

**แนวทางเวชปฏิบัติ
การดูแลรักษา
แบบประคับประคอง**

โรงพยาบาลสงฆ์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



● ตำนาน ●

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการพัฒนาองค์ความรู้ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีการศึกษาค้นคว้า วิจัย พัฒนา รวมทั้งถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อจัดบริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ซับซ้อนได้อย่างมีมาตรฐาน เพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

โรงพยาบาลสงฆ์ รับผิดชอบงานวิชาการของกรมการแพทย์ และการดูแลผู้ป่วยพระภิกษุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องมีการดูแลจนมรณภาพ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นแนวทางให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ทราบขั้นตอน การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการดูแลในระยะสุดท้าย โดยมุ่งหวังให้บุคลากรมีความตระหนักและเข้าใจบทบาทหน้าที่ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบและมีคุณค่า ในโอกาสนี้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณ นายแพทย์สถาพร ลีลานั้นทกิจ และคณะทำงานผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ทุ่มเทแรงกายแรงใจ และเสียสละเวลาอันมีค่ามาร่วมดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคองฉบับนี้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป



นายเรวัต วิสrutaveh
อธิบดีกรมการแพทย์
กันยายน 2551

ข้าพเจ้าได้รับการปรึกษาจากแพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เมื่อเดือน ตุลาคม 2550 ที่ผ่านมา ให้ช่วยจัดทำ Palliative Care Ward รวมถึงการมาช่วยรับปรึกษาพระสงฆ์อาพาธที่มีความปวดร่วมด้วยเป็นครั้งคราวที่โรงพยาบาลสงฆ์ ทำให้พบว่าที่โรงพยาบาลสงฆ์ มีพระสงฆ์ที่อาพาธจากการเจ็บป่วยด้วยโรคชนิดต่างๆ ระยะสุดท้าย พร้อมกับความปวด อาการทางกายชนิดอื่น และทางจิตที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจำนวนไม่น้อย ในช่วงแรกบุคลากรที่อยู่ในหน่วยงานใหม่นี้ต่างเกรงว่าพระที่อาพาธจะไม่ยอมย้ายหรือแพทย์ไม่ส่งผู้ป่วยมาให้ แต่หลังดำเนินการไปได้ระยะหนึ่งพบว่า พระสงฆ์อาพาธกลุ่มนี้ส่วนใหญ่พบมีความทุกข์ทรมานอาการที่เป็นอยู่ลดลง และเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้มรณภาพก็ไม่ทุกข์ทรมาน ทำให้ญาติโยมและครอบครัวของพระภิกษุกลุ่มนี้มีความพึงพอใจ แพทย์ที่ส่งปรึกษาก็พอใจ ทำให้ในปัจจุบันในหน่วยงานใหม่นี้มีการครองเตียงเต็มเกือบตลอดเวลา นอกจากนี้ยังพบว่าพระภิกษุจำนวนหนึ่งสามารถกลับไปใช้ชีวิตช่วงท้ายที่วัดหรือที่บ้านได้

สิ่งหนึ่งที่ได้พบเห็นจากโรงพยาบาลสงฆ์ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ข้าพเจ้าเคยทำงานจนเกษียณอายุและเป็นที่ปรึกษาในปัจจุบัน รวมถึงสถาบันทางการแพทย์อื่นที่เคยได้สัมผัส พบว่าแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของเรามีความชำนาญ มีทักษะในการรักษาพยาบาล รวมถึงการมีเครื่องมือทันสมัย ไม่ได้แตกต่างหรือด้อยไปจากสถาบันทางการแพทย์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของเราส่วนใหญ่มุ่งเน้นแต่การบำบัดกับตัวโรคตามที่ตัวเองชำนาญหรือเชี่ยวชาญเท่านั้น โดยขาดซึ่งความใส่ใจต่อการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ทำให้เมื่อผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค และหมดหนทางในการเยียวยาให้หาย โดยมากจะถูกแพทย์ที่ทำการบำบัดรักษาให้กลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านพร้อมคำกล่าว “ไม่รู้จะทำอะไรให้ได้มากกว่านี้อีกแล้ว” โดยความเป็นจริงแล้วมีความทุกข์ทรมานมากมายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สามารถช่วยให้การบรรเทาได้ โดยใช้ความรู้ด้านการแพทย์พื้นฐาน ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและราคาแพงเข้ามาบริหารจัดการ จากแนวคิดนี้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์จึงได้ชวนให้ข้าพเจ้าหาผู้ที่มีความชำนาญ มีทักษะในการแพทย์ด้านนี้ มาช่วยกันเขียนแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยเริ่มแรกตั้งใจเขียนไว้สำหรับให้บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสงฆ์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ แต่ต่อมาเห็นว่าถ้าสามารถเผยแพร่ให้บุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงผู้สนใจอื่นๆ น่าจะได้ผลที่คุ้มค่ากว่า

เนื่องจากการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกส่วนของร่างกาย รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ยังเกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่รอบข้างตั้งแต่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ญาติมิตร คนในครอบครัว ฯลฯ และสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ จริยธรรมทางการแพทย์ โดยเฉพาะการตัดสินใจถึงการให้หรือไม่ให้ การหยุดหรือไม่หยุดการบำบัดบางชนิด และให้การบำบัดเฉพาะอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้น ถ้าหากเขียนครอบคลุมทั้งหมดอย่างละเอียด แนวทางเวชปฏิบัติเล่มนี้คงเป็นตำราทางการแพทย์เล่มหนาหลายร้อยหน้า และต้องใช้เวลานับปีจึงจะสำเร็จ ดังนั้น

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคองเล่มนี้จึงพิจารณาเขียนเฉพาะเรื่องที่เห็นว่าสำคัญเร่งด่วน อาทิเช่น จริยธรรมทางการแพทย์ที่สำคัญบางประการ อาทิเช่น เมื่อใดจึงเป็นเวลาเหมาะสมกับการนำผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการการดูแลรักษารูปแบบนี้ สำหรับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานก็จะมุ่งเน้นรายละเอียดด้านการบำบัดรักษาความปลอดภัยเป็นสำคัญ สำหรับอาการอื่นๆ จะเขียนพอเป็นสังเขปไว้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเท่านั้น สำหรับด้านจิตวิญญาณ แนวทางเวชปฏิบัติเล่มนี้จะไม่พยายามก้าวล้ำถึงเรื่องศาสนา แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นชาวพุทธก็ตาม และโดยนัยที่แท้จริงจิตวิญญาณก็ไม่ใช่ว่าเรื่องราวเกี่ยวข้องกับศาสนาเท่านั้น ดังนั้นในหนังสือเล่มนี้จึงไม่ขอเขียนถึงการนำเอาความเชื่อทางศาสนาต่างๆ เข้ามารวมไว้ สิ่งสุดท้ายแต่สำคัญที่สุดคือ หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติเล่มนี้เขียนเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่เป็นคนไทย แต่เนื่องจากการดูแลรักษารูปแบบนี้ถือกำเนิดมาจากประเทศทางตะวันตก ความชำนาญของการดูแลในประเทศไทยเองก็เพิ่งเริ่มไม่นาน ข้อเขียนต่างๆ จึงยังยึดถือการปฏิบัติตามรูปแบบของประเทศทางตะวันตก จึงต้องขอภัยที่ยังไม่อาจปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคองเล่มนี้ ได้รับความร่วมมือในการเขียน และเรียบเรียงจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด จากหลากหลายสถาบัน ข้อเขียนทั้งหมดบางส่วนมาจากประสบการณ์ของผู้เขียนแต่ละท่าน จากการคัดลอกจากตำราต่างประเทศ วารสารทางการแพทย์ และที่สำคัญคือจาก National Comprehensive Cancer Network 2008 ของ American Cancer Society เนื่องจากความจำกัดของเรื่องเวลา ทำให้คำศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ที่แปลจากภาษาอังกฤษ ซึ่งทางบรรณาธิการพยายามใช้คำศัพท์ภาษาไทยที่เหมือนกัน อาจหลงตาไปบ้างและบางคำอาจมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างไปจากความเข้าใจของท่านผู้อ่านบ้าง อาทิเช่น “resuscitation” แรกเริ่มได้แปลว่า “ช่วยฟื้นคืนชีพ” หรือ ช่วยกู้ชีวิต แต่จากการทำประชาพิจารณ์กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เชิญมาซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลในสังกัดของกรุงเทพมหานครฯ ได้เลือกใช้คำว่า “ช่วยกู้ชีวิต” อย่างไรก็ตาม คณะผู้จัดทำยอมรับว่า แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคองนี้ยังมีข้อบกพร่องมากมาย ดังนั้นสิ่งที่คณะผู้จัดทำต้องการอย่างยิ่งคือ การสะท้อนกลับจากความคิดเห็นของท่าน โดยเฉพาะคำติ ข้อเสนอแนะ ข้อความที่คิดว่าน่าจะมีไว้ ซึ่งทางเราจะได้ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงสำหรับการจัดพิมพ์ในครั้งต่อไป โดยส่งข้อคิดเห็นของท่านมายังหน่วยงานเวชศาสตร์ประคับประคอง โรงพยาบาลสงฆ์

ท้ายสุดก็ต้องขอขอบคุณคณะผู้จัดทำทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าของทุกท่านมาร่วมวางแผนช่วยเขียน แก้ไขและตรวจทาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ที่เป็นผู้ริเริ่มให้มีการจัดทำหนังสือเล่มนี้จนสำเร็จ

นายแพทย์สถาพร ลีถ่านนทกิจ

4 สิงหาคม 2551

จากโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในช่วง 10+ ปีที่ผ่านมาพบมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยประชากรไทยมีการคาดหมายถึงการใช้ชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้น ทำให้เข้าสู่ “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (population aging) ทั้งนี้เป็นเพราะระบบการแพทย์สาธารณสุขที่ดีขึ้น การเสียชีวิตจากโรคติดต่อที่เคยเป็นอันดับต้นๆ ได้มาเป็นการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด ซึ่งเหตุการณ์เช่นนี้เป็นไปเกือบทั่วโลก

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญมีแนวโน้มลดลง (ยกเว้นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น วัณโรค)

การศึกษาภาระโรค (Burden of Diseases Study) ที่พบว่าการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (DALYS loss) จากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อกว่า 3 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรสูงอายุ

ร้อยละของสาเหตุของ Disability Adjusted Life Years (DALYS) LOSS ของประชากรไทย พ.ศ. 2547

กลุ่มอายุ	0-4	5-14	15-44	45-59	60+	รวม
โรคติดต่อ	55.3	33.6	25.6	14.6	10.3	20.2
โรคไม่ติดต่อ	32.9	34.7	50.7	73.7	85.8	65.1
อุบัติเหตุ	11.7	31.6	23.7	11.7	3.9	14.8

ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2549

การป่วยไข้ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลก 10 ชนิดแรกประกอบด้วย

1. Coronary heart disease*	7.2	ล้านคน
2. Cancer (ทุกชนิด)*	6.3	ล้านคน
3. Cerebrovascular disease*	4.6	ล้านคน
4. Acute lower respiratory infection	3.9	ล้านคน
5. Tuberculosis	3.0	ล้านคน
6. Chronic obstructive pulmonary disease*	2.9	ล้านคน
7. Diarrhoea (รวมถึงโรคบิด)	2.5	ล้านคน
8. Malaria	2.1	ล้านคน
9. HIV/AIDS	1.5	ล้านคน
10. Hepatitis B	1.2	ล้านคน

* หมายถึงโรคไม่ติดต่อ ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนใหญ่ป้องกันได้ แต่ยังไม่อาจรักษาให้หายได้เมื่อระยะของการป่วยไข้เข้าสู่ระยะสุดท้าย ความสำคัญจึงอยู่ที่จำเป็นต้องหาทางป้องกันการเริ่มป่วยไข้ หรือหาทางหน่วงเหนี่ยวให้ผู้ป่วยจากโรคเหล่านี้เข้าสู่ระยะสุดท้ายช้าลง ลดความทุกข์ทรมานจากการดำเนินของโรค และจัดหามาตรการช่วยเหลือคำจุนแก่สังคมในการดูแลผู้ป่วยที่ทุพพลภาพจากโรคเหล่านี้

สำหรับอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยในกลุ่มผู้สูงอายุ ทุก 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2549 พบว่าจากโรคมะเร็ง 402.5 โรคหัวใจ 175.3 โรคหลอดเลือดสมอง 110.9 โรคปอดอักเสบ 110.3 โรคไต 83.0 โรคเบาหวาน 71.3 โรคตับ 39.2 โรคถุงลมโป่งพอง 35.1 โรคอัมพาต 25.9 และอุบัติเหตุจากการขนส่ง 15.2

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2549 พบ 83.1 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจาก 31.5 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2530 และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อได้รับการวินิจฉัยมักอยู่ในระยะลุกลาม ซึ่งการดูแล คือ การระงับปวดและการดูแลรักษาแบบประคับประคอง รวมถึงการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากรโลก (World Health Organization - WHO) ที่เสียชีวิตจำนวน 58 ล้านคนนั้น 7.6 ล้าน มีสาเหตุจากมะเร็ง โดยมากกว่าร้อยละ 70 ของการตายจากมะเร็งเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ที่ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรเรื่องการป้องกัน การวินิจฉัยและการรักษามะเร็ง

ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุถึงประมาณการตายจากมะเร็งจะเพิ่มขึ้นจาก 9 ล้าน ปี พ.ศ. 2558 เป็น 11.4 ล้าน ในปี พ.ศ. 2573 อย่างไรก็ตามร้อยละ 40 ของการตายนี้สามารถป้องกันได้ และแม้จะอยู่ในระยะท้ายของโรค การดูแลรักษาแบบประคับประคองจะสามารถบรรเทาอาการทรมานของผู้ป่วยได้

คำปรารภ

คำนำ

บทนำ

บทที่ 1	การดูแลรักษาแบบประคับประคอง	11
-	นิยามของการดูแลรักษาแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (2002)	12
-	ทีมงาน	14
-	ขอบเขตของการทำงาน	16
-	ผู้ป่วยชนิดใดที่จำเป็นต้องใช้บริการชนิดนี้	17
-	เมื่อใดจึงเป็นเวลาที่เหมาะสมกับการเข้าใช้บริการ	18
บทที่ 2	ประเด็นด้านจริยธรรมกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง	19
บทที่ 3	การควบคุมอาการปวด	23
-	ความปวด	23
●	ชนิดของความปวด	23
●	การประเมินความปวด	25
●	หลักการและแนวทางในการบำบัดความปวด	28
●	ชนิดของยาแก้ปวด	31
* Non-Opioids		31
◆ Aspirin		31
◆ Paracetamol		31
◆ NSAIDs		31
* Weak-Opioids		31
◆ Codeine		31
◆ Tramadol		31
* Strong-Opioids		32
◆ Nalbuphine		32
◆ Pentazocine		32
◆ Buprenorphine		33
◆ Pethidine		33
◆ Methadone		33
◆ Morphine		33
◆ Fentanyl		34

● อาการข้างเคียงของ Opioids	36
● กลุ่มยาเสริม	37
* Antidepressants	37
* Anticonvulsants	37
* Steroids	38
บทที่ 4 การควบคุมอาการอื่นๆ	40
- อาการเหนื่อยหอบ	40
- อาการไอ	41
- อาการสับสน	42
- อาการวิตกกังวล	42
- อาการนอนไม่หลับ	42
- อาการซึมเศร้า	43
- ถ้าได้ดูดตันจากมะเร็ง	43
- อาการท้องเสีย	44
- อาการเบื่ออาหาร/ภาวะไม่สบายจากการขาดอาหาร	44
- อาการคลื่นไส้และอาเจียน	46
- อาการท้องผูก	47
บทที่ 5 การบำบัดอาการสำคัญบางชนิดทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน	49
- น้ำหนักตัวลด	49
- ปวดแผลในช่องปาก	49
- ปากแห้ง	50
- กลืนปัสสาวะไม่ได้	51
- มีน้ำคั่งหลังจากช่องคลอดเนื่องจากมะเร็งปากมดลูก	51
- กลืนอุจจาระไม่ได้	51
- ปวดบริเวณรูทวารหนัก	52
- อาการคัน	52
- แผลกดทับ	53
- ไข้	53
- อาการสะอึก	54
บทที่ 6 Palliative Care สำหรับผู้ป่วยโรคต่างๆ	55
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD	55
- ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	56
- ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมหรือDementia	57

บทที่ 7	มาตรการการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	59
	อาการด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	59
	การจัดการกับภาวะด้านจิตใจที่เกิดขึ้น	60
บทที่ 8	ภาวะฉุกเฉินกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	62
	- Superior vena cava syndrome	62
	- Venous Thromboembolic Complications of Cancer	62
	- การกดทับไขสันหลัง Spinal Cord Compression	63
	- ภาวะระดับแคลเซียมในเลือดสูงเกินปกติ Hypercalcemia	64
	- Hyperuremia	66
	- Tumor Lysis Syndrome	69
	- Syndrome of Inappropriate Secretion of Antidiuretion Hormone	69
	- ภาวะตกเลือด Hemorrhage	70
	* Carotid “Blow-out”	70
	* Pulmonary Hemorrhage	70
	* Fungating Breast Cancer	71
	* Rectal Bleeding	71
บทที่ 9	การดูแลช่วงเวลาใกล้เสียชีวิต	72
	- ความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต	72
	- ปัจจัยต่างๆ ที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อจัดทำคำตัดสินใจ	72
	- การช่วยให้สารอาหารและสารน้ำ	73
	- สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการ	73
	- อาการและอาการแสดงว่าผู้ป่วยใกล้เข้าสู่ขบวนการของการตาย	74
	- ลักษณะของการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน	77
	- ข้อควรพิจารณาบางประการสำหรับนำมาใช้ปฏิบัติในการดูแลก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตไม่นาน	77
	- มาตรการปฏิบัติหลังการตายจบสิ้นขบวนการ	79
บทที่ 10	การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์พื้นบ้านรวมถึงการดูแลแบบผสมผสาน	80
บทที่ 11	การดูแลด้านจิตวิญญาณ	82
บทที่ 12	ความทุกข์โศกจากการสูญเสียผู้ใกล้ชิด	86
บทที่ 13	การดูแลรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง	91

ภาคผนวก

1. จริยธรรมในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง	106
2. เกณฑ์สำหรับใช้พิจารณาผู้ป่วยเข้าไว้ในการดูแล	113
- รักษาแบบประคับประคอง	113
- คลินิกระงับปวด	113
- ที่บ้าน	114
- สถานพยาบาลที่จัดไว้เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	114
3. การดูแลที่บ้าน	116
4. บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	127
5. บทบาทของกายภาพบำบัดกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง	132
6. โภชนาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	144
7. รายการยาที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง	145
8. แบบประเมินความไม่สบาย	149
9. การให้คำปรึกษาและแจ้งข่าวร้าย	157
10. ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - พินัยกรรมชีวิต - การตาย	160
11. กฎหมาย - มรดกและพินัยกรรม	169
- ตัวอย่างแบบพิมพ์สำหรับเขียนพินัยกรรม	183

บรรณานุกรม	186
------------	-----

คณะผู้จัดทำ	190
-------------	-----

ผู้สนับสนุน	191
-------------	-----

บทที่ 1

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง คือ ภาพรวมของปรัชญาของการรวบรวมการบริการทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดระบบโครงสร้างที่ดีสำหรับการบริการแก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยหนัก หรือป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (debilitation illness)

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึงการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาล ทุกชนิดตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการดูแลจะรวมได้ด้วยการดูแลทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดช่วงเวลาการป่วยไข้ของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังการตายของผู้ป่วย

การดูแลรักษาแบบประคับประคองมักมุ่งเน้นที่ปี๋ท้ายๆ หรือเดือนท้ายๆ ของชีวิต เมื่อความตายเป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ว่าจะต้องเกิดขึ้นในอนาคตไม่ใช่เป็นเพียงแค่มีความเป็นไปได้เท่านั้น การดูแลจึงเป็นเพียงให้การเฝ้าระวังภาวะอารมณ์ที่สื่อออกมาทางกาย รวมถึงความทุกข์ทรมานทางด้านสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในขณะนั้น โดยเป็นเรื่องที่ควรจะและสามารถช่วยให้เกิดการบรรเทาได้

เป้าหมายของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง คือ การปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย มีการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพบริการที่ดี โดยไม่คำนึงว่าจะเป็นโรคอะไร ลูกหลานขนาดใด หรือความต้องการ ถึงการรักษารูปแบบอื่น การดูแลรักษาแบบประคับประคองสามารถให้บริการควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อยืดอายุผู้ป่วยหรือร่วมกับการรักษาหลักของโรคเดิมของผู้ป่วย

การดูแลรักษาแบบประคับประคองจะเป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล (hospital) หรือในสถานที่ๆ จัดไว้สำหรับรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ (hospice) หรือที่บ้าน (home) ของผู้ป่วย กฎเกณฑ์และเวชปฏิบัติของการดูแลรักษาแบบประคับประคองควรนำมาใช้ปฏิบัติก่อนวันหรือสัปดาห์ท้ายๆ ของชีวิต การดูแลระยะสุดท้าย (terminal care) และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (care the dying) เป็นอีกสองขั้นตอนหรือระยะของการดูแลอย่างต่อเนื่องของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

โปรแกรมที่จัดขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice program) เป็นโปรแกรมที่จัดทำขึ้นเพื่อทำงานประสานไปกับ “การบริการด้านประคับประคองและการช่วยคำจุน (palliative and supportive services)” โดยเป็นการทำงานให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งที่บ้านและในสถานพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่บุคคลใกล้เสียชีวิตและครอบครัว การบริการต่างๆถูกจัดทำขึ้นโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ โดยประกอบด้วยมืออาชีพและอาสาสมัคร มีการดูแลหลังความตายแก่ครอบครัวไว้พร้อมบริการ

นิยามของการดูแลรักษาแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (2002)

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (WHO, 2002) คือการเข้าถึงเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว ในการเผชิญกับปัญหาด้านการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทา ความทุกข์ทรมาน ด้วยวิถีทางของการค้นหาและประเมินปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น และให้การบำบัดรักษาอาการปวดและปัญหาอื่นๆ อาทิ ปัญหาด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

บุคลากรที่รับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยประคับประคอง

ทีมบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอาจประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษาด้าน จิตวิญญาณ อาสาสมัคร เกษัชกร หมอชาวบ้าน ซึ่งต่างก็สามารถมีบทบาทสำคัญ

หลักแนวคิด ของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลรักษาแบบประคับประคอง คือ การบูรณาการ และการดูแลตั้งแต่อาการของโรคเริ่มรุนแรงลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาด โดยเป็นการดูแลที่สนับสนุน การรักษาหลักของโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งควรให้การดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย และเป็นการบริการแบบองค์รวม เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกมิติ

แพทย์มีบทบาทสำคัญยิ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องมีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์ทั่วไป การรักษาเรื่องความปวดและอาการอื่นๆ และต้องคุ้นเคยกับหลักการรักษาโรคของผู้ป่วยนั้นๆ เป็นผู้รับผิดชอบ ในการประเมิน ควณคุมดูแล และบริหารจัดการ พร้อมทั้งให้การรักษาสำหรั้งการรักษาที่ยากต่อการตัดสินใจ ในสถานการณ์คับขัน โดยอาจต้องเป็นหัวหน้าทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการเรียน การสอน กับ การที่เหตุใดจึงต้องตัดสินใจให้การบำบัดเช่นนั้น รวมถึงการวิจัยต่างๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ทัศนคติของการดูแล ประกอบด้วย ความไวต่อการรับรู้ ความรู้สึก การเห็นใจ เมตตาและการแสดงออก ถึงการใส่ใจต่อผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยปราศจากความลำเอียง

ปัจจัยของความเป็นปัจเจกของบุคคล : การดูแลผู้ป่วยด้วยการคำนึงถึงปัจจัยทางจิตสังคม และปัญหา ที่อาจส่งผลกระทบต่อถึงเอกลักษณ์ของบุคคลและมีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยควรนำมาพิจารณา ในการวางแผนเพื่อดูแล

ปัจจัยทางวัฒนธรรม : จริยธรรม เชื้อชาติ ศาสนาและปัจจัยทางวัฒนธรรมอื่นๆ อาจส่งผลกระทบต่อความทุกข์ ทรมานของผู้ป่วยได้ ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นประเด็นอ่อนไหวและต้องให้ความสำคัญ เมื่อต้อง วางแผนการรักษา

ความยินยอมของผู้ป่วย : เป็นสิ่งจำเป็นก่อนการรักษา โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจเรื่องการรักษา แต่แพทย์มักประเมินความต้องการ/การตัดสินใจของผู้ป่วยต่ำกว่าความเป็นจริง สิ่งสำคัญ คือ การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำเรื่องการรักษา การเลือกสถานที่ รักษา : ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องสถานที่รักษาและหากเป็นไปได้ การดูแล ระยะสุดท้ายควรเป็นการดูแลที่บ้าน

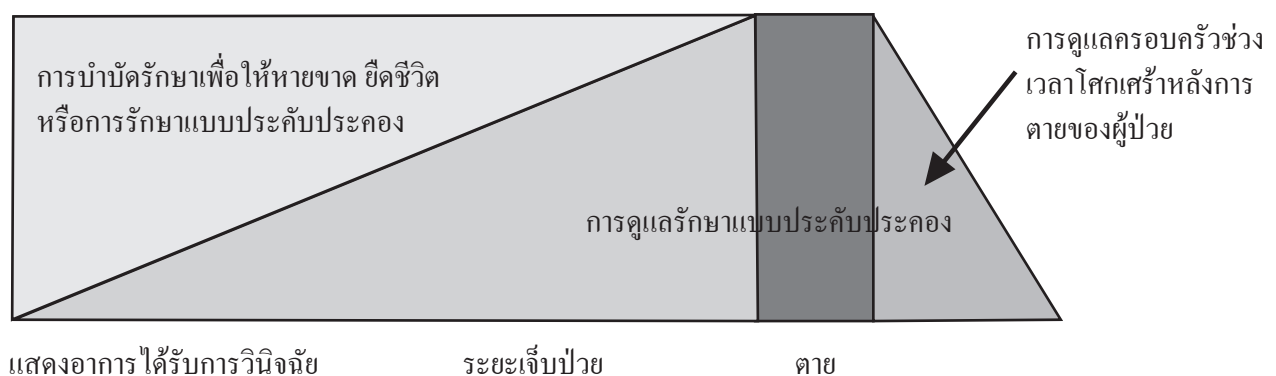
การสื่อสารที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญในทุกภาคส่วนของการดูแลซึ่งประกอบด้วยการสัมภาษณ์ที่มีเวลาพอ โดยมีญาติอยู่กับผู้ป่วยด้วย การแจ้งข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วย การบำบัดรักษา การพยากรณ์โรคในรูปแบบของการเห็นอกเห็นใจ ชัดเจน เป็นความจริง ที่ผู้ป่วย-ญาติ สามารถเข้าใจได้

หลักการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

- ให้การบรรเทาความปวดและอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ชนิดอื่น
- คำนึงถึงการมีชีวิต และความตายให้เป็นไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ
- ไม่ช่วยเร่งหรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิต
- นำเอาการดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย
- จัดให้มีถึงระบบสำหรับช่วยเหลือคำจูนแก่ผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขได้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- จัดให้มีถึงระบบสำหรับการช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในการรับมือกับสิ่งต่างๆ ตลอดช่วงเวลาป่วยไข้ของผู้ป่วยและช่วงเวลาที่โศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
- ใช้ทีมงานในการเข้าค้นหาถึงความต้องการต่างๆ ของตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการช่วยให้คำปรึกษาชี้แนะสำหรับช่วงเวลาโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ถ้ามีข้อบ่งชี้
- เป็นมาตรการที่จะช่วยเสริมทางด้านคุณภาพชีวิต และยังมีผลทางบวกในอีกหลายๆ ด้าน ตลอดช่วงเวลาของการป่วยไข้
- สามารถนำมาปรับใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการป่วยไข้ ร่วมกับการบำบัดชนิดอื่นๆ ที่มีความมุ่งหมาย

ในการลงชีวิตให้อยู่ยาวนาน อาทิเช่น เคมีบำบัด หรือรังสีรักษาและรวมถึงการตรวจสอบอื่นๆ ทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นเพื่อให้ได้ถึงการเข้าใจและการบำบัดต่อภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้ดีขึ้น (ตามแผนผังที่ 1)

แผนผังที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลรักษาแบบการบำบัดรักษาให้หายขาดร่วมกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง



จากแผนผังจะพบว่า การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาททุกขั้นตอนของการเจ็บป่วยจนกระทั่งหลังความตาย

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

ลักษณะของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Characteristics of Palliative Care)

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered)

ความสุขสบายของผู้ป่วยคือภาระหลัก การวินิจฉัยโรคและสมมติฐานของโรคมีความสำคัญเพียงเพื่อให้รู้ถึงพื้นฐานของการก่อให้เกิดอาการและการประเมินถึงหรือทำนายอาการของโรค

การนำครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล (family inclusive)

ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นหน่วยหนึ่งของระบบในการดูแล โดยถูกถือเป็นส่วนที่ติดต่อกับครอบครัวและญาติมิตร ในภาวะวิกฤตกำลังความสามารถของครอบครัวอยู่ในสถานะเหนื่อยล้า งานหนึ่งของผู้ทำงานด้านการดูแลรักษาแบบประคับประคองคือ การแยกแยะถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ปัญหาชนิดใดที่ชัดเจนว่าเป็นจากตัวผู้ป่วย และปัญหาอื่นๆ ที่อาจมีต้นตอจากความรู้สึกไม่สบายใจของสมาชิกในครอบครัว การเยี่ยมบ้าน (home visit) ของทีมงานบ่อยครั้งที่พบว่ามีความสำคัญอย่างมากเพราะช่วยจัดความตึงเครียดต่างๆ

การดูแลแบบครอบคลุม (comprehensive) และการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (holistic care)

เป็นการดูแลที่ใส่ใจต่อสถานะทางด้านร่างกาย (physical) อารมณ์ (emotional) และจิตวิญญาณ/ปัญญา (spiritual) ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นถึงความกลัวและความโกรธรวมถึงความปวดที่เกิดขึ้น มีการรับรู้ถึงภาวะทางด้านอารมณ์ที่เกิดร่วมกับภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางด้านร่างกาย บุคลิกภาพของผู้ให้การดูแลและเกณฑ์ธรรมชาติทั่วไปที่ไม่ยุ่งยากซึ่งช่วยเสริมให้เกิดความสุขสบาย ต่างมีศักยภาพในการบำบัดเทียบเท่ากับยาที่มีฤทธิ์ระงับ

ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care)

การดูแลรักษาแบบประคับประคองมุ่งเน้นในการให้การดูแลรักษาถึงความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดช่วงเวลาของการป่วยไข้ช่วงสุดท้ายของชีวิต และเมื่อใดก็ตามที่การดูแลแบบนี้ได้ถูกนำมาใช้ ครอบครัวของผู้ป่วยยังคงสามารถเข้าขอความช่วยเหลือได้ และการดูแลจะขยายการบริการถึงช่วงเวลาที่ครอบครัวโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

