

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

วัชรินทร์ ยิ่งสิทธิ์ศิริ, พ.บ.*

ชีวิตมนุษย์ทุกคนเกิดมามีคุณค่ามีความหมาย ทุกคนต้องการความสุข ไม่ต้องการประสบกับความทุกข์ โดยเฉพาะทุกข์ที่เกิดจากความพลัดพรากจากชีวิต นั่นคือความตาย เมื่อชีวิตถึงเวลาที่ต้องเผชิญหน้ากับความตาย ในฐานะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สิ่งที่คุณดูแลทุกฝ่ายควรให้ความสำคัญคือ ทำอย่างไรให้เขาใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างดีที่สุด ควรค่าแก่การเป็นมนุษย์มากที่สุดและตายได้สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคเลือดหรือโรคอื่นที่ไม่สามารถรักษาได้ และไม่มีแผนการรักษาใด ๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความเครียดสูง ความวิตกกังวล สับสน เศร้าหมอง ท้อแท้หมดหวังในชีวิต ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของชีวิต

คำจำกัดความการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่ระยะสุดท้าย (ใกล้ตาย) หมายถึง ผู้ป่วยที่หนักไม่สามารถรักษาให้หายได้ อาการทรุดลงเรื่อยๆ และ

เสียชีวิตในที่สุดเช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น

ความหมายภาวะใกล้ตาย ภาวะใกล้ตายเป็นพัฒนาการขั้นสุดท้ายของชีวิต เป็นการจะสูญเสียหน้าที่ของชีวิตอย่างถาวรของระบบต่าง ๆ แม้ใช้เครื่องช่วยก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการทำงานของระบบต่าง ๆ เป็นปกติได้อีกครั้ง การตายเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของชีวิตตามธรรมชาติและสามารถพยากรณ์ได้เช่นเดียวกับการเกิด คนเรานั้นกลัวความตายเป็นที่สุด

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การใส่ใจดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องทุกข์ทรมาน เช่นการให้ยาระงับความเจ็บปวดหรืออื่น ๆ เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนการเอื้ออาทร ปลอบโยน ชื่นชม ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงสภาพความเป็นจริงของโรค

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลกปี 2002 หมายถึง การให้การดูแลเพื่อมุ่งหมายในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งกำลังเผชิญ

* แพทย์ประจำ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา 30000

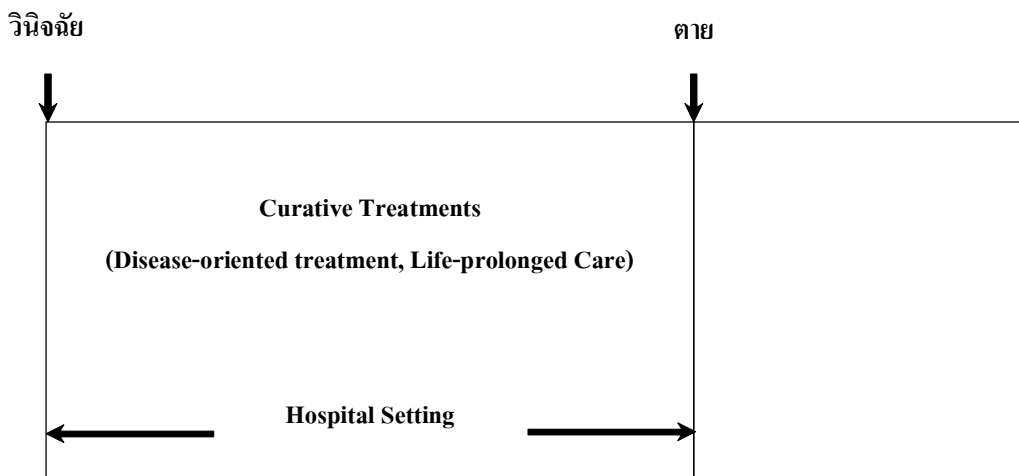
หน้ากับปัญหาที่กำลังคุกคามต่อชีวิต โดยการป้องกัน บรรเทา ความทุกข์ทรมาน ด้วยวิธีการค้นหาปัญหาใน ระยะเริ่มต้น ประเมิน และวางแผนในการดูแลรักษา ทั้ง ในแง่การปวดหรืออาการข้างเคียงอื่น ๆ ในมิติทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิ-าณ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังให้คำนิยามย่อย ๆ ลง ไปว่าการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย คือ

- การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด และอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น
- การไม่ได้เร่งหรือเลื่อนกระบวนการตายของผู้ป่วย กล่าวคือ ให้กระบวนการตายเป็นไปโดยธรรมชาติ
- บูรณาการการดูแลในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิ-าณ
- เป็นระบบที่ให้การสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ดำรงชีวิตเชิงรุกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้จนไปถึงจุดที่ต้องเผชิญ- คือ การสูญเสียชีวิต
- เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว เตรียมพร้อมเผชิญกับกระบวนการตายที่กำลังเกิดขึ้น รวมทั้งสามารถรับมือกับความเสียหายที่จะเกิดขึ้นจากความสูญเสียในเวลาอันใกล้

- ใช้กระบวนการทำงานเป็นทีมในการค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการให้คำปรึกษาถึงความเสียหายที่เกิดจากการสูญเสีย

- การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- ควรเริ่มให้เร็วที่สุดที่สามารถทำได้ในโรคนั้น ๆ ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา รวมทั้งการค้นหา วิเคราะห์- วิจัย และการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ

ที่ผ่านมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา ผู้ป่วยจะถูกรักษาโดยวิธีการรักษาทางการแพทย์-สมัยใหม่อย่างเต็มที่ จนกระทั่งเสียชีวิต (ดังรูปที่ 1) ต่อมาหลังการรักษาได้มีการรักษาแบบประคับประคองคือ การควบคุมความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานทางร่างกายรวมถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและ-าติเพื่อให้ผู้ป่วยและ-าติได้เผชิญกับภาวะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับหนึ่ง (ดังรูปที่ 2) ปัจจุบันใช้การรักษาผสมผสาน curative treatments และการรักษาแบบประคับประคอง ก่อนถึงภาวะสุดท้ายของชีวิต (end of life care) 6 เดือนก่อนเสียชีวิต การดูแลและให้กำลังใจ-าติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต (bereavement care) (ดังรูปที่ 3)



รูปที่ 1 การรักษาโรคด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ในอดีต

รูปที่ 2 การรักษาโรคด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ตามด้วยรักษาแบบ Palliative Care Mind

หลักในการรักษาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อ.1 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่นเดียวกับ การดูแลผู้ป่วยทั่วไปควรคำนึงถึงคุณค่า (value) และความ พึงพอใจ ความชอบ (prevalence) ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ของผู้ป่วยเป็นหลัก แม้แต่เมื่อผู้ป่วยถึงอาการที่ไม่ สามารถตัดสินใจอะไร ได้แล้ว กระบวนการรักษาก็ต้อง พยายามให้เป็นไปตามที่ได้พูดคุยตกลงกันไว้

ข้อ. 2 การดูแลแบบประคับประคอง เป็นขบวนการ รักษาที่ต้องการความร่วมมือหลายสาขาวิชา เพื่อให้ เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

วินิจฉัย

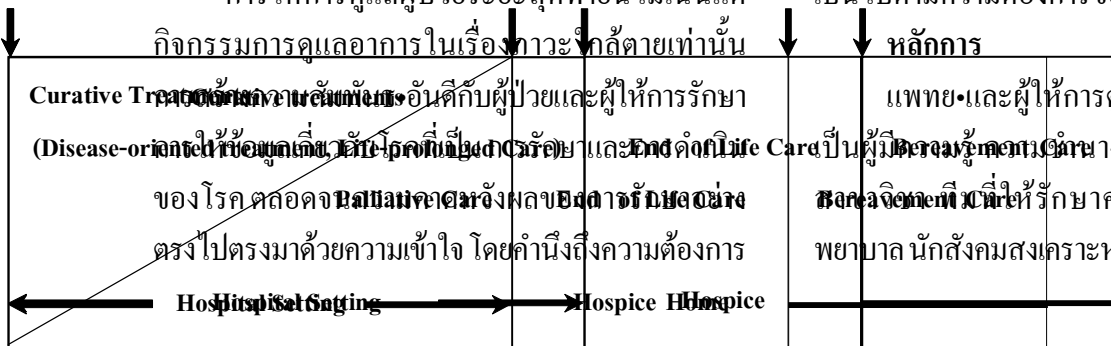
หลักการ

การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ไม่เน้นแต่ กิจกรรมการดูแลอาการในเรื่องภาวะใกล้ตายเท่านั้น

6 เดือน 6 เดือน

ตาย

หลักการ



Curative Treatment (Disease-oriented) หลักการคือการเน้นกับผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา โดยมุ่งเน้นไปที่การกำจัดโรคอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความต้องการ

