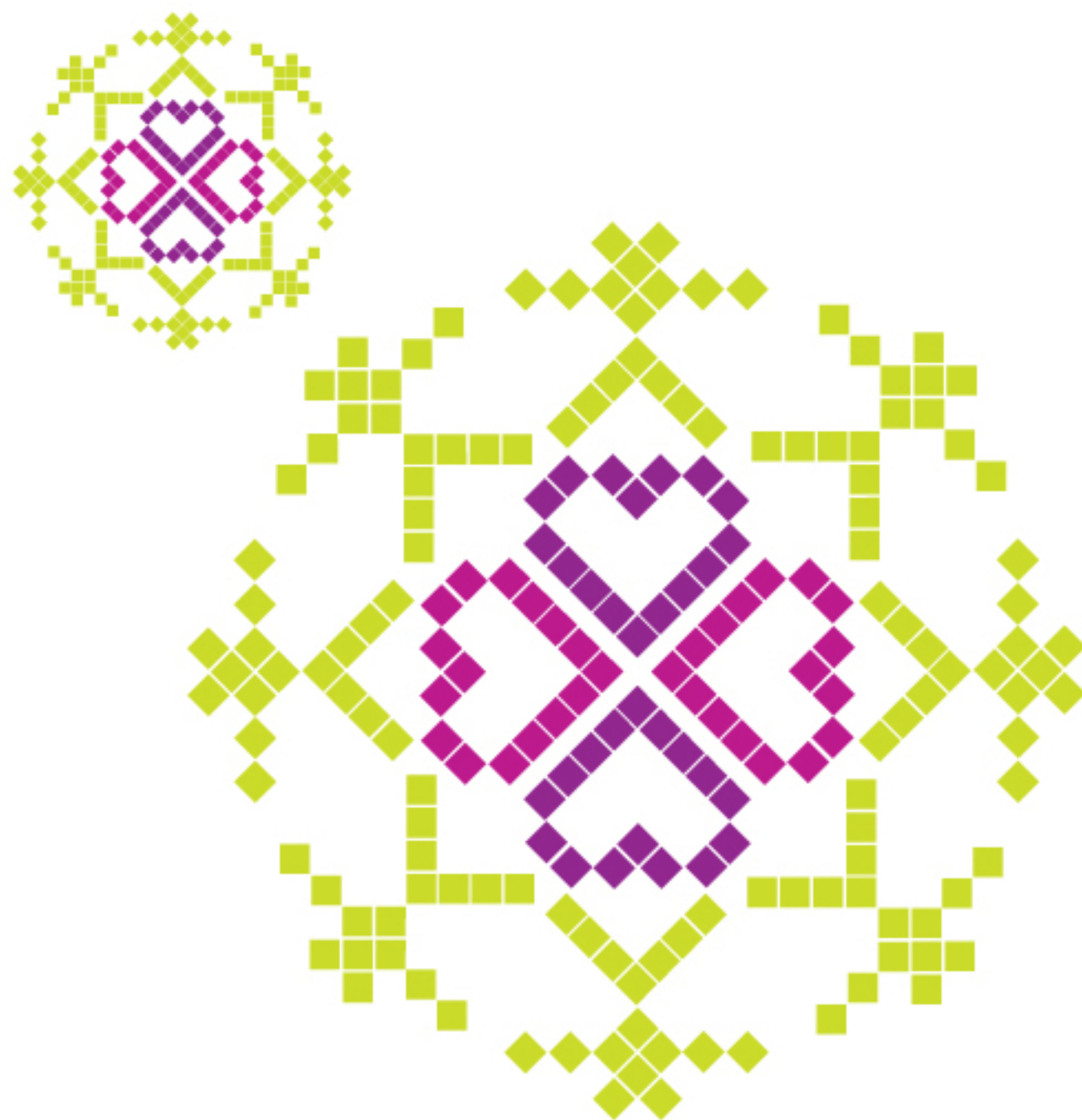




Palliative Care

การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจ และศรัทธา



Palliative Care

การดูแลและเยียวยา

ด้วยหัวใจและศรัทธา

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine

เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดทำโดยสำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และภาคีร่วมพัฒนาบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจันทพงษ์ วะสี
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตรัตน์
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
นายกสภาการพยาบาล
นายกทันตแพทย์สภา
นายกสภาเทคนิคการแพทย์
นายกสภาเภสัชกรรม
นายกสภากายภาพบำบัด
ประธานชมรมแพทย์ชนบท
ประธานชมรมทันตสาธารณสุข
ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
ประธานชมรมเภสัชกรรมชนบท
ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
ประธานชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

รองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงอรารณ ตะเวทิงค์

แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร

กองบรรณาธิการ

ผศ.แพทย์หญิงสายพิน หัตถ์รัตน์
ผศ.นายแพทย์พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์
ผศ.นายแพทย์ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์
นายแพทย์วิโรจน์ วรณภีระ
นายแพทย์นิพัทธ์ กิตติมานนท์
นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ
นายแพทย์พนพัฒน์ ไตเจริญวานิช
นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ
นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ
นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ
นายแพทย์ปกรณ์ ทองวิไล
นายแพทย์สตาค์ ศุภผล
นายแพทย์โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ
แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย
นางสุนา ตันทเศรษฐี
นางจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์
นางมุนา วงศ์ษาโรจน์
นางสาวสุมาลี ประทุมรัตน์

ฝ่ายจัดการ

นางสาวผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ
นางทัศนีย์ ญาณะ
นางสาวสายใจ วอนขอพร

สนับสนุนการผลิตโดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ติดต่อ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
สำนักงาน : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถนนพุทธมณฑล 4
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทร. 02-4419040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 02-4410163

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

Website : www.thaiichr.org

สารบัญ

เปิดเล่ม	4-6
» Palliative Care: การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา	4
นิพนธ์ต้นฉบับ	7-9
» ศึกษาแนวทางการสื่อสารกับครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย; การศึกษาด้วย Nominal group technique ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ How to discuss goal of care with terminal illness patient's family? A nominal group technique study in ChiangMai Medical School.	7
บทความปริทัศน์	10-16
» 3 Wishes กับ Unfinished business ในกระบวนการดูแลแบบ Palliative Care	10
» การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทางการแพทย์) “ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรี เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง”	12
บทความพิเศษ	17-32
» ปฐมบทแห่งสุขภาวะปฐมภูมิ	17
» Palliative Performance Scale เครื่องมือประเมินคนไข้ Palliative Care	21
» Palliative Care Unit (PCU) ที่โรงพยาบาล Baycrest ประเทศแคนาดา	26
» การเดินทางของ “ป่าประคอง” ผ่านระบบการดูแล Palliative Care เปรียบเทียบประเทศไทยและแคนาดา	29
Case Report	33-59
» Palliative Care กับการลดความเจ็บปวดทั้งคนไข้และครอบครัว	33
» การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่บ้าน (Palliative Care at home for terminal III patient end-staged lung cancer)	43
» เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำอย่างไร? เมื่อญาติปิดบังไม่ให้อาการทรุดหนัก	55
เรื่องเล่าจากเครือข่าย	60-76
» ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว...ก้าวอย่างที่สำคัญกับทุกชีวิต และอุดมการณ์ที่ไม่จางหาย	60
» UK and Thailand: Similarities and Differences in Family Medicine	63
» ประสบการณ์การศึกษาดูงาน ณ เมืองเซฟฟิลด์ ประเทศสหราชอาณาจักร	67
» Palliative Care แบบไทย ๆ จากโลกออนไลน์	74
มองด้วยใจ	77-79
» Remember Me จะมีอะไรสำคัญกว่านี้ เมื่อไม่มีเราอยู่	77
ใบสมัครสมาชิก	80

Palliative Care:

การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา

สุพัตรา ศิริวิชชากร

Palliative care.... End of life care...

การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลระยะสุดท้าย

คำเหล่านี้ดูเหมือนจะเป็นคำที่ได้ยิน และกล่าวถึงกันมากขึ้นในช่วงระยะ 4-5 ปีนี้ ทำไม? หมายความว่าอะไร ??

... เป็นคำแฟชั่นใหม่ในวงการแพทย์ที่พูดถึงเพื่อแสดงความก้าวหน้า ความน่าสนใจของคนพูดมากขึ้น

... หรือเป็นเพราะสถานการณ์ปัจจุบันสังคมให้ความสำคัญกับมิติของจิตใจ และจิตวิญญาณมากขึ้น

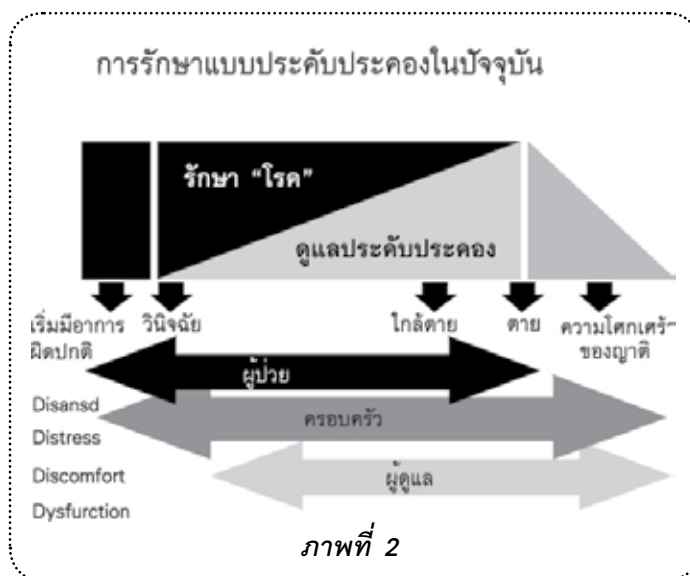
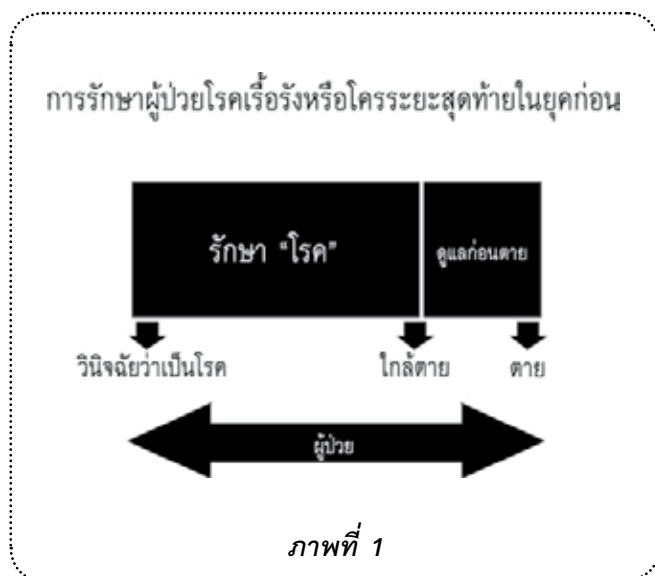
... หรือเป็นเพราะบริการทางแพทย์ปัจจุบันได้ละเอียดและมองข้ามประเด็นทางจิตวิญญาณไปมาก จนทำให้มีต้องมาจัดบริการเรื่องทางจิตใจ และจิตวิญญาณอย่างชัดเจนอีกครั้ง

บางส่วนก็อาจสืบเนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด หัวใจ รวมทั้งผู้สูงอายุก็มีมากขึ้น ทำให้ชีวิตผู้คนจากจุดเริ่มต้นที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีช่วงเวลาที่ยาวนาน อีกทั้งจำนวนมากขึ้น จึงเป็นผลให้ต้องมีการดูแลภาวะต่าง ๆ ในระยะประคับประคองหรือระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น

งาน palliative care เป็นงานหนึ่งที่หมอเวชศาสตร์ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมและแสดงบทบาทได้ดี แต่ก็ไม่ได้หมายความว่านี่เป็นงานจำเพาะของเวชศาสตร์ครอบครัว เพราะงานนี้เป็นการที่ต้องการทีมสหวิชาชีพ ดูแลร่วมกันอย่างเป็นองค์รวม เวชศาสตร์ครอบครัวถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของทีม

แนวคิดในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือมะเร็งในสมัยก่อนคือ เมื่อได้รับการวินิจฉัยก็จะให้การรักษาอย่างเต็มที่ จนกระทั่งรักษาหมดทุกกระบวนการแล้ว ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ จึงเริ่มกระบวนการรักษาแบบประคับประคอง **ดังรูปที่ 1**

แนวคิดปัจจุบันเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นจะใช้วิธีการแบบประคับประคอง หรือ Palliative care ร่วมไปกับกระบวนการรักษาอื่น ตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัย และการรักษาแบบประคับประคองจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่การรักษาแบบให้หายขาดจะน้อยลงเรื่อย ๆ **ดังรูปที่ 2**



ที่มา: แพทย์หญิงสายพิน หัตถิรัตน์

องค์การอนามัยโลก (WHO 2005)¹ ได้ให้ความหมายของ Palliative care ไว้ว่า “การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหา ประเมิน และให้การรักษาระดับของความเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของทีมสหสาขา ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย”

ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบ Palliative care ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยที่มีการทำงานของอวัยวะล้มเหลว เป็นต้น

หลักการของ Palliative care สรุปได้เป็น 4C² ดังนี้

1. **Centered at patient and family** ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก เช่นเดียวกับหลักการของ Patient-centered medicine โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษานบนพื้นฐานการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

2. **Comprehensive** การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพ และการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

3. **Coordinated** คือการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ทำงานประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน ครอบครัว ผู้ดูแล ญาติสนิทมิตรสหาย ก็เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทีมสาธารณสุข ในฐานะผู้ร่วมดูแลและเป็นที่พึ่งพิงที่สำคัญของผู้ป่วย รวมไปถึงความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่าง ๆ

1 World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2006 Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2 รศ.นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี Palliative care การบริบาลบรรเทา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. Continuous มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ใน โรงพยาบาลกลับบ้าน หรือเสียชีวิตแล้ว ดังแสดงในรูปที่ 2 ในความเป็นจริงไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ครอบครัว สถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงต้องมีการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยรายนั้น

หลักทั้ง 4 ข้อนี้อถือว่าเป็นหลักพื้นฐานเดียวกับงาน เวชศาสตร์ครอบครัว สิ่งที่ต้องประเมินเพื่อการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโรคที่เป็น (Patient's idea) เนื่องจากการรักษาแบบประคับประคองนั้น จะมีขั้นตอนหลายประการที่จะต้องคอยประเมินเป็นระยะ ๆ เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หากผู้ป่วยไม่ทราบโรคที่เป็น ก็จะต้องหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการประเมิน และหากเป็นไปได้ การบอกให้ผู้ป่วย ได้เข้าใจถึงโรคที่เป็น จะช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องพิจารณาความเหมาะสม เป็นราย ๆ ไป

2. ความเข้าใจของครอบครัวต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น (Family's idea) ครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก ดังนั้น การประเมินความเข้าใจ ต่อโรคของผู้ป่วยที่คนในครอบครัวรับรู้ก็เป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะมีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การเป็นกำลังใจ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

3. ระยะของโรคและอาการที่ผู้ป่วยเป็น เพื่อให้วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม และเป็นการประเมิน ตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรคต้องทนทุกข์ทรมาน กับอาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในไม่ช้า เช่น อาการปวด อาการที่เกิดจากการกระจายของโรคไปยังอวัยวะต่าง ๆ

4. ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพื่อให้การเยียวยา อย่างเหมาะสม ไม่ใช่เฉพาะความทุกข์ทางกายเท่านั้น แต่ หมายรวมถึงความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว และ จิตวิญญาณ

5. ภาระที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ หรือยังทำไม่สำเร็จ (unfinished business) ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีทุกคน แต่ถ้าหากมี และไม่ได้ทำให้ลุล่วงไป อาจจะนำไปสู่ความทุกข์ทรมานของ ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย หรือทำให้ครอบครัวมีความโศกเศร้า จากการสูญเสียอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตได้

6. ภาระของครอบครัวและความลำบากของผู้ดูแล (caregiver burden) การที่ผู้ป่วยมีภาวะของโรคมากขึ้นเรื่อย ๆ จะก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิง (dependent) มากขึ้นตาม มาด้วย ผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวจะต้องรับภาระมากขึ้น เป็นเงาตามตัว หากไม่มีการวางแผนการจัดการที่เหมาะสม ภาระที่ตกหนักกับครอบครัว จะนำไปสู่ผลการดูแลที่ไม่ดีต่อ ผู้ป่วย ครอบครัวที่จัดการภาระเหล่านี้ไม่ได้ ก็จะเกิดภาวะ สับสนและต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น

7. การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็น การรักษาทางกาย การทำพินัยกรรมชีวิต การเลือก สถานที่ที่จะเสียชีวิต การผ่อนภาระของผู้ดูแล การบริหารจัดการที่บ้านเพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น มีหลักการ ที่สำคัญที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยให้มีชีวิตที่เหลืออยู่อย่าง มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนั้น อย่าพยายาม ตั้งเงื่อนไขการรักษาโดยเทียบเคียงกับการดูแลผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ผ่านมา เพราะคนแต่ละคนมีต้นทุนเกี่ยวกับการเผชิญ วาระสุดท้ายของตนเองหรือบุคคลที่รักไม่เท่ากัน

Palliative care นั้นมี spectrum กว้างมาก ตั้งแต่ การดูแลด้านจิตใจทั่วไป จนถึง end-of-life care ซึ่งหมอ ทุก ๆ คนต้องทำเป็นและฝึกตัวเองให้ทำเป็น จะเป็นทั้ง holistic, humanized care ต่าง ๆ ทุกอย่างจะเบ็ดเสร็จ อยู่ในตัวของ palliative care

การเยียวยาเพื่อนมนุษย์ด้วยความเมตตาไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะใด เป็นสิ่งที่มนุษย์ด้วยกันทุกคนพึงกระทำอย่างดีที่สุด แม้ว่าผลของการเยียวยานั้นจะไม่ใช่การรักษาจน หายขาด แต่เป็นการประคับประคองให้คนคนนั้นเดินทางไปสู่ จุดสุดท้ายแห่งชีวิตนี้อย่างงดงาม สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์



ศึกษาแนวทางการสื่อสารกับครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย; การศึกษาด้วย Nominal group technique ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

How to discuss goal of care
with terminal illness patient's family?
A nominal group technique study
in ChiangMai Medical School.

Nalinee Yingcharnkul Patama Gomutbutra Jakkapan Khumsukol

Department of Family Medicine, Chaing Mai University, Thailand

Steven Z. Pantilat

Program of Palliative care, University of California San Francisco

Abstract

Background:

ในบริบทสังคมไทย ญาติมีอำนาจตัดสินใจเรื่องการรักษาของผู้ป่วยสูง เพราะมีบทบาทเป็น ผู้ดูแลทางกาย (Advocacy role) หรือทางการเงิน (Financial support) และญาติมักมีความเห็น ขัดแย้งกันเพราะผู้ที่ให้ financial support มักทำงานต่างถิ่น ไม่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ไม่ทราบ ถึงอาการและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมาก่อน จึงตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่างจาก Advocacy role. ดังนั้นการสื่อสารกับกับญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีความสำคัญในการวางแผนการรักษาไม่น้อยไปกว่าการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรง ในอดีตการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการลองผิดลองถูก ด้วยตนเองของแพทย์ แต่ปัจจุบันที่มีความตื่นตัวในเรื่องสิทธิผู้ป่วย และมีการฟ้องร้องสูงขึ้น การศึกษาแนวทางจากผู้มีประสบการณ์สูงจึงเป็นสิ่งจำเป็น และเนื่องจากแนวทางเวชปฏิบัติมาจาก ประเทศตะวันตก จึงควรมีการศึกษาในบริบทสังคมไทย

Objective:

เพื่อหารูปแบบ (Pattern) และ เนื้อหา (Content) ในการสื่อสารเพื่อวางแผนเป้าหมายการดูแล (Goal of care discussion) กับครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life) ที่เหมาะสมกับ บริบทสังคมไทย

Method:

Qualitative study โดยในส่วนรูปแบบ (Pattern) ได้ใช้ nominal group technique ถามความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแพทย์ 5 คน ซึ่งเป็น orthopedics, pediatrics, radiology, anesthesia, psychiatrist และ กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 5 คน จาก ward oncogyne, พิเศษ, เด็ก, neurosurgery, trauma โดยยกตัวอย่างกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 case ได้แก่ Ruptured aneurysm และ Stomach cancer โดยใช้คำถาม How to discuss goal of care with terminal illness patient's family? และมีการขยายรายละเอียดในส่วนเนื้อหา (Content) ด้วย Focus group discussion ร่วมกับ in depth interview จากตัวแทนทีมรักษาใน 8 จังหวัดภาคเหนือของไทย จำนวน 116 คน

การรายงานผลแยกเป็นประเด็น who, what & how, when, where โดยมีเหตุผลประกอบทุกประเด็น (why) โดยมีทั้งข้อมูลแบบ quantitative เป็นคะแนน vote และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นรูปแบบคำพูดและเนื้อหาที่จะสื่อสารกับญาติผู้ป่วยในสถานการณ์กรณีศึกษา

Findings:

Who: ควรให้แพทย์เป็นคนคุยเรื่องการรักษากับญาติทุกฝ่าย พยาบาลให้รายละเอียดเพิ่มเติมเมื่อแพทย์ไม่อยู่ หากมีญาติจำนวนมากควรหาคนหนึ่งที่เป็น Key person ไว้เป็นตัวแทน เพื่อติดต่อประสานงานและเป็นผู้ตัดสินใจหลักเรื่องการรักษา, **What & How:** ให้ข้อมูลมุ่งให้เพื่อญาตินำไปตัดสินใจเลือกการรักษาได้ เน้น 4 ข้อหลัก คือ โรค อาการ วิธีรักษา ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตหลังการรักษาแต่ละวิธี จาก Focus group พบว่าการเลือกใช้คำพูดมีผลอย่างมาก, **When:** ข้อนี้มีส่วนต่างคือในกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง (Stomach cancer) ควรคุยกับญาติตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาและคุยเป็นระยะเมื่ออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม แต่ผู้ป่วยอาการแยลงฉุกเฉิน (Ruptured aneurysm) ต้องมีการประเมินสภาวะจิตใจของญาติก่อนการให้ข้อมูลด้วย ถ้าเห็นว่ายับรับไม่ได้อาจค่อย ๆ ให้ข้อมูลเป็นระยะ, **where:** ควรคุยในสถานที่ส่วนตัว (private room) แต่การคุยข้างเตียงผู้ป่วยก็มีข้อดีในการสร้างความเข้าใจถึงอาการผู้ป่วย

Conclusion:

การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายไทยแต่ละราย ต้องประเมินความสัมพันธ์และบทบาทคนในครอบครัว, การเลือกใช้คำพูด และใช้เวลาญาติในการตัดสินใจ โดยมีการให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้มีข้อจำกัดว่าทำในภาคเหนือตอนบน ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย เพื่อเปรียบเทียบจุดเหมือน จุดต่าง เพื่อกำหนดเป็นแนวทางเวชปฏิบัติ การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับประเทศไทยต่อไป

Keywords:

qualitative research, nominal group technique, communication, family meeting, end of life care, palliative care,

Background & Objective:

In Thai society, relatives have enormous decision-making power because they play an advocacy and/or financially supportive role. Because these roles are different, treatment opinions often conflict. This study aims to find a communication pattern and content suitable to Thai society for setting goals of care with the family of a patient at the end of life.

Method:

In this qualitative study, pattern was studied by using the nominal group technique in 2 expert groups, specialists and nurses. The question "How to discuss goal of care with a terminally ill patient's family?" was used in ruptured aneurysm and stomach cancer cases. Then focus group discussions with 116 health care team representatives in the north of Thailand were used to explain content. The report was divided into who, what, when, where with reason, and comprised quantitative (vote scores) and qualitative data (expressions and content).

Findings:

Who: Health care leaders should excel in communication; doctors should be there as information providers. Among relatives, a key person or respected religious person should be selected to coordinate and be a main decision maker. **What:** Information, especially marital status and expenses, should be given cautiously. Guiding family to think about different treatments and giving them sufficient time to do so was commonly used in conflict resolution. **When:** For a slow, progressive case, discussion should take place early and whenever a patient's status changes. But for a rapidly deteriorating case, relatives' mind state must be evaluated first. **Where:** Although talking in a private room is ideal, bedside discussion was good for understanding the patient's symptoms.

Conclusion:

Evaluation in relationship and role, choosing expressions, and providing time and information appropriately are crucial for communication with the family of a patient at the end of life. However, this study was limited to the northern region, so a wider investigation is recommended to determine local guidelines for palliative care communication.

หมายเหตุ:

งานวิจัยนี้ได้รับการตอบรับให้นำเสนอใน 18th International Palliative Care Montreal Canada วันที่ 5-8 ตุลาคม 2553 ณ เมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา

3 Wishes กับ Unfinished business ในกระบวนการดูแลแบบ Palliative Care

พญ. ดาริน จตุรภัทรพร

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เทคนิคการขอพร 3 ประการเป็นเทคนิคที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยเด็กที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย¹ อย่างไรก็ตาม การนำเทคนิคนี้มาใช้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่พบว่าได้ผลดีเช่นกัน จากบทความ² หนึ่งเกี่ยวกับ Palliative Care บอกไว้ว่า ถ้าให้คนไข้ขอพร 3 ได้ประการ คนไข้จะขอดังนี้

- 1) ขอให้หายจากโรคที่เป็นอยู่
- 2) ขอให้จากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน
- 3) ขอให้คุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

อาจสรุปได้ว่า คนไข้ส่วนใหญ่ต้องการให้พร 3 ข้อข้างต้นเป็นจริง หากเป็นดังนั้น แพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องถามคนไข้ แต่ลองคิดแทนคนไข้ไปเลยว่าคนไข้ต้องการอะไรจะดีหรือไม่

จากประสบการณ์ส่วนตัวพบว่า เทคนิคการขอพร 3 ประการ (3 wishes) ให้อะไรมากกว่าการได้ทราบความปรารถนาของคนไข้ หลายครั้งการพูดคุยกับคนไข้ที่ใกล้เสียชีวิต เวลาเป็นสิ่งที่มืออยู่จำกัด คำถามที่มียาวเป็นหางว่าวมักแปรผกผันกับพลังกำลังของคนไข้ที่สามารถตอบได้หลาย ๆ ครั้งที่มีเวลาจำกัด เทคนิคการขอพร 3 ประการเป็นสิ่งที่หยิบยกขึ้นมาใช้ตั้งแต่ตอนต้นของบทสนทนา การที่คนไข้แสดงความรู้สึกและความคาดหวังผ่านคำอธิษฐาน ทำให้เราสามารถประเมินระยะการยอมรับโรคที่เป็นได้ดีขึ้น คนเรามีสิ่งที่ต้องการในแต่ละช่วงของชีวิตไม่เหมือนกัน ตอนที่อยู่สบายดี อาจต้องการความก้าวหน้าทางการงาน คู่ครองที่ดี เงินทองทรัพย์สิน แต่พอเจ็บป่วยความต้องการหลาย ๆ อย่างเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง นอกจากนี้พร 3 ประการที่คนไข้พูดออกมายังช่วยให้เราเชื่อมโยงบทสนทนาไปสู่สิ่งต่าง ๆ ที่สำคัญในชีวิตของคนไข้และสื่อสารสิ่งสำคัญเหล่านั้นไปยังครอบครัวได้อีกด้วย

คุณูกูกคนไข้โรคมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายคนหนึ่งที่ได้มีโอกาสเจอครั้งแรกและเพียงครั้งเดียวนอนอยู่บนเตียงที่โรงพยาบาล (PPS 30%) คุณูกูก่อนเพลียมากขึ้นเรื่อย ๆ มีโลหิตจางมากขึ้นญาติ ๆ พาคุณูกูกมานอนที่โรงพยาบาล เพราะอยากให้คุณูกูกได้รับเลือด รับน้ำเกลือ ด้วยหวังว่าจะช่วยให้คุณูกูกมีแรงมากขึ้น ระหว่างที่คุยกัน คุณูกูกหลับไปเป็นช่วง ๆ ด้วยความอ่อนเพลียพูดได้เป็นประโยค ๆ แล้วต้องหยุดพัก มีครอบครัวประกอบด้วย สามี แม่ น้องสาว และน้าอยู่ข้างเตียง ด้วยคิดว่าไม่มีเวลามากนัก จึงให้คุณูกูก ลงขอพร 3 ประการ คุณูกูกขอพรดังต่อไปนี้

- 1) ขอให้เหมือนเดิม
- 2) ขอให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดีอย่างมีสติ
- 3) ไม่อยากได้ยา มอร์ฟีน น้ำเกลือ และ เลือด

การที่คุณูกูกขอข้อ 1 และ ข้อ 2 ไปในทิศทางตรงกันข้ามกัน พอจะบอกได้ว่าคุณูกูกยอมรับ
ระยะของโรคได้ดีพอสมควร แต่ยังมีสิ่งที่ติดค้างอยู่ที่ทำให้ไม่ยอมจากไปด้วยเช่นกัน ระหว่างที่
คุณูกูกกลับไปอีกครั้งน้องสาวของคุณูกูกถามว่า เราจะบอกคนไข้ได้ไหมว่า สิ่งเหมือนเดิมคือ
ความรักของคนในครอบครัวที่มีให้กับคุณูกูก นับเป็นเรื่องยอดเยี่ยมมากที่จะเชื่อมโยงความรัก
ของคนในครอบครัวกับพรข้อที่ 1 เข้าด้วยกัน สำหรับพรข้อที่ 2 สรุปได้ว่าคุณูกูกรู้ว่าป่วยหนัก
จริง ๆ แล้วคุณูกูกพูดถึงพรแค่ 2 ข้อเท่านั้น แต่ระหว่างการสนทนากัน มีบางตอนที่ได้คุณูกูก
ถามขึ้นมาว่า ถ้าไม่ต้องให้น้ำเกลือจะเป็นอะไรไหม จึงทำให้เชื่อมโยงมาถึงความต้องการที่แท้จริง
ในพรข้อที่ 3 ว่าคุณูกูกไม่ต้องการได้รับน้ำเกลือ เลือด หรือการรักษาใด ๆ ก็ตามที่จะยืดชีวิต
ออกไปมากกว่าที่ธรรมชาติให้มา เมื่อคนในครอบครัวทราบความปรารถนาข้อ 3 จึงไม่ขอให้หมอ
ให้ยามอร์ฟิน น้ำเกลือ หรือเลือดอีก ด้วยความที่คุณูกูกปฏิบัติธรรมมาอย่างต่อเนื่อง จึงถือว่า
การมีสติในช่วงสุดท้ายของชีวิตมีความสำคัญที่สุด ไม่อยากให้ยามอร์ฟินมาบดบังความมีสติ คุณูกูก
มีความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งอยู่บ้าง แต่ไม่เคยบ่นเรื่องอาการปวด กรณีนี้เราใช้วิธีบอกข้อดี
ข้อเสียของการใช้ยาแก้ปวดและให้คนไข้เป็นคนเลือกว่าต้องการรักษาแบบใด

หากรู้จักคนไข้มากขึ้น จะรู้อย่างมีพรอีกหลายข้อที่คนไข้อยากเลือกอยากอธิษฐาน บางครั้ง
ความปรารถนา (Wish) อาจเป็นสิ่งที่เดียวกันกับสิ่งที่ยังค้าง (Unfinished business) เช่น ในคนไข้
อีกรายหนึ่งที่บอกว่าอยากอยู่ให้ถึงวันประกาศผลสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัยของลูกสาว และ
กรณีคุณูกูกซึ่งมีลูกสาวอายุ 4 ปี คุณูกูกมีความปรารถนาอยากให้ลูกสาวได้ปฏิบัติธรรมเมื่อโตขึ้น
และได้ฝากฝังไว้กับครอบครัว ในบางกรณีผู้ป่วยอาจเลือกอธิษฐานพรทั้ง 3 ข้อไปให้กับคนที่รักแทน
เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเลือกอธิษฐานขอพรทั้ง 3 ข้อให้ลูกสาวมีความสุข ให้ลูกสาวโชคดีและให้ลูกสาว
ดำเนินชีวิตต่อไปได้ กรณีนี้ทำให้เห็นได้ชัดเจนขึ้นว่า Wish ของผู้ป่วยเป็นสิ่งเดียวกับ Unfinished
business และยิ่งช่วยเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นได้ด้วยว่า ผู้ป่วยเป็นคนนี้นักถึงแต่คนอื่นก่อนตนเอง
แม้ในระยะที่ป่วยหนัก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะนึกถึงตัวเองเพิ่มเติมด้วย

เหตุผลที่บุคลากรทางการแพทย์ควรถามความปรารถนาของคนไข้ นอกเหนือไปจากสิ่งที่
ยังค้างค้าง อธิบายได้จากคำจำกัดความของ Palliative Care ที่มีเป้าหมายทั้งเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต การที่คนไข้ได้ทำสิ่งที่ยังค้างค้างเปรียบได้กับการลดความเจ็บปวด
ทรมาน ในขณะที่การได้ทำตามความปรารถนาเปรียบเหมือนการเพิ่มคุณภาพชีวิตนั่นเอง การได้
สื่อสารกับผู้ป่วยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาจึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าเรื่องสิ่งที่ยังค้างค้างของ
ผู้ป่วย

โดยสรุป การใช้เทคนิคพร 3 ประการช่วยบุคลากรทางการแพทย์ในแง่ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) ช่วยให้ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อระยะของโรคได้ดีขึ้น
- 2) ช่วยสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบครัวเข้าใจดีขึ้น
- 3) ช่วยให้เห็นเป้าหมายการรักษาให้เป็นไปตามที่ผู้ป่วยต้องการมากขึ้น
- 4) ช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ประเด็นชัดเจน

หนังสืออ้างอิง

1. Ewing B. Wish Fulfillment: Palliative Care and End-of-Life Intervention. *Pediatr Nurs* 2009; 35 (2) :81-85
2. Palliative Care Improves Quality of Life for Advanced Cancer Patients from
<<http://lungcancer.about.com/b/2009/08/24/palliative-care-improves-quality-of-life-for-advanced-cancer-patients.htm> Access July 3>, 2010

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทางการแพทย์) “ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรี เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง”

นพ. ปกรณ์ ทองวิไล

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี

บทนำ

คงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยในทุกระดับ ได้พบผู้ป่วยด้วยโรครุนแรงอย่างเช่น โรคมะเร็ง และเห็นผู้ป่วยเสียชีวิต ยิ่งในอนาคตจะมีผู้สูงอายุมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่เกิดขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ย่อมพบการป่วยและตายด้วยโรคเหล่านี้มากขึ้น

ผู้ป่วยเหล่านี้มักทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยและความไม่สบายต่าง ๆ และต้องเผชิญกับความกลัวที่จะต้องตายและพลัดพรากจากญาติมิตร หรือมีภารกิจที่ยังค้างคาหรือยังไม่เสร็จสิ้น (Unfinished Business) ทำให้ไม่พร้อมที่จะจากไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้ การดูแลรักษาเฉพาะโรคเพียงลำพังไม่ว่าจะใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเท่าใด ก็ไม่อาจช่วยลดความทรมานของผู้ป่วยและญาติได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลในอีกลักษณะหนึ่งควบคู่ไปด้วย เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเท่าที่จะทำได้ และช่วยผู้ป่วยให้ไปอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง การดูแลแบบนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วไปรู้จักในชื่อภาษาอังกฤษว่า Palliative medicine หรือ palliative care และในชื่อไทยที่ไม่ค่อยไพเราะนักว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั่นเอง

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

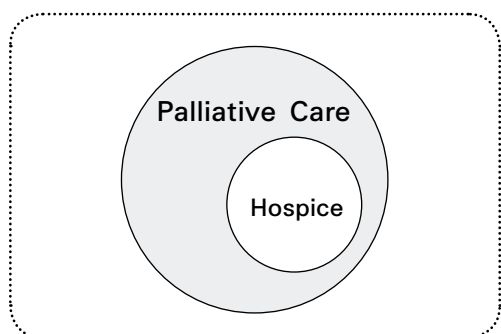
ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหนังสือ Oxford Textbook of Palliative Medicine คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะทั้ง 3 ประการต่อไปนี้คือ

- 1) เป็นโรคที่กำลังมีการดำเนินของโรคและเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ (active, progressive disease)
- 2) เป็นโรคที่ร้ายแรง ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (life-threatening disease)
- 3) การพยากรณ์โรคจำกัด คือ พอกาตคะเนระยะเวลาที่จะเสียชีวิตได้ (limited prognosis)

ทำให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ มุ่งที่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก สิ่งสำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีเป็นการดูแลแบบ Active ไม่ใช่ดูแลแบบปล่อยปละละเลย หรือทอดทิ้งผู้ป่วย เพราะไม่มีทางรักษาผู้ป่วยให้หายขาด คำว่า active ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค (curative or specific treatment) แต่จากความหมายข้างต้นจะเห็นว่า เป็นการดูแลที่ active ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นั่นคือ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายอื่น ๆ นั่นเอง

การจะพิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าข่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือไม่ ให้พิจารณา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาเมื่อการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคเปลี่ยนไป ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 จัดเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะที่วินิจฉัย เพราะถ้าไม่ได้รับการรักษาก็จะมีลักษณะครบ 3 ข้อข้างต้น แต่เมื่อรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจหายจากโรคได้ เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคหรือโรคสงบ ก็ถือว่าออกจากกรเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ดูรูปที่ 3 แผนผังการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ถ้าภายหลังพบว่าโรคกลับเป็นซ้ำก็เข้าเกณฑ์ที่จะต้องดูแลแบบ palliative care เป็นต้น

ส่วนคำว่า end-of-life care มักหมายถึง การดูแลในช่วงท้ายของชีวิต (terminal phase) และอีกคำหนึ่งที่มีความหมายใกล้เคียงกัน และยังมีความเข้าใจสับสนคือ Hospice ซึ่งในทวีปอเมริกาเหนือ hospice หมายถึง บริการสุขภาพแบบ palliative care ที่มุ่งที่การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต (terminal phase) กล่าวคือ มีการพยากรณ์โรคไม่เกิน 6 เดือน และไม่แสวงหา curative treatment อีกแล้ว ในขณะที่ palliative care เป็นบริการที่กว้างกว่า โดยอาจให้แก่ผู้ป่วยในระยะใดของโรคก็ได้ ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย ไม่จำกัดเวลา รวมทั้งสามารถให้การดูแลร่วมกันไปกับ curative treatment ได้ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1: Palliative care กับ hospice care

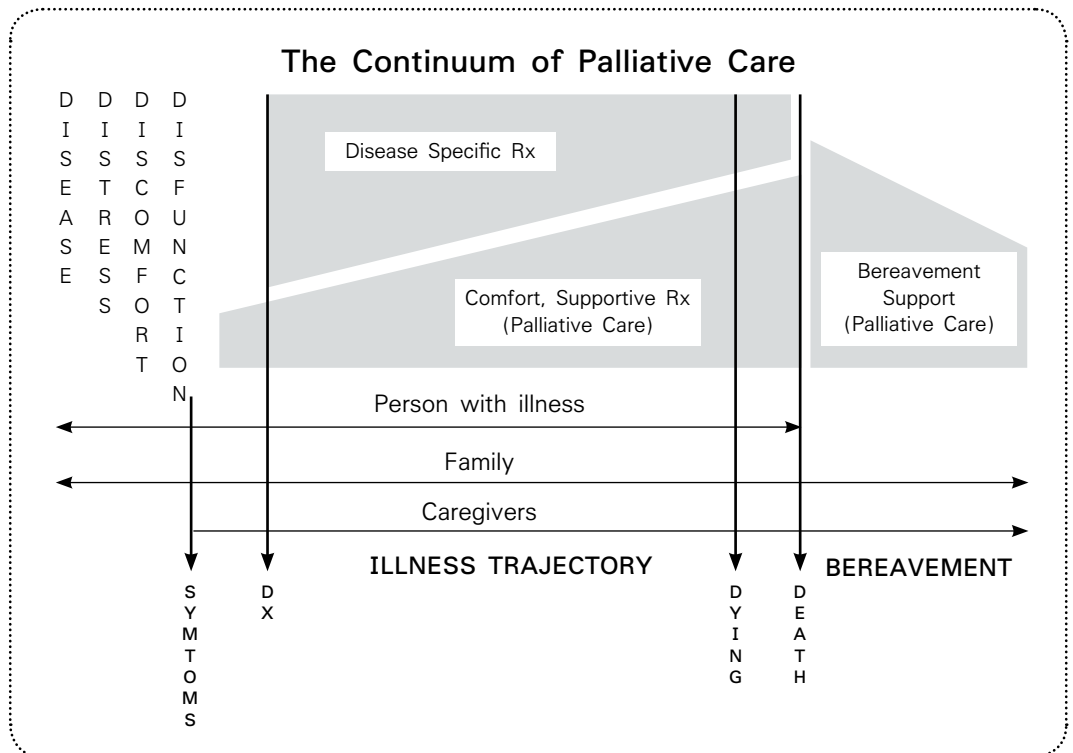
ผู้ป่วยด้วยโรคใดบ้าง

ควรได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยระยะสุดท้าย?

ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ซึ่งโดยทั่วไปมักหมายถึงผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งและโรค AIDS ในขณะที่โรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น Stroke, COPD, congestive heart failure นั้น ผู้ป่วยอาจมีอาการคงที่ได้นาน ๆ หรือมีช่วงเวลาที่โรคสงบ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อไร จึงไม่นับว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความหมายข้างต้น แต่ผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้ ต้องการการดูแลรักษาเช่นกัน แต่เป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป ไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเหล่านี้ เมื่อโรคดำเนินไปจนถึงจุดหนึ่งที่มีความรุนแรงมาก จะมีความต้องการการดูแลแบบ palliative care เช่นกัน และด้วยจริยธรรม เราไม่สามารถที่จะปฏิเสธการดูแลแบบ palliative care แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ ดังนั้นการจะดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care หรือไม่ อาจจะขึ้นอยู่กับเจตนารมณ์และทรัพยากรที่มีอยู่ของทีมผู้ให้บริการด้วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มต้นเมื่อไร?

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคร้ายที่มีลักษณะดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยไม่รอนจนกระทั่งหมดทางรักษาผู้ป่วย ซึ่งอาจช้าเกินไป แต่นำหนักของการดูแลจะไม่เหมือนกันในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย ในระยะแรก การดูแลจะเน้นหนักไปที่การรักษาเฉพาะเพื่อให้หายจากโรค เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด และการฉายแสง เป็นต้น Palliative care จะมีบทบาทเพียงเล็กน้อย โดยแรกสุดเราอาจทำเพียงแค่เริ่มทำความรู้จักกับผู้ป่วยและครอบครัว และบทบาทในการเป็นผู้แจ้งข่าวร้ายหรือการวินิจฉัยโรคร้ายแก่ผู้ป่วย เมื่อโรคดำเนินไป การรักษาเฉพาะจะมีบทบาทน้อยลงจนกระทั่งสิ้นสุดเมื่อไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้แล้ว ในทางตรงกันข้าม palliative care จะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ และต่อเนื่องไปจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และยังคงดูแลต่อไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (รูปที่ 2)



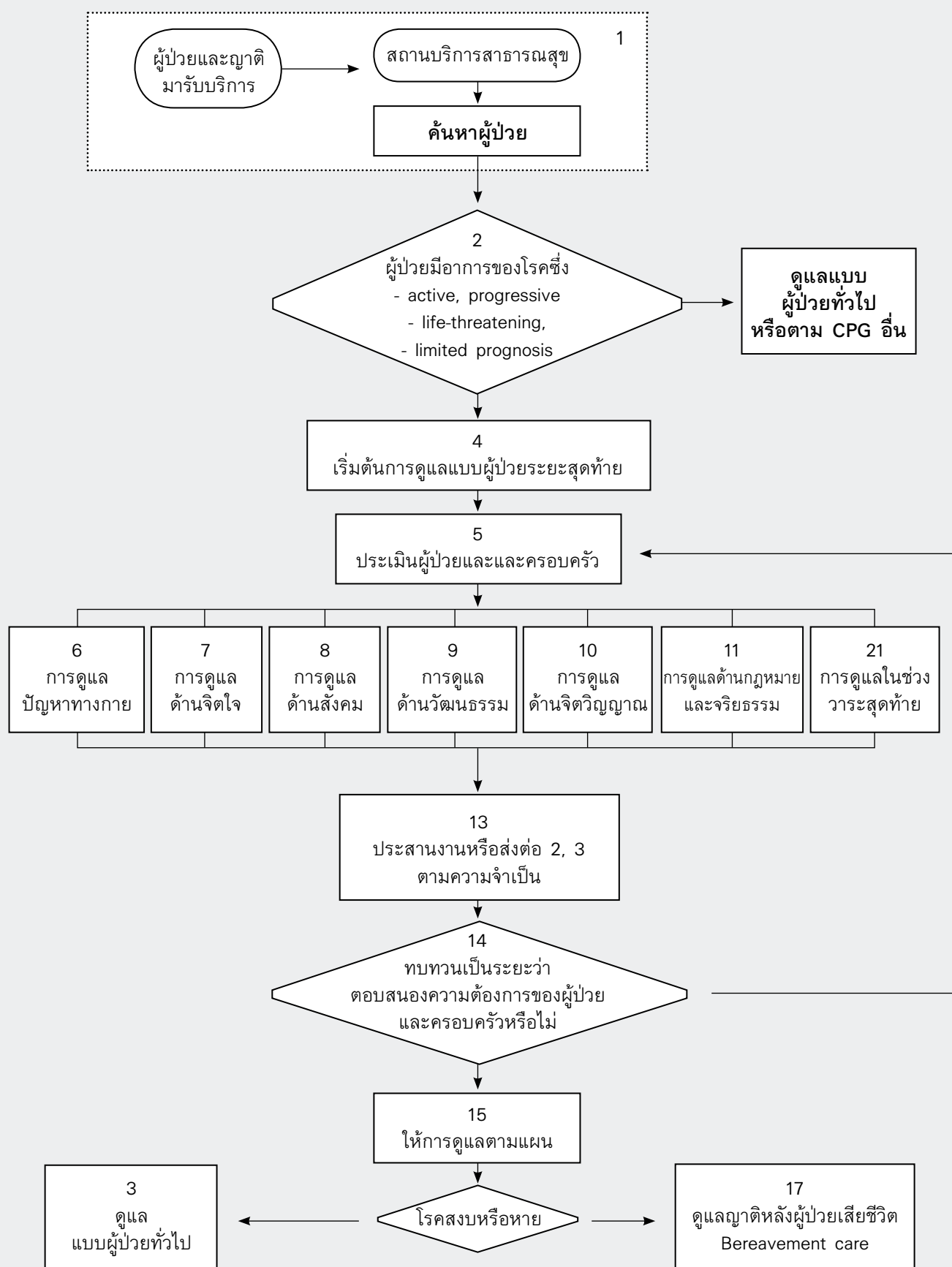
รูปที่ 2: ช่วงระยะเวลาในการดูแลแบบผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากรูปที่ 2 จะเห็นว่า ก่อนการวินิจฉัยโรคร้าย เรายังไม่เรียกว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีการผิดปกติ เนื่องจากอาจเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ เช่น ผู้ป่วยไอบีเป็นเลือด อาจได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด เป็นต้น แต่ไม่ได้หมายความว่าเราจะไม่ดูแลผู้ป่วยจนกว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้าย เราให้การดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ก่อนการวินิจฉัยโรคร้าย เพียงแต่การดูแลนี้ยังไม่เรียกว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ใครจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย?

แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนในทุกระดับ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ กล่าวคือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอยู่เดิม ทั้งผู้เชี่ยวชาญ (Specialist) ในแผนกต่าง ๆ พยาบาลที่ดูแลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน และครอบครัว ควรเป็นผู้เริ่มให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาไม่สลับซับซ้อนมากนัก

ส่วนกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาหลายอย่าง ปัญหามีความรุนแรง หรือสลับซับซ้อนมาก ควรได้รับการดูแลจาก Specialist palliative care ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ศึกษาสาขาเฉพาะทาง palliative care โดยตรง แต่เนื่องจากในบ้านเรายังไม่มีผู้ที่เรียนมาด้านนี้มากนัก แพทย์และพยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้อาจจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ด้วย เห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนต้องศึกษาทำความเข้าใจเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ป่วยด้วยโรคที่รุนแรงได้ลดความเจ็บปวดทรมานทั้งทางกายและใจลงได้ และช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี



รูปที่ 3: แผนผังการดูแลแบบผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Principles of palliative care)

แนวคิดพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วางไว้โดยองค์การอนามัยโลก คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเชื่อในคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ ดังนั้น จะไม่เร่งให้ผู้ป่วยตายก่อนเวลาอันควร ถึงแม้ผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานก็ตาม ในขณะเดียวกันก็มองความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ

ดังนั้นเมื่อถึงเวลาที่สมควรจะตาย ก็ไม่ยื้อให้การตายยืดเยื้อออกไป กรณีที่ผู้ป่วยร้องขอให้ช่วยจบชีวิตของตนเอง แสดงว่าผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการป่วย และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ดีเพียงพอ

หลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ

1. Meet physical, psychological, social, and spiritual expectations/needs การดูแลผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญกับความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้ป่วย นั่นคือ Holistic care นั่นเอง

2. Access ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการเมื่อยามจำเป็นได้อย่างทันท่วงที โดยใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ palliative care ที่ดีควรมีบริการตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าเป็นในบริบทของ PCU จำเป็นที่จะต้องประสานงานกับโรงพยาบาล เพื่อให้บริการในขณะ PCU ปิด

3. Equal Availability without Discrimination ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนควรได้รับบริการที่เท่าเทียมกันโดยไม่แยกเพศ วัย การศึกษา หรือเศรษฐกิจฐานะ

4. Ethics การดูแลต้องเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมทางการแพทย์ ได้แก่ เคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อตนเอง (autonomy) การกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (beneficence) หลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นโทษกับผู้ป่วย (non-maleficence) ยุติธรรมและเท่าเทียม (justice) ให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย (truth telling) และรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality)

5. Right to information ผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง แนวทางการรักษา ข้อดีข้อเสีย และทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา

6. Right to choice/empowerment ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาในระดับที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ (ผู้ป่วยบางคนพอใจกับการที่แพทย์ตัดสินใจให้ แต่บางคนอยากมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง)

7. Unit of care ศูนย์กลางของการดูแลคือ ผู้ป่วยและครอบครัว

8. Interdisciplinary Team การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถทำเพียงลำพังผู้เดียว หรือวิชาชีพเดียวได้ ต้องอาศัยทีมของสหสาขาวิชาชีพ และการประสานงานกับผู้ป่วย และผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยด้วย

9. Continuity of care การดูแลต้องมีความต่อเนื่อง โดยอาศัยการประสานงานระหว่างสถานบริการ

10. Community collaboration through partnerships and mutual support แสวงหาความร่วมมือและทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น จิตอาสา เครือข่ายผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

ปฐมบทแห่งสุขภาวะปฐมภูมิ

นพ. สกล สิงหะ

หน่วยชีวทันตภิบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สุขภาวะกำเนิด (Salutogenesis) คือ ปัจจัยทุกประการที่ทำให้มนุษย์มีความสุข เป็นต้นทุนของชีวิต ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว หมู่บ้าน ชุมชนเล็ก ๆ ไปถึงชุมชนใหญ่ ๆ กระทั่งระดับประเทศและทั้งโลก เมื่อพิจารณาให้ดี จะพบเรื่องราวของความสัมพันธ์ ความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงของสรรพสิ่งต่าง ๆ อย่างซับซ้อน และละเอียดอ่อนในระบบนิเวศน์ (ecosystem) สำแดงให้เห็นถึงองค์ประกอบทุกมิติของสุขภาวะ อันเป็นรากฐาน ความรู้ และความเข้าใจในเรื่องการดูแล เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีในสังคมคือ ครอบครัวมิติทางกาย ใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

พื้นที่การดูแลสุขภาพนั้น ไม่ได้จำกัดวงอยู่เพียงแค่สิ่งที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health) เท่านั้น มนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐและถูกออกแบบมาให้เป็นสัตว์สังคม มนุษย์ไม่สามารถอยู่รอดเพียงลำพังได้ แต่มนุษย์สามารถหยิบยืมสิ่งที่ตนเองจำเป็นต้องใช้แต่ไม่มีมาจากบริบทรอบ ๆ ข้างได้ ความเป็นไปได้นี้ทำให้มนุษย์มีความร่ำรวยในทรัพยากรอย่างมาก เป็นต้นทุนความเจริญของเผ่าพันธุ์ ทั้งด้านวัตถุและด้านจิตใจ จิตวิญญาณ เห็นได้ว่าการที่มนุษย์จะมีความสุข ไม่เพียงแค่ปราศจากโรคเท่านั้น ยังต้องมีอาชีพ หน้าที่การงาน ความมั่นคงในชีวิต กำลังสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน งานที่ทำ ตำแหน่ง ศักดิ์ฐานะ และสิ่งสมมติอื่น ๆ มากมายประกอบเป็นเหตุปัจจัยแห่งความสุข

ความหลากหลายของเหตุปัจจัยแห่งความสุขของมนุษย์มีทั้งประโยชน์ และเป็นทั้งความเสี่ยง เนื่องจากเราอาศัยปัจจัยที่หลากหลาย ความต่างระหว่างการ “มี” และการ “ไม่มี” หรือ “ความสูญเสีย พრაจาก” จึงมีผลกระทบต่อมิติทางสุขภาวะได้หลายด้าน ยิ่งเราเติบโต เปลี่ยนแปลง ในระหว่างทางเราได้เพิ่มเติม นิยามของชีวิตที่มีความสุขอยู่ตลอดเวลา และสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่สมมติ คือมีอยู่ชั่วคราว มีแล้วก็ดับไปทั้งสิ้น

คนเราอาจมีความสุขจากการมีร่างกายที่แข็งแรง แต่การอยู่ในสังคมปัจจุบัน ค่านิยมภายนอกกลับมีผลกระทบต่อสิ่งที่เราคิดว่าจำเป็นต่อการใช้ชีวิต ทำให้เราต้องแสวงหา และเก็บเอาไว้เป็นเจ้าเข้าเจ้าของ ยิ่งเก็บ ยิ่งสะสม ยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงได้มากยิ่งขึ้น ยิ่งรู้สึกมั่นคง ยิ่งคิดว่าจำเป็นต้องแสวงหาอะไรให้เยอะ ๆ เพิ่มความมั่นใจ เพิ่มอำนาจ เพิ่มสุขภาวะ บางคนมีความสัมพันธ์กว้างขวาง ก็พบว่าทำอะไรได้สะดวก ได้ดี มีประสิทธิภาพ ก็มุ่งมั่นต่อไปที่จะสร้างเครือข่าย สร้างความสัมพันธ์ เพื่อให้ตนเองทำอะไรได้สะดวกมากขึ้นไปอีก มีประสิทธิภาพมากขึ้นไปอีก

เมื่อไรก็ตามที่เราเชื่อว่าเรา “จำเป็นต้องมี” สิ่งนั้น ๆ กลายเป็นทั้งหลักประกัน และเป็นทั้ง “ตัวการ” ที่ทำให้เกิดความทุกข์เพราะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น



ทางการแพทย์ เราเรียนเรื่องหน้าที่การทำงานของอวัยวะ เป็นสภาวะทางกาย トラบใดที่ทุกสิ่งทุกอย่างยังทำงานตามปกติ เรื่อยมอยู่ได้ และมีความสุข ยิ่งเราศึกษา วิจัย และทำความเข้าใจวิทยาศาสตร์การแพทย์มากขึ้น เราจะสามารถเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บได้เพิ่มขึ้น เรายังเกิดความล้าพองในศักยภาพความสามารถแต่สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่ทั้งหมดของการมีสภาวะที่ดี เพราะในที่สุดแล้วอวัยวะเหล่านี้ทุกอย่างต่างมีวันหมดอายุทั้งสิ้น กระบวนการต่อสู้เพื่อยืดเวลา และทำให้ทำงานต่อ ๆ ไปได้ ยิ่งต้องเพิ่มความพยายามดิ้นรน และกดดันมากขึ้นเป็นเงาตามตัว เพราะสิ่งที่ยากที่สุดที่จะเอาชนะได้ (หากเราคิดว่า “สามารถทำได้”) ก็คือ **“ธรรมชาติ”** ซึ่งการตาย การพรากจาก เป็นธรรมชาติที่สุดประการหนึ่ง

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เป็นเงื่อนไขขององค์กรอนามัยโลกว่า คนไข้กลุ่มนี้คือคนที่ต้องการการดูแลตามหลัก Palliative Care เนื่องจากพบว่า คนไข้กลุ่มนี้และรวมทั้งครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก ของคนไข้กลุ่มนี้มี **“ความต้องการพิเศษ”** ในการที่เราจะรักษาและดูแลสภาวะให้มีอยู่ต่อไปได้ และความต้องการพิเศษที่ว่านี้ไม่ได้เกิดจากความซับซ้อนของโรค ของพยาธิสภาพที่คนไข้มีอยู่เท่านั้น แต่เป็นเพราะสภาวะของคนไข้กำลังถูกคุกคามในทุก ๆ มิติของรากฐานการมีความสุขต่างหาก

เมื่ออวัยวะต่าง ๆ หยุดทำงาน หรือทำงานไม่เต็มที่ สิ่งที่เราทุกข์ไม่ได้เพราะอาการ หรืออาการแสดงความเจ็บปวดความเหนื่อย แน่นท้อง ตามัว ฯลฯ เท่านั้น หากแต่เป็นเพราะอาการและอาการแสดงเหล่านี้ทำให้คนต้อง **“หยุดฝัน”** หยุดความสัมพันธ์ใด ๆ กับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่เขาเคยให้ความหมายว่า **“นี่คือความสุขของฉัน”** สภาวะที่กำลังถูกดึงแยกออกจากปัจจัยแห่งความสุขนี้เอง ที่เป็นสาเหตุหลักของความทุกข์เวทนาของผู้ป่วยในระยะนี้ และต่อครอบครัว ช่างด้วย

ปัจจัยแห่งความสุข

คนเราเริ่มต้นความสุขจาก **“ความรู้สึก”** รู้สึกสบายตัว รู้สึกปวด รู้สึกปลอดภัย รู้สึกว่าถูกคุกคาม รู้สึกกลัว ความรู้สึกเกิดขึ้นแบบอัตโนมัติ เจ็บไข้ที่ทำให้เกิด (หรือไม่เกิด) ความรู้สึกต่าง ๆ พัฒนาต่อเติมอยู่ตลอดเวลา นั่นคือ **“ฝึกได้”** ของบางอย่างสัมพันธ์กับการรับรู้ของระบบประสาทโดยตรง เช่น ปวด เจ็บ จืด ก็ไม่ต้องฝึกอะไรมาก แต่เรื่องบางเรื่องนั้นมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น อารมณ์อาจต้องมาจากการที่เราเคยให้ความหมายมาก่อน ว่าอะไรที่เราพึงมี (และน่าจะมีมากกว่าหรืออย่างน้อยก็เท่ากับคนอื่น) แต่เรากลับไม่มี อารมณ์อาจไม่ได้มีมาแต่กำเนิด หรือตามการรับรู้ทางกายแบบความเจ็บปวด แต่เป็นเรื่องความคิด ความจินตนาการ และการให้ความหมายภายหลังของแต่ละปัจเจก การให้ความหมายของเรา ก็มาจากประสบการณ์ตรงที่เรา มีมาในช่วงชีวิต ทำให้มีความหลากหลายเกิดขึ้นเยอะ เพราะประสบการณ์ชีวิตเกิดจากปฏิสัมพันธ์ และปฏิกิริยา เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกตัวตน

เราลองเปรียบเทียบที่มาของปัจจัยแห่งความสุขออกเป็นสามฐาน คือ ฐานกาย ฐานใจ และฐานความคิด

ฐานกาย

จุดเริ่มต้นก็คือ เรามีร่างกาย มีระบบการทำงานที่ทรงประสิทธิภาพ เป็นเครื่องจักรมหัศจรรย์ เมื่อเกิดมาเรามีร่างกายของเราเป็นสมบัติชิ้นแรกสุด และทำให้เราทำอะไรต่อมิอะไรได้มากมาย พุดง่าย ๆ ก็คือ เราเกิด Sense of agency ความสามารถควบคุมและเป็นเจ้าของชีวิต ก็จากฐานกายนี้เป็นจุดเริ่ม เป็นต้นกำเนิดการกระทำ ร่างกายเราทำให้เราได้อยู่ในที่ที่เราอยากอยู่ หรือจำเป็นต้องอยู่ ได้ทำ ได้รับรู้ และได้สร้างสรรค์ การกระทำผ่านฐานกายจะเชื่อมโยงกับอารมณ์ความรู้สึกพื้นฐานที่สุด คือ ความกลัว ความกล้า การอยู่โดยใช้ฐานกายเป็นหลักคือ **“การอยู่เพื่ออยู่รอด”**

ฐานใจ

มนุษย์มีสมองส่วน limbic system ที่ประสานงานที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อนที่สุด คือ ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก สมองด้านอารมณ์ หรือฐานใจ เป็นต้นกำเนิดของอะไรที่มากกว่าสมบัติทางกายภาพ แต่ทรงพลังยิ่งกว่าวัตถุใด ๆ ความรู้สึกมีระดับชั้นล่าง ๆ คือ ความรู้สึกทางกาย แต่ฐานใจ

ของมนุษย์เพิ่มเติมความรู้สึกด้านอื่นคือ อารมณ์ คนเรามีอารมณ์รัก ความหวัง ความทุกข์ ความสุข ความเขินอาย กล่าวได้ว่าการที่เรามีอารมณ์นี้เองทำให้เกิดชุมชน เพราะความผูกพัน ความรัก ทำให้เราเริ่มที่จะทำอะไรเพื่อกันและกัน แทนที่จะทำเพื่อฐานกายของเราให้อยู่รอด แต่เราสามารถเอื้อเพื่อเผื่อแผ่ งดเว้นอะไรบางอย่างที่ทำให้ตนเองและกลับไปทำให้ผู้อื่น สิ่งนี้เป็นใยโครงสร้างพื้นฐานที่สุดของการเกิดสังคม และไม่เพียงความสัมพันธ์ ความรัก ความรู้สึก เป็นเสาหลักของสังคม ปรากฏว่า “สังคมก็กลับมาเกื้อกูล ประคับประคองมนุษย์” อีกด้วย ความผูกพันในเผ่าพันธุ์ กลุ่ม เผ่า ชุมชน เป็นต้นทุนพื้นฐานของมนุษย์มาแต่สมัยดึกดำบรรพ์ ไม่เพียงเฉพาะตอนชีวิตปกติ ยิ่งตอนเจ็บไข้ได้ป่วยแล้ว ชุมชนที่เป็นทรัพยากรธรรมชาตินี้แหละ ที่จะเป็นตัวเยียวยาที่ดีที่สุดของคนกำลังทุกข์ทรมานอยู่ได้เลยทีเดียว ฐานใจจึงเป็นการใช้ชีวิต หรือ “การอยู่เพื่อการอยู่ร่วม”

ฐานความคิด

มนุษย์มีวิวัฒนาการที่แตกต่างจากสัตว์อื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญตรงที่ระบบประสาทส่วนกลางของเรา มีสมองส่วนหน้าขนาดมหึมาเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวหรือสัดส่วนของสมองทั้งหมด สมองส่วนหน้าของมนุษย์มีสองฝั่ง (Hemispheres) จำแนกตามหน้าอย่างหยาบ ๆ คือ ซีกซ้ายทำหน้าที่เกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลโดยใช้เหตุผล คำนวณ ส่วนซีกขวาทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด จินตนาการ สร้างสรรค์ มนุษย์กลายเป็นสัตว์ที่มีความซับซ้อนด้านการรับรู้อย่างเหนือการคำนวณ เพราะเราได้นำเอาประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นในชีวิต ไม่เพียงแค่จดจำ เรายังได้ “ให้ความหมาย” กับประสบการณ์นั้น ๆ อีกด้วย และพฤติกรรมในอนาคตของเราก็ปรับเปลี่ยนไปกับความหมายที่ให้

ต้นทุนแห่งความสุขของมนุษย์จึงมีได้หลากหลายมิติ และเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เหตุปัจจัย ประสบการณ์ตรง และการให้ความหมายของทั้งปัจเจกบุคคลหรือของชุมชน และมีความแตกต่างได้แม้กระทั่งระยะสั้นหรือระยะยาว สิ่งเหล่านี้ทำให้การดูแลผู้คนหรือชุมชน ต้องการความละเอียดอ่อนและการไม่ด่วนตัดสินของผู้ดูแล ความเข้าใจมิติต่าง ๆ ของสุขภาวะ ความสนใจอยากรู้ อยากเรียนในสิ่งที่ตนเอง อาจจะมีมุมมองด้านหนึ่ง แต่ก็สามารถรับมุมมองด้านอื่น ๆ ได้ โดยมองเห็นคุณค่าของความหลากหลายนี้

การพรากจากสูญเสียปัจจัยแห่งความสุข

เมื่อทำความเข้าใจเรื่องมิติต่าง ๆ ของปัจจัยแห่งความสุข นี่คือการต้นทุนจากการเข้าไปดูแลผู้คน จะพบว่า การใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นความจำเป็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะไม่มีผู้ใดจะสามารถช่วยเหลือผู้คนได้ครบทุกมิติ ทั้งการขาดความรู้ทักษะ หรือไม่มีเวลา หรือไม่สามารถที่จะอยู่ในทุก ๆ บริบทได้ แหล่งทรัพยากรของมิติแห่งสุขภาพที่สำคัญที่สุดมีอยู่แล้ว นั่นคือ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิช่วยให้เราเข้าใจใน “ต้นทุนแห่งสุขภาวะ” ของชุมชนนั้น ๆ คงไว้ซึ่งเอกลักษณ์พื้นที่นั้น ๆ ความชัดเจนเรื่องนี้ปรากฏได้เด่นชัดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากในเวลานั้นต้นทุนของผู้ป่วย รวมทั้งของผู้ดูแล ครอบครัว กำลังถูกคุกคามโดยตรงและค่อย ๆ ลดน้อยลงไปเรื่อย ๆ จนถึงที่สุด วาระนี้เป็นวาระที่จะต้องใช้ทรัพยากรทุกอย่างที่มี ใช้พลังทางกาย ทางจิตใจ และสิ่งยึดเหนี่ยวพลังชีวิตของทุกคนมาช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้มีการชะลอการสูญเสียให้อยู่ในระดับที่พอจะปรับตัวได้ บรรเทาอาการทั้งทางกายและใจ ดูแลทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลซึ่งจะเกิดความทุกข์ไม่น้อยกว่ากัน หรือบางทีก็อาจจะมากกว่า และดูแลชุมชนที่จะถูกกระทบอย่างหลีกเลี่ยงมิได้

Palliative Care ปฐมบทแห่งปฐมภูมิ

ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย เน้นความสำคัญที่การประนีประนอมอย่างละเอียดและครบถ้วน ทุกมิติแห่งสภาวะ สาเหตุที่การประนีประนอมมีความสำคัญก็ เพราะว่า ทุกประการที่เราได้จากการประนีจะกลายเป็น แรงผลักดันของกิจกรรมที่เราจะปฏิบัติกับผู้ป่วย ญาติ หรือ ครอบครัว การประนียังเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะทำให้เกิด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมดูแล ซึ่งความสัมพันธ์นี้จะมีผลกระทบต่อสัมฤทธิ์ผลอย่างแนบแน่น ด้วยกิจกรรม ทั้งมวลจะต้องเกิดขึ้นบนรากฐานแห่งความรัก ความเข้าใจ ความไวเนื้อเชื่อใจ ศรัทธาในความหวังดี และจิตเมตตา กรุณาของกันและกัน ศรัทธาในความเป็นมนุษย์และเคารพ ในศักดิ์ศรีของมนุษย์

วิชาความรู้ทางการแพทย์มีประโยชน์อย่างยิ่งในการ ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางกาย และไม่เพียงเท่านั้น ศาสตร์แห่งการพยากรณ์โรคเมื่อผนวกกับศิลป์ในการสื่อสาร จะช่วยให้คนไข้และทุกคนที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผน ในระยะสั้นและระยะยาวได้มากขึ้น ความชัดเจนหรือ ความสามารถในการพยากรณ์ได้ แม้ว่าจะไม่ถึงกับถูกต้อง ร้อยเปอร์เซ็นต์ก็ตาม แต่ก็ช่วยในการเกิดความมั่นใจ มองไปข้างหน้าได้อย่างมีความหวัง และมีการเตรียมตัวที่ดี และถ้าหากทีมแพทย์พยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และครอบครัว การสื่อสารและการช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแล สามารถให้การดูแลคนไข้ได้ดี ปลอดภัย ยังจะทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวยังแน่นแฟ้น คนที่ได้ปรนนิบัติคนไข้ ด้วยตนเองก็จะลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเศร้าเสียใจภายหลังการสูญเสียที่รุนแรง (Pathological grief and bereavement) เนื่องจากกิจกรรมที่ได้ทำ จะเกิดผลทั้งการเยียวยา คนไข้ และเยียวยาป้องกันตนเองของผู้ดูแล เพราะว่าได้ กระทำกิจอันพึงกระทำตามบทบาทหน้าที่ไปแล้ว

ทีมผู้ช่วยเหลือ ได้แก่ พยาบาล พยาบาลชุมชน เภสัชกร โภชนากร นักสิทธิประโยชน์ นักจิตวิทยา และอื่น ๆ จะมีบทบาทและหน้าที่เข้ามาช่วยเหลือตามความต้องการ ของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละคนจะมีความต้องการไม่เหมือนกัน เราไม่จำเป็นต้องจัดระบบ หรือ Package เหมือนกัน สำหรับ คนไข้ทุกคน ซึ่งจะเกิดผลเสียเพราะการทำการกิจกรรมบางอย่าง

ที่ไม่จำเป็น การที่จัดหาทีมที่มีเวลาปฏิสัมพันธ์กับคนไข้และ ครอบครัวมากขึ้นมีประโยชน์อย่างยิ่งในมิติจิตใจ เพราะจะได้ทั้งกำลังใจและความเข้าใจมากขึ้นในพื้นฐานครอบครัว ของคนไข้เอง

การดูแลทางด้านอารมณ์ความรู้สึกของคนไข้เป็น ความจำเป็นอย่างมากต่อสภาวะ และเป็นศาสตร์และศิลป์ ที่ละเอียดอ่อน บางครั้งหากเรา empower ญาติหรือผู้ดูแลหลักของคนไข้ พบว่าคนเหล่านี้มีฐานะพิเศษที่จะทำเรื่อง อารมณ์ความรู้สึกได้ลึกซึ้งเท่าเทียมหรือมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์เสียอีก ทั้งนี้เพราะความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลนั้นเป็นต้นทุนของสัตว์สังคม ซึ่งมนุษย์ถูกออกแบบมา เช่นนั้น กลุ่มอาสาสมัครภายในพื้นที่ ที่อาจจะเป็นญาติพี่น้อง คนในชุมชน หรือเพื่อนบ้าน จะมีความสัมพันธ์พิเศษที่ บุคลากรทางการแพทย์ไม่มี และไม่มีทักษะอะไรมาทดแทนได้ เพราะความสัมพันธ์ที่ว่าเป็นต้นทุนทางสังคม ต้นทุนชุมชน ซึ่งถ้าหากถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้คนในยามจำเป็นที่ว่าเป็น จะเกิดประโยชน์อย่างมหาศาลขึ้น

ถึงที่สุด แม้กระทั่งสถาบันทางศาสนา เช่น พระภิกษุ บาทหลวง ผู้นำทางศาสนาในชุมชน ก็อาจมีส่วนร่วมใน บทบาทช่วงระยะสุดท้ายนี้ ถ้าหากสามารถเชื่อมโยงคนไข้ และครอบครัว เข้าหาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยที่มีผู้ชี้นำ ชี้นทางในระยะสุดท้าย จะสามารถเดินทาง ไปสู่สัจดีได้อย่างสงบ มีศักดิ์ศรี สวยงาม เป็นหนทางอันเป็น ตัวอย่างแก่ผู้ที่เหลืออยู่ และสิ่งสำคัญที่สุดก็คือ ใหบทเรียน อันมีค่ามากคือ การตายดีนั้น มีเพียงหนทางเดียวก็คือ “อยู่ให้ดี อยู่ให้เป็น” มรดกสุดท้ายที่มนุษย์ทุกคนสามารถ ตกทอดให้แก่คนรุ่นหลังได้ก็คือ วิถีการตายอย่างสงบ ที่ต้อง อาศัยทุกมิติแห่งสภาวะ การปลอดอาการทุกข์ทรมาน การดูแลความรู้สึก อารมณ์ จากครอบครัว คนรู้จัก เพื่อนบ้าน การค้นหาตนเองที่แท้จริง การได้มาดูแลซึ่งกัน และกัน เป็นการลงทุนระยะยาว ไม่ได้สิ้นสุดแค่เมื่อผู้ป่วย จากไป แต่เป็นเมล็ดแห่งสภาวะกำเนิด อันจะงอกงาม ต่อเนื่องไปอย่างไม่จบสิ้น เป็นนิรันดร์