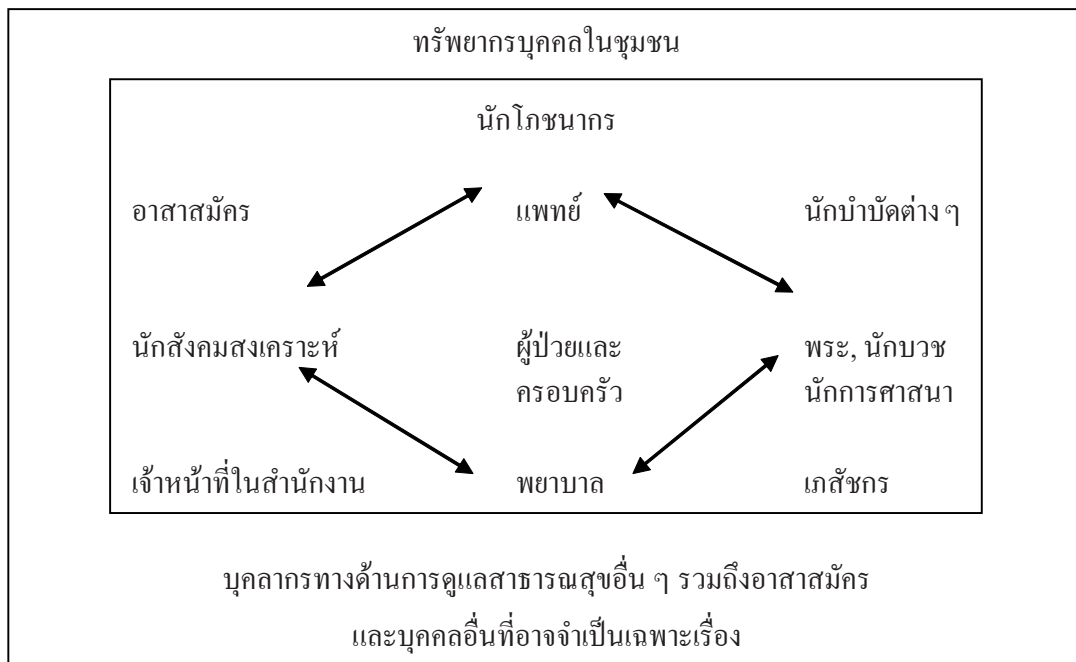
เป็นการดูแลในลักษณะร่วมมือกัน (coordinated)

มีองค์กรและที่เป็นเฉพาะบุคคลมากมายที่สามารถจัดทำให้ถึงการดูแลที่มีคุณภาพประโชชน์แก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย อาทิเช่น ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แพทย์ประจำครอบครัว พยาบาลที่ทำงานในชุมชน องค์กรที่ให้เช่า-ยืม เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ โรงพยาบาลและสถานพักฟื้น กลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อน บุคลากรทางด้านการศาสนาต่างๆ องค์กรการกุศล ครอบครัวและญาติมิตร โปรแกรมการดูแลรักษาแบบประคับประคองควรมุ่งเน้นในการนำเอาชนิดการบริการต่างๆ ที่มีคุณค่าในชุมชนเข้ามาร่วมในเครือข่ายของการดูแล ทำให้ช่องว่างและการขาดแคลนที่เป็นอยู่ลดน้อยลงสำหรับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายแต่ละราย

ทีมงาน (team work)

เนื่องจากมีบุคคลจำนวนมากที่มีความสำคัญและสามารถช่วยผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีความสำคัญในการรู้ถึงบทบาทของบุคลากรเหล่านั้น รวมถึงการทำงานที่เหมาะสมในการร่วมงานกับผู้อื่น (ตามแผนผังที่ 2)

แผนผังที่ 2 แสดงถึงสมาชิกในทีมงานที่ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง



การดูแลทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered)

- ในการดูแลลักษณะของ “การแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” นั้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตั้งเป้าหมายในตอนเริ่มต้นและเป็นผู้ให้การตัดสินใจเลือกชนิดของการบำบัดเป็นคนสุดท้าย
- กฎสำคัญของการแพทย์ลักษณะนี้ คือ ความต้องการ ความมุ่งมั่น ของผู้ป่วยไม่ใช่สุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสุด
- ผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิในการรับรู้ผลการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค วิธีและชนิดของการบำบัด รวมถึงชนิดของการดูแลที่บุคลากรทางการแพทย์นำมาใช้ปฏิบัติกับตัวเขา
- ญาติมิตรไม่มีสิทธิในการยับยั้งการบอกกล่าวเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการป่วยไข้แก่ตัวผู้ป่วย
- ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้รู้ว่าในมาตรการดูแลรักษาแบบนี้ไม่มีอะไรที่ถูกต้องหรือผิดและผู้ป่วยสามารถบอกให้หยุดหรือปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแบบประคับประคองประกอบด้วย

- แพทย์ อาจประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ที่ชำนาญในการดูแลรักษาแบบประคับประคองและแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องกับชนิดของการป่วยไข้ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ
- พยาบาล อาจประกอบด้วย พยาบาลของโรงพยาบาล พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลของชุมชน รวมถึงพยาบาลพิเศษที่รับเฝ้าไข้ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)

- บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ซึ่งประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักจิตวิทยา เภสัชกร โภชนากร ฯลฯ

- อาสาสมัคร

- ผู้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่หลากหลายตามการเคารพนับถือ รวมถึงขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ของผู้ป่วยแต่ละราย

- ทรัพยากรบุคคลอื่นๆ ในชุมชน ซึ่งอาจประกอบด้วย หมอนวด แพทย์แผนโบราณ แพทย์พื้นบ้าน ผู้ช่วยทำงานบ้าน นักดนตรีบำบัด ผู้สูงอายุในชุมชนที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ องค์กรสงเคราะห์ในชุมชน ฯลฯ

- ครอบครัว (family) ในบางโอกาสครอบครัวคือ บุคคลที่ผู้ป่วยแจ้งให้เป็นผู้ทำการตัดสินใจแทนในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ได้ชยาคเดียวกันกับผู้ป่วยหรือเกี่ยวพันทางสายเลือด แต่โดยภาพรวมเป็นบุคคลที่พัคอาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งนอกจากจะต้องได้รับการดูแลจากทีมงานของการดูแลรักษาแบบประคับประคองแล้ว โดยสถานภาพที่แท้จริงเป็นสมาชิกของทีมงานที่สำคัญอย่างยิ่งยวด เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ครอบครัวจะเป็นผู้จัดหาให้ถึงการดูแลในเกือบทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน การจัดให้ยาตามเวลา การดูแลรักษาด้ำนสุขอนามัย การทำแผล ฯลฯ

มีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง (regular review)

สถานการณ์การป่วยไข้และสภาพทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มาตรการของการบำบัดที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ได้ถึงความสุขสบายในวันนี้ อาจไม่เพียงพอในวันต่อๆ ไป การประเมินถึงความสุขสบายและมาตรการบำบัดควรกระทำกันบ่อยครั้งและอย่างสม่ำเสมอ ตัวอย่างเช่น การทำงานของอวัยวะผู้ป่วยบางชนิดที่ถดถอย การขอปรับเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาพยาบาล ภาวะเบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือแม้แต่มโนคติของยาที่ใช้อาจเป็นตัวยการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

สถานที่รองรับความตาย (place of death)

เป็นความจำเป็นและสำคัญอย่างมากถ้ามี โอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสถานที่ที่พึงพอใจใช้เป็นที่พักอาศัยช่วงสุดท้ายก่อนลาจากสู่ภพอื่น ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาล สถานพักฟื้นหรือบ้าน

ผู้ป่วยควรมีสสิทธิในการเลือกเสียชีวิตที่บ้าน และควรได้รับการเคารพในสิทธิ ปัจจัยที่สำคัญคือ จะช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถกลับไปใช้ชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านของเขาได้อย่างไร

ขอบเขตของการทำงานการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (content of palliative care)

หลักการของการดูแลรักษาแบบประคับประคองคือ การควบคุมความปวดและอาการหลักอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบาย การมีอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายเกิดขึ้นหรือกลัวหรือกังวลว่าจะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและใช้เวลาไปกับการเฝ้าระวัง รวมถึงเป็นการกีดกันการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งต่างก็มีสัคยะในการทำให้ชีวิตมีความหมายและมีความพึงพอใจระหว่างช่วงสุดท้ายของชีวิต

การดูแลรักษาแบบประคับประคองมีมาตรการในการดูแลบำบัดอาการอยู่หาลักษณะหลัก สำหรับใช้พิจารณาเข้าจัดการกับความไม่สบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทุกรายและไม่มีมาตรใดที่มีความสำคัญหรือเด่นเป็นพิเศษ ซึ่งประกอบด้วย

1. **ให้การบำบัดกับโรคที่เป็นต้นกำเนิดของอาการอย่างต่อเนื่อง (continuing treatment of the underlying disease)** ไม่ว่าผู้ป่วยจะป่วยด้วยโรคชนิดใด ถึงแม้โรคนั้นจะเข้าสู่ระยะลุกลาม การใช้มาตรการบำบัดที่มุ่งเน้นกับการควบคุมต่อโรคที่เจ็บป่วยอยู่ อาจเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลมากสุดในการคงไว้ซึ่งความสบายได้ดีที่สุด

2. **ใช้มาตรการช่วยเหลือคำจุนและการแพทย์แบบผสมผสาน (supportive and complementary measures)** การหันเหความสนใจ (distraction) การอยู่เป็นเพื่อน (company) การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) การนวด (massage) การทำสมาธิ (meditation) สุนทรบำบัด (aromatherapy) ศิลปะบำบัด (art therapy) วารีบำบัด (hydrotherapy) การใช้เวลาในการรับฟัง ฯลฯ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจช่วยเพิ่มพูนความสามารถในการต่อสู้กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย ด้วยการไปช่วยเพิ่มความทนต่อสิ่งเร้าได้อย่างมาก

3. **มาตรการด้านจิตวิทยา (psychological measures)** ซึ่งช่วยในการลดความวิตกกังวลหรือช่วยจัดปัดเป่าความซึมเศร้า อาจมีประโยชน์ในการช่วยทำให้มาตรการการใช้ยาลดน้อยลง

4. **การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)** การกำหนดมาตรการเพื่อช่วยบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความจำกัดในการเคลื่อนไหวของร่างกาย เครื่องมือของใช้ที่ช่วยในการเคลื่อนไหว เครื่องช่วยในการกระทำกิจกรรมเพื่อลดอาการไม่สบายเช่น ปวดหรือเหนื่อยหอบ นอกจากนี้การช่วยฟื้นฟูสุขภาพจิตอาจมีส่วนในการช่วยผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมาก (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

5. **ยา (medications)** ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยส่วนมากจะต้องมีการให้ยาบางชนิดเข้าร่วมผสมผสาน เพื่อให้การดูแลบำบัดได้ครบทุกด้าน (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ผู้ป่วยชนิดใดที่จำเป็นต้องใช้บริการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

(Which patients need Palliative Care)

ผู้ป่วยที่ถูกพิจารณาแล้วว่าเป็นผู้ที่จำเป็นต้องใช้การดูแลรักษาแบบประคับประคองมากที่สุดได้แก่

1. คือผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะลุกลาม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้บ่อยครั้งที่มีความปวด ซึมเศร้า กังวลเป็นทุกข์ และไม่สบายในหลากหลายรูปแบบ

2. ผู้ป่วยระยะลุกลามจากโรคอื่นๆ ที่การป่วยใช้ได้รับการพยากรณ์โรคว่าไม่ดีและการบำบัดต่อตัวโรคอย่างจริงจังได้พิสูจน์แล้วว่าหาประโยชน์มิได้ก็ควรพิจารณานำเอาการดูแลรักษาแบบประคับประคองเข้ามาใช้แทน การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาแบบประคับประคองจะมีความเหมาะสมเป็นการเฉพาะ ถ้ามีความวิตกกังวลว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่อาจให้การบรรเทาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อ HIV-AIDS โรคเกี่ยวกับเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวชนิดต่างๆ (motor-neuron diseases) ผู้ป่วยระบบหายใจ ระบบหัวใจ ผู้ป่วยไตวายตับวายระยะเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นต้น

3. ผู้สูงอายุที่สภาพร่างกายทั่วไปยังพอไปได้หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดต่างๆโดยทั่วไปนั้น ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองเช่นเดียวกัน เช่นผู้ป่วยกลุ่มสมองเสื่อม บ่อยครั้งที่ผู้ช่วยให้การดูแลหรือคนในครอบครัวที่ได้รับการฝึกฝนให้รู้ถึงวิธีการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และนำไปใช้ปฏิบัติเองที่บ้านก็เพียงพอ ถ้ามีการบริการในรูปแบบของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ควรพิจารณาใช้จุดประสงค์ในการจัดตั้งที่เป็น

กรณีพิเศษในด้านอื่นๆ คือ ใช้เป็นหน่วยงานที่ให้อำนาจคำแนะนำการควบคุมอาการต่างๆ เป็นตัวเชื่อมถึงการให้ความช่วยเหลือคำจูนกับบ้านและครอบครัว ให้ยืมเครื่องมือของใช้พิเศษต่างๆ ให้อำนาจปรึกษา แนะนำ แนะนำ แก่ครอบครัวผู้ป่วย รวมถึงการให้ความช่วยเหลือคำจูนแก่กลุ่มอาสาสมัคร

เมื่อใดจึงเป็นเวลาที่เหมาะสมกับการเข้าใช้บริการของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (When is the correct time for Palliative Care)

โดยทั่วไปมีการแนะนำว่างานด้านการดูแลรักษาแบบประคับประคองควรมุ่งเน้นเฉพาะช่วงเวลาก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 3 เดือน โดยช่วงเวลาขณะนั้น ความไม่สบายและความกลัวต่างๆดูเหมือนจะประดังเข้ามาและก่อให้เกิดความทุกข์ลำบากกับตัวผู้ป่วย แต่จากการทำนายอาการของโรคค่อนข้างจะไม่แน่นอนแม้แต่กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม และมีความยากลำบากอย่างมากในการที่จะรู้ว่าเมื่อใดผู้ป่วยอยู่ใกล้หรือห่างไกลจากความตายเพียงใด ดังนั้นข้อควรกระทำสองประการที่ดีที่สุดสำหรับใช้ในการเป็นจุดรวมในการพิจารณาของเรื่องนี้คือ ความรู้เกี่ยวกับสภาวะที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้ และรู้ถึงระดับของความไม่สบายที่เป็นสาเหตุหรือดูเหมือนจะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกรายที่ใกล้ตายในช่วงเวลาไม่นานนักที่จำเป็นและต้องการถึงความชำนาญด้านการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นพิเศษ ผู้ป่วยจำนวนมากสามารถตายจากไปเพียงต้องการการช่วยเหลือและการใส่ใจด้วยความรักจากครอบครัวเพิ่มขึ้นกว่าปกติทั่วไปเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และในอีกด้านหนึ่งผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่อาจรักษาได้ อาจไม่เสียชีวิตอย่างรวดเร็วและสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้อีกยาวนานพร้อมกับความไม่สบายอย่างมาก ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับประโยชน์จากการช่วยควบคุมอาการที่กระทำให้ตั้งแต่เริ่มป่วยใช้ด้วยการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

การให้ถึง “การดูแลรักษาแบบประคับประคอง” โดยไม่มีการอธิบายอย่างเพียงพอหรือเตรียมผู้ป่วยให้รับรู้ไว้ก่อนหน้า สามารถก่อให้เกิดความผิดหวังอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือคำจูนที่ไม่เพียงพอ ถูกทอดทิ้ง หรืออีกกรณีหนึ่งที่พบได้บ่อยเช่นกัน คือผู้ที่ทำงานในหน่วยงานให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองพบเห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์โดยไม่จำเป็น และมีความไม่สบายเกิดขึ้นอย่างยาวนานสามารถดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยคำแนะนำจากผู้ชำนาญและการช่วยเหลือคำจูนจากการดูแลรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น

ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการบอกกล่าวถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคองว่ารูปแบบเป็นอย่างไรและหน่วยงานนี้สามารถช่วยทำอะไรให้ได้บ้าง หน่วยงานนี้มีความมุ่งหมายในการช่วยให้การดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างสบายมากขึ้นและดีขึ้นได้อย่างไร โดยเฉพาะเมื่อชีวิตใกล้เข้าสู่วาระสุดท้าย แต่การดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่ใช่การดูแลที่ต้องถูกนำเข้ามาใช้ในชั่วพริบตาๆ ของการป่วยไข้เท่านั้น วิธีการปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือคำจูน สามารถนำมาใช้ร่วมไปกับการบำบัดพิเศษชนิดต่างๆ กับผู้ป่วยไข้ได้ตลอดเวลา

Unit 2

ประเด็นด้านจริยธรรมกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Ethical Issues in Palliative Care)

การดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานการณปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น ตามสภาพสังคมที่มีความคาดหวังสูง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย และปัญหาทางจริยธรรมทางการแพทย์ ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ

หลักจริยธรรมทางการแพทย์พื้นฐาน

1. การทำสิ่งดี (ต่อผู้ป่วย) ไม่เฉพาะแต่เพียงการรักษา รวมไปถึงการกระทำ ท่าทาง คำพูด ภาษา การสื่อสาร เป็นไปในทางเกื้อกูล มุ่งหวังดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย - **Beneficence**
2. การไม่ทำสิ่งทีอาจเป็นอันตราย หรือเป็นผลในทางไม่ดี (ต่อผู้ป่วย) - **Nonmaleficence**
3. เคารพสิทธิและการตัดสินใจ รวมถึงรักษาความลับ (ของผู้ป่วย) - **Autonomy**
4. มีความเข้าใจในหลักความยุติธรรมถูกต้อง - **Justice** นอกจากความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการอย่างยุติธรรมแล้ว อาจมีเรื่องที่เกี่ยวข้องเนื่องการความยุติธรรมได้ เช่น จัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสม (fair resource allocation) และการไม่ใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุข ให้เกิดการสูญเปล่าไม่ก่อเกิดประโยชน์ (ต่อผู้ป่วย) (medical futility)

การประยุกต์หลักจริยธรรมทางการแพทย์พื้นฐาน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาประคับประคอง (Palliative care) จำเป็นอย่างยิ่งกับการเข้าใจความหมายของหลักพื้นฐานจริยธรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และการตัดสินใจในการรักษาและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาต้องมีความรู้รอบในภาวะโรคของผู้ป่วยรวมถึงการรักษาประคับประคอง (Palliative care) เป็นอย่างดี จึงสามารถให้ข้อมูลในการตัดสินใจในเรื่องที่มีความสับสน และซับซ้อน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ความหวังในการรักษาต่อโรคที่เดิมหมดหวัง แต่มีการพัฒนาการรักษาที่อาจจะเพิ่มความหวัง เช่น กรณีการใช้เซลล์ต้นกำเนิด (stem cell therapy) รักษาโรคทางสมองที่รักษาไม่หาย การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ที่เป้าหมาย (targeted therapy) รักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้เพราะสภาพร่างกายไม่แข็งแรง การให้อาหารทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ

การตัดสินใจด้านจริยธรรมทางการแพทย์

ขบวนการการตัดสินใจด้านจริยธรรมทางการแพทย์ (A process for making ethical decision) สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การประเมินและการสื่อสาร (Evaluate and communication)
2. การพิจารณาหลักการด้านจริยธรรมทางการแพทย์ (Consider ethic principle)

3. การตัดสินใจ (Make the decision)
4. การบันทึกการตัดสินใจ (Document the decision)
5. การปฏิบัติตามการตัดสินใจ และการเปลี่ยนแปลงตามความจำเป็น (Implement the decision and change it when necessary)
6. การเตรียมพร้อมต่อความไม่เข้าใจ การคัดค้าน รวมถึงความขัดแย้ง (Respond to objections, challenges, and conflict)

การประเมินผู้ป่วย จำเป็นต้องเข้าใจข้อเท็จจริงในด้านต่างๆ เช่น สภาวะโรค สภาพในครอบครัว เศรษฐกิจ คนดูแลผู้ป่วย แพทย์ผู้ประเมินผู้ป่วยจำเป็นต้องตอบคำถามเบื้องต้นเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

การวินิจฉัย และพยากรณ์โรค (Diagnosis and prognosis)

- ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับรู้ถึงการวินิจฉัยเป็นอะไร พยากรณ์เป็นอย่างไร
- สภาพของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างไรต่อไป
- สามารถให้การควบคุมอาการทั้งหมด (ทางร่างกาย จิตใจ สังคม) แก่ผู้ป่วยได้หรือไม่

ความปรารถนา ความต้องการ ของผู้ป่วย ญาติ และผู้เกี่ยวข้อง

- ความปรารถนา ความต้องการ ของผู้ป่วยคืออะไร
- ความหมายในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความหมายว่าอย่างไร
- ความปรารถนา ความต้องการ ของญาติ และผู้เกี่ยวข้อง คืออะไร

เรื่องราวในชีวิตของผู้ป่วย (Patient's life story)

- ชีวิตของผู้ป่วยดำเนินเป็นมาอย่างไร มีความเชื่อ ทศนคติ การมองโลกอย่างไร
- ความสามารถในการตัดสินใจด้านการรักษา ในอดีตเป็นอย่างไร
- ที่ผ่านมามีการรักษาใดที่ผู้ป่วยพอใจ
- ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นอย่างไร

ข้อดีข้อเสียในการรักษาที่จะดำเนินการ (Benefits and burdens of proposed treatment)

- แพทย์ที่ทำการรักษามีความรู้ในโรคที่เป็นอยู่มากน้อยเพียงใด
- เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยมีอย่างไร
- ประโยชน์และโทษ ของการรักษาที่จะทำให้แก่ผู้ป่วยมีอะไรบ้าง

การตัดสินใจ (Decision making)

- ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจหรือไม่
- ใครที่มีบทบาทในการช่วยตัดสินใจ
- มีประเด็นด้านการพิจารณาในด้านกฎหมายหรือไม่อย่างไร

การสื่อสาร (Communication)

- การสื่อสารมีความสำคัญมากในการรักษา แพทย์จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพและทักษะการสื่อสาร

การพิจารณาหลักทางจริยธรรมทางการแพทย์ (Consider ethic principle)

การพิจารณาหลักทางจริยธรรมทางการแพทย์ (Consider ethic principle) มีกรอบการพิจารณาดังต่อไปนี้

หลักการพื้นฐาน (Principle based)

Beneficence : promote patient well-being

Nonmaleficence : do no harm

Autonomy : respect patient self-determination

Justice : protection of vulnerable population and fair allocation resources

Virtue based : Focuses on character traits and behaviors of physicians and what it means to be a good physician.

Caring based : recognizes the principle-based systems may ignore relationships and responsibilities

Respect for personhood : decisions must value the inherent dignity of each person and accept mortality

ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแง่จริยธรรมทางการแพทย์ แพทย์ผู้ดูแลต้องมีความรู้ในภาวะโรคและตัวตนของผู้ป่วย ในเรื่องการวินิจฉัย (diagnosis) การพยากรณ์โรค (prognosis) เป้าหมายการรักษา (goal of care) รวมถึงยึดตามข้อบ่งชี้ที่ใช้กับผู้ป่วยในปัจจุบัน และยาที่วางแผนใช้ในอนาคต ความเชื่อ (belief) และคุณค่า (value) คุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ป่วย แล้วสามารถสื่อสารให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจ เมื่อผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจตามที่จริงแล้วประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้จะเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไป

1. การวางแผนชีวิตล่วงหน้าก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์วิกฤต (Advanced care planning)

การวางแผนชีวิตล่วงหน้ามีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในประเทศตะวันตกมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและความรู้ที่ถูกต้องในการวางแผนชีวิตล่วงหน้า เพราะมีผลดีหลายด้าน เช่น เป็นสิ่งที่ยืนยันได้ว่าผู้ป่วยและญาติเข้าใจในภาวะโรค และทางเลือกในการรักษาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องการดูแลระยะสุดท้าย เนื่องจากได้วางแผนไว้ก่อนแล้ว

2. การไม่กู้ชีวิต (Do not attempt resuscitation)

การไม่พยายามกู้ชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นที่ยอมรับมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้าย รวมถึงโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การสื่อสารเรื่องนี้แพทย์จำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสาร เพราะญาติอาจเข้าใจผิดในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอาจไม่เต็มทีหากตัดสินใจไม่กู้ชีวิตผู้ป่วย

การรักษาที่ไม่ได้ประโยชน์และสูญเปล่าทางการแพทย์ (medical futility)

แพทย์ต้องมีความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างดีในเรื่องการใช้รักษาอาการ เพราะมีการรักษาจำนวนมากที่อยู่บนพื้นฐานของความเชื่อว่าได้ประโยชน์ แต่ในข้อเท็จจริงเป็นการสูญเปล่าทางการแพทย์ เช่นในผู้ป่วยที่มีเป้าหมายการรักษาเป็นไปเพื่อความสบาย และคาดว่าผู้ป่วยอยู่ได้ไม่นาน เป็นวันต่อวัน ดังนั้นการรักษาที่มุ่งเน้นการยืดอายุผู้ป่วย เช่น ยากระตุ้นหัวใจและความดัน ยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพสูง การให้อาหารทางเส้นเลือดดำจึงหมดความสำคัญ

บทที่ 3

การควบคุมอาการปวด (Pain Control)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมากมักมีอาการปวดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 60-90 และเสียชีวิตพร้อมกับความปวดมากกว่าร้อยละ 30 ขึ้นไป โดยความปวดที่เกิดขึ้นถูกกลบเกลื่อนจากบุคลากรทางการแพทย์การใส่ใจและให้การบำบัดรักษาสามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป บรรเทาความปวดในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน

ความปวด (Pain)

คำนิยามของ “ความปวด” ที่กำหนดโดย The International Association for the Study of Pain (IASP) นั่นคือ “ความปวดเป็นประสบการณ์ของความรู้สึกที่ไม่สบาย และประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ ซึ่งมนุษย์เราเรียนรู้ได้จากตัวเองร่วมกับการบาดเจ็บ หรือการทำลายเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง หรือมีสภาวะที่จะเกิดขึ้นหากไม่หลีกเลี่ยง หรืออธิบายประหนึ่งว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ที่สำคัญคือ ความปวดเป็นนามธรรมตลอดเวลา”

ชนิดของความปวด

มีการแบ่งชนิดของความปวดตามประสบการณ์ของผู้ป่วยคือ

1. ตามเงื่อนไขเวลา (temporal)

ความปวดเฉียบพลัน (acute pain)

ความปวดเรื้อรัง (chronic pain)

และความปวดต่อเนื่องเมื่อมีการกระทำกิจกรรมบางประเภท (incident pain) เช่น ปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหว ที่เป็นการเฉพาะหรือกระทำกิจกรรมบางชนิด ซึ่งโดยมากจะป้องกันการเกิดความปวดด้วยการให้ยาแก้ปวดก่อนที่ผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ประมาณ $1/2$ - 1 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 แสดงข้อแตกต่างระหว่าง acute และ chronic pain

ความปวดเฉียบพลัน (เช่น กระดูกหัก)	ความปวดเรื้อรัง (เช่น ปวดจากโรคเรื้อรัง)
เป็นความปวดที่เกิดขึ้นระยะเวลาไม่นาน เป็นสัญญาณเตือนถึงอันตราย ลดความรุนแรงลงตามเวลาที่ผ่านมา ถ้าได้รับการบำบัดต้นเหตุ	เป็นความปวดที่เกิดขึ้นยาวนานไม่ลดละ ไม่ช่วยหรือเป็นประโยชน์ใดๆ มีความเป็นไปได้ที่จะปวดเพิ่มขึ้น
ผู้ป่วย เห็นได้ชัดว่ามีความปวด ร้องครวญครางเกี่ยวกับความปวดที่เป็นอยู่ เข้าใจถึงเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด มีผลกระทบเฉพาะตัวผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้น	อาจแสดงออกเพียงอาการซึมเศร้า อาจบอกเพียงว่า “ไม่สบาย” เห็นว่าเป็นความปวดที่ไม่สิ้นสุดและไม่มีจุดหมาย ภาวะปวดจะมีผลกระทบกับคนในครอบครัว
แพทย์ ให้การบำบัดอย่างตรงไปตรงมา ยอมรับถึงการให้ยาแก้ปวดด้วยวิธีฉีด ยอมรับถึงผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด	วิธีการบำบัดอาจต้องสลับซับซ้อน ยาแก้ปวดชนิดรับประทานจะเหมาะสมกว่า ไม่ยอมรับต่อผลข้างเคียง

2. ตามสรีระวิทยาของพยาธิสภาพ (patho - physiology)

● ความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ การอักเสบ หรือมีการทำลายเนื้อเยื่อ ซึ่งยังแบ่งออกเป็นได้เป็น

- ความปวดจากตัวโครงสร้างของร่างกาย (somatic pain) สามารถระบุตำแหน่งความปวดได้ชัดเจน เช่น ปวดบริเวณผิวหนัง ปวดกระดูก เป็นต้น
- ความปวดจากอวัยวะภายในร่างกาย (visceral pain) เป็นความปวดที่อวัยวะภายในทุกชนิด

หมายเหตุ ทั้ง somatic และ visceral pain อาจพบความปวดที่เป็นอยู่กระจายหรือร้าวไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้ อาทิเช่น ปวดบริเวณต้น ข้อมือ สามารถร้าวไปที่ไหล่ขวา ซึ่งความปวดชนิดนี้เรียกว่า “referred pain”

● ความปวดจากระบบประสาท (neuropathic pain) เป็นความปวดที่เกิดจากระบบประสาททำงานผิดปกติ เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เป็นความปวดที่รักษาค่อนข้างยาก ตอบสนองไม่ค่อยดีนักต่อยาระงับปวดทั่วไป ตัวอย่างสาเหตุของ neuropathic ได้แก่

- มีการกดทับหรือมีการเป็นโรค หรือมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งมาที่เส้นประสาท กลุ่มประสาทหรือไขสันหลัง
- ผลจากการรักษาโรค เช่น จากยาหลากหลายชนิด (ตามตารางที่ 2) ทำให้เกิด neuropathy ผลจากการได้รับรังสีรักษาทำให้เกิด plexopathy และผลจากการผ่าตัด
- ผลตามมจากการป่วยไข้ที่ทำให้ปลายประสาทอักเสบ เช่น postherpetic neuralgia ; diabetic neuralgia

ตารางที่ 2 ยาที่ก่อให้เกิด toxic neuropathy

Antiarrhythmics

amiodarone

Antibiotics/Antituberculous Agents

chloramphenical

dapsone

ethambutol

isoniazid (INH)

metronidazole

nitrofurantoin

Anticonvulsants

phenytoin

Antihypertensives

hydralazine

Antiretroviral Agents

didanosine (ddI)

stavudine (d4T)

zalcitabine (ddc)

Antineoplastic Agents

carboplatin

chlorambucil

cisplatin

docetaxel

doxorubicin

etoposide

methotrexate

oxaliplatin

paclitaxel

pemetrexed disodium

vincristine

vinorelbine tartrate

Other

gold

disulfiram

nitrous oxide (chronic abuse)

pyridoxine

thalidomide

การประเมินความปวด

การประเมินทางการแพทย์อย่างละเอียดเป็นสิ่งแรกที่สำคัญที่จำเป็นอย่างยิ่งยวดที่ต้องกระทำก่อนเพื่อให้ได้ผลการบำบัดอย่างเต็มที่หลักการสำคัญที่เกี่ยวกับการประเมินความปวดประกอบด้วย

1. ยอมรับคำบอกเล่าของผู้ป่วย
2. ให้การประเมินในทุกๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับความปวด (ใช้คำถามตารางที่ 3)
3. ให้การประเมินต่อความปวดที่เกิดขึ้นกับทุกบริเวณของร่างกาย (ใช้คำถามตารางที่ 3)
4. ให้การประเมินถึงขอบเขตการเป็นโรคของผู้ป่วย
5. ให้การประเมินถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความปวด
6. ทำการประเมินซ้ำ

ตารางที่ 3 การประเมินความปวด (คำถามที่ใช้ถามเพิ่มเติมสำหรับการประเมินความปวด)

