

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง

โดย นพ. สถาพร ลีลำนันทกิจ
ที่ปรึกษาสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Care)

เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดถือตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีปฏิบัติของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นสำคัญ เป็นการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ โดยมีผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญ และผ่านพ้นช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ สบาย พร้อมด้วยศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ และสนับสนุนคำจูนครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตช่วงเวลา วิกฤติกับผู้ป่วยที่ป่วยหนัก และตายจากไปอย่างราบรื่น

ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (terminally ill, post-curative dying persons or patients) หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสถานะการป่วยไข้นั้นเป็นระยะลุกลามเรื้อรัง (advanced chronic) หรือการป่วยไข้ที่เข้าสู่ระยะเรื้อรัง (end stage illness) ซึ่งไม่มีหนทางรักษาให้หายได้ (cure) หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้นำเอามาตรการการบำบัด และ ความพยายามในการรักษาให้หายได้ถูกนำมาใช้จนหมดสิ้น (curative efforts have been exhausted)

การป่วยใช้ระยะสุดท้าย (Terminal Illness)

เป็นการป่วยใช้ที่โรคยังคุกคาม และทวีขึ้น แต่การบำบัดเพื่อให้หายป่วยใช้นั้นเป็นไปได้ หรือไม่เหมาะสม ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ระยะเวลาโดยมากน้อยกว่า 1 ปี โดยอาจผันแปรได้ตั้งแต่มิ่วันถึงหลายๆเดือน

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

นิยามของ “การดูแลแบบประคับประคอง”

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิด ตามความต้องการของผู้ป่วย ที่การรักษาให้หายจากโรคที่ผู้ป่วยอยู่เป็นไปไม่ได้ รวมถึงให้การดูแลทุกสิ่งทุกอย่างในด้านจิตใจ สังคม และวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดช่วงเวลาดำรงชีวิตของผู้ป่วย และยังให้ถึงการดูแลครอบครัวในช่วงเวลาโศกเศร้าจากการสูญเสียผู้ป่วย (Bereavement care)

การดูแลแบบประคับประคอง

ในตอนเริ่มแรก นิยามของ การดูแลแบบประคับประคอง ขององค์การอนามัยโลกได้มุ่งเน้นเฉพาะกับ ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดโรคที่ป่วยไข้ (WHO, 1990.) ข้อความนี้อาจหมายความว่า การดูแลแบบประคับประคอง ถูกผลักดันให้เป็นการดูแลระยะสุดท้าย

Traditional Model

Active Aggressive Intent	Palliative Intent	D E A T H

การดูแลแบบประคับประคอง

ปัจจุบัน มีความเข้าใจใหม่ที่ว่า หลากๆอาการ และ ปัญหาที่เกิดขึ้นช่วงท้ายของชีวิตนั้น มีจุดกำเนิดตั้งแต่ จุดเริ่มต้นของการป่วยไข้ อาการที่ไม่ได้รับการบำบัด ตั้งแต่เริ่มแรก กลายเป็นเรื่องยากในการบำบัดในวันท้ายๆ ของชีวิต

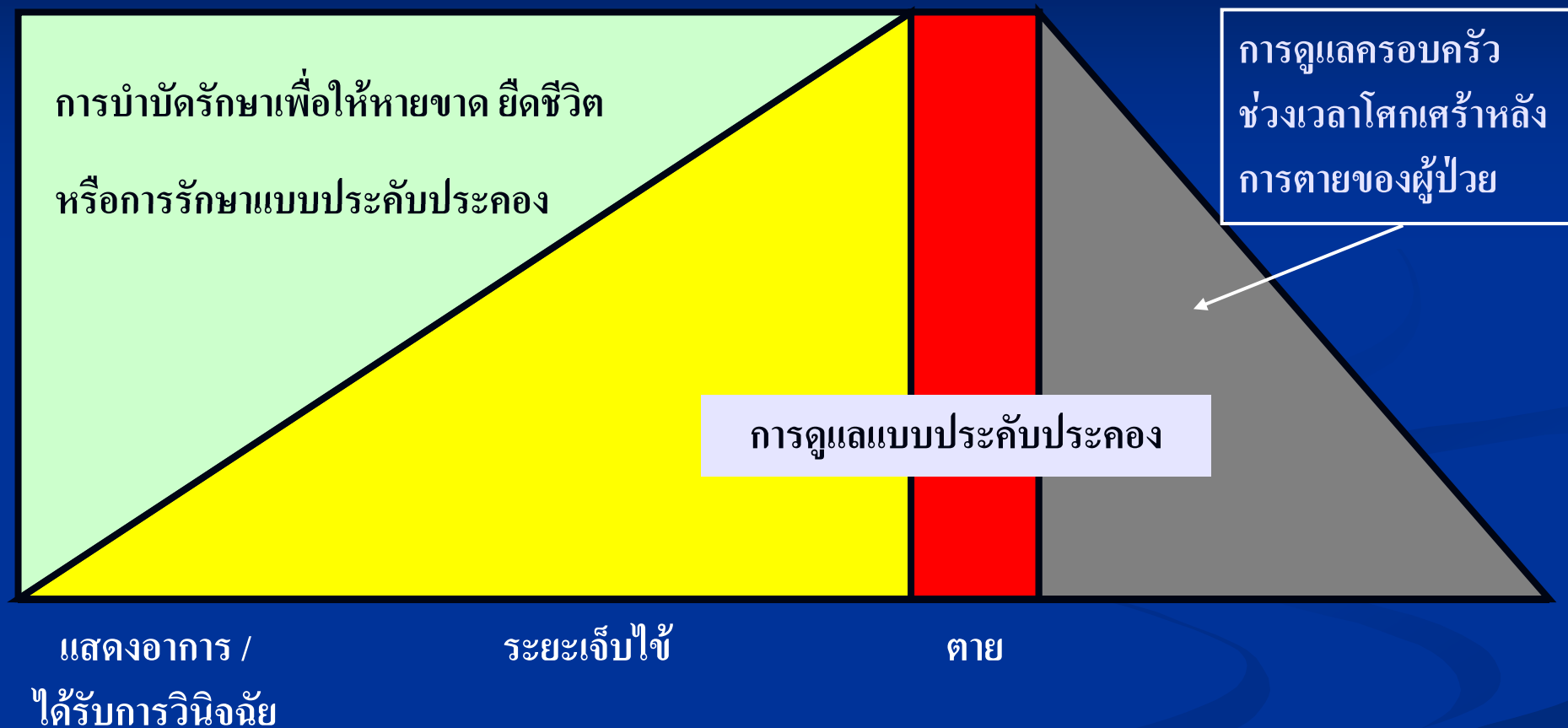
นิยาม การดูแลแบบประคับประคอง ของ องค์การอนามัยโลก (2002) 1/2

- ให้อาการบรรเทาความปวด และอาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์
- คำนึงถึงการมีชีวิต และความตายให้เป็นไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ
- ไม่ช่วยเร่ง หรือหน่วงรั้งการเสียชีวิต
- นำเอาการดูแลทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ เข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล
- จัดให้มีถึงระบบ สำหรับการช่วยเหลือคำจูนแก่ผู้ป่วย ให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข มากสุดเท่าที่กระทำได้อันถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- จัดให้มีถึงระบบ สำหรับการช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในการรับมือกับสิ่งต่างๆ ตลอดช่วงระยะเวลาการป่วยไข้ของผู้ป่วย และช่วงเวลาที่โศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
- จัดให้มีทีมงานเข้าค้นหาถึง ความต้องการต่างๆของผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการช่วยให้คำปรึกษาชี้แนะ สำหรับช่วงเวลาโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ถ้ามีข้อบ่งชี้

นียม การดูแลแบบประคับประคอง ของ องค์การอนามัยโลก (2002) 2/2

- เป็นมาตรการที่จะช่วยเสริมคุณภาพชีวิต และยังมีผลด้านบวกในอีกหลายๆแง่มุม ตลอดช่วงเวลาของการป่วยไข้
- สามารถนำมาปรับใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการป่วยไข้ ร่วมกับการบำบัดชนิดอื่นที่มีความมุ่งหมายในการคงชีวิตให้อยู่ยาวนาน อาทิเช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา และรวมถึงการตรวจสอบอื่นๆทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เพื่อให้ได้ถึงความเข้าใจที่ดีขึ้น และการบำบัดต่อภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์

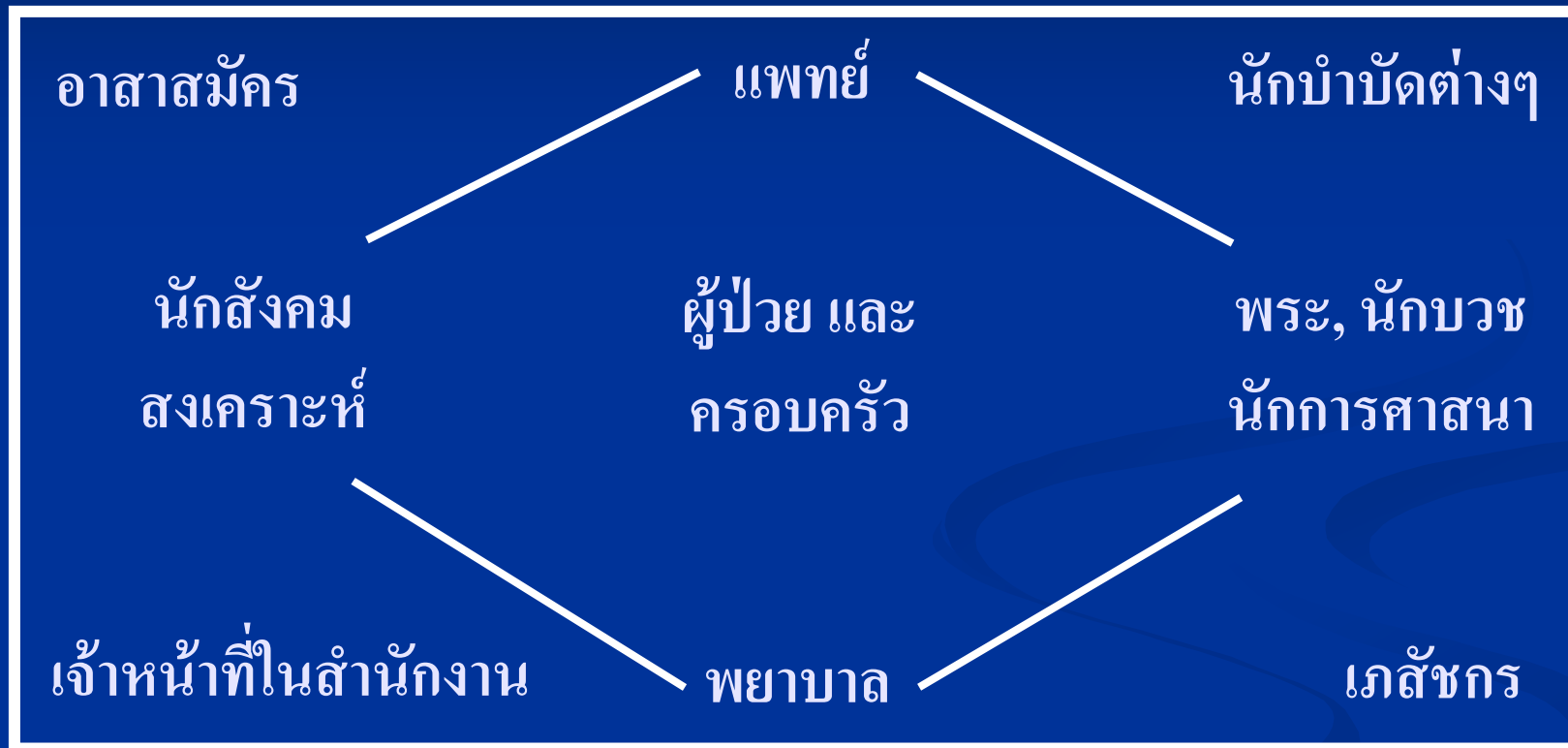
รูปแบบการดูแลแบบการรักษาให้หาย ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง



World Health Organization. Pain Relief and Palliative Care. In: National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines 2nd ed. WHO' Geneva 2002; 83 – 91.

สมาชิกของทีมงานที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง

ทรัพยากรบุคคลในชุมชน



บุคลากรทางการดูแลสุขภาพอื่นๆ รวมถึงอาสาสมัคร
และ บุคคลอื่นที่อาจจำเป็นเฉพาะเรื่อง

ครอบครัว: หมายถึงบุคคลที่อยู่ในขบวนการที่ช่วยให้การช่วยเหลือคำจูนแก่ตัวผู้ป่วยตามการเลือก หรือจากการบอกกล่าวของผู้ป่วย ยังหมายถึงบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งอาจเป็นญาติ เพื่อน หุ่นส่วน (partner) เพื่อนบ้านหรือใครก็ได้ที่ช่วยจัดทำให้ได้ถึงการช่วยเหลือคำจูนแก่ผู้ป่วย

การแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

- ในการดูแลลักษณะนี้ ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตั้งเป้าหมายในตอนเริ่มต้น และเป็นผู้ให้ถึงการตัดสินใจเลือกชนิดของการบำบัดเป็นคนสุดท้าย
- กฎสำคัญของการแพทย์ลักษณะนี้คือ ความต้องการ และความมุ่งมั่นของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสุด ไม่ใช่สุขภาพของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิรับรู้ถึง ผลการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค วิธีและชนิดการบำบัด รวมถึงชนิดของการดูแลที่บุคลากรทางการแพทย์จะนำมาใช้ปฏิบัติ
- ญาติมิตรไม่มีสิทธิในการยับยั้งบุคลากรทางการแพทย์ กับการบอกกล่าวเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับการป่วยให้แก่ผู้ป่วย
- จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรู้ว่ามาตรการที่ใช้ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ไม่มีอะไรที่ถูกต้องหรือผิด ผู้ป่วยสามารถขอให้ระงับหรือขอให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา

การตัดสินใจด้วยตนเอง

มนุษย์ทุกคนที่บรรลุนิติภาวะ และมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์
มีสิทธิในการตัดสินใจถึงว่าจะไรควร หรือไม่ควรกระทำต่อ
ร่างกายของตนเอง

จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง 1/3

* เกณฑ์จริยธรรมทางการแพทย์ (Principle of Medical Ethics)

- เกณฑ์พื้นฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ คือเกณฑ์ของความไว้วางใจ (trust) และความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ซึ่งต่างก็เป็นการแสดงออกถึง และการสนองตอบต่อการกระทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย

- ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย กับบุคลากรทางการแพทย์ และระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ร่วมกับความน่าเชื่อถือของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การบำบัดรักษาดูแล มีความสำคัญต่อจริยธรรมด้านเวชปฏิบัติอย่างมาก

* การเป็นหุ้นส่วนของการดูแล (Partnership of Care)

* การเปิดเผย (Disclosure)

- การบอกผลของการวินิจฉัย
- การพูดคุยกันถึงการพยากรณ์โรค
- การแก้ไขข้อมูลเดิม
- เมื่อครอบครัวร้องขอไม่ให้ออกความจริงแก่ผู้ป่วย

ความชำนาญในการสื่อสาร (advanced communication skill)

- การพูดความจริง (Telling the truth)
- การแจ้งข่าวร้าย (Breaking the bad news)
- ความลับ (Confidentiality issue)

“ก่อนที่จะบอกความจริงกับผู้ป่วย
ต้องแน่ใจว่ารู้ความจริงนั้นอย่างถ่องแท้
และที่สำคัญผู้ป่วยต้องการรับฟัง”

จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง 2/3

* การตัดสินใจ (Decision Making)

บุคลากรที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ สามารถช่วยให้ผู้คนมีชีวิตรยืนยาวขึ้น และสามารถช่วยให้มีการบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดร่วมกับการตายได้ดีขึ้น

ค่านิยมและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วย จำเป็นต้องนำมาใช้เป็นตัววางกรอบในการตัดสินใจ เลือกมาตรการทางเลือกมาใช้ปฏิบัติ

การตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่วงเวลาระยะสุดท้ายของชีวิต ควรเกิดขึ้นจากการร่วมมือกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยรวมถึงผู้ช่วยให้การดูแลสุขภาพอื่นๆ ควรได้รับรู้ถึงสิ่งที่ได้ตัดสินใจ รวมถึงว่าเมื่อใดจึงเป็นเวลาที่เหมาะสมกับการนำเอาสิ่งที่ได้ตัดสินใจมาใช้ปฏิบัติ

การตัดสินใจจำเป็นต้องกระทำให้ชัดเจนโดยเป็นไปตามความต้องการของแต่ละบุคคล และบ่อยครั้งที่จำเป็นต้องมีการทบทวนเมื่อสภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง

บ่อยครั้งที่จำเป็นต้องมีการพูดถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยพึงพอใจ เลือกเป็นที่รองรับความตาย

แพทย์ควรได้นำเรื่องขบวนการของการตายของผู้ป่วยตามที่คาดคะเนไว้ขึ้นมาพูด รวมถึงอาการต่างๆที่จะเกิดขึ้นนั้นสามารถให้การควบคุมได้อย่างดีเพียงใด

จุดมุ่งหมายในการพูดถึงแผนของการดูแลไว้ล่วงหน้า เป็นการวางแผนสำหรับการดูแลเมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะตรงกับค่านิยมและเป้าหมายประสงคของผู้ป่วยแต่ละรายให้มากที่สุด

องค์กรที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบถึงกฎหมายที่เกี่ยวกับการตัดสินใจด้วยตนเอง (The Patient Self-Determination Act) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในการให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้า (advance directives)

จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง 3/3

- * การให้ความยินยอม (Consent)

- การให้คำสั่ง หรือเจตจำนงไว้ล่วงหน้า หรือพินัยกรรมชีวิต (Advance Directives or Living Wills)

- * การบำบัดรักษาที่เหมาะสม (Appropriate therapy)

- * การุณยฆาต (Euthanasia)

การุณยฆาต และการช่วยทำอัตวินิบาตกรรม (Euthanasia and Assisted Suicide)

เหตุผลที่นำมาใช้อ้างเพื่อขอให้แพทย์ช่วยจบชีวิต มาจาก
ตัวผู้ป่วยที่กล่าวว่าอาการต่างๆที่เป็นอยู่ทรุดลงมากขึ้น หรือไม่
อาจทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เอง หายใจไม่ออก ปวด
ทุกข์ทรมาน รวมถึงไม่ต้องการรบกวนหรือเป็นภาระให้กับ
บุคคลอื่น

กฎหมายที่ครอบคลุมแพทย์กับการช่วยทำอัตวินิบาตกรรม
พบว่าแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่ยังไม่มียประเทศที่
อนุญาตให้ช่วยกระทำในเรื่องนี้อย่างชัดเจน

เกณฑ์ของจริยธรรม

เกณฑ์ของจริยธรรม ที่ครอบคลุมทางการแพทย์ สามารถสรุปได้ 4 ประการคือ

1. ทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Beneficence)
2. ไม่ก่อให้เกิดผลทางลบ หรือหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก็ก่อให้เกิดผลทางลบต่อผู้ป่วยน้อยสุด (non-maleficence)
3. ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วย (autonomy)
4. มีความยุติธรรม (justice)

(Beauchamp & Childress 1983; WHO 1990.)

โดยภาพรวมแพทย์มีความรับผิดชอบ 2 ประการ คือ การปกป้องรักษาชีวิต และให้ถึงการบรรเทาต่อความทุกข์ทรมาน และสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ก็คือ จะมีเวลาที่ความรับผิดชอบทั้ง 2 ประการนี้ เกิดการขัดแย้งกัน

เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใกล้สู่ความตาย การปกป้องรักษาชีวิตกลายเป็นเรื่องที่เราให้ความสำคัญมากขึ้น และการเน้นให้การบรรเทาความทุกข์ทรมานกลายเป็นเรื่องสำคัญ

สิ่งที่ผู้ป่วยเลือกสำหรับ การดูแลแบบประคับประคอง

5 สิ่งหลักทางการป่วยไข้ ที่มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่
ความผาสุกของผู้ป่วย จากการบอกเล่าของทีมงานที่ให้การดูแล
ประกอบด้วย: ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความไม่สบาย และ
ความปวด

บทบาทของแพทย์ (บุคลากรทางการแพทย์)
ให้การรักษาให้หายได้เป็นบางเวลา
ให้การบรรเทาจากอาการต่างๆได้บ่อยๆ
ให้ถึงความรู้สึกที่สุขสบายได้ตลอดเวลา

(A sixteenth century aphorism, penned by an anonymous author.)

บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านการดูแลแบบ
ประคับประคอง สามารถช่วยชักนำผู้ป่วยไปสู่การตายอย่างสงบ
ด้วยการเข้าไปช่วยเหลือกับการกระทำทุกอย่าง ที่เน้นในเรื่อง
ความสุขสบายของผู้ป่วยมากกว่าการบำบัดรักษาโรคซึ่งมุ่งเน้น
ให้คงการมีชีวิตอยู่ต่อไปในเชิงรุก

คำประกาศ

สิทธิของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแทน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตรา 7 ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใดๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการ หรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่า การกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

การดูแลแบบประคับประคอง และรายการของการปฏิบัติการณใน
สถานที่ๆจัดทำขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค (hospice
programs) ที่เรียกว่า Hospice เป็นการดูแลมาตรฐานที่จัดทำเพื่อการ
ดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต และสามารถนำมาใช้เพื่อการดูแลความทุกข์
ทรมานช่วงสุดท้ายของการป่วยได้เกือบทุกเรื่อง แม้จะไม่ใช่ทุกชนิด

เกณฑ์สำหรับใช้พิจารณาผู้ป่วยเข้าไว้ในการดูแล แบบประคับประคอง (Criteria for Palliative Care)

1. - เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน
 - ถูกปรับเปลี่ยนสถานะภาพจากการบำบัดรักษาโรคให้หายขาด มาเป็นเพียงการดูแลรักษาตามอาการ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากโรคที่ผู้ป่วยอยู่ (เช่น มะเร็ง) ได้ลุกลามไปมากแล้ว
 - ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน โดยคาดว่าจะมีชีวิตรอดต่อไปได้ไม่เกิน 6 – 12 เดือน
 - โรคที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่ มีความเป็นไปได้ที่จะทำให้ผู้ป่วยจบชีวิตในช่วงท้ายๆของการป่วยไข้
2. ผู้ป่วย ครอบครัว และคนใกล้ชิด เข้าใจถึงสภาพของโรคที่ผู้ป่วยอยู่และต้องการกลับไปใช้ชีวิตช่วงท้ายที่บ้านโดยครอบครัวมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
3. ผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมากแล้ว และมีความต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน แต่สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ไม่เหมาะสม รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขไม่ครอบคลุมในการให้บริการ
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการแพทย์อื่น โดยโรคที่เป็นอยู่ได้ลุกลามไปเกินกว่าจะให้การบำบัดใดๆได้เป็นการเฉพาะ และคาดว่าจะมีชีวิตรอดต่อไปได้ไม่เกิน 6 เดือน

เกณฑ์สำหรับใช้พิจารณารับผู้ป่วยเข้าไว้ในการดูแล แบบประคับประคอง (Criteria for Palliative Care)

5. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาแล้วเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงมากต่อการควบคุมความปวดหรืออาการอื่นที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ภายหลังให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน
6. เป็นผู้ป่วยในระยะโรคลุกลามไปมาก มีปัญหาของการบำบัดความปวดที่เป็นอยู่ซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อปรับขนาดของยาแก้ปวด
7. เป็นผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมาก และพบว่ามีความต้องการยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาความปวดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความเป็นไปได้ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาแก้ปวดไปเป็นรูปแบบอื่น
8. ในกรณีที่แพทย์ในหน่วยงานดูแลประคับประคองไม่อยู่หรือติดต่อไม่ได้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตามแพทย์เจ้าของไข้เดิม จะต้องช่วยให้การรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะพักอยู่ในสถานพยาบาลนั้นหรือที่บ้านผู้ป่วยก็ตาม

การควบคุมอาคาร
ใน
การดูแลแบบประคับประคอง

อาการทางด้านร่างกาย

และ

ปัญหาจากการป่วยไข้

การควบคุมอาการ

มีปัญหาเกี่ยวกับอาการที่เกิดกับด้านร่างกายจำนวนหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยระยะโรคดูลามอาจต้องเผชิญ อาทิเช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะดูลามซึ่งอาจเป็นผลจาก

- ผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็ง
- จากการดูลามของตัวมะเร็งโดยตรง
- ผลข้างเคียงจากยาชนิดต่างๆ
- จากการป่วยใช้ชนิดอื่น ที่อาจไม่มีความสัมพันธ์ กับโรคมะเร็งที่ป่วยอยู่

อาการ และอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ใน
ความดูแลของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 129 ราย พบมี 2 – 12
อาการในผู้ป่วยแต่ละราย (เฉลี่ย 6.3 อาการ/ราย)

ความชุก และรูปแบบของอาการที่พบ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 129 ราย

* ปวด	78.46%	* อ่อนเพลีย	66.15%
* นอนไม่หลับ	60.00%	* วิดกกังวล	49.23%
* เบื่ออาหาร	47.69%	* น้ำหนักลด	27.69%
* ซีด	26.15%	* ไอ	21.54%
* บวม	16.92%	* อัมพาต	15.38%
* น้ำในช่องปอด	15.38%	* ซึมเศร้า	13.85%
* กลืนอาหารลำบาก ปัสสาวะไม่ได้	12.31%	* แผลกดทับ	12.31%
* ตกเลือด	10.77%	* ง่วงซึม	09.23%
* กลืนอาหารลำบาก	09.23%	* น้ำในช่องท้อง	07.69%
* ทวารเทียม	07.69%	* คลื่นไส้	07.69%
* แผล	06.15%	* ท้องผูก	06.15%
* หายใจลำบาก	04.62%	* ตัวเหลือง ตาเหลือง	04.62%
* Ureterostomy	03.08%	* ท้องเสีย	03.08%
* สายให้อาหารผ่านรูจมูกเข้ากระเพาะอาหาร	01.54%	* เจาะคอ	01.54%
* สายให้อาหารผ่านหน้าท้องเข้ากระเพาะอาหาร	01.54%	* อาเจียน	01.54%

การบำบัดจำเป็นต้องให้เหมาะสม
กับระยะของโรค
และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย

การดูแลที่บ้าน (Home Care)

การดูแลที่บ้าน

เป็นการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมในทุกด้านอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยการบริการด้านสุขภาพแก่เฉพาะบุคคลและคนในครอบครัวถึงบ้านของพวกเขา โดยมีความมุ่งหมายตั้งแต่ ส่งเสริม คงไว้ และซ่อมสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะการคงไว้ซึ่งกระทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองและลดความพิการจากการป่วยไข้ รวมถึงภาวะการณ้ป่วยไข้ระยะสุดท้าย

การบริการจะเป็นไปตามความต้องการของลูกค้า(ผู้ป่วย) และครอบครัวที่ได้วางแผนประสาน และจัดส่งให้โดยองค์กรของผู้จัดการบริการด้านการบริการสุขภาพถึงบ้าน ผ่านการทำสัญญาตามที่ตกลงกันไว้ เจ้าหน้าที่ที่ไว้จ้างไว้ หรือทั้ง 2 กรณี

การดูแลที่บ้านโดยปรกติเป็นผลติดตามจากการดูแลที่โรงพยาบาล แต่ในบางครั้งการดูแลรูปแบบนี้ ถูกพิจารณาเป็นอีกหนึ่งทางเลือก การดูแลที่บ้านอาจเป็นการดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ยังคงเจ็บป่วยด้วยโรคที่ยังจำกัดขอบเขต (ส่วนมากเป็นการดูแลระยะสุดท้าย)

การดูแลที่บ้านควรให้ถึงการดูแลเฉพาะบุคคลที่เปี่ยมด้วยคุณภาพแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือก การที่ถูกเลือกให้เป็นการดูแลที่บ้านควรได้รับการรับรองโดยแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย และควรเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ การดูแลระบบนี้ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่พักรออยู่ตามลำพังหรือคนในครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลระหว่างช่วงเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ไปเยี่ยม ผู้ป่วยที่เหมาะสมควรเป็นผู้ที่เคลื่อนไหวไปมาได้ โดยอิสระโดยเฉพาะการประกอบภารกิจประจำวัน ผู้ป่วยที่ต้องใช้ชีวิตอยู่แต่บนเตียงพบมีปัญหามาก

การดูแลที่บ้าน

ข้อดีกับการดูแลที่บ้าน

- อบอุ่นสบาย
- ที่ความเป็นส่วนตัว
- มีความคุ้นเคย
- มีความปลอดภัย
- ความเป็นอิสระ
- ลดการมุ่งเน้นแต่การเจ็บไข้
- ใกล้ชิดกับครอบครัว ญาติมิตร
- ยอมให้ครอบครัวเกี่ยวข้องกับการดูแล

ข้อด้อยกับการดูแลที่โรงพยาบาล

- ตารางเวลาเคร่งครัด
- เป็นการดูแลไม่เฉพาะบุคคล
- สูญเสียอำนาจ
- ได้รับการตรวจสัญญาณชีพโดยไม่จำเป็น
- มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นที่เคลือบแคลงถึงคุณค่า
- เพิ่มค่าใช้จ่าย
- ห่างไกลจากครอบครัว และญาติมิตร

สมาชิกในทีมให้การดูแลที่บ้าน

- แพทย์ (แพทย์ประจำครอบครัว, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง)

- พยาบาล (พยาบาลที่ทำงานประจำโรงพยาบาล, พยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง, พยาบาลพิเศษจากศูนย์บริการ)

- เจ้าหน้าที่อื่นในหน่วยงานดูแลที่บ้าน

- เภสัชกร (เภสัชกรที่ทำงานประจำในโรงพยาบาล, โรงพยาบาลชุมชน)

- นักสังคมสงเคราะห์

- นักบำบัด (กายภาพบำบัด, ดนตรีบำบัด ฯลฯ)

- พระ, นักบวช

- คนในครอบครัว ญาติมิตร

- อาสาสมัคร

- แม่บ้าน, คนรับใช้ในบ้าน

เครื่องมือ ของใช้ที่อาจจำเป็น สำหรับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

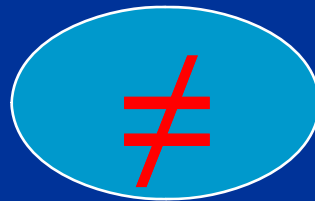
- เตียงนอนที่ปรับระดับสูง ต่ำได้ เพื่อลดการบาดเจ็บของผู้ช่วยเหลือคนไข้ และทำให้ง่ายต่อการดูแล
- ที่ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ อ่างล้างหน้า
- ที่นอนลม น้ำ ไฟฟ้า หรือหนังแกะ เพื่อรองรับร่างกายส่วนบริเวณกอดทับ
- ราวจับติดตามฝาผนัง
- รถ หรือเครื่องมือที่ช่วยในการรับส่งผู้ป่วยไปยังห้องน้ำ เคลื่อนย้ายไปมาภายในบริเวณที่พัก
- เครื่องมือช่วยในการให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
- ไม้เท้า คอกช่วยในการเดิน (walker) เก้าอี้ชนิดต่างๆ เก้าอี้มีล้อสำหรับคนพิการ
- เครื่องช่วยให้ความสนุกสนานเพลิดเพลิน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