แพทย์และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้อง เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ และดูแลเป็นทีมแบบสห สาขาวิชาที่ให้การรักษาร่วมกันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแลสถานที่ นักกายภาพ

รูปที่ 3 แนวทางการรักษาแบบผสมผสาน Palliative Care Mind ตั้งแต่เริ่มรักษา

บำบัด นักบวช (พระ) และอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นไปตามแต่ละบทบาทของสาขาวิชาชีพ บุคลากรในครอบครัวและ-าคามีส่วนสำคัญมากในการดูแลและการตัดสินใจให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การช่วยเหลือ-าคีผู้ป่วยในการดูแลระยะสุดท้าย ตั้งแต่ก่อนและหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแบบประคับประคอง

ข้อ. 3 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเน้นถึงการรักษาตามอาการซึ่งไม่เฉพาะการบรรเทาอาการปวดเท่านั้น ยังมีอาการอื่นอีกที่จำเป็นต้องให้การรักษา ทั้งโดยการให้ยาและไม่ให้ยา

หลักการ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการอื่น ๆ อีกมาก สามารถทำให้บรรเทาได้ แม้จะไม่หมดสิ้นไป ก็ยังดีกว่าไม่ได้ทำอะไร ไม่ว่าการกระทำอย่างนั้นจะทำให้ผู้ป่วยตายเร็วก็ตาม สิ่งสำคัญของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่ใช่การเจ็บป่วยแต่เป็นเรื่องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์.

การให้บริการทางการแพทย์

ข้อ. 4 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องได้รับการบริการทางการแพทย์แบบเป-ดเสรีทุกสาขาวิชา โดยไม่ใช่เงื่อนไขค่าใช้จ่ายและเศรษฐฐานะของผู้ป่วยมาเป็นข้อกำหนดในการเลือกให้บริการ

หลักการ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมที่สุดได้แก่ การดูแลที่บ้าน ซึ่งบางครั้งระบบประกันสุขภาพไม่ช่วยให้ ผู้ป่วยควรมีสติหัดตัดสินใจที่จะเลือกการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้าน ในโรงพยาบาล หรือแม้แต่สถานที่พักฟื้นได้ตามความปรารถนาของผู้ป่วย

ข้อ. 5 ความคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพควรครอบคลุมถึงการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านด้วย

หลักการ

ในปัจจุบันผู้ป่วยและ-าคีต้องจ่ายเบี้ยประกันมากในการเลือกที่จะได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน บริษัทประกันควรจ่ายให้แพทย์-ผู้รักษาและบุคลากรทางการแพทย์-ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องการเวลา ไม่ต้องการวิธีที่ยุ่งยากซับซ้อนมากนักแต่เป็นการให้บริการแบบเอาใจใส่ ให้การแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ-าคี

ข้อ. 6 ควรลดความเข้มงวด ระเบียบ กฎเกณฑ์ และอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยต่อการให้การรักษาแบบประคับประคอง

หลักการ

ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในสถานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospices care) มีปัญหาเรื่องการรายงานทางเอกสารมาก ทำให้เสียเวลาเสียเงินทอง จึงควรหาทางลดให้น้อยลง โดยเฉพาะเอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษายาบาล ควรพิจารณายกเลิก

ด้านการศึกษา

ข้อ. 7 แพทย์-หรือบุคลากรทางการแพทย์-ทุกระดับควรได้รับการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจในด้านการรักษา ด้านวัฒนธรรม มีจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หลักการ

ปัจจุบันนักศึกษาแพทย์-และแพทย์-ไม่ค่อยได้รับการศึกษาอบรมอย่างลึกซึ้งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสอนจึงควรเน้นเรื่องเจตคติการแสดงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยการให้บริการดูแลภาวะต่างๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและควรบังคับให้มีการสอนเกี่ยวกับวิชานี้ ในการสอบเพื่อวุฒิบัตรในสาขาวิชาอื่น ๆ ด้วย

ข้อ. 8 การให้ความรู้แก่สาธารณชน ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

หลักการ

มีเป้าหมายที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายแก่ประชาชนให้ทราบ เข้าใจ เพื่อเป็นการช่วยจัดความ

คิดว่า การฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุดของการรักษาผู้ป่วยประเภทนี้ การให้ความรู้แก่ประชาชนมากเท่าไร ก็ยิ่งส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น