ความปวด

บริเวณที่ปวด	ปวดตรงบริเวณใดของร่างกาย
การกระจาย	ความปวดกระจายไปส่วนอื่นของร่างกายไหม
เริ่มต้นปวด	ความปวดนี้เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อไร
การดำเนินของอาการ	ความปวดที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้นไหม
ความรุนแรง	ความปวดนั้นรุนแรงเพียงไร
ลักษณะ	ความปวดที่เกิดขึ้นมีลักษณะคล้ายอะไร
ความถี่	ความปวดเกิดขึ้นบ่อยไหมในหนึ่งวัน
ระยะเวลา	ความปวดที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งกินเวลายาวนานเพียงไร
ปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวด	มีสาเหตุใดบ้างไหมที่ทำให้เกิดความปวดขึ้น
ปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น	อะไรทำให้ความปวดที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้น
ปัจจัยที่ทำให้ความปวดบรรเทาลง	อะไรช่วยทำให้ความปวดลดความรุนแรงลง
ผลกระทบต่อ - การทำกิจกรรม	ความปวดที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องหยุดกระทำกิจกรรมใด
- การนอนหลับ	บ้างไหม
- อารมณ์	ความปวดรบกวนหรือทำให้นอนไม่หลับไหม
	ความปวดที่เกิดขึ้นทำให้ไม่มีความสุขหรือซึมเศร้าหรือไม่

ผลของการใช้ยาแก้ปวดที่ผ่านมา

ยา	ใช้ยาแก้ปวดชนิดใด
ขนาด	ขนาดยาที่ใช้ในแต่ละครั้งมากน้อยเท่าไร
วิธีใช้	รับประทาน เหน็บทางทวารหนัก ฉีด หรือปิดบนผิวหนัง
ความถี่	ใช้ยาแก้ปวดบ่อยครั้งเท่าไรในหนึ่งวัน
ระยะเวลา	การบริโภคยาแต่ละขนานทิ้งช่วงเวลายาวนานเท่าไร
ประสิทธิผล	สามารถแก้ปวดที่เป็นอยู่ได้หรือไม่ นานเท่าไร
ผลข้างเคียง	มีผลข้างเคียงชนิดใดบ้าง (หรือทำให้เกิดความไม่สบายชนิดใดบ้าง)

ปัจจัยอื่น

ทางด้านจิตใจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี จิตวิญญาณ มีส่วนกระทบกับความปวดหรือไม่

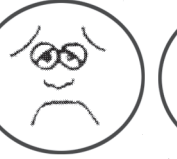
การตรวจทางระบบประสาทวิทยา

บ่อยครั้งพบว่าช่วยทำให้ได้ตำแหน่งของอวัยวะหรือบริเวณของร่างกายที่เป็นต้นตอที่ก่อให้เกิดความปวด โดยเฉพาะถ้าเป็นความปวดที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการมีพยาธิสภาพบริเวณไขสันหลังหรือรากประสาท ลักษณะการกระจายของความปวดหรือการเปลี่ยนแปลงการรับรู้จากการสัมผัสอาจสัมพันธ์กับ dermatome ที่เกิดพยาธิสภาพ ภาวะอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อและการสูญเสีย reflexes ต่างๆ รวมถึงลักษณะของการปวดร้าวของ visceral pain อาจมีส่วนสัมพันธ์กับ spinal segments ที่เกิดจากพยาธิสภาพ

การวัดระดับความรุนแรงของความปวด

จากการที่ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม การวัดระดับความปวดอย่างเป็นรูปธรรมจึงเป็นไปได้ มีเครื่องมือหลากหลายที่ถูกพัฒนาขึ้นมาใช้สำหรับวัดระดับความรุนแรงของความปวด มาตรการที่ง่ายไม่ซับซ้อนประกอบด้วย มาตรการที่ใช้เส้นตรง (visual analogue scales- VAS) หรือใช้ตัวเลข 0-5, 0-10 หรือ 0-100 (numerical rating scales-NRS) และการใช้คำพูดอธิบายถึงระดับความปวด (verbal descriptor scales- VDS) สำหรับวิธีการใช้รูปที่ 1

รูปที่ 1 แสดงถึงมาตรวัดต่างๆ ที่ใช้เป็นสื่อถึงระดับความปวดจากตัวผู้ป่วย สำหรับใช้อธิบายถึงระดับความรุนแรงของความปวดที่เป็นอยู่

Visual Analogue Scales					
คำแนะนำ : ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย	ลงบนเส้นตรงว่าขณะนี้ความปวดที่เกิดขึ้นอยู่ตรงบริเวณใด				
ไม่ปวด	_____ ปวดมากจนทนไม่ได้ (ปวดแสนสาหัส)				
Numerical Rating Scales					
คำแนะนำ : ตัวเลข 0-5 หรือ 0-10 หรือ 0-100 ใช้แสดงแทนระดับความรุนแรงของความปวด ให้ผู้ป่วยบอกว่าขณะนั้นความปวดที่เป็นอยู่ควรอยู่ตรงกับตัวเลขใด					
ไม่ปวด = 0	1 2 3 4 5 = ปวดมากจนทนไม่ได้				
หรือ ไม่ปวด = 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = ปวดมากจนทนไม่ได้				
หรือ ไม่ปวด = 0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 = ปวดมากจนทนไม่ได้				
Verbal Descriptive Scales					
คำแนะนำ : ผู้ป่วยเลือกคำที่อธิบายถึงระดับความปวดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ดีที่สุด					
ไม่ปวด	ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดรุนแรง ปวดแสนสาหัส				
Wong-Baker faces pain rating scales					
คำแนะนำ : ให้เลือกรูปที่บอกถึงระดับความปวด แล้วบันทึกตัวเลขที่ความหมายตรงกับรูปหน้านั้น					
0	2	4	6	8	10
					
ไม่ปวด	→ รู้สึกปวดมากขึ้นเรื่อยๆ				→ ปวดมากที่สุดที่คิดได้

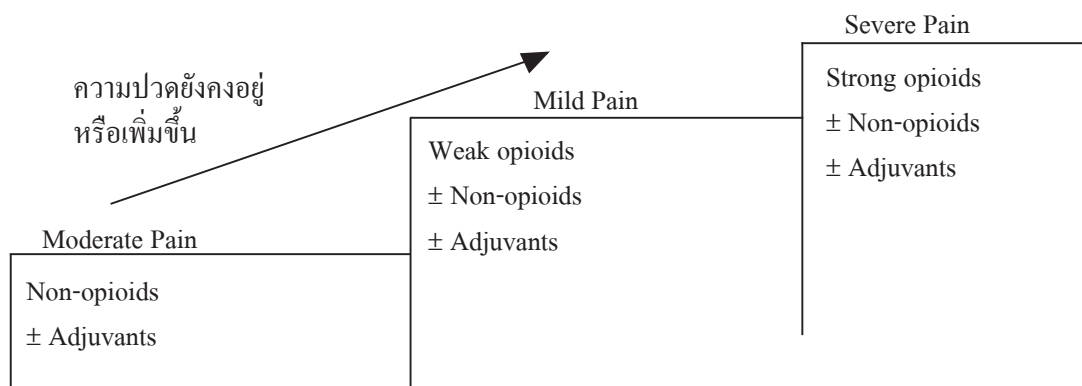
หลักการและแนวทางในการบำบัดความปวด

จุดมุ่งหมายในการบำบัดความปวด คือการทำลายต้นตอที่ก่อให้เกิดความปวดถ้าทำได้ ในกรณีที่做不到 ต้นเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด หลักการก็คือการช่วยให้ผู้ป่วยหายปวดหรือทุเลาลงจนสามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามสมควร มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถทนต่อการทำหัตถการต่างๆ เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายโดยปราศจากความทุกข์ทรมานและท่ายสุดเมื่อถึงวาระที่เสียชีวิตก็ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความปวดเช่นกัน ที่สำคัญผู้ป่วยควรมีโอกาสได้เลือกวิธีระงับปวดด้วยตนเอง รวมถึงปลอดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากที่สุดไม่ว่าจะได้รับการบำบัดด้วยยาหรือหัตถการใดๆ

หลักการบำบัดความปวด ประกอบด้วย

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด
2. หลักการใช้ในการระงับปวด โดยอาศัยคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก 3 ขั้นตอน ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์สำหรับบำบัดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าสามารถนำมาปรับใช้บำบัดความปวดที่เกิดกับผู้ป่วยโรคอื่น ที่มีความปวดได้เป็นอย่างดี (ตามตารางที่ 2)

รูปที่ 2 World Health Organization-Analgesic Ladder



3. สำหรับความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การบริหารยาก็ต้องเป็นไปในลักษณะต่อเนื่องตลอดเวลาไม่ควรบริหารยาเฉพาะเมื่อมีความปวดเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ระดับยาแก้ปวดในกระแสเลือดอยู่ในระดับคงที่และสามารถควบคุมความปวดได้ดี นอกจากนี้ต้องมียาแก้ปวดที่ใช้อยู่ตามปกติเพิ่มเติมเป็นขนานพิเศษในช่วงระหว่างเวลาได้รับยานั้นๆ เพื่อเป็นการระงับ breakthrough pain สำหรับความปวดที่อาจปะทุขึ้น หรือสำหรับ incident pain ในกรณีต้องไปทำกิจกรรมบางชนิดที่อาจก่อให้เกิดความปวดขึ้น เช่น ไปห้องน้ำ เป็นต้น

4. ใช้ยาที่สามัญด้วยวิธีเรียบง่ายและปลอดภัยที่สุดก่อนเท่าที่จะทำได้

5. พิจารณาใช้ยากกลุ่ม adjuvants หรือ co-analgesics ร่วมด้วยเสมอถ้ามีข้อบ่งชี้ ยาในกลุ่มนี้ที่แนะนำให้ใช้ประกอบด้วย

5.1 Antidepressants : amitriptyline, nortriptyline

5.2 Anticonvulsants : carbamazepine, gabapentin, oxcarbazepine และ pregabalin

5.3 Antianxiety drugs : lorazepam, diazepam, midazolam

5.4 Steroids : dexamethasone, prednisolone

6. ผู้ป่วยแต่ละรายมีการตอบสนองต่อยาแก้ปวดแตกต่างกันตามชนิดของความปวด ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ชนิดของความปวด : แสดงถึงนัยของการบำบัดรักษาด้วยยา

Nociceptive		
bone, soft tissue	mild, moderate	non-opioid (opioid if required)
	severe	opioid + non-opioid
visceral	mild	non-opioid (opioid if required)
	moderate, severe	opioid ± non-opioid
Neuropathic		
nerve compression		opioid + corticosteroid
nerve infiltration, damage		tricyclic antidepressant or anticonvulsant or oral local anesthetic drug
sympathetic-type pain		sympathetic nerve block
Others		
raise intracranial pressure		corticosteroid
muscle spasm		muscle relaxant

นอกจากนี้แล้ว การบำบัดความปวดจะเป็นไปตามเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงถึงการบำบัดความปวดตามเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด	การบำบัดชนิดเริ่มแรก	การบำบัดชนิดที่สอง	การบำบัดที่ควรนำมาพิจารณา
ความปวดของอวัยวะในช่องท้อง ช่องเชิงกรานหรือทรวงอก	ยาแก้ปวดชนิดต่างๆ	steroids อาจช่วยได้ในกรณีที่มีความปวดเกิดจากการกดทับของเนื้อท่อน	การทำ celiac plexus block สำหรับ retroperitoneal pain หรือ spinal block ในกรณี pelvic pain
ความปวดในกระดูกจากพยาธิสภาพของกระดูกโดยตรงหรือจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากส่วนอื่นของร่างกาย	1. ให้รังสีรักษาชนิด palliative 2. ยาแก้ปวด 3. non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)	Immobilization (เช่น การใส่หมุดยึดกระดูก) NSAIDs	การทำ Nerve blocks
อาการปวดเสียดท้อง	สวนอุจจาระ	ยาระบาย	สวนล้าง
- ท้องผูก - อุดตัน, อึดแน่น	1. ยาที่ทำให้อุจจาระอ่อน 2. antispasmodics	ยาแก้ปวด	celiac plexus block

ตารางที่ 5 แสดงถึงการบำบัดความปวดตามเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด (ต่อ)

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด	การบำบัดชนิดเริ่มแรก	การบำบัดชนิดที่สอง	การบำบัดที่ควรนำมาพิจารณา
ติดเชื้อ - ลึก	ให้ systemic antibiotics (ร่วมด้วย metronidazole ถ้าเป็น bacteria ชนิด anaerobes)	ยาแก้ปวด	local surgery
- ผิวๆ โดยไม่มี cellulitis	ยาฆ่าเชื้อกับบริเวณนั้น พร้อมกับทำ debridement		
ปวดบริเวณเข่าหุ้มปอด	ยาปฏิชีวนะถ้าติดเชื้อและเป็น สภาวะที่เหมาะสม	ยาแก้ปวดถ้าเป็นมาก intercostal block ถ้าเฉพาะที่	NSAIDs
Lymphedema	1. นวดเบาๆ 2. บริหารอวัยวะส่วนนั้น 3. ใช้เครื่องรัด (ถุง) 4. ยกอวัยวะที่บวมให้สูงขึ้น	1. ใช้ intermittent positive pressure หรือ bandaging 2. ยาแก้ปวด	steroids ถ้าเป็นการหวนคืน ของโรค ยาขับปัสสาวะมักไม่ได้ผล
ปวดศีรษะจาก raised intracranial pressure กระเพาะอาหาร - เกิดจากการระคายเคือง	steroids หยุดสารที่ก่อให้เกิดระคายเคือง ยาลดกรด	ยาแก้ปวด ranitidine, omeprazole	
- Distension	simethicone cisapride		
ลำไส้ตรง-tenesmoid (ปวดเบ่ง)	chlorpromazine	diazepam	nerve block
ปวดในแขนขาข้างที่เกิดอัมพาต	กายภาพบำบัด (passive movements)	NSAIDs	muscle relaxants nerve block

7. ใช้หลักการรักษาหลายวิธีร่วมกัน เช่น ปวดจากโรคมะเร็ง อาจต้องพิจารณานำการรักษาโรคมะเร็ง เช่นการให้รังสีรักษา ผ่าตัด และ/หรือเคมีบำบัดไปพร้อมกับยาแก้ปวด ปรับยาแก้ปวดให้เหมาะสมด้วยชนิด และขนาดยาที่พอเพียงกับการระงับปวด โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยสามารถรับได้ พิจารณาการบำบัดรักษาความปวดด้วยวิธีอื่นๆ ถ้ามีข้อบ่งชี้

8. ผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าต้องให้การใส่ใจรักษาด้านจิตใจไปพร้อมกันถ้ามีข้อบ่งชี้

9. พิจารณาให้ยาเพื่อป้องกัน/บรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะต้องเกิดขึ้นจากการบำบัดและยาแก้ปวดที่ใช้

10. ปรับวิธีการให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามสภาพของการป่วยไข้ที่แท้จริง

ยาแก้ปวด (analgesics)

การเลือกชนิดยาแก้ปวด มาตรการพื้นฐานคือเลือกชนิดยาตามระดับความรุนแรงและชนิดของความปวด โดยพื้นฐานยาแก้ปวดแบ่งได้ 3 กลุ่มใหญ่คือ

1. ยากลุ่ม Non-Opoids ซึ่งได้แก่ paracetamol, aspirin และ Non-Steroidal Antiinflammatory drugs (NSAIDs) โดย

Aspirin ขนาดยาที่ให้คือ 300-600 มก. ทุก 4-6 ชม. เป็นยาลดไข้แก้ปวดโดยเฉพาะปวดกระดูกข้อเสียดคือ ระคายเคืองกระเพาะอาหาร และยับยั้งการแข็งตัวของเลือด ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคไตหรือการทำงานของไตบกพร่อง

Paracetamol ขนาดยาที่ให้คือ 0.5-1 กรัม ทุก 4-6 ชม. แก้ไขแก้ปวดแต่ไม่มีฤทธิ์แก้อักเสบ ไม่มีผลข้างเคียงกับกระเพาะอาหาร แต่ถ้ารับประทานครั้งละมากๆ (มากเกินไป 20 กรัม) จะเกิดความเป็นพิษอย่างรุนแรง

NSAIDs เป็นกลุ่มยาแก้ปวดที่มีประโยชน์มาก สำหรับใช้บำบัดความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของกระดูก และความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ การอักเสบ หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคไตหรือการทำงานของไตบกพร่อง

การใช้ NSAIDs กลุ่ม classical หรือ conventional (ตารางที่ 6) ต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร การยับยั้งการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด และพิษต่อไต เป็นต้น ควรป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารจากการใช้ยาเหล่านี้ด้วยการให้ยา H_2 blocker, misoprostol, หรือ omeprazole ไปพร้อมกัน หรือเลือกใช้ NSAIDs กลุ่ม selective หรือ specific COX-2 inhibitor (ตารางที่ 6) แทน ซึ่งพบว่า จะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารที่น้อยลง สำหรับขนาดยา ระยะเวลาในการให้ยา และขนาดยาที่สูงสุดต่อวันของยาแต่ละชนิด แสดงไว้แล้วในตารางที่ 6

2. ยากลุ่ม Weak Opioids ซึ่งในประเทศไทย ยาในกลุ่มนี้ในปัจจุบันที่มีใช้อยู่ประกอบด้วย

Codeine ในประเทศไทยเป็น codeine phosphate มีความแรงประมาณ 1 ใน 10 เท่าของ morphine มีในรูปของยาเม็ดเดี่ยวขนาด 15 และ 30 มิลลิกรัม หรือรวมกับยาชนิดอื่น เช่น paracetamol ในการบำบัดความปวดอย่างต่อเนื่องนานๆ และอาจต้องมีการปรับขนาดยาให้เพิ่มขึ้น จึงไม่แนะนำให้ใช้ยาแก้ปวดที่มียาแก้ปวดผสมกันหลายชนิดในเม็ดเดียวกัน ขนาดเพดานยา (ceiling dose) สูงสุดคือ 135 มก. รับประทานทุก 3-4 ชม. ในทางปฏิบัติถ้าผู้ป่วยได้รับยา 60 มก. ทุก 4 ชม. แล้วได้ผลการบำบัดไม่เต็มที่เท่าที่ควร ก็ควรพิจารณาปรับไปใช้ยาในกลุ่ม strong opioid แทนจะมีความเหมาะสมกว่า adverse effect ของ codeine ก็เช่นเดียวกับ morphine เช่นท้องผูกแต่อาจไม่รุนแรงเท่า อย่างไรก็ดีตามยาระบายนี้อาจควรสั่งให้ผู้ป่วยบริโภคร่วมไปด้วยทุกวัน พร้อมเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดภาวะท้องผูกขึ้น

Tramadol เป็นยาที่ได้จากการสังเคราะห์ ออกฤทธิ์ที่บริเวณประสาทส่วนกลาง มีคุณสมบัติในการแก้ปวดทั้งของ opioid และ non-opioids โดยคุณสมบัติด้าน non-opioids มาจากการที่ไปสกัดกั้นการ reuptake serotonin และ noradrenalin สำหรับคุณสมบัติทางด้าน opioid นั้น tramadol จะไปออกฤทธิ์ที่

mu opioid receptors คล้ายกับ morphine โดยมีฤทธิ์ในการแก้ปวดเทียบเท่า 1 ต่อ 6,000 เท่าของ morphine เท่านั้น ขนาดยา tramadol ที่แนะนำให้ใช้เพื่อการแก้ปวด คือ 50-100 มก. รับประทานหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ได้ผิวหนังหรือเข้าเส้นเลือดดำซ้ำๆได้ ทุก 6-8 ชม. ถ้าหากผลของการแก้ปวดไม่ดีเท่าที่ควร การเพิ่มขนาดยานอกจากจะไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ปวดอาจเพิ่มถึงอาการข้างเคียงมากขึ้น จึงควรพิจารณาปรับเปลี่ยนไปใช้ strong opioids ชนิดใดชนิดหนึ่งแทน

ตารางที่ 6 ตัวอย่าง NSAIDs ที่นิยมใช้ในประเทศไทย

ชื่อยา	ขนาดยา (มก.)	ระยะเวลา (ชม.)	ขนาดสูงสุด ต่อวัน (มก.)	หมายเหตุ
Classical NSAIDs				
Aspirin	300-600	4-6	3,600	มีในรูปแบบ sustained release เริ่มด้วย 500 มก. เกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย
Ibuprofen	200-400	6-8	1,600	
Naproxen sodium	275	12	1,100	
Indomethacin	50-100	6-12	200	
Diclofenac potassium	15-50	8	150	
Piroxicam	10-20	24	20	
Tenoxicam	10-20	24	20	
Selective COX-2 Inhibitors				
Meloxicam	75-15	24	15	ไม่แนะนำให้ใช้ต่อเนื่อง นานเกิน 10 วัน มีรูปแบบยาฉีดเท่านั้น
Nimesulide	100-200	12	400	
Specific COX-2 Inhibitors				
Celecoxib	100-200	12	400	
Etoricoxib	60-120	24		
Parecoxib	20-40	6-12		

3. ยากลุ่ม Strong Opioid เป็นยาที่ใช้สำหรับบำบัดความปวดที่รุนแรง อาจถูกนำมาใช้เป็นยาเดี่ยวหรือร่วมกับยาแก้ปวดชนิดอื่นที่นิยมใช้จะเป็นกลุ่ม mu agonist อาทิเช่น morphine, methadone, pethidine และ fentanyl เป็นต้น นอกจากนี้ยังมียาในกลุ่ม agonist-antagonists เช่น nalbupine, pentazocine และกลุ่ม partial agonists เช่น buprenorphine เป็นต้น ซึ่งยาในสองกลุ่มหลังมีคุณสมบัติที่ไม่เหมาะกับการนำมาใช้บำบัดความปวด โดยเฉพาะถ้าเป็นความปวดที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องยาวนาน แต่ก็พบมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย

3.1 กลุ่ม Mixed Agonist-Antagonists

- nalbupine มีขนาดยาที่ให้ฤทธิ์แก้ปวดด้วยช่วงที่แคบ (ceiling effect)
- pentazocine นอกจากมี ceiling effect ยังมีฤทธิ์เป็น sigma receptor agonist อาจมีผลในด้าน dysphoria, psychomimetic และ confusion ทำให้ไม่เหมาะกับการนำมาใช้บำบัดความปวด

3.2 กลุ่ม Partial Agonists เช่น buprenorphine ปัจจุบันประเทศไทยมีเฉพาะยาในรูปแบบอมใต้ลิ้น ทำให้ยานี้ไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่ดื่มน้ำลายถูกทำลาย เช่นกรณีได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ ผู้ป่วยร่างกายขาดน้ำ หรือลิ้นมีพยาธิสภาพ

3.3 กลุ่ม Agonists

3.3.1 Pethidine ในประเทศไทยมีเฉพาะยาฉีด มีฤทธิ์ในการแก้ปวดค่อนข้างสั้นประมาณ 2-3 ชม. เท่านั้น (ค่าครึ่งชีวิตอยู่ที่ 1.5-2 ชม.) ทำให้ต้องฉีดยาแก่ผู้ป่วยทุก 2-3 ชม. pethidine ถูกสันดาปในร่างกายได้สาร norpethidine ซึ่งสะสมในร่างกายได้นาน โดยมีค่าครึ่งชีวิตในร่างกายคนปกติจนถึง 17 ชม. ขึ้นไป แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ไตทำงานผิดปกติ norpethidine จะสะสมในร่างกายได้ยาวนานขึ้น ทำให้ผู้ที่ใช้อย่างต่อเนื่องยาวนาน มีการสะสมสารนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และถ้าสะสมมากเกินไป 200-300 มก. พบว่าก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากมาย เช่น tremors, multifocal myoclonus, agitation และ convulsion เป็นต้น จึงไม่แนะนำให้ใช้ pethidine ในการบำบัดความปวดที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และในกรณีจำเป็นจริงๆ ควรพิจารณานำมาใช้บำบัดเป็นยาชนิดสุดท้าย

3.3.2 Methadone เป็น opioid ที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นมา มีคุณสมบัติเป็น mixed mu และ delta opioid agonist เป็นยาที่มีฤทธิ์ต้านเป็น NMDA receptor antagonist ในประเทศไทยมีทั้งชนิดรับประทานและยาฉีด methadone ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้เป็นอย่างดีทางกระเพาะอาหารและลำไส้ ขนาดยาในรูปแบบรับประทานที่ออกฤทธิ์แก้ปวดที่เทียบเท่ากับยาฉีด ไม่ว่าจะให้ทาง subcutaneous หรือ intramuscular จะมีปริมาณมากเป็นสองเท่า methadone ออกฤทธิ์ได้นานกว่า morphine โดยออกฤทธิ์แก้ปวดได้นาน 6-8 ชม. methadone มีคุณสมบัติคล้าย morphine ตรงที่ไม่มี ceiling effective dose จึงไม่มี maximum dose แต่ผลพวงจากการสันดาปในร่างกายคือ normethadone ซึ่งสามารถสะสมในร่างกายได้นานนับสิบๆ ชั่วโมง โดยมีฤทธิ์กดการหายใจแต่ไม่มีฤทธิ์ด้านการแก้ปวด จึงพบมีปัญหาโดยเฉพาะกับการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอหรือสูงอายุ และยังถ้ามีการทำงานของไตผิดปกติ พบว่า normethadone จะสะสมในร่างกายได้นานยิ่งขึ้น อาการข้างเคียงนี้จะเกิดขึ้นหลังจากได้รับยาอย่างต่อเนื่องประมาณ 4-14 วัน หากต้องใช้อย่างต่อเนื่องต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงนี้อย่างใกล้ชิด ขนาดยา methadone สำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับยาก่อนและร่างกายแข็งแรง โดยมากจะเริ่มด้วยการให้รับประทานขนาด 5-10 มก. ทุก 6 ชม. ใน 3 วันแรก หลังจากปรับได้ขนาดยาที่เหมาะสมต่อการระงับปวดที่เป็นอยู่ ช่วงเวลาของการให้ยาแต่ละขนานอาจสามารถขยายให้เป็นทุก 8 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง หรือนานกว่านี้ตามการสนองตอบของผู้ป่วยแต่ละราย

3.3.3 Morphine เป็นยาที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดสารพิดีนิก ไม่ใช่ยาแก้ปวดที่ดีสมบูรณ์แบบ แต่ถูกนำมาใช้เป็นยาหลักในการบำบัดความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง morphine มีทั้งในรูปแบบรับประทานและยาฉีด โดย morphine ที่ไม่ได้รับการปรุงแต่งจะออกฤทธิ์ในร่างกายคนปกติทุก 4 ชั่วโมง ไม่ว่าจะบริหารยาโดยทางรับประทานหรือฉีด และขนาดรับประทานจะมีขนาด 3 เท่าของยาฉีด ถ้าหากต้องการการออกฤทธิ์แก้ปวดที่เท่าเทียมกัน morphine ขนาดยา 10 มก./70 กก. น้ำหนักตัวในคนหนุ่มสาวร่างกายปกติฉีดเข้าร่างกาย ไม่ว่าจะทางใต้ผิวหนัง เข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นเลือดดำ พบว่ามีความพอเพียงสำหรับบำบัดความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงชนิด acute pain ได้ถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามขนาดยาจำเป็นต้องมีการปรับขนาด โดยอาศัยพื้นฐานด้านความไวในการสนองตอบต่อยาและความต้องการยาในการควบคุมความปวด (pain sparing

needs) ของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ การฉีด morphine เข้าทางเส้นเลือดดำจะพิจารณาใช้เฉพาะกรณีที่มีความปวดรุนแรง ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืนยา ซึ่งอาจบริหารยาได้หลายวิธี เช่น continuous infusion, intermittent dosing หรือให้ผู้ป่วยควบคุมการให้ยาแก้ปวดด้วยตนเอง (patient controlled analgesia-PCA) นอกจากนี้ในบางโอกาสอาจพิจารณาฉีด morphine เข้าทาง epidural หรือ intrathecal สำหรับบำบัดความปวดที่ยากต่อการควบคุมหรือต้องการผลการบำบัดที่ยาวนานกว่าปกติโดยใช้ปริมาณยาจำนวนไม่มาก ที่สำคัญ morphine ที่ใช้ฉีดในรูปแบบนี้ต้องเป็น morphine sulphate solution ปลอดสาร preservative

ในการบำบัดความปวดชนิดเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ opioid morphine จะถูกเลือกเป็นยาชนิดแรกสำหรับการบำบัดความปวดอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านการกลืน และความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร แนะนำให้ใช้ morphine รูปแบบรับประทาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ปวดจากโรคมะเร็ง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ปัจจุบันมี morphine ชนิดรับประทานที่ออกฤทธิ์ได้ยาวนานในประเทศไทยอยู่ 2 ชนิดคือ

- morphine sulphate tablet (MST®) ขนาด 10, 30, 60 มก. เริ่มออกฤทธิ์หลังรับประทานยา 1-10 ชม. มีระยะเวลาการออกฤทธิ์นาน 12 ชม. ห้ามหักบด ทำให้แตกหรือเคี้ยวเม็ดยาโดยเด็ดขาด เพราะจะทำให้คุณสมบัติด้าน sustained release เสียไป ในผู้ป่วยบางรายระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของ MST® อาจสั้นกว่าที่กำหนดเนื่องจากเภสัชจลนศาสตร์ของยาในผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป เช่น ในผู้ป่วยบางรายอาจมีระยะเวลาของการออกฤทธิ์ MST® ประมาณ 8-9 ชม. ผู้ป่วยจะเริ่มมีความปวดกลับมาที่ชั่วโมงที่ 10 ในกรณีเช่นนี้ ทำให้ต้องให้ MST® ทุก 8-9 ชม. เป็นต้น

- Kapanol® ขนาด 20, 50 และ 100 มก. เริ่มออกฤทธิ์หลังรับประทานยา 2-4 ชม. มีระยะเวลาของการออกฤทธิ์ต่อเนื่อง 24 ชม. โดยเป็นรูปแบบยาเม็ดขนาดเล็ก (tiny granules) บรรจุในแคปซูล ยาเม็ดขนาดเล็กนี้สามารถนำออกจากแคปซูลแล้วผสมในอาหารเหลวที่เย็นสำหรับผู้ป่วยที่กลืนยาลำบาก หรือผสมในน้ำเย็นแล้วรอกใส่ท่อให้อาหารของผู้ป่วยที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางโตกว่า 16 Fr. เช่นเดียวกันที่ tiny granules ไม่อาจทำให้แตกหรือบดก่อนให้ผู้บริโภค มิฉะนั้นคุณสมบัติในการออกฤทธิ์ได้นาน 24 ชม. จะถูกทำลายไปเช่นกัน

ในการใช้ยาในกลุ่ม opioids บางครั้งอาจต้องปรับเปลี่ยนชนิดยาจะด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม การปรับจาก opioid ชนิดหนึ่งไปเป็นอีกชนิดหนึ่งจะใช้ ตารางสำหรับเปรียบเทียบตามตารางที่ 7

3.3.4 Fentanyl เดิมมีเฉพาะยาฉีดเท่านั้น มีคุณสมบัติคล้าย morphine ตรงที่เป็น mu agonist ปัจจุบันได้พัฒนามาเอา fentanyl มาอยู่ในแผ่นที่เป็น matrix form มีชื่อการค้าว่า Durogesic® ในประเทศไทย มีขนาด 12, 25 และ 50 ไมโครกรัม/ชั่วโมงเท่านั้น โดยยา fentanyl ในแต่ละแผ่นยาสามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนังอย่างต่อเนื่องได้ 3 วันในผู้ป่วยปกติทั่วไป ยกเว้นผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งมีไม่มาก อาจต้องมีการเปลี่ยนแผ่นยาทุก 2 วัน ผิวหนังที่ปิดแผ่นยาต้องไม่เป็นแผล ไม่มีการอักเสบ การเตรียมความสะอาดผิวหนังสำหรับปิดแผ่นยาไม่ยุ่งยาก ใช้ผ้าชุบน้ำบิดให้หมาด เช็ดให้สะอาดซับให้แห้งก็เพียงพอ ถ้าผิวหนังมีขนให้ใช้กรรไกรเล็มทิ้งห้ามใช้มีดโกน การมีรอยขีดข่วนจะทำให้การดูดซึมยาผิดไปจากปกติ แผ่นยาควรสลับสับเปลี่ยนบริเวณผิวหนังที่ปิด ไม่ควรปิดบริเวณเดิมอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนจาก opioid ชนิดอื่น มาเป็น fentanyl ให้เทียบจากตารางที่ 7 และ 8

ตารางที่ 7 เป็นตารางที่ใช้เปรียบเทียบขนาดของยากลุ่ม opioid ที่มีใช้ในประเทศไทยกับขนาดยา morphine ที่ออกฤทธิ์แก้ปวดได้เท่าเทียมกัน

Drugs	Dose	Duration (hour)	Oral morphine* equivalent (4h)	SC.,IM. Morphine* equivalent (4h)
Codeine (oral)	30 mg	3-5	3.5 mg	1-1.5 mg
Tramadol (oral, inj)	50 mg	5-6	5 mg	1.5 mg
Pentazocine (oral)	25 mg	2-3	5 mg	1.5 mg
	50 mg		10 mg	3 mg
Buprenorphine (SL)	0.2 mg	6-8	10 mg	3 mg
Pethedine (inj)	50 mg	2-3	15 mg	5 mg
Methadone (inj)	5 mg	8-48	15 mg	5-7.5 mg
Fentanyl (inj)	100 mcg	1-2	20 mg	7.5 mg
Fentanyl (transdermal)	25 mcg	48-72	7.5-22.5 mg	1.5-3.75 mg

* เป็น morphine ชนิดออกฤทธิ์ทุก 4 ชม.