การดูแลสุขภาพที่บ้าน คือการบริการชนิดหนึ่งที่ทำให้ถึงการดูแลสุขภาพที่จัดขึ้นสำหรับเฉพาะบุคคล และครอบครัวถึงที่พักอาศัยของพวกเขา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเจ็บไข้ ส่งเสริม คงไว้ และฟื้นฟูสุขภาพ หรือลดภาวะของการเจ็บไข้และการพิการที่เป็นอยู่ให้น้อยลง

การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยประเพณีปฏิบัติจะมีไว้บริการผู้สูงอายุ หรือผู้เจ็บไข้ชนิดเรื้อรัง

การดูแลที่บ้าน



การติดตามดูแล
สุขภาพที่บ้าน

การเยี่ยมบ้าน

เกณฑ์ที่ใช้พิจารณารับผู้ป่วยเข้าไว้ดูแลในหน่วยงาน

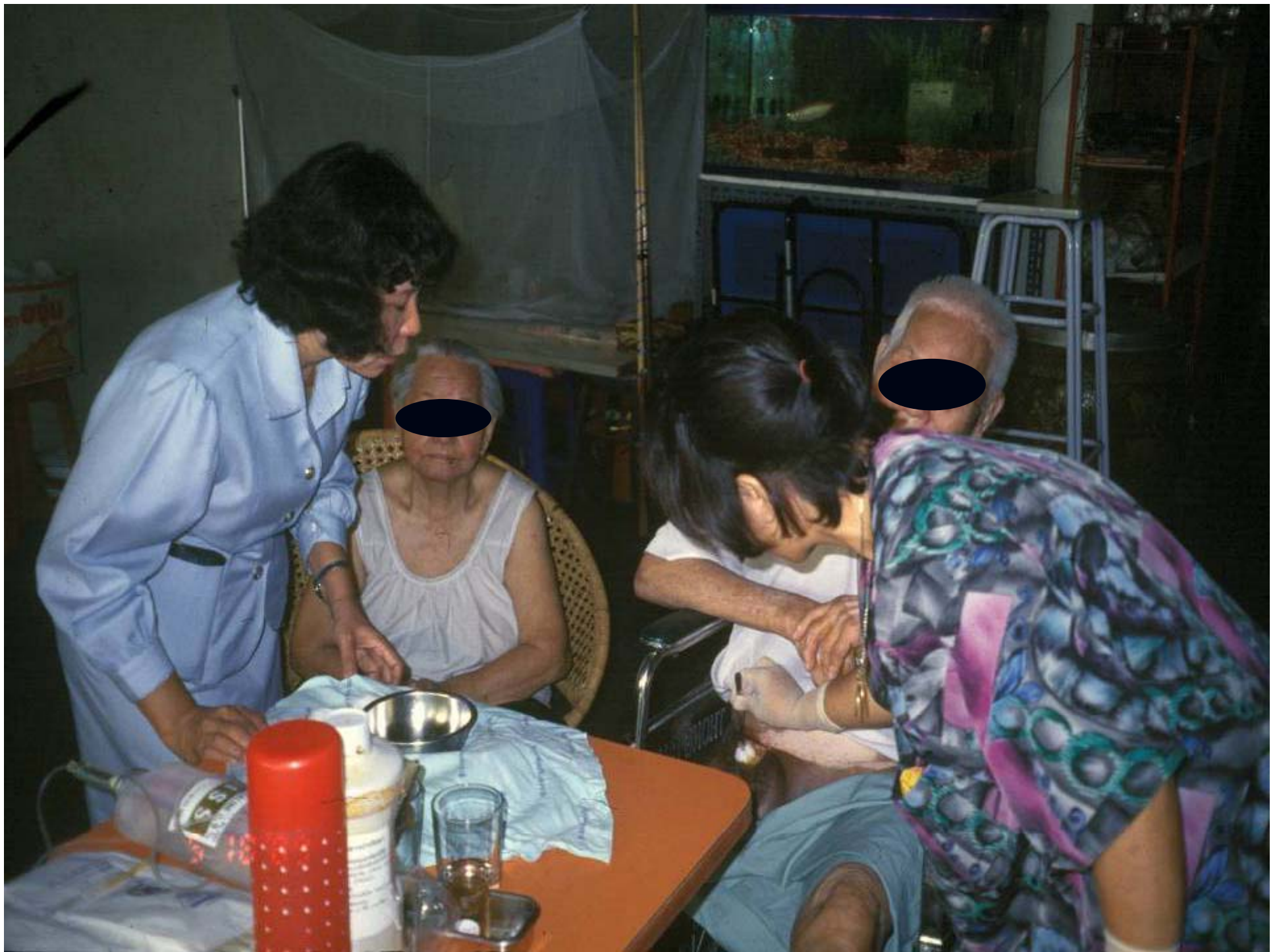
ดูแลที่บ้าน (Criteria for Home Care)

1. - เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างยาวนาน
 - ถูกปรับเปลี่ยนสถานภาพจากการบำบัดรักษาโรคให้หายขาด หรือเพื่อควบคุมโรคไม่ให้ลุกลามมาเป็นการดูแลรักษาตามอาการ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเนื่องมาจากโรคที่ผู้ป่วยอยู่ได้ลุกลามไปมาก
 - เพื่อให้ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 6 -12 เดือนสามารถกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน
2. ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ใกล้ชิด เข้าใจสภาพของโรคที่ผู้ป่วยอยู่ และต้องการกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน โดยครอบครัวมีความพร้อมที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ตลอดเวลา
3. เป็นผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมาก และมีความต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน แต่สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่นั้นไม่มีความพร้อม หรือระบบบริการสาธารณสุขไม่ครอบคลุมในการให้การบริการในรูปแบบนี้
4. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถาบันการแพทย์อื่น โดนโรคที่ผู้ป่วยอยู่ได้ลุกลามไปมากเกินกว่าจะให้การบำบัดใดๆเป็นการเฉพาะ และคาดว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ได้ไม่เกิน 6 – 12 เดือน

เกณฑ์ที่ใช้พิจารณารับผู้ป่วยเข้าไว้ดูแลในหน่วยงาน ดูแลที่บ้าน (Criteria for Home Care)

5. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาแล้วเห็นว่า มีความเสี่ยงสูงมากในการควบคุมความปวดหรืออาการอื่นได้ไม่ดีเท่าที่ควร ภายหลังให้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน
6. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะของโรคลุกลามไปมาก มีปัญหาของการบำบัดความปวดที่ซับซ้อน จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อปรับขนาดของยาแก้ปวด
7. เป็นผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมาก และพบว่าต้องการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความเป็นไปได้ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาแก้ปวดไปเป็นรูปแบบอื่น
8. ต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในบริเวณที่ผู้ให้การบำบัดรักษาสามารถติดตามไปดูแลได้

























การเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (End of Life)

* ผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีวิธีการรักษาใดที่ไปถึงความหวังในการทำให้มีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้น หรือช่วยให้การทำงานของร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่การช่วยประคับประคองอาการต่างๆ รวมถึงการคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกายไม่ให้ทรุดลงไปกว่าที่เป็นอยู่ กลายเป็นเรื่องสำคัญ

* การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตที่เหมาะสม คือการเน้นการปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัด แทนที่จะมุ่งเน้นไปที่การยืดชีวิตให้ยืนยาวนานขึ้น หรือบำบัดโรคให้หายเป็นการ ไปสู่การดูแลที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพิ่มพูนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ให้การช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วย รวมถึงการบรรเทาความทุกข์ต่างๆ จากการป่วย

คุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องต้องเป็นองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย
สุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพแวดล้อม ปัจจัยพื้นฐานของครอบครัว
จิตวิญญาณ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ คุณค่า และความหมายของชีวิต

การพิจารณานำเอาเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้บำบัด
ผู้ป่วย แพทย์ต้องคำนึงถึงภาพรวมของความเป็นมนุษย์ รวมถึง
ธรรมชาติของมนุษย์แบบองค์รวม มาร่วมเป็นข้อพิจารณา

มาตรการสำหรับดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ควรเป็น
วิธีการที่ไม่น่ากลัว ไม่ก่อหรือเพิ่มความทุกข์ทรมาน ไม่มีการ
กักบริเวณ ไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว และควร
เป็นไปตามมติที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

การบำบัดภาวะฉุกเฉินบางประการ

* ภาวะตกเลือด

ภาวะตกเลือด เป็นอาการที่พบได้บ่อยในกรณีมีรอยโรคในทางเดิน
กระเพาะอาหารและลำไส้ ทางเดินระบบหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่าง ระบบ
ทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ รวมถึงบริเวณที่เกิดเนื้องอก

* กดทับไขสันหลัง

* การกระจายมะเร็งมายังสมอง

* อาการชัก

* ภาวะมีแคลเซียมในเลือดสูงเกินปกติ

* ภาวะมีโซเดียมในเลือดน้อยกว่าปกติ

* กลุ่มอาการกดทับต่อ superior vena-cava

ภาวะฉุกเฉินในช่วงเวลาของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(Emergencies in Terminal Care)