Palliative Performance Scale

เครื่องมือประเมินคนไข้ Palliative Care

พญ. นิลวรรณ นิมนานวรวงศ์

แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 2

พญ. ดาริน จตุรภัทรพร

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลุงคำตัน ผู้ป่วยชาย อายุ 65 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งที่อวัยวะเพศ (squamous cell carcinoma of penis) ลุงคำตันได้รับการฉายแสงที่โรงพยาบาลสวนดอกจังหวัดเชียงใหม่เมื่อ 2 เดือนก่อน และผ่าตัดอวัยวะเพศและต่อมน้ำเหลือง หลังจากนั้นลุงคำตันมีอาการดีขึ้นช่วงสั้น ๆ ก่อนเริ่มมีแผลขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ บริเวณโคนอวัยวะเพศที่ถูกตัดไป ลุงคำตันตัดสินใจมาทำแผลที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดตาก และสมัครใจนอนที่โรงพยาบาลด้วยเหตุผลว่าบ้านของลุงอยู่ไกลจากโรงพยาบาล

ภายหลังแผลใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ ลามขึ้นมาที่บริเวณขาหนีบและหน้าท้อง ลุงคำตันจึงต้องใส่สายสวนปัสสาวะไว้เพื่อให้สะดวกต่อการทำแผล ช่วงนี้ลุงคำตันนอนบนเตียงเกือบตลอดเวลา และบ่นว่า “เหนื่อย” โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เนื่องจากผลการตรวจต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบมะเร็งกระจายไปที่อวัยวะอื่น ภรรยาวัย 57 ปีของลุงต้องช่วยอาบน้ำให้ลุงคำตันทุกวัน ลุงไม่มีอาการปวดแผล กินอาหารได้ตามปกติ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่อง แต่เนื่องจากนิสัยเดิมเป็นคนพูดน้อย ไม่ค่อยแสดงความรู้สึก และเป็นผู้นำครอบครัวที่มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง จึงมักถูกมองจากแพทย์ พยาบาลว่า เป็นคนดี (เงียบ)

ทีมแพทย์พยาบาลประเมิน Palliative Performance Scale หรือ PPS ดังตารางที่ 1 และให้คะแนนลุงคำตัน 40 % (เนื่องจากลุงคำตันนอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อย ต้องอาศัยภรรยาช่วยอาบน้ำ แต่ยังสามารถกินอาหารได้ตามปกติ และรู้สึกตัวดี) จากข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจะเหลือเวลาอีกไม่มากนักที่คะแนนระดับนี้ ทีมรักษารู้สึกได้ถึงเวลาของผู้ป่วยที่เหลือน้อยลง การรักษาเพียงโรค เช่น การให้ยาฆ่าเชื้อ และการทำแผลไปวันหนึ่ง ๆ คงไม่เพียงพอทีมอยากช่วยผู้ป่วยและญาติให้คลายปมต่าง ๆ ในใจจึงพยายามเข้าไปพูดคุยซักถามเรื่องต่าง ๆ โดยมีความมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเปิดเผยความต้องการแท้จริงในใจให้คนรอบข้างได้รับรู้ และสามารถจัดการเรื่องที่ยังติดค้างในใจ (Unfinished business) รวมถึงเจตจำนงในการใส่ท่อช่วยหายใจและการปั๊มหัวใจ (Living will)

ตารางที่ 1 Palliative Performance Scale (PPSv2) ฉบับภาษาไทย

PPS Level	ความสามารถในการเคลื่อนไหว	กิจกรรมและความรุนแรงของโรค	การดูแลตนเอง	การกินอาหาร	ความรู้สึกตัว
100%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่มีโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
90%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ เริ่มมีหลักฐานของตัวโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
80%	ปกติ	ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แต่ใช้ความพยายาม เริ่มมีหลักฐานของตัวโรค	ปกติ	ปกติ หรือลดลง	ปกติ
70%	ลดลงกว่าปกติ	ไม่สามารถทำงานปกติ ตัวโรคค่อนข้างรุนแรง	ปกติ	ปกติ หรือลดลง	ปกติ
60%	ลดลงกว่าปกติ	ไม่สามารถทำงานอดิเรก หรืองานบ้าน ตัวโรคค่อนข้างรุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง	ปกติ หรือลดลง	ปกติหรือสับสน
50%	ส่วนใหญ่นั่ง/นอน	ไม่สามารถทำงานใด ๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ เป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	ปกติหรือสับสน
40%	ส่วนใหญ่นอน	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ เกือบทั้งหมด	ปกติ หรือลดลง	ปกติหรือง่วงซึม +/- สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือลดลง	ปกติหรือง่วงซึม +/- สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ลดลงมากหรือ เพียงจิบน้ำ	ปกติหรือง่วงซึม +/- สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ไม่กิน หรือดื่มเลย	ง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น +/- สับสน
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ วิธีแยกการช่วยเหลือตัวเองของระดับ 40-60% เป็นดังต่อไปนี้

- 60%: ผู้ป่วยเดินไปห้องน้ำได้แต่ต้องการการช่วยเหลือเป็นบางครั้ง
- 50%: พาผู้ป่วยไปห้องน้ำแต่ผู้ป่วยสามารถแปรงฟันเองได้
- 40%: ต้องพาผู้ป่วยไปห้องน้ำและต้องอาบน้ำแปรงฟันให้ผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยใส่ NG Tube ให้ใช้ความสามารถของผู้ป่วยในการกินอาหารก่อนใส่ NG Tube ในการให้คะแนน

วิธีการใช้ PPS

1. ประเมินสภาวะผู้ป่วยในขณะนั้นตามความเป็นจริง ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวนอง ไล่จากซ้ายไปขวา โดยยึดคอลัมน์ทางซ้ายเป็นหลัก หากคอลัมน์ทางขวาได้คะแนนมากกว่าทางซ้าย ให้คะแนนตามคอลัมน์ซ้าย
2. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางเช่น 65% ได้ ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 60% หรือ 70% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาประเมินมากที่สุด
3. สามารถใช้ประเมินได้ในหลาย ๆ ที่ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล
4. ผู้ประเมินจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์สาขาใดก็ได้ที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ PPS

จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ได้ทราบว่า ลุงคำตันทำสวนข้าวโพดมาตั้งแต่เป็นหนุ่ม แต่งงาน 2 ครั้ง มีลูกชาย 1 คนกับภรรยาเดิม แต่กับภรรยาคนปัจจุบันอยู่กินกันมาได้ 4 – 5 ปี ไม่มีลูกด้วยกัน ลึก ๆ แล้วลุงคำตันน้อยใจลูกชายที่ไม่เคยมาดูแลดูดีเลย เวลาพูดถึงลูกชายลุงมี น้ำตาซึม เมื่อทีมถามว่าอยากให้ลูกชายมาเยี่ยมหรือไม่ จะเป็นคนกลางช่วยประสานให้ ลุงคำตัน เบือนหน้าหนีแล้วบอกว่า ไม่เคยต้องการให้มาเยี่ยมเลย ทีมพยายามถามเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ความรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง แต่ลุงมักตอบว่า “ไม่มี” ทั้งที่ใบหน้าเศร้าหมองอย่างเห็นได้ชัด และมักขมวดคิ้วบ่อย ๆ จนมาถึงคำถามสุดท้ายในการพูดคุยครั้งนั้น ทีมรักษากถามลุงว่าตอนนี้ อยากให้ช่วยอะไรเพิ่มเติมหรือไม่ ลุงกลับเอ่ยตอบด้วยแววตาแห่งความหวังว่า

“หมอ ผมอยากไปฉายแสงที่เชียงใหม่สักครั้ง”

“.....”

คำตอบของลุงทำให้ทีมงานอึ้ง เนื่องจากประเมินจากสภาวะร่างกายของลุงในขณะนี้แล้ว ไม่สามารถเดินทางไกลกว่าหลายร้อยกิโลเมตรเพื่อไปฉายแสงได้ และไม่น่าจะทนกับผลข้างเคียง ของการฉายแสงได้อีกด้วย ทีมจึงได้แต่ให้กำลังใจลุงและพูดเป็นกลาง ๆ ว่า ขอดูแลรักษาลุงที่ โรงพยาบาลไปก่อน เมื่อถึงเวลาที่โรงพยาบาลที่เชียงใหม่นัด จะประเมินอีกครั้งว่าจะทำอย่างไร โดยคำนึงถึงผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับลุงเป็นหลัก ทีมพยายามไม่ทำลายความหวังที่เหมือน พางเส้นสุดท้าย แต่ก็ไม่ได้พูดให้ความหวังจนเกินความจริงไป ลุงคำตันพยักหน้า

ทีมแพทย์พยาบาลสรุปความเห็นจากการพูดคุยในครั้งนี้ว่า ลุงคำตันมีภาวะซึมเศร้า แม้ว่า ไม่แสดงออกโดยตรง ๆ ก็ตาม ปมที่ยังติดค้างในใจน่าจะเป็นเรื่องน้อยใจลูกชายที่ไม่เคยมาเยี่ยมเลย ตั้งแต่เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทีมไม่ได้พูดคุยกันโดยตรงเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือ บั้มหัวใจเพราะลุงปฏิเสธที่จะพูดเรื่องนี้ แต่ภรรยาเล่าว่าลุงไม่ต้องการการช่วยเหลือที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตาย สิ่งที่ต้องการแท้จริงคือ การได้อยู่บ้านและห้อมล้อมไปด้วยญาติพี่น้องหากอาการแยลงเรื่อย ๆ ลุงคำตันรู้สึกเสียใจมากที่ต้องนอนป่วยเป็นภาระกับคนอื่นแบบนี้ ทั้งที่เดิมเป็นคนแข็งแรง และเป็นคนที่ช่วยเหลือคนอื่นมาตลอดทั้งชีวิต

สัปดาห์ต่อมา นักวิชาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นคนบ้านเดียวกับลุงได้ทราบเรื่องจากทีม จึงได้ไปพูดคุยกับลูกชายของลุงให้มาเยี่ยมพ่อบ้าง เพราะเหลือเวลาไม่มากแล้ว โดยแนะนำให้ ลูกชายมาขอโหสิกรรมต่อบิดาที่นอนอยู่ที่โรงพยาบาล ลูกชายปฏิเสธในครั้งแรกเพราะปัญหาเรื่อง ความขัดแย้งกับลุงคำตันที่มีมาก่อนหน้านี้ แต่นักวิชาการสาธารณสุขชุมชนพยายามชี้ให้เห็นว่า การเยี่ยมครั้งนี้อาจจะเป็นโอกาสสุดท้ายที่ได้พบกัน จนในที่สุดลูกชายก็มาที่โรงพยาบาล

วันนั้นสองพ่อลูกขอโทษขอโพยต่อกันที่เกิดเรื่องไม่เข้าใจกันมานาน ด้วยความช่วยเหลือ ของทีม สังเกตได้ชัดว่าลุงคำตันดีใจมาก จากเดิมที่เคยแต่นอนอยู่บนเตียงก็กลับลุกขึ้นมานั่งพูดคุย อย่างมีชีวิตชีวา ก่อนกลับทั้งสองยังกอดกันร้องไห้ ลูกชายสัญญาว่าจะหาเวลาปลีกตัวจากงาน มาเยี่ยมพ่อบ่อย ๆ เย็นวันนั้นลุงยังรับประทานอาหารได้มากขึ้นกว่าเดิม ทีมมีความเห็นว่าภาวะ ซึมเศร้าของลุงแกได้ด้วยยาใจ คือลูกชายนั่นเอง ระดับคะแนน PPS ขึ้นมาอยู่ที่ 50 % (เคลื่อนไหวได้ มากขึ้นจากนอนบนเตียงเกือบตลอดเวลาสามารถลุกขึ้นมานั่งคุยได้ครั้งละนาน ๆ แม้ว่าทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อย ยอมเดินไปห้องน้ำ และแปรงฟันเอง กินอาหารได้เท่าเดิม รู้สึกดีตัวดี)

ผ่านไปประมาณเดือนครึ่ง ผลลมะเร็งลุกลามเร็วขึ้นมาก ผลเดิมค่อย ๆ ขยายออกเป็น วงกว้าง กินลึกไปที่ละนิด ๆ และมีแผลใหม่เริ่มจากก้อนูนเล็ก ๆ แล้วลามออกไปเรื่อย ๆ จน ทำให้ผิวหนังท้องของลุงคำตันกลายเป็นแผลเป็นหย่อม ๆ คล้ายกับมีอะไรกัดและให้มันแห้งหายไป กันแผลเป็นเนื้อเยื่อสีเหลืองบ้างแดงบ้าง มาถึงระยะนี้ลุงเริ่มปวดแผลมากขึ้น ๆ แต่ไม่ยอมบ่นบ่นบ่น ลุงอดทนมากบอกแค่เพียงว่า

“ไม่เป็นไรครับ” หรือไม่ก็ “ผมทนได้ครับ นี่เพิ่งทำแผลสักพักน่าจะดีขึ้น”

พอถามย้ำ ๆ หลายครั้ง ลุงจึงยอมบอกความจริงว่าปวดที่แผลหน้าท้อง และสับสนแผล โดยเฉพาะเวลาทำแผล ค่ะแน่นปวดประมาณ 7 – 8 จากคะแนนเต็ม 10 นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ เพราะปวดแผล อ่อนเพลียกว่าเดิม ต้องขยับถ่ายบนเตียง เริ่มมีแผลกดทับเป็นผื่นหนังถลอกสีแดง ๆ ที่บริเวณก้น เนื่องจากตอนนี้ลุงไม่มีแรงหรือขยับตัวแล้ว แพทย์ให้ยาแก้ปวดเป็นมอร์ฟีนแบบฉีด ทำให้อาการปวดพอทุเลาไปบ้าง แม้กระนั้นลุงก็ยังร้องโอดครวญเป็นครั้งคราว

หลายวันต่อมาลุงคำตันเริ่มซึมลง หลับเป็นช่วง ๆ นานขึ้น ตอบคำถามด้วยการพยักหน้าได้บ้าง จิบน้ำได้เพียงเล็กน้อย ต้องใช้หน้ากากออกซิเจนครอบปากและจมูกตลอดเวลา ระยะนี้วัด PPS ของลุงลดเหลือเพียง 20% เมื่อลุงคำตันยิ่งซึมมากขึ้น ความปวดของลุงดูเหมือนลดลงไม่กี่วัน ต่อมาคะแนน PPS ของลุงแยกลงเป็นระดับ 10% (นอนบนเตียงตลอด ไม่สามารถทำกิจกรรมใดได้ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองทั้งหมด ไม่กินหรือดื่มน้ำเลย ง่วงซึมตลอดเวลา) ทีมจึงเริ่มพูดคุยทำความเข้าใจกับญาติว่า ลุงคำตันน่าจะเหลือเวลาอีกไม่มากแล้ว ระยะเวลาที่เหลืออาจจะเป็นวันเท่านั้น หากต้องการพาลุงกลับบ้านตามความต้องการก็สามารถทำได้ ลุงคำตันจึงได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่อีก 2 วันที่บ้านตามความตั้งใจก่อนจากโลกนี้ไปอย่างสงบ

PPS คืออะไร

Palliative Performance scale หรือ **PPS** เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539) โดย Anderson และคณะ⁽¹⁾ ที่ Victoria Hospice Society (VHS) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสถานะของผู้ป่วย Palliative Care ในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน โดยดัดแปลงมาจาก Karnofsky Performance Scale⁽²⁾

การให้คะแนน PPS ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว เมื่อรักษาภาวะบางอย่างของผู้ป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการซึมเศร้า อาการปวด ทำให้คะแนน PPS ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

มีการศึกษา Meta-analysis โดย Downing และคณะ⁽³⁾ ที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 1,808 คน จาก 4 การศึกษา สรุปว่า PPS สามารถพยากรณ์โรคได้ค่อนข้างแม่นยำในเรื่องเวลาของการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินคะแนน PPS น้อยมักเหลือเวลาของการมีชีวิตอยู่น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS มากกว่าดังตารางที่ 2

หลังประเมินแล้วผู้ป่วยจะถูกแบ่งออกเป็น 11 ระดับตามสถานะในขณะนั้น ๆ ตั้งแต่ 0% หมายถึง เสียชีวิต จนถึงคะแนนเต็ม 100% หมายถึง ผู้ป่วยมีสุขภาพเป็นปกติ สามารถแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS > 70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (PPS 40-70%)

ตารางที่ 2: สรุปจำนวนวันโดยประมาณที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เมื่อเทียบกับคะแนน PPS³

PPS	จำนวนวัน
10	2-5
20	4-10
30	13-24
40	24-36
50	37-47
60	48-77
70	78-90

จุดประสงค์ของการใช้ PPS

1. เพื่อสื่อสารอาการปัจจุบันของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในทีมที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มองภาพของผู้ป่วยและการพยากรณ์โรคไปในแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อประเมินพยากรณ์โรคอย่างคร่าว ๆ และติดตามผลการรักษา
3. ใช้เป็นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าดูแลในสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือ Hospice care เช่นในประเทศแคนาดา
4. ใช้บอกความยากของภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยที่มีคะแนน 0 - 40% หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านการพยาบาลมากขึ้น และญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น
5. ใช้ในการทำวิจัยโดยเป็นการวัดเปรียบเทียบผลหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทาง Palliative Care

มีข้อควรระวังว่า จำนวนวันที่สามารถประมาณจากคะแนน PPS นั้น เป็นเพียงค่าเฉลี่ยที่ได้จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากงานวิจัย ไม่สามารถนำมาเป็นตัวเลขการคาดการณ์ที่แน่นอนสำหรับผู้ป่วยทุกคนได้ จึงไม่ควรบอกตัวเลขที่ได้จากตารางกับผู้ป่วยโดยตรง PPS เพียงช่วยให้บุคลากรในทีมสามารถสื่อสารกันได้สะดวกมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยและเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อถึงเวลาที่ทุกคนต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น สิ่งที่สำคัญกว่าการบอกระยะเวลาคือ ให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการ และทำในสิ่งที่ยังติดค้างอยู่เมื่อเราประเมินผู้ป่วยได้คร่าว ๆ ว่าผู้ป่วยเหลือเวลาในชีวิตจำกัด

หนังสืออ้างอิง

1. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N: Palliative performance scale (PPS): A new tool. J Palliat Care 1996; 12: 5 -11.
2. Karnofsky D, Albelman W, Craver L, Burchena IJ: The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. Cancer 1948; 1: 634-656.
3. Downing GM, Lau F, Lesperance M, et al. Meta-analysis of Survival prediction with Palliative Performance Scale. J Palliat Care. 2007; 23 (4): 245-254

Palliative Care Unit (PCU) ที่โรงพยาบาล Baycrest ประเทศแคนาดา

พญ. ดาริน จตุรภัทรพร

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

Palliative Care Unit แปลตรง ๆ ทั่วหมายถึง หน่วยงานหรือแผนกผู้ป่วยในที่รับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่แคนาดาเรียก Palliative Care Unit ย่อ ๆ ว่า PCU เรียกเหมือนกับ Primary Care Unit ของบ้านเรา ซึ่งมาคิดดูแล้วงานที่สำคัญของ Primary Care จริง ๆ ก็ไม่ใช่แค่ด้านหน้าเพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็น back up ที่สำคัญตอนที่ผู้ป่วยประสบกับความทุกข์ทรมานในช่วงเวลาสุดท้ายอีกด้วย หมอที่มาทำงานที่ Palliative Care Unit ที่นั่นส่วนใหญ่เป็นหมอเวชศาสตร์ครอบครัว มีทั้งแบบที่มาทำเต็มตัวและแบบที่ยังทำงานที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวไปด้วย ส่วนหมอด้านอื่น ๆ ที่มาทำงานด้าน Palliative ก็มีหมอ internal medicine และหมอด้านผู้สูงอายุบ้างประปราย เช่นนี้แล้วหากบ้านเราสามารถพัฒนางานด้าน Palliative Care ขึ้นมาได้ในอนาคต ก็พอจะเหมารวมได้ว่า PCU ทั้ง Primary และ Palliative เป็นงานหลักของหมอเวชศาสตร์ครอบครัวได้แบบไม่ผิดนัก

Dr. Sandy Buchman ประธานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา เป็นหมอเวชศาสตร์ครอบครัวคนหนึ่งที่ผันตัวมาทำงานด้าน Palliative Care แบบเต็มตัว Dr. Buchman เล่าให้ฟังว่า ตอนที่จบการศึกษาเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใหม่ ๆ มีคนไข้โรคมะเร็งเต้านมมาปรึกษาว่า ควรรับยาเคมีบำบัดหรือไม่ Dr. Buchman ตอบคนไข้ไปว่า **‘ฉันไม่ค่อยมีความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดหรอก แต่จะส่งไปปรึกษาหมอโรคมะเร็งให้’** คนไข้ตอบกลับมาว่า **‘ถึงคุณหมอจะไม่รู้เกี่ยวกับยา แต่คุณหมอรู้จักตัวฉันดีที่สุดนะ’** Dr. Buchman บอกว่าประโยค **‘But you know me’** ที่คนไข้พูดในวันนั้นยังติดอยู่ในใจต่อมาจนถึงปัจจุบัน และเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ทำให้รู้สึกอยากทำงาน palliative care แม้ความรู้ด้านการแพทย์จะเป็นสิ่งสำคัญ แต่การรู้จักคนไข้และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนไข้ตามหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวต่างหากที่เป็นหัวใจของการดูแลคนไข้ Dr. Buchman บอกว่าการได้มาทำงานด้าน Palliative care ทำให้รู้ว่าศาสตร์นี้เป็นศาสตร์ที่ทำให้ได้ใช้ความสามารถในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเต็มที่ที่สุด Dr. Buchman ทำงานที่ Palliative Care unit ช่วงเช้าโดยเริ่มตรวจคนไข้ทีละคนเหมือนงานในโรงพยาบาลทั่วไป เช่นนี้เองที่บอกว่าการดูแลคนไข้ Palliative Care คือ **‘Active Care’** ที่ต้องเปลี่ยนแผนการรักษาตามอาการของคนไข้ที่บางรายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และ **‘Total Care’** คือดูแลคนไข้แต่ละคนแบบองค์รวมไม่เฉพาะตัวโรคและอาการ แต่ดูไปถึงความเป็นไปในครอบครัวและปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมด้วย พอตรวจคนไข้ช่วงเช้าเสร็จ Dr. Buchman จะออกไปเยี่ยมคนไข้ Palliative Care ตามบ้านต่อจนถึงเย็น

โรงพยาบาล Baycrest เป็นโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ก่อสร้างจากเงินบริจาคโดยเศรษฐีชาวยิว แม้ไม่ได้จำกัดกลุ่มคนไข้ว่าต้องเป็นเฉพาะคนยิว แต่คนไข้ส่วนใหญ่ก็เป็นชาวยิว อยู่ดี มีคนไข้หลายรายที่เป็นผู้รอดชีวิตจากค่ายกักกันยิวที่เรียกกันว่า Holocaust survivor ที่นี้จึงมีแนวทางการดูแลคนไข้กลุ่มนี้เป็นพิเศษให้กับบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน เนื่องจากคนไข้เคยประสบกับประสบการณ์โหดร้าย เช่น ถูกพวกนาซีหลอกให้ไปอาบน้ำในค่ายแต่น้ำในฝักบัวกลับกลายเป็นสารพิษไปแทน คนไข้กลุ่มนี้บางรายจึงปฏิเสธการอาบน้ำฝักบัว เมื่อบุคลากรเข้าใจก็จะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น



Palliative Care Unit (PCU) เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลโดยตั้งอยู่บนชั้นที่ 6 มีคนไข้ในแผนกประมาณ 30 คน ประมาณ 2 ปีก่อนมีญาติของคนไข้ซึ่งเสียชีวิตไปแล้วและเคยได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ของ PCU จึงบริจาคเงินให้ปรับปรุง PCU เป็นเงินถึง 2 ล้านบาทเหรียญแคนาดา (ประมาณ 60 ล้านบาท) ปัจจุบันหน่วย PCU จึงเป็นสถานที่สวยงาม น่าอยู่ ไม่น่าหดหู่ แม้จะเป็นที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ตาม สำหรับลักษณะของผู้ป่วยที่มา admit ที่ PCU สามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบคือ

1. Short term แบ่งเป็น

1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมอาการชั่วคราว เช่น อาการปวด อาการหอบเหนื่อย หรือคลื่นไส้อาเจียน ก่อนจะไปอยู่ที่บ้านอีกครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักแสดงเจตจำนงว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ในขณะเดียวกันก็มีผู้ป่วย Short term บางรายที่อาการดีขึ้นจนกลายเป็นผู้ป่วย Long term แบบผิดความคาดหวังของแพทย์

1.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมอาการในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอยู่ที่บ้านจนกระทั่งอาการแย่ลงแล้ว จึงย้ายมาที่ PCU อาจเป็นด้วยความตั้งใจของผู้ป่วยเอง หรือเนื่องจากญาติไม่สามารถจัดการดูแลอาการของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านได้

2. Long term แบ่งเป็น

2.1 ผู้ป่วยมะเร็ง ที่ยังไม่ใช้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่มีปัญหาในการดูแลตัวเองที่บ้านทางด้านการพยาบาล เช่น การกินยา การอาบน้ำ การสื่อสาร การเดิน และญาติไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้

2.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือ โรคทางระบบทางเดินหายใจ เช่น Idiopathic pulmonary fibrosis ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอยู่เป็นเวลานาน ทั้ง ๆ ที่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยของ PCU โดยตรง แต่เข้ามาอยู่เนื่องด้วยเหตุผลอื่น ๆ เช่น บางคนเคยเป็นอาสาสมัครที่นั่นมาก่อน บางคนอยู่มานานจนคุ้นเคยทำให้ไม่อยากย้ายออก ซึ่งจริง ๆ แล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถย้ายออกไปที่ Nursing home ได้หากผู้ป่วยต้องการ

ผู้ป่วย Short term ส่วนใหญ่ถูกจัดให้อยู่ห้องเดี่ยว ในขณะที่ผู้ป่วย Long term ถูกจัดให้อยู่ห้องคู่ แต่ขึ้นอยู่กับว่าห้องแบบใดว่างในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ามา admit ด้วยเช่นกัน

การเข้ามารับการรักษาที่ PCU หากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังด่วน ในกรณีนี้ได้แก่ Short term ส่วนใหญ่สามารถ admit ได้เลย

หากมีเตียงว่าง แต่หากเป็น Long term ผู้ป่วยต้องเข้าคิวรอเป็นเวลาหลายเดือน ผู้ป่วยในประเทศแคนาดาได้รับการรักษาฟรีใน PCU เป็นระยะเวลา 90 วัน หลังจากนั้นหากยังต้องการอยู่ที่ PCU ต่อ ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเป็นรายเดือนประมาณ 1,500 เหรียญแคนาดาต่อเดือน (45,000 บาท) หรือ 55 เหรียญแคนาดาต่อวัน (1,600 บาท) ซึ่งเงินจำนวนนี้เป็นเงินที่เรียกว่า Co-payment หรือเงินที่ผู้ป่วยหรือญาติช่วยจ่ายร่วมกับรัฐบาล

ผู้ป่วยที่จะมีสิทธิเข้ารับการรักษาที่ PCU จะต้องทำความเข้าใจและเซ็นยินยอมก่อนว่า จะไม่มีการปั๊มหัวใจ (DNR: Do not resuscitation) และต้องแจ้งชื่อผู้ที่เป็น Power of attorney (POA) ให้ชัดเจน POA หมายถึง ผู้ที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับการถามคำถามเพิ่มอีก 3 ประเด็นว่า หากในช่วงที่อาการแยลงจนไม่รู้สึกร่างแล้ว จะต้องการได้รับเลือด (Blood transfusion) น้ำ (Hydration) และยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) หรือไม่ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะตอบว่าไม่ ดังนั้นการถามคำถามเหล่านี้ก็อีกนัยหนึ่งก็เพื่อเป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า เมื่ออาการเข้าใกล้ระยะสุดท้าย การรักษาทั้ง 3 อย่างดังกล่าวเป็นเหมือนการยืดเวลาโดยไม่ได้เพิ่มคุณภาพชีวิตนั่นเอง

ในเมืองไทยยังไม่มีโรงพยาบาลใดที่มี PCU เป็นหน่วยเฉพาะแยกเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนหลาย ๆ ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในแผนกผู้ป่วยในได้เป็นอย่างดี แต่สำหรับโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้านอนในโรงพยาบาลได้เนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาชัดเจน

บทบาทของทีมในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยใน Palliative Care Unit (PCU)

การทำงานที่ Palliative Care Unit (PCU) ที่โรงพยาบาล Baycrest เป็นไปได้ด้วยดี เนื่องจากมีบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ มาช่วยกันดูแลผู้ป่วยตามสาขาวิชาชีพของตัวเองอย่างดีที่สุด การทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากบุคลากรต่างสาขาวิชา (Interprofessional education) ทุกคนในทีมเกิดความภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และแต่ละคนยังไม่เหนื่อยเกินไปอีกด้วย ทำให้ผลของการดูแลคนไข้มีประสิทธิภาพสูงสุด

สำหรับการทำงานเป็นทีมของโรงพยาบาล Baycrest ทุก ๆ สัปดาห์มีกิจกรรมสำคัญคือ Team round ซึ่งเป็น

การประชุมร่วมกันของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ เพื่อทบทวน ประวัติและปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วยร่วมกัน การประชุมแบบนี้ ทำให้ทุกคนได้ปรับข้อมูลของผู้ป่วยให้ตรงกัน และช่วยแนะนำ วิธีแก้ปัญหาตามสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ การราวอนใช้เวลา ประมาณ 30 นาทีในห้องประชุม หลังจากนั้นอีก 30 นาที เป็นช่วงเวลาที่ทั้งทีมใหญ่ไปทักทายผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกอบอุ่นใจว่ามีคนดูแลตัวเองในด้านต่าง ๆ เป็นทีมใหญ่

1. แพทย์ (Physician) ที่ PCU มี 2 คนแบ่งกันเป็น เจ้าของไข้คนละประมาณ 15 เคส แพทย์ทำหน้าที่หลักคือ ให้การรักษาอาการที่พบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น อาการปวด หอบเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน สะอึก และอาการอื่น ๆ

2. พยาบาล (Nurse: RN, RPN) ให้การดูแลทาง ด้านการพยาบาล เช่น การฉีดยา การประเมินอาการของ ผู้ป่วยว่า ต้องการยาระงับปวดเพิ่มหรือไม่ และประเมินเรื่อง แผลกดทับ RN (Registered nurse) และ RPN (Registered practice nurse) มีความแตกต่างกันที่ระยะเวลาที่เรียน และ RPN จะไม่สามารถผสมยาได้

3. เกสัชกร (Pharmacist) ช่วยประเมินเรื่องการให้ยา อธิบายวิธีการให้ยาและผลข้างเคียง ที่ Baycrest เกสัชกรช่วย ทบทวนยาที่แพทย์สั่งอีกครั้งว่า มี drug interaction หรือไม่ และช่วยปรับยา Coumadin ตามระดับ INR

4. นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) ช่วยประสานงาน ในการ admit ผู้ป่วยจากบ้าน หรือจากโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยช่วยอธิบายและปรับความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการการดูแล ผู้ป่วยใน PCU ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ามาได้รับการรักษา นักสังคมสงเคราะห์ยังช่วยพูดคุยให้ญาติและผู้ป่วยได้พูดถึง ความกังวลและความรู้สึกกลัว ช่วยให้ผ่อนคลายในช่วงเวลา และสถานการณ์ที่ตึงเครียดสำหรับครอบครัว นอกจากนี้ ยังเป็นเหมือนคนกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร ทางการแพทย์ โดยช่วยประสานให้เกิด Family Meeting ให้ ทุกฝ่ายได้สื่อสารเพิ่มความเข้าใจระหว่างกัน

5. นักกายภาพบำบัด (Physiotherapist) ช่วย ประเมินผู้ป่วยว่าสามารถเคลื่อนไหวได้มากแค่ไหนอย่างไร ปลอดภัย ช่วยสอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อแข็งแรง มีความพร้อมในการเคลื่อนไหว ช่วยประเมินว่าผู้ป่วยต้องการ ใช้รถเข็น หรือ walker หรือไม่

6. นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) ช่วย ประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างไรบ้าง ตั้งแต่ การแต่งตัว กินข้าว อาบน้ำ

การออกไปซื้อของข้างนอก นักกิจกรรมบำบัดช่วยแนะนำผู้ป่วย ว่า จะสามารถทำกิจกรรมเดิมด้วยวิธีใหม่ได้หรือไม่บ้าง โดย หาอุปกรณ์ต่าง ๆ มาให้เพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเหล่านั้นได้ง่าย ขึ้น เช่น การจัดหา Commode (โถส้วมที่สามารถเคลื่อนย้าย มาอยู่ใกล้เตียงนอนได้) หรือ เก้าอี้อาบน้ำ

7. นักโภชนาการบำบัด (Dietitian) ช่วยประเมินและ ปรับชนิดของอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ผู้ป่วย บางคนมีปัญหาเรื่องการกลืนต้องกินอาหารที่เป็นอาหารเหลว (Pureed diet) ต่อมาสามารถกลืนได้ดีขึ้น นักโภชนาการบำบัด สามารถปรับอาหารเป็นชนิดบด (Minced diet) นอกจากนี้ยัง ช่วยปรับอาหารให้เป็นที่ถูกปากของผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อไม่ให้ความอยากอาหารของผู้ป่วยเสียไป

8. นักการบำบัด (Speech and language therapist: SLP) กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเรื่องการกลืน หรือการดื่มน้ำ เช่น มีอาการสำลัก นักการบำบัดจะช่วยประเมินเรื่องการกลืน จากการดูผู้ป่วยกินอาหาร หรืออาจทำ Modified Barium Swallow นอกจากนี้ยังช่วยประเมินผู้ป่วยในการสื่อสาร และการพูดอีกด้วย

9. นักกิจกรรมสันทนาการบำบัด (Recreational therapist) เป็นผู้ช่วยประเมินคนไข้ว่า ใครเหมาะที่จะทำ กิจกรรมใด เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างด้วยความเพลิดเพลิน และเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะทางมือและสายตา เช่น วาดรูป ระบายสี ทำงานเซรามิกซ์ มีการจัดกลุ่มดนตรีบำบัดให้ผู้ป่วย ฝึกใช้เครื่องเคาะ และกิจกรรมเข้าจังหวะเพื่อพัฒนาการ Coordinate ของมือกับสมอง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย บางรายนักกิจกรรมสันทนาการบำบัดได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำของ ที่ระลึกที่มีความหมาย เช่น รูปภาพกับคำบรรยายที่บอกเล่า เรื่องราวที่ผ่านมาในชีวิตให้กับคนสำคัญได้รับรู้ หรือบางคน แต่งเพลงโดยใส่เนื้อเพลงลงไปในทำนองเพลงที่เป็นที่รู้จัก อยู่แล้ว

10. ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (Personal support worker: PSW)

11. ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยตามศาสนา (Chaplain, Priest, Rabbi)

12. อาสาสมัคร (Volunteer)

การเดินทางของ “ป้าประคอง” ผ่านระบบการดูแล Palliative Care เปรียบเทียบกับประเทศไทยและแคนาดา

พญ. ดาริน จตุรภัทรพร

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระบบให้บริการแบบ Palliative Care ในประเทศแคนาดาและประเทศไทย เพื่อให้เห็นว่าเรายังสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในรูปแบบใดบ้างในระยะสุดท้ายที่มีเวลาจำกัดของผู้ป่วยผ่านระบบบริการสุขภาพ