SL = sublingual ; inj = injection ; IM = intramuscular ; SC = subcutaneous

ตารางที่ 8 แสดงถึง equianalgesic dose สำหรับใช้ปรับเปลี่ยน morphine ชนิดฉีดหรือรับประทานให้เป็น transdermal fentanyl หรือจาก transdermal fentanyl มาเป็น morphine ชนิดฉีดหรือรับประทาน

Oral 24 hours Morphine (mg/day)	IM 24 hours Morphine (mg/day)	Transdermal Fentanyl (mg/h)
20 - 44	7 - 14	12
45 - 134	15 - 44	25
135 - 224	45 - 75	50
225 - 314	76 - 105	75
315 - 404	106 - 135	100
405 - 494	136 - 165	125
495 - 584	166 - 195	150
585 - 674	196 - 225	175
675 - 764	226 - 255	200
765 - 854	256 - 285	225
855 - 944	286 - 315	250
945 - 1034	316 - 345	275
1034 - 1124	346 - 375	300

อาการข้างเคียงจากการใช้ opioid และการแก้ไข

อาการข้างเคียงจากการใช้ opioid ที่พบได้บ่อยคือ ท้องผูก ง่วงนอน คลื่นไส้ delirium และ myoclonus

1. อาการท้องผูก เกิดจากการกระตุ้นต่อ mu receptors ทั้งที่ระบบประสาทส่วนกลางและที่ทางเดินอาหาร ทำให้การบีบตัวของลำไส้ (peristalsis) ของทางเดินอาหารลดลง เพิ่มการดูดน้ำกลับที่ทางเดินอาหารด้วย อาการท้องผูกจะคงอยู่ตลอดเวลาที่ยังมีการใช้ opioid ดังนั้นจึงต้องให้ยาระบายไปพร้อมด้วยเสมอซึ่งประกอบด้วยกลุ่ม stimulant laxatives เช่น bisacodyl, sennosides กลุ่ม stool softeners เช่น docusate แต่ไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม bulk forming เช่น methyl-cellulose สำหรับ magnesium hydroxide (MOM) ที่ให้ผู้ป่วยรับประทานขนาด 30-60 มล. ก่อนนอนนั้น ไม่ควรใช้ถ้าผู้ป่วยมีการทำงานของไตบกพร่อง และถ้าหากไม่ถ่ายเกิน 3 วัน ควรทำการสวนอุจจาระและถ้ายังถ่ายไม่ออกอาจต้องช่วยทำ digital evacuate ต้องเฝ้าระวังภาวะ fecal impaction ด้วย

ข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา opioid คือให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยพืช รวมถึงการออกกำลังกาย ถ้าสามารถทำได้

2. อาการง่วงนอน อาจเกิดขึ้นในช่วง 2-3 วันแรก การป้องกันก็โดยการเริ่มด้วยขนาดยา opioid ขนาดน้อยสุดที่สามารถควบคุมความปวดได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่องอาจต้องขยายเวลาของการให้ยาแต่ละขนานให้ห่างกว่าปกติในกรณีที่ต้องให้บริโภคนยาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่ต้องปรับเพิ่มขนาดยา opioid ให้ปรับเพิ่มครั้งละไม่มาก ประมาณร้อยละ 25-50 ของขนาดเดิม แต่ถ้าหากผู้ป่วยยังมีอาการง่วงนอนมากหลังการให้ยา opioid ไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ ก็ควรประเมินหาสาเหตุอื่น เช่น จากยาชนิดอื่นที่ใช้ร่วมกันมีฤทธิ์ทำให้ง่วงมากขึ้น ภาวะ calcium ในเลือดสูงกว่าปกติ ภาวะติดเชื้อ ภาวะร่างกายขาดน้ำ (dehydrate) ภาวะ electrolyte imbalance และการมีพยาธิสภาพในระบบประสาทส่วนกลางและให้การแก้ไขถ้าพบสาเหตุ

3. อาการคลื่นไส้ เกิดจากการกระตุ้นต่อ mu receptors และ/หรือ chemoreceptor trigger zone (CTZ) โดยทั่วไปอาการนี้จะคงอยู่ไม่นาน (ประมาณ 1-2 สัปดาห์) ควรให้ยาแก้คลื่นไส้อาการ เช่น metochlopramide การให้ยานี้ควรให้ต่อเนื่องขนาด 5-10 มก. IV, IM ทุก 6 ชม. หรือ 10 มก. รับประทานทุก 6 ชม. หรือ haloperidol 0.5-10 มก. รับประทานทุก 6-8 ชม. การให้ยาทั้งสองชนิดนี้ต้องระวังอาการข้างเคียงด้าน extrapyramidal side effects ถ้าหากอาการคลื่นไส้รุนแรงและอยู่นานเกิน 1-2 สัปดาห์ อาจต้องพิจารณาเปลี่ยนชนิดของ opioid ถ้าหากทำได้ หรือให้ยาแก้คลื่นไส้ในกลุ่ม 5HT₃ antagonist เช่น ondansetron ขนาด 3 มก. ทุก 8 ชม. หรือ granisetron 2 มก. วันละครั้ง

4. Delirium อาการมึนงง สับสน ความจำเสื่อม สมองไม่แจ่มใส สติปัญญาถดถอย เชื่องช้า เพื่อฝันเพื่อง ฯลฯ อาจเกิดจากภาวะของการมี cognitive failure หลังได้รับยา opioid อย่างต่อเนื่องยาวนาน อย่างไรก็ตาม การประเมินหาสาเหตุอื่นที่เป็นตัวต้นเหตุของการเกิด delirium ก็ต้องกระทำ เช่น ภาวะ calcium ในเลือดสูงกว่าปกติ มีการได้รับยาจิตประสาทชนิดอื่น โดยเฉพาะยาที่มีฤทธิ์ด้าน anticholinergic effects รวมถึงสิ่งที่ขาดไม่ได้คือการซักข้อสงสัยของการมีการกระจายของเนื้องอกมายังประสาทส่วนกลางในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การแก้ไขก็โดยการรักษาแก้ไขสิ่งผิดปกติถ้าค้นพบ การเปลี่ยนชนิด opioid ถ้าหากทำได้ก็เป็นอีกมาตรการที่ควรนำมาลองใช้ haloperidol 0.5-2 มก. รับประทานทุก 4-6 ชม. หรือยา neuroleptic ชนิดอื่น อาจช่วยบรรเทาอาการ delirium ได้เช่นกัน แต่ต้องระวังการเกิด extrapyramidal side effects

5. Myoclonus มักพบในผู้ป่วยที่รับประทาน morphine เพื่อการบำบัดความปวดอย่างต่อเนื่องยาวนาน ยาที่บรรเทาอาการ myoclonus ประกอบด้วย baclofen, diazepam, midazolam และ sodium valporate แต่ยาเหล่านี้ต่างก็มี side effects จึงต้องใช้อย่างระมัดระวัง ในกรณีที่มีอาการรุนแรงการพิจารณาปรับเปลี่ยนไปใช้ opioid ตัวอื่น อาจมีความเหมาะสมกว่าถ้าทำได้

6. อาการข้างเคียงอื่น ที่อาจพบได้บ้าง อาทิเช่น

- **คันตามตัว** การให้ยากลุ่ม antihistamines บรรเทาอาการเช่น chlorpheniramine ขนาด 4 มก. รับประทานทุก 4-6 ชม.

- **กดการหายใจ** โปรดจำไว้ว่า opioid โดยเฉพาะกลุ่ม mu agonists ซึ่งมีฤทธิ์กดการหายใจนั้นจะกดการหายใจต่อเมื่อได้ยามากเกินความต้องการ เนื่องจากความปวดเป็นตัวกระตุ้นต่อศูนย์ควบคุมการหายใจในประสาทส่วนกลาง และมีช่วงห่างของขนาดยากับการเป็นพิษที่ค่อนข้างกว้าง จะเห็นได้ว่าการบริหารยา morphine ในรูปแบบ immediate release เป็น 2 เท่าตัวของขนาดยาที่ผู้ป่วยบริโภคทุก 4 ชม. ในช่วงเวลากลางคืน เพื่อไม่ต้องปลุกผู้ป่วยให้ตื่นขึ้นมารับประทานยาในขานกลางคืน และไม่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเสียชีวิตในช่วงเวลากลางคืนสูงกว่ากลางวัน หรือเสียชีวิตจากมีการกดการหายใจในช่วงกลางคืน อย่างไรก็ตามเมื่อมีภาวะกดการหายใจเกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีภาวะของการหลับลึก ความดันเลือดตก และอัตราการหายใจต่ำกว่า 8 ครั้งต่อนาที ก็ต้องแก้ฤทธิ์การกดการหายใจทันที ด้วยการให้ Naloxone 0.4 มก. ผสมใน normal saline ให้เป็น 10 มล. ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำช้าๆ ถ้าสัญญาณชีพและความรู้สึกตัวกลับคืนปกติก็หยุดการแก้ไข การให้ยา Naloxone เกินกว่านี้อาจทำให้ไปทำลายฤทธิ์ opioids ในร่างกายลงอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะปวดขึ้นอย่างรุนแรง รวมถึง withdrawal syndromes อื่นๆ สำหรับผู้ป่วยที่ได้บริโภคยา morphine กลุ่ม sustained หรือ controlled release preparations หลังผู้ป่วยได้รับการแก้ไขเข้าสู่ภาวะปกติ อาจต้องให้การเฝ้าระวังต่อ เนื่องจากยังมียาในร่างกายซึ่งยังออกฤทธิ์อย่างต่อเนื่องตามคุณสมบัติของยาแต่ละชนิดที่ใช้

กลุ่มยาเสริม (Co-analgesics หรือ adjuvant analgesics)

ยากลุ่มนี้ไม่ได้ผลิตขึ้นมาเป็นยาแก้ปวด แต่ต่อมาพบว่าใช้บำบัดร่วมกับยาแก้ปวดบางกลุ่ม หรือใช้บำบัดความปวดบางชนิดแล้วพบว่าได้ผลการบำบัดความปวดที่เป็นอยู่ดีขึ้น อาทิเช่น neuropathic pain อาการปวดศีรษะจากเนื้องอกทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น อาการปวดจากการกดทับไขสันหลัง อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันประกอบด้วย

1. Antidepressants ที่สำคัญได้แก่กลุ่ม conventional tricyclic antidepressants เช่น amitriptyline, nortriptyline, imipramine, desipramine, doxepine เป็นต้น ยากลุ่มนี้พบว่าได้ผลดีในการบำบัด neuropathic pain บางชนิด เช่นมี burning sensation ขนาดยาที่ใช้ต่ำกว่าที่ใช้สำหรับบำบัดอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยากลุ่มนี้ยังช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น รวมถึงนอนหลับได้ดีขึ้น

2. Anticonvulsants ได้แก่ carbamazepine, oxcarbazepine, phenytoin, sodium valproate, clonazepam, lamotrigine, gabapentin และ pregabalin ยาเหล่านี้พบว่าใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มี neuropathic pain ชนิด sharp, shooting หรือ lancinating sensation

3. Steroids ใช้ระงับปวดได้อย่างดี โดยเฉพาะในกรณีความปวดเกิดจาก acute spinal cord compression, acute increased intracranial pressure นอกจากนี้ยังพบได้ผลดีในกรณี severe bone pain ปวดจากมี soft tissue swelling หรือ infiltration ยาที่ใช้ได้แก่ dexamethasone และ prednisolone สำหรับขนาดยาและระยะเวลาที่ใช้ขึ้นกับผลของการรักษา

นอกจากนี้ยังมียากลุ่มอื่นๆ อาทิเช่น muscle relaxants, antispasmodic drugs, psychotropic drugs, antibiotics ซึ่งต่างพบว่ามียับยั้งการช่วยลดความปวด ถ้ามีข้อบ่งชี้

สำหรับขนาดยาและข้อบ่งชี้ของยากลุ่ม co-analgesics drugs แสดงไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 Co-analgesics หรือ Adjutants drugs ที่ใช้บ่อย

กลุ่มยา	ขนาดยาในผู้ใหญ่	การบริหารยา	ข้อบ่งชี้
Anticonvulsants			
Gabapentin	900 - 3,600 มก.	PO.	Neuropathic pain
Pregabalin	150 - 600 มก.	PO.	โดยเฉพาะ lancinating
Carbamazepine	200 - 1,600 มก.	PO.	หรือ paroxysmal pain
Oxcarbazepine	300 - 2,400 มก.	PO.	
Clonazepam	1 - 8 มก.	PO.	
Phenytoin	300 - 500 มก.	PO.	
Antidepressants			
Amitriptyline	10 - 150 มก.	PO.	Neuropathic pain
Nortriptyline	10 - 100 มก.	PO.	
Imipramine	20 - 100 มก.	PO.	
Desipramine	25 - 300 มก.	PO.	
Trazodon	50 - 225 มก.	PO.	
Muscle relaxants			
Orphenadrine	75 - 200 มก.	PO.	พบว่าช่วยในการบำบัด
Toperizone	50 มก.	PO.	ความปวดที่เกิดกับ
Methocarbamol	4,000 - 6,000 มก.	PO.	กล้ามเนื้อและกระดูก
Chlorzoxazone	1,500 - 3,000 มก.	PO.	ในบางครั้ง
Corticosteroids			
Dexamethasone	16 - 90 มก.	PO. หรือ IV	ความปวดจากการรุกราน
Prednisolone	40 - 100 มก.	PO.	ของเนื้องอกเข้าไปในเนื้อเยื่อ
			ของประสาท มีการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ
			มีการกดทับไขสันหลัง

ตารางที่ 9 Co-analgesics หรือ Adjutants drugs ที่ใช้บ่อย (ต่อ)

กลุ่มยา	ขนาดยาในผู้ใหญ่	การบริหารยา	ข้อบ่งชี้
Local anesthetics			ยาในกลุ่มนี้ยังช่วยในการเจริญอาหาร ลดอาการอาเจียน และมีอารมณ์ดีขึ้น
Mexiletine	450 - 600 มก.	PO.	Neuropathic pain
Neuroleptics			
Methotrimeprazine	15 - 100 มก.	PO.	
Fluphenazine	1 - 10 มก.	PO.	
Other drugs for neuropathic pain			
Baclofen	20 - 120 มก.	PO.	Neuropathic pain
Calcitonin	50 - 100 IU	ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง, เข้ากล้ามเนื้อหรือผ่านผิวหนัง เข็มฉีดยา	
Clonidine	0.1 - 0.6 มก.	PO. หรือปิดบนผิวหนัง ทาผิวหนัง	
Capsaicin (topical)			
Anticholinergics			
Glycopyrrolate	2 - 6 มก.	PO.	ความปวดจากลำไส้อุดตัน
Antispasmodic			
Hyoscine	10 มก.	PO.	ความปวดจากการหดเกร็งของลำไส้ ท่อไต ปัสสาวะ
Psychostimulants			
Caffeine	50 - 100 มก.	PO.	ลดภาวะง่วงนอนจากผลข้างเคียงของกลุ่ม opioid
Methylphenidate	10 - 15 มก.	PO.	
Dextroamphetamine	5 - 10 มก.	PO.	

บทที่ 4

การควบคุมอาการอื่นๆ (Other Symptoms Control)

ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคอง พบมีอาการอื่นๆ อีกมากมายที่ก่อให้เกิดทั้งความทุกข์ ความทรมานกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงบุคลากรที่เข้าให้การช่วยเหลือดูแลจากสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในช่วงเวลาสัปดาห์สุดท้ายหรือวันท้ายๆ ก่อนที่จะเสียชีวิต จะมีการเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ มากมาย การใส่ใจ การเข้าช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ตามความเหมาะสม ของระยะป่วยไข้ การพยากรณ์โรคจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถตายจากไปอย่างไม่ทรมานทรมาย ช่วยให้ ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงผู้ช่วยเหลืออื่นเกิดความสบายใจ ซึ่งในทีนี้จะขอกล่าวถึงอาการ ต่างๆ ที่พบบ่อย รวมถึงการเข้าช่วยเหลือ ควบคุมอาการพอเป็นสังเขปดังนี้

อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea)

ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย ควรประเมินอาการว่ามีโรคอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องหรือไม่ โดยเฉพาะปอดอักเสบ (pneumonia) กับวัณโรค (tuberculosis) ให้การรักษาปอดอักเสบ (pneumonia) ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยมักตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไอนานกว่า 2 สัปดาห์ ให้ส่งเสมหะ ตรวจเชื้อวัณโรค ถ้าผลเสมหะเป็นบวก ให้การรักษาเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับผู้ป่วยที่เคยได้ยารักษา วัณโรคอยู่แล้วให้การรักษาต่อไป

การรักษาที่ช่วยบรรเทาอาการร่วมอื่นได้แก่ การให้รังสีรักษา การให้เคมีหรือฮอร์โมนบำบัด, thoracocentesis, pleurodesis, bronchodilators, diuretics, steroids, transfusions

การให้ยาขยายหลอดลม ใช้ Metered-dose inhaler (MDI) (ชนิดมือถือ) หรือใช้ nebulizer จนผู้ป่วย ไม่สามารถใช้ได้หรือจนหายใจตื่นหรือลำบากจึงหยุด

การดูแลตามอาการ แบ่งออกเป็น

1. ผู้ป่วยที่มีอาการแต่พยากรณ์โรคว่าสามารถอยู่ได้หลายสัปดาห์จนถึงหลายเดือน ให้การรักษาตามอาการ

- ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นครั้งคราว (CPAP, BiPAP) ในรายที่อาการหนักแต่ reversible
- ให้ O_2 ถ้ามีอาการ hypoxia
- benzodiazepine สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล
- opioids สำหรับอาการไอและหอบรุนแรง
- การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ พัดลม ให้อยู่ในที่อากาศเย็น การลดภาวะเครียด การช่วยให้ผ่อนคลาย
- การให้ความรู้ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย

ถ้าการปฏิบัติในช่วงนี้ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจ จะพบว่า

- อาการหอบจะดีขึ้น
- ลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติ
- ลดภาระของผู้ดูแล
- เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล
- ส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีชีวิตที่มีความหมาย

2. ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Terminal stage)

เช่น ผู้ป่วย COPD มะเร็งปอด ผู้ป่วย HIV/AIDS ที่มีปัญหาทางปอด

- ให้ morphine ทางรับประทานด้วยขนาดยาไม่มากจะช่วยลดอาการหอบเหนื่อยในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้ morphine สำหรับบำบัดอาการปวดให้เริ่มด้วยขนาดยา 2.5 mg. รับประทาน ทุก 4 ชม.
- ผู้ป่วยที่ได้ morphine อยู่แล้วให้เพิ่มขนาดยาขึ้นไป 25% ถ้ายังไม่ตอบสนองให้เพิ่มขึ้นได้อีก 25% ของยาขนาดปกติ
- ถ้ามีอาการ heart failure ให้ furosemide 40 mg.
- ให้ small dose diazepam.
- ถ้าเสมหะมาก ให้ hyoscyamine, atropine, scopolamine

การดูแลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย

- ช่วยผู้ป่วยให้นั่งในท่าที่สบายที่สุด
- ใช้หมอนช่วยหนุนหลัง
- เปิดหน้าต่างให้ได้อากาศบริสุทธิ์
- พัดด้วยพัดกระดาดหรือพัดผ้าที่สะอาด
- ให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ (จะช่วยละลายเสมหะด้วย)

อาการไอ

ถ้ามีเสมหะมาก

- ใช้การหายใจด้วยการฟ่นละอองน้ำ (steam)
- การทำ postural drainage

อาการไอ

ถ้าไม่มากให้ดมสารระเหย เช่น น้ำผึ้ง มะนาว Eucalyptus

ถ้าไอมาก ไอแห้งๆ ให้ codeine 5-10 mg. รับประทานวันละ 4 ครั้ง (ทุก 6 ชม.) หรือถ้าไม่ตอบสนอง ให้ morphine 2.5-5 mg. รับประทานทุก 4 ชม.

อาการสับสน (Delirium)

ประเมินอาการที่อาจร่วมกับภาวะอื่นๆ ที่อาจสามารถรักษาได้ ได้แก่ metabolic cause, infection, อาการทางสมอง bowel หรือ bladder obstruction, medical withdrawal (เช่น benzodiazepine, opioids) การได้ oral morphine ก็สามารทำให้เกิดมีอาการสับสนได้ในช่วง 5 วันแรก ส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้น ควรแยกจากอาการ Dementia ด้วย ซึ่งอาการจะไม่ดีขึ้นและมักจะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ

การรักษาอาการ Delirium ที่มีอาการมาก

- ให้ haloperidol 0.5 - 1 mg. ทุก 1 ชม. จนกระทั่งอาการดีขึ้น maximum dose ไม่ควรเกิน 10-15 mg. ในผู้สูงอายุ
 - ให้ lorazepam 0.5 - 2 mg. ทุก 4 - 6 ชม. ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการ Agitate
- ในรายที่มีอาการน้อยให้ haloperidol 0.5-1 mg. วันละ 2 ครั้ง

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal stage)

- ให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคำจูน (Family support)
- ให้การควบคุมอาการ (Symptom control)
- เพิ่มขนาดของ haloperidol, other major tranquilizer
- เพิ่มขนาดของ lorazepam
- ลดขนาดของยา ถ้าไต, ตับวาย (renal, hepatic failure)
- ใช้ยา tranquilizer ทางทวารหนัก (rectal) ได้
- ถอดสิ่งที่ไม่จำเป็นอื่นๆออกจากการบำบัด เช่น ยาหรือท่อที่ไม่จำเป็น
- ให้ความรู้แก่ครอบครัว ผู้ช่วยให้การดูแล

อาการวิตกกังวล (Anxiety)

การดูแลผู้ป่วย

- ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี
- รับฟังอาการเจ็บไข้ ให้เวลาพูดคุยปัญหา
- ใช้การฟังเพลง หรือนวด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย
- ร่วมสวดมนต์ถ้าผู้ป่วยต้องการ
- การให้ low dose diazepam (2.5 - 5 mg.) ก่อนนอน หรือวันละ 2 ครั้ง โดยมากจะไม่ให้ต่อเนื่องยาวนาน ถ้าดูแลดีส่วนมาก 2 สัปดาห์ ก็ลดยาได้

อาการนอนไม่หลับ (Insomnia)

การดูแล

- คุยถึงปัญหา รับฟังเรื่องความหวาดกลัวของผู้ป่วยและแนะนำให้ผ่อนคลายความหวาดกลัว
- รักษาอาการร่วม เช่น ปวด (pain), ทางเดินหายใจส่วนบนอักเสบ (URI), ภาวะถอนยา (anxiety), drug withdrawal, ซึมเศร้า (depression)

- ถ้าผู้ป่วยต้องลุกขึ้นปัสสาวะกลางคืน ให้ amitriptyline (12.5-25 mg.) รับประทานก่อนนอน
- หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดเสียงดังรบกวนผู้ป่วย จดการดื่มน้ำชา กาแฟ ก่อนนอน

อาการซึมเศร้า (Depression)

ประเมินอาการถ้าผู้ป่วย ดูเศร้า นอนไม่หลับ ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง

การดูแล

- ประเมินอาการ
- ให้ amitriptyline (ให้ช่วงเวลาไม่ยาวนานประมาณ 1 สัปดาห์)

ประเมิน suicide risk ถ้ามีอย่าให้อยู่คนเดียว

- ให้การ support จิตใจ

ถ้าได้สุดตันจากมะเร็ง (Malignant Bowel Obstruction)

ประเมินและรักษาอาการที่รักษาได้ ได้แก่ adhesion, radiation-induced stricture, internal hernia

ประเมินอาการที่มีสาเหตุจากมะเร็ง ได้แก่ tumor mass, carcinomatosis

การดูแลรักษา

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด

- ให้คิดถึงปัญหาความเสี่ยงกับผู้ป่วยและญาติ (mortality, morbidity, re-obstruction)
- ผ่าตัดเพื่อ improve quality of life

2. การรักษาด้วยกล้อง Endoscope

- Percutaneous endoscopic gastrostomy tube
- Endoscopic stent placement

3. การรักษาด้วยยา

- ใช้ทาง rectal, transdermal, subcutaneous, IV route.
- ไม่ใช้ยาแก้อาเจียนที่เพิ่ม GI mobility ได้แก่ metoclopramide แต่อาจได้ประโยชน์ใน incomplete bowel obstruction
- ให้ anticholinergic (scopolamine, hyocine)
- corticosteroids (ให้หยุดถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 3-5 วัน) ใช้ dexamethasone ได้ถึง 60 mg./วัน

4. ให้สารน้ำเกลือทางเส้นเลือดดำ ถ้ามีอาการขาดน้ำ

5. Nasogastric tube drainage

- มักก่อให้เกิดความรำคาญ
- เพิ่มความเสี่ยงต่อ aspiration
- ให้ใส่ NG tube ถ้าการรักษาชนิดอื่นแล้วลดอาการอาเจียนไม่ได้

6. การให้อาหารทางสาย Total parenteral nutrition (TPN)

ให้ในรายที่มี life expectancy เป็นหลายเดือนหรือเป็นปี เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต

อาการท้องเสีย (Diarrhea)

การป้องกันภาวะขาดน้ำ (Dehydration)

- ให้ดื่มน้ำมากขึ้น อาจเป็นซุ๊ป หรืออาหารที่มีส่วนประกอบเป็นน้ำมาก งดน้ำหวาน
- ให้ ORS ถ้าถ่ายมาก หรือถ่ายต่อเนื่องยาวนาน
- ยังคงให้รับประทานอาหารต่อไป โดยแบ่งเป็นหลายๆ มื้อ มื้อละไม่มาก
- ถ้าตรวจไม่พบเม็ดเลือดแดง ในอุจจาระ หรือไม่มีไข้ ให้ยาเพิ่มอาการท้องผูก ได้แก่
 - oral morphine 2.5 - 5 mg. ทุก 4 ชม. ถ้ามีอาการถ่ายมาก
 - codeine 10 mg. วันละ 3 ครั้ง (ทุก 8 ชม.) เพิ่มขนาดยาได้มากถึง 60 mg. ทุก 4 ชม.
 - loperamide 4 mg. รับประทานช่วงเริ่มต้นต่อไป 2 mg. ทุกครั้งที่ถ่าย ให้สูงสุดได้ถึง 16 mg. ต่อวัน

อาการเบื่ออาหาร/ภาวะไม่สบายจากการขาดอาหาร (Anorexia/Cachexia)

สำหรับผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคอยู่ได้อีกนานนับเดือนจนถึงหลายปี มาตรการการช่วยเหลือประกอบด้วย

- ประเมินถึงอัตราความเร็ว/ความรุนแรงของน้ำหนักตัวที่ลดลง
- ให้การรักษาต่อสาเหตุ อาทิเช่น
 - * metoclopramide สำหรับผู้ที่อึดง่าย
 - * อาการที่รบกวนต่อการรับประทานอาหาร เช่น อาการซึมเศร้า เป็นโรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร/เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของร่างกาย ท้องผูก ปวด มีการอักเสบของเยื่อเมือกช่องปาก คลื่นไส้/อาเจียน อ่อนเพลีย เพลียแรง

- ทบทวน/ปรับเปลี่ยนชนิดยาที่รบกวนต่อการรับประทานอาหาร
- ประเมินถึงความคิดปกติของต่อมไร้ท่อ
 - * ต่อมสืบพันธุ์เสื่อมไม่เจริญเติบโต (hypogonadism)
 - * ต่อมไทรอยด์ไม่ทำงาน
 - * ความผิดปกติของระบบการสันดาปในร่างกาย (เช่น มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ)
 - พิจารณาให้ยาเจริญอาหาร (เช่น megestrol acetate)
 - จัดทำโปรแกรมให้ออกกำลังกาย
 - ประเมินถึงสถานะทางการเงิน
 - พิจารณาขอคำปรึกษาด้านโภชนาการ
 - พิจารณาขอการสนับสนุนคำแนะนำด้านโภชนาการจากโครงการทดลองทางคลินิกถ้ามี

การประเมินผลการบำบัด

สำหรับผลการบำบัดที่น่าพึงพอใจ ประกอบด้วยการมีน้ำหนักตัวคงที่หรือเพิ่มขึ้น อาการที่รบกวนการรับประทานอาหารได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยมีพลังเพิ่มขึ้น รวมถึงความคิดปกติของการสันดาปและต่อมไร้ท่อได้รับการแก้ไข ซึ่งในกรณีเช่นนี้ควรคงการบำบัดต่อไป พร้อมกับเฝ้าสังเกตอาการต่างๆ รวมถึงคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นตัวพิจารณาว่าจำเป็นต้องเปลี่ยนมาตรการบำบัดหรือไม่

สำหรับผลการบำบัดที่ไม่น่าพึงพอใจ ให้นำมาตรการการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาใช้ปฏิบัติอย่างจริงจัง ปรึกษาด้านโภชนาการ รวมถึงพิจารณานำเอามาตรการที่ทำไว้เพื่อการทดลองทางคลินิกเข้ามาใช้ถ้าหากมี

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง

สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตหรือคาดหมายว่าน่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกไม่เกิน 1 เดือน มาตรการการช่วยเหลือประกอบด้วย

- ประเมินว่าภาวะ anorexia และ cachexia มีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวมากน้อยเพียงใด
- * ถ้ามีความสำคัญมาก ให้พิจารณาใช้ corticosteroids แก่ผู้ป่วยระยะเวลาสั้นๆ
- รักษาอาการซึมเศร้า
- ให้รับรู้ว่าการงดช่วยเหลือคำจูงอาหารกลับเป็นเรื่องมีประโยชน์และคุณค่ากับตัวผู้ป่วยในระยะเช่นนี้ ควรพิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์หรือที่ปรึกษาด้านจิตวิญญาณเข้าช่วยเหลือ
- บอกเล่าให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้และเข้าใจถึงธรรมชาติของการดำเนินโรค รวมถึงข้อมูลอื่น เช่น
- * การไม่รู้สึกลึกหิวและกระหายน้ำเป็นเรื่องปกติของผู้ป่วยใกล้ตาย
- * การช่วยให้อาหารอาจไม่ได้รับการสลายในร่างกายผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- * พบมีความเสี่ยงต่อการช่วยให้อาหารและสารน้ำโดยเฉพาะการมีสารน้ำในร่างกายมากเกินไปเกินไป และอาจทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น
- * การช่วยให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำอาจเป็นการเพิ่มการจัดผลสลายของยาที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย
- * อาการต่างๆ เช่น ปากคอแห้ง สามารถแก้ไขด้วยมาตรการเฉพาะที่ เช่น ให้การดูแลสุขภาพช่องปาก จิบน้ำทีละไม่มาก
- * การหยุดให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำหรือทางสายให้อาหารเป็นเรื่องทางจริยศาสตร์ที่อนุญาตให้กระทำได้สำหรับการดูแลในรูปแบบนี้ ไม่ได้ทำให้อาการต่างๆ แย่ลง แต่อาจช่วยให้อาการบางชนิดดีขึ้น
- การกระทำให้มุ่งสู่เป้าหมายและความพึงพอใจของผู้ป่วย
- จัดหามาตรการทางเลือกอื่นสำหรับครอบครัวไว้ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- จัดเตรียมการช่วยคำจูงด้านอารมณ์