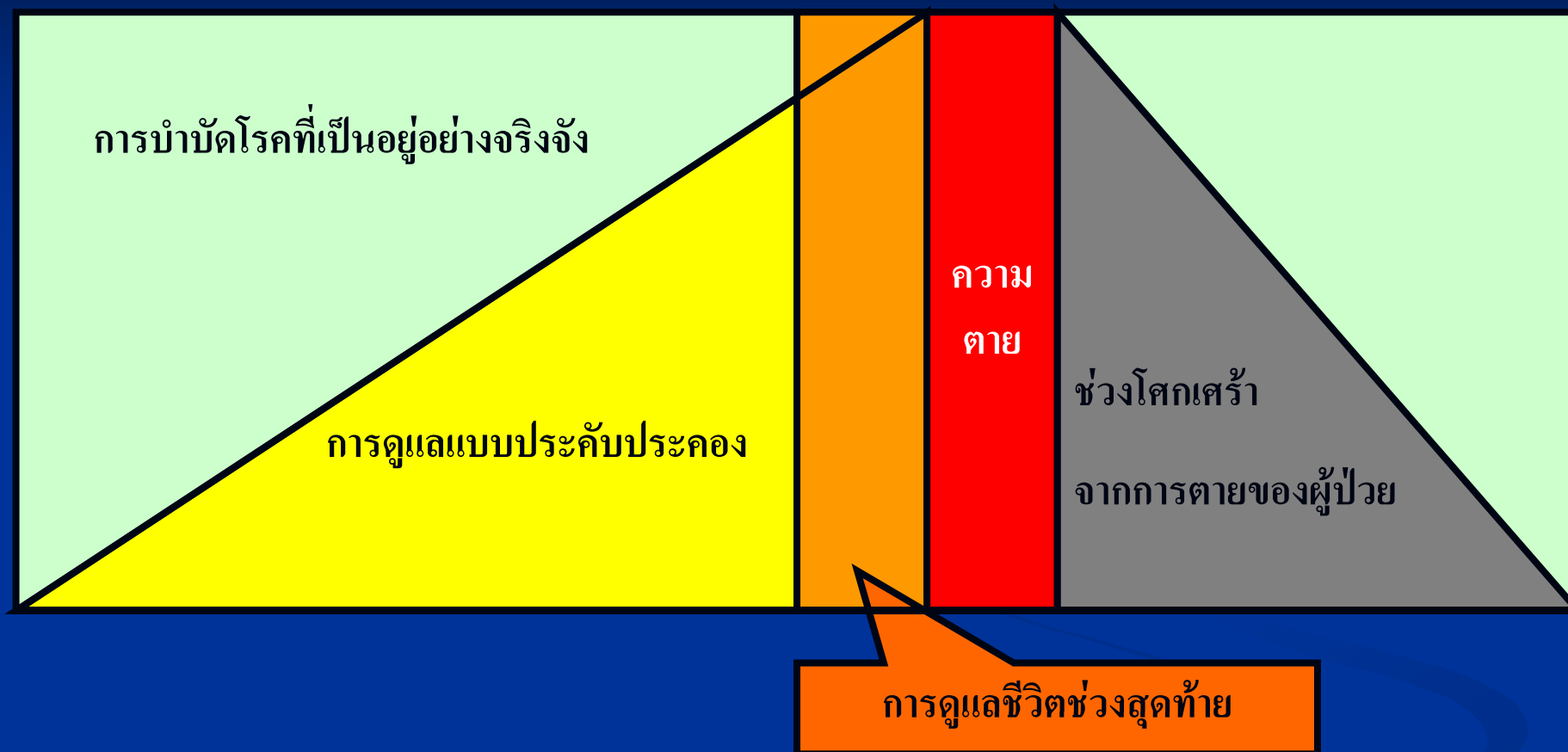
มีการเปลี่ยนแปลงบางประการที่เกิดขึ้นฉับพลันไม่เป็นที่พึงปรารถนา โดยเป็นผลตามมาจากการบำบัดรักษา

- * มีอาการอาเจียนอย่างยั่งยืน โดยเกิดจากการได้รับยากลุ่ม opioids
- * ภาวะสับสน (delirium) ที่เป็นผลจากยาที่ใช้ในการบำบัดอาการอื่น
- * sub-acute mania (ภาวะวิกลจริตที่ค่อนข้างเฉียบพลัน) เกิดจากการได้รับสาร corticosteroids
- * hyponatremia และ Stevens Johnson Syndrome จากผลข้างเคียงของยา carbamazepine

ภาวะฉุกเฉินอื่นอาจเกิดขึ้นโดยเกี่ยวเนื่องจากด้านจิตใจ และสภาพแวดล้อมทางสังคมโดยเฉพาะจากเหตุการณ์ตึงเครียดภายในครอบครัว ซึ่งอาจปะทุขึ้นอย่างทันทีทันใด และต้องการถึงเข้าช่วยใกล้เคียงห้ามปราม และการบริหารจัดการอย่างเร่งด่วน

การดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต

รูปจำลองการดูแลแบบประคับประคอง



Modified from Courtesy Guidelines for Establishing Standards.

Palliative Care Services, Canada 1989.

อาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (200 ราย)

อาการ	ความชุกของอาการ		
	ช่วง 2 เดือนก่อนเสียชีวิต	ช่วงสัปดาห์ก่อนเสียชีวิต	24-48 ชม. ก่อนเสียชีวิต
อ่อนเพลีย	47	71	-
ปวด	67	50	38
เหนื่อยล้า	48	52	-
เบื่ออาหาร	46	55	-
สับสน และงุนงง	20	50	10
หายใจลำบาก	28	42	24
คลื่นไส้ อาเจียน	26	34	10
น้ำหนักลด	44	-	-
วิตกกังวล	11	36	-
นอนไม่หลับ	29	21	-
ซึมเศร้า	21	27	-
อึดอัด แน่นหน้าอก	-	6	55
ง่วงเหงาหาวนอน	-	57	47
กล้ามเนื้อกระตุก	-	-	10

การดูแลระยะสุดท้าย (Terminal care)

การพูดคุยกันถึงความตายและการตายมากขึ้นเพียงใดจะผันแปรไปตามผู้ป่วยแต่ละราย ความลับในเรื่องนี้อยู่ที่การปรับให้มีอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วย ที่จะตัดสินใจว่าจะพูดคุยถึงเรื่องนี้มากน้อยเท่าใด

ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ต้องการพูดถึงความตาย หรือถ้าหากต้องการ ก็จะเลือกพูดกับใครบางคน ที่เขาสามารถแบ่งปันความรู้สึกได้เท่านั้น

บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำเป็นต้องมีความสามารถในการสนองตอบ ถ้าผู้ป่วยต้องการพูดคุยกันในเรื่องเกี่ยวกับความตาย

ความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยทุกราย ต้องการและสามารถในการพูดคุยถึงความตาย และการตายนั้นไม่ใช่ความจริง

ชั่วโมงท้ายๆของชีวิต
และการดูแลช่วงเวลาเศร้าโศก
หลังการตายจากของผู้ป่วย

สิ่งที่ผู้คนที่ต้องการมากที่สุด เมื่อเข้าสู่ภาวะของการตาย คือช่วยให้บรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการป่วยไข้ อยู่ในสภาพแวดล้อมของการดูแลที่ปลอดภัยและวางใจได้ รวมถึงยังคงได้รับการดูแลจากผู้ชำนาญการ และได้รับความมั่นใจว่าไม่ถูกครอบครัวยัดยง

(Gaven J. Wald FS. Hospice care for dying patients.
American J. of Nursing, 1975; 75:1816-22).

- ช่วยให้คนใกล้ตายสามารถตายกับสติ และตายด้วยจิตสงบได้อย่างไร?
กายป่วยใจจะป่วยด้วย

- อย่างไรจึงเป็นการตายดี?

ลดความทุกข์ทรมานในภาวะใกล้ตาย

การตายดี คือ การตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมาน ที่สามารถ
หลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย และควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย และ
ครอบครัว บนพื้นฐานของการบำบัดรักษาด้านการแพทย์ วัฒนธรรม และ
จริยธรรมที่ได้มาตรฐาน และดีงาม

การตายดี คือ การตายที่ “มีสติ ไม่หลงตาย”

ตายดี ตายด้วยสติ ไม่หลงตาย (ท่านเจ้าคุณพระธรรมปิฎก – ปอ. ปยุตฺโต)

ในช่วงโมงท้ายๆของชีวิต อาการต่างๆที่เกิดขึ้น อาจรุนแรงขึ้น
บรรเทาลง หรืออาจเกิดขึ้นใหม่ การดูแลอาการต่างๆจำเป็นต้องมีการ
ปรับเปลี่ยนบ่อยๆ ผู้ป่วยที่ใกล้ตายส่วนมากมีอาการที่ดิ้อหรือยากต่อการ
บำบัดแก้ไข และช่วงเวลาที่เข้าใกล้สุดท้ายมากๆต้องการถึงการเข้าช่วย
จัดการด้วยมาตรการเชิงรุก และในบางครั้งแม้จะไม่บ่อยนักที่ต้อง
พิจารณาให้ยาหลับลึกในช่วงสุดท้ายของชีวิต (terminal sedation)

ภาวะหายใจลำบากอาจรุนแรงขึ้น เมื่อความตายอย่างกรายเข้ามา
ภาวะปอดที่รุนแรงอาจปะทุขึ้นในผู้ป่วยบางราย เสียงหายใจรุนแรงครี๊ด
คราดในลำคอ ปัสสาวะราดหรือคั่งค้าง กระสับกระส่าย บั่นป่วน เพื่อ
เคลื่อนไหวและอาเจียน อาจพบได้ในผู้ป่วยจำนวนมาก เมื่อเข้าสู่ภาวะใกล้
ตาย เหงื่อออกมาผิดปกติ กล้ามเนื้อกระตุก และสับสนอาจปรากฏได้ใน
ผู้ป่วยบางรายแต่ไม่มาก

อาการทางด้านจิตใจอาจปรากฏขึ้นได้เช่นกัน ที่พบบ่อยสุดคือ วิตกกังวล รวมถึงความกลัวโดยเฉพาะต่อการสูญเสียและโศกเศร้ากับการรู้ถึงการลาจาก และความทุกข์ต่อด้านจิตวิญญาณ

งานที่ก่อให้เกิดความลำบากใจมากที่สุดกับผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพคือการถอดถอนหรือหยุดการใช้เครื่องมือที่ช่วยดำรงชีวิต และการให้ยาเพื่อให้หลับลึก (เช่น Midazolam) สำหรับบรรเทาอาการที่ยากแก่การแก้ไข ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบ และรู้สึกสบายเมื่อเข้าสู่ภาวะแห่งการตาย

การปรับเปลี่ยนขบวนการของการดูแลเมื่อความตายอย่างถาวรเข้ามา

เป้าหมายของการดูแลในช่วงเวลาเช่นนี้ คือการป้องกัน และควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดความทรมาน ทุกข์ และรบกวนการพักผ่อน การใช้ยา การบำบัด และการประเมิณจะช่วยให้การดูแลดำเนินไปได้ดี

- medication ยาที่จำเป็นในช่วงวันท้ายๆของชีวิตคือ analgesics, anticonvulsants, antiemetics, antipyretics, anticholinergics and sedatives ยาอีกกลุ่มที่อาจมีประโยชน์ในช่วงเวลาเช่นนี้ ประกอบด้วย corticosteroids & psychotropics

- dehydration

- vital signs

มาตรการทางการแพทย์บางประการที่ควรละเว้น การนำมาใช้ปฏิบัติ กับผู้ป่วยใกล้ตายด้วยโรคที่รักษาไม่ได้ ประกอบด้วย

1. งดการช่วยฟื้นคืนชีพ
2. ไม่พิจารณาเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
กรณีผู้ป่วยพักอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป
3. ไม่พิจารณาให้ เลือด เกล็ดเลือด พลาสมา หรือสารน้ำ
4. ไม่ปรับเปลี่ยน หรือให้ยาปฏิชีวนะ
5. ไม่เริ่มการรักษาใดๆ ที่ยังอยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูล
หรือ ข้อพิสูจน์แน่ชัดว่ามีผลทำให้การรักษาดีขึ้น
6. ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ

มาตรการทางการแพทย์บางประการที่ควรพิจารณา ยุติปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย ประกอบด้วย

1. ยาเพิ่มความดันเลือด ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ
2. ยาทุกชนิด ที่ไม่ได้เกี่ยวกับ การช่วยบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทรมาน
3. การบำบัดที่อยู่ในข่ายทดลอง หรือที่ไม่มีข้อมูล หรือข้อพิสูจน์แน่ชัดว่ามีผลทำให้การรักษาดีขึ้น
4. สารอาหาร และ/หรือ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
5. เครื่องช่วยหายใจ การล้างไต เป็นต้น
6. การวัดสัญญาณชีพ

การปรับเปลี่ยนจังหวะการดูแล ขณะที่ความตายอย่างกรายเข้ามา

* ยา

* ภาวะร่างกายขาดน้ำ

- ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยถูกทำให้ดีขึ้นไหม ถ้าได้รับการช่วยให้สารน้ำ
- มีอาการอะไรบ้างไหม ที่จะช่วยให้บรรเทา
- มีอาการอะไรบ้างไหม ที่จะได้รับการช้ำเติมให้รุนแรงขึ้น
- การมีสารน้ำพอเพียงช่วยเสริมให้ภาวะทางด้านสติ ความทรงจำ

ความนึกคิด หรือ ระดับการรับรู้ดีขึ้นไหม

- จะช่วยทำให้ชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวขึ้นชั่วคราวหรือไม่
- เป็นความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวใช่หรือไม่

* ทัศนญาณชีพ

การช่วยให้สารอาหาร และสารน้ำ

(Artificial Nutrition and Hydration)

ควรมีการหันหน้าเข้าพูดคุยกันกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าการช่วยให้สารอาหารและสารน้ำต้องแยกออกจากความพึงพอใจในการใช้ปฏิบัติช่วงท้ายของชีวิต และควรถูกถือปฏิบัติว่าเป็นมาตรการทางการแพทย์สำหรับใช้เพื่อการรักษาพยาบาลมากกว่าเพียงเป็นพื้นฐานของโภชนาการธรรมดา

บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยลงเมื่อไม่ได้รับการช่วยให้สารน้ำ

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่พบว่าแสดงออกถึงความทุกข์ทรมานเมื่อไม่ได้รับการช่วยให้สารอาหารหรือสารน้ำ

สิ่งที่ควรนำมาพิจารณามากสุด

* สิ่งควรกระทำต่อไป

- วางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน (ถ้าเป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวต้องการ)
- เตรียมห้องที่สงบเงียบไว้รองรับ
- ให้การคำจุนครอบครัว
- ให้การคำจุนต่อเจ้าหน้าที่ๆดูแลผู้ใกล้ตาย

การหยุดการบำบัด ถือเป็นการกระทำที่อยู่ในหลักจรรยาบรรณ เพราะไม่ได้แตกต่างไปจากการไม่ได้เริ่มให้การบำบัดนั้นๆ การบำบัด จำเป็นต้องให้เหมาะสมกับระยะการป่วยไข้และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และถึงสุดท้ายแต่ยิ่งใหญ่ก็คือกับผู้ใกล้ตายในช่วงเวลาเช่นนี้

“การกระทำแก่ผู้ป่วยน้อยสุด คือการช่วยผู้ป่วยมากที่สุด”

อาการ และอาการแสดงของขบวนการการตายที่ใกล้เข้ามา

มีข้อยกเว้นจำนวนไม่มากที่จะเป็นอาการ และอาการแสดงที่สามารถทำนายว่าความตายใกล้เข้ามา อันสืบเนื่องมาจากการมีปฏิกิริยาต่อกันจาก gradual hypoxia, respiratory acidosis, renal failure & hypoxia ของ the central nervous system.

อาการ และอาการแสดงที่เกิดขึ้นก่อนการตายประกอบด้วย

1. อ่อนเพลียอย่างมาก
2. อยู่ (ใช้ชีวิต) เฉพาะบนเตียง
3. ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลทุกเรื่อง หรือเกือบทุกเรื่อง
4. สภาพร่างกายมักเป็นหนังหุ้มกระดูก, ชุบชืด (พบได้เสมอในผู้ป่วยโรคมะเร็งเกือบทุกราย ยกเว้นกรณีที่ใช้ corticosteroids)
5. ง่วงซึม หรือลดระดับการรับรู้ ความเข้าใจ (insight) และการเข้าใจ (perceive)
6. เพิ่มช่วงเวลา ง่วง เหนงา หาว นอน
7. มีความยากลำบากอย่างยิ่งต่อการสำรวจความคิด, มีข้อจำกัดของการใช้เวลาแก่การเอาใจใส่ต่อสิ่งใดๆ
8. มีข้อจำกัดในความสามารถอย่างน้อยมากโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการให้ความร่วมมือกับผู้ช่วยให้การดูแล
9. ไม่รู้ถึงสถานที่ และเวลา
10. เพิ่มความไม่สนใจ หรือใส่ใจต่ออาหาร เครื่องดื่ม ลดความอยากอาหาร
11. มีความยากลำบากต่อการ กลืนยาเพิ่มขึ้น

บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้อาการเหล่านี้ เป็นตัวช่วยชี้นำผู้ป่วยและครอบครัวกับการวางแผนไว้รองรับความตายและพูดคุยครอบครัวถึงการจัดผู้คนในการเฝ้า รวมถึงผู้ที่ต้องการอยู่ข้างกายผู้ตาย ขณะที่ความตายเกิดขึ้น

- * มีใครบ้างที่ต้องการอยู่ข้างกายของผู้ใกล้ตายในขณะนั้น
- * พวกเขาทราบบ้างไหมว่ายังมีใครบ้างที่ต้องการกล่าวคำอำลากับผู้ป่วยในขณะนี้
- * พวกเขาได้กล่าวทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการกับผู้ใกล้ตายแล้วหรือยัง
- * พวกเขายังมีอะไรที่เสียใจ และค้างคาใจอยู่หรือไม่
- * พวกเขากังวลกับสิ่งใดบ้างหรือไม่
- * พวกเขาต้องการให้ปรับเปลี่ยนการกระทำใดที่เคยตกลงกันไว้ก่อนหน้านี้หรือไม่

เมื่อความตายใกล้เข้ามา การช่วยเกื้อกูลครอบครัว

ผู้กำลังจะตาย เป็นเรื่องสำคัญ และจำเป็นโดย

- * เรียกสมาชิกในครอบครัวให้มารวมกัน
- * บอกให้ทุกคนทราบว่า เวลาที่ทุกคนไม่อยากให้มาถึงได้เริ่มต้นแล้ว และคงใช้เวลาไม่ยาวนานนัก แต่ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้
- * อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- * อธิบายถึงมาตรการต่างๆ ที่นำมาใช้ปฏิบัติต่อตัวผู้ป่วย
- * แนะนำให้มีสมาชิกของครอบครัวพลัดเปลี่ยนกันอยู่ข้างตัวผู้ป่วยตลอดเวลาถ้าเป็นไปได้
- * ให้สมาชิกของครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลถ้าต้องการ
- * แสดงออกถึงความเป็นห่วง กังวล และร่วมในความทุกข์โศก

ข้อควรนำมาพิจารณาบางประการสำหรับ การดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต (ชั่วโมงท้ายๆของชีวิต) 1/4

1. ต้องทำอย่างไรกับยาแก้ปวด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องการยาแก้ปวดไหม

- ผู้ป่วยยังต้องการยาแก้ปวด แม้ขณะที่ผู้ป่วยดูเหมือนไม่สนองตอบต่อสิ่งเร้าใดๆ
- ขนาดของยาที่ใช้อยู่เดิม อาจต้องปรับขนาดลง ถ้าปริมาณขับถ่ายปัสสาวะลดลง
- ปรับเปลี่ยนมาตรการในการให้ยาจากรูปแบบรับประทาน มาเป็นการปิดยาบนผิวหนัง ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เข้าทางหลอดเลือดดำ หรือเหน็บทางทวารหนัก

2. ต้องทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสน

- ตรวจกระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ตรง (ปัสสาวะคั่งเต็มกระเพาะปัสสาวะ มีอุจจาระอุดตัน)
- ให้บำบัดด้วย haloperidol หลีกเลี่ยงการใช้ diazepam หรือ midazolam.

3. ทำอย่างไรกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

- ถ้ามีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอยู่เดิม ลดอัตราการให้สารน้ำให้น้อยลง
- ถ้าไม่มีการเปิดหลอดเลือดดำ ให้ผู้ป่วยจิบน้ำตามต้องการหรือบ้วน รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างดี
- ถ้าครอบครัวมีความกังวล พิจารณาให้สารน้ำทางใต้ผิวหนัง

ข้อควรนำมาพิจารณาบางประการสำหรับ การดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต (ชั่วโมงท้ายๆของชีวิต) 2/4

4. ควรทำอะไรถ้าผู้ป่วยมีไข้

- เช็ดตัวด้วยผ้าเย็น
- เปิดพัดลมหรือให้พัดในห้องมีเครื่องปรับอากาศ
- นิด paracetamol ทางใต้ลิ้นหรือเหน็บทางทวารหนัก
- โดยทั่วไปยาปฏิชีวนะไม่เหมาะกับการนำมาใช้รักษา

5. จำเป็นต้องให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยไหม

- กรณีเดียวเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยใกล้ตายมีภาวะหายใจลำบากมาก่อนหน้า

6. ควรพิจารณาใช้เครื่องดูดเสมหะไหม

- เครื่องดูดเสมหะโดยมากไม่ได้ก่อให้เกิดผลทางบวก และทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ
ปั่นป่วน

7. การดูแลสุขภาพควรกระทำอย่างไร

- ใช้ผ้าชุบน้ำ สวม ตะเกียบไม้ หรือไม้กดลิ้นพันด้วยผ้ากอสเปียกชื้น เช็ดถูภายใน
ช่องปากอย่างระมัดระวัง
- สารหล่อลื่นที่ละลายน้ำได้ทาบนลิ้นที่มีฝ้าหนา

ข้อควรนำมาพิจารณาบางประการสำหรับ การดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต (ชั่วโมงท้ายๆของชีวิต) 3/4

8. ถ้ามีเสียงครีคราด (death rattle) ในลำคอควรปฏิบัติอย่างไร

- อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าเสียงที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการไม่สามารถกลืนสารคัดหลั่งในลำคอ ไม่ใช่สำลักหรือมีสิ่งแปลกปลอมในลำคอ
- ฉีด myosin (Buscopan® หรือ Scopolamine®) ตั้งแต่เบื้องต้น
- อย่าให้สารน้ำมากเกินไป
- ให้ผู้ป่วยนอนราบและเอียงศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สารคัดหลั่งไหลออกได้สะดวก
- หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดูดเสมหะ

9. ให้การดูแลดวงตาอย่างไร

- ถ้าตาปิดไม่มิด (เวลาหลับตา) หยดน้ำเกลือธรรมดา (normal saline) ที่ดวงตาทุกชั่วโมงเพื่อป้องกันกระจกตาแห้ง

ข้อควรนำมาพิจารณาบางประการสำหรับ การดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต (ชั่วโมงท้ายๆของชีวิต) 4/4

10. ให้อาการดูแลผิวหนังอย่างไร

- เปลี่ยนอริยาบถทุก 2 ชั่วโมง
- ช่วยจับยึดและงอข้อมือข้อเท้าเพื่อป้องกันการเกร็งและปวด
- ให้อนบนที่นอนนุ่ม น้ำหรือไฟฟ้า

11. การบำบัดอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์

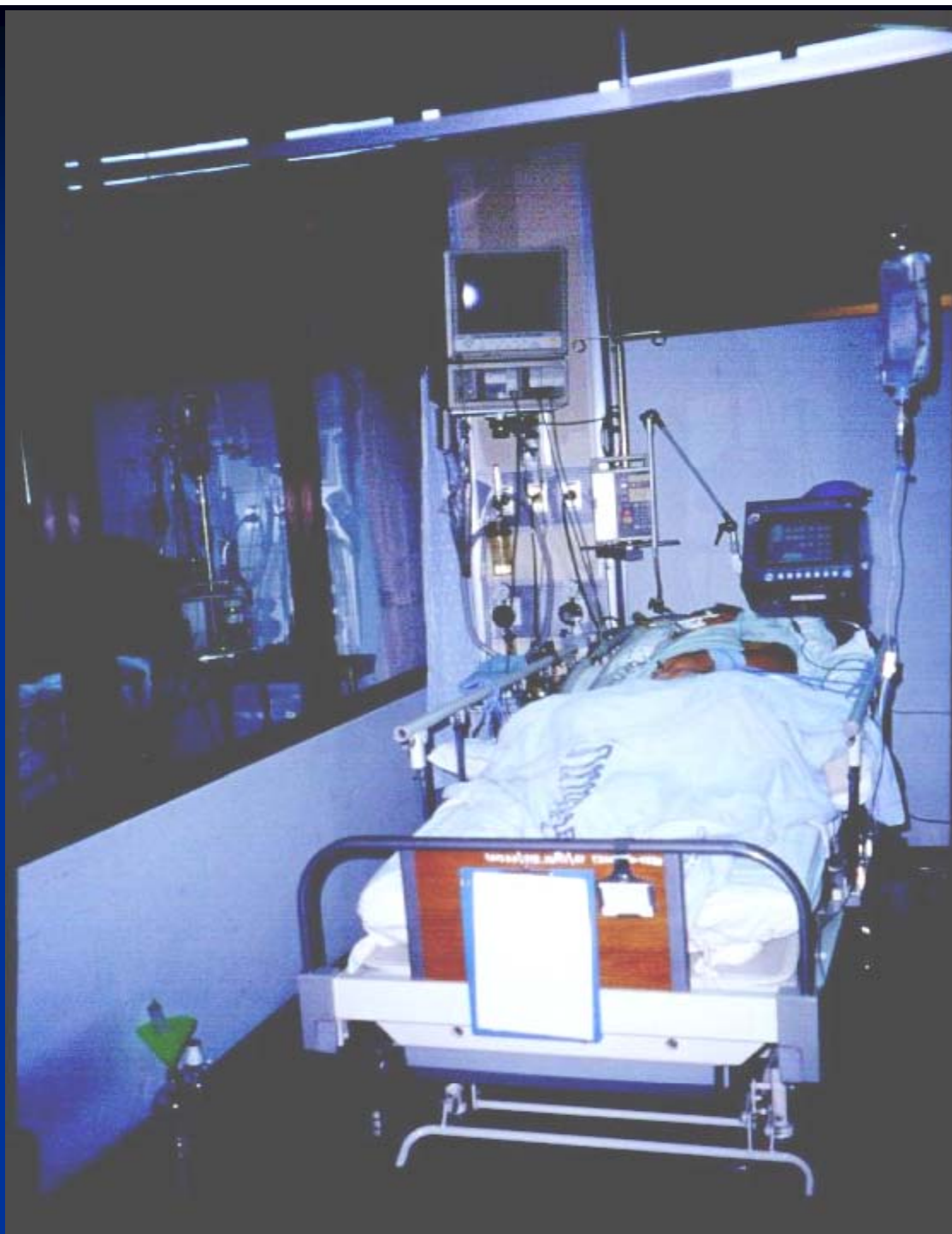
- อาการชัก (diazepam 10-30มก. ฉีด IV)
- เกิดความกลัวและกังวลอย่างมากจากการเกิดการตกเลือด หรือปัญหาด้านการหายใจอย่างเฉียบพลัน (midazolam 5-10มก. ฉีด SC/IV)
- ปวด/หายใจลำบากเฉียบพลัน (เพิ่มขนาดยามอร์ฟีนที่ใช้อยู่เดิมทุก 4 ชั่วโมง อีก 50% ฉีด SC/IV)
- สับสน (haloperidol 2.5-10มก. ฉีด SC/IV)

มาตรการบำบัดผสมผสานที่แนะนำ ให้ใช้ในชั่วโมงท้ายๆของชีวิต

- สัมผัส (touch)
- เสียง (ดนตรี) (sound)
- กลิ่น (aroma)

การนำผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โอกาสรอดไม่มี ไม่ควรถูกพิจารณานำเข้าบำบัดในหอวิกฤต ซึ่งนอกจากจะไม่ได้ช่วยทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังเป็นการกีดกันการอยู่ร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยถูกนำเข้าสู่หอวิกฤตไม่ว่าจะสาเหตุใดก็ตาม เมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย บุคลากรทางการแพทย์ควรจัดให้ครอบครัวได้มีโอกาสเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกรณีพิเศษ และให้ความใส่ใจถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยด้วย





สถานที่รองรับความตาย

* บ่อยครั้งที่มีความจำเป็นและสำคัญกับการหันหน้ามาพูดคุยกันถึงสถานที่พึงพอใจในการใช้เป็นที่ยอมรับความตาย (โรงพยาบาล, nursing home, hospice และบ้าน) กับผู้ป่วยและครอบครัว

* ผู้ป่วยควรมีสิทธิในการเลือกกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และควรได้รับการเคารพในสิทธินั้น ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้อย่างไร







**ความตาย และความโศกเศร้า
หลังจากการตายจากของผู้ป่วย
(Death & Bereavement)**

หลังความตายมีกิจกรรมอะไรอีกบ้าง
ที่ต้องกระทำ



สิ่งที่ต้องกระทำหลังความตาย

- * แจ้งตายอย่างไร
- * การจัดงานศพ
- * การพิสูจน์พินัยกรรม การแบ่งสมบัติ
- * การช่วยเหลือแก่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ต่อไป (เด็ก ผู้สูงอายุ คู่ชีวิต)
- * การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือคำจูน และการปลอบโยน

ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

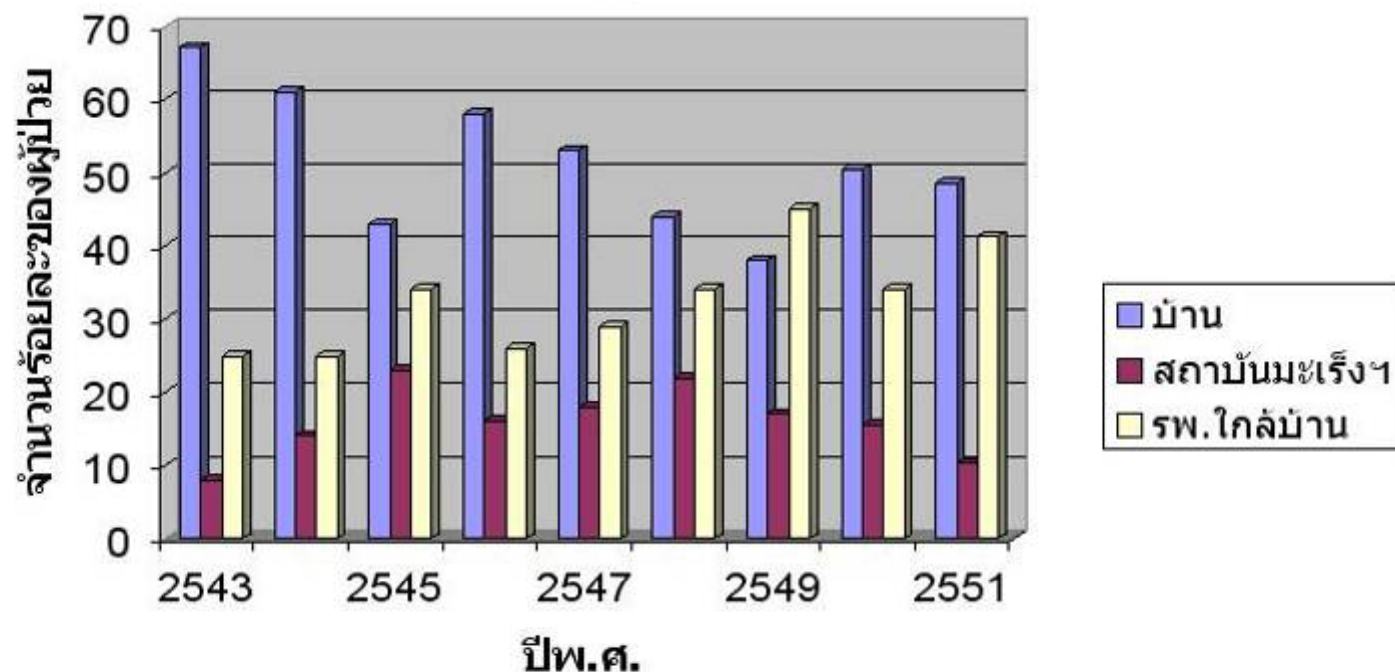
ประสบการณ์จาก
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
และ
โรงพยาบาลสงฆ์

ตารางแสดงสถานที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน กรุงเทพฯและปริมณฑลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเสียชีวิต หลังจากมีบริการดูแลที่บ้าน

ตารางสถิติของหน่วย Home Care / แสดงสถานที่ที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