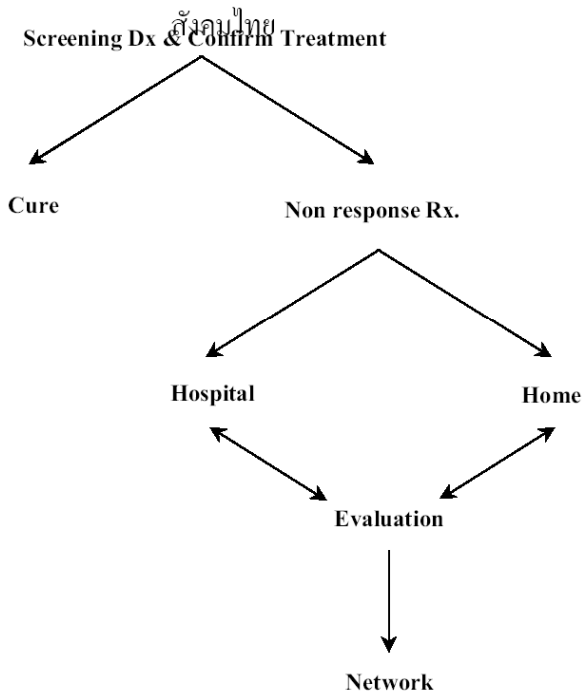
ข้อ. 9 ควรมีการจัดการและให้ทุนเพื่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หลักการ

ปัจจุบันงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีน้อยมาก หรือแทบจะไม่มีเลย ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการวิจัยเรื่องนี้ให้มากยิ่งขึ้น

แนวคิด

- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดำเนินไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนหลักทางจริยธรรมและกฎหมายใน



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Working flow)

หลักการสำคัญ-ของ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น “4C” ดังนี้

1. Centered at patient and family: ให้ความสำคัญ-กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัยหัตถการหรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์-ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด

2. Comprehensive: ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิ-ญาณ

นอกจากบรรเทาอาการทุกข์-ทรมานทางร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญ-กับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาและความตาย พึงระลึกเสมอว่า มิติและมุมมองทางการแพทย์-เป็นเพียงส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม ไม่สามารถอธิบายหรือแก้ป-หาทั้งหมดได้ตามคำพัง

3. Coordinated: การปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์-ครอบครัวและสังคม

งานหลายด้านต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ-ของแพทย์-พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์-นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงใดช่วงหนึ่ง

4. Continuous: มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

การดูแลควรครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิตและสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว

การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (แผนภูมิที่ 1)

1. การวินิจฉัย การพยากรณ์-โรค และการวางแผนการรักษา

1.1 การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องกระทำโดยแพทย์-หรือคณะแพทย์-โดยมีแพทย์-เจ้าของไข้อย่างน้อย 1 ท่านเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2 เมื่อให้การวินิจฉัยแล้วควรมีการประชุมทีมผู้ดูแลเพื่อกำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นหลัก และควรคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและ-าติในการกำหนดแนวทางการรักษาด้วย

1.3 มีการประเมินทบทวนปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปรับแผนการดูแลตามความเหมาะสม โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาไม่หาย และผู้ป่วยที่หมดทางรักษาไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกไม่เกิน 6 เดือน ผู้ป่วยทั้งสองประเภทนี้ ถือว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแบ่งเป็น

1.3.1. ผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาต่อในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวต้องการเครื่องช่วยหายใจไม่สามารถถอดเครื่องได้ในโรคถุงลมโป่งพอง, ภาวะติดเชื้อในปอดที่เชื้อโรคคือต่อยมาเชื้อ เป็นต้น

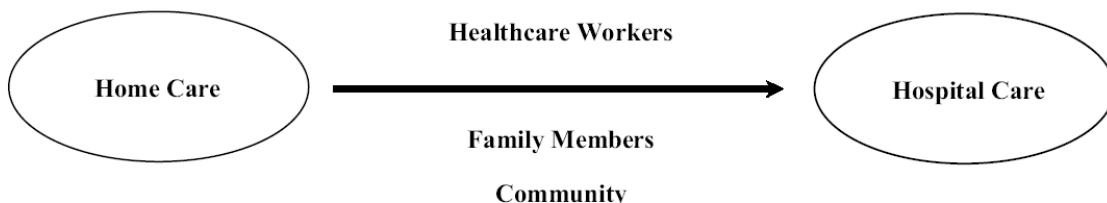
1.3.2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลับบ้านได้ซึ่งประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาของกลับบ้าน เช่นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้มีศูนย์ประสานการบริการระบบปฐมภูมิและการดูแลสุขภาพที่บ้านตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดย ออกเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยทุกรายหลังจากที่ผู้ป่วยได้กลับบ้าน โดยทำงานประสานงานกับแพทย์และ ศูนย์ปฐมภูมิใกล้บ้าน (แผนภูมิที่ 2)