การประเมินผลการบำบัด

สำหรับผลการบำบัดที่ไม่น่าพึงพอใจประกอบด้วย การสามารถควบคุมภาวะ anorexia/cachexia ลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะการยอมรับถึงมาตรการควบคุมที่ใช้ ลดภาระของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและครอบครัวและผู้ป่วยดีขึ้น คุณภาพชีวิต ความเป็นส่วนตัวดีขึ้น รวมถึงการเพิ่มความหมายของการมีชีวิตอยู่ต่อไป ในกรณีเช่นนี้ให้ทำการบำบัดต่อและเฝ้าสังเกตอาการรวมถึงคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้เป็นตัวพิจารณาปรับมาตรการบำบัดรักษาต่อไป

สำหรับผู้ป่วยที่ประเมินแล้วได้ผลไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ ให้นำมาตรการบำบัดดูแลแบบประคับประคอง มาใช้อย่างจริงจัง และส่งปรึกษาหรือส่งต่อไปยังศูนย์ที่มีการดูแลแบบประคับประคองหรือ hospice

อาการคลื่นไส้และอาเจียน (nausea and vomiting)

อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆอาทิเช่น จากเคมีบำบัด/รังสีรักษา ท้องผูกอย่างรุนแรง/อุจจาระอุดตัน ถ้าได้ อุดตัน พยาธิสภาพของสมอง เยื่อหุ้มสมอง มีการอุดตันของส่วนปลายกระเพาะอาหาร (squashed stomach syndrome) จากเนื้องอกในช่องท้องและการกระจายของมะเร็งมายังตับ ความผิดปกติจากการสันดาปในร่างกาย จากยา จากทางด้านจิตใจและจากสาเหตุอื่นๆ

การบำบัดรักษาก็กระทำโดยตรงต่อตัวสาเหตุเป็นสำคัญ การให้ยาต้านอาการคลื่นไส้อาเจียน ควร บริหารยาให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จึงจะได้ผลและอาจต้องบริหารยาด้วยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำหรือเข้าใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องในกรณีที่เป็นการคลื่นไส้อาเจียนที่ยากต่อการควบคุม

การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- ให้ยา antiemetic เช่น metoclopramide (10 mg. ทุก 8 ชม.) หรือ haloperidol (1-2 mg. วันละ 1 ครั้ง) หรือ chlorpromazine (25-50 mg. ทุก 6-12 ชม.)
- ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการฝึกฝนอย่างดี ถ้าผู้ป่วยมีอาการอาเจียน นานกว่า 1 วัน หรือมีอาการคลื่นหรือปากคอแห้ง หรือมีการขับถ่ายปัสสาวะลดลงหรืออาการปวดท้อง

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ถ้าผู้ป่วยรู้สึกเหมือนอยากอาเจียน

- เลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบ (การรับรู้รสชาติของอาหารอาจเปลี่ยนแปลงไปตามการป่วยไข้) รวมถึง ชนิดอาหารที่ทำให้มีการคลื่นไส้น้อยลง
- จัดอาหารแต่ละมื้อให้ลดปริมาณน้อยลงและให้รับประทานบ่อยขึ้น
- จัดเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำดื่ม น้ำผลไม้ น้ำชา น้ำแข็งซึ่งอาจจะช่วยได้
- ให้ดื่มเครื่องดื่มช้าๆ และบ่อยๆ
- หลีกเลี่ยงการปรุงอาหาร กลิ่นที่ฟุ้งผู้ป่วย
- จัดภาชนะที่ใส่อาหารให้เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีการอาเจียนมากกว่า 1 วัน ลื่นแห้ง หรือปัสสาวะน้อยลง หรือมีอาการปวดท้อง ให้ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สำหรับอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืนไม่ลดละ (persistent nausea and vomiting) มาตรการ บำบัดประกอบด้วย

- เพิ่มยากลุ่ม 5-HT antagonist ชนิดใดชนิดหนึ่ง (เช่น ondansetron) ± anticholinergic agent ชนิดใด ชนิดหนึ่ง (เช่น scopolamine) ± antihistamine (เช่น meclizine) ถ้าอาการคลื่นไส้อาเจียนยังคงอยู่ไม่ลดละ
- ถ้าอาการคลื่นไส้อาเจียนยังคงอยู่ไม่ลดละ พิจารณาเพิ่ม corticosteroid (เช่น dexamethasone)
- ถ้าอาการคลื่นไส้อาเจียนยังคงอยู่ พิจารณาให้ยาแก้อาเจียนฉีดเข้าทาง IV/SC อย่างต่อเนื่อง รวมถึง ปรับเปลี่ยนชนิด opioid ถ้าผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วย opioid อยู่เดิม

- พิจารณาให้การบำบัดชนิดอื่นเข้ามาทดแทนการบำบัดความปวดที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมหรือการให้ palliative sedation

การประเมินผลการบำบัด

สำหรับผลการบำบัดที่น่าพึงพอใจ ประกอบด้วย อาการคลื่นไส้/อาเจียน ได้รับการควบคุมอย่างน่าพึงพอใจ ผู้ป่วยและครอบครัวลดความกังวล ยอมรับถึงสภาพที่เป็นอยู่ได้ ลดภาระของผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและความเป็นส่วนตัว รวมถึงมีความหมายของการมีชีวิตที่ดีขึ้น ในกรณีเช่นนี้ให้ทำการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไปและคอยเฝ้าสังเกตอาการ รวมถึงคุณภาพชีวิตอย่างใกล้ชิด เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาปรับเปลี่ยนมาตรการรักษาต่อไป

ถ้าได้ผลไม่เป็นที่พึงพอใจให้นำเอามาตรการการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาใช้อย่างจริงจัง รวมถึงการส่งปรึกษาหรือส่งต่อไปยังสถานที่มีการบริการให้การดูแลเฉพาะทางด้านประคับประคองหรือ hospice

อาการท้องผูก (constipation)

เป็นอาการที่พบได้บ่อยสามารถป้องกันได้ ซึ่งการป้องกันประกอบด้วย

- เพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น
- รับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและการบริหารร่างกายที่เพียงพอ
- เพิ่มการบริหารร่างกายถ้าทำได้
- ให้ยาป้องกัน อาทิเช่น
 - ยาระตุ้นการขับถ่าย + ยาที่ช่วยให้อุจจาระนุ่มลง (เช่น senna + docusate 2 เม็ดก่อนนอน)
 - เพิ่มขนาดยาที่กล่าวมาข้างบน (เช่น senna + docusate อย่างละ 2-3 เม็ด วันละ 2-3 เวลา)

พร้อมตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้เองทุก 1-2 วัน

ถ้าหากยังมีอาการท้องผูกให้กระทำดังต่อไปนี้

- ประเมินถึงสาเหตุและระดับความรุนแรงของอาการท้องผูกที่เป็นอยู่
- แยกสาเหตุของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอุจจาระอุดตันออกไปก่อน โดยเฉพาะถ้ามีท้องเสียเกิดร่วมกับท้องผูก (เป็นการถ่ายเพิ่มขึ้นจากภาวะอุจจาระอัดแน่น - impaction)
- รักษาสาเหตุอื่น (อาทิเช่น hypercalcemia, hypokalemia, hypothyroidism เบาหวาน รวมถึงผลข้างเคียงจากยาชนิดอื่นที่ใช้อยู่ในขณะนั้น)
- ถ้าเกิดจากอุจจาระอุดตัน ให้การบำบัดดังนี้
 - ใช้ glycerin suppository + mineral oil retention enema.
 - ให้ยาแก้ปวด + ยาคลายเครียดร่วมกับการใช้นิ้วมือช่วยขูดอุจจาระที่อุดตัน

ถ้าหากอาการท้องผูกยังคงอยู่ให้กระทำดังต่อไปนี้

- ประเมินซ้ำถึงสาเหตุและระดับความรุนแรงของอาการท้องผูก
- ตรวจซ้ำถึงภาวะอุจจาระอุดตันหรือถ้าใส่ชุดตัน
- พิจารณาเพิ่มยาระบายชนิดอื่น เช่น bisacodyl (1 เม็ดเหน็บทวารหนักเข้า-เย็น) polyethylene glycol (1 แคปซูลพร้อมน้ำ 8 ออนซ์ เข้า-เย็น) lactulose 30-60 มล. วันละ 2-4 เวลา sorbitol 30 มล. ทุก

2 ชม. 3 ครั้งติดต่อกัน จากนั้นให้ตามความจำเป็น magnesium hydroxide 30-60 มล. วันละครั้ง หรือเข้า-เย็น หรือ magnesium citrate 8 ออนซ์ทุกวัน

- ใช้ phosphasoda หรือน้ำประปาสวนทวารหนักจนกว่าจะสะอาดหมดจด
- พิจารณาใช้ยากลุ่ม prokinetic (เช่น metoclopramide 10-20 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง)

การประเมินผลการรักษา

ถ้าผลที่เกิดขึ้นเป็นที่น่าพึงพอใจ จะประกอบด้วย สามารถควบคุมอาการท้องผูกได้อย่างต่อเนื่อง สามารถลดความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับสภาพของการควบคุมที่เกิดขึ้น ลดภาระของผู้ให้การดูแล ทำให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ให้การดูแลแน่นแฟ้นขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิต ความเป็นส่วนตัว รวมถึงความหมายของการมีชีวิตของผู้ป่วย

ถ้าผลที่ได้ไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ ให้นำเอามาตรการการดูแลแบบประคับประคองอย่างจริงจังและพิจารณาส่งปรึกษาหรือส่งต่อไปยังศูนย์ที่มีการดูแลแบบประคับประคอง หรือ hospice

บทที่ 5

การบำบัดอาการสำคัญบางชนิดทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

การรักษากรณีน้ำหนักตัวลด

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- รักษาอาการคลื่นไส้-อาเจียน ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น
- รักษาอาการท้องเสีย
- การรักษาแผลในลำคอและแผลในช่องปาก
- แยกแยะถึงสาเหตุอื่นที่ทำให้ให้น้ำหนักตัวลด เช่น วัณโรค
- ถ้าเป็นการดูแลช่วงท้ายของชีวิต ให้เพรดนิโซน (prednisone) 5-15 mg. วันละ 1 ครั้ง ตอนเช้าอาจสามารถกระตุ้นให้เกิดการเจริญอาหารและให้หยุดยา หากใช้ไป 2 สัปดาห์แล้วไม่ได้ผล

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- โน้มน้าวให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร แต่อย่าบังคับมากเกินไป ทั้งนี้ร่างกายอาจยังไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการอาเจียนอยู่
- ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ชอบคราวละไม่มากแต่บ่อยครั้ง
- ให้ผู้ป่วยได้เลือกอาหารที่ชอบรับประทานจากที่มีพร้อมไว้บริการ
- ขอมรับว่าผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อยลงถ้าการป่วยใช้ทรุดลงและเข้าสู่ช่วงการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกฝนอย่างดี ถ้าพบว่าผู้ป่วยน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว หรือถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานอาหารตลอดเวลาหรือไม่สามารถกลืนอาหารได้

ถ้ามีอาการปวดแผลในช่องปากหรือปวดเวลากลืนอาหาร

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- ถ้าเป็นเชื้อรา (candida) ให้ fluconazole, nystatin หรือ miconazole gum patch
- Topical anesthetic (ยาชาเฉพาะที่สามารถนำมาใช้เพื่อลดความปวดได้บางระดับ)
- อาจต้องใช้ยาแก้ปวดตามขั้นตอนการใช้ยาแก้ปวด
- สำหรับ aphthous ulcer อาจใช้ยาเม็ด prednisone 5 mg. บดและแบ่งทาบนแผล
- กลืนปากที่เกิดจากมะเร็งในช่องปากหรือสาเหตุอื่น : ใช้ metronidazole หรือ tetracycline ผสมเป็นน้ำยาบ้วนปาก (ใช้ยาเม็ด 2 เม็ดใส่น้ำหรือน้ำผลไม้แล้วใช้อมบ้วนปาก)

- ใช้ nystatin solution 5 ml. (500,000 U.) + metronidazole 2 เม็ด + acyclovir 1 เม็ด ผสมกันไว้ใช้ทาแผลที่เกิดขึ้น
- ถ้าอาการรุนแรงและรักษาแล้วไม่ดีขึ้น ให้ส่งปรึกษาต่อ

การดูแลช่องปากเพื่อป้องกันอาการต่างๆ สำหรับผู้ป่วย

- แนะนำผู้ป่วยทุกรายเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก
 - ใช้แปรงสีฟันชนิดที่มีขนแปรงลักษณะอ่อนนุ่ม ค่อยๆ ถูบริเวณฟัน ลิ้น เพดานปาก และเหงือก เพื่อช่วยขจัดพวกเศษอาหารเนื้อเยื่อต่างๆ
 - ใช้ฟอกน้ำที่ผสม sodium bicarbonate (baking soda) อย่างเจือจาง หรือยาสีฟัน
 - อมกลั้วปากด้วยน้ำเกลือชนิดเจือจางหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน (โดยปกติควรกระทำวันละ 3-4 เวลา)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- ทำความสะอาดช่องปากโดยเฉพาะกรณีมีเศษอาหารค้างค้ำด้วยการใช้ไม้พันสำลี ผ้าก๊อชหรือผ้านุ่มๆจุ่มในน้ำเกลือ
- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือเจือจาง (ใช้เกลือ 1 หยิบมือหรือ โซเดียมไบคาร์บอเนต 1 ช้อนชา ใส่ในน้ำ 1 แก้ว สำหรับบ้วนปาก) หลังอาหารและก่อนนอน
- ละลายยาแอสไพริน 2 เม็ด ในน้ำ 1 แก้ว สำหรับบ้วนปากทุกวัน วันละ 4 ครั้ง

อาหาร

- อาหารอ่อนเพื่อลดความไม่สบายในช่องปาก เช่น โจ๊ก น้ำเต้าหู้ โยเกิร์ต หรืออื่นๆ ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะช่วยให้รับประทานสะดวกสบายขึ้น
- อาหารที่เป็นครีมและของเหลวที่มีเนื้ออาหารมากขึ้น เป็นการช่วยทำให้กลืนได้ง่ายและคล่องคอกว่าการเป็นของเหลวใส
- หลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนหรือเย็นเกินไปหรือมีรสเผ็ดร้อน ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ถ้ามีแผลตลอดเวลาในช่องปาก มีกลิ่นปาก ฝ้าขาว ในช่องปาก หรือกลืนอาหารลำบาก

การรักษาอาการปากแห้ง

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- ตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ อาการปากแห้งอาจจะเป็นผลข้างเคียงจากยา (hyoscine, morphine, atropine, amitriptyline, furosemide)
- การหายใจทางปากสามารถเป็นต้นเหตุนี้ได้
- ถ้าสาเหตุมาจากน้ำลายน้อยให้ใส่ใจด้วยการดูแลสุขภาพและสุขอนามัยในช่องปากรวมถึงวิธีการป้องกันอย่างใกล้ชิด รวมถึงพิจารณาใช้น้ำลายเทียมกรณีต่อมน้ำลายถูกทำลาย เช่นจากรังสีรักษา
- ถ้าเกิดจากเชื้อรา (candida) รักษาตามที่กล่าวมาข้างต้น

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- ดื่มหรือจิบน้ำบ่อยๆ
- อมน้ำในปากบ่อยๆ เพื่อให้ปากชื้น
- ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำจากผลไม้ เช่น สับปะรด ส้ม หรือลูกเสาวรส เป็นต้น
- ให้ปรึกษานักการทางการแพทย์ถ้าช่องปากยังคงแห้ง

การกลืนปัสสาวะไม่ได้

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- * ในเด็ก/ผู้ใหญ่ที่เป็นเพศชาย - ให้ใช้ขวดน้ำพลาสติกที่ใช้แล้วสวมตัวองศาติไว้ ควรระวังเวลาตัวองศาติแข็งตัว (พิจารณาใช้ถุงยางอนามัยสวมแล้วต่อท่อทางด้านปลายลงขวดแทนจะดีกว่า)
- * ในเด็กหญิง/สตรี ใช้ผ้าอ้อมแล้วสวมทับด้วยกางเกงใน plastic (ปัจจุบันมีผ้าอ้อมสำเร็จรูป)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- * เปลี่ยนผ้าอ้อมบ่อยๆ ตามความจำเป็น
- * ดูแลบริเวณที่ใส่ผ้าอ้อมให้แห้งและสะอาดตลอดเวลา
- * ป้องกันผิวหนังบริเวณนี้อย่าให้เป็นแผล

ถ้ามีน้ำคั่งหลังจากช่องคลอดเนื่องจากมะเร็งปากมดลูก

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- ถ้ามีกลิ่นเหม็นจากน้ำคั่งหลังนั้น สอดใส่ยาเม็ด metronidazole หรือ บดยา metronidazole และโรยคล้ายโรยแป้งในช่องคลอด

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- นั่งแช่ในน้ำผสมเกลือที่เข้มข้นพอรู้สึกแสบ ถ้าทำแล้วสบายให้ทำวันละ 2 เวลา

การกลืนอาหารไม่ได้

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- ประเมินว่ามีอาหารอุดตันหรือไม่
- ถ้าเป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างของร่างกายให้ระมัดระวังเรื่องความสะอาด

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- ใช้ผ้าอ้อมและกางเกงพลาสติก
- ระมัดระวังความสะอาดคอยเปลี่ยนผ้าอ้อมตามความจำเป็น

ปวดบริเวณรูทวารหนัก

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- เจ็บรอบๆ รูทวารหนัก ใช้ petroleum jelly หรือ local anesthetic ointment
- ถ้าในกรณีที่เกิดฝีหรือฝีไม่ได้ ใช้ petroleum jelly ทาบริเวณรูทวารหนักเพื่อป้องกันผิวหนังรอบๆ รูทวารหนักแตก

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- ดูแลรอบบริเวณรูทวารหนัก หลังจากผู้ป่วยขับถ่ายเรียบร้อยแล้ว ด้วยการใช้น้ำสะอาดชำระที่อ่อนนุ่ม
- ล้างบริเวณทวารหนักด้วยสบู่และน้ำตามความจำเป็น
- ทา petroleum jelly บริเวณทวารหนัก
- ให้นั่งแช่ในน้ำที่มีเกลือผสม ถ้าทำแล้วรู้สึกสบายให้ทำวันละ 2 เวลา

รักษาอาการคัน

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- ประเมินให้ชัดเจนว่าสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อราหรือเชื้อไวรัส อาการนี้อาจจะเป็นผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษา
- การใช้ local steroid cream อาจจะได้ประโยชน์ถ้าพบว่าบริเวณที่มีการคันอักเสบไม่มีการติดเชื้อ (แบคทีเรีย เชื้อรา หรือเชื้อไวรัส)
- chlorpheniramine (4 mg.) หรือ antihistamine ชนิดอื่นรับประทานอาจได้ประโยชน์ในกรณีที่คันรุนแรง
- ถ้ามีการติดเชื้อทางผิวหนังหลายแห่งให้ใช้ chlorhexidine (0.05%) ล้างบริเวณผิวหนังหลังอาบน้ำเสร็จแล้ว

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

อาจสามารถช่วยเหลือน้ำคันให้บรรเทาอาการได้บ้าง โดยใช้วิธีการดังนี้

- ถ้าผิวหนังแห้งมาก ทาด้วย aqueous cream หรือ petroleum jelly ผสมกับน้ำ
- ผสมน้ำมันพืช 1 ช้อนโต๊ะ ลงในน้ำ 5 ลิตร เวลาเช็ดตัวให้ผู้ป่วย
- หลังอาบน้ำ ทาด้วย diluted chlorhexidine (0.05%)
- ทาผิวหนังด้วยยาที่ใช้ในท้องถิ่นเช่น สมุนไพรที่ได้ผลและปลอดภัย ยาที่ใช้แล้วหรือใบชาใส่ในถุงผ้าหรือห่อด้วยผ้าที่สะอาดจุ่มในน้ำร้อนพอประมาณแล้วใช้ประคบบริเวณที่คัน
- อาบน้ำอุ่นที่มีอุณหภูมิที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัว
- ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมแล้ว ในกรณีมีรอยพุพองที่ปวดหรือมีการติดเชื้อของผิวหนังอย่างกว้างขวาง

การดูแลแผลกดทับ

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

คนป่วยทุกคนควรได้รับการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันปัญหาจากแผลกดทับ

- ตรวจสอบอาการการติดเชื้อให้แน่ใจว่าไม่ใช่จากปัญหาอื่น
- ในกรณีของเนื้องอกหรือแผลที่มีกลิ่นเหม็น ให้โรยรอบแผลด้วย metronidazole ที่บดแล้วครอบคลุมบริเวณแผลทั้งหมด
- เจ้าหน้าที่ทางการสาธารณสุขจะเข้าช่วยเหลือในกรณีที่ผิวหนังมีสีผิวผิดปกติหรือแผลกดทับสภาพแย่ลง

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สามารถทำสิ่งต่อไปนี้ เพื่อลดอาการปวดและช่วยให้แผลกดทับหายเร็วขึ้น

- สำหรับแผลขนาดเล็กให้ล้างด้วยน้ำเกลือและซับให้แห้งสนิท (ปัจจุบันมี plaster ปิดแผลสำหรับแผลกดทับโดยเฉพาะ)
- สำหรับแผลที่ลึกและกว้าง ล้างแผลด้วยน้ำเกลือทุกวัน และปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลบางๆ เพื่อกระตุ้นให้แผลหายเร็วขึ้น
- ถ้าปวดแผลให้ใช้ยาแก้ปวด เช่น paracetamol หรือ aspirin อย่างต่อเนื่อง
- ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข ถ้าผิวหนังที่ถูกกดทับมีสีผิดปกติหรือแผลกดทับที่เกิดขึ้นกว้างขึ้นหรือมีลักษณะของการติดเชื้อมีกลิ่นเหม็น

การรักษาอาการไข้

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

- ถ้าเพิ่งเป็นไข้ใหม่ๆ ต้องหาสาเหตุ ให้ยาด้านเชื้อมาเลเรียหรือยาปฏิชีวนะ หากจำเป็น
- ให้ paracetamol หรือ aspirin ทุก 4 ชม. (ไม่ควรให้เกิน 12 เม็ด ใน 24 ชม.)
- ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะขาดน้ำ
- ขอความช่วยเหลือถ้าไข้ไม่ลดลงหรือเมื่อกลับมาของการบำบัดครั้งใหม่ยังมีไข้อยู่ หรือในกรณีที่ไข้ขึ้นเกิดร่วมกับไอ ท้องเสียและมีอาการปวดรุนแรง สับสน เพื่อเหงื่อออกมากตอนกลางคืน ตัวแข็ง คอแข็ง หรือหมดความรู้สึก หรือมีไข้ในระหว่างตั้งครรภ์ หรือหลังคลอด

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- ผู้ป่วยจะเสียน้ำจำนวนหนึ่งทางเหงื่อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ น้ำชาอ่อนๆ น้ำผลไม้บ้าง
- ลดอุณหภูมิของร่างกาย ด้วยการเช็ดตัวหรือประคบด้วยผ้าเย็น
- ให้ผู้ป่วยสวมใส่แค่เสื้อผ้าที่เบาบาง หรือพักในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ
- ใช้ paracetamol, aspirin หรือ ibuprofen เพื่อลดไข้

รักษาอาการสะอึก

การรักษาทางยา/การดูแลทางคลินิก

เริ่มแรกให้ลองด้วยมาตรการต่อไปนี้ :

- ถ้ามีแผลหรือเชื้อราในช่องปากให้ทำการรักษา
- ถ้าเป็นมะเร็งระยะกระจายและมีท้องอืดแน่นให้ยา simethicone เพื่อช่วยลดก๊าซในกระเพาะอาหารและลำไส้
- ถ้าไม่ดีขึ้นหรือเป็นซ้ำอีก ให้ metoclopramide (10 mg. ชนิดเม็ด 1-2 เม็ด วันละ 3-4 เวลา) หรือ haloperidol (ชนิดเม็ด 5 mg. $\frac{1}{2}$ ถึง 1 เม็ด วันละ 1-3 เวลา)
- ถ้าผู้ป่วยมีเนื้องอกในสมอง ลองให้ antiepileptic medication (ยากลุ่มต้านการชัก)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กระตุ้นให้ดื่มน้ำการทำงาน

- ให้รับประทานน้ำตาล 2 ช้อนชาพูน อย่างรวดเร็ว
- ดื่มน้ำเย็นหรือกินน้ำแข็งบด

หรือ

- ถูบริเวณภายในช่องปากส่วนบนของเพดานปาก (ส่วนของบริเวณที่รู้สึกนุ่ม) ชัดขวางขบวนการหายใจปกติ
- กลั้นการหายใจหรือหายใจเข้าออกจากอากาศในถุงกระดาษที่ครอบจมูกไว้ และหยุดทำถ้ารู้สึกไม่สบายตัว
- นอนชันเข่าเข้าหาทรวงอกแล้วเกร็งตัวไปข้างหน้า (กดทับบริเวณช่วงทรวงอก)

บทที่ 6

Palliative Care สำหรับผู้ป่วยโรคต่างๆ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

มีการคาดหมายว่า COPD จะเป็นโรคลำดับที่ 3 ที่จะเป็สาเหตุการตายสูงสุดของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2020 การรักษาแบบประคับประคองสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย ก็โดยการประเมีนและให้การบรรเทาอาการ รวมถึงการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ได้แก่บรรเทาปัญหาทางกาย และการสนับสนุนคำจุนทางอารมณ์และจิตวิญญาณ โดยสร้างความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยและญาติ โดยอาศัยการดูแลเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พระหรือนักบวช นักจิตวิทยา การดูแลที่ประสบความสำเร็จจะทำให้อาการของผู้ป่วย เช่น อาการหอบเหนื่อยและความวิตกกังวลดีขึ้น จิตใจสบายขึ้นและความสามารถในการหลับดีขึ้น

อาการที่ไม่พึงปรารถนามากสุดของผู้ป่วยคือ อาการหอบเหนื่อย ซึ่งแบ่งเป็นคะแนนตั้งแต่ 0 หรือไม่รู้สึกละเลย จนถึง 12 หรือหอบเหนื่อยมากที่สุด โดยร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยมากสุดในสองเดือนสุดท้ายและ ร้อยละ 90 ใน 3 วันสุดท้าย การรักษาที่สำคัญคือ การให้ opioid ซึ่งจะช่วยความไม่สบายลดทุกขั้นตอนของการหายใจหอบเหนื่อย และลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และลดการออกแรงหายใจ

อาการร่วมของการเหนื่อยหอบคือ ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า การใช้ low dose benzodiazepine ช่วยลดความกังวลแต่ไม่ลดอาการเหนื่อยหอบ เช่นเดียวกับ antidepressant ซึ่งใช้กันมากแต่ไม่ได้ผลชัดเจน

การใช้ออกซิเจนช่วยทำให้การหายใจดีขึ้นในรายที่มี hypoxia การใช้พัดลมเป่าลมให้ปะทะใบหน้าผู้ป่วยเบาๆ ก็ช่วยลดอาการเหนื่อยหอบได้ การเข้า rehabilitation program อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นแต่ไม่ช่วยลดอัตราการตาย

การใช้ Non-invasive positive pressure ventilation (NPPV) จะช่วยได้มากในรายที่มีอาการหอบมาก และรู้สึกตัวดี ดีกว่าการใส่ Endotracheal tube ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ได้ ผู้ป่วยจะกลัวที่จะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว

การมีเสมหะมากก็เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอาจทำให้เกิด airway obstruction ทำให้ไอมาก เหนื่อยมากขึ้น และนอนไม่หลับ การรักษาโดยให้ atropine, hyoscine หรือใช้ atropine หยดเข้าหลังคอ อาจช่วยลดเสมหะได้ antibiotic, bronchodilators, mucolytic ก็ช่วยได้ดี

ข้อบ่งชี้ในการนำผู้ป่วย COPD เข้าพักรักษาตัวแบบ Hospice care

1. การมีโรคปอดเรื้อรังที่มีอาการดังต่อไปนี้

- หายใจลำบากช่วงพัก ไม่ตอบสนองต่อ bronchodilators นั่งนอนติดเตียง อ่อนเพลีย (FEV₁ with bronchodilator อยู่ที่ 30% ของ predicted value)

* (FEV1 = Forced expiratory volume in one second)

● อาการของโรคเป็นมากขึ้น อัตราการเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินหรือเข้าโรงพยาบาลถี่ขึ้นด้วยการติดเชื้อม่อยๆ หรือมี respiratory failure (FEV₁ ลดลง 40 ml/ปี)

2. Hypoxemia ขณะพักในห้องนอนหลับปกติ โดยมีค่าของ Po₂ 55 mm Hg หรือ O₂ saturation 88% หรือ Peo₂ 50 mm Hg ตัวเลขเหล่านี้สามารถดูได้จากประวัติย้อนหลัง 3 เดือน

3. มีหัวใจด้านขวาล้มเหลว (cor pulmonale)

4. น้ำหนักลด 10% จากน้ำหนักตัวเดิม ใน 6 เดือนก่อนหน้า

5. หัวใจเต้นเร็วขณะพัก มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที

ส่วนประกอบอื่นๆ

- โรคทรุดลง มากจนสามารถเสียชีวิตได้ ร่วมกับอาการเจ็บป่วยอื่นๆ
- อายุมากกว่า 65 ปี
- มีการเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ร่วมกับการต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
- ภาวะทุพโภชนาการ
- มีโรคที่ร่วมกับ COPD โดยเฉพาะโรคหัวใจ
- คนไข้เข้าใจภาวะของโรค และไม่ต้องการทรมาน

คนไข้ COPD ที่เข้ารับการดูแลแบบ Hospice care ไม่เหมือนคนไข้โรคมะเร็ง เพราะโรคอาจเรื้อรังต่อไปได้ คนไข้สามารถเข้าออกสถานพยาบาลได้หลายครั้ง สิ่งที่เป็นเป้าหมายสำคัญคือ การดูแลด้านอารมณ์ จิตวิญญาณ และลดอาการ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากร ผู้ป่วยและครอบครัว

Palliative care สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure)

เวลาที่เหมาะสมในการเข้า palliative care program

Criteria เบื้องต้น

- NYHA (New York Heart Association) Functional Class IV (นั่งนอน มีอาการหอบเหนื่อย)
- Function เลวลงแม้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
- ยาทุกอย่างและการผ่าตัดไม่ได้ผล
- ต้องใช้ยาสำหรับเพิ่มการทำงานของหัวใจ หรือยาเพิ่มความดันทางเส้นเลือดดำ
- ดูแลตัวเองไม่ได้ จากอาการเหนื่อย สับสน ไม่สามารถทนต่อการออกแรงเล็กๆ น้อยๆ หรือมีกล้ามเนื้อลีบ

Criteria อื่น ๆ

- Hyponatremia < 134 mmol/L
- Tachycardia > 110 beats/minute
- Serum Creatinine > 2 mg/dl แสดงถึงภาวะของไตเริ่มทำงานน้อยลง
- Anemia ที่มี Hemoglobin < 10 gm/dl ที่ไม่ตอบสนองต่อ erythropoietin

การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจระยะสุดท้าย มีจุดมุ่งหมายให้การบรรเทาความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการของหัวใจล้มเหลว ได้แก่อาการหอบเหนื่อย อาจมีอาการบวม หัวใจเต้นผิดจังหวะ การดูแลผู้ป่วยควรจัดให้อยู่ในท่าหัวสูง ลดอาการหอบเหนื่อยด้วยออกซิเจนหรือเป่าพัดลมเบาๆ ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศเย็นสบายไม่อึดอัด การลดอาการบวมด้วยยาขับปัสสาวะอาจช่วยได้บ้าง สิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้คือ การลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับหรือมีอาการสับสน การดูแลเอาใจใส่จากญาติและบุคลากรจะช่วยทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น การทำความเข้าใจและการคำนึงสภาพจิตใจของญาติก็สิ่งที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยในบางรายที่ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ไม่ได้ผลแล้ว

Palliative Care สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือ Dementia

Alzheimer's Dementia (AD) เป็น neurodegenerative disease ที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยอาจเริ่มด้วยการจำไม่ได้เป็นนานที่และนำไปสู่การจำไม่ได้เลย ผู้ป่วยโดยมากมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 8 ปีหลังวินิจฉัย บางรายอาจอยู่ได้นานถึง 20 ปี สาเหตุของโรคเกิดจากมีความผิดปกติที่ amyloid plaques และ neurofibrillary tangles ซึ่งถ้ามีความผิดปกติมากอาจทำให้ ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ในผู้ป่วย Dementia ทั้งหมดจะเป็น AD 60-80% และเป็น vascular dementia 20% ซึ่งอาการจะคงที่ในระยะหนึ่งจนกว่าจะมีการอุดตันอีกรอบหนึ่ง ขณะที่ AD อาการจะทรุดลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป

ยังมีสาเหตุอื่นๆ ของ Dementia ได้แก่ Lewy body dementia, Parkinson's disease, alcohol abuse ผลจากยาบางชนิด อารมณ์ซึมเศร้าและโรคทางระบบประสาทอื่นๆ

การวินิจฉัย AD คือการที่ผู้ป่วยมี impair short และ long term memory ซึ่งมีผลต่อการทำงานหรือสังคม โดยอาการจะทรุดลงทีละน้อย โดยอาจเสียความสามารถในการไปซื้อของ การทำอาหาร อาจหลงทางหรือซึมเศร้า บุคลิกภาพเปลี่ยน เช่น หวาดระแวง หรือ agitation

การวินิจฉัยระยะเริ่มแรกมีความสำคัญ เพราะจะได้มีการวางแผนเตรียมตัวทั้งในด้านการดำรงชีวิต การวางแผนเรื่องทรัพย์สิน ตลอดจนการบริจาคอวัยวะเพื่อการศึกษา

ยังไม่มีการรักษาที่ทำให้หายขาด แต่มีบางรายงานถึงการใช้ยาบางชนิด ได้แก่ cholinesterase inhibitors อาจช่วยลดการเพิ่มขึ้นของโรค โดยอาจช่วยในแง่ของความทรงจำและทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

ใน vascular dementia การป้องกันก็เช่นเดียวกับโรคทางเส้นเลือดอื่นๆ ได้แก่ การลดความดันโลหิต การลดระดับ cholesterol และการควบคุมเบาหวาน

สิ่งที่สำคัญสำหรับครอบครัวและบุคลากรที่ช่วยให้การดูแลคือการดูแลปัญหาทางจิตใจในผู้ป่วย AD ได้แก่ delusion (ภาวะหลงผิด) hallucination (ประสาทหลอน) depression (ซึมเศร้า) anxiety (วิตกกังวล) และ agitation (กระวนกระวาย) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างยากลำบาก ผู้ป่วยอาจมีอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งในบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้ยาคุมอาการ ยารักษาอาการซึมเศร้าก็มีความจำเป็นเช่นเดียวกัน เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีอาการซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มป่วยหรือทุกระยะของการเจ็บป่วย

ในระยะท้ายๆ ของ AD ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองประกอบภารกิจประจำไม่ได้ เช่น การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การพูด จำคนในครอบครัวไม่ได้ เดินไม่ได้ ปัสสาวะอุจจาระควบคุมไม่ได้ เบื่ออาหาร กลืนลำบาก น้ำหนักลด เกิดปอดอักเสบซ้ำซาก มีแผลกดทับ ในช่วงระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยมีการตัดสินใจผิดพลาด ไม่สามารถอยู่คนเดียว มีภาวะพึ่งพิงสูงต้องมีคนดูแลตลอดและเมื่อประมาณการว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ควรให้การดูแลแบบผู้ป่วยสูงอายุหรือเข้า program ต่างๆ ที่เหมาะกับภาวะของผู้ป่วย

การดูแลมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้นและไม่สร้างปัญหาให้แก่ตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว

การให้อาหารทาง NG tube ไม่ได้ประโยชน์ในแง่ของการรอดชีวิต (Survival) และคุณภาพชีวิต ตรงกันข้ามอาจทำให้เจ็บและปวด ดิฉะ เป็นภาระในการยืดชีวิตผู้ป่วยที่ชอบดื่งสายออก และไม่มีการวิจัยยืนยันว่าการใส่สายอาหารจะช่วยลดอาการปอดอักเสบจากการสำลักกับกรณีที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยเบื่ออาหาร การให้ยาเช่น megestrol acetate หรือ antidepressant เช่น mirtazapine อาจช่วยกระตุ้นความอยากอาหารได้บ้าง ถ้าผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหรือ Nursing home ญาติควรนำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ และเป็นเพื่อนร่วมรับประทานอาหารให้นานที่สุด อาจเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบ การให้อาหารเสริมระหว่างมือก็อาจช่วยได้

National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) ของสหรัฐอเมริกาได้ทำการจัด functional assessment staging instrument (FAST) เพื่อประเมิน mean survival time ของผู้ป่วย Dementia โดยในกรณีที่ผู้ป่วยเดินไม่ได้ต้องมีคนช่วยพยุง เวลาเฉลี่ยจะอยู่ได้ประมาณ 4.1-6.9 เดือน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้สมควรอยู่ในบ้านที่มีคนดูแลหรือ Nursing home เพราะการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับการรักษามากเกินจำเป็นทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและโรคแทรกซ้อน ทั้งนี้ต้องขึ้นกับความต้องการของญาติผู้ป่วย การใช้ยาปฏิชีวนะอาจไม่มีประโยชน์กับผู้ป่วยเท่าที่คาดหวัง สองในสามของผู้ป่วย Dementia โดยมากเสียชีวิตที่บ้าน

สิ่งที่สำคัญในช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยคือการจัดการกับความปวด ซึ่งพบได้ 40-80% โดยเฉพาะจากอาการปวดของกระดูกต้นขาหัก ซึ่งถ้าได้รับการดูแลไม่เต็มที่จะทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ มีปัญหาทางพฤติกรรมไม่ติดต่อกับผู้อื่น ซึมเศร้า ไม่เคลื่อนไหว

สรุป การดูแลผู้ป่วย AD เป็นปัญหาที่สำคัญของญาติและบุคลากรทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาควรให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยในแง่ของการเพิ่มคุณภาพชีวิต ควรลดการรับไว้ดูแลในโรงพยาบาล และการให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยควรอยู่ที่บ้านหรือ Nursing home ไม่จำเป็นต้องให้การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้ NG tube feeding ไม่ได้ ป้องกัน aspiration pneumonia และไม่เพิ่มคุณภาพชีวิต แต่ควรดูแลเรื่องความปวดให้เต็มที่

บทที่ 7

มาตรการการดูแลด้านจิตใจ

ที่ผ่านมา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากเสียชีวิตที่โรงพยาบาล แต่ปัจจุบันเริ่มมีแนวคิดว่าการเสียชีวิตควรเกิดขึ้นที่บ้านผู้ป่วย การดูแลที่บ้าน (home care) เริ่มมีบทบาทและความสำคัญมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจที่เกี่ยวข้อง

อาการด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

- กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับ
 - ไม่รู้ว่าอนาคตจะเป็นอย่างไร
 - อาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ (เช่น ความปวดบ่อยครั้งน่ากลัวหรือเทียบเท่ากับความตาย)
 - การขาดการช่วยเหลือจากสถานพยาบาล (ในกรณีกลับไปพักที่บ้าน) โดยเฉพาะในวันหยุดราชการและหลังเวลาราชการ
 - มีอาการทรุดลงหรืออยู่ในขบวนการเข้าสู่การตายที่บ้าน
 - ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะไม่แน่ใจว่าการกระทำที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้นมีอะไรผิดพลาดบ้าง
- จนปัญญา
 - ไม่รู้ถึงวิธีการแก้ไขควบคุมอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะความปวดและภาวะหายใจลำบาก
 - ไม่เข้าใจถึงสาเหตุและวิธีต่อสู้กับอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง โดยเฉพาะความโศกเศร้า
 - หมดศรัทธาต่อการดูแลที่ได้รับขณะอยู่ที่บ้านอย่างรวดเร็ว
- โกรธ
 - โดยเฉพาะผลการวินิจฉัยโรคที่ล่าช้า
 - ความไม่ยุติธรรมที่ทำให้ไม่ถึงต้องป่วยไข้
 - เกี่ยวกับการสูญเสียต่างๆ ที่คาดหมายว่าจะเกิดขึ้นในไม่ช้า
 - บ่อยครั้งที่มุ่งสู่เป้าหมายอื่น เช่นกับคู่ชีวิต กับแพทย์ผู้ให้การรักษา หรือแม้แต่กับตัวผู้ป่วยเอง
- ความรู้สึกตัวเองมีมลทิน/การขอลดหย่อนความผิด
- ปฏิเสธ

- ความโศกเศร้า
 - เป็นความยากลำบากในการแยกจากภาวะซึมเศร้า
 - ไม่เกี่ยวเนื่องกับความรู้สึกว่าตัวเองด้อยค่า
- ภาวะซึมเศร้า

การจัดการกับภาวะด้านจิตใจที่เกิดขึ้น

- สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้หันหน้าเข้ามาพูดคุยกันถึงเรื่องราวที่ก่อให้เกิดความกลุ้มและกังวลใจ

ให้เฝ้าสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงด้านการขับเคลื่อนทางด้านจิตใจของครอบครัวต่อแรงกดดัน อาทิ เช่น การระเบิดของความโกรธของแต่ละบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรรีบเร่งในการเข้าให้คำแนะนำ หรือให้การปลอบใจ ใช้เวลาในการฟังให้มาก ไตร่ตรอง และค่อยสะท้อนกลับถึงความคิดเห็น

- บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะสร้างสูตรสำหรับแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้เอง เมื่อมีโอกาสหันหน้าเข้าพูดคุยกัน
- ผู้ให้การดูแลรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ อาจจำเป็นต้องมีการเกริ่นนำด้วยคำถามบางประการ เพื่อนำเอาสิ่งที่ซ่อนเร้นไว้เปิดเผยออก อาทิเช่น “พวกคุณดูเหมือนอยู่ในภาวะของการโศกเศร้าแท้จริงแล้วมีความวิตกกังวลอะไร หรือมีอะไรกลัวว่าจะเป็นภาระของคนอื่นๆ ในครอบครัว”
- อย่าบีบบังคับผู้ป่วยและครอบครัวที่ยังอยู่ในภาวะของการปฏิเสธความจริง ให้ยอมรับถึงสิ่งที่เกิดขึ้น

ต้องมีความซื่อสัตย์ในการตอบคำถามเกี่ยวกับความเห็นของการดำเนินโรคที่เป็นอยู่ด้วยคำตอบที่สั้นกระชับ โดยไม่หลอกลวง อาทิเช่น “อาการผมดีขึ้นใช่ไหมคุณหมอ” คำตอบอาจเป็น “ผมคิดว่าที่คุณรู้สึกดีขึ้น.....แต่แท้จริงตัวโรคที่เป็นอยู่ดูเหมือนจะขยายตัวมากขึ้น” ถึงแม้ว่าคำตอบเช่นนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ใส่ใจหรือจดจำไว้ แต่จากความซื่อสัตย์และการตอบด้วยอารมณ์ที่อ่อนไหวและด้วยน้ำใสใจจริง จะได้รับการเอาใจใส่ในเวลาต่อมา และสามารถใช้เป็นตัวเชื่อมในการสนทนาในอนาคต ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการสถิติการปฏิเสธทิ้งไป

- นำเอาสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงเกี่ยวกับความรู้สึก อารมณ์ต่างๆมาใช้ให้เป็นประโยชน์ อย่าพยายามนำเอาความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวบางประการมาสร้างเป็นตัวชี้แนะหรือเป็นการบอกว่าพวกเขายอมรับถึงสิ่งที่เกิดขึ้น
- ให้ถามผู้ป่วยและครอบครัวว่ายังมีคำถามใดที่ข้องใจเกี่ยวกับการป่วยไข่นี้บ้างไหม บางครั้งอาจต้องอธิบายด้วยภาพหรือจากภาพถ่ายรังสี

การบอกถึงความเป็นจริงถึงสิ่งที่เป็นอย่างอยู่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลน้อยกว่าการปล่อยให้คิดเอง

- อย่าให้สัญญาหรือให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมากเกินไป
- ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาพวิตกกังวล ให้ถาม “คุณกลัวอะไรจะเกิดขึ้นใช่ไหม” หรือ “คุณคิดว่ามีอะไรเลวร้ายจะเกิดขึ้นไหม”

บางครั้งการถามคำถามที่เฉพาะเจาะจงอาจเป็นสิ่งที่ต้องกระทำ เช่นกับผู้ป่วยที่หายใจลำบาก “คุณกลัวว่าจะหายใจไม่ได้ใช่ไหม”

- ให้คำตอบที่ตรงไปตรงมาไม่หลอกลวง

อย่าให้ครอบครัวเข้ามาเป็นผู้บงการว่าให้หรือไม่ให้พูดอะไรแก่ผู้ป่วย

- แก้ไขถึงความกังวลต่อเรื่องที่ไม่จริง เช่น ท้องจะแตกจากการมีน้ำในช่องท้อง
- ความกลัวต่อการรับรู้ถึงความเป็นจริงต้องไม่ขัดขวางถึงการให้ความเชื่อมั่นหรือการให้ความอบอุ่นใจในการช่วยเหลือ

จัดทำแผนการต่างๆ กับผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับใช้ในการบำบัดแก้ไขปัญหาที่เป็นอยู่และที่คาดไว้ว่าอาจเกิดขึ้น รวมถึงแผนการอื่นๆ ที่จะกระทำในการพบกับผู้ป่วยและครอบครัวในโอกาสต่อไป

ข้อควรระวังในการสั่งใช้ยาเพื่อแก้ไขอาการวิตกกังวลหรือนอนไม่หลับ เนื่องจากอาการนอนไม่หลับเป็นอาการของความกลัว โดยเฉพาะกลัวการตายในช่วงกลางคืนโดยไม่มีใครรู้ และการให้ยากล่อมประสาทอาจทำให้สถานการณ์ต่างๆ เลวร้ายยิ่งขึ้น

บทที่ 8

ภาวะฉุกเฉินกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Emergencies in Terminal Care)

มีการกล่าวว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” เป็นการดูแลอย่างเสียไม่ได้ เป็นการดูแลหรือการแพทย์ขั้นสูง แต่ในความเป็นจริงแล้ว การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่เข้มข้น เข้มข้น และรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีช่วงการเหลืออยู่ของชีวิตที่สั้น ดังนั้นในการบำบัดรักษาแก้ไขอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ จึงต้องกระทำอย่างว่องไว กระฉับ ผู้ให้การดูแลบำบัดรักษาต้องเป็นผู้ชำนาญการ ไม่มีเวลาสำหรับการลองผิดลองถูก ต้องตัดสินใจอย่างทันทั่วว่าการบำบัดที่จะถูกทำให้แก่ผู้ป่วยนั้นต้องเหมาะสมกับระยะชนิดของโรค และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ไม่เพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย หรือถ้าจำเป็นก็เกิดขึ้นน้อยมาก โดยผลประโยชน์ที่ได้รับต้องมากกว่าจนบดบังความทุกข์ที่เพิ่มขึ้นให้ นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการคันตระหนกของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล ซึ่งภาวะฉุกเฉินต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องให้การดูแลประกอบด้วย

1. Superior vena caval syndrome (SVCS)

SVCS เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และสามารถนำไปสู่อาการแทรกซ้อนที่คุกคามถึงชีวิต อาทิเช่น cerebral หรือ laryngeal edema

สาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการนี้มาจากการกดทับ vena cava โดยก้อนเนื้องอก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งการเกิด SVCS สามารถเกิดจากโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งก็ได้

สาเหตุจากโรคมะเร็ง (malignant Causes)

มะเร็งต้นเหตุที่เกิดภายในทรวงอก ประมาณ 87-97% ก็เป็นตัวต้นเหตุที่ก่อให้เกิด SVCS โดยมะเร็งที่เป็นต้นเหตุที่พบบ่อยสุดคือ มะเร็งปอด ตามด้วย lymphomas และ solid tumors ที่กระจายมายัง mediastinum

สาเหตุจากโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (non-malignant causes)

ภาวะการเกิดลิ่มเลือด (thrombosis) เป็นสาเหตุหลักที่พบได้บ่อยกับการเกิด SVCS ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเป็นผลตามมาจากการใส่สายเข้าทางเส้นเลือดดำ

สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากโรคมะเร็งประกอบด้วย cystic hygroma, substernal thyroid goiter, benign teratoma, dermoid cyst, thymoma, tuberculosis, histoplasmosis, actinomycosis, syphilis, pyogenic infections, radiation therapy, silicosis และ sarcoidosis แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่พบสาเหตุ

อาการและอาการแสดง

อาการมาตรฐานที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย SVCS คือมีใบหน้าบวม หรือร้อนแดงจากการคั่งของเลือด (erythema) หายใจลำบาก (dyspnea) ไอ หายใจลำบาก ยกเว้นในท่านั่งหรือยืน หรือมีการบวมบริเวณแขนและลำคอ

อาการอื่นที่อาจพบร่วมด้วย เช่น เสียงแหบ กลืนลำบาก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นลมง่าย lethargy และเจ็บในทรวงอก อาการเหล่านี้อาจเป็นมากขึ้นถ้ามีการเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น การโน้มตัวไปข้างหน้า ก้มหน้า หรือนอนราบ

อาการตรวจพบทางร่างกายที่พบบ่อยประกอบด้วย บวมบริเวณใบหน้า ลำคอ แขน เส้นเลือดดำของท่อนบนของร่างกายมีการพองตัว ใบหน้าแดง (plethora) หรือเขียวคล้ำ (cyanosis) จากการคั่งค้างของเลือด อาจมีการบวมของเยื่อปอด

ผลการตรวจร่างกายชนิดอื่นที่พบได้ เช่น มีการบวมของกล่องเสียงหรือลิ้น มีการเปลี่ยนแปลงภาวะทางจิตและน้ำในช่องปอด (พบได้บ่อยในกรณีที่การกดทับอยู่ด้านขวา)

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น SVCS โดยอาศัยการตรวจร่างกาย อาการและอาการแสดงเท่านั้น

สำหรับการตรวจอื่นๆ อาจช่วยให้การวินิจฉัยรวมถึงเหตุที่ก่อให้เกิดได้ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย chest X-ray, bronchoscopy, limited thoracotomy หรือ thoracoscopy, contrast and radionuclide venography, Doppler ultrasonography CT (โดยเฉพาะ contrast-enhanced spiral CT) และ MRI

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคของ SVCS ขึ้นกับเหตุที่ก่อให้เกิดมีภาวะอุดตัน

การบำบัด

การบำบัดมีหลากหลายวิธีตามเหตุที่ก่อให้เกิดโรคซึ่งประกอบด้วย รังสีรักษา เคมีบำบัด thrombolytic therapy และ anticoagulation, expandable wire stents, balloon angioplasty และ surgical bypass

ผู้ป่วยจำนวนมากที่สามารถช่วยให้บรรเทาอาการอุดตันด้วยการให้ยาเข้าเสริม เช่น ยาเพิ่มการขับปัสสาวะ และ steroids ในบางสถานการณ์การรอให้การบำบัดไปอีก 1-2 วัน เพื่อรอผลการวินิจฉัยผลขึ้นเนื้อที่แน่นอนอาจเป็นความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

2. Venous Thromboembolic Complications of Cancer

Deep vein thrombosis (DVT) และ pulmonary embolism (PE) เป็นอาการที่พบได้บ่อย และค่อนข้างเป็นภาวะสำคัญทางการแพทย์ที่ท้าทายต่อการเข้าช่วยแก้ไข

ความเสี่ยงต่อการเกิด venous thromboembolism (VTE) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งขึ้นกับชนิดและขอบเขตการกระจายของโรคมะเร็ง ชนิดของการบำบัดที่ได้รับ ชนิดและขอบเขตของโรคร่วมอื่นๆ และการเปลี่ยนแปลงด้าน hemostasis ของเลือดผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าร้อยละ 90% ที่มีอาการนี้ มีสาเหตุจากสิ่งที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ความชุกของการพบ venous thrombosis ในผู้ป่วยมะเร็งอยู่ที่ 15% โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือได้รับการบำบัดด้วยฮอร์โมนและเคมีบำบัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง venous thrombosis เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สองของผู้ป่วยมะเร็ง

สมมุติฐานของการเกิด VTE ในผู้ป่วยมะเร็ง

สมมุติฐานของ VTE ในผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น hypercoagulable states, surgical interventions, chemotherapy, indwelling central venous catheters และการไม่เคลื่อนไหวร่างกายนานๆ

ชนิดของเนื้องอกกับการเกิด VTE

เนื้องอกหลายชนิดพบว่าเป็นเหตุก่อให้เกิด VTE ในอัตราที่มากขึ้น ซึ่งประกอบด้วยเนื้องอกที่มาจาก pancreas, lungs และเนื้องอกที่มีการหลั่งสารคัดหลั่งจำพวก mucin

ในผู้ป่วยสตรี เนื้องอกที่พบว่าเป็นเหตุให้เกิด VTE ที่พบได้บ่อยมากที่สุดคือ เต้านม ปอด อวัยวะสืบพันธุ์ และเนื้องอกของกระเพาะอาหารและลำไส้ สำหรับในผู้ป่วยชายเนื้องอกของต่อมลูกหมาก ปอด และกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นชนิดเนื้องอกที่พบได้บ่อยสุด

การบำบัด

มีหลายมาตรการสำหรับใช้ป้องกันและบำบัด VTE

มาตรการที่ไม่ใช้ยาสำหรับใช้ป้องกัน อาจประกอบด้วย intermittent pneumatic compression, elastic stockings และ inferior vena cava filters

สำหรับยาที่ใช้สำหรับป้องกันการเกิดลิ่มเลือดและบำบัด VTE ประกอบด้วย unfractionated heparin (UFH standard, lowdose; or adjusted dose); anticoagulants ชนิดรับประทาน เช่น warfarin และ low molecular weight heparin (LMWH)

3. การกดทับไขสันหลัง (Spinal Cord Compression)

อาการกดทับไขสันหลังพบเกิดในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของโรค 1-5% ถ้ามีอาการนี้เกิดขึ้นต้องพิจารณาให้การบำบัดแก้ไขในรูปแบบฉุกเฉิน การให้บำบัดล่าช้าอาจก่อให้เกิดผลการเกิดอัมพาตที่ไม่สามารถแก้ไขให้ฟื้นคืนสู่ภาวะปกติได้รวมถึงสูญเสียระบบการทำงานด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

สาเหตุของการเกิดโรค

ภาวะกดทับไขสันหลังที่พบมากที่สุดมาจาก extradural metastases ถึง 95% และโดยมากเป็นผลจาก tumor ไปพัวพันกับตัวกระดูกสันหลัง ในบางครั้งตัวเนื้องอกอาจจะแพร่กระจายมายัง epidural space โดยไม่ข้องแวะกับตัวกระดูกสันหลัง

ข้อกระดูกสันหลังที่พบว่ามีเนื้องอกกระจายมาข้องแวะมากที่สุดคือ thoracic spine (70%) ตามด้วย lumbosacral (20%) และ cervical spine (10%)

มะเร็งที่พบว่ากระจายและก่อให้เกิดการกดทับไขสันหลังได้บ่อยสุดประกอบด้วย มะเร็งจากปอดเต้านม
ไม่รู้ต้นตอ ต่อมลูกหมาก และ renal cells

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงเริ่มแรก (early signs) มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยความปวดที่ตรงตัว
สันหลัง หรือมีลักษณะเป็น radicular หรือ root pain (เป็นความปวดที่เกิดขึ้นอย่างคงที่ หรือปวดคล้ายถูก
มีดบาด โดยปกติจะเกิดขึ้นเพียงด้านใดด้านหนึ่งของร่างกายไปตามรากประสาทที่ถูกเกี่ยวข้อง ถ้าพยาธิสภาพ
อยู่ที่ระดับ cervical และ lumbosacral แต่ถ้าเป็นบริเวณทรวงอก จะปวดทั้งสองข้างของร่างกาย มีลักษณะ
ปวดตึง ปวดคล้ายมีของรัดรอบอก หรือรอบท้อง อาการปวดจะรุนแรงขึ้น ถ้านอนในท่าเอกเซนก ไอจาม หรือ
ยืดตัว)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดเกิดขึ้นตั้งแต่หลายๆ สัปดาห์ จนถึงหลายๆ เดือน ก่อนที่มีอาการทาง
ด้านประสาทวิทยาปรากฏให้พบเห็นได้

อาการแสดงช่วงกลาง (intermediate signs) ถ้าการกดทับไขสันหลังไม่ได้รับการบำบัดรักษา จะ
เกิดอาการอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อตามมา โดยอาจมีภาวะสูญเสียการรับรู้ต่างๆ ของบริเวณที่มีการกดทับนำมา
ก่อนหรือพร้อมกัน

อาการแสดงช่วงท้าย (late signs) อาการของการสูญเสียการทำงานระบบประสาทอัตโนมัติ การ
เคลื่อนไหวและการรับรู้ต่างๆ ผิดปกติเกิดขึ้น ภาวะการกดทับไขสันหลังจะรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาจ
ก่อให้เกิดภาวะอัมพาตที่แก้ไขไม่ได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วัน หากไม่ได้รับการบำบัดแก้ไข

การตรวจพบด้านร่างกาย อาจประกอบด้วย tenderness บริเวณสันหลังที่โรคมายังข้อแฉะเมื่อมีการ
สัมผัสหรือเคาะ ความปวดจะกระจายไปตามแขนงของรากประสาทแผ่ขยายไปถึงกล้ามเนื้อทำให้มีอาการ
อ่อนเปลี้ย มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (spasticity) มี muscle stretch reflexes และ extensor plantar responses
ผิดไปจากปกติ รวมถึงสูญเสียการรับรู้ชนิดต่างๆ (sensory loss)

sensory loss จะเกิดขึ้นกับร่างกายส่วนที่ต่ำกว่าสันหลังข้อที่เป็นโรคและเป็นการบ่งบอกถึงด้านที่
ถูกกดทับ

ผู้ป่วยที่สูญเสียการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ จะคลำพบกระเพาะปัสสาวะหรือการสูญเสีย
rectal tone

การวินิจฉัย ขั้นตอนแรกของการวินิจฉัยถึงการกดทับไขสันหลัง คือการถามถึงประวัติด้าน
ประสาทวิทยาอย่างละเอียด รวมถึงการตรวจด้านประสาทวิทยา

ถ่ายภาพรังสีวิทยา MRI เป็นการตรวจมาตรฐานสำหรับค้นหาบริเวณที่มี epidural cord compression
CT และ myelography อาจนำมาใช้ทดแทนได้ในกรณีที่ไม่มี MRI

การพยากรณ์โรค ผลการบำบัดรักษาจะสัมพันธ์ไปกับระดับความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิด
neurologic impairment ที่เป็นอยู่ก่อนเริ่มให้การบำบัด ผลการบำบัดสำหรับมะเร็งชนิดที่ไวต่อการให้รังสีวิทยา
(เช่น lymphoma) จะดีกว่ามะเร็งชนิดที่ไวน้อยกว่า (เช่น renal cell carcinoma) ผู้ป่วยที่ยังเดินได้เกือบทุกราย

ที่ได้รับการบำบัดไม่ว่าจะด้วยรังสีรักษาเพียงชนิดเดียว หรือการทำ laminectomy แล้วตามด้วยการได้รังสีรักษาหลังผ่าตัด ยังพบว่าคงเดินได้หลังได้รับการบำบัด ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอัมพาตของร่างกายท่อนล่างจะมีเพียงไม่เกิน 10% เท่านั้นที่ยังสามารถเดินได้หลังการบำบัด

การบำบัด เป้าหมายของการบำบัดภาวะกดทับไขสันหลัง คือการช่วยให้ฟื้นและมีการทำงานของระบบประสาทกลับคืนสู่ภาวะปกติ ควบคุมเนื้อท่อนตรงบริเวณนั้นให้อยู่ในกรอบ ทำให้สันหลังมีความมั่นคง และควบคุมความปวด ชนิดของการบำบัดเป็นไปตามอาการแสดงที่พบ ผลวินิจฉัยของชิ้นเนื้อ ความรวดเร็วของการดำเนินของโรค ชนิดของมะเร็ง บริเวณสันหลังที่ถูกซังแวง ความมั่นคงของตัวสันหลัง และการบำบัดที่ได้รับมาก่อนหน้า จากการศึกษาการบำบัดที่ผ่านมาส่วนใหญ่ผู้ได้รับการบำบัดด้วยการผ่าตัดเพื่อลดภาวะของการกดทับ ตามเสริมด้วยการให้รังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีการกดทับไขสันหลัง

steroids พบว่าควรให้ dexamethasone ถ้าจากประวัติและการตรวจร่างกายบ่งบอกว่ามีการกดทับไขสันหลัง ยังมีการโต้แย้งว่า การให้ยานี้เริ่มแรกด้วยขนาดยาที่มาก เช่น IV dexamethasone (100 มก.) ตามด้วย 10 มก. ทุก 6 ชม. เป็นการบำบัดที่จำเป็นต้องกระทำ หรือเริ่มด้วยขนาดยาที่ไม่มากที่ให้ผลในการบำบัดก็เพียงพอ นั้น การบำบัดชนิดใดจะเหมาะสมกว่า

นอกจากนี้ยังมีการบำบัดที่กระทำด้วยการให้รังสีรักษา การผ่าตัดหรือเคมีบำบัด เพียงชนิดใดชนิดหนึ่งเท่านั้น

4. ภาวะระดับแคลเซียมในเลือดสูงเกินปกติ (Hypercalcemia)

ภาวะ hypercalcemia เป็นภาวะฉุกเฉินจากการสันดาปที่พบได้บ่อยสุดในผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะบุคคล โดยพบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

สาเหตุของการเกิดโรค

โรคมะเร็งที่พบมีการเกิด hypercalcemia มากสุดประกอบด้วย myeloma มะเร็งปอด (โดยพบว่าพวก epidermoid tumors พบได้บ่อยกว่าพวก small-cell tumors) และ renal cancer ในผู้ป่วยบางรายการเกิดภาวะ hypercalcemia อาจสัมพันธ์กับการปลดปล่อยพวกสารจำพวก parathyroid like hormones, prostaglandins และ osteoclast-activating factors

อาการและอาการแสดง

อาการของ hypocalcaemia อาจเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ มากมาย ซึ่งรวมไว้ด้วยระบบประสาทส่วนกลาง หัวใจ กระเพาะอาหาร และหลอดเลือด รวมถึงไตด้วย (ดังแสดงไว้ในตารางต่อไปนี้)

General	CNS	Cardiac	GI	Renal
Dehydration	Weakness	Bradycardia	Nausea and	Polyuria
Anorexia	Hypotonia	Short QT interval	vomiting Constipation	Nephrocalcinosis
Pruritus	Proximal myopathy	Prolonged PR interval	Ileus	-
Weight loss	Mental status changes	Wide T wave	Pancreatitis	-
Fatigue	Seizure Coma	Atrial or ventricular arrhythmia	Dyspepsia	-

Bony metastasis VS paraneoplastic syndrome : อาการและอาการแสดงของ hypercalcemia ที่เป็นผลตามมาจาก bone metastases บ่อยครั้งที่สามารถแยกแยะได้จาก hypercalcemia ที่เกิดจาก paraneoplastic syndrome โดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจมีไม่เหมือนกัน เนื้อเยื่อที่มีการหลั่ง immunoreactive parathyroids hormone (iPTH) like substance จะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับ cyclic adenosine monophosphate (cAMP) ระดับของ serum phosphorus ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติและมีระดับของ iPTH ที่หลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นกับ specificity ของการตรวจสอบ ผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็งมาอยู่กระดูกจะแสดงออกถึงภาวะการเกิด “ectopic” hyperparathyroidism อย่างยั่งยืนไม่เปลี่ยนแปลง

การวินิจฉัย

ประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียดบ่อยครั้งเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยอย่างมากในการแยกแยะพวก hypercalcemia ที่ไม่ได้เกิดจาก non-malignant ออกไป hypercalcemia ที่เกิดจาก occult malignancies พบได้น้อยมาก ผู้ป่วยที่มีสภาวะที่น้ำหนักลด ความเหนื่อยอ่อน (fatigue) หรือกล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย ควรเพิ่มถึงการสงสัยว่ามี hypercalcemia ที่มีเหตุมาจากมะเร็ง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะ hypercalcemia จากมะเร็งพบระดับ serum iPTH ต่ำค่อนข้างมากหรือตรวจไม่พบเลย (ให้ตัดสินจากการตรวจด้วย a double-antibody method) ระดับของ inorganic phosphorus ต่ำหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ และระดับของ 1, 25-dihydroxyvitamin D ต่ำหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ

ใช้การตรวจค้นหาถึงโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะ hypercalcemia ซึ่งบ่อยครั้งก็อาศัยจากประวัติและผลการตรวจร่างกาย

การบำบัด

ผู้ป่วยไม่มีอาการพร้อมกับพบมีการเพิ่มของระดับแคลเซียมในเลือดเล็กน้อย (<12.0 mg/dL) อาจให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก พร้อมกับเฝ้าระวังตรวจระดับแคลเซียมในเลือดและอาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากขึ้น ให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น และงดยาทุกชนิดที่มีส่วนในการทำให้เกิด hypercalcemia

ผู้ป่วยที่มีอาการหรือระดับ calcium ในเลือด > 12.0 mg/dL ควรพิจารณานำผู้ป่วยเข้าไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ถ้าสภาพร่างกายและภาวะป่วยไข้เหมาะสมให้กระทำ

สำหรับการบำบัดประกอบด้วยทำให้

volum expansion (Lactate Ringer's solution หรือ 0.9%NaCl 250-500 มล./ชม.)

loop diuretics (furosamide 20-40 มก.IV)

bisphosphonates

costicosteroid

calcitonin

plicamycin (Mithracin?)

gallium nitrate (Ganite?)