กรณีศึกษา

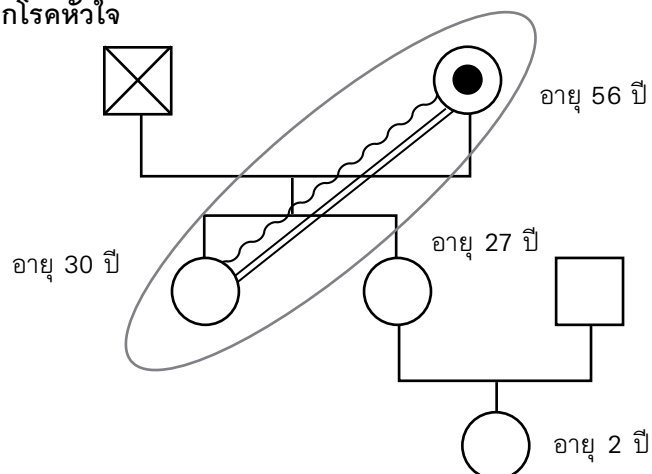
ป้าประคอง ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี

ป้าได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคมะเร็งรังไข่ระยะที่ 3 ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัด

อาการของป้าประคองดีขึ้น แต่เพียง 1 ปีให้หลังป้ากลับมาหาหมออีกครั้งด้วยอาการแน่นท้อง และคลื่นไส้อาเจียน หมอตรวจพบว่ามะเร็งรังไข่ของป้าประคองกลับมาใหม่ แต่คราวนี้ร้ายแรงกว่าเดิมตรงที่กระจายไปที่ในช่องท้อง (Peritoneal metastasis) กดเบียดลำไส้ทำให้ลำไส้อุดตันบางส่วน (Partial Malignant Bowel Obstruction) และทำให้มีน้ำในช่องท้อง (Ascites)

รูปที่ 1: แผนภูมิครอบครัว

10 ปีก่อนจากโรคหัวใจ



แบบที่ 1: ป้าประคองในเมืองไทย

ป้าประคองได้รับการแจ้งข่าวร้ายว่า ครึ่งนี้อาการของโรครุนแรงและไม่มีการรักษาเหมือนครั้งที่แล้ว หมอเองมีคนไข้ที่รอการรักษาอยู่อีกเยอะมากที่สามารถให้ยาเคมีบำบัดและการฉายแสงได้ ถ้าป้ามีอาการมากขึ้น ขอให้ป้าประคองกลับมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเพื่อรับการรักษา

ที่ห้องฉุกเฉิน: ป้าประคองไม่มีเจ้าของไข้

ป้าประคองกลับมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน และแน่นท้องจากน้ำในท้อง

- หมอที่ห้องฉุกเฉินปรึกษาหมอนรีเวช หมอนรีเวชบอกว่าไม่มีแผนการรักษาเพิ่มเติมทางนรีเวช ไม่สามารถผ่าตัดได้ ไม่ฉายแสง ไม่ให้เคมีบำบัด
- หมอที่ห้องฉุกเฉินปรึกษามอศัลยกรรม มอศัลยกรรมบอกว่า ไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเนื่องจากสภาวะของผู้ป่วยไม่เหมาะสมจะรับการรักษาด้วยการผ่าตัด
- หมอที่ห้องฉุกเฉินปรึกษามออายุรกรรม มออายุรกรรมช่วยให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนและเจาะน้ำในท้องออก แต่ไม่ได้นัดป้าประคองกลับมาดูแลต่อเนื่อง แต่บอกป้าไว้ว่าหากมีอาการมากขึ้นก็ให้กลับมาที่ห้องฉุกเฉินใหม่

ป้าประคองรู้สึกดีขึ้น นึกขอบคุณหมอที่ช่วย แต่คิดในใจว่าคงต้องกลับมาที่ห้องฉุกเฉินอีกหากเกิดอะไรขึ้นครั้งหน้า และไม่รู้ว่าจะเจอหมอใจดีเหมือนครั้งนี้หรือไม่ หมอเองก็อยากนัดป้ากลับมาตรวจ แต่ด้วยภาระงานที่ล้นมือและยังมีผู้ป่วยอีกมากมายที่ยังสามารถให้การรักษาให้หายขาดได้ รอการรักษาอยู่ จึงไม่สามารถนัดป้าได้

ไม่มีใครบอกป้าประคองว่าแนวทางการรักษาในวันข้างหน้าจะเป็นอย่างไรต่อไป

ป้าประคองกลับมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินอีกหลายครั้ง ทั้งด้วยเรื่องน้ำในท้องจนหมอที่ห้องฉุกเฉินเรียกป้าว่าเป็นผู้ป่วยประจำ ต่อมาโชคไม่ดีที่ป้าเกิดมีฝีขึ้นที่ท้อง ป้าประคองจึงได้นอนโรงพยาบาลในครั้งนี้นี้เนื่องจากหมอมองว่าการผ่าตัดเอาหนองที่ท้องออก มีมอศัลยกรรมนัดป้ามาตรวจต่อเนื่องหลังจากเจาะฝีที่ท้องออกเพื่อดูแผล แต่หลังจากนั้นก็ไม่มีใครนัดอีก ลูก ๆ ของป้าอยากให้ป้าประคองได้นอนโรงพยาบาล เพราะหลาย ๆ ครั้งที่ป้าดูเหมือนมีอาการหนัก แต่หมอบอกว่ายังไม่ถึงขั้นต้องเข้ารับการนอนโรงพยาบาล

ช่วงสุดท้ายของชีวิต: ป้าประคองอยากอยู่ที่บ้าน

ในช่วงสุดท้ายของชีวิตเมื่อป้าประคองมีอาการแยลง ป้ารู้ดีถึงอาการตัวเองที่แยลง ป้าอยากใช้เวลาช่วงนี้อยู่ที่บ้านและจากไปอย่างสงบที่บ้าน ลูกสาวคนเล็กของป้าที่ไม่ได้อยู่ด้วยเห็นด้วยและอยากให้ป้าได้ทำในสิ่งที่ป้าต้องการ แต่ลูกสาวคนโตซึ่งอยู่ที่บ้านเดียวกับป้าและเป็นผู้ดูแลหลัก รู้สึกว่า ตัวเองอาจดูแลไม่ไหว และทำได้ไม่ดีพอหากต้องดูแลป้าประคองในช่วงสุดท้าย ลูก ๆ ทั้ง 2 อยากให้มีทีมแพทย์มาช่วยดูแลที่บ้าน แต่ไม่รู้ว่าจะติดต่อใคร อย่างไร

เมื่อป้าอาการแยลง ดูเหมือนมีการติดเชื้อในกระแสเลือดและซีมีลง ลูกทั้ง 2 คนจึงตัดสินใจพาป้าประคองไปโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากกลัวว่าจะไม่ได้นอนโรงพยาบาลหากมาที่โรงพยาบาลรัฐบาล ป้าประคองได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากมีอาการซีมีมาก ลูก ๆ ทั้ง 2 ตัดสินใจไม่ถูกว่าควรทำอย่างไร แต่เมื่อหมอบอกว่าหากไม่ใส่ท่อป้าจะเสียชีวิตในเวลาอันสั้น ป้าประคองได้นอนห้อง ICU และได้รับยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือด ป้าฟื้นขึ้นมาโดยลืมนตาเป็นช่วงสั้น ๆ ในช่วงที่นอนโรงพยาบาล 2 สัปดาห์นั้น ก่อนจะจากไปอย่างสงบ ลูกทั้ง 2 คนรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ป้าประคอง แม้ต้องไปกู้หนี้ยืมสินมาจ่ายค่ารักษาไปถึง 4 แสนบาท

แบบที่ 2: ป้าประคองในแคนาดา

ที่แคนาดา ป้าประคองได้รับการดูแลแบบ Palliative Care ควบคู่กันไป ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งรังไข่ระยะที่ 3 โดยแพทย์ที่เป็นคนให้เคมีบำบัดหรือฉายแสง เป็นคนปรึกษาหมอ Palliative Care ซึ่งทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกัน ทุกครั้งที่ป้าประคองมาตรวจกับหมอนรีเวชหรือหมอโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง ก็ได้เจอหมอ Palliative Care ด้วยทุกครั้ง ด้วยวิธีนี้ทำให้ป้าประคองได้รับการดูแลทั้ง 2 แบบต่อเนื่องไปด้วยกัน **มีทั้งคนดูแลโรคและคนดูแลป้าประคองตั้งแต่ต้น** ป้าประคองรู้จักความหมายของ Palliative Care และได้รู้ว่าโรคมะเร็งรังไข่ระยะที่ 3 เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด หลังจากคุยกับหมอ Palliative Care ป้าจึงวางแผนทำพินัยกรรมชีวิตไว้ตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยวางแผนให้ลูกสาวทั้ง 2 คนเป็นผู้ตัดสินใจแทนหากเกิดอะไรขึ้นกับป้าทั้งเรื่องการเงินและเรื่องสุขภาพ แต่ถ้าเลือกได้ป้าก็อยากใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้านของป้าเอง โดยเลือกไม่ให้หมอทำการปั๊มหัวใจหากอาการแยลงกะทันหัน ตอนนี้ป้าเป็นห่วงก็แต่ลูกสาวคนโตที่ยังไม่ได้แต่งงานว่าจะอยู่อย่างไรหากป้าจากไป

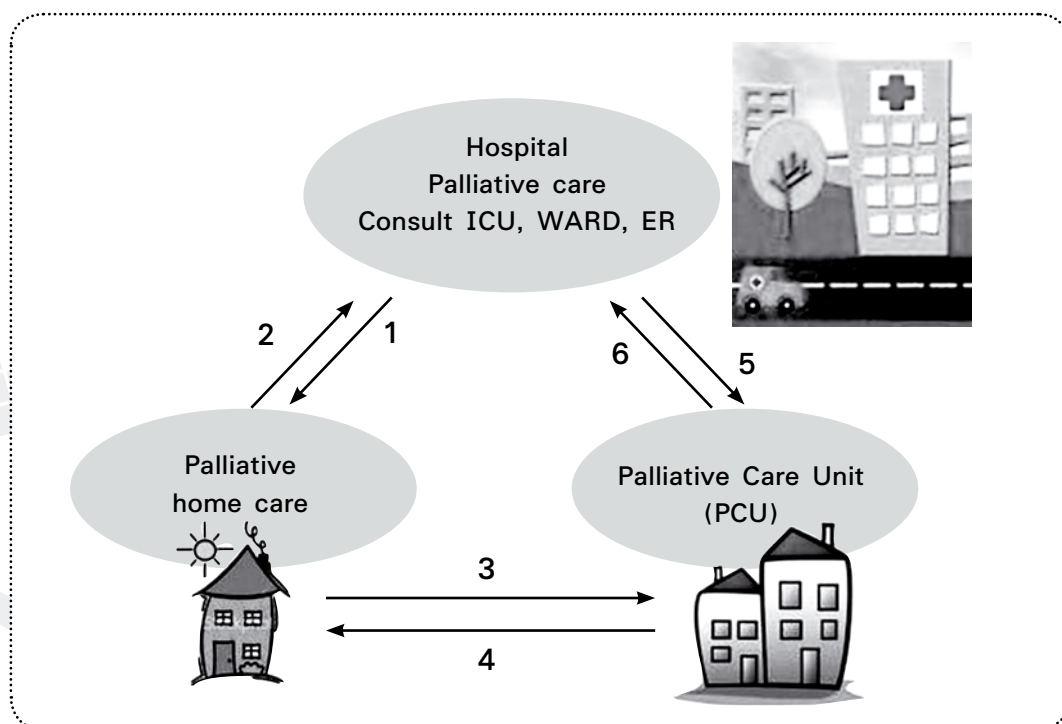
ที่บ้าน: ป้าประคองมีเจ้าของไข้ดูแลป้าทั้งที่บ้านและทางโทรศัพท์

1 ปีต่อมา เมื่อป้ามีอาการแยลงและแพทย์ตรวจพบว่าป้าเป็นโรคระยะที่ 4 ซึ่งไม่มีแผนการรักษาทางการแพทย์ ฉายแสง หรือให้เคมีบำบัดเพิ่มเติม ป้าประคองถูกส่งตัวต่อไปยังแพทย์ Palliative Care ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ตรวจติดตามป้าประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน **(หมายเลข 1 ในรูปที่ 2)** การส่งตัวผู้ป่วยไปยังแพทย์ Palliative Care ที่บ้านนี้ ทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีอาการค่อนข้างดีก่อนจะถึงระยะที่ 4 เพื่อให้ผู้ป่วยและแพทย์ได้ทำความรู้จักกันมากขึ้นตั้งแต่ต้น แพทย์ Palliative Care เยี่ยมบ้านมักไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายในระยะเวลา 1 เดือนหากไม่ใช่ผู้ป่วยเร่งด่วน และอาจนัดไปเยี่ยมผู้ป่วยห่าง ๆ หลายเดือนครั้งหากอาการของผู้ป่วยยังดีอยู่ บางครั้งแพทย์ Palliative Care ก็ใช้วิธีโทรศัพท์ไปสอบถามอาการ ป้าประคองไม่ต้องเสียเงินในการได้รับการดูแลแบบ Palliative Care ที่บ้าน เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพของแคนาดา

เมื่อป้าประคองมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและมีน้ำในท้อง แพทย์ Palliative Care ที่บ้านสามารถส่งยาให้ที่บ้านได้เลย และยังสามารถทำหัตถการเจาะน้ำในท้องของผู้ป่วยที่บ้านได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามหากแพทย์ไม่ยอมทำหัตถการเจาะน้ำในท้องที่บ้าน ก็สามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลในหน่วยที่เรียกว่า Palliative Care Unit (PCU) ได้ **(หมายเลข 3 ในรูปที่ 2)** ป้าประคองมีสิทธิ์เข้ารับการรักษาที่ PCU เพื่อมารับการดูแลอาการให้ดีขึ้นได้ โดยสามารถอยู่ในโรงพยาบาลได้ไม่เกิน 2 อาทิตย์ อาการอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถเข้ามาอยู่ที่ PCU ได้ได้แก่ อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

เมื่อป้าประคองได้รับการเจาะน้ำในท้องแล้วอาการดีขึ้น จึงกลับมาอยู่บ้านอีกครั้ง **(หมายเลข 4 ในรูปที่ 2)** โชคไม่ดีที่ป้าเกิดมีฝีในท้อง ร่วมกับมีไข้สูง ในกรณีนี้ป้าประคองจึงได้รับการส่งตัวต่อกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลปกติ เพื่อทำการผ่าตัดเอาหนองออก **(หมายเลข 2 ในรูปที่ 2)** การที่ป้ากลับเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้เนื่องจากโรคที่เป็นเป็นโรคที่รักษาหายขาดได้จึงควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาล เมื่อป้าหายดีจากโรคฝีในท้องจึงได้กลับบ้าน และได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยแพทย์ Palliative Care ที่ไปเยี่ยมที่บ้านซึ่งได้รับข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาลของป้าจากหมอศัลยกรรมอีกด้วย

รูปที่ 2: แผนภูมิเครือข่ายการส่งต่อการดูแล Palliative Care



ต่อมาอาการของป้าแยลงเรื่อย ๆ ป้าเคยพูดไว้หลายครั้งว่า อยากตายที่บ้าน หมอ Palliative Care จึงมาเยี่ยมอีกครั้งเพื่อเตรียมความพร้อมลูกสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ช่วงนี้ลูกสาวคนโตสามารถลางานได้ 3 เดือนโดยยังได้รับเงินเดือนเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Compassion leave) หมอ Palliative Care สั่งยาแก้ปวดเตรียมไว้ให้ แนะนำอาการที่จะเกิดขึ้นในช่วงสุดท้าย และที่สำคัญหากลูกสาวหรือผู้ป่วยมีปัญหาอะไรสามารถโทรศัพท์ไปถามที่แพทย์ที่อยู่เวรเยี่ยมบ้านได้ตลอด 24 ชั่วโมง ป้าประคองจากไปอย่างสงบที่บ้าน รายล้อมด้วยทุกคนในครอบครัว ไม่มีอะไรผิดไปจากที่แพทย์ได้บอกไว้ ทุกคนจึงไม่ตกใจเมื่อป้าจากไปจริง ๆ ลูกสาวป้าประคองโทรแจ้งหมอ Palliative Care ซึ่งมาเขียนใบมรณะบัตรให้ในวันถัดไป

หมายเหตุ สำหรับหมายเลข 5 ในรูปที่ 2 อาจเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคระยะสุดท้ายขณะอยู่ในโรงพยาบาลแล้วมีอาการเข้าใกล้ระยะสุดท้ายในช่วงเวลาอันสั้นจึงถูกส่งจากโรงพยาบาลมาที่ Palliative Care Unit ได้เลย

สำหรับหมายเลข 6 ในรูปที่ 2 อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ Palliative Care Unit เปลี่ยนใจอยากไปรับยาเคมีบำบัดหรือเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล

โดยสรุปแล้วประเทศไทยยังขาดการวางระบบที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล บ้านและสถานที่ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งหากเราทำความเชื่อมโยงนี้ให้เกิดขึ้นได้ จะสามารถดูแลผู้ป่วย Palliative Care ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อีกมา

Palliative Care

กับการลดความเจ็บปวดทั้งคนไข้และครอบครัว

พญ. อรรณ ตะเวทิพงศ์

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชบุรี

“ผมรู้อยู่แล้วว่าต้องตาย แต่ขอตายแบบไม่ทรมานได้ไหม”

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่ได้กลัวที่จะต้องตาย แต่กลัวว่าจะต้องทรมานกับอาการในระยะสุดท้าย ส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่เข้าใจการดำเนินของโรค อีกส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพียงพอ โดยเฉพาะอาการเจ็บปวดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

“หมอคะ พี่ฝากดูคนไข้มะเร็งระยะสุดท้ายคนหนึ่งได้ไหม ญาติเขาไววายเป็นมากเลย เพราะเรากำลังจะ discharge คนไข้กลับบ้านแล้ว ญาติกลับไม่ยอมมารับ ทั้ง ๆ ที่คนไข้ก็อยากกลับบ้านมานานคะ”

ป่วยวันหนึ่งเมื่อหลายเดือนก่อน ได้รับโทรศัพท์จากพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เพื่อปรึกษาเรื่องผู้ป่วยที่เป็น End Stage Nasopharyngeal Carcinoma เนื่องจากมี distant metastasis ไปยังกระดูก ร่วมกับมีอาการเลือดออกมากในบริเวณที่มะเร็งลุกลามไปจนถึง carotid artery

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลายครั้ง หลังจากได้รับการวินิจฉัยเมื่อสองเดือนก่อนว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากมีอาการเลือดออกมากจน Shock ต้องได้รับการ resuscitate พร้อมทั้งให้เลือดเมื่อรักษาอาการต่าง ๆ จนคงที่และสัญญาณชีพเป็นปกติ โรงพยาบาลต้องการ discharge ผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำแนะนำว่าหากมีปัญหา สามารถไปรักษาได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ไม่จำเป็นต้องเดินทางมาถึงโรงพยาบาลจังหวัดอีก

แพทย์เจ้าของไข้ได้อธิบายถึงระยะการดำเนินโรค การรักษาแบบประคับประคอง และให้คำปรึกษาเรื่องการวางแผนระยะสุดท้ายของชีวิตแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นผู้หน้าที่ตัดสินใจหลักแล้ว ทุกคนเข้าใจว่าโรครักษาไม่หาย ไม่สามารถผ่าตัดหรือฉายแสงได้แล้ว จึงไม่ได้คิดเรื่องการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ

ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล พี่ชายจะขอให้ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลจนกว่าจะเสียชีวิตไปเลย แต่แพทย์เจ้าของไข้ได้พยายามอธิบายว่า ไม่แนะนำให้นอนโรงพยาบาลนาน ๆ เพราะอาจจะมีการแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และเสียชีวิตเร็วขึ้น

พี่ชายของผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มาเยี่ยมเป็นประจำ แต่เป็นคนมาส่งและรับกลับ ระหว่างนั้นก็มาเยี่ยมบ้าง แต่ไม่บ่อย และทุกครั้งที่มาเยี่ยม จะส่งเสียงดังกับพยาบาล และมีปฏิกิริยาไม่พอใจทุกครั้งที่ต้องรับผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งที่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่โรงพยาบาลและที่บ้านโดยตรงคือ ภรรยา (Main caregiver) ซึ่งไม่ได้ทำงานนอกจากดูแลผู้ป่วย จึงไม่มีการเรื่อง caregiver burden แต่อย่างใด

คำถามที่ 1 ทำไมพี่ชายผู้ป่วยจึงไม่อยากพาผู้ป่วยกลับบ้าน

การจะเข้าใจบุคคลใดก็ตาม ต้องเข้าใจระบบครอบครัว (Family System) และกลไกในครอบครัว (Family Dynamic) ของคนนั้นก่อน เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ในกรณีนี้ แพทย์ได้มีโอกาสซักประวัติครอบครัวเพิ่มเติมจากการพูดคุยกับภรรยาผู้ป่วยและญาติที่ใกล้ชิดหลายคน (ยกเว้นพี่ชายคนโต)

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยเป็นน้องชายคนเล็กที่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จในชีวิต ตลอดเวลาที่ผ่านมา ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากพี่ชายและคนอื่น ๆ ในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยไม่มีรายได้ ภาระการดูแลทั้งหมดจึงตกอยู่กับพี่ชาย ส่วนพี่น้องคนอื่น ๆ แยกย้ายกันไปมีครอบครัวและทำงานที่อื่น ภรรยาผู้ป่วยเป็นแม่บ้าน ทำงานบ้านไม่เคยทำงานที่มีรายได้ประจำ

ทุกวันนี้พี่ชายคนโตต้องรับภาระทั้งหมด ทั้งครอบครัวตัวเอง ภาระเรื่องการเงิน และการดูแลพ่อแม่ซึ่งแก่ชรา แล้วยังต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยและภรรยาที่ไม่มีรายได้ ส่วนบุตรชายผู้ป่วยไม่ได้ช่วยเหลืออะไรเนื่องจากมีรายได้น้อย พี่ชายจึงเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเป็นหลัก (Hierarchy)

พี่ชายของผู้ป่วยมักออกคำสั่งกับภรรยาผู้ป่วย และเมื่อมาเยี่ยมที่วอร์ด (นาน ๆ ครั้ง) มักไว้วางเสียงดังกับพยาบาล เพราะคิดว่าน้องชายได้รับการดูแลไม่ดี (ในสายตาของเขา) และต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ดังนั้นกว่าจะ discharge ผู้ป่วยรายนี้ได้ เจ้าหน้าที่ต้องรอพี่ชายของผู้ป่วยมาก่อน เพื่อทำความเข้าใจ และตกลงกันว่า ให้พาผู้ป่วยกลับไปรักษาแบบประคับประคองที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แต่ทุกครั้งพี่ชายได้นำผู้ป่วยมา admit หลังจากกลับบ้านไปได้ไม่กี่วัน แม้ไม่มีอาการเลือดออก แต่ก็มาเพราะอาการปวด

Discussion 1 จากประวัติข้างต้นเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเป็นภาระแก่คนในครอบครัวพอสมควร แม้ไม่ถึงกับเป็น caregiver burden แต่ในเรื่องการเงินก็มีปัญหาแล้ว เนื่องจากพี่ชายต้องดูแลค่ากินอยู่ของภรรยาผู้ป่วยที่มาเฝ้า และต้องปลีกเวลามาดูผู้ป่วยบ้าง หากพาผู้ป่วยกลับบ้าน ก็อาจเกิดปัญหาหลายด้าน เช่น เรื่องการกินอยู่ของผู้ป่วย การดูแลแผล อาการเลือดออก อาการปวด ฯลฯ หรือจะเป็นความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค จึงต้องประเมินพี่ชายของผู้ป่วยอีกครั้งว่า อะไรคือปัญหาที่แท้จริงที่ทำให้ไม่อยากพาผู้ป่วยกลับบ้าน

Tips 1 ค้นหาเหตุที่แท้จริงของความเจ็บป่วย

(ในที่นี้คือเหตุผลที่พี่ชายไม่อยากให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งที่อาการคงที่ และอยากกลับบ้านแล้ว)

ในวันที่ไปดูแลผู้ป่วยครั้งแรก พี่ชายไม่ได้มาเยี่ยม จึงได้พบเฉพาะผู้ป่วยและภรรยา

ผู้ป่วยอยู่ในชุดขาวของโรงพยาบาล กำลังนอนอยู่บนเตียง สีหน้าท่าทางอ่อนระโหยโรยแรง รูปร่างผอมเกร็ง ด้านข้างของคอด้านซ้ายมีก้อนเนื้อบวมออกมา มีผ้ากอซปิดแผลไว้อย่างแน่นหนา พยาบาลบอกหมอไว้แล้วว่า แผลนี้มีเลือดออกมาก ต้องใช้วิธีปิดด้วย Wax gauze แล้วทิ้งไว้สองสามวัน จึงค่อยเปิดเพื่อล้างแผล แผลจึงค่อนข้างมีกลิ่นแรง

เมื่อผู้ป่วยเห็นหน้าหมอ สายตาและสีหน้าของเขาไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ ทั้งสิ้น หมอจึงพูดว่า

แพทย์ “สวัสดีค่ะ หมอชื่ออรรณนะคะ เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้รับมอบหมายให้มาดูแลคุณ..... ตอนนี้คุณ.....เป็นอย่างไรบ้างคะ”

คนไข้ “ไม่มีคำตอบ มีแต่สีหน้าเหมือนจะรับรู้ว่ามีคนถาม แต่ไม่ตอบ

แพทย์ “คุณเป็นยังงี้บ้างคะวันนี้” ลองถามซ้ำ

ผู้ป่วยยังคงไม่ตอบอะไร แล้วพลิกตัวหันหลังให้อย่างเงิบ ๆ ภรรยาของผู้ป่วยซึ่งนั่งอยู่ข้างข้าง รีบบอกผู้ป่วยว่า

ภรรยา “นี่ หมอเขามาถาม ทำทำไมไม่ตอบ”

คนไข้ (....) ผู้ป่วยก็ยังนั่งเงิบ หลับตา

คำถามที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งไม่ร่วมมือในการซักประวัติ ควรทำอย่างไรต่อไป

Discussion 2 จากกิริยา non-verbal ของผู้ป่วยทำให้หมอสันนิษฐานว่า ผู้ป่วยไม่อยากสื่อสารอะไรในขณะนี้ เพียงแต่ยังไม่ทราบที่เกิดจากสาเหตุใด ซึ่งอาจเป็นไปได้ในหลายกรณี เช่น เบื่อ ไม่อยากพูดซ้ำ ๆ เพราะมีหมอมามากหลายคนแล้ว หรือ อ่อนเพลียมาก หรือ alteration of consciousness ไปแล้ว เนื่องจากนอนโรงพยาบาลนาน มีภาวะ malnutrition หรือมีภาวะ electrolytes imbalance ซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไข แต่ในเบื้องต้นประเมินจากท่าทางผู้ป่วย ไม่ได้ถึงกับมี alteration of consciousness จึงอาจต้องปรับกลวิธีการสื่อสารใหม่ ดังนี้

แพทย์ “ตอนนี้คุณคงไม่อยากคุยกับหมอ หมอเข้าใจนะค่ะ คุณคงเพลียมาก เอาไว้เดี๋ยวหมอมาคูด้วยใหม่วันหลัง แต่ตอนนี้ มีอะไรอยากให้หมอช่วยก่อนไหมคะ”

ไม่น่าเชื่อว่า ฉันได้ยินเสียงตอบเบา ๆ จากผู้ป่วยว่า “ปวจะตายอยู่แล้ว อยากกลับบ้าน” แล้วก็เงียบไปอีก แม้หมอมถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยก็ไม่สนใจฟัง พร้อมกับหลับตาลง หมอจึงต้องขอตัวออกมา

Tips 2 เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการซักประวัติ ควรละเว้นการถามเพื่อให้ได้ประวัติ แต่เปลี่ยนเป็นการพูดเพื่อแสดงความเห็นใจ (Empathy) และเสนอความช่วยเหลือ (Offer help) อาจได้คำตอบบางอย่างเพื่อนำไปต่อยอดการรักษา

ข้อมูลผู้ป่วยจาก OPD card และ ชาร์ตผู้ป่วยใน สรุปได้ดังนี้

ผู้ป่วยชาย อายุ 40 ปี สถานภาพ สมรส มีบุตรชาย 1 คน

อาชีพรับจ้างทั่วไป ภูมิลำเนา อำเภอบางปะอิน จังหวัดราชบุรี

วินิจฉัยเป็น End Stage Nasopharyngeal Carcinoma with distant metastasis and carotid artery invasion

อาการสำคัญ เลือดออกมากจากก้อนที่คอจนผู้ป่วยมีอาการหมดสติไป พี่ชายจึงนำส่งโรงพยาบาล

Vital sign (แรกรับ) T – ไม่ได้วัด P – 120/min R – 20/min BP – 70/40 mmHg.

GA: Cachexia, drowsiness, markedly pale, no jaundice

HEENT: mass at left chin diameter approximately 10 cm. with necrotic tissues on top and active bleeding Other system: grossly WNL

Investigation

CBC: Hct – 18%, Hb – 8 gm/dl, WBC – 8540 cells/mcL (N – 55%, L – 43%, M – 1%, E – 1%), platelet – inadequate BUN – 20, Creatinine – 1.3

Problem list แรกรับ

1. Massive bleeding with hypovolumic shock
2. End stage nasopharyngeal carcinoma with distant metastasis

หลังจาก admit ผู้ป่วยได้รับการรักษาดังนี้

1. Blood transfusion คือ Packed red cell 4 unit และ Platelet 1 unit
2. IV fluid for supportive treatment
3. Pressure dressing at the mass

4. Supportive treatment for symptoms such as

- **Pain** ได้ให้ยา Tramadol 1 x prn และ Paracetamol 2 tab x prn (ไม่ได้ให้ NSAIDs เนื่องจากมีอาการเลือดออกมาก และมี platelet ต่ำ) ถ้าหากมีอาการปวดมากจะได้รับการฉีด Pethidine 50 mg IM prn q 6 hr.
- **Cachexia** ให้เพิ่มอาหารจำพวกไขมัน โปรตีน และอาหารเสริมจำพวก Ensure แต่ไม่ได้ใส่ NG Tube เพราะว่าผู้ป่วยปฏิเสธ และมีปัญหาเมเร็งที่ลุกลามไปในบริเวณใกล้เคียง อาจทำให้เลือดออกมากขึ้นอีก

เมื่อสอบถามประวัติหลังจาก admit จากพยาบาลประจำออร์ดิเพิ่มเติม พยาบาลบอกว่า

พยาบาล “หลังจากให้เลือด อาการดีขึ้นนะค่ะ แต่ยังมีเลือดออกมาจากก้อนเรื่อย ๆ ตอนนี้เลยทำแผล pressure ไว้ หมอบอกว่า ถึงจะส่งไปทำ radiation ก็ไม่น่าจะเอาอยู่ เพราะก้อนมัน invade ไปใกล้ carotid artery มาก ตอนนี้ไม่เปิดแผล เพราะไม่อยากให้ bleed มากกว่าเดิม จะว่าไป เขาร้องปวดบ่อย เหมือนกันนะหมอ บางครั้งไม่ร้องก็เห็นว่าทำสีหน้าไม่ค่อยดี ทางพี่ก็ให้ยาแก้ปวดไปตามที่หมอสั่ง บางครั้งก็เอาอยู่ บางครั้งก็เอาไม่อยู่ พี่มาคิดดู ยิ่งเขาปวดมาก เขาก็ยิ่งไววายมาก ร้องแต่ว่าจะกลับบ้าน”

ขณะนี้ผู้ป่วย Admit มาได้ประมาณ 1 สัปดาห์ ไม่มีเลือดออกมาจากแผลอีก ไม่ต้องให้เลือด (Hct 30%) และอาการทั่วไปคงที่ มีแต่อาการเจ็บปวดที่เป็นถี่ขึ้นเรื่อย ๆ จนบางครั้งต้องใช้ยาฉีด เมื่อจะให้กลับบ้าน แพทย์บอกญาติและผู้ป่วยไว้ว่า จะให้ยาระงับปวดแบบกินไปด้วย

คำถามที่ 3 ถ้าอาการปวดของผู้ป่วยเป็นสาเหตุที่ทำให้เขาเป็นคนไข้ที่ดูแลยากจริง จะประเมินได้อย่างไร ในเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมตอบคำถาม

Discussion 3 จากการทบทวนเรื่อง Pain management in Palliative care จากหนังสือ Palliative Medicine: A case-based manual (2nd edition) (Neil MacDonald, 2005) พบว่า

“ประสบการณ์ความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน สามารถถูกกระตุ้นได้จากอารมณ์ สถานทางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อภายในของแต่ละบุคคล” (“Pain is a complex phenomenon, an experience very much influenced by the emotional, sociocultural, and spiritual context of the individual.”)