2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและ-าติ

การบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคร้ายแรง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์รู้สึกอึดใจ เนื่องจากเกรงว่าจะก่อให้เกิดผลเสีย เช่นทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจแต่การไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยก็ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเองและไม่สามารถร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือจัดการกับปัญหาของตนเองตามความเหมาะสมและความต้องการของตนได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจึงควรมีสิทธิได้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของตน แต่ผู้ป่วยแต่ละคนก็อาจต้องการรับรู้ความจริงไม่เท่ากัน การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจึงควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยมีจุดมุ่งหมายว่าจะพยายามบอกความจริงแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ หรือสามารถรับได้

2.1 แพทย์ผู้ดูแลต้องให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางคลินิกแนวทางการรักษาพยาบาล ความคาดหมายการรอดชีวิต ความทุกข์ทรมานต่างๆ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและปัจจัยอื่น ๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อให้-าติ/ผู้เกี่ยวข้องร่วมรับรู้โดยคำนึงถึงความเหมาะสม

2.2 ควรมีการให้ข้อมูลและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับตัวผู้ป่วยและ-าติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม โดยวิธีที่ดีที่สุดถ้าสามารถทำได้คือ การนัดพบผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดพร้อมกันเพื่อให้ข้อมูลและอภิปรายแนวทางการดูแลร่วมกัน ส่วนในกรณีที่อยู่



แผนภูมิที่ 2 ความต่อเนื่องในการดูแล

สถานะที่ไม่สามารถรับรู้ความจริงได้ให้แจ้งแก่-าติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี อนึ่งการให้ข้อมูลและกำหนดแนวทางการดูแลนี้อาจไม่สามารถทำให้หมดภายใน 1 ครั้ง แต่ควรมีการดำเนินการที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนผู้ป่วยเสียชีวิต

2.3 แนวทางการบอกความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายแรงแก่ผู้ป่วย

2.3.1. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการรับรู้และปรับตัวกับข้อเท็จจริงที่ได้รับ

2.3.2. ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยอาจถามผู้ป่วยว่าคิดว่าคุณป่วยเป็นอะไร เป็นมากน้อยเพียงใด

2.3.3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยสังเกตจากการพูดคุยและปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับ

2.3.4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยตามที่ประเมินว่าเหมาะสมโดยเป-คโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถาม พร้อมทั้งจะให้ข้อมูลมากขึ้นหากผู้ป่วยต้องการเช่น ถามย้ำว่า ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่เราบอกอย่างไร อยากรู้อะไรเพิ่มเติมจากนั้นหรือไม่

2.3.5. แสดงความเห็นใจและเข้าใจปฏิกิริยาทางจิตใจ ต่อการทราบข่าวร้ายของผู้ป่วยโดยพูด สะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมาได้เต็มที่

2.3.6. ให้ความหวังและความมั่นใจว่าจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ต่อไปย่ำถึง สิ่งที่สามารถทำได้ตามที่จริง เช่น การรักษา การควบคุมอาการ

3. การบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย

3.1 มีการประเมินความปวดโดยใช้ numeric scale และให้การบำบัดความปวดอย่างเต็มที่ตามมาตรฐานทางการแพทย์

3.2 ให้การรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน

3.3 ให้การดูแลต่างๆ เพื่อให้มีความสุขสบายมากที่สุด เช่น การดูแลด้านอาหาร ความสะอาดของร่างกาย การนอนหลับ การขับถ่าย การทำกิจกรรมประจำวัน และสภาพแวดล้อม เป็นต้น

4. การให้การดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิ-าณ

4.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้รักษาผู้ป่วยและ-าติหรือผู้ใกล้ชิด

4.2 มีการประเมินสภาพจิตใจและสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

4.3 ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจโดยการพูดคุย สนับสนุนให้กำลังใจ เป-คโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนและให้คำแนะนำหรือให้การปรึกษาดังที่เหมาะสม

4.4 ให้การบำบัดรักษาอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้าขั้นรุนแรง อาการสับสน (delirium) เป็นต้น