5. Hyperuremia

สมุฏฐานและปัจจัยเสี่ยง hyperuremia พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มี hematologic disorders โดยเฉพาะผู้ป่วย leukemias, high-grade lymphomas และ myeloproliferative diseases (polycythemia vera) โดยอาจเป็นผลตามมาจากการบำบัดโรคมะเร็ง

ยาหลายชนิด เช่น cytotoxic agents, diuretics, antituberculous drugs, nicotinic acid extensive or aggressive tumors

อาการและอาการแสดง

มีระดับ uric acid ใน serum สูงขึ้น gouty arthritis, renal dysfunction (ภาวะไตวายเฉียบพลัน)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยต้องอาศัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ระดับ uric acid ใน serum สูงขึ้น มี hyperuricosuria และมีการเพิ่มขึ้นของระดับ serum creatinine และ urea nitrogen

การพยากรณ์โรค

ขึ้นกับสาเหตุที่ก่อให้เกิด hyperuricemia

การบำบัด

ให้ยา allopurinol

แก้ไขภาวะ acute oliguria

dialysis

และที่สำคัญคือมาตรการป้องกันการเกิดภาวะนี้

6. Tumor Lysis Syndrome

กลุ่มอาการนี้เกิดจากการปลดปล่อยสารในเซลล์เนื้อทึมอย่างรวดเร็วเข้าไปในกระแสเลือด นำไปสู่ภาวะที่คุกคามถึงชีวิตได้ ถ้าสารเหล่านั้นก่อให้เกิดความผิดปกติจากผลสันดาป และไม่ได้รับการแก้ไขทันที่ที่ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไตวายและเสียชีวิตทันที

สมุฏฐานและปัจจัยเสี่ยง

กลุ่มอาการนี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยระหว่างที่มี rapid growth phase ของ high-grade lymphoma และ leukemia ที่มีเม็ดเลือดขาวสูงมาก พบได้ไม่บ่อยในผู้ป่วยกลุ่ม solid tumors กลุ่มอาการมักจะเกิดจากการรักษา (iatrogenic) เช่น จากการได้รับ cytotoxic chemotherapy ในบางครั้งพบว่าเกิดตามหลังการบำบัดด้วยรังสีรักษา หรือได้รับสารจำพวก glucocorticoids, tamoxifen หรือ interferon

อาการและอาการแสดง

ลักษณะเด่นของกลุ่มอาการนี้คือมี hyperuricemia, hyperkalemia, hyperphosphatemia, hypocalcemia และบ่อยครั้งพบมีการขับถ่ายปัสสาวะน้อยมากจนถึงไตวาย

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยอาศัยการตรวจพบการเพิ่มขึ้นของระดับ serum uric acid, phosphorus และ potassium รวมถึงการลดลงของระดับ serum calcium และการทำงานของไตที่บกพร่องหลังการได้รับยาเคมีบำบัด

การพยากรณ์โรค

ขึ้นกับการแก้ไขภาวะผิดปกติของผลสันดาปในร่างกาย รวมถึงเหตุที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการนี้

การบำบัด

มาตรการป้องกันมีการตรวจระดับ serum electrolyte, uric acid, phosphorus, calcium และ creatinine หลังให้ยาเคมีบำบัดและทำซ้ำในอีก 3-4 วันหลังจากนั้น ฝ้าตรวจระวังแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างใกล้ชิด

เมื่อมีภาวะ tumor lysis เกิดขึ้น ต้องให้การบำบัดโดยตรงพร้อมกับการแก้ไขภาวะผิดปกติของ electrolyte อย่างเต็มที่ แก้ไขภาวะการคั่งน้ำให้เข้าสู่ภาวะปกติ และพิจารณาทำ hemodialysis ถ้าผู้ป่วยมีภาวะไตวาย

7. Syndrome of Inappropriate Secretion of Antidiuretic Hormone (SIADH)

SIADH เป็นกลุ่มอาการที่พบร่วมในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะ small cell lung cancer (SCLC) โรคทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น infection, intracerebral lesions, head trauma, และ subarachnoid hemorrhage) และโรคทางปอด (เช่น tuberculosis, pneumonia และ abscess)

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงที่พบบ่อยสุดของ SIADH คือภาวะของ hyponatremia โดยเฉพาะมีระดับ plasma sodium ต่ำอย่างรวดเร็ว จะพบมีอาการผิดปกติมากขึ้น อาการที่พบร่วมมีตั้งแต่ malaise, altered mental status ชัก ไม่รู้สึกตัว และอาจถึงตายได้ อาจพบมี focal neurologic abnormalities แม้จะไม่มีมีการกระจายของมะเร็งมาสมองก็ตาม

การวินิจฉัย เกณฑ์ต่อไปนี้เป็นต้องตรวจพบก่อนวินิจฉัยว่าเป็น SIADH

Criteria	Definition
Hyponatremia	Sodium serum level < 135 mEq/L
Hypo-osmotic plasma	Plasma osmolality < 280 mOsm/kg
Hyper-osmotic urine	Urinary osmolality > 500 mOsm/kg
Hypernatremic urine	Urinary sodium level > 20 mEq/L (without diuretic therapy)

ที่เพิ่มเติมกับเกณฑ์ตามที่กล่าวไว้ข้างบนคือผู้ป่วย ควรมีการทำงานของไต ต่อมหมวกไตและไทรอยด์ปกติ รวมถึงการมี normal extracellular fluid status

ประวัติการใช้ยาที่ผ่านมาของผู้ป่วยก็มีส่วนสำคัญ อาทิเช่น morphine, cyclophosphamide, vincristine, chlorpropamide, amitriptyline, carbamazepine และ clofibrate

การบำบัด

ในกรณีที่ SIADH มีส่วนสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง การบำบัดจะมุ่งเน้นไปที่การบำบัดต่อโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยอยู่เป็นหลัก

การบำบัดเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยที่ระดับของ sodium ใน serum ต่ำอย่างรุนแรง (Na serum level < 125 mEq/L) เป้าหมายในการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือการทำให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายปัสสาวะให้มากกว่าปกติทันทีด้วย การให้ยา furosemide ทางเส้นเลือดดำทันที (1 มก./กก.น้ำหนักตัว) และให้ sodium, potassium ชดเชยกับที่ต้องสูญเสียไปกับปัสสาวะเต็มที่

การบำบัดต่อเนื่อง ด้วยการจำกัดการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยวันละ 500-1000 มล. เท่านั้น

8. ภาวะตกเลือด (Hemorrhage)

“Carotid Blow out”

โดยมากพบจากการมีการเสียดต่อ carotid artery โดยอาจเป็นผลข้างเคียงจากมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ ส่วนมากผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในไม่กี่นาทีเมื่อเกิดอาการนี้ขึ้น ในกรณีที่คาดว่าจะต้องหรืออาจมีเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้น ให้เตรียมผ้าขนหนูหรือผ้าเช็ดตัวที่มีสีคล้ำ โดยเฉพาะสีน้ำเงินเข้มไว้พร้อมใช้ ถ้ามีเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นให้นำผ้าที่เตรียมไว้กดลงบนบริเวณที่มีการตกเลือด ทั้งนี้ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแต่เป็นการป้องกันการดินตระหนกของญาติและผู้ให้การดูแล

Pulmonary Hemorrhage

ไอบีเป็นเลือดพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด และบางโอกาสภาวะตกเลือดอาจมาก จนทำให้สำลักเลือดและเสียชีวิตได้

Fungating Breast Cancer

ภาวะตกเลือดจากบริเวณแผลอาจให้การบำบัดด้วยการใช้ adrenaline ผสมน้ำเกลือให้เจือจางหยดลงบนแผลหรือใช้ยา sucralfate บดผสมกับ K-Y jelly ทาบริเวณแผล อาจช่วยป้องกันภาวะตกเลือดได้บ้าง

Rectal Bleeding

ภาวะตกเลือดจากบริเวณรูทวารหนักจากลำไส้ตรง อาจช่วยบรรเทาได้ด้วยการให้ sucralfate บดผสมกับ KY jelly ใส่ในหลอดนิคยาแล้วฉีดอัดเข้าทางทวารหนักในลักษณะสวนเก็บ

ภาวะตกเลือดต่างๆ ในผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอาการเช่นนี้เกิดขึ้น การให้รังสีรักษาแต่เนิ่นๆ อาจช่วยได้ การบำบัดภาวะติดเชื้ออาจช่วยป้องกันหรือบรรเทาได้ เนื่องจาก sepsis อาจไปทำให้ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติไป



บทที่ 9

การดูแลช่วงเวลาที่ใกล้เสียชีวิต (Caring Near the End of Life)

การดูแลช่วงเวลาที่ใกล้เสียชีวิตที่ดีคือการปรับเปลี่ยนที่ท่าของการบำบัด แทนที่จะมุ่งเน้นการพุงชีวิตให้ยืนยาวออกไป หรือบำบัดกับตัวโรค ไปสู่การดูแลที่มีความมุ่งหมายในการให้ถึงความมีศักดิ์ศรี ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้การช่วยเหลือคำจุนครอกรอผู้ป่วย และช่วยลดภาวะต่างๆ ที่เกิดจากการป่วยไข้

ความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต (Patient Preferences for the End of Life)

การให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง (Patient self-determination) บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิทธิในการเลือกวิธีต่างๆ ในการบำบัด การให้คำตัดสินใจไว้ล่วงหน้า (advance direction) รวมถึงการนำเอาข้อความการตัดสินใจไว้ล่วงหน้ามาใช้ปฏิบัติ

ความพยายามในการช่วยฟื้นคืนชีพไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายฟื้นขึ้นได้ทุกราย แต่ที่แน่นอนคือเป็นมาตรการที่ขัดแย้งกับการปล่อยให้เป็นการตายอย่างสงบ และยังก่อให้เกิดอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ถ้าการฟื้นจากความตายนั่นเป็นช่วงเวลาที่ยาวนานและอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ไม่สามารถแก้ไขได้

การพูดคุยถึงความพึงพอใจกับการให้ช่วยดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต และการช่วยฟื้นคืนชีพของระบบหัวใจและปอด (Cardiopulmonary resuscitation-CPR) ควรนำเอาผลที่จะเกิดขึ้นทั้งที่ต้องการและไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับรู้ รวมถึงมาตรการทางเลือกอื่น

ปัจจัยต่างๆ ที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อจัดทำคำตัดสินใจ (Issues to consider in decision making)

- การพยากรณ์ถึงการอยู่รอด การทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย และอาการต่างๆ ที่เป็นอยู่
- ค่านิยม ความกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วย
- ทางเลือกของการบำบัดชนิดอื่นๆ ที่มีความเป็นไปได้กับการนำมาใช้
- ผลทางด้านดีและด้อยที่อาจเกิดขึ้นจากมาตรการทางเลือกแต่ละชนิด
- ความสามารถในการตัดสินใจ และการเลือกผู้ทำการตัดสินใจแทนของผู้ป่วย
- สถานที่ๆ ผู้ป่วยพึงพอใจใช้เป็นที่พักอาศัยก่อนตาย
- แพทย์ควรได้พูดคุยกับผู้ใกล้ตายและครอบครัว ถึงขบวนการของความตายตามการคาดคะเนและอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและจะช่วยสามารถควบคุมอาการต่างๆ เหล่านั้นได้มากนักน้อยเพียงใด ก่อนที่จะบอก “ความจริง” แก่ผู้ป่วย ต้องมั่นใจว่า “รู้ความจริงทุกอย่างและผู้ป่วยต้องการรับทราบ”

การช่วยให้สารอาหารและสารน้ำ (Artificial Nutrition and Hydration)

ควรนำเอาข้อดีข้อด้อยในการให้สารอาหารและสารน้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะกับความพึงพอใจถึงการนำเอามาตรการนี้มาใช้บำบัดในช่วงสุดท้ายของชีวิตโดยการแจ้งให้รับรู้ว่าการให้สารอาหารและสารน้ำนั้นถือเป็นมาตรการหนึ่งทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา ไม่ใช่เป็นเพียงมาตรการของการให้สารหล่อเลี้ยงชีวิตขั้นพื้นฐานเท่านั้น

ผู้ป่วยใกล้ตายบ่อยครั้งพบว่าได้รับความทุกข์ทรมานที่น้อยกว่าเมื่อไม่ได้รับการช่วยให้สารน้ำอย่างเต็มที่ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วงเวลาก่อนตาย ไม่พบว่ามีความทุกข์ทรมาน ถ้าหากไม่ได้รับการช่วยให้สารอาหารหรือสารน้ำ

สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (โดยเฉพาะระยะใกล้เสียชีวิต) ต้องการ

1. ได้รับการดูแลและเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ เช่นเดียวกับผู้ป่วยธรรมดาทั่วไปจนถึงวินาทีสุดท้าย
2. ถึงแม้จะรับรู้ว่าการดูแลรักษาได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็นการดูแลแบบประคับประคอง แต่ก็ยังต้องการได้รับการดูแลและพุดจาในรูปแบบที่ทำให้เกิดความหวัง (แต่ไม่ใช่คำพูดที่หลอกลวง)
3. ได้รับการดูแลและให้การบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์หรือทรมานอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอาการปวด
4. ได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีความมั่นคงและปลอดภัย
5. ไม่ถูกกระทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์หรือสังคม
6. ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากคนใกล้ชิด และมีโอกาสในการแสดงความรักต่อบุคคลใกล้ชิดเช่นกัน
7. มีสิทธิในการแสดงออกถึงความรู้สึกและอารมณ์เกี่ยวกับความตายในรูปแบบของตนเอง
8. มีสิทธิในการคาดหวังว่ายังคงได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มรูปแบบหรือเต็มที่ ถึงแม้จุดมุ่งหมายในการบำบัดจะมุ่งไปสู่การบำบัดเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์และให้มีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ก็ตาม
9. เมื่อมีปัญหาต้องการได้รับคำตอบหรือคำอธิบายอย่างตรงไปตรงมา ไม่หลอกลวงและสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น รวมถึงวิธีการบำบัดได้อย่างเป็นอิสระ
10. มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและการดูแลจากครอบครัว รวมถึงการทำให้ครอบครัวยอมรับถึงความตาย
11. มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบ อย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (การทำพินัยกรรมชีวิต) (ดูรายละเอียดในภาคผนวก)
12. มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจถึงความต้องการ รวมถึงการเป็นบุคคลที่มีความอ่อนไหวในการพยายามที่จะให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความพึงพอใจจนวาระสุดท้าย

13. มีสิทธิในการพุดคุยถึงความเชื่อทางศาสนา จิตวิญญาณ อย่างเป็นอิสระ แม้จะไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้อื่น
14. ยังคงมีสิทธิในการเป็นปัจเจกบุคคล มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจในทุกๆ เรื่อง ถึงแม้การตัดสินใจนั้นอาจไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้อื่น หรืออาจไม่ถูกต้องก็ตาม
15. ไม่ถูกปล่อยให้เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว
16. ได้รับการเคารพในร่างกาย แม้ขณะที่สิ้นลมหายใจไปแล้ว

อาการและอาการแสดงว่าผู้ป่วยใกล้เข้าสู่ขบวนการของการตาย (Signs & Symptoms of the Imminent Dying Process)

- อ่อนล้า หดหู่เรื้อรัง อาการป่วยเพียบลงอย่างมาก
- ใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่เฉพาะบนที่นอน
- ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลเกือบทุกอย่างหรือทุกอย่าง
- สภาพร่างกายซูบผอม ซุปซิด และหนังหุ้มกระดูกเป็นส่วนใหญ่
- เชื่องซึม ง่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา หรือมีภาวะของการรับรู้ ความเข้าใจ รวมถึงการเข้าใจที่ลึกซึ้งลดลง
- ใช้เวลาในการนอนหลับเพิ่มขึ้น
- มีความยากลำบากอย่างมากในการสำรวจความคิด มีข้อจำกัดอย่างมากในการสนใจอย่างต่อเนื่องนานๆ
- มีข้อจำกัดในการทำสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะกับการร่วมมือกับผู้อื่นช่วยในการดูแล
- ไม่สามารถประมาณทิศทาง สถานที่ เวลา รวมถึงบุคคล
- เพิ่มความไม่ใส่ใจต่ออาหารและเครื่องดื่ม พร้อมกับรับประทานอาหารและน้ำลดลง
- มีความยากลำบากในการกลืนกินยามากขึ้น

บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำเอาอาการต่างๆ เหล่านี้เป็นตัวช่วยชักนำผู้ป่วยและครอบครัวร่วมวางแผนสำหรับความตายและการแยกแยะสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยถึงความประสงค์ (desire) และความต้องการ (need) ขณะที่ความตายเกิดขึ้น รวมถึงการค้นหาถึงส่วนประกอบอื่นๆ ให้ครบกระบวนการ

- พวกเขามีความปรารถนาจะอยู่ข้างกายผู้ป่วยขณะกำลังจะตายหรือไม่
- พวกเขารู้ไหมว่าในขณะนี้ยังมีใครบ้างที่ต้องการมากล่าวคำอำลากับผู้ใกล้ตายหรือผู้ใกล้ตายต้องการพบผู้ใดอีกบ้าง
- พวกเขาได้พูดทุกสิ่งทุกอย่างที่อยากจะพูดกับผู้ใกล้ตายแล้วหรือไม่
- พวกเขายังมีความเสียใจใดๆ ที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่อย่างไร
- พวกเขายังมีความกังวลเกี่ยวกับเรื่องราวใดๆ บ้าง
- พวกเขาปรารถนาอยากจะปรับเปลี่ยนอะไรที่เกี่ยวกับการดูแลที่เคยตั้งใจไว้แต่เดิมบ้าง

การบำบัดอาการแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย (Symptom Management-for End of Life Care)

A. เข้าจัดการกับอาการต่างๆ

- ประเมินถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการ
- ให้การบำบัดกับอาการที่สามารถแก้ไขได้
- ค้นหาปัจจัยด้านสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยในขณะนั้นซึ่งนำหนักถึงข้อดีข้อด้อยของมาตรการบำบัดที่นำเสนอ รวมถึงมาตรการที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ที่มีการนำไปปฏิบัติให้กับผู้ป่วย
- สั่งใช้ยาอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง (around the clock medication) สำหรับการบำบัดที่มีความมุ่งหมายในด้านประคับประคองแก่อาการที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และยาวนานเฉพาะกาล (as-needed medication) สำหรับอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว

B. ปัจจัยเกี่ยวกับด้านการทำงานของร่างกาย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถได้ประโยชน์จากการประเมินอย่างเอาใจใส่และความพยายามในการเพิ่มสถานะการทำงานของร่างกาย การช่วยทำให้การทำงานของร่างกายดีขึ้น ช่วยเสริมสร้างอารมณ์ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

1. การเคลื่อนไหว

- จัดหาเครื่องใช้ที่ช่วยในการเคลื่อนไหว (อาทิเช่น walker ไม้เท้าหรือ wheelchair)
- นักกายภาพบำบัดหรือแพทย์ช่วยในด้านฟื้นฟูทางการแพทย์ อาจช่วยในด้านให้คำแนะนำ (ดูภาคผนวก)
- การควบคุมความปวดควรมุ่งตรงไปที่ช่วยให้คงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหว

2. ด้านโภชนาการ

เมื่อภาวะของการเจ็บไข้ดูกลามมากขึ้น ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือในเรื่องรับประทานอาหารมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงถึงความต้องการอาหารและผู้ให้การดูแลต้องยอมรับถึงการไม่ยอมรับรับประทานอาหาร ผู้ป่วยอาจต้องช่วยให้อาหารเหลวหรือให้สารอาหารทางสายให้อาหาร (ดูภาคผนวก)

3. ด้านสุขอนามัย

C. ด้านความปวด

D. อาการด้านระบบหายใจ

- หายใจลำบาก (ควรรักษาตามอาการด้วยการให้ O_2 , การใช้ morphine)
- เสียงหายใจครืดคราดช่วงใกล้เสียชีวิต (Death Rattle) เป็นผลจาก pulmonary congestion หรือมีสารคัดหลั่งเพิ่มมากขึ้น (พิจารณาการใช้เครื่องดูดเสมหะเฉพาะกรณีจำเป็นเท่านั้น หรือพิจารณาให้ Atropine)

E. ปัญหาด้านจิต

- วิตกกังวล
- ซึมเศร้า
- สับสน
- สมองเสื่อม

F. อาการด้านกระเพาะอาหารและลำไส้

- เบื่ออาหาร
- คลื่นไส้และอาเจียน
- การเคลื่อนไหวของลำไส้
- ท้องเสีย

G. อาการต่างๆ ทางด้านระบบขับถ่ายปัสสาวะ

H. ช่วยดูแลผิวหนัง (แผลกดทับ)

I. การติดเชื้อปอดบวม (neumonitis)

J. การดูแลช่วงโศกเศร้าของครอบครัวหลังการตายของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ขบวนการของความตาย สิ่งที่ควรนำมาพิจารณาที่สุดคือ

1. หยุด

- หยุดการให้ยาที่ไม่จำเป็นทุกชนิด (เช่น ยาบำรุง ยารักษาโรคเบาหวาน ความดัน ฯลฯ)
- หยุดการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็นทุกชนิด

2. ข้อควรระวัง

- พิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาที่จำเป็น เช่น เปลี่ยนจากการให้ยาชนิดรับประทานมาเป็นชนิดปิดบนผิวหนังหรือฉีดเข้าใต้ผิวหนัง หรือเข้าทางเส้นเลือดดำ
- พิจารณาลดปริมาณสารน้ำที่ให้ทางเส้นเลือดดำ
- พิจารณาใส่ใจต่อการดูแลระบบการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สุขภาพช่องปาก ตา ผิวหนัง

3. สิ่งที่ต้องดำเนินการ

- วางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน (ถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลและเป็นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว)
- เตรียมห้องพักผู้ป่วย ควรเป็นห้องสงบเงียบ
- ให้การคำจุนดูแลครอบครัว
- ให้การคำจุนดูแลคณะทำงานที่ดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (Palliative Care in Home Setting)

- มีโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน
- ต้องมีแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องร่วมในทีมงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
- ต้องมีทีมงานพร้อมเข้ารับสถานการณ์
- ให้การบำบัดความปวด
- ผู้ป่วยและครอบครัวถูกนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการให้การดูแล
- มีการบริการดูแลที่บ้านไว้พร้อมสำหรับบริการ (ดูภาคผนวก)
- มีการเตรียมพร้อมสำหรับความตาย

ข้อควรพิจารณาบางประการสำหรับนำมาใช้ปฏิบัติในการดูแลก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตไม่นาน (Some considerations for the end-of-life care last hours of life)

1. เกี่ยวกับยาแก้ปวดควรทำอย่างไร? ผู้ป่วยช่วงเวลานี้ยังต้องการยาแก้ปวดหรือไม่

- ผู้ป่วยยังคงต้องการยาแก้ปวดอยู่ถึงแม้ว่าสภาพทั่วไปดูเหมือนว่าไม่สนองต่อการกระตุ้นใดๆ ก็ตาม
- ขนาดยาอาจต้องลดลงถ้ามีการจับถ่ายปัสสาวะลดลง
- ปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาจากรูปแบบรับประทานไปเป็นชนิดปิดบนผิวหนัง จี๊ดเข้าใต้ผิวหนัง เส้นเลือดดำ หรือสวนเก็บหรือเหน็บทางทวารหนัก

2. ทำอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมีภาวะสับสนเกิดขึ้น

- ตรวจกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ตรง (ปัสสาวะคั่งหรืออุจจาระอุดตัน)
- ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาให้พิจารณาใช้ haloperidol ไม่ควรใช้ diazepam หรือ midazolam

3. ต้องทำอย่างไรกับการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ

- ถ้ามีการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำอยู่แล้ว พิจารณาลดอัตราการให้ ให้ลดลง
- ถ้าไม่มีการให้สารน้ำไว้แต่เดิม ให้ผู้ป่วยจิบน้ำตามต้องการ รวมถึงให้การดูแลสุขภาพของช่องปาก
- ถ้าครอบครัวผู้ป่วยกังวลกับเรื่องให้สารน้ำ พิจารณาให้สารน้ำทางใต้ผิวหนัง

4. ต้องปฏิบัติอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมีไข้

- ใช้ผ้าเย็นเปียกชื้นเช็ดตัว
- เปิดพัดลมหรือให้อยู่ในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ
- ให้ยา paracetamol ทางใต้ผิวหนังหรือเหน็บทางทวารหนัก (ถ้ามี)
- โดยทั่วไปไม่ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ

5. ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ออกซิเจนหรือไม่

- จำเป็นถ้าผู้ป่วยมีปัญหาของการหายใจลำบากมาก่อน

6. เครื่องดูดเสมหะจำเป็นไหมในกรณีเช่นนี้

- โดยทั่วไปเครื่องช่วยดูดเสมหะ นอกจากจะใช้ไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปั่นป่วนไม่สบายมากขึ้น

7. การช่วยดูแลสภาพช่องปากควรกระทำอย่างไร

- ใช้ที่กดลิ้น ค้ำขึ้นหรือสอด ตะเกียบไม้ พันด้วยผ้ากอซที่เปียกชื้น ทำความสะอาดช่องปาก
- ให้สารหล่อลื่นที่ละลายน้ำได้ป้ายบนลิ้นที่เป็นฝ้าหนา

8. ทำอย่างไรกับเสียงครีคราตในลำคอช่วงผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (death rattle)

- อธิบายให้ครอบครัวผู้ใกล้ตายเข้าใจว่าเสียงที่เกิดขึ้นนั้นมาจาก สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้นตามปกติของคนเรา แต่ผู้ใกล้ตายไม่มีแรงพอจะกลืนได้ ไม่ใช่อาการของการสำลักหรือมีของแปลกปลอมอะไรติดคอ การช่วยดูแลไม่ได้ช่วยทำให้อะไรดีขึ้น นอกจากเพิ่มความรำคาญและลำบากแก่ผู้ใกล้ตาย
- ให้อาหารกลุ่ม hyoscine (อาทิเช่น Buscopan หรือ Scoporamine) ป้องกันไว้ก่อน
- อย่าให้สารน้ำแก่ผู้ใกล้ตายมากเกินไป
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบและหันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้นสามารถไหลออกได้สะดวก
- หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดูดเสมหะ

9. ควรให้การดูแลดวงตาอย่างไร

- ถ้าดวงตาไม่สามารถปิดได้สนิท ช่วยหยอดน้ำเกลือธรรมดา (normal saline) 1-2 หยดที่ดวงตาทุกชั่วโมง เพื่อป้องกันการแห้งของแฉะตา
- ใช้ผ้ากอซปิดทับตาทั้งสองข้าง

10. ให้การดูแลผิวหนังอย่างไร

- เปลี่ยนอริยาบถทุก 2 ชั่วโมง
- ช่วยขยับแขนขาโดยการช่วยจับยึดและงอบริเวณข้อพับต่างๆ เพื่อป้องกันการกดเกร็งกระดูกของกล้ามเนื้อและเอ็นยึด
- ใช้ที่นอนลม น้ำหรือไฟฟ้า รวมถึงหมอนและที่มิชนนุ่มรองรับบริเวณที่มีการกดทับ

11. แก้ไขอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์อย่างไร?