สิ่งสำคัญที่จะประเมินความเจ็บปวด คือ การซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินผู้ป่วย แต่เมื่อผู้ป่วยไม่ร่วมมือ แพทย์อาจต้องหาข้อมูลทางอ้อม เช่น สอบถามจากผู้ดูแล หรือสังเกตจากอาการแสดงทางกาย ที่ได้เห็น เช่น สีหน้า (ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกดี แต่ถ้าไม่รู้สึกละอายจากสีหน้าไม่ได้) อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เสียงร้อง ช่วงเวลาที่ปวด ความบ่อยของการขอยาฉีดหรือยากิน

นอกจากนี้ ยังต้องจำแนกความเจ็บปวดให้ถูกต้อง เพื่อให้การรักษาและบรรเทาอาการได้ การจำแนกความเจ็บปวด แบ่งเป็นสองกลุ่มตามลักษณะการเกิด ได้แก่

1. **Nociceptive pain** แบ่งเป็น Somatic และ Visceral pain ซึ่งพบในกลุ่มอวัยวะที่แตกต่างกัน ได้แก่

1.1 **Somatic pain** เป็นความเจ็บปวดบริเวณอวัยวะภายนอก เช่น ผิวหนัง กระดูกและข้อ เส้นเอ็นต่าง ๆ ซึ่งจะสามารถบอกตำแหน่งที่ปวดและขอบเขตของการปวดได้ชัดเจน

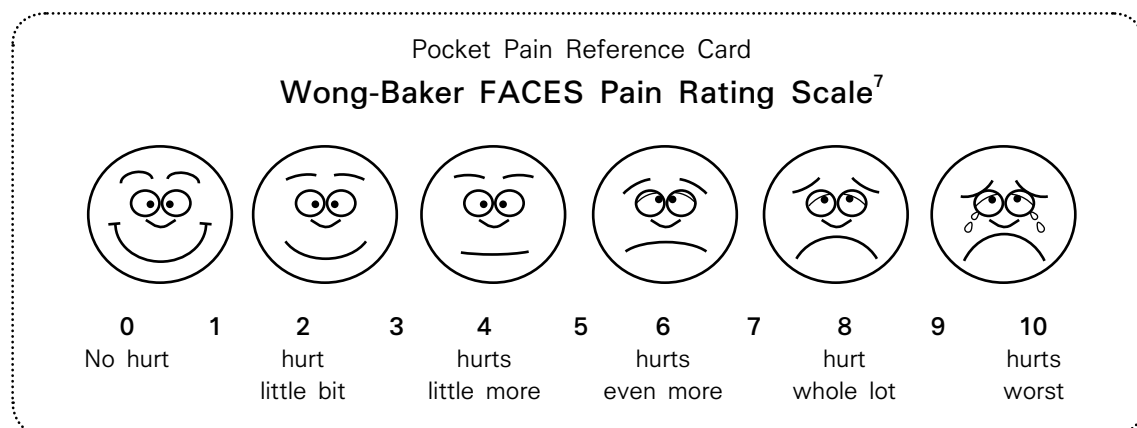
1.2 *Visceral pain* เป็นความเป็นปวดที่เกิดกับอวัยวะภายใน เช่น อวัยวะในช่องท้องทั้งหลาย peritoneum หรือ plural cavity มักบอกตำแหน่งที่ปวดไม่ได้ไม่ชัดเจน มีอาการแบบ ‘pressure’, ‘squeezing’, or ‘crampy’ บางคนมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย บางครั้งผู้ป่วยอาจบอกว่ามีอาการ “อึดอัด” หรือ “ไม่สบาย” มากกว่าบอกว่า “ปวด” บางครั้ง visceral pain ก็มีอาการ Referred pain ไปยังที่อื่นได้ เช่น กรณีที่ตับมีรอยโรค แล้วเกิดอาการปวดที่ไหล่ขวา

2. **Neuropathic pain** เกิดจากการโดนทำลาย (damage) ของระบบประสาทส่วนปลายหรือระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อระบบประสาทส่วนปลายถูกทำลาย จะมีการตอบสนองที่ไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น ทำให้มีอาการเหมือน ‘burning’, ‘stinging’, ‘tingling’, ‘prickly’, ‘squeezing’, ‘crawling’, or ‘itching’ ผู้ป่วยบางรายอาจบอกอาการว่า “เหมือนโดนไฟช็อต” “รู้สึกแปลบ”

อาการเจ็บปวดทั้งสองประเภทนี้ มีการรักษาที่แตกต่างกัน โดยที่ทั้งสองชนิดนี้ ยังสามารถมีอาการปวดแบบ “รุนแรงขึ้นกว่าปกติ” หรือ “Breakthrough pain” ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เช่น เมื่อมะเร็งมีการแพร่กระจายมากขึ้น หรือการทนต่อยาแก้ปวด (tolerance to the analgesics) จึงไม่สามารถระงับอาการได้อย่างเคย

วิธีการประเมินความเจ็บปวด ทำได้ดังนี้

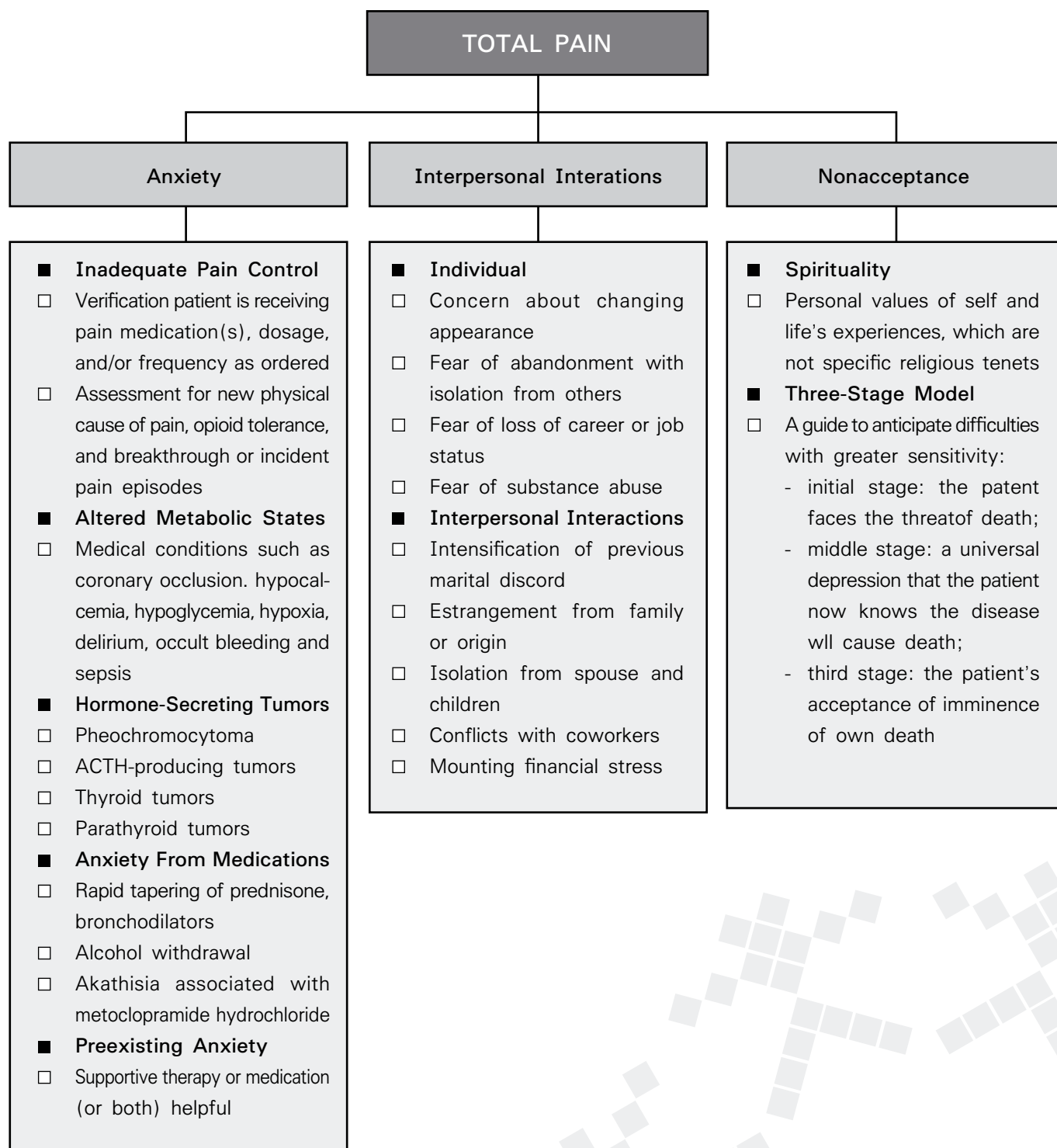
1. ชักประวัติความเจ็บปวดโดยละเอียด ทั้ง
 - 1.1 ตำแหน่งที่ปวด (location)
 - 1.2 เริ่มต้นเมื่อไหร่ (temporal pattern) รูปแบบการปวด เป็นตลอดเวลา เป็นระยะ ๆ หรือปวดอย่างฉับพลัน อะไรทำให้ดีขึ้น อะไรทำให้แย่ลง ตอนนี้อาการปวดดีขึ้นหรือแย่ลง
 - 1.3 ความรุนแรงของอาการปวด (intensity) โดยให้ผู้ป่วยบอกเป็นคะแนนตั้งแต่ 1 – 10 (pain score) หรือว่าอาจดูรูปวาดที่แสดงสีหน้าอาการปวด ดังรูป



- 1.4 ลักษณะอาการปวด (quality) ดูว่าผู้ป่วยมีลักษณะอาการปวดตรงกับ pain ชนิดไหน
 - 1.5 ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือน้อยลง (alleviating/aggravating factors)
 2. ประเมินจิตใจของผู้ป่วยในขณะนั้น (psychological state)
 3. ตรวจร่างกายเพื่อหาตำแหน่งหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (physical examination)
 4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยในการวินิจฉัย (appropriate diagnostic tests) เช่น plain radiography, Radioisotope bone scans, CT, or MRI ถ้าทำแล้วช่วยในการวินิจฉัยอาการปวดและรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น
- เมื่อจะประเมินผู้ป่วยเรื่องความเจ็บปวด ต้องนึกถึง Total pain concept ด้วย เพราะอาการเจ็บปวดไม่ได้มีเฉพาะทางกาย แต่ยังรวมถึงสภาพจิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

Total pain concept ได้รับการพูดถึงเป็นครั้งแรกเมื่อปีค.ศ. 1976 โดย Dame Cecily Saunders (CM., 1976) เพื่อเป็นการอธิบายถึงการประเมินความเจ็บปวดทั้งทางด้านร่างกาย (physical) จิตใจ (mental) สังคม (social) และความเชื่อภายใน (spiritual)

มีการนำเรื่อง Total pain concept มาขยายความต่ออีกมากมาย แต่โดยรวมหมายถึง การที่จะต้องประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ นอกจากทางร่างกาย (physical) เท่านั้น ดังตารางต่อไปนี้



ภาพจาก

Jimmie P. Leleszi, DO; Jeanne G. Lewandowski, MD. Pain management in End of Life Care. JAOA. 2005; 105:6-11

Tips 3 ความเจ็บปวดเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล ขึ้นกับประสบการณ์ส่วนบุคคลของคน ๆ นั้น ไม่สามารถวัดอัตราความเจ็บปวดเทียบกับบุคคลอื่นได้ ความเจ็บปวดอาจไม่ได้มาจากอาการทางร่างกาย เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และความเชื่อภายใน (spiritual) ร่วมด้วย เมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีอาการเจ็บปวด ต้องเชื่อผู้ป่วยเสมอ

ในวันต่อมา หมอกลับไปหผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วยและตรวจร่างกาย เพื่อประกอบการจำแนกลักษณะอาการปวดที่ผู้ป่วย และให้การรักษาอาการปวดได้ตรงตามสาเหตุมากที่สุด ปรากฏว่าได้พบกับพี่ชายของผู้ป่วยซึ่งนาน ๆ จะมาเยี่ยมสักครั้ง จึงเป็นโอกาสดีที่จะหาคำตอบให้กับคำถามแรกที่เคยคิดไว้ พยาบาลแนะนำกับพี่ชายว่าเป็นแพทย์ที่มาดูแลเรื่องผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำถามที่ 4 จะรับมือกับพี่ชายผู้ป่วยอย่างไร

แพทย์ “สวัสดีค่ะ คุณเป็นพี่ชายของคุณ.....ใช่ไหมคะ หมอเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้รับมอบหมายให้มาดูแลน้องชายของคุณก่อนกลับบ้านค่ะ”

เพียงแคได้ยินคำว่า “กลับบ้าน” พี่ชายก็มีปฏิกิริยาทันที

พี่ชาย “ทำไมพวกหมอถึงจะไล่คนไข้กลับบ้าน ทั้ง ๆ ที่น้องผมก็ยังอาการไม่ดี”

แพทย์ “ทำไมคุณจึงคิดว่า พวกหมอยกจะไล่น้องชายของคุณกลับบ้านคะ”

พี่ชาย “หมอคิดู ผมมาที่ไรต้องมีคนมาบอกว่า พาน้องกลับบ้านได้แล้ว อาการเขาดีแล้ว ผมไม่เห็นอาการเขาจะดีขึ้นตรงไหน” เสียงที่แข็ง ๆ ในตอนแรก อ่อนลงเล็กน้อย

แพทย์ “อาการที่ว่าไม่ดี คุณพอจะบอกหมอได้ไหมคะว่า เป็นยังไง”

พี่ชาย “ก็หมอดูสิ เขายังนอนอยู่ เร็วแรงก็ไม่มี ลูกก็ไม่ได้ แถมยังปวดมากมายนานนั้น ไม่เห็นดีขึ้น”

แพทย์ “แล้วอะไรที่ทำให้คุณคิดว่า น้องชายกลับบ้านไม่ไหวคะ”

พี่ชาย “ก็อาการปวดนี้แหละหมอ ผมไม่ได้คิดหรอกนะว่าพวกหมอจะรักษาน้องผมจนหายขาด ผมรู้อยู่แล้วว่าเขาต้องตาย แต่จะให้เขากลับไปร้องทรมานด้วยความปวดอยู่ที่บ้าน แล้วบอกผมว่า ต่อไปนี้ไม่ต้องพามาที่นี่อีกแล้ว ถ้าอย่างนั้น ผมก็ไม่เอาเขากลับบ้านดีกว่า คนกลับไปนอนร้องเจ็บ ๆ อยู่ ใครจะทนฟังได้”

แพทย์ “แสดงว่า อาการที่ทำให้คุณไม่อยากพาน้องชายกลับ ก็เป็นเรื่องความปวดสินะ”

พี่ชาย “จะมีอะไรอีกล่ะ พยาบาลก็อธิบายแล้ว หมอก็อุดแล้วว่ามันตายแน่ ผมก็รู้ อาการช็อกผมก็เห็นจนชินชา แต่ผมคิดของผมเองว่า ถ้าเขาเลือดออกจนหมดตัวตายไป ก็ไม่ทรมานเท่ากับเวลาเขาปวด ถ้าคราวนี้กลับไปเลือดออก ผมก็ไม่พามาอีก เพราะผมเข้าใจแล้วแต่ถ้าเขาปวดล่ะหมอมะให้ผมทำยังไง นั่งฟังเขาร้องไปเรื่อย ๆ เหรอ”

แพทย์ “ถ้าอย่างนั้น แสดงว่าถ้าหมอสามารถช่วยทำให้เขาทุเลาอาการปวด คุณก็พาเขากลับบ้านได้ใช่ไหมคะ”

พี่ชาย “ถ้าเขาไม่ปวด ไม่ร้อง ไม่ทรมาน ผมก็อยากพาเขากลับบ้าน เพราะนี่ก็ไม่มีใครดูแลงานที่บ้านเลย ไหนจะพ่อแม่อีก ใครจะอยากมาอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ” น้ำเสียงของพี่ชายดีขึ้น

แพทย์ “แล้วถ้าหมอบอกว่า เรามีทางทำให้อาการปวดทุเลาลง จนถึงขั้นไม่ปวดเลย แต่เขาอาจจะซึม ๆ หน่อย หรือไม่ค่อยรับรู้อะไรมา คุณพอจะทำใจได้ไหม”

- พี่ชาย** “เรื่องจะตายหรือไม่ตายนะ พวกผมไม่ได้สนใจแล้ว แต่สิ่งที่อยากให้เป็นคือ เขาได้จากไปอย่างสงบ ไม่ทรมาน”
- แพทย์** “หมอเข้าใจนะค่ะ ทางเราเองก็อยากให้เป็นอย่างนั้น และก็ดูเหมือนว่า ผู้ป่วยเขาก็อยากกลับไป เสียชีวิตที่บ้านมากกว่านอนโรงพยาบาลจนตาย”
- พี่ชาย** “ผมก็รู้นะหมอ แต่ผมทำใจไม่ได้ ถ้าจะเห็นน้องทรมานจากการปวด ผมถึงได้ไม่อยากพากลับไป ถ้ากลับไปแล้ว เลือดออกจนหมด แล้วก็ตาย ผมยังว่าเขาน่าจะสงบกว่าตายเพราะความปวด”
น้ำเสียงสลดลง
- แพทย์** “อาการแบบนั้น คงไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้น แต่คุณเข้าใจถูกแล้วนะค่ะ ถ้าคนไข้ทรมานจากความปวด ก็คงจากไปอย่างไม่สงบนัก แต่ถ้าเลือดออก อาการเขาก็จะซึมลง แล้วก็ไม่รู้ตัว แต่ถ้าเขามีเลือดออก มากจนน่าตกใจ คุณคิดว่าจะทำอย่างไร”
- พี่ชาย** “คราวนี้ ผมคงไม่ทำอะไรแล้ว ผมเข้าใจว่าโรคมันมาก ร่างกายเขาก็ไม่ไหว ตอนนี้อย่าไร ๆ ก็คง เน่าหมด เพราะกลืนมันออกเลย เรื่องเลือดออก พวกผมทำใจแล้ว ถ้ามันออกอีก ก็คงปล่อยไว้ที่บ้าน ไม่พามานี้อีก แต่เรื่องปวด ยังไงพวกเราก็คงทำใจไม่ได้ ไหนจะแม่อีก เขาทนฟังลูกชายร้องเพราะปวด ไม่ได้หรอก ไม่งั้นผมก็ไม่พามา”
- แพทย์** “ถ้าอย่างนั้น หมอจะปรึกษากันในที่นี้ว่า จะแก้ไขเรื่องอาการปวดของคนไข้ให้ดีที่สุด เพื่อที่เขาจะได้ กลับบ้านไปอย่างที่เขาจะทำในวาระสุดท้าย คุณว่าดีไหมคะ”
- พี่ชาย** “ดีสิหมอ ถ้าทำได้ ผมยินดีพากลับพรุ่งนี้เลย” พี่ชายมีสีหน้าและน้ำเสียงมีความหวัง อาการที่เหมือน จะไม่พอใจในตอนต้นหายไปหมด

Discussion 4 จากการสนทนาข้างต้น เห็นได้ชัดว่า เมื่อเปิดโอกาสให้พี่ชายบอกเล่าถึงความรู้สึก (feeling) ความคิด (idea) ผู้ป่วยเล่าว่า อาการปวดเป็นลักษณะปวดไปหมดทั้งตัว โดยเฉพาะตามข้อต่าง ๆ และมีอาการปวดบริเวณท้องที่ค่อนข้าง ผู้ป่วยสามารถบอกขอบเขตอาการปวดได้ชัดเจน ไม่มีอาการปวดลักษณะแบบ ไฟช็อต บางครั้งมีอาการปวดแปลบตรงก้อนข้าง

ถ้าให้คะแนนความปวด จะได้ถึง 7-8 คะแนน แล้วแต่ช่วงเวลาของวัน เช่น ในช่วงบ่ายจะปวดมากขึ้น เมื่ออากาศร้อน แต่บางครั้งก็ปวดตลอดเวลาโดยไม่มีช่วงที่หายไประยะ

เมื่อถามว่า อะไรทำให้มีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยบอกว่าเมื่อได้รับยาฉีด เพราะมักมีปัญหาเกี่ยวกับยากิน เนื่องจาก ผู้ป่วยกลืนไม่ค่อยได้ บางครั้งได้ยาไป แต่ผู้ป่วยก็ไม่ได้กิน เพราะกลืนไม่ลง ผู้ป่วยไม่อยากใส่ NG tube ต้องการ (expectation) ก็สามารถปรับความเข้าใจให้ตรงกันได้

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องการดำเนินโรค และการดูแลระยะสุดท้ายอยู่แล้ว ไม่ได้ต้องการผลึกภาระ ผู้ป่วยไว้ที่โรงพยาบาล ทุกคนพร้อมจะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพียงแต่เรื่องที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขกลับเป็นเรื่องเส้นผมบังภูเขาอย่าง “ความเจ็บปวด” ที่ก่อให้เกิดทุกข์ทรมานและใจแก่ผู้ป่วยและทุกคนในครอบครัว

Tips 4 ทักษะการสื่อสารที่สำคัญที่สุด คือ การฟังอย่างตั้งใจ (active listening)

เมื่อเราตั้งใจฟังด้วย “ความรู้สึก” มากกว่า “หู” จะทำให้ได้ความเป็นจริงของคนไข้และญาติมากกว่าการ พยายามอธิบายอยู่ฝ่ายเดียว

เมื่อพี่ชายผู้ป่วยให้ความร่วมมือด้วยการบอกผู้ป่วยว่า จะพากลับบ้าน ถ้าแพทย์ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บปวด ทรมานที่บ้านได้ ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น และยอมร่วมมือในการซักประวัติและตรวจร่างกายมากขึ้น

คำถามที่ 5 จะรักษาอาการปวดของผู้ป่วยรายนี้อย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายที่บ้านกับครอบครัวได้

Discussion 5 จากการทบทวนเรื่องความเจ็บปวดของผู้ป่วย และปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ ลงความเห็น ว่า ในผู้ป่วยรายนี้ มีความเจ็บปวดจากหลายสาเหตุตาม Total pain concept ได้แก่

- **Somatic pain** จากการ invade ของ cell มะเร็งไปที่อวัยวะใกล้เคียง และมีอาการที่บอกตำแหน่งได้ชัดเจน ไม่มีอาการของ neuropathic pain ร่วมด้วย
- **Bone pain** จากการ metastasis ไปยังกระดูก
- **Psychological pain** จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ adequate pain control มาเป็นระยะเวลายาวนาน
- **Breakthrough pain** ที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเกิดจากการให้ยาบรรเทาอาการไม่เพียงพอจะครอบคลุมอาการปวดทั้งวัน

ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา เนื่องจากเป็นมะเร็งที่บริเวณคอและหลังโพรงจมูก ซึ่งมีการกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงแล้ว ดังนั้น จึงมีปัญหากลืนลำบากร่วมด้วย

หลักการให้ยาบรรเทาอาการปวดตามหลักของ Pain Ladder โดย WHO (Jan Stjernswärd, 1990) มีดังนี้

Step 1 Mild pain (score 1-4)	Non-opioid +/- adjuvant
Step 2 Moderate pain (score 5-6)	Weak opioid +/- non-opioid +/- adjuvant
Step 3 Severe pain (score 7-10)	Strong opioid +/- non-opioid +/- adjuvant

ในผู้ป่วยรายนี้ มีอาการปวดที่ระดับ 7-8 ซึ่งจัดว่าเป็น moderate to severe pain อยู่ใน Step 3 ของ WHO pain ladder ควรได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid +/- non-opioid +/- adjuvant

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ แม้มี Bone pain แต่การใช้ NSAIDs อาจมีข้อห้ามเนื่องจากภาวะเลือดออกมากของผู้ป่วย ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่า platelet ค่อนข้างต่ำ ทำให้อาจมีเลือดออกซ้ำที่แผลได้

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีอาการกลืนลำบาก เนื่องจากภาวะมะเร็งแพร่กระจาย ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับยาในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล สามารถให้ยาฉีด Strong opioid ได้ เช่น Morphine โดยให้เป็นลักษณะการฉีดสำหรับช่วง Breakthrough แต่ไม่ควรให้นากลับบ้าน เพราะไม่มีใครดูแลได้

สำหรับการควบคุมอาการปวดแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยรายนี้ พิจารณาเป็นการใช้ Transdermal fentanyl ซึ่งมีความแรงมากกว่า Morphine ชนิดกิน และไม่ต้องยุ่งยากในเรื่องการกลืนยาไม่ได้ แต่เนื่องจากออกฤทธิ์ช้า โดยมีช่วงเวลาที่ออกฤทธิ์มากที่สุดภายใน 24 ชม. และหมดฤทธิ์ภายใน 2-3 วัน ดังนั้นระหว่างที่รอให้ยาออกฤทธิ์ ควรมียาที่ออกฤทธิ์เร็วว่าเป็นตัวเสริม ในผู้ป่วยรายนี้ถ้าอยู่ในโรงพยาบาลก็สามารถให้ Morphine ชนิดฉีดสำหรับ Breakthrough pain ได้ แต่เมื่อกลับบ้านอาจให้ยาชนิดกิน เช่น Tramol หรือ Morphine กลับไปด้วย เพื่อให้ใช้ในช่วงที่มีอาการ Breakthrough pain ถ้าผู้ป่วยสามารถกลืนยาได้

ในส่วนของ Psychological pain ผู้ป่วยมีความหวังว่า ถ้าอาการปวดดีขึ้น พี่ชายจะพากลับบ้าน และสามารถอยู่กับครอบครัวจนถึงวาระสุดท้ายได้

เมื่อเริ่มให้ยา Transdermal fentanyl แก่ผู้ป่วย ภายใน 24 ชม.หลังจากให้ ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยอีกครั้งพบว่า ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งได้ และมีสีหน้าดีใจเมื่อเห็นแพทย์ (ผิดไปจากครั้งแรกที่ได้พบผู้ป่วยเป็นคนละคน) รวมทั้งพี่ชายและภรรยาก็ดูมีที่ทำเป็นมิตรมากขึ้น วันที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยกำลังเตรียมตัวเก็บของจะกลับบ้าน พี่ชายบอกว่า จะเอารถมารับตอนเย็น เพียงแต่รอเบิกยา เนื่องจาก Transdermal fentanyl เป็นยาควบคุมพิเศษ

Tips 5 ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาชนิด strong opioid เช่น ผู้ป่วยจะเกิดการติดยานั้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว การรักษาความเจ็บปวดอย่างถูกวิธี และให้ยาใน dose ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะไม่เกิดการติดยา

อาการท้องผูก ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่จะหยุดให้ยากลุ่ม Opioid ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

หลักการให้ยาระงับหรือบรรเทาอาการปวดที่ควรจำ มี 5 ประการ (WHO, 1996) คือ

- By mouth ควรเริ่มบริหารยาจากการรับประทานก่อน
- By the clock ควรบริหารยาเป็นเวลา โดยปรับขนาดของยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยตามเวลา และให้ยา breakthrough dose เมื่อจำเป็น โดยให้ในปริมาณ 50-100% ของขนาดยา regular
- By the ladder ให้ตามหลักการของ WHO pain ladder
- For the individual การให้ยากลุ่ม Opioid ไม่มีขนาดที่จำเพาะเจาะจง แต่จะพิจารณาให้เป็นรายบุคคลไป โดยประเมินตามความเหมาะสมของการบรรเทาอาการ
- Attention to detail ใส่ใจในรายละเอียดของการบริหารยา เช่น การให้ยารับประทานต้องเป็นเวลา และยา does แรกของวันกับ dose สุดท้ายควรจะสัมพันธ์กับการตื่นนอนและการเข้านอนของผู้ป่วย การเขียนรายการยาทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติบริหารยาได้ถูกต้อง และบอกขนาดรวมทั้งความจำเป็นที่ต้องใช้ในแต่ละเวลาไว้ด้วย

ปัจจัยมลิต

ผู้ป่วยได้รับยา Transdermal fentanyl กลับบ้านไปสำหรับ 2 สัปดาห์ และ Oral morphine สำหรับ Breakthrough pain และมีนัดตรวจติดตามผู้ป่วยโดยติดต่อไปที่ทีมเยี่ยมบ้านในเขตที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ภรรยาได้มารับยาต่อหลังจากยาหมด

ประมาณ 1 เดือนต่อมา แพทย์ได้รับการติดต่อกลับมาจากภรรยาของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะหมดสติไป ผู้ป่วยยังได้จับมือภรรยาไว้ จนกระทั่งสิ้นลม

ภรรยาเล่าว่า ญาติได้มาเยี่ยมผู้ป่วยกันครบทุกคนหลังจากได้กลับบ้าน ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น รับประทานอาหารได้บ้างแต่ไม่มากนัก ต่อมาผู้ป่วยเริ่มลุกไม่ไหว นอนเฉย ๆ แต่ก็ไม่ได้มีอาการเจ็บปวดทรมานแต่อย่างใด อาการเลือดออกก็มีอยู่เรื่อย จนกระทั่งวันสุดท้ายที่ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ญาติทุกคนก็ได้ร่วมกันทำพิธีให้ตามสมควร

สรุป

"To die or not to die may not be the real answer for palliative care patients. To live until they die peacefully is the essential part of the care."

เอกสารอ้างอิง

1. CM., S. (1976). The challenge of terminal care. London: Scientific Foundations of Oncology.
2. Neil MacDonald, D. O. (2005). Palliative Medicine: A case-based manual. Oxford: Oxford University Press.
3. Jimmie P. Leleszi, DO; Jeanne G. Lewandowski, MD. Pain management in End of Life Care. JAOA. 2005; 105:6-11
4. Jan Stjernswärd, Noreen Teoh. The Cancer Pain Relief Program of the World Health Organization. Palliative Medicine. 1990; 4:1-3
5. World Health Organization (1996). Cancer pain relief. Singapore: WHO

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่บ้าน

(Palliative care at home for terminal ill patient with end-staged lung cancer)

แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันปัญหาผู้สูงอายุไทยเป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องจากโครงสร้างประชากรรูปแบบการเกิดโรค สภาวะเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อมและความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป ในขณะที่ลักษณะโครงสร้างประชากรมีแนวโน้มที่เปลี่ยนจากรูปประขั้วทั่วไปเป็นรูปแฉก⁽¹⁾ และคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้น⁽²⁾ ถึงร้อยละ 21 ในปี พ.ศ. 2568 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2543 ที่มีเพียงร้อยละ 9.5 ทำให้ส่งผลกระทบต่ออัตราการพึ่งพิงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามนอกจากปัญหาความชุกของโรคเรื้อรังที่พบบ่อยจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2547⁽²⁾ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ตามลำดับแล้ว ปัญหาสาเหตุการตายที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้สูงอายุไทย⁽³⁾ และประชากรไทย⁽⁴⁾ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคตและมากกว่าอัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ โดยที่อัตราตายจากโรคหัวใจมีแนวโน้มลดลง⁽³⁾ ในเพศชายพบอุบัติการณ์มะเร็งปอดเพิ่มสูงขึ้น และพบบ่อยที่สุดแทบทุกภาคของประเศรวมทั้งภาคเหนือ⁽⁴⁾ จากการศึกษาอุบัติการณ์โรคมะเร็งในเพศชายเมื่อปี พ.ศ. 2541 - 2545 ในจังหวัดลำพูน⁽⁵⁾ มะเร็งที่พบมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งปอด (อัตรา 31.9 ต่อประชากรชาย 100,000 คน) รองลงมาเป็นมะเร็งตับและลำไส้ ตามลำดับ



โรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย เป็นโรคเรื้อรังและทำให้เกิดความทุกข์อย่างมากจากสภาวะของโรคที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ ใช้ระยะเวลานานนับเดือนหรือปี ส่งผลกระทบด้านร่างกายจิตใจและครอบครัวของผู้ป่วย⁽⁶⁾ จากสถิติในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยส่วนใหญ่เปลี่ยนการตายจากที่บ้านมาที่โรงพยาบาลมากขึ้น ผู้ป่วยมักมีระยะสุดท้ายที่ใกล้ชิดกับแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่าบุคคลใกล้ชิดหรือญาติพี่น้อง ทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยสิ้นหวังมากขึ้น⁽⁷⁾ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศร้อยละ 75 ถูกใช้ไปในการบริบาลผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต^(8, 9) ขณะที่ประเทศไทยจากการสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ.2548-2549 พบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งได้แก่ โรคมะเร็งและโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ตายครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุและส่วนใหญ่ตายที่บ้าน รองลงมาคือโรงพยาบาลของรัฐ⁽¹⁰⁾ และจากการศึกษาการพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลระดับรองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในโรงพยาบาลอำเภอ⁽¹¹⁾ ในด้านค่าใช้จ่ายพบว่า ภาพรวมของการเงินในระบบบริการช่วยประหยัดรายจ่ายในระบบบริการได้อย่างมาก

โดยที่สุขภาพ หมายถึง ภาวะสมบูรณ์ของกาย จิต ปัญญาและสังคม ที่มีความเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล⁽¹²⁾ การดูแลระยะสุดท้ายนอกจากด้านร่างกายแล้วด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน ระยะสุดท้ายหรือการตายที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่สุด เนื่องจากจิตที่ดีในช่วงสภาวะสุดท้ายจะนำไปสู่สิ่งที่ดีงามหลังสิ้นสุดแห่งชีวิต⁽¹³⁾ อย่างไรก็ดีงานบริการปฐมภูมิมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องเบ็ดเสร็จและผสมผสาน^(14, 15) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่บ้านจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดช่องว่างของการดูแล เพิ่มการเข้าถึงบริการเชิงรุกแบบองค์รวมและร่วมกับผู้ดูแล ญาติและครอบครัวผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและอบอุ่นสอดคล้องใกล้เคียงกับวิถีชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยและลดการใช้ทรัพยากรหรือเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในรูปแบบหนึ่ง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประเมินและให้การดูแลรักษาแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย
2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
3. เพื่อเป็นแนวทางตัวอย่างการศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง
4. เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันปฐมภูมิและทุติยภูมิโรคมะเร็งปอดโดยเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการดูแลระยะสุดท้ายแบบองค์รวมและต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ทราบแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
3. เพื่อให้ทราบแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงและคัดกรองโรคมะเร็งปอดโดยเวชปฏิบัติอิงหลักฐานและนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษา (Index case)

ประวัติการเจ็บป่วย (Case approach)

Identify data: ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 81 ปี สัญชาติไทย ภูมิลำเนา ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน สถานภาพคนชรา นับถือศาสนาพุทธ
สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

Chief complaint: เจ็บแน่นหน้าอกมาก 3 วัน

Present illness: ประมาณ 1 เดือนเศษก่อนมาตรวจ รู้สึกเจ็บเสียดข้างขวาทางอกด้านขวา มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ช่วง 3 วันก่อนมาตรวจ เจ็บแน่นอกขวามาก ปวดแบบแทง ๆ และปวดมากตอนกลางคืนไม่ค่อยสะดวก ไม่มีไข้ มีเบื่ออาหาร และน้ำหนักลดลงประมาณ 7 กิโลกรัมในช่วงระยะเวลา 8 เดือน ไม่มีท้องอืด ถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ

Past history: โรคประจำตัว – ความดันโลหิตสูง และเกาต์ ประมาณ 6 ปี รับประทานยา Amlodipine (10 mg) ½ เม็ดวันละ 1 ครั้ง, Atenolol (50 mg) 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง, Colchicine 1 เม็ดวันละครั้ง, ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุ, เคยผ่าตัดต่อกระดูกตาซ้ายปี 2548

Habit: สูบบุหรี่ ประมาณ 30 กว่าปี วันละ 1 ซอง หยุดได้ 20 ปี ไม่ดื่มสุรา

Allergic history: แพ้ยา Aspirin

Family history: ปฏิเสธโรคในครอบครัว

Physical exam: V/S T 37.5°C P 68 ครั้ง/นาที R 16 ครั้ง/นาที BP 120/60 มม.

GA: An old man, normal consciousness, no dyspnea or tachypnea

HEENT: No pallor, no jaundice Right supraclavicular lymphnode enlargement Ø 1 cm.