4.5 อำนวยความสะดวกให้-าติหรือบุคคลใกล้ชิด ได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วย

4.6 จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สงบ หากเป็นไปได้ควรมีสิ่งสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการเช่น ภาพครอบครัว ส-ลักษณะทางศาสนา เป็นต้น

4.7 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมสิ่งต่างๆ ที่ยังห่วงกังวลเช่น ครอบครัวที่เหลืออยู่บุคคลที่ต้องการพบ ทักทาย-สิน เป็นต้น

4.8 อำนวยความสะดวกให้แก่-าติและผู้ป่วยในการปฏิบัติตามความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนา เช่น ในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยการนิมนต์-พระมาตักบาตรเช้าทุกวัน และมีการสวดธรรมเทศนาบทสั้น ๆ ทุกวัน

5. การให้ผู้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

5.1 ให้การดูแลและช่วยเหลือด้านจิตใจให้ผู้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยคำนึงถึงความเชื่อทางศาสนา

วัฒนธรรมและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยอาการหนัก ระยะใกล้เสียชีวิต ขณะผู้ป่วยเสียชีวิต และหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

5.2 ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและจัดการศพอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ • ในกรณีที่ผู้ป่วยไร้-สติ หรือ-สติ มีฐานะยากจนมาก ทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้มีสถานที่มีเมรุศพและประกอบพิธีกรรมทางศาสนาให้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ •

6. การดูแลครอบครัวและผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย

6.1 ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

6.2 ทำการประชุมครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและลดความขัดแย้งหรือความต้องการที่ไม่ตรงกันตลอดจนกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

6.3 การดำเนินการหลังผู้ป่วยเสียชีวิต มีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีการช่วยเหลือ-สติให้สามารถจัดการ สิ่งต่าง ๆ ได้ โดยไม่รู้สึกลับสนหรือเครียดเพิ่มขึ้นจากการ

สูญเสีย เช่น การจัดการเรื่องศพ พิธีกรรมต่าง ๆ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

6.4 ทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีระบบติดตาม-สติภายหลังการสูญเสียเพื่อช่วยในการปรับตัวกับการสูญเสีย โดยติดต่อประสานงานกับศูนย์-ปฐมภูมิใกล้บ้าน ให้เป็นผู้ดูแล

7. แนวทางการดูแลรักษาควรดำเนินไปโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงที่เหลืออยู่เป็นสำคัญ ไม่ให้การรักษาที่จะทำให้ความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานหรือสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น และเป็นไปโดยสอดคล้องกับหลักทางจริยธรรมและกฎหมายในสังคมไทย (แผนภูมิที่ 3, รูปที่ 1 และ 2)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยและ-สติได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพียงพอและสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาของผู้ป่วยได้

รูปที่ 1 วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยแพทย์และพยาบาล

- ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและทุกข•ทรมาณทางกาย
ต่าง ๆ น้อยที่สุด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ประเมินด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างดีที่สุด ควรค่าแก่การเป็นมนุษย์มากที่สุด และผู้ป่วยตายสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์•ทำในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนร้อยละ 100 ทำแบบประเมินผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายด้านจิตใจว่าผู้ป่วยมีความสุขสุดท้ายในการมีชีวิต มีผลเท่ากับ ร้อยละ 100



รูปที่ 2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยแพทย์และพยาบาล

เอกสารประกอบการเรียบเรียง

1. AGS Ethics Committee. The care of dying patients: A position statement from the American Geriatric Society. JAGS 1995; 43: p.577-8.
2. Buckman R. How to break bad news: A guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.
3. Donovan K. Breaking bad news. In: World Health Organization. Communicating bad news: Behavioral science learning modules. Geneva: World Health Organization; 1993. p.3-14.
4. Premier JN. Communicating bad news to patients. In: World Health organization. Communicating bad news: Behavioral science learning modules. Geneva: World Health Organization; 1993. p.15-21.
5. Buckman R. Breaking bad news: why is it so difficult? BMJ 1984; 288: 1597-9.
6. สถาบันทันตกิจ. คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรมการแพทย์•กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
7. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ .การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค•นุชประยูร, พรเลิศ นัทรแก้ว, ฉันทชาย สิริพิพันธุ์. บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987); 2550. หน้า 15- 23.
8. ปัทมา วาจามั่น .การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค•นุชประยูร, พรเลิศ นัทรแก้ว, ฉันทชาย สิริพิพันธุ์; บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987); 2550. หน้า 109-13.