สถานที่	ปี พ.ศ.																	
	2543		2544		2545		2546		2547		2548		2549		2550		2551	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
บ้าน	43	67	47	61	30	43	33	58	44	49	44	44	46	38	49	51	33	49
สถาบันมะเร็งฯ	5	8	11	14	16	23	9	16	15	17	22	22	20	17	15	15	7	10
รพ. ใกล้บ้าน	16	25	19	25	24	34	15	26	30	34	34	34	38	45	33	34	28	41
รวม	64	100	77	100	70	100	57	100	89	100	100	100	104	100	97	100	68	100

สถานที่ที่ผู้ป่วยเสียชีวิต





หอผู้ป่วย กว. 3 (ระดับประเทศ)

โรงพยาบาลสงฆ์

แนะนำหอผู้ป่วย

เปิดให้บริการ

1 ตุลาคม 2550

จำนวนเตียง

10 เตียง

อัตรากำลัง

พยาบาลวิชาชีพ

5 คน (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย)

ผู้ช่วยเหลือคนไข้

4 คน

คนงาน

1 คน

ก.ว.3

โรงพยาบาล
เซตปลอดบุหรี่ 100%

เพื่อสุขภาพที่ดี



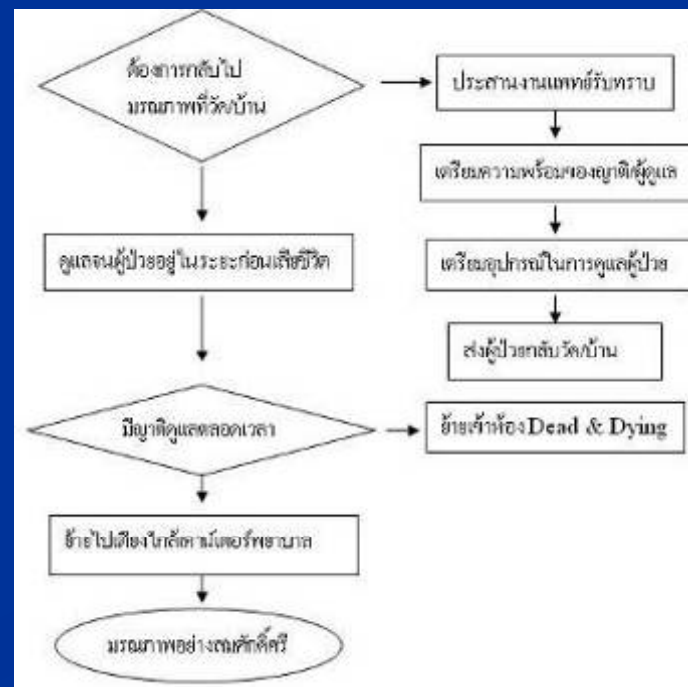




ขอบเขตการบริการ

- ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะสำคัญอื่นๆที่ คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 3 เดือน
- ผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนจากการรักษาให้หายขาดมาเป็นเพียงการดูแลตามอาการ เนื่องจากโรคได้ลุกลามไปมาก
- ผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการควบคุมความปวด เช่น Cancer pain
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถาบันทางการแพทย์อื่น โดยโรคที่เป็นอยู่ลุกลามไปมากเกินกว่าจะให้การรักษาและคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปประมาณ 3 เดือน
- ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหอผู้ป่วย กว.3 (ประทับประคอง)



จำนวนผู้ป่วยมรณภาพ ต.ค.51 - ก.พ. 52

■	มรณภาพ 34	ราย		
■	อายุ 0 – 20	ปี	-	ราย = 0 %
■	อายุ 21 – 40	ปี	2	ราย = 5.88 %
■	อายุ 41 – 60	ปี	11	ราย = 32.35 %
■	อายุ 61 – 80	ปี	19	ราย = 55.88%
■	อายุ > 81	ปี	2	ราย = 5.88%

5 อันดับโรค

1. Lung cancer
2. Esophageal cancer
3. Stomach cancer
4. Liver cancer
5. Prostate cancer

ทีมสหสาขาวิชาชีพ

- แพทย์
- เภสัชกร
- พยาบาล
- นักจิตวิทยา
- นักสังคมสงเคราะห์
- นักโภชนาการ
- นักกายภาพบำบัด
- ผู้ให้คำปรึกษา
- ครอบครัวและญาติผู้ป่วย
- อาสาสมัคร

การดูแลด้านร่างกาย

บรรเทาความเจ็บปวด เพิ่มความสุขสบาย
และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ที่สามารถป้องกันได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ
ข้อติด และการติดเชื้อในระบบต่างๆ



Pain control



การดูแลด้านจิตใจ



การดูแลด้านจิตวิญญาณ



ส่งเสริมพิธีกรรมทางศาสนา



สวดมนต์แปลทุกวันพระ

เวลา 09.00-10.00 น.

ส่งเสริมพิธีกรรมทางศาสนา



ใส่บาตรทุกเช้าวันอาทิตย์
เวลา 06.00-06.30 น.

ส่งเสริมพิธีกรรมทางศาสนา



ใส่บาตรทำบุญเลี้ยงพระในวันสำคัญทางศาสนา

ส่งเสริมพิธีกรรมทางศาสนา



ผู้ป่วยและญาติ ทำสังฆทาน



พิธีกรรมทางสังคม



วันสงกรานต์



ทอดผ้าป่า

สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลา ช่วงสุดท้ายของชีวิตอยู่กับครอบครัว



การเตรียมอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน/วัด



No One Dies Alone (NODA)



มรณะวิธีแบบพุทธ



มรณะวิธีแบบพุทธ



การพัฒนาด้านวิชาการ

มีการ Conference case ทุกบ่ายวันศุกร์ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ



การพัฒนาด้านวิชาการ

มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการดูแลแบบประคับประคอง ให้แก่
บุคลากรภายในโรงพยาบาล



การพัฒนาด้านวิชาการ

มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง



ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ด้านผู้ป่วย

- 1.1. ปัญหาด้านร่างกาย (Physical problems)
- 1.2. ปัญหาด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ (Psycho-spiritual problems)
- 1.3. ปัญหาด้านความพร้อมในการดูแลตนเอง (Selfcare deficit)
- 1.4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Economic problems)

2. ด้านผู้ดูแล และครอบครัว

- ผู้ดูแลและครอบครัว ส่วนใหญ่มักขาดความรู้ และขาดทักษะต่างๆที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดความรัก ความผูกพันระหว่างผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว ทำให้ไม่มีความอดทน ขาดความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

แพทย์ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยทุกคนให้หายโรคได้

บางครั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องการรู้เต็มที่ แต่ไม่รู้สู้กับอะไร และอารมณ์ต่างๆ โดยเฉพาะการกลัวความสูญเสียทำให้ไม่สามารถยอมรับความจริงได้
ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็น และไม่ไ้ผล

บางครั้งสื่อก็ประโคมข่าวที่คลาดเคลื่อน ทำให้สังคมเข้าใจผิด และทำให้แพทย์
ต้องป้องกันตนเองด้วยการให้การบำบัดชนิดที่เกินความจำเป็น

ความเห็นไม่ตรงกันระหว่างครอบครัวกับแพทย์

บ่อยครั้งที่แพทย์ไม่ได้บอกผู้ป่วยและครอบครัวว่าเป็นโรคอะไร ซึ่งมาจากหลายเหตุผล แพทย์อาจต้องการถนอมน้ำใจผู้ป่วย เพราะกลัวว่าบอกแล้วจะทรุด หรือบางครั้ง ครอบครัวขอไม่ให้บอก เพราะกลัวผู้ป่วยจะทรุดเช่นกัน

การปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ

แพทย์และพยาบาลเอง ก็ใจระส่ำระสายเมื่อผู้ป่วยอาการหนัก จะบอกอย่างไรให้ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เพราะการบอกก็ไม่ใช่จะเป็นการกระทำที่ถูกต้องทั้งหมด ผู้ป่วยบางคนอาจรับไม่ได้ หรือการไม่บอกก็ไม่ใช่ผิดทั้งหมด

ผู้ป่วยบางคนอยากรู้แต่อีกคนอาจไม่ต้องการรับรู้
รวมถึงไม่ต้องการตัดสินใจรับการรักษาต่อหรือไม่

บางครั้งครอบครัวต้องการให้แพทย์ทำการรักษาจนถึงที่สุด
แม้ว่าการรักษานั้นจะไม่ได้ผล และแพทย์จะได้แจ้งให้ทราบก่อนหน้าก็ตาม

ถ้าพูดถึงเรื่องความตาย หรือชวนให้ทำเจริญมรณสติ
มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่พร้อมจะรับฟังคำว่าตาย หรือปฏิบัติธรรม
บางครั้งถูกหาว่าเป็นการแข่ง
ทั้งที่เป็นชาวพุทธหรือแม้แต่ผู้ป่วยที่บวชเป็นพระภิกษุก็ตาม

การบวช มีคนอยู่ 3 ประเภทที่เข้ามาบวชคือ

1. บวชมาตั้งแต่เล็กๆ เดียวนี้กำลังลดน้อยลง เพราะระบบการศึกษาที่ขยายมาให้โอกาสถึงประถม 7 แล้ว (ปัจจุบันมัธยมศึกษาปีที่ 6) ต่อไปนี้ก็จะน้อยลง จำนวนก็จะลดลงอีก
2. คนที่อายุมากแล้วมาบวช เป็นประเภทที่คนไปไหนไม่รอดกลับมาบวชก็จะไม่มีประโยชน์อะไรแก่พระศาสนา บวชอาศัยศาสนา
3. อีกพวกที่มาบวช จบการศึกษาทางโลกมาหรือจากอะไรต่อมิอะไรมา มีความรู้ มีประสบการณ์ทางโลกอย่างมากมาบวช พวกนี้ถ้าไม่ให้ความศึกษาที่ดี พวกนี้จะเป็นอันตรายแก่พระพุทธศาสนา

รศ. เสฐียรพงษ์ วรรณปก

ชีวิต มีความตายในที่สุด

มรณนุตม์ หิ ชีวิตัม

(พุทธ)

ธรรมบท 25/29

โลกถูกความตายครอบงำไว้

มจฺจุณา ปิหิโต โลโก

(พุทธ)

ปิहितสูตร 15/55

ผู้ที่เกิดมาแล้ว จะไม่ตายไม่มี

นตฺถิ ชาตสฺส อมรณํ

(พุทธ)

ปฐมอายุสูตร 15/153

ไปไม่กลับ
ฟื้นไม่มี

หลับไม่ตื่น
หนีไม่พ้น

จาก ตาลปัตรงานศพ

การดูแลผู้ใกล้ตายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ไม่มีสูตรสำเร็จ
ต้องใช้สติ สัมปชัญญะ ปัญญา อุเบกขา ปฏิภาณไหวพริบ และสามัญสำนึก

ขอบคุณที่ให้ความสนใจ