Heart: Normal S1S2, No murmur

Lung: Clear

Abdomen: Soft, no organomegaly

Extremities: No edema, no deformities or tophi ส่งตัวไปโรงพยาบาลลำพูนเพื่อรักษาต่อ

Laboratory and Investigation

Chest Film: Opacification at RUL and some part of RLL, could be consolidation or mass, CT chest is suggested for further investigation

FNA of right supraclavicular lymphnode: Metastatic poorly differentiated carcinoma

CT Chest and Upper abdomen: CA lung at right hilum with obstructive atelectasis of RUL with lung to lung metastasis, Mediastinal lymphadenopathy and right pleural effusion

EKG: normal

FBS	73	mg%	LFT: Total protein	7.5	gm%	AST	12	U/L
Cr	1.3	mg%	Albumin	3.6	gm%	ALT	10	U/L
TG	150	mg%	Globulin	3.9	gm%	Alkaline phos	143	U/L
LDL	113	mg%	T-Bilirubin	0.6	gm%			
			D-Bilirubin	0.1	gm%			

ส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วางแผนการรักษาให้ Chemotherapy 9 courses ผู้ป่วยได้รับการรักษา 3 courses แล้วรู้สึกสภาพร่างกายรับไม่ได้ อีกมีอาการปวดตามร่างกาย จึงไม่ได้กลับไปรักษาต่ออีก และกลับมาพักฟื้นที่บ้านแทน

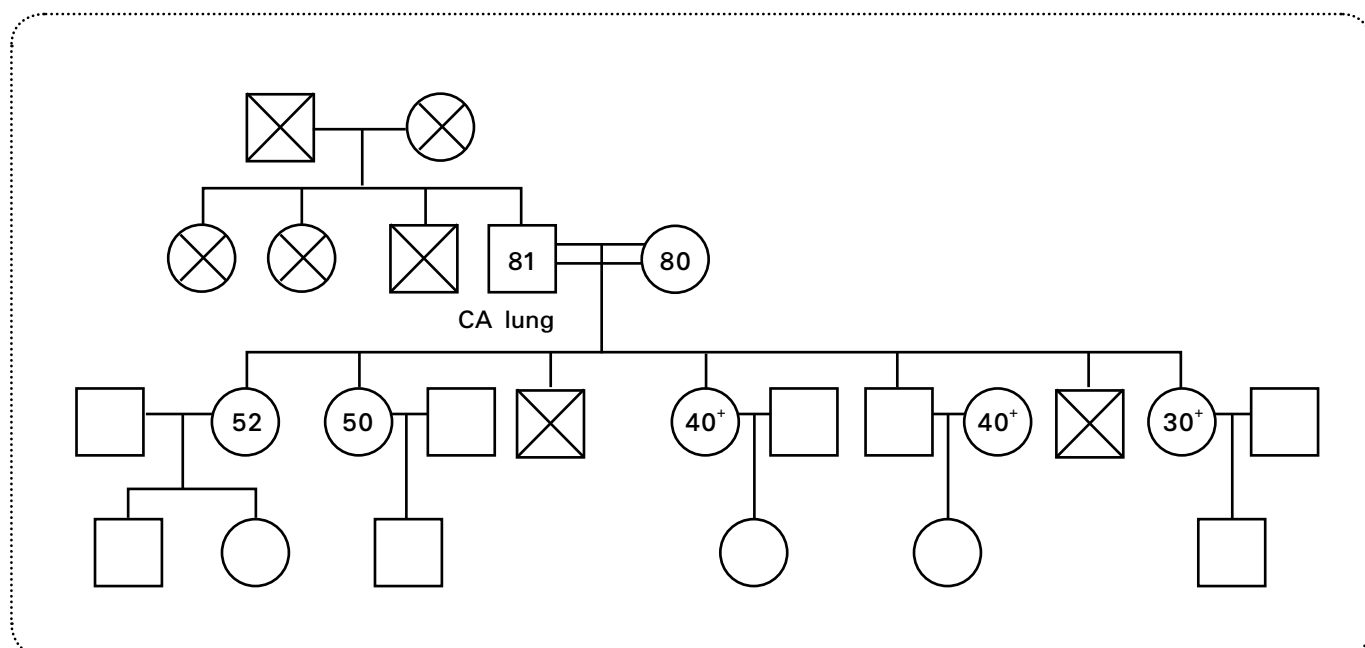
Problem list

1. Chest pain with (Rt) supraclavicular lymphnode enlargement → CA lung (NSCLC stage IV with lung metastasis)
2. HT
3. Gout

Family Census

ผู้ป่วยมีพี่น้องอีก 3 คน ตนเองเป็นคนสุดท้อง พี่สาว 2 คนแรกเสียชีวิตนานแล้ว เหลือเพียงพี่ชาย 1 คน อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน แต่งงานกับภรรยา ทั้งคู่เรียนจบชั้นประถม 4 แต่ก่อนตนเองมีอาชีพช่างไม้/เหล็ก/ปูน ภรรยาค้าขายขนมและน้ำหวาน (ปั่นจักรยานขาย) ภรรยาอายุ 80 ปี มีพี่น้อง 7 คน เป็นคนที่ 6 ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คน มีบุตรชายหญิง รวม 7 คน เสียชีวิต 2 คน บุตรคนอื่น ๆ แยกครอบครัวออกไปอยู่ในละแวกใกล้กัน สถานภาพปัจจุบันเป็นคนชรา มีส่วนลำไยของตนเอง จากการประเมินครอบครัวอยู่ในระยะวัยชรา

Family genogram





Whole person approach

Biological status: เช่นเดียวกับ case approach

Psychological status: ช่วงที่ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยพูดไม่ได้หลายเดือน ทำได้เพียงแต่มองหน้า ภรรยา คาดว่ารู้สึกเบื่อหน่ายกับโรคที่เป็นอยู่ แต่สามารถปรับตัวได้ กังวล และเป็นห่วงภรรยา เคยสั่งไว้นานแล้วว่า เงินฌาปนกิจสงเคราะห์ของตนเอง ถ้าได้มาให้ประหยัด เพราะบุตรทุก ๆ คนแยกย้ายกันไปมีครอบครัวหมดแล้ว

Social status: ออกไปนอกบ้านไม่ไหว ลูกนั่งข้างเตียงได้บ้าง แต่ทำได้ไม่นาน มีเพื่อนบ้าน และบุตรมาเยี่ยม ส่วนใหญ่ลูก ๆ จะมาช่วยดูแลใกล้ชิด ตอนกลางวัน ลูกสาวจะเปลี่ยนเวรกันมานอนเฝ้า 1 คน ช่วงกลางวันอยู่กับภรรยา อาหาร ลูกจะเตรียมทั้งไว้ให้และมาส่ง เวลา 7.00 น. และ 12.00 น. โดยไม่ให้ ทำอาหารทานเอง และไม่ให้อายุสHungต้ม ได้เบี้ยผู้สูงอายุ เดือนละ 500 บาท มานานประมาณ 3 ปี บางครั้งลูกก็ให้เพิ่มตามสมควรแล้วแต่โอกาส

Family – oriented approach

ภรรยา: ในมุมมองของผู้ป่วย คิดว่าเป็นคนดี อุปนิสัยใจเย็น ช่วยดูแลเอาใจใส่ ผู้ป่วยตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย บางครั้งถ้าไม่ไหว เนื่องจากอายุมาก ก็มีลูก ๆ มาช่วยดูแลเพิ่มเติม มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันกับผู้ป่วย

Family as a unit approach

ภรรยา: มีประวัติอุบัติเหตุลื่นล้ม ทำให้กระดูกสะโพกและกระดูกขาซ้ายหักเมื่อ เดือนตุลาคม 2551 รักษาที่แพทย์กระดูกและข้อ ปัจจุบันอาการดีขึ้น สามารถเดินได้และช่วยเหลือตนเองโดยใช้ไม้เท้า (Cane) ช่วยเดินภายในบ้าน และรอบ ๆ บ้านใกล้เคียง สภาพจิตใจแจ่มใส แต่กังวลบ้างเกี่ยวกับสามปีปฏิเสโรคประจำตัวอื่น ๆ ; โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/โรคหัวใจ

Home Visit Checklist (16, 17, 18)

ให้วงกลมหรือกรอกข้อมูลเพิ่มเติมในช่องว่าง

Impairments/ Immobility

Activities of daily living (ADL)	ทำได้	ทำไม่ได้ ระบุ...Bedridden, sometimes bed side sitting, detail in Barthel ADL index			
Instrumental ADLs	ทำได้	ทำไม่ได้ ระบุ...ออกนอกบ้านด้วยตนเองไม่ได้			
Balance and gait problems	มี	ไม่มี	Sensory impairments	มี	ไม่มี
	- Standing balance & Standing ทำไม่ได้ต้องคนช่วยพยุง			- พุดไม่ได้ ช่วงป่วยระยะสุดท้าย	

Nutrition

Meals (จำนวนมื้อและชนิดของอาหารที่รับประทานบ่อย)

.....ทาน 3 มื้อต่อวัน (ข้าวต้ม, นมถั่วเหลือง).....

Nutrition status BMI =.....ประเมินไม่ได้ (ยืนไม่ได้).....

Home environment

Neighborhood.....ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน.....

Exterior of home.....มีบ้านพี่ชายอยู่ในรั้วบ้านเดียวกัน เป็นระเบียบดี.....

Interior of home	ความแออัด	มี	ไม่มี	ความเป็นระเบียบ	มี	ไม่มี
	ความรู้สึกว่าเป็นบ้าน	มี	ไม่มี	ความเป็นส่วนตัว	มี	ไม่มี
	หนังสือ	มี	ไม่มี	โทรทัศน์	มี	ไม่มี
	ภาพถ่ายหรือของที่ระลึกต่าง ๆ	มี	ไม่มี			
	สัตว์เลี้ยง	มี	ไม่มี	ระบุ.....		

Other people

Social supports มี ไม่มี ระบุ.....ลูกและเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียนและดูแล.....

Living will มี ไม่มี ระบุ.....สั่งเสียภรรยาเรื่องเงินฌาปนกิจและห่วงภรรยาหลังจากตนเสียชีวิต.....

Power of attorney มี ไม่มี ระบุ.....ภรรยา.....

Financial resourcesจากเบี้ยผู้สูงอายุและบางครั้งได้รับจากลูก.....

Patient attitudesดี.....

Medication/drugs

Prescription drugs มี ไม่มี ระบุ.....ยา HT, Gout.....

Nonprescription drugs มี ไม่มี ระบุ.....

Dietary supplements มี ไม่มี ระบุ.....รังนก แต่ไม่ค่อยทานเพราะไม่อร่อย.....

Medicines organized มี ไม่มี ระบุ.....

Medication compliance มี ไม่มี ระบุ.....

Alcohol use มี ไม่มี ระบุ.....

Smoking มี ไม่มี ระบุ.....

Examination

Weight.....~30+..... Height.....-..... Blood pressure.....90/60..... Glucose.....-.....
Urinalysis.....-..... Other.....Mini-Mental State.....
General physical condition.....รู้สึกตัวดี แต่ง่วงหลับ (Drowsiness), ผอม/ Thin old man.....
Safety, Spiritual health and Services (Safety; Safe = S, Unsafe = U, Intermediate = I, No = N)
Bathroom.....S..... Kitchen.....S..... Stairs.....S.....
Tables, chairs and other furniture.....S.....
Lighting.....S..... Electrical cords.....S..... (Home Oxygen – เพื่อนบ้านข้างเคียงให้มาไว้เพื่อมีอาการเหนื่อยให้ใช้สุดดม)
Gas.....LPG-N, O₂-S.....Fire Extinguishers.....N.....
Evacuation route.....S.....
Air-Conditioning.....N..... Water source.....S.....
Spiritual Health.....ศรัทธาเชื่อในพระพุทธศาสนา ช่วยภรรยาอุปฐาก อดีตเจ้าอาวาสวัดใกล้บ้าน มานานกว่า 30 ปี.....
.....และช่วยงานวัดเป็นประจำ.....
Home health services.....บ้านอยู่ไม่ไกลจาก สถานีอนามัยและศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน.....

เครื่องมือประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ

ดัชนีบาร์ธอลเอดีแอล (Barthel ADL Index)⁽¹⁹⁾

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้
 - ① ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - ① ความต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยยกขึ้น
 - ① ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา)

0. ช่วยตัวเองไม่ได้

- ① ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากชักโครกได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

- ① ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

- ① ช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 50
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

① ไม่สามารถทำได้

1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

① ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

1. อาบน้ำเองได้

9. Bowel (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

② กลั่นได้ปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

1. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

2. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

③ กลั่นได้เป็นปกติ

ระดับความรุนแรงของ BAI

0 – 4 = very low initial score (total dependence)

5 – 8 = Low initial score (severe dependence)

9 – 11 = Intermediate initial score (moderately severe dependence)

12+ = Initial high (mild severe dependence, consideration of discharging home)

รวมคะแนน = 10 : ภาวะพึ่งพิงรุนแรงขนาดกลาง

บทวิจารณ์

ในกรณีผู้ป่วยรายนี้จากอาการที่มาพบแพทย์ คือ เจ็บแน่นอกมาก ประมาณ 3 วัน บริเวณอกขวาเป็นมาก ตอนกลางคืน ร่วมกับมีไอบ่อย หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงประมาณ 7 กิโลกรัม ไม่มีประวัติประสบอุบัติเหตุมาก่อน เมื่อครั้งก่อนประมาณ 1 เดือน เคยมีเจ็บสะบักขวา ร้าวมาอกขวาแต่อาการไม่รุนแรง โดยทั่วไปอาการเจ็บอก ในทางเวชปฏิบัติปฐมภูมิส่วนใหญ่ เกิดจากสาเหตุที่ไม่รุนแรง ขึ้นกับกลุ่มอายุ ที่พบบ่อยได้แก่สาเหตุจากระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อ⁽²⁰⁾ แต่ขณะที่ผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากเจ็บมาก และสูงอายุ ควรนึกถึงสาเหตุจากสภาวะโรคที่รุนแรงก่อน เสมอ จากระบบหัวใจหลอดเลือดและปอด⁽²¹⁾ ได้แก่ Acute myocardial infarction (AMI)/ Angina, Dissecting aneurysm, Ruptured aorta, Pulmonary emboli และ Pneumothorax จากการตรวจร่างกายไม่พบอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจเร็ว ตรวจพบมีต่อมน้ำเหลือง Supraclavicular ด้านขวาโต หัวใจและปอดปกติ การตรวจคลื่นหัวใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ โอกาสเป็น AMI/ angina ลดลง ส่วนอาการเจ็บอกด้านขวา มากและเดิมมีปวดสะบักขวาร้าวมาที่อกด้านขวามาก่อน แตกต่างจากที่พบใน aneurysm ซึ่งมีอาการปวดจากบริเวณ กลางอกด้านหน้าแทงร้าวไปด้านหลัง หรือท้องอย่างรุนแรง มาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ในลักษณะฉุกเฉินและมีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ ขณะที่ผู้ป่วยรายนี้แตกต่างออกไป โอกาสเป็น aneurysm และ Ruptured aorta น้อยลง เช่นเดียวกับภาวะ Pulmonary emboli ที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ หอบเหนื่อย เสียงหัวใจปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (ไม่พบ S1Q3T3) ส่วนภาวะ Pneumothorax ผู้ป่วยไม่มีประวัติ โรคปอดเรื้อรังมาก่อน ไม่พบอาการหอบเหนื่อย ตรวจร่างกาย ปอดปกติ และอาการปวดร้าว แตกต่างจากที่พบใน Pneumothorax ที่มักมีอาการปวดจากทรวงอกด้านหน้า หรือหลังร้าวออกไปทางด้านข้าง ทำให้คิดถึงโรคนี้น้อยลง

อย่างไรก็ตาม จากการตรวจร่างกายพบต่อมน้ำเหลือง Supraclavicular ด้านขวาโตประมาณ 1 ซม. ตำแหน่งเดียว ไม่พบบริเวณอื่น ๆ (localized lymphnode) ไม่มีอาการไข้ แต่มีเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง 7 กิโลกรัม ช่วงประมาณ 8 เดือน โอกาสสงสัยสาเหตุจากมะเร็ง⁽²²⁾ สูงกว่าภาวะ ติดเชื้อ แม้ว่าขนาดของต่อมน้ำเหลืองโตไม่มาก และอาจ



ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่สั้นในการตรวจพบ หรือจากการ เริ่มสังเกตของผู้ป่วยก็ตาม ต่อมาจึงพิจารณาส่งตรวจเลือด และส่งต่อเพื่อตรวจเพิ่มเติม FNA ผลการตรวจเลือดพบ alkaline phosphatase สูงขึ้นไม่มาก แต่ก็ไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งพบได้จากหลาย ๆ อวัยวะ ขณะที่ตำแหน่งของต่อมน้ำเหลือง Supraclavicular ด้านขวา⁽²³⁾ ที่โตขึ้น พิจารณาได้ว่ามีโอกาส เป็น Pulmonary, Mediastinal or Esophageal malignancy ผลการตรวจ FNA, ภาพถ่ายรังสีทรวงอกและผลสุดท้าย ภาพถ่ายเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ทรวงอกและ ช่องท้องส่วนบน เข้าได้กับ CA lung (NSCLC stage IV) with lung metastasis ผล NSCLC ในผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับ อุบัติการณ์มะเร็งปอดในเพศชายชนิดนี้พบในจังหวัดลำพูน⁽⁵⁾ ซึ่งส่วนใหญ่พบ NSCLC สูงถึง 89.3%

แนวทางการประเมินผู้ป่วยรายนี้ในระดับปฐมภูมิ

พิจารณาได้เป็น 4 ประเด็น⁽²⁴⁾ คือ

1. การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention)

ปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติสูบบุหรี่เรื้อรัง นาน 30 ปี สูบวันละ 1 ซอง แต่หยุดได้ประมาณ 20 ปี ประเมินได้ว่าสูบบุหรี่ปริมาณมาก แต่ก็หยุดได้เป็นระยะเวลานาน ขณะที่สภาพปอดยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังและมะเร็งปอดจากบุหรี่ ขณะที่ในต่างประเทศพบว่า บุหรี่เป็นสาเหตุมะเร็งปอดถึง 90%(24)

2. การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยพบแพทย์ ตั้งแต่เริ่มมีอาการในระยะแรก (Encouragement of early presentation) ทั้งนี้ ขึ้นกับการรับรู้อาการ, ทักษะ, ความเชื่อและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยรายนี้ มีน้ำหนักลดลงอย่างช้า ๆ ในระยะแรกเพียงอย่างเดียว และผู้ป่วยสูงอายุอาจทำให้ไม่รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง จึงไม่ได้พบแพทย์ แต่ในระยะหลังมีอาการปวดสะบัก ร้าวมาอกขวา แต่ก็ไม่รุนแรงมาก จนเมื่ออาการเป็นมากขึ้น ทั้งอาการปวดช่วงกลางวันและรบกวนมากในตอนกลางคืน จึงได้มาปรึกษาแพทย์ในระยะต่อมา นอกจากนี้สภาพครอบครัวที่อยู่ล้าพังกับภรรยาที่อายุมากเช่นเดียวกัน แม้ว่ามีลูกคอยช่วยเหลือแล้วส่วนหนึ่งก็ตาม สภาพการรับรู้ถึงอาการที่ผิดปกติกับตนก็ไม่ชัดเจนที่จะคิดตัดสินใจมาพบแพทย์

3. การวินิจฉัยอาการในระยะแรก (Early symptom-based diagnosis) ในเวชปฏิบัติปฐมภูมิการจำแนกอาการทางระบบทางเดินหายใจในผู้ที่มีความเสี่ยงมะเร็งปอดสูงและต่ำทำได้ยากเนื่องจากเป็นอาการทั่ว ๆ ไป และอาการส่วนใหญ่ เช่น ไอ เหนื่อย เจ็บอก น้ำหนักลดลง ไม่จำเพาะเจาะจงต่อโรคมะเร็งปอด⁽²⁴⁾ เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขวา หายใจไม่สะดวก ไอ น้ำหนักลดลง ในขณะที่ปัจจุบันยังไม่มีแนวทาง (guideline) ที่ชัดเจนในการวินิจฉัย ส่วนใหญ่ขึ้นกับการตัดสินใจทางคลินิก เป็นหลัก ผู้ป่วยรายนี้ มีต่อมน้ำเหลืองที่ Supraclavicular ด้านขวาโตได้ส่งต่อเพื่อตรวจเพิ่มเติมและประเมินในระดับทุติยภูมิ

4. การคัดกรองโรคมะเร็งปอด (Lung cancer screening) ปัจจุบันแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการคัดกรองโรคมะเร็งปอดสำหรับประชาชนทั่วไป และประชากรกลุ่มเสี่ยง⁽²⁵⁾ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจคัดกรอง เพื่อหาโรคมะเร็งปอดในบุคคลที่ปราศจากอาการด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (อาจทำหรืออาจไม่ทำ) ทั้งในประชาชนทั่วไป และประชากรกลุ่มความเสี่ยงสูง รวมทั้งไม่แนะนำให้ทำการตรวจเสมหะเพื่อค้นหาเซลล์มะเร็งในเสมหะ (ไม่ควรทำ) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ในแนวทางปฐมภูมิถึงแม้ว่าในระยะแรกผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือมีการดำเนินโรคระยะแรกโดยไม่ปรากฏอาการ ถือเป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง โดยควรมีแนวทางการให้คำแนะนำให้งดสูบบุหรี่ที่ชัดเจนในช่วงแรก แต่เนื่องจากผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้เองประมาณ 20 ปี ทำให้ลดความเสี่ยงได้ส่วนหนึ่ง ส่วนเมื่อ

พิจารณาด้านหลักฐาน และความคุ้มค่าการคัดกรอง โดยการตรวจรังสีทรวงอกและตรวจเสมหะเพื่อดูเซลล์มะเร็งคงยังไม่มีผลจำเป็น รวมทั้ง low-dose spiral CT Scan^(26, 27) คิดกันสอดคล้องกับเมื่อพิจารณาโดยภาพรวมในระบบการคัดกรองโรค⁽²⁸⁾ ที่เป็นภารกิจหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังไม่ได้รับการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพในการลดอัตราการตาย โรคมะเร็งก็ไม่ได้ลดลง ทำให้สามารถค้นพบและรักษาผู้ป่วยเมื่อโรคได้ลุกลามเป็นมากแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้ได้ผ่านพ้นระยะการตรวจคัดกรองแล้ว ปัจจุบันตรวจพบเป็นโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย

ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยนิยามองค์การอนามัยโลกคือ การดูแลในทุกด้านอย่างครอบคลุม (Active total care)⁽²⁴⁾ และแนวทางที่เหมาะสมควรเริ่มต้นตั้งแต่แรกที่ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่หายขาด และทำควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะโรค⁽⁶⁾ ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากระบบบริการสุขภาพโดยรวมยัง ขาดการประสานงานหรือเชื่อมโยง ทั้งด้านการส่งตัวกลับเพื่อรับการดูแลใกล้บ้านหรือการเชื่อมต่อของระบบบริการทุติยภูมิ (รพท.) และบริการปฐมภูมิด้านหน้า ผู้ป่วยเมื่อย้ายกลับมาพักที่บ้านหลังจากออกบริการทุติยภูมิ (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย) ไม่มีการประสานงาน/ ส่งต่อกลับ แต่มีการประสานงานกับระบบบริการทุติยภูมิ (รพท.) ขณะที่ด้านความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนดูแลรักษาร่วมกันกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมทุติยภูมิ มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการรักษาให้ครบระยะเวลา และการได้รับเคมีบำบัดในผู้สูงอายุมีผลกระทบจากอาการข้างเคียงมากกว่า และโอกาสทนต่อการรักษาให้ครบ ระยะเวลาสั้นมีน้อย ดังเช่นผู้ป่วยซึ่งได้รับเคมีบำบัด 3 courses และไม่ได้รับต่ออีก เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย

นอกจากนี้เมื่อเริ่มแรกวินิจฉัยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลให้ครอบคลุม ทั้งการบำบัดควบคู่ไปกับการรักษาอย่างเหมาะสมในระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามการประเมินจุดเด่นและจุดด้อยของการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล⁽⁹⁾ เป็นส่วนที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าแนวทางการดูแลรักษา โดยร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ระยะสุดท้ายแก่ผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้ข้อคำนึงในด้านต่าง ๆ คือ สถานที่ บุคคล เวลา เครื่องมือ เศรษฐกิจ พหุกรรม ลักษณะโรคผู้ป่วย โดยภาพรวมผู้ป่วยมีความพร้อมในระยะสุดท้ายที่บ้าน

เนื่องจากอยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคยคือบ้าน และมีภรรยา ลูก และญาติดูแลใกล้ชิด การเยี่ยมเยียนไม่จำกัดเวลา ลดระยะเวลาค่าใช้จ่ายด้านเครื่องมือ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์จำนวนมากเพื่อช่วยดูแล และสอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน จากการประเมินและดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่บ้านโดยร่วมกับญาติ เพื่อบรรเทาและลดอาการจากสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย แต่มีอาการปวดไม่รุนแรงมาก ผู้ป่วยมีถังออกซิเจนซึ่งได้จากเพื่อนบ้านข้างเคียง และใช้เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยบางครั้ง แต่มีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์วัดออกซิเจนในเลือด (portable pulse oximetry) ทางทีมได้ให้คำแนะนำการดูแลถังออกซิเจน ปริมาณออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ เพื่อบำบัดอาการเป็นครั้งคราว ด้านจิตใจแม้ผู้ป่วยพูดไม่ค่อยได้ แต่รู้สึกห่วงกังวลภรรยาบ้าง แต่ก็เตรียมใจและปรับตัวได้ ส่วนยาที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มเติมคือ เกลือแร่และ

วิตามินเสริม ขณะที่ดยาความดันโลหิตสูงและเกาต์ไว้ก่อน ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านโดยมีญาติ ภรรยาดูแล ปัจจุบันภรรยาอาศัยอยู่คนเดียว รู้สึกเหงาบ้าง แต่ก็มีลูกช่วยดูแลอยู่ จากการวิเคราะห์สภาวะความเครียด⁽³⁰⁾ และวิกฤตการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว⁽³¹⁾ พบว่าการตายของคู่สมรสและการถูกทอดทิ้ง/ อยู่คนเดียว ถือเป็นความเครียดสูงสุด และภรรยาของผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอีกระยะหนึ่ง เนื่องจากการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุด แต่มีสิ่งที่ย่วยเกื้อกูลหรือสนับสนุนแก่ครอบครัวคือ การดูแลจากลูกสภาพแวดล้อมโดยรอบและกำลังใจของตนเอง (ภรรยาผู้ป่วยเคยฝึกปฏิบัติธรรม และออกธุดงค์ร่วมกับอดีตเจ้าอาวาสวัดใกล้บ้าน) ทางทีมได้ทำความเข้าใจและให้กำลังใจสนับสนุนแก่ภรรยาผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตร; 2548.
2. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, จรรยา ภัทรอาชาชัย. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1(2) : 98-115.
3. ปาณบตี เอกะจัมปะกะ, นิธิศ วัฒนมะโน. สถานสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย. ใน: สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550. หน้า 157-239.
4. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย (ออนไลน์). นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548. (สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2552)
Available from: <http://www.hiso.or.th/hiso/picture/bro/PDF/lesson5.pdf>.
5. S.Pongnikorn, N.Martin, C.Pornnimit, et al editor. Cancer Incidence in Lamphun, Thailand 1998-2002. Ministry of Public Health; 2006.
6. Morrison RS. Health care systems factors affecting end-of-life care. J Palliat Med 2005;8 suppl 1: s79-87.
7. ธนา นิลชัยโกวิทย์, วริสลา กริชไกรวรรณ, วรณา จารุสมบุญ, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, รายงานวิจัยโครงการทบทวนกระบวนการ ความตายและมิติแห่งสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2546. (เอกสารอัดสำเนา)
8. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร. สนพ.องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2549.
9. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, บรรณาธิการ. วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือการเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
10. ชูติมา อรรถลีนันท์. รายงานวิจัยการสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548 (บทคัดย่อ) (ออนไลน์). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550 (สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2552)
Available from: <http://library.hsri.or.th/abs/res/hs1355t.doc>
11. อุบหิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551; 2 (2 suppl5): 1021-30

12. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร. 2551.
13. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายดี. (ออนไลน์) กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พิมพ์สวยาจำกัด; 2549 (สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2552).
Available from: <http://www.watnyanaves.net/books/pdf/chuayhaitairew.pdf>.
14. ธนัยโสภาคย์ เกษมสันต์.มร. เวชศาสตร์ครอบครัว ก้าวใหม่ในแพทยศาสตร์ศึกษา. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2529 (เอกสารอัดสำเนา)
15. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. ทบทวนวรรณกรรมที่มากการใช้และความหมายบริการปฐมภูมิ. ใน: ลือชัย ศรีเงินยวง, ศุภลักษณ์ เลิศมนิรัตน์, ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (บรรณาธิการ). พัฒนาการและข้อเสนอทศวรรษที่สี่การสาธารณสุขมูลฐานไทย เอกสารประกอบงานมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552. นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2552. หน้า 61-104
16. Unwin Bk, Jerant AE. The home visit. Am Fam Physician 1999;60 : 1481-8
17. สายพิน หัตถิรัตน์. เยี่ยมบ้านทักษะทางคลินิกที่หายไป ชุดที่ 2. ใน: สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (บรรณาธิการ) คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. หมอชาวบ้าน; 2549. หน้า 110-8.
18. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน. (ออนไลน์) ; 2549. (สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2551)
Available from: <http://host.psu.ac.th/~krishna.s/homecare/HC2.pdf>
19. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน : หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541. หน้า 85-6.
20. Hobbs J. Chest pain. In: Mengel MB, Schwiebert LP (editors). Ambulatory Medicine 3rd ed. Singapore: McGraw Hill International; 2001:60-7.
21. Murtagh J. General Practice 2nd ed. Sydney: McGraw Hill; 2001.
22. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติการวินิจฉัยภาวะต่อมน้ำเหลืองที่คอโต. กรุงเทพมหานคร ชุมชนสหกรณ์การเกษตร; 2547.
23. Simon HB. Evaluation of lymphadenopathy. In : Goroll Alt, Mulley AG (editors), Primary care Medicine 4th ed. Philadelphia : Lippincott William Wilkins; 2000: 63-7.
24. Weller D, Campbell C. Early lung cancer detection: the role of primary care. Prim care Resp J 2006 ; 15(6) : 323-5.
25. อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด. ใน: สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ) แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. หมอชาวบ้าน; 2544 หน้า 207-11.
26. Read C, Janes S, George J, Spiro S. Early lung cancer: screening and detection. Prim care Resp J 2006; 15(6): 332-6.
27. Buch PB, Silvestri GA, Hanger M, Jett JR. Screening for lung cancer, ACCP Evidence-based Clinical Practice Guidelines (2nd ed). Chest 2007; 132: 695-775.
28. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
29. สายพิน หัตถิรัตน์. หลักการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังอย่างมีความหวัง. ใน: สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (บรรณาธิการ) คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร. หมอชาวบ้าน; 2549. หน้า 72-81.
30. บุษยมาลี สินธุประมา. สังคมวิทยาสุขภาพและการแพทย์. เชียงใหม่: สมพรการพิมพ์; 2539.
31. Hennen BK. The family and stress. In: Shires DB, Hennen BK, Rice DI (editors) Family medicine : a guide book for practitioners of the art; 1987: 37-41.

เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำอะไร ? เมื่อญาติปิดบังมิให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นมะเร็ง

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

บทนำ

ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์มีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก ปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายคือ ญาติปิดบังการวินิจฉัยมิให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งมีผลเสียเพราะนอกจากทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติแล้วยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแนวทางการรักษา และอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้เวลาที่เหลืออยู่จัดการเรื่องที่ยังค้างคา (Unfinished business) มีงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วย 50-90 % ต้องการทราบการวินิจฉัยถึงแม้จะทำให้ใจไม่ได้ก็ตาม¹ บทความนี้แสดงถึงการจัดการประเด็นดังกล่าวว่า ในทางปฏิบัติสามารถจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร



รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยม่ายอายุ 70 ปี ที่อยู่ ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

อาการสำคัญ

ญาติพามาตรวจที่ PCU ด้วยอาการแขนขาทั้ง 2 ข้างและมีอาการหอบเหนื่อยมา 2 สัปดาห์

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

2-3 ปีที่ผ่านมามีอาการเหนื่อยง่ายเป็นพัก ๆ แต่ไม่ได้รักษา 2 เดือนก่อนไปตรวจที่โรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยง่าย ไอ และหอบ หมอตรวจแล้วบอกว่า เป็นโรคมะเร็งปอด (บอกเฉพาะญาติ-ผู้ป่วยไม่ทราบ) ไม่มีทางรักษา แนะนำให้กลับไปรักษาที่บ้าน ได้ยา paracetamol, GG, amoxicillin, และ prednisolone

2 สัปดาห์ก่อน แขนบวม นอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก จึงมาหาแพทย์ที่ PCU ญาติขอให้แพทย์ไปเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วย โดยลูกสาวคนกลางไม่ยอมให้บอกการวินิจฉัยกับผู้ป่วย เธอบอกว่า “กลัวแม่จะทรุด”

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต สูบบุหรี่ใส่โย ไม่ดื่มเหล้า

การตรวจร่างกาย V/S: BP= 110/80 mmHg P=90 /min T=37.0 c R=26 /min

General appearance: Thai elderly woman, alert, not pale ,no Jaundice, cachexia

HEENT: puffy eye lids

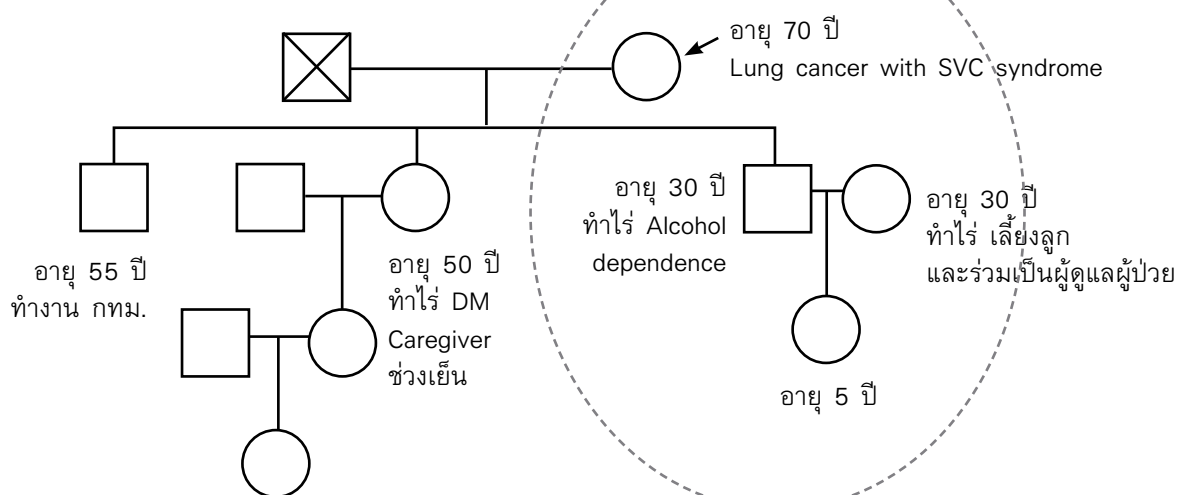
RS: dyspnea, decreased breath sound Rt lung, occasional wheezing

CVS: normal s1 s2, no murmur, apex at 5 th MCL, full pulse every extremities

Extremities: swelling both upper extremities

เยี่ยมบ้าน

Family genogram



First home visit

ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้าน (INHOMESSS)

Impairment / mobility – ลูกเองไม่ไหว / นอนราบไม่ได้ต้องนั่งตลอด นั่งหลับ

Nutrition – ผู้ป่วยเบื่ออาหาร กินไม่ได้

Home environment – บ้านไม่ได้ถูกสูง+ผู้ป่วยนั่งหลับหน้าระเบียง

Other people – อยู่กับลูกคนเล็ก

Medication – ลูกสาวใช้ยาสมุนไพรควาตอง

Examination – ตามที่ตรวจตอนแรก

Safety – ok

Spiritual health – เชื่อในพุทธศาสนา

Service – อยู่ใกล้ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่กีดหลวง

บทสนทนาโดยย่อกับลูกสาวก่อนลงเยี่ยมบ้าน (ที่ PCU)

- ลูกสาว: พี่กลัวแม่จะทรุดก็เลยไม่กล้าบอกแม่
แพทย์: พี่คงเป็นห่วงแม่มาก.. (แสดงความเห็นใจ)
แพทย์: แล้วคุณยายทราบไหมครับว่าแกป่วยเป็นโรคอะไร (exploration)
ลูกสาว: แกรู้แค่เป็นโรคปอดแล้วก็ไม่ได้บอกแกต่อ
แพทย์: แล้วแกสงสัยไหมครับ
ลูกสาว: ก็น่าจะสงสัยนะ ก็ลำบากใจเหมือนกันเวลาที่แกถาม
แพทย์: แล้วพี่อยากให้ผมช่วยเรื่องนี้อย่างไรบ้าง?
ลูกสาว: หอมช่วยให้แม่เบาเหนื่อยได้ไหม
แพทย์: ถ้ายายถามเรื่องว่าแกเป็นอะไร...จะให้หอบบอกว่ายังงัยครับ
ลูกสาว: หอมคิดว่ายังงดี
แพทย์: ผมคิดว่าแกที่คนไข้วัวตัวเองเป็นอะไรมีทั้งข้อดีและข้อควรระวัง ข้อดีก็คือยายสามารถวางแผนชีวิตของตัวเองได้ ทางญาติเองก็ไม่ต้องลำบากใจที่ต้องปิดบังผู้ป่วย ข้อต้องระวังก็คงต้องประเมินว่ายายอยากรู้มากแค่ไหน และก็พร้อมที่จะรับฟังความจริงไหม ผมคิดว่าตอนที่ไปเยี่ยมบ้านเราจะต้องประเมินดูก่อน.....
แพทย์: ผมคิดว่าเรามีจุดหมายเดียวกันคือ “ร่วมกันดูแลคุณยาย”

บทสนทนาโดยย่อกับผู้ป่วย (เป็นภาษาเหนือ)

- แพทย์: บ้าไม่สบายมานานเท่าไรแล้วครับ
ยาย: 3-4 เดือน
แพทย์: แม่หลวงคิดว่าโรคที่เป็นนี้หายไหม
ยาย: บัฮัหนา (สีหน้าดูกังวล)
แพทย์: หอมที่โรงพยาบาลว่าจะได
ยาย: บได้บอก แล้วหอบว่าบ้าเป็นโรค อ หยัง
แพทย์: แม่หลวงเป็นโรคปอดที่ไม่หายขาด
ยาย: (เงิบ)
แพทย์: บ้าก็คิดหยัง?
ยาย: หอมจ้วยบ้าได้บ?
แพทย์: ถึงจะเป็นโรคที่ไม่หาย ผมก็ยินดีดูแลบ้าเต็มที่
- บ้ายังโชคดีที่มีลูกหลานคอยดูแล (Positive rebelling)
- นอกจากเรื่องป่วยแล้วบ้ามีอะไรอยากบอก/คุยกับลูก ๆ บ้าง (Unfinished business)
ยาย: ห่วงเรื่องการแบ่งที่ดินระหว่างพี่น้อง
แพทย์: มีเรื่องอื่นอีกไหม
ยาย: ลูกชายคนล่ากินเหล้า

สรุปปัญหาของครอบครัวโดยรวม

1. Conspiracy of silence
2. end-stage lung cancer and SVC syndrome
3. ห่วงเรื่องการแบ่งทรัพย์สินระหว่างพี่น้อง
4. Alcohol abuse of younger son
5. Poor- controlled diabetes of daughter

การรักษา

การดูแลผู้ป่วยครอบครัวนี้คือ palliative home care เป้าหมายคือ การลดความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวโดย รักษาอาการทุกข์ทรมานทางกาย ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวจัดการความทุกข์ทางใจ ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ และให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประเด็นที่ทั้งญาติและผู้ป่วยเห็นความสำคัญเป็นอันดับต้นคือ เรื่องอาการเหนื่อย จากประวัติและการตรวจร่างกายพบว่าเกิดจาก superior vena cava syndrome ที่เกิดจากก้อนมะเร็งไปกด SVC ทำให้ venous return จากร่างกายส่วนบนไม่สามารถเข้าสู่หัวใจได้ ผลที่ตามมาคือมีอาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ การรักษาที่ได้ผลดีคือการฉายแสงหรือให้เคมีบำบัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง แต่จากสภาพร่างกายของผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติตกลงใจที่จะดูแลที่บ้าน ยาที่ใช้คือ Prednisolone 60 mg/day lasix 20 mg/d และ lorazepam 1 mg/d โดยวางแผนร่วมกันดูแล โดยมีผู้ดูแล 2 คน สลับกันดูแล และพยาบาลเวชปฏิบัติติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2-3 วัน แนะนำการจัดทำหนังสือการเอนตัวมาด้านหน้า และระวัง pressure sore ที่ sacrum ส่วนประเด็นเรื่องความไม่สบายใจของคุณยาย เมื่อลูก ๆ ได้ทราบเรื่องที่แม่ห้วง ลูกชายจึงหยุดดื่มเหล้า (ชั่วคราว) ส่วนเรื่องทรัพย์สินพี่น้องได้บอกกับคุณยายว่าตกลงกันเรียบร้อยแล้วไม่ต้องเป็นห่วง คุณยายรู้สึกสบายใจขึ้น หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยกินได้น้อยลง นอนมากขึ้น เข้าสู่ last hour of life ทีมสุขภาพให้คำแนะนำในการดูแลอาการต่าง ๆ และเกริ่นเรื่อง DNAR กับญาติ และผู้ป่วยขออยู่ที่บ้าน ทางทีมประเมินญาติซึ่งเป็นพี่สาวของผู้ป่วยว่ามีความวิตกกังวลและดูซึมเศร้า ทีมสุขภาพจึงให้กำลังใจ หลังจากนั้น ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน



วิจารณ์

การที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการปิดบังการวินิจฉัย (conspiracy of silence หรือ collusion) มีความแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน² ในสังคมไทยญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจอย่างมาก ในขณะที่ประเทศตะวันตกให้ความสำคัญกับสิทธิการตัดสินใจด้วยตัวเองของผู้ป่วย (autonomy) จึงทำให้ลักษณะการแจ้งความจริงที่ผ่านมาในเมืองไทยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ แพทย์มักจะแจ้งญาติก่อนผู้ป่วย ซึ่งถ้ามองในเรื่องสิทธิผู้ป่วย

อาจจะไม่ถูกต้องนัก อีกนัยหนึ่งแสดงให้เห็นว่า ประเด็นเรื่องการจัดการปัญหานี้เป็นเรื่องลำบากใจของแพทย์ จากประสบการณ์ที่โรงพยาบาลแม่สอดมีข้อมูลในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า ญาติปิดบังการวินิจฉัยผู้ป่วย 32-58% ในความเป็นจริงแล้วญาติผู้ป่วยมีความต้องการที่จะปกป้องผู้ป่วยจากผลของการบอกข่าวร้าย เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากครอบครัวใช้การปฏิเสธความจริง (Denial) ในการแก้ไขปัญหาในช่วงแรก ซึ่งจริง ๆ แล้วเป็นผลดีในช่วงแรกที่ครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา บุคลากรการแพทย์ควรเข้าใจ รับฟังอย่างลึกซึ้ง (active listening) และเห็นอกเห็นใจ (empathy) จะเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการการปิดบังวินิจฉัย การเผชิญหน้าโดยตรง (confrontation) ไม่ช่วยทำให้สถานการณ์ดีขึ้น กลับทำให้เสียความสัมพันธ์ที่ดี แนวทางดังกล่าวอาจใช้เป็นแนวคิดในการจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างเหมาะสม

1. การปิดบังการวินิจฉัยเกิดจากความหวังดีของญาติ บุคลากรทางการแพทย์อาจแสดงให้ญาติเห็นว่า เข้าใจและแสดงความชื่นชมถึงความเป็นห่วงใยที่ญาติมีต่อผู้ป่วย ไม่ตัดสินว่าสิ่งที่ญาติทำเป็นเรื่องผิดจริยธรรม (non-judgment) จากจุดนี้ทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจได้ดี สุดท้ายแสดงให้ญาติเห็นว่า ทีมสุขภาพมีความต้องการที่จะช่วยเหลือเช่นกัน (create therapeutic alliance)³⁻⁵

2. พุดคุยกับญาติของผู้ป่วยถึงที่มาของความคิดที่ทำให้ญาติคิดว่าผู้ป่วยจะรับไม่ได้ เช่น ลักษณะบุคลิกนิสัยของผู้ป่วย (understanding relative perception)

3. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของการที่ผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยหรือพยากรณ์โรค

4. ถ้ามถึงความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะทราบการวินิจฉัยแล้ว ถึงแม้จะยังไม่ได้บอกโดยตรง เช่น อาการที่ผ่านมาแย่งเรื่อย ๆ สีหน้าท่าทางของญาติที่อาจทำให้ผู้ป่วยทราบเป็นนัย เป็นต้น

5. หาโอกาสที่จะได้พูดคุยร่วมกันทั้งผู้ป่วยและญาติ (dialogue) โดยอาจให้ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงความรู้สึกหรือความต้องการของตัวเอง รวมถึงความต้องการในการทราบการวินิจฉัย โดยบุคลากรทางการแพทย์อาจวางบทบาทเป็น facilitator มากกว่าที่จะมุ่งเน้นเรื่องการบอกความจริง การบอกความจริงอาจเป็นญาติที่สนิทหรือแพทย์ก็ได้ขึ้นกับความเหมาะสม

6. อาจไม่จำเป็นต้องบอกความจริงในทุกกรณี โดยชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และผลเสียของการเปิดเผยความจริง แต่สิ่งที่สำคัญคือ การดูแลต่อเนื่องยังคงดำเนินต่อไป

สรุป

การที่ญาติปิดบังการวินิจฉัยของแพทย์ต่อผู้ป่วย เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์ควรมีทักษะในการจัดการปัญหาดังกล่าว โดยกุญแจสำคัญคือ ความเห็นอกเห็นใจ และการรับฟังอย่างลึกซึ้ง ไม่ตัดสิน และเน้นที่ความช่วยเหลือ ตลอดจนเปิดโอกาสให้เกิดการพูดคุยระหว่างญาติและผู้ป่วย เพื่อให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Vandekieft G. Breaking bad news. Am Fam Physician 2001; 64:1975-8.
2. Chaturvedi S., Loisele C., Chandra P. Communication with relatives and collusion in palliative care: A cross-cultural perspective. Indian J Palliat Care 2009; 15:2-9
3. Janet Christie-seely. Working with the Family in Primary Care: A system approach to health and illness. London; 1984: 350-351
4. Doyle D., Hanks G., Cherny N., Calman K. Oxford textbook of palliative medicine 3rd edition. Oxford university press; 2004: 106
5. Feldman M., Christensen J. The Medical Interview. Behavioral Medicine in Primary Care. A practical guide. 1st edition. Appleton & Lange; 1997: 17-18.

ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว... ก้าวอย่างที่สำคัญกับยุคที่ดีๆ และอุดมการณ์ที่ไม่จางหาย

นพ. ปกรณ์ ทองวิไล

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา

ขณะที่ผู้อ่านกำลังถือวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้อยู่ในมือ ก็คงได้เห็นหรือกำลังได้เห็นการเปิดตัวอย่างเป็นทางการของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในงานประชุมวิชาการ “12 ปีกับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย” ซึ่งเป็นกิจกรรมวิชาการใหญ่ที่ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นผู้จัดร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายอีก 5 แห่ง นอกจากนี้ผู้อ่านจะได้เห็นหนังสือและสื่อต่าง ๆ อีกจำนวนหนึ่งที่เป็นผลงานชิ้นแรก ๆ จากสมาชิกชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

บทความนี้จะพาผู้อ่านไปทำความรู้จักกับชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และย้อนรอยถึงที่มาที่ไปและลำดับเหตุการณ์บางส่วนก่อนจะมาเป็นชมรมอย่างที่เห็นทุกวันนี้



ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว มีจุดเริ่มต้นจากการรวมตัวกันของกลุ่มอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความสนใจและกระตือรือร้นที่จะร่วมพัฒนาวิชาชีพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งได้เริ่มมีการรวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมครั้งแรกในปี พ.ศ. 2548

หลังจากนั้นก็มีการพบปะกันหรือทำกิจกรรมวิชาการร่วมกันเป็นระยะ ๆ

จนนำไปสู่การจัดตั้งเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภาคต่าง ๆ

มีการเริ่มต้นการทำจุลสารเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเป็นสื่อกลาง

นำเสนอผลงานที่เครือข่ายได้ทำ การทำเว็บไซต์ชมรมอาจารย์แพทย์

เวชศาสตร์ครอบครัว (www.stfmt.org) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติ

การเพื่อพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (5-weekends

workshop for faculty developments) และการจัดประชุม

วิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวประจำปี ต่อมาเครือข่ายดังกล่าว

ได้พัฒนาสู่การสร้างศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

5 ศูนย์ในภาคต่าง ๆ โดยมีผู้สนับสนุนหลักคือ พี่ใหญ่ใจดีของ

ชาวเวชศาสตร์ครอบครัว พญ. สุภัตรา ศรีวณิชชากร และทีมงาน

ในนามสำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) และต่อมา

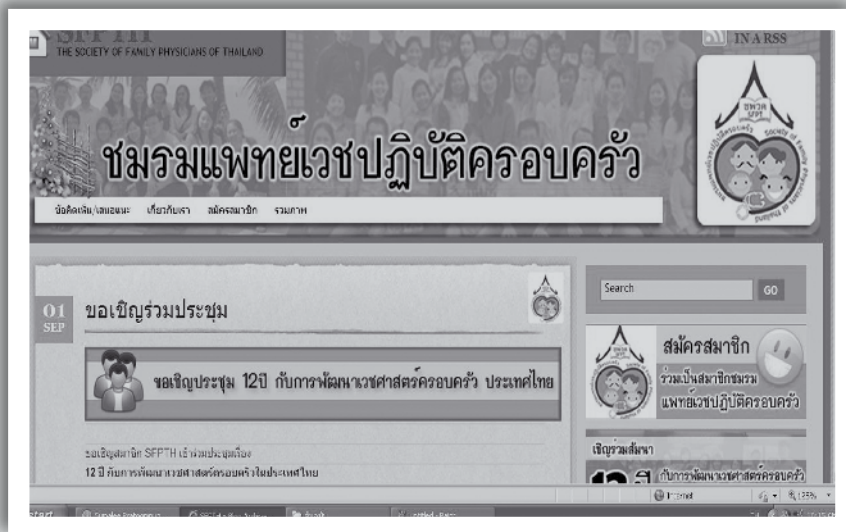
ตั้งอยู่ที่สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ทุกครั้งที่มีการพบปะกันไม่ว่าเพื่อทำกิจกรรมวิชาการหรือเพื่อพบปะสังสรรค์กัน จะมีสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นเป็นประจำ นั่นคือ การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานรวมถึงการเล่าสู่กันฟังถึงปัญหา ความอึดอัดคับข้องใจในการทำงานของแต่ละคน เช่น การที่ผู้บริหารไม่เข้าใจลักษณะของเวชศาสตร์ครอบครัว และมอบหมายงานที่ไม่ตรงกับวิชาความรู้ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ระหว่างวันที่ 7-8 พฤศจิกายน 2552 ณ โรงแรม Golden Cliff House พัทยาได้ก็เช่นเดียวกัน ประเด็นหลักในการพูดคุยระบายความในใจครั้งนั้นคือความอึดอัด ไม่สบายใจกับการดำเนินงาน in-service training แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในขณะนั้น ซึ่งได้นำไปสู่ข้อสรุปอย่างหนึ่งคือ การที่ทิศทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศถูกกำหนดโดยผู้ที่ไม่มีความเข้าใจเวชศาสตร์ครอบครัว และปัญหาและความต้องการของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างแท้จริง ส่วนแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติครอบครัวจริง ๆ ไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ เหล่านี้มากนัก เนื่องจากไม่มีตัวองค์กรที่เข้มแข็งชัดเจน ในที่สุดประเด็นนี้ได้จุดประกายให้เกิดแนวคิดที่จะจัดตั้งองค์กรขึ้นมาเป็นตัวแทนชาวเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายระดับประเทศในการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว

จากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการในครั้งนั้นได้มีการต่อยอดความคิดโดยมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางมากขึ้นในการประชุมหรือการพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในวันที่ 14 มกราคม 2553 ณ ห้องประชุมสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน ศาลา มหาวชิราลงกรณ กรุงเทพมหานคร ภายใต้วาระการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวเพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว ในที่สุดประเด็นการจัดตั้งองค์กรตัวแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น และได้ข้อสรุปว่าจะมีการจัดตั้งชมรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ชื่อชั่วคราว) และได้มีการกำหนดรายชื่อคณะทำงานในเบื้องต้นด้วย

และในการประชุมครั้งถัดมาคือในวันที่ 4-5 พฤษภาคม 2553 ณ นนทบุรี รีสอร์ท จังหวัดนนทบุรี ได้มีการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และสิ่งคุกคาม (SWOT analysis) ในการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว และสานต่อประเด็นการจัดตั้งชมรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยลงรายละเอียดมากขึ้น ตั้งแต่การตั้งชื่อชมรมอย่างเป็นทางการ การจดทะเบียนชมรม การกำหนดบทบาท วัตถุประสงค์และคณะกรรมการบริหารของชมรม และที่ประชุมได้ตกลงที่จะใช้ฤกษ์อันเป็นมงคลอย่างยิ่ง ในวันที่ 5 พฤษภาคม 2553 ซึ่งเป็นวันฉัตรมงคล เป็นวันถือกำเนิดของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และนับการประชุมในครั้งนั้นเป็นการประชุมครั้งปฐมฤกษ์ของชมรม

ในส่วนของการตั้งชื่อชมรมนั้น ได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางจากหลายชื่อที่สมาชิกเสนอขึ้นมา แต่สิ่งที่เสียงส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันคือต้องการให้ชมรมเป็นองค์กรสำหรับแพทย์ที่ทำงานในลักษณะที่เรียกว่า **เวชปฏิบัติครอบครัว** โดยไม่จำกัดดูเฉพาะต้องมีวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติบัตร นั้นหมายความว่า แม้แต่แพทย์ที่ไม่มีวุฒิทั้งสองอย่างดังกล่าว แต่ทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว ก็สามารถร่วมเป็นสมาชิกชมรมได้ ดังนั้นจึงได้ข้อสรุปว่าชมรมจะใช้ชื่อว่า **ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Society of Thai Family Physicians, STFP)** เพื่อสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดยอาจเรียกชื่อเล่นแบบง่าย ๆ ว่า **“ชมรมหมอครอบครัว”**



ชมรมหมอครอบครัวมีวัตถุประสงค์ในการเป็นสื่อกลางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความสามัคคีในในหมู่แพทย์ที่ทำงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว เสริมสร้างความเข้าใจในงานเวชปฏิบัติครอบครัวให้กับสาธารณะ และสนับสนุนการทำงานและการพัฒนาของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในทิศทางที่เหมาะสม โดยเป็นกลไกในการประสานงาน เชื่อมโยงและร่วมงานกับองค์กรต่าง ๆ รวมไปถึงราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ชมรมมิได้มีเจตนาที่จะทำงานแข่งกับราชวิทยาลัยฯ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในด้านการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในทางตรงกันข้าม ชมรมฯ มีความมุ่งมั่นที่จะร่วมงานกับราชวิทยาลัยฯ และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในการที่จะพัฒนานิเวศน์แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวของประเทศไทยให้เป็นที่พึงและเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป

คณะกรรมการชุดก่อตั้งได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นเอกฉันท์จากที่ประชุมให้บริหารและดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของชมรมฯ โดยมี นพ. สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ เป็นประธาน และ พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และพญ. สายพิน หัตถิรัตน์เป็นที่ปรึกษา ส่วนรายละเอียดชื่อกรรมการท่านอื่น ๆ ของชมรม ผู้อ่านสามารถหาอ่านได้จากเอกสารต่าง ๆ ของชมรมและบนเว็บไซต์ <http://www.sfpth.org>

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวส่วนใหญ่มองมีความยินดีที่จะมีองค์กรมาเป็นสื่อกลางในการเชื่อมความสัมพันธ์กันภายในหมู่คณะ และประสานและทำความเข้าใจกับสาธารณะและองค์กรภายนอก เพราะเป็นสิ่งที่อยากเห็นมานาน และในที่สุดก็เกิดขึ้นจริงได้ แต่สิ่งสำคัญไม่น้อยไปกว่าการมีชมรมฯ คือ การมีส่วนร่วมจากแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในการทำงาน เข้าร่วมกิจกรรม แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวในภาพรวม เพื่อให้ทุกชาติ ๆ ไม่สูญเปล่า และก้าวเดินที่สำคัญก้าวนี้เป็นก้าวที่มั่นคงแข็งแรงของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวต่อไป

UK and Thailand: Similarities and Differences in Family Medicine

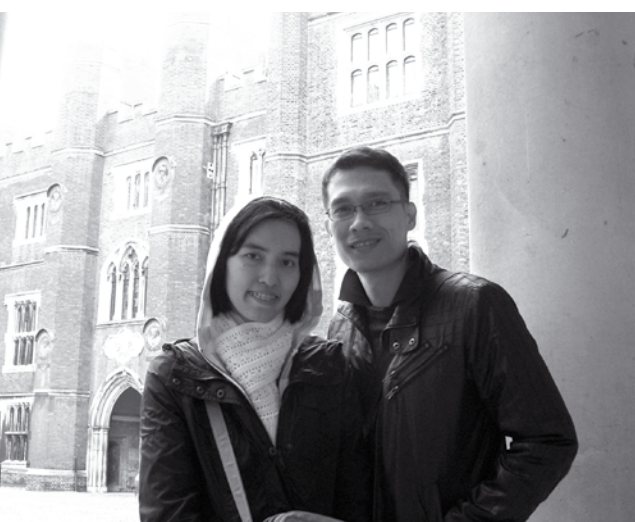
นพ. กรกช ศรีเกื้อ

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

I am a young family doctor who has completed three years family medicine residency programme and I have worked as a family doctor in Had Yai Hospital, which located in southern part of Thailand. And I also work in community at Community Medical Unit. Although family medicine in Thailand started around ten years ago, but most Thai people hardly heard about the family doctor. Therefore when I introduced myself to patients or friends, they wondered what is family doctor. Because we are not as well known as other specialist and the family practice is not fully integrated. and although we try to practice as a team I would like to be able to do better.

I have known that the UK model integrates various aspects of family medicine to provide a comprehensive care service. Therefore I would like to see several views for myself such as home visits, palliative care and care of the elderly. I would also like to gain more experience of health education and promotion and want to see how UK manages and refer between the communities and the hospitals. I hope that I can improve my own knowledge and confidence so that I can bring some ideas back to my country and integrate them into my practice so that I can be able to provide my patients better service. For this reason I applied for the International Travel Scholarships of The Royal College of General Practitioners (RCGP) and I got the scholarship.

Dr. Garth Manning acted as an overall advisor. He contacted Dr. Chris Walker who is a general practitioner in Wolverhampton, West Midlands UK, to be my educational supervisor. I was attached to practices with links to hospices and hospitals. I spent my whole time practicing at Prestwood Road West Surgery, Bushbury Surgery, Bilbrook Medical centre, Phoenix out-of-hours Clinic, Compton Hospice and New Cross Hospital. I learned about the day by day function of family doctors, palliative doctors and their teams in April 2010.





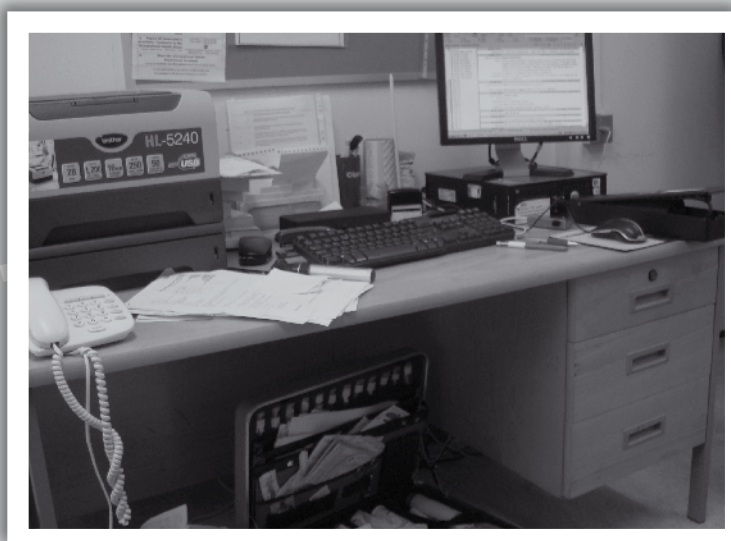
After 4 weeks of working as a team of general practitioners there, I have learnt about the role of them. The roles are as follows:

1. The consultation seeks to manage a pre-existing condition or to make an effective diagnosis of a current problem. They perform history taking, physical examination (e.g. vital signs measurement, neurological signs evaluation) and investigation (e.g. urine analysis, peak flow measurement, ultrasound)
2. The consultation may lead to a combination of advice, a prescription, treatment, or referral to a specialist.
3. They provide advice and treatment for every age group, gender and diseases. They perform minor surgery such as removal of warts, nails and wound care as well.
4. They act like a gatekeeper to the others health care provider because general practitioners are doctors who refer patients to specialists.
5. The consultations are not limited only to surgeries. They also visit patients at their home, day care, nursing care, branch surgery, walk-in clinic and residential care. They are on-call doctor as well.
6. General practitioners follow up and deal with long term conditions such as people at risk of heart disease, diabetes, asthma and other long term chronic illness with many developing active disease management programmes. Some patients return from hospital to general practitioners for follow up after they have completed the hospital treatment.
7. They are the leader of primary health care team and palliative care team of medical centre. Their team consist of general practitioners, general practitioner registrars, practice managers, practice nurses, district nurses, midwives, dieticians, health visitors and reception staff.

Furthermore, I spent time at a hospice which we do not have in Thailand. Their aim is to improve or maintain the patient's quality of life and independence when patients have an illness that is not likely to be cured. They work in teams and the team support patients, patient's relatives and care givers. The team included palliative care physicians, clinical nurse specialists (e.g. lymph oedema nurses), occupational therapists, physiotherapists, complementary therapists, social workers, bereavement service co-ordinators and volunteers. Compton Hospice applies the Liverpool Care Pathway to a comprehensive care. In addition they utilise guidelines for management of pain, nausea, vomiting, agitation and respiratory tract secretions in the dying phase.

After one month of learning. I detected three main differences in family medicine between UK and Thailand: health system, team work and duration of consultation.

First of all, the health system of UK provides the same health scheme to all people through the National Health Service (NHS). Patients employ the primary care service where they are registered. In contrast, Thailand has Universal Health Care Coverage (UC) for everyone who is not government officers or employee. Government officers have government officer health insurance and employees have social health insurance. Although the largest population use the free of charge services under UC, but they receive the smallest privilege. Because most of medications for them are local made drugs and some operation instruments for them are out of date. Moreover they feel that health care provider care for them like an inferior person. Therefore lots of patients do not use the public primary care unit where they registered. They prefer pay out of pocket costs to the health care provider where they feel better. This different health system affects the gatekeeper function of the family doctor in Thailand which is a more difficult task than in UK.



The second difference is team work. Numerous primary care units in Thailand designed to provide mobile clinics consisting of doctors, nurses, pharmacists from a hospital and health care workers from a health care centre. While the hospitals and the health care centres in Thailand operate with the different organisation, UK primary health care team forming from the same organisation. For this reason in Thailand the role of the manager who can work harmoniously with organisations within the primary care unit to meet the needs of individual patients and communities is harder than in the surgery in the UK.

Finally, duration of consultation in public primary care service in Thailand is very short when compare with UK because an appointment is not requirement and the team can not limit number of patients. Therefore family doctors have to control duration of consultation as short as they can. A typical visit lasts about 3-5 minutes. For this reason most of the doctors select only the serious complicated patients for a comprehensive care. In my opinion, the appropriate length of consultation time is important to provide comprehensive care.

In conclusion, all of family doctors address the unselected health problems of a whole population; it does not exclude certain categories of the population because of age, sex, social class, race or religion, or any complaint or health related problem. They propose to be care provider, decision maker, communicator, community leader and manager in primary health care. I understand deeply these roles from family practice in the UK and I have gained valuable experiences from the hospice and unforgettable friendships during the UK visit. I received all these wonderful experiences because of the International Travel Scholarships.

หมายเหตุ:

นพ. กรกช ศรีเกื้อ ได้รับทุน *International Travel Scholarships* จากโครงการ *International Travel Scholarships* ซึ่งสนับสนุนโดย *The Royal College of General Practitioners (RCGP)* สหราชอาณาจักร โดยมี *Dr. Garth Manning* เป็นหัวหน้าโครงการ ทุนนี้กำหนดเปิดรับสมัครช่วงเดือนกุมภาพันธ์และเดือนกันยายน
ผู้สนใจศึกษารายละเอียดได้ที่ www.rcgp.org.uk หรือขอคำปรึกษาได้ที่ **Dr. Garth Manning**
Email: Dr.Garth.Manning@rcgp.org.uk

ประสบการณ์การศึกษาดูงาน ณ เมืองเซฟฟีลด์ ประเทศสหราชอาณาจักร

นพ. โกดิน ศักรินทร์กุล

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

บทความนี้เป็นการถ่ายทอดประสบการณ์การศึกษาดูงานโดยทุน International Travel Scholarship เกี่ยวกับเวชปฏิบัติครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยในคลินิกระดับปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ณ เมืองเซฟฟีลด์ สหราชอาณาจักร ที่มีการรวมตัวกันของสหวิชาชีพ และทำงานกับมหาวิทยาลัย เพื่อให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ให้เหมาะสมกับบริบท เช่น การประยุกต์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care ขององค์การอนามัยโลกในการดูแล

บทนำ

ก่อนการสมัคร International Travel Scholarship (ITS) นั้น ผู้เขียนได้ทราบข่าวว่า ทาง Health Care Reform Project (HCRP) ได้ประกาศรับสมัครแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่เป้าหมายเพื่อไปศึกษาดูงาน ณ ประเทศสหราชอาณาจักร จึงได้สอบถามไปยัง HCRP ว่าพื้นที่รับสมัครคือที่ใดบ้าง แม้ว่าจังหวัดลำพูนที่ผู้เขียนทำงานอยู่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย แต่เจ้าหน้าที่ของ HCRP ก็ได้ให้ความกรุณา ขอให้ผู้เขียนส่ง Curriculum Vitae (CV) ให้กรรมการดูเพื่อพิจารณาด้วย ครั้นเมื่อถึงเวลาสัมภาษณ์กับกรรมการโดยคัดเลือกผ่านทางโทรศัพท์ในรอบแรก ผลปรากฏว่าก็ยังไม่ได้รับการคัดเลือกแต่อย่างใด หลังจากนั้นไม่นาน Dr.Garth Manning ได้โทรศัพท์มาสอบถามถึงความต้องการอีกครั้งพร้อมทั้งส่งใบสมัครทุน ITS ให้ทาง e-mail และทางจดหมาย ซึ่งผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับทุนสูงสุด 1000 ปอนด์ และในการพูดคุยครั้งนั้นได้บอกกับ Dr.Garth ตรง ๆ ว่า มีภาระทางการเงินซึ่งอาจทำให้ทุนที่ได้รับ 1000 ปอนด์นั้นไม่เพียงพอต่อการศึกษาดูงานในระยะเวลา 1 เดือน Dr.Garth จึงบอกว่าจะพยายามหาทุนเพิ่ม ขอให้ลองส่งใบสมัครมาก่อน ผู้เขียนจึงได้ตัดสินใจส่งใบสมัครไป สุดท้ายผลปรากฏว่าได้รับทุน ITS และ The Katharina Von Kuenssberg and John J Ferguson Award รวม 2000 ปอนด์ จึงขอขอบคุณ Dr.Garth และผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมากที่ทำให้ได้รับโอกาสนี้



หลังจากได้รับทุน Dr.Garth Manning และ คุณ Monica Burns ได้เดินทางมาพูดคุยที่ โรงพยาบาลลำพูนถึงรายละเอียดต่าง ๆ รวมถึงกำหนดวันเวลา และหัวข้อที่ต้องการไปศึกษาดูงาน ผู้เขียนจึงได้บอกกับ Dr.Garth ว่ามีความสนใจเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย Dr.Garth ยินดีที่จะประสานงานให้ ต่อมาจึงได้รับแจ้งว่าได้ประสานกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner, GP) ที่เมือง Sheffield ประเทศสหราชอาณาจักรให้แล้ว ผู้เขียนจึงได้ประสานกับอาจารย์พี่เลี้ยง (Mentors) ผ่านทาง e-mail และติดต่อประสานงานเรื่องการทำ VISA เพื่อขออนุมัติเดินทางไปต่างประเทศ

ข้อมูลการศึกษาดูงาน

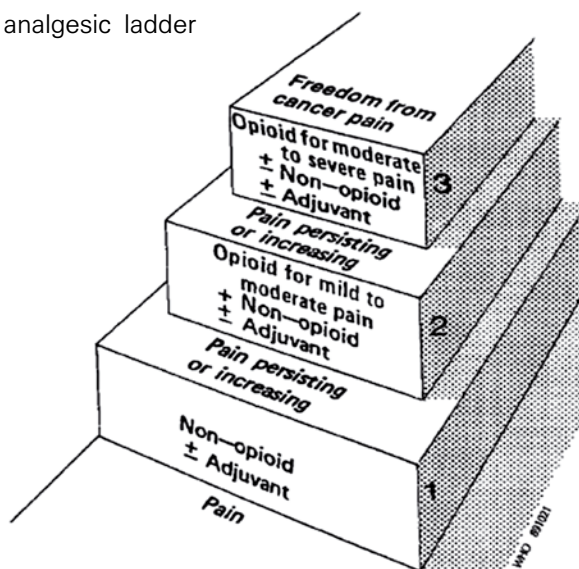
เป็นโชคดีของผู้เขียนที่ได้ศึกษาดูงานในเรื่องที่ตนเองสนใจทั้ง 2 เรื่องคือ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การศึกษาดูงานจึงถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนตามหัวข้อการศึกษาดูงานด้วย กล่าวคือ ส่วนที่ 1 การศึกษาดูงานการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 การศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ส่วนที่ 1 ศึกษาดูงานการดูแลผู้สูงอายุ ได้ไปศึกษาที่ Academic Unit of Primary Care (AUPMC) ของ Sheffield University ซึ่งมี Prof. Nigel Mathers เป็น Director และเป็นแพทย์พี่เลี้ยงด้วย กิจกรรมที่ทาง Prof. Nigel จัดให้นั้น เป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลายทั้งกิจกรรมการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ GP การศึกษาหลังปริญญา การศึกษาหลักสูตรปริญญาเอก (ท่านผู้อ่านสามารถศึกษากิจกรรมเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.sheffield.ac.uk/medicine/research/aupmc>) โดยได้รับความช่วยเหลือจาก Assoc.Prof. Dr.Ng Chirk Jenn อาจารย์จาก Department of Primary Care Medicine, Faculty of Medicine Building,

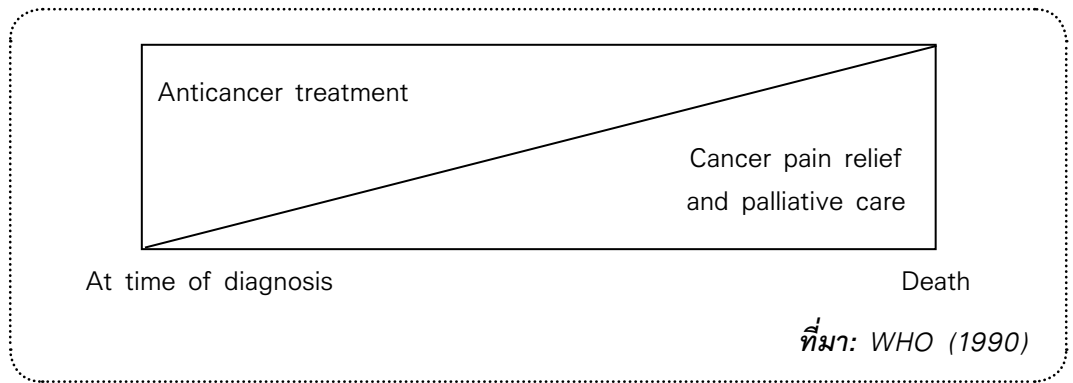
University of Malaya ประเทศมาเลเซีย ซึ่งมาศึกษาต่อระดับปริญญาเอกที่นี่เป็นผู้ให้การอธิบายให้ความกระจ่างเกี่ยวกับระบบการเรียนการสอนของที่นี่ นอกจากนี้ Prof. Nigel ยังได้จัดกิจกรรมในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป (Surgery) ซึ่งลักษณะการทำงานที่คลินิกไม่ต่างจากที่ นพ. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ^{1,2} นพ. กฤษณะ สุวรรณภูมิ และ คุณวรวรรณ ตุลยสุข³ ได้เคยเขียนไว้ในวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว แตกต่างกันตรงที่ตนเองได้ไปฝึกงานหลาย Surgery ได้แก่ Nethergreen Surgery, The Health Care Surgery, The Hollies Medical Centre, Tramways Medical Centre ซึ่งแพทย์พี่เลี้ยงที่ศึกษาดูงานด้วยใน Surgery ที่กล่าวมาล้วนปฏิบัติงานเวชปฏิบัติทั่วไปในคลินิกและปฏิบัติงานใน University of Sheffield ในรูปแบบของการเซ็นสัญญากับมหาวิทยาลัยเพื่อการสอนนักศึกษาแพทย์หรือทำงานเป็น Lecturer หรือ Researcher ใน area ที่ตนเองสนใจ เช่น Dr.Chris Barclay สนใจเรื่องการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน จึงได้ร่วมทำ Project ISIAH2, Dr.Henry Smithson สนใจเรื่อง Epilepsy, Dr.Alastair Bradley สมัครเป็นผู้ช่วยวิจัย สิ่งนี้ทำให้แพทย์ GPs มีการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการอยู่ตลอดเวลา

ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ Sheffield Macmillan Unit of Palliative Care (SMUPC) ในโรงพยาบาล Northern General Hospital ใน University of Sheffield (ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.sheffield.nhs.uk/palliativecare/macmillanunit.php>) โดยมี Dr.Bill Noble เป็นอาจารย์พี่เลี้ยง และศึกษาดูงานที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลายศูนย์ เช่น St. Luke's Hospice, Barnsley Hospice เป็นต้น ทั้งนี้แนวคิดการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของเมืองเซฟฟิลด์ (Sheffield) ประเทศสหราชอาณาจักรประยุกต์มาจากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1990) ซึ่งได้จัดทำรายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญและตีพิมพ์ในรายงานที่ชื่อว่า "Cancer Pain Relief and Palliative Care"⁴ ซึ่งเป็นที่มาของ The WHO three-step analgesic ladder pain ที่ใช้เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด

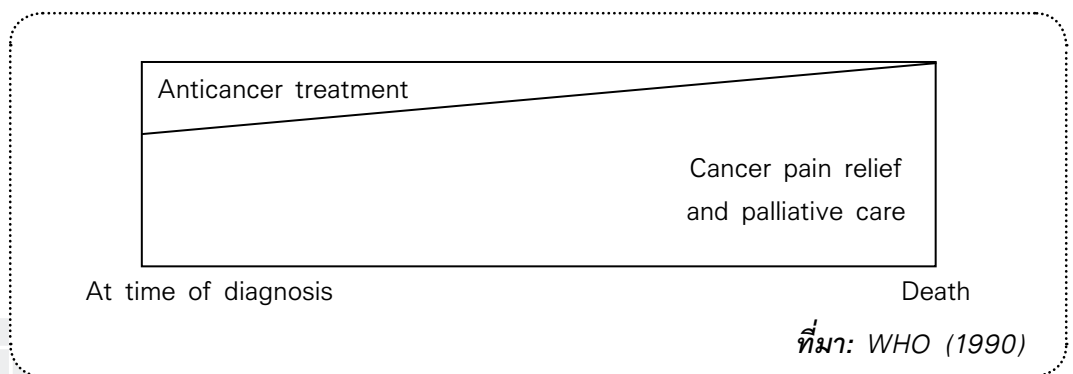
The WHO three-step analgesic ladder



ที่มา: WHO (1990)



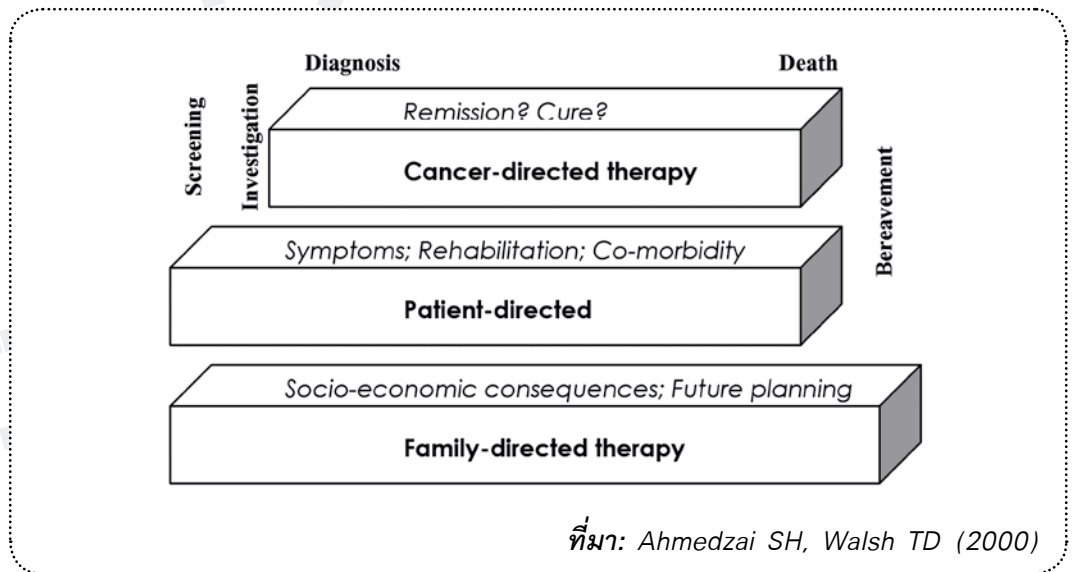
ภาพที่ 1 Proposed allocation of cancer resources in developed countries



ภาพที่ 2 Proposed allocations of cancer resources in developing countries

ในรายงานฉบับเดียวกันนี้ยังได้มีการกล่าวถึงแนวคิดในการรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมแก่ประเทศที่พัฒนาแล้ว (ภาพที่ 1) และประเทศกำลังพัฒนา (ภาพที่ 2) ซึ่งเมื่อใดก็ตามที่มีการวินิจฉัยมะเร็งเมื่อนั้นการรักษามะเร็ง และการบรรเทาอาการปวดรวมถึงการดูแลแบบประคับประคองต้องดำเนินไปด้วยกัน แต่มีความแตกต่างกันในแต่ละระดับ (หรือความเข้มข้น) ของการรักษามะเร็ง และการดูแลแบบประคับประคองตามแต่ศักยภาพของระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่

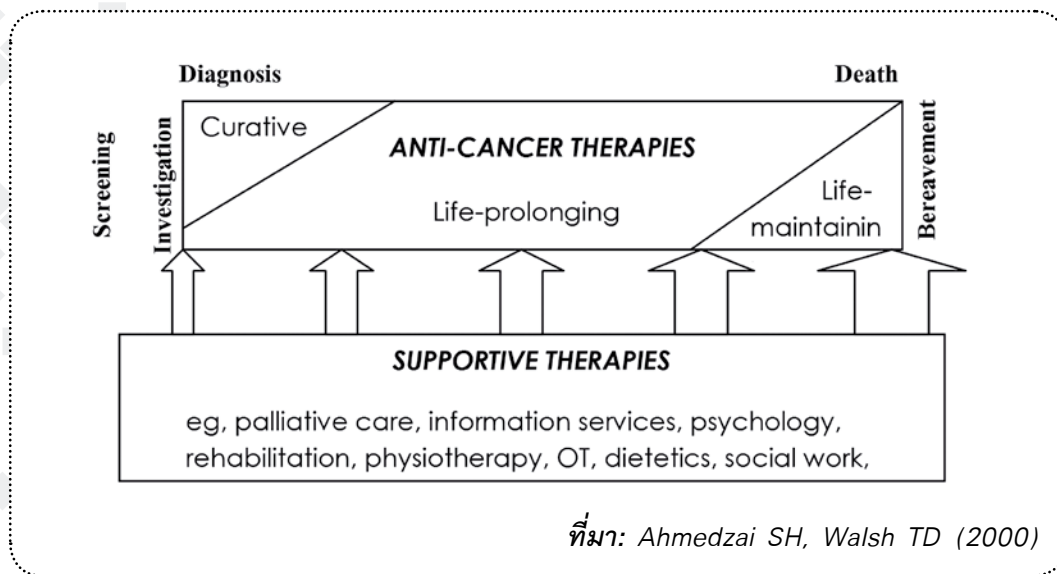
แม้ประเทศสหราชอาณาจักรจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ไม่ได้ดำเนินการตามภาพที่ 2 ทั้งนี้กลุ่มการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองเมืองเซฟฟิลด์ (Sheffield Palliative Care Studies Group, SPCSG) ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพนำโดยคณาจารย์ของ Department of Palliative Medicine University of Sheffield แพทย์ใน Northern General Hospital และ Royal Hallamshire Hospital และในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Centre) รวมทั้งผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ได้ร่วมกันออกแบบแนวคิดการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยประยุกต์แนวคิดของ WHO ข้างต้น โดยแยกออกเป็น 2 ระยะ (stages)⁵ โดยในระยะแรก (ภาพที่ 3) มุ่งเน้นไปในการรักษาโรคหลักที่จำกัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แยกการรักษาแบบประคับประคองออกจากการรักษาโรคหลัก (เช่น การผ่าตัด ฉายแสง ให้ยาเคมีบำบัด) เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการประเมินผู้ป่วย ครอบครัว มุ่งเน้นรักษาอาการที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวโรคเอง และจากการ



ภาพที่ 3 Sheffield model for supportive care-part 1: separating disease-directed and supportive care needs

รักษาของแพทย์เฉพาะทางอื่น (เช่น Surgeon Oncologist Radiotherapist) โดยประเมินจากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ทั้งความต้องการการรักษาที่เหมาะสม ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการการวางแผน ความต้องการการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงความต้องการการดูแลประคับประคองขณะที่เผชิญกับความตายและการสูญเสียของผู้ป่วย จากนั้นจึงระดมทรัพยากรทั้งหลายที่เกี่ยวข้องในการดูแลจากโรงพยาบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครือข่ายองค์กรทางสังคมในชุมชนเพื่อให้ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม





ภาพที่ 4 Sheffield model for supportive care-part 2: Integrating disease-directed and supportive therapies

ระยะที่สอง (ภาพที่ 4) เป็นการระบุงการรักษารหรือบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่าเป็นไปเพื่อการรักษา (Curative) ซึ่งข้อสรุปที่ได้เกิดจากการพูดคุยให้ข้อมูลและตกลงกันตามหลักการแพทย์ตะวันตกผนวกกับความคาดหวังหรือมุมมองที่ผู้ป่วยหรือญาติแสดงออกมาต่อแผนการรักษาที่แพทย์เสนอการยืดชีวิต (Life-prolonging) หมายถึงหัตถการหรือยาที่จะทำให้โอกาสรอดเพิ่มมากขึ้น เช่น การผ่าตัด ฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัด และการประคับประคองชีวิต (Life-maintaining) หมายถึง หัตถการหรือการรักษาที่นำมาซึ่งความสุขสบายแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การฟอกเลือดเป็นต้น ทั้งนี้การดำเนินการจะประกอบไปด้วยทีมสหวิชาชีพ ที่ให้บริการตั้งแต่เริ่มการคัดกรอง วินิจฉัย รักษา จนกระทั่งการดูแลหลังการเสียชีวิต

ทั้งนี้การดำเนินการในกระบวนการต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะอ้างอิงหลักฐานทางการแพทย์ทั้งทางชีวการแพทย์ สังคมวิทยาการแพทย์ รวมถึงศาสตร์แขนงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีความสอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่กำหนดโดย National Institute for Clinical Excellence (NICE)⁶ และสอดคล้องกับมาตรฐานที่ร่วมกันจัดทำขึ้นมา⁷ เพื่อประเมินการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย

สรุป

การศึกษาดูงานการแพทย์ปฐมภูมิ ณ ประเทศสหราชอาณาจักร นับเป็นโอกาสที่ดีที่ทำให้ได้เรียนรู้และเข้าใจถึงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่เกิดจนตายอย่างมีคุณภาพ หากระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยมีการพัฒนาโดยประยุกต์หลักฐานทางการแพทย์ให้ใช้ให้เหมาะกับบริบทของประเทศแล้ว จะช่วยให้การพัฒนามาเป็นไปอย่างยั่งยืน



เอกสารอ้างอิง

1. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษสู่...การพัฒนาประเทศไทย (ตอนที่ 1). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine). 2009; 1(1): 56-66
2. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษสู่...การพัฒนาประเทศไทย (ตอนที่ 2). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine). 2009; 1(2): 62-69.
3. กฤษณะ สุวรรณภูมิ และวรวรรณ ตุลยสุข. การศึกษาดูงานเวชปฏิบัติทั่วไป ณ Townhill Medical Practice ประเทศอังกฤษ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine). 2009; 1(2): 71-74.
4. World Health Organization Expert Committee. Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series 804. Geneva: World Health Organization 1990: 11-19.
5. Ahmedzai SH, Walsh TD. Palliative medicine and modern cancer care. Semin Oncol. 2000 Feb; 27(1):1-6.
6. National Institute for Clinical Excellence. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer: The Manual [Guidance on Cancer Services on the internet]. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004 [cited 2009 Nov 17]. Available from: <http://www.nice.org.uk/>.
7. Ahmedzai SH, Hunt J, Keeley V. Palliative Care Core Standards: A Multidisciplinary Approach. 2nd ed. Sheffield: The University of Sheffield; 1998.

หมายเหตุ:

นพ. โกคิน ศักรินทร์กุล ได้รับทุน International Travel Scholarships จากโครงการ International Travel Scholarships ซึ่งสนับสนุนโดย The Royal College of General Practitioners (RCGP) สหราชอาณาจักร โดยมี Dr. Garth Manning เป็นหัวหน้าโครงการ ทุนนี้มีการกำหนดเปิดรับสมัครช่วงเดือนกุมภาพันธ์และเดือนกันยายน

ผู้สนใจศึกษารายละเอียดได้ที่ www.rcgp.org.uk หรือขอคำปรึกษาได้ที่ Dr. Garth Manning Email: Dr.Garth.Manning@rcgp.org.uk

Palliative Care แบบไทย ๆ จากโลกออนไลน์

สุมาลี ประทุมพันธ์

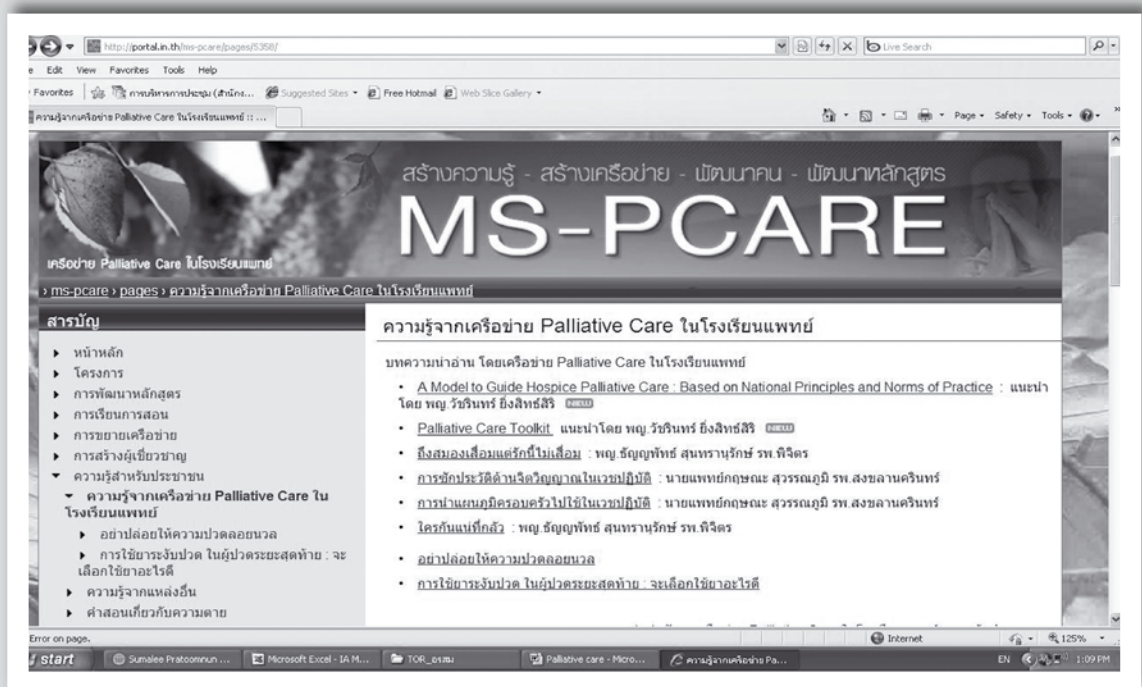
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ไม่ว่า Palliative Care จะแปลว่าอะไรก็ตาม แต่เห็นได้ชัดว่า Palliative Care กำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเองก็สนับสนุนงานด้านนี้ ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนก็คือการเปิดตัวบล็อก NHSO Palliative Care Network เพื่อรวบรวมข้อมูล ความรู้ บทความเกี่ยวกับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care จากบุคลากร โรงพยาบาล หรือหน่วยงานต่างๆ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ ทั้งจากเครือข่ายและประชาชนทั่วไป สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพก็สนับสนุนโรงเรียนแพทย์ให้ดำเนินงานด้านนี้เช่นกัน ขณะเดียวกันองค์กรและบุคลากรทางการแพทย์เองต่างก็เปิดช่องทางสื่อสารเรื่องราวของ Palliative Care กันอย่างคึกคักเช่นกัน

Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์

เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (Medical Schools Palliative Care Network, MS-PCARE) มีช่องทางสื่อสารหลักคือ เว็บไซต์ <http://portal.in.th> เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายและครอบครัวสำหรับประชาชน ประสานและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องสำหรับเครือข่ายและบุคลากรสุขภาพที่ทำงานด้านนี้ โดยได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท) และกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การก่อตัวของเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นการสัมมนาการบูรณาการ palliative care เข้ากับหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เป็นเจ้าภาพ เมื่อวันที่ 18-19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ซึ่งมีข้อสรุปว่า palliative care เป็นรูปแบบที่ดีที่สุดอันหนึ่งในการสอนแพทยศาสตรบัณฑิต เป็นการเรียนรู้โดยบริบทที่ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจการเป็นแพทย์ (medical professionalism) ทักษะการสื่อสาร การดูแลอย่างเป็นองค์รวม การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ และการสร้างเสริมสุขภาพ ต่อมากลุ่มอาจารย์แพทย์นำโดย นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้จัดประชุมวิชาการและประชุมเชิงปฏิบัติการอีกหลายครั้ง ได้แก่ การประชุมวิชาการหัวข้อ End of Life Care: Improving Care for the Dying ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 19 - 20 ธันวาคม พ.ศ. 2548 และการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับอาจารย์แพทย์หัวข้อ Palliative Care for Health Educators ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 29 ตุลาคม - 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 มีวิทยากรจาก Asia Pacific Hospice Palliative Care Network โดยการสนับสนุนจาก กสพท. และ สสส.



<http://portal.in.th>

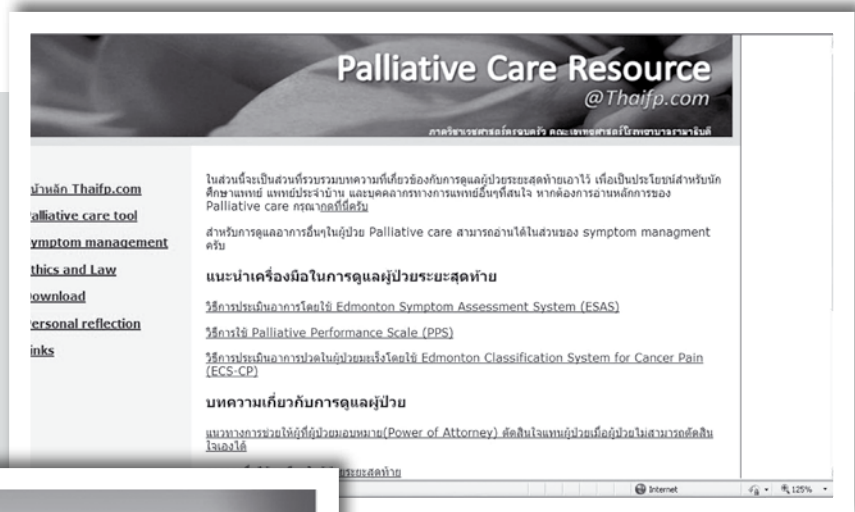
เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้นอย่างจริงจังหลังจากนั้นโดยการสนับสนุนของ สสส. โดยเป็นส่วนหนึ่งในแผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ระยะ 4 ของ กสพท. มีระยะเวลาดำเนินงาน 3 ปี (2552 - 2555) มี นพ. เต็มศักดิ์ ฟังรัศมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นประธาน นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นรองประธาน มีเป้าหมายเพื่อสร้างคนซึ่งมีเจตคติและศักยภาพในการดูแลรักษาเกื้อกูลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สร้างความรู้และหลักสูตรที่เหมาะสมสำหรับดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมในบริบทของสังคมไทย

เครือข่าย Palliative care ในโรงเรียนแพทย์ มีกิจกรรมหลัก 5 ด้าน ประกอบด้วย

1. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตร palliative care
2. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)
3. การจัดการเรียนการสอนด้าน palliative care
4. การขยายเครือข่าย Palliative care ในโรงเรียนแพทย์
5. การพัฒนาต่อยอดสร้างผู้เชี่ยวชาญด้าน Palliative care และการบริหารโครงการ

โดยมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนคือ ด้านการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตร palliative care มี นพ. จิโรจน์ สุรพันธุ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นประธาน ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดการเรียนการสอน มี นพ. กฤษณะ สุวรรณภูมิ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นประธาน ด้านการขยายเครือข่าย Palliative ในโรงเรียนแพทย์ มี นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นประธาน และการพัฒนาต่อยอดสร้างผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care มี พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นประธาน ผู้สนใจสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ <http://portal.in.th>

<http://gotoknow.org/blog/pcarepal>



<http://www.thaifp.com>



Palliative Care Resource

แหล่งข้อมูลและองค์ความรู้เกี่ยวกับ Palliative Care ของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวของ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถเข้าสู่เว็บไซต์ได้ที่ <http://www.thaifp.com> ที่แห่งนี้ เป็นที่รวบรวมบทความที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งเรื่องแนวทางการดูแลและเครื่องมือ ต่างๆ เพื่อให้นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่สนใจเข้าไปศึกษาได้

เพื่อน PAL

เป็นบล็อกที่อัดแน่นด้วยความรู้และเรื่องราวของผองเพื่อนเกี่ยวกับ Palliative Care ของ นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งวิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภูธรด้าน Palliative Care คนหนึ่ง ของเมืองไทย สนใจเปิดเข้าไปได้ที่ <http://gotoknow.org/blog/pcarepal>



Remember me

จะมีอะไรสำคัญกว่านี้ เมื่อไม่มีเราอยู่

พ.ญ. ดาริน จตุรภัทรพร

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

ฉันนึกถึงเรื่องราวในหนังเรื่องนี้ เมื่อได้รับมอบหมายให้เขียนบทความเกี่ยวกับ End of Life Care ในภาพยนตร์ อาจเป็นเพราะการพลิกบทบาทครั้งใหญ่ของ Robert Pattinson จากบทแวมไพร์อันโด่งดังใน Twilight มาเป็นชายหนุ่มมีปัญหาที่ทำให้ภาพยนตร์เรื่องนี้ น่าสนใจมากขึ้น นอกเหนือไปจากนั้น **Remember me** ยังเป็นเรื่องของความเกี่ยวโยงกันของ **“End of life”** ของคน 3 คน ได้แก่ แม่ของนางเอก พี่ชายของพระเอก และ พระเอก ที่ทำให้เกิดพล็อตหนังเรื่องนี้ขึ้น

หนังเริ่มขึ้นด้วยฉากอันระทึกขวัญที่สถานีรถไฟในนิวยอร์กเมื่อ แอลลี (นางเอกของเรื่อง) ในวัยเด็กต้องสูญเสียแม่ไปต่อหน้าต่อตาหลังโจรวัยรุ่นฉวยตัววิ่งราวกระเป๋ายิงแม่ของเธอล้มลงที่สถานี **“End of life”** แบบกะทันหันของผู้หญิงคนหนึ่งที่เป็นทั้งแม่และภรรยาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อคนในครอบครัวอย่างมากมาย แอลลีเติบโตเป็นผู้หญิงสาวที่ไม่นิ่งรถไฟใต้ดินในนิวยอร์กก็กลืนชีวิตที่เหลืออยู่ มีพ่อขับรถไปส่งที่มหาวิทยาลัยทุกวัน (ซึ่งออกจะผิดธรรมชาติของเด็กวัยรุ่นต่างประเทศที่มักแยกออกมาอยู่เองและช่วยเหลือตัวเอง) หากไปเที่ยวกับเพื่อนต้องกลับดึกแอลลีจะเรียกแท็กซี่กลับบ้านเสมอ หากเราไม่รู้ที่มาที่ไปของครอบครัวนี้ คงรู้สึกว้าวุ่นประหลาดประหลาดลูกสาวเกินไป

ไม่มีใครรู้ว่าความรุนแรงของเหตุการณ์ตอนที่แม่เสียชีวิตประทับอยู่ในใจของแอลลีมากแค่ไหน ก่อให้เกิดภาวะความเครียดหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง (Post Traumatic Stress Disorder) หรือไม่ แต่ผลจากเหตุการณ์ครั้งนั้น ส่งผลให้แอลลีดำเนินชีวิตที่เหลือต่อมาเหมือนทุกวันเป็นวันสุดท้าย

ในการนัดพบครั้งแรกระหว่างแอลลีและไทเลอร์ (พระเอกของเรื่อง) ไทเลอร์ถึงกับอึ้ง (ปนประทับใจ) เมื่อแอลลียื่นกรรณขอสั่งของหวานมากินก่อนจะกินอาหารจานหลัก เพราะเธอกลัวว่าฟ้าอาจจะถล่ม แผ่นดินอาจจะไหวและเธออาจจะไม่ได้กินของหวานที่เธอชอบ เพราะอะไรก็เกิดขึ้นได้ทำเอาไทเลอร์ถึงกับงงไปเหมือนกันว่านางเอกมาไม่ไหนกันแน่ แต่คนที่เคยมีประสบการณ์ตรงแบบใกล้ชิดกับความตายมักไม่ค่อยผัดวันประกันพรุ่ง อยากทำอะไรก็ทำเลย **“เมื่อได้ทำทุกอย่างอย่างใจต้องการ จะไม่มีวันไหนที่เสียใจเมื่อมองย้อนกลับไป”**

Me คนแรกในหนังเรื่อง Remember me นี้คงจะเป็นคุณแม่ที่จากไปพร้อมกับทิ้งบทเรียนสำคัญบทนี้ไว้กับแอลลี



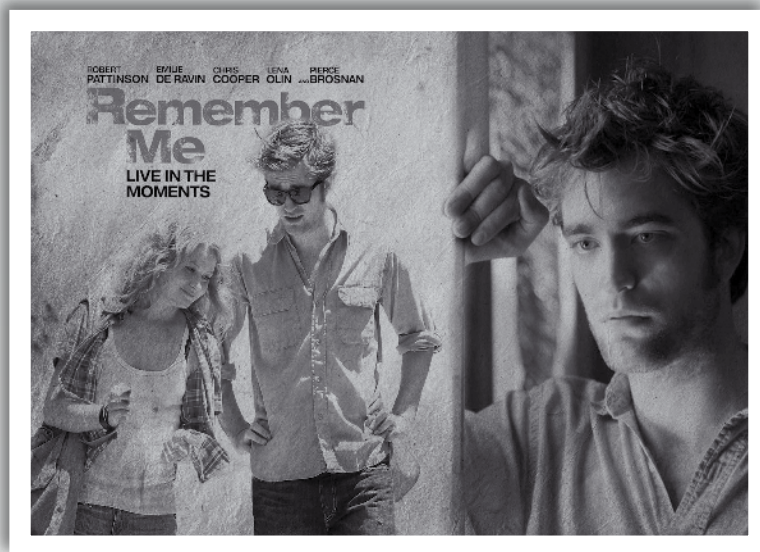


หนังตัดกลับมาที่ไทเลอร์สุดหล่อผู้แต่งตัวได้โหม่มากตลอดทั้งเรื่อง ไทเลอร์ทั้งสบหูและอาศัยอยู่ในห้องเช่าในนิวยอร์กสุดแสนจะรก หนังสือในฉากถัดมาว่าจริง ๆ แล้วไทเลอร์รวยมากและมีพ่อเป็นนักธุรกิจใหญ่พ้นล้าน ครอบครัวของไทเลอร์มีปัญหาหลายอย่างทั้งเรื่องการหย่าร้างของพ่อแม่และปัญหาการสื่อสารในครอบครัว

Me คนที่สอง น่าจะเป็น ไมเคิล พี่ชายของไทเลอร์ผู้ฆ่าตัวตายไปเมื่อประมาณ 6 ปีก่อนเมื่ออายุ 22 ปีเท่ากับอายุของไทเลอร์ในปีนี้อัด

ไทเลอร์มีกิจวัตรประจำเข้าทุกเช้าคือไปกินอาหารเช้าร้านที่เคยกินกับไมเคิลเป็นประจำร้านอาหาร นี่เป็นสถานที่ที่ทั้งสองเจอกันเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่ไมเคิลตายจากไป ที่นี้ไทเลอร์ได้มีโอกาสเขียนบันทึกความคิดความรู้สึกในทุก ๆ วัน การจดจำความตายของพี่ชายของไทเลอร์ค่อนข้างดูเศร้าสร้อย อาจเป็นเพราะช่วงนั้นไทเลอร์เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นแล้ว ทำให้จำรายละเอียดของเหตุการณ์ได้หลายอย่าง อย่างไรก็ตามการตายของไมเคิลมีผลต่อการใช้ชีวิตของไทเลอร์ซึ่งไม่เหมือนใคร ไทเลอร์ **“ให้ความสำคัญกับความถูกต้องของชีวิต”** พยายามทำในสิ่งที่ถูกต้องแม้วิธีการอาจไม่ถูกต้องนัก ภาพภายนอกไทเลอร์ดูเหมือนเป็นเพลย์บอย สบหูหู้ ไม่ตั้งใจเรียน แต่เมื่อไทเลอร์อยู่กับน้องสาวคนเล็กอายุ 11 ปี ไทเลอร์กลับดูอ่อนโยนลงเป็นคนละคน งานที่สำคัญที่สุดของไทเลอร์คือการได้ดูแลน้องสาว เมื่อน้องสาวถูกเพื่อน ๆ กลั่นแกล้งเธอจนสิ้นที่โรงเรียน ไทเลอร์เคยไปแสดงบทบาทปกป้องน้องสาวจนตัวเองเข้าคุกมาแล้ว เมื่อน้องสาวมีผลงานแสดงภาพยนตร์เป็นของตัวเองที่พิพาทกัน แต่พ่อแม่ไม่สามารถมาร่วมงานได้ ไทเลอร์ปั่นจักรยานไปไวยวยกับพ่อถึงที่ทำงานและพยายามลากพ่อมางานให้ได้ ภาพที่ดูหวาน ๆ ต่อคนภายนอกและวิธีการแก้ปัญหาแบบห่าม ๆ ของไทเลอร์ห่อหุ้มภายในที่อ่อนโยนเอาไว้อย่างมิดชิด

ชีวิตของแอลลีและไทเลอร์มาบรรจบกัน เพราะไทเลอร์พนันกับเพื่อนว่าจะจีบแอลลีเพื่อแก้แค้นพ่อของแอลลี แต่เมื่อทั้งสองมาเจอกันกลับเกิดเป็นความรักขึ้นมาจริง ๆ คนที่มีปมในชีวิตหนัก ๆ ทั้งสองคนมารู้เรื่องราวของกันและกัน แบ่งปันความทุกข์กับสุขและพร้อมจะช่วยเหลือกันบนเส้นทางที่เดินไป ฉันชอบฉากรักทุกฉากระหว่างคนสองคนนี้ในหนังเรื่องนี้ ย้อนกลับไปนึกถึงก๊อดดอมยืมไม่ได้ ทั้งสองคนเล่นได้เป็นธรรมชาติและเคมีเคมี (Chemistry) ต่อกันมาก ตั้งแต่ฉากแรกหลังเดทกันที่ไทเลอร์ขอรูบแอลลีแล้วแอลลีปฏิเสธ ไทเลอร์ฉลาดมากที่เปรียบเทียบเรื่องการกินขนมหวานกับการจูบว่าฟ้าอาจจะถล่ม ดินอาจจะทลายและแอลลีอาจจะไม่ได้จูบกับคนที่เธอ (ดูเหมือน) จะชอบ ทำให้ในที่สุดแอลลีก็ยอมให้ไทเลอร์จูบจริง ๆ ฉากรักหลายฉากในหนังเรื่องนี้ทำให้รู้สึกว้าว หากเราได้ **“รักอย่างมีความหมายเพียงพอ”** แล้ว จะทำให้คนเราเต็มกับชีวิตและยอมรับกับความตายได้ดีขึ้นมาก ไทเลอร์บอกเอาไว้ในบันทึกว่า เมื่อเจอคนที่ใช่ก็มีแค่ 2 ทางเลือกเท่านั้นคือ **“กลัวแล้วปล่อยเธอจากไป หรือทำให้เธอเป็นของคุณตลอดไป” (Someone comes into your life and half of you says you’re nowhere near ready. The other half says makes her yours forever)** ไม่ต้องบอกก็คงรู้ว่าไทเลอร์เลือกทำแบบไหน



ตอนจบของเรื่องแสดงให้เห็นว่า ความพยายามของไทเลอร์ทุกอย่างไม่สูญเปล่า พ่อกลับมาดูแลน้องมากขึ้น ความรักของไทเลอร์และแอลลีดูจะเป็นไปด้วยดีหลังจากผ่านอุปสรรคต่าง ๆ มาด้วยกัน แต่แล้วเรื่องก็กลับกลายอีกครั้งเมื่อไทเลอร์ต้องไปนั่งรอพ่อบนตึกเวิร์ลเทรดในวันที่ผู้ก่อการร้ายขับเครื่องบินเข้าชนตึกเวิร์ลเทรด

Me คนสุดท้ายจึงเป็นไทเลอร์ที่ถูกจดจำในฐานะลูก พี่ชาย และคนรัก และฝากบทเรียนบอกผู้ชมไว้ด้วยว่า **“ทุกชีวิตล้วนมีความหมายและเป็นที่ยึดจำในทางใดทางหนึ่ง”** แม้ไทเลอร์จะจากไปในช่วงที่อายุน้อยอยู่ แต่ฉันกลับรู้สึกได้ว่าไทเลอร์ได้ทำทุกอย่างตามที่ต้องการ ไม่มีอะไรติดค้าง (no unfinished business) ได้ทำสิ่งต่าง ๆ อันเป็นสิ่งสำคัญครบถ้วน และทั้งความรัก ความประทับใจไว้กับทุกคนรอบ ๆ ตัวในวันที่ไม่มีเขาอยู่อีกต่อไป

หนังเรื่องนี้ทำให้ย้อนไปนึกถึงหนังสือและคลิปวิดีโอเรื่อง The last lecture ที่ Dr. Randy Pausch พูดปาฐกถาครั้งสุดท้ายขึ้น เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ฟังได้ตามหาความฝันในวัยเยาว์ และทำมันให้เป็นจริง แต่เหนือสิ่งอื่นใด เล็กเซอร์ครั้งนี้มีจุดประสงค์หลักคือเพื่อให้ลูก ๆ ทั้ง 3 คนของเขาได้จดจำเขาได้มากที่สุดถึงตัวตนที่แท้จริงของเขา สิ่งที่มีความสำคัญต่อเขา เมื่อมีคนอื่น ๆ พูดถึงเขามากในทางที่ดี เขาหวังว่าคลื่นพลังเหล่านั้นจะย้อนกลับมากระทบที่ลูก ๆ ของเขา เมื่อพวกเขาเหล่านั้นโตขึ้น เมื่อ **“End of life”** ของแต่ละคนมาถึง จะมีอะไรที่คนเราต้องการมากไปกว่าการเป็นที่ยึดจำและระลึกถึงอีกหรือ แท้จริงแล้วความตายเป็นสิ่งใกล้ตัวเราคนเดียว การระลึกถึงความตายอย่างมีสติจะช่วยให้เราดำเนินชีวิตอย่างพอเหมาะพอสมและจัดลำดับความสำคัญของชีวิตได้ดีขึ้น

อยู่อย่างมีความหมายและดำเนินชีวิตเหมือนวันนี้เป็นวันสุดท้ายของชีวิต
ได้ “รักอย่างมีความหมายเพียงพอ” สักครั้งในชีวิต ไม่ว่าจะเป็ความรักแบบใดก็ตาม
จัดลำดับความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตให้ถูกต้อง

ใบสมัครสมาชิก

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

หมายเลขสมาชิก.....

ชื่อ - นามสกุล นาย / นาง / นางสาว.....
ชื่อหน่วยงาน องค์การ / สถาบัน.....
เลขที่..... หมู่บ้าน / อาคาร..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....

ประเภทการสมัครสมาชิก

- บุคคล ☐ 1 ปี (...3...ฉบับ) ราคา.....300.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....
☐ 2 ปี (...6...ฉบับ) ราคา.....550.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....
- องค์การ / สถาบัน ☐ 1 ปี (...3...ฉบับ) ราคา.....400.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....
☐ 2 ปี (...6...ฉบับ) ราคา.....750.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....

การชำระเงิน

โอนเงินเข้า บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยมหิดล
ชื่อบัญชี สพช.อาเซียน
ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 333-229991-7
FAX: สำนักงานการเงิน มาที่ เบอร์ 02-4410163 เบอร์โทรศัพท์ 02-4419040-3 ต่อ 15-18

สถานที่จัดส่งเอกสาร

1. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

- ☐ หน่วยงาน
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

2. ใบเสร็จ

- ☐ หน่วยงาน
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ..... (ผู้สมัคร / แทน)
วันที่สมัคร...../...../.....

ที่อยู่ติดต่อ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

สำนักงาน : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถ.พุทธมนทล 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมนทล จ.นครปฐม 73170



“ผู้ ดับ ไม่ เหลือ”

เมื่อเจ็บไข้ ความตาย จะมาถึง
อย่าพรั่นพรึง หวาดไหว ให้หม่นหมอง
ระวังให้ ดีดี นาทิทอง
คอยจดจ้อง ให้ตรงจุด หลุดได้ทัน
หนึ่งนาที่ สุดท้าย อย่าให้พลาด
ตั้งสติ ไม่ประมาท เพื่อดับขันธ
ด้วยจิตว่าง ปล่อยวาง ทุกสิ่งอัน
สารพันนั้น ไม่ยึดครอง เป็นของเรา
ตกกระได พลอยกระโจน ให้ดีดี
จะถึงที่ จุดหมาย ได้ง่ายเข้า
สมัครใจ ดับไม่เหลือ เมื่อไม่เอา
ก็ดับเรา ดับตน ดลนิพพาน

พุทธทาสภิกขุ