- อาการชัก (fits) ให้ใช้ diazepam 10 - 30 มก. IV
- เกิดความกลัวและกังวลอย่างมากกับการเกิดภาวะตกเลือดหรือปัญหาทางระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน ให้ใช้ midazolam 5 - 10 มก. SC/IV
- ความปวด / หายใจลำบากอย่างเฉียบพลัน ให้เพิ่ม morphine ด้วยขนาดยา 50% ที่ผู้ป่วยได้รับในทุก 4 ชม. ทาง SC/IV
- วิดกกังวลอย่างเฉียบพลัน ให้ haloperidol 2.5 - 10 มก. SC/IV

(หมายเหตุ : IV = intravenous, SC = subcutaneous injection)

นอกจากนี้แล้วในช่วงเวลาเช่นนี้การให้การบำบัดชนิดผสมผสาน (complementary therapy) บางชนิดร่วมด้วยก็อาจช่วยให้ทุกสิ่งทุกอย่างดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การสัมผัส (Touch), เสียง (Sound) และสุนทรียบำบัด (Aroma)

เมื่อขบวนการของการตายได้เริ่มขึ้น สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือการให้ความช่วยเหลือคำจูนกับครอบครัวผู้กำลังจะตายด้วยการ

1. ขอบพบคนในครอบครัวผู้ใกล้ตายพร้อมกันถ้าทำได้
2. แจ้งให้ทุกคนทราบว่า เวลาที่ทุกคนไม่อยากพบนั้นได้เริ่มต้นและคงสิ้นสุดไม่นานจากนี้ แต่ก็ไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนว่าเวลาใดที่ความตายเกิดขึ้น
3. อธิบายให้รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของผู้ใกล้ตายและสิ่งทีคาดว่าจะต้องเกิดขึ้น
4. อธิบายให้รู้ถึงวิธีการต่างๆ ที่จะกระทำต่อไป
5. แนะนำให้สลับหรือหมุนเวียนคนในครอบครัวให้อยู่เป็นเพื่อนข้างเตียงผู้กำลังจะตาย
6. ให้การดูแลแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว
7. แสดงให้เห็นถึงความเป็นห่วง กังวล และพร้อมเป็นธุระให้ทุกประการถ้าต้องการ

มาตรการปฏิบัติหลังการตายจบสิ้นขบวนการ

1. โปรดจดจำไว้ว่าความตายก่อให้เกิดภาวะตกใจ สะเทือนใจเสมอไม่ว่าจะมีการเตรียมหรือเตรียมการต่างๆ ไว้อย่างดีเพียงใดก่อนหน้านี้แล้วก็ตาม
2. แจ้งคนในครอบครัวผู้ป่วยว่าความตายได้เกิดขึ้นเรียบร้อยแล้ว
3. แสดงออกให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจ
4. งานสุดท้าย
 - จัดการกับร่างผู้ตายตั้งแต่ช่วยยืดแขนขาให้เหยียดตรง เอาสายและท่อต่างๆ ออกจากร่างกายผู้ตาย ทำความสะอาดร่างผู้ตาย รวมถึงการตกแต่งแผลต่างๆ ให้เรียบร้อย และช่วยใส่เสื้อผ้าให้ผู้ตาย
 - ติดต่อการนิรโทษ (ถ้าคนในครอบครัวต้องการ)
 - เขียนใบมรณะบัตร
 - บอกขั้นตอนต่างๆ ทางกฎหมายในการแจ้งตาย (รายละเอียดในภาคผนวก) การขนย้ายศพ การจัดงานศพ ถ้าคนในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือและถ้าคนในครอบครัวที่ยังมีชีวิตอยู่ต่อเป็นคนชรา และเด็กที่ขาดผู้อุปถัมภ์ อาจต้องให้ความช่วยเหลือโดยช่วยเหลือติดต่อองค์กรภาครัฐหรือเอกชนที่มีการดูแลด้านนี้
5. ให้ความคนในครอบครัวอยู่กับร่างผู้ตายเพื่อแสดงความโศกเศร้าอย่างเพียงพอ ก่อนเคลื่อนย้ายไปยังห้องเก็บศพ
6. ในกรณีที่ความตายเกิดขึ้นที่โรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์สามารถบรรเทาความเจ็บปวดจากความทรงจำของครอบครัวผู้ตายได้อย่างมากด้วยการแสดงถึงความเอาใจใส่เป็นกังวล ด้วยการเดินทางไปส่งครอบครัวผู้ตายขณะเดินทางออกจากโรงพยาบาล

บทที่ 10

การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์พื้นบ้าน รวมถึงการดูแลแบบผสมผสาน (Alternative and Traditional Medicine and Complimentary Care)

ผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลามหรือระยะท้ายเกือบทั้งหมดจะมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพด้วยมาตรการที่นอกเหนือจากเวชปฏิบัติของการแพทย์แผนปัจจุบัน (conventional medical practice) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ในประเทศที่มีขนบธรรมเนียมประเพณีการบำบัดรักษาการป่วยไข้ด้วยแพทย์แผนโบราณ หมอชาวบ้าน การแพทย์พื้นบ้าน (traditional medicine) มาตั้งแต่เกิดมีอิทธิพลอย่างมากกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่งถึงแม้จะไม่มีสถิติที่บอกถึงการมีประสิทธิผลในการบำบัดโรคอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ ดังนั้นจึงเป็นความสำคัญอย่างมากกับการไม่แสดงการดูถูกการแพทย์พื้นบ้านในทุกสถานการณ์และควรต้องศึกษาให้รู้ถึงชนิดการบำบัดของการแพทย์ทางเลือก (alternative complimentary therapies) เหล่านี้ให้ถ่องแท้ เพื่อใช้เป็นความรู้ในการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเปิดเผยเมื่อมีโอกาส

ปัจจุบันมีการโฆษณาในทุกรูปแบบถึงการบำบัดของการแพทย์ทางเลือกสำหรับบำบัดอาการต่างๆ รวมถึงการบำบัดโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพาต และโรคร้าย เช่น มะเร็ง เป็นต้น ซึ่งการบำบัดมีตั้งแต่ การฝังเข็ม (acupuncture) การบำบัดเพื่อให้เกิดความสมดุลในร่างกาย (healing) การใช้ยาสมุนไพรชนิดต่างๆ (herbal medicines) หัตถบำบัด (manual therapy-chiropractic, osteopathy, massage) โภชนะบำบัด (nutrition - ด้วยการลดอาหารบางชนิดเพิ่มอาหารบางจำพวก การสวนทวารด้วยกาแฟ รับประทานวิตามินด้วยขนาดยาที่สูงมาก กระจกอ่อนปลาฉลาม เห็ดบางชนิด รวมถึงสาหร่ายบางจำพวก) การบำบัดทางจิต (psychotherapy-relaxation, intensive meditation, hypnotherapy) นอกจากนี้ ยังมีการนำเข้าถึงวิธีการบำบัดจากประเทศทางตะวันตก อาทิเช่น homeotherapy, hyperoxygenation therapies, immunotherapy, naturopathy, radionics, visualization หรือวิธีการของพื้นบ้าน อาทิเช่น รดน้ำมันดี รับประทานน้ำมันดี ถือสีลกินเจ เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยจำนวนมากเชื่อและเข้าสู่การบำบัดชนิดต่างๆ ตามที่กล่าวข้างต้นก็เพราะการโฆษณาที่น่าดึงดูดความสนใจ เป็นต้นว่า เป็นการบำบัดตามหลักธรรมชาติ ไม่มีพิษ ไม่ก่อให้เกิดผลลบหรือผลร้ายต่อร่างกาย เป็นการบำบัดที่ครอบคลุมทั้งทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการส่งเสริมให้รับประทานอาหารตามธรรมชาติ โดยเฉพาะเป็นอาหารสดไม่ผ่านกรรมวิธีการปรุงแต่ง ใช้หลักการบำบัดที่ไม่ใช้ยาแผนปัจจุบันแต่ใช้หลักการของพลังหรืออำนาจทางธรรมชาติ (naturopathic principle) อาทิเช่น อากาศ แสง น้ำ ความร้อน การนวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการบำบัดเป็นการทำให้โรคร้ายโดยเฉพาะก้อนเนื้อร้ายลดขนาดลง

โดยความเป็นจริงแล้ว การบำบัดกลุ่มนี้มีข้อพึงสังวรมากมาย ซึ่งบางชนิดการบำบัดอาจก่อให้เกิดอันตรายโดยอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ และเป็นการบำบัดที่ยังไม่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์มารองรับหรือพิสูจน์ได้ ซึ่งข้อด้อยต่างๆ เท่าที่พบได้ประกอบได้ด้วย

การดูแล	- เพิ่มค่าใช้จ่าย เสียเวลาและเงินทอง - เกิดความแตกแยกในการดูแล - ปฏิเสธการบำบัดการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือถูกบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันปฏิเสธให้การบำบัดต่อ
ด้านร่างกาย	- เกิดความเป็นพิษต่อร่างกาย - มีการใช้สารหนูผสมในยาหรือ cyanide ในพืชบางชนิด - การติดเชื้อจากมาตรการบำบัด - HIV, hepatitis B (immune sera) amoebiasis (colonic irrigation) septicemia, cerebral abscess (coffee enemas), electrolyte imbalance (coffee enemas), chemical phlebitis (ozone), neuropathy (excess pyridoxine), renal calculi (excess vitamin C), orange discoloration (excess beta - carotene), malnutrition (exclusion diets)
ไม่มีข้อมูลสนับสนุน	- ไม่พบส่วนสัมพันธ์ระหว่างอาหารเสริมกับการบำบัดมะเร็ง การอ้างอิงยาและเภสัชวิทยาว่ารักษาโรคได้โดยไม่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน - การยึดหลักการการดูแลแบบองค์รวมกับการหายจากการป่วยไข้
ด้านจิตใจ	- ถูกทำให้เข้าใจว่าเป็นเพราะกรรมเก่าจึงต้องป่วยไข้ เพิ่มความซึมเศร้าและเข้าใจว่าเป็นความผิดของตนเมื่อโรคลุกลามมากขึ้น

บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยเสาะหาการบำบัดของการแพทย์ทางเลือก เมื่อการบำบัดแผนปัจจุบันไม่สามารถทำให้ดีขึ้นหรือหายได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการให้ความรู้ถึงผลดีผลเสียกับการละทิ้งการดูแล โดยเฉพาะการดูแลในรูปแบบประคับประคอง ตั้งแต่การให้ข้อคิด เตือนสติ รวมถึงการให้กำลังใจ อาทิเช่น

1. ใครคือผู้แนะนำว่า วิธีการบำบัดที่กล่าวถึงนั้นดี ทำให้โรคที่เป็นอยู่หายได้

2. มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ หรือตัวอย่างผู้ป่วยที่รักษาโรคด้วยมาตรการเหล่านี้แล้วหายก็รายที่ยังมีชีวิตอยู่และ หรือสามารถแสดงตัวได้

3. ชีวิตเป็นของผู้ป่วย การบำบัดรักษาในช่วงเวลาเช่นนี้ ไม่มีอะไรผิดหรือถูก ผู้ป่วยควรใช้พิจารณาณสติ ใคร่ตรองให้สุขุม รอบคอบ ตั้งแต่

3.1 ค่าใช้จ่ายแพงหรือไม่ ถ้าต้องกู้หนี้ยืมสินมาใช้เป็นค่ารักษา ให้คิดถึงคนที่อยู่ข้างหลังอาจต้องมารับภาระและลำบากกับการจ่ายคืน

3.2 มีผลข้างเคียงชนิดใดบ้าง

4. ถ้าหากยังยืนยันไปรักษา โดยละทิ้งการดูแลรักษาที่ได้กระทำไว้ก็ไม่ต่อต้าน แต่ขอให้ระลึกไว้เสมอว่าถ้ารู้สึกไม่ดีขึ้น ขอให้กลับมาให้ดูแลรักษาต่อไป

บทที่ 11

การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)

ความตายของมนุษย์คนหนึ่งนั้นเป็นมากกว่าความล้มเหลวของระบบทางกายภาพของมนุษย์คนนั้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมรอบข้างด้วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) ให้บรรลุถึงความสำเร็จได้นั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้านต่างๆให้ครบ ได้แก่ ปัจจัยด้าน social, psychological, physical, และ spiritual ซึ่งถ้ามองในมุมที่เน้นด้านจิตใจของผู้เผชิญความตายเป็นหลัก ปัจจัยที่มีความสำคัญมากคือSpiritual orientation (spiritual issues, spiritual needs, spiritual pain, spiritual care, spiritual practices and nurturing) Spiritual care จึงไม่สามารถแยกจาก Holistic care ได้ และยังถือเป็นหัวใจของ Palliative care อีกด้วย อย่างไรก็ตาม Spiritual care เป็นสิ่งที่เข้าใจได้ยากที่สุด ในขณะที่เป็นสิ่งที่ถูกละเลยได้ง่ายที่สุด ในที่นี้จะใช้คำว่า “จิตวิญญาณ” แทนคำว่า “Spiritual”

ในประเทศไทยการดูแลผู้ป่วยแบบครบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมีแนวคิดมาตั้งแต่สมัยเริ่มก่อตั้งการแพทย์ไทยแผนปัจจุบัน ดังพระราชดำริสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก บิดาแห่งวงการแพทย์ไทย ความว่า **“ฉันไม่ต้องการให้เธอเป็นเพียงหมอเท่านั้นแต่ฉันต้องการให้พวกเธอมีความเป็นมนุษย์ด้วย”** แต่ท่ามกลางความเจริญทางด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว สังคมมีความคาดหวังแบบวัตถุนิยม การแพทย์มีการพัฒนาตอบสนองตัวชี้วัดด้านรูปธรรมมากขึ้น จนทำให้ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยแบบครบองค์รวมเสื่อมสลายไป โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณที่มีการให้ความสำคัญลดลง

จิตวิญญาณมีอยู่คู่กันกับมนุษย์มาตั้งแต่เกิด คู่กันจนถึงกับทำให้บางคนแยกแยะไม่ออกและละเลยที่จะให้ความสนใจ หรือรู้สึกเหมือนว่ารู้จักกับคำว่าจิตวิญญาณดีทุกคน แต่ก็ไม่สามารถหาหนทางที่ตรงกันได้ จนบางครั้งอาจมีความสงสัยว่าจิตวิญญาณนั้นเป็นสิ่งที่อยู่จริงหรือไม่ อย่างไรก็ตามถ้าผู้ใดที่รู้สึกได้ว่านอกเหนือจากสังคมและสิ่งแวดล้อมภายนอกแล้ว ยังมีอีกสิ่งหนึ่งที่เป็นพลังผลักดันอยู่ภายใน ซึ่งมีอิทธิพลต่อจิตใจและการกระทำของเขาเช่นกันแล้ว จิตวิญญาณยังมีอยู่จริงสำหรับคนผู้นั้น

ความหมายของ “จิตวิญญาณ”

ปัญหาสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณ คือ การให้นิยามหรือความหมายและขอบเขตของคำว่า “จิตวิญญาณ” ถ้าการให้คำจำกัดความเกี่ยวข้องกับศาสนาจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าติดกันต่อผู้ที่มีความเชื่อที่แตกต่างกันไป ในทางตรงกันข้ามถ้าให้คำจำกัดความโดยไม่มีความเกี่ยวข้องกับศาสนาก็อาจจะทำให้เกิดผลทำนองเดียวกันกับผู้ที่มีความศรัทธาในศาสนา

นิยามของ “จิตวิญญาณ” ในความคิดเห็นของกลุ่มนี้ คือ การให้ความหมายและคุณค่า (ทั้งในด้านบวกและลบ) แก่สิ่งต่างๆ ที่ได้รับรู้ ซึ่งฝังอยู่ในส่วนลึกของจิตใจของบุคคล และมีอิทธิพลและแรงผลักดันต่อความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคลนั้น

“จิตวิญญาณ” มีผลต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร

ความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือความเชื่อมั่นในสิ่งที่ดั่งามมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจสามารถให้ประโยชน์อย่างมากต่อผู้ที่อยู่ในภาวะตึงเครียดและกำลังเผชิญกับความสูญเสียเสื่อมสลาย ในกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความศรัทธาดังกล่าวสามารถทำให้จิตใจมีความมั่นคง ไม่หวั่นไหว ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในช่วงเวลาใกล้ความตาย ด้วยการเน้นให้ยอมรับถึงธรรมชาติของเปลี่ยนแปลงและความพลัดพรากสูญเสีย รวมทั้งให้เกิดความเข้าใจในการจัดการอย่างเหมาะสมกับความทุกข์ด้วยการปล่อยวาง

อย่างไรก็ตาม “จิตวิญญาณ” ในกลุ่มคนบางกลุ่มที่มีบทบาทต่อการใช้ชีวิตประจำวันในสังคม อาจก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เช่นกัน เช่น การที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อได้ดังเคย ไม่สามารถติดต่อหรือไปมาหาสู่กับมิตรสหายในสังคมที่มีความเชื่อเดียวกันได้ดังเคย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เป็นความเชื่อความศรัทธาที่ไม่แพร่หลาย

ความทุกข์

“ทุกข์” มาจากภาษาบาลี แปลตามศัพท์ได้ว่า ทนได้ยาก นำมาใช้เป็นภาษาไทยในสองความหมาย คือหมายถึงความรู้สึกทุกข์ หรืออาจหมายถึงสภาวะทุกข์ คือสภาวะที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดขึ้นและสลายไป เพราะปัจจัยที่ปรุงแต่งให้มีสภาพเป็นอย่างนั้นเปลี่ยนแปลงไป ทำให้คงอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ ซึ่งเกี่ยวข้องกัน คือสภาวะทุกข์ทำให้เกิดความทุกข์

ความรู้สึกทุกข์เป็นหนึ่งในความรู้สึก (เวทนา) ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกสุข ความรู้สึกทุกข์ หรือความรู้สึกเฉยๆ ความทุกข์อาจจำแนกเป็น 12 ชนิด ได้แก่ ทุกข์จากการเกิด ทุกข์จากการแก่ ทุกข์จากการเจ็บป่วย ทุกข์จากการตาย ความเศร้าโศก ความคร่ำครวญร่ำไร ความทุกข์กาย ความทุกข์ใจ ความคับแค้นสิ้นหวัง, การประสบกับสิ่งซึ่งไม่เป็นที่รัก, การพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก, การไม่ได้สิ่งที่ปรารถนา สรุปก็คือ ร่างกาย และจิตใจนั้นเป็นทุกข์โดยสภาพอยู่แล้ว

ความทุกข์จากการตายเป็นหนึ่งในความทุกข์ที่ทุกคนจะต้องประสบ และความทุกข์ทางใจอันเนื่องจากปัญหาด้านจิตวิญญาณนั้นพบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ชนิดอื่นๆ ตามมา มีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ผกผันระหว่างความมีสภาพจิตวิญญาณที่ดี (Spiritual well being) กับอาการซึมเศร้าและความต้องการเร่งการตาย

ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

ปัญหาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่เข้าใกล้วาระสุดท้ายนั้นอาจแบ่งตามความสัมพันธ์กับเวลาได้เป็น ปัญหาในอดีต ปัญหาในปัจจุบัน และปัญหาในอนาคต (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

เกี่ยวข้องกับอดีต คุณค่าและความหมายของชีวิต คุณค่าของความสัมพันธ์ คุณค่าของความสำเร็จ ความทรงจำที่เจ็บปวดและน่าอาย ความรู้สึกผิด เกี่ยวกับความล้มเหลวหรือความไม่สมหวัง
เกี่ยวข้องกับปัจจุบัน การแตกแยกระหว่างบุคคล (จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคม) ความหมายของชีวิต ความหมายของความทุกข์
เกี่ยวข้องกับอนาคต กลัวความพลัดพราก ความรู้สึกลึ้นหวัง ความรู้สึกรู้ความหมาย กังวลเกี่ยวกับความตาย

อาการของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตวิญญาณ

สืบเนื่องจากปัญหาด้านจิตวิญญาณที่ไม่ได้รับการแก้ไขส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ จึงแสดงอาการผิดปกติออกมาในรูปของปัญหาทางกายหรือปัญหาทางจิตใจ ดังนั้นอาการผิดปกติต่างๆ ที่ไม่ดีขึ้นแม้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้วนั้นต้องนึกปัญหาด้านจิตวิญญาณไว้ด้วยเสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการเก็บตัวและซึมเศร้า พึงระลึกเสมอว่าปัญหาด้านจิตวิญญาณมักถูกบดบังด้วยอาการทางคลินิก และมีผู้ป่วยน้อยคนมากที่จะพูดตรงๆ ถึงปัญหาด้านจิตวิญญาณของตนเอง

การประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณ

จุดประสงค์ของการประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยก็เพื่อหาปัญหา ทั้งนี้เพื่อให้ทีมผู้ดูแลสามารถที่จะตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) ของผู้ป่วย รวมทั้งโอกาสในการพัฒนาให้ดีขึ้น การประเมินควรทำบนพื้นฐานของความเชื่อถือศรัทธาของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ตัวอย่างคำถาม

- ผมเห็นในแฟ้มประวัติว่าคุณนับถือศาสนา.....ช่วยเล่าให้ผมฟังเกี่ยวกับศาสนา.....จะได้ไหมครับ
- คุณมีการนับถือศาสนาหรือมีความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์หรือไม่ ช่วยเล่าให้ผมฟัง ได้ไหมครับ

- คุณคิดว่าความศรัทธาในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คุณเคารพให้ประโยชน์อะไรต่อตัวคุณบ้างครับ
- ถ้าจะให้ช่วยเกี่ยวกับเรื่องอะไรที่เกี่ยวกับศาสนาที่คุณนับถืออยู่ บอกได้เลยครับ
- ถ้ามีเรื่องอะไรเกี่ยวกับศาสนาที่คุณนับถือที่เราควรรู้เพื่อปรับปรุงการดูแลคุณให้ดีขึ้น ช่วยบอกด้วยนะครับ
- ถ้าคุณอยากจะคุยกับใครเป็นพิเศษเกี่ยวกับเรื่องนี้ บอกได้เลยครับ

ขั้นตอนการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้คือ

1. เข้าใจการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณและมีเจตนาดีต่อผู้ป่วย
2. สร้างความสัมพันธ์และสื่อสาร
3. มองหาปัญหา
4. มองหาทางพัฒนา
5. ขอมอบผลที่ได้รับ

การปฏิบัติควรตั้งวัตถุประสงค์ไว้เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสพัฒนาตนเองจนถึงจุดที่สูงที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งไม่เท่ากัน และคาดเดาได้ยาก ดังนั้นควรยอมรับและพอใจกับผลที่เกิดขึ้นหากกระบวนการดูแลได้กระทำครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว ผู้ป่วยจะเริ่มพัฒนาจากการที่มีความอบอุ่นใจยอมรับและไว้วางใจการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ก่อน แล้วจึงเริ่มทำใจยอมรับในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองตรงไปตรงมา และเปิดเผย ต่อมาถ้ามีความเข้าใจมากขึ้นก็จะเริ่มยอมรับในชีวิตว่าทุกๆ ชีวิตที่ต้องมีการเกิดแก่เจ็บตายเป็นธรรมดา ถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยที่เกื้อหนุนเพียงพออาจเข้าถึงความเข้าใจธรรมชาติอย่างถ่องแท้ ถึงขั้นลงใจยอมรับได้อย่างแท้จริงถึงลักษณะของสรรพสิ่งทั้งหลายที่มีความไม่แน่นอน ไม่คงที่ และไม่สามารถควบคุมได้เป็นที่ตั้งไม่น่ายึดถือไว้ ซึ่งจะเป็จุดที่จิตใจมีความสะอาด สว่าง สงบ และสันติ คืออิสระจากการยึดโยงและปราศจากดินรนทั้งปวง ขั้นตอนพัฒนาสภาพด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย (ซึ่งไม่เท่ากันทุกคน) พอสรุปได้ดังนี้

1. ขอมอบบุคลการ (อุ่นใจ)
2. ขอมอบการเจ็บป่วย (ทำใจ)
3. ขอมอบชีวิต (เข้าใจ)
4. ขอมอบธรรมชาติ (ปลงใจ)

ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจและหลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจจะขัดขวางศักยภาพของผู้ป่วยในการพัฒนาสภาพด้านจิตวิญญาณของตน ผู้ที่ดูแลจิตใจของผู้ป่วยได้ดีที่สุดก็คือตัวของผู้ป่วยเอง

บทที่ 12

ความทุกข์โศกจากการสูญเสียผู้ใกล้ชิด (Grief and Bereavement)

Palliative care นั้นครอบคลุมถึงการดูแลความโศกเศร้าและผลกระทบจากการสูญเสียหลังความตายของผู้ป่วย ที่เกิดกับบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย Grief and Bereavement เป็นคำศัพท์ที่ผู้ดูแลด้าน Palliative care ควรรู้จัก “Bereavement” หมายถึง การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาในด้านต่างๆ กับผู้สูญเสีย “Grief” หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกทุกข์โศกอันเป็นผลมาจากการสูญเสีย

เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น การได้รับความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจจากเพื่อนฝูงญาติมิตร เมื่อเวลาผ่านไป จะช่วยเยียวยาให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถจัดการกับความสูญเสียนั้นให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดีเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ผู้ดูแลด้าน Palliative care ควรที่จะสามารถแยกแยะระหว่างปฏิกิริยาที่เกิดจากความสูญเสีย ที่ปกติและผิดปกติได้ ซึ่งจะนำไปสู่การช่วยเหลือที่เหมาะสมและทันเวลา อย่างไรก็ตามบนความแตกต่างและหลากหลายของสังคมในปัจจุบันการที่จะลงความเห็นว่าการโศกเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาที่ปกติหรือผิดปกติไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะให้ชี้ชัดลงไป

ความโศกเศร้าปกติ (Normal grief)

เราสามารถแบ่ง Grief ออกเป็นระยะต่างๆ ตามช่วงเวลาที่เกิด ซึ่งเรียกว่า Phase of Grief ได้แก่ Anticipatory grief, Acute grief, Chronic phase of normal grief และ Resolution phase

Anticipatory grief เป็นอารมณ์ความรู้สึกโศกเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างการเจ็บป่วยช่วงสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งเป็นช่วงที่ทุกคนเริ่มตระหนักแล้วว่าความตายกำลังจะมาถึง ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาการที่เกิดจากความกังวลและอารมณ์โกรธ และอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น Anticipatory grief พบได้บ่อยในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ที่บ้านหรือมีช่วงเวลาป่วยระยะสุดท้ายสั้นๆ มีหลักฐานว่าการเกิด Anticipatory grief ร่วมกับการได้รับสัญญาณเตือนที่เพียงพอ และมีช่วงเวลาเตรียมใจพอสมควรอาจนำไปสู่การปรับตัวได้ดีกว่ากรณีทั่วไป Anticipatory grief อาจมีปฏิกิริยารุนแรงในกรณีที่การเจ็บป่วยนั้นรุนแรง กระทั่งหันหน้าไม่คาดคิด หรือกรณีเกิดกับผู้ตายมีอายุน้อย

Acute grief เป็นอารมณ์ความรู้สึกโศกเศร้าของผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ปฏิกิริยาต่างๆ มักเริ่มเกิดขึ้นทันทีหรือภายในเวลาเป็นชั่วโมง แต่อาจเริ่มช้าเป็นหลายๆ วันก็ได้ ซึ่งอาจเนื่องด้วยปัจจัยด้านร่างกาย (ความเหนื่อยล้า เจ็บป่วย) หรือด้านสังคม (จัดการเอกสาร จัดการงานศพ) อย่างไรก็ตามถ้าเริ่มเกิดปฏิกิริยาขึ้นช้ากว่า 2 สัปดาห์ เรียกว่า Delayed grief พบว่าอาจมีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงหรือเรื้อรังได้มากกว่าปกติ ช่วงระยะของ Acute grief มักจะนานประมาณ 6 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้นเล็กน้อย

ปฏิกิริยาของ Acute grief มักนำด้วยอาการ นิ่งอึ้งในช่วงแรก (shock and numbness) แล้วจึงตามมาด้วยอาการอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Acute grief reaction

Shock, numbness, unreality	Crying
Anxiety	Anorexia
Agitation	Diarrhea
Aimless activity, inactivity	Palpitation
Anger	Fatigue
Preoccupation	Insomnia
Depressive symptoms, including guilt	Symptoms similar to the diseased

การให้กำลังใจและความเห็นอกเห็นใจเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อญาติผู้สูญเสีย รวมทั้งการให้ความเข้าใจว่า ความเศร้าโศกเสียใจและปฏิกิริยาต่างๆ อันเกิดจากการสูญเสียคนที่เรารักและผูกพันไปนั้นเป็นเรื่องปกติที่ยอมรับได้

Chronic phase of normal grief มักกินเวลาเพียงไม่กี่เดือน หรืออาจนานได้ถึงสองปี ใน Chronic phase จะมีลักษณะอาการเหมือนกับระยะ Acute grief ร่วมกับอาการ เฉยชา เก็บตัวไม่เข้าสังคม และ ซึมเศร้า รวมทั้งอาจมีอาการกังวล อาการนอนไม่หลับและความรู้สึกไร้จุดหมายร่วมด้วย ควรให้การช่วยเหลือดูแลในลักษณะของการสนับสนุนด้านจิตใจ โดยพยายามไม่ให้เกิดมีการตัดสินใจถูกหรือผิด ทั้งนี้เพื่อช่วยให้มีการระบายความรู้สึกจริงๆ ที่เกิดขึ้น การเข้าร่วมกลุ่มกับผู้สูญเสียอื่นๆ โดยมากจะเกิดประโยชน์ในขณะนี้ด้วย สิ่งที่สำคัญอีกประการคือการสนับสนุนให้ผู้สูญเสียไม่ปิดกั้นความรู้สึกเศร้าโศก ทั้งนี้เพื่อให้อารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ได้ถูกกำหนดรู้ตามความเป็นจริง ซึ่งจะค่อยๆ หายไปในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจใช้การอธิบายเหตุผลประกอบให้เกิดความเข้าใจและยอมรับยิ่งขึ้น

Resolution phase เป็นระยะก่อนที่จะกลับสู่สภาวะปกติอีกครั้ง สังเกตได้จากการจัดระเบียบการใช้ชีวิตใหม่ เริ่มมีจุดหมายหมายของชีวิตหรือมีเป้าหมายของงานที่ทำ ในขณะเดียวกันกับที่อาการต่างๆ ของความโศกเศร้าทั้งทางร่างกายและจิตใจเริ่มลดลงให้เห็น ผู้สูญเสียจะสามารถระลึกถึงผู้ที่ถึงแก่กรรมได้โดยไม่มีความรู้สึกผิดหรือวิตกกังวล ผู้สูญเสียหลายคนจะรู้สึกถึงความมั่นคงของอารมณ์และความมีวุฒิภาวะด้านจิตใจมากขึ้นหลังจากได้ผ่านกระบวนการของความโศกเศร้าหลังการสูญเสียอย่างเหมาะสม

ปฏิกิริยาจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่ผิดปกติ (Abnormal bereavement reactions)

ปฏิกิริยาความโศกเศร้าหลังการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่กินเวลานาน รุนแรงมาก หรือมีความแตกต่างจากกรณีทั่วไปอาจเรียกได้ว่าผิดปกติ อย่างไรก็ตามยังไม่มีกำหนดถึงความหมายของปฏิกิริยาดังกล่าวที่ถือว่าผิดปกติไว้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน แต่ก็มีกรรวบรวมปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาความโศกเศร้าหลังการสูญเสียที่ผิดปกติไว้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Risk factors for poor bereavement outcome

High initial distress with depressive symptoms
Unanticipated death
Death of child
Inhibited grief
High dependency on the deceased
Other concurrent significant stresses
Poor social supports
Poor response to previous losses
History of psychiatric illness, depression

ความโศกเศร้าหลังการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่ผิดปกติ (Abnormal bereavement) พอแจกแจงได้เป็นชนิดต่างๆ ได้แก่ Inhibited bereavement, distorted bereavement, และ chronic bereavement

Inhibited bereavement ในผู้ใหญ่ถ้าปฏิกิริยาความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสียไม่มีการแสดงออกมาให้เห็นเลย หรือแสดงออกน้อยมากนั้น ส่วนใหญ่มักถือว่าเป็นสิ่งผิดปกติ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่ดีต่อการดำเนินชีวิตได้ อันเนื่องมาจากความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ทำให้นึกถึงผู้ที่เสียชีวิต ซึ่งจะทำให้ความสัมพันธ์กับสังคมรอบข้างในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตถูกทำลายลง มักเกิดร่วมกับความกังวล หงุดหงิด และซึมเศร้า การดูแลมักเป็นลักษณะของการให้คำปรึกษาและคำแนะนำมากกว่าการรักษาด้วยยา เรียกว่า Program of guided mourning ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดโดยให้ผู้สูญเสียนึกถึงตัวผู้เสียชีวิต ร่วมกับการทบทวนถึงความผูกพันที่มีต่อผู้เสียชีวิต ทั้งที่ยังรู้สึกเจ็บปวดต่อเรื่องดังกล่าวอยู่ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ระบายและแสดงออกถึงความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด หรือความโกรธต่างๆซึ่งเมื่อนำมาสะท้อนให้ผู้สูญเสียได้เห็นในแง่มุมต่างๆ อย่างเหมาะสมจะเป็นประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อเป็นมุมมองที่ได้จากสมาชิกในครอบครัวด้วยกัน

Distorted bereavement เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสียที่มากเกินไปที่พบได้บ่อยสองชนิด ได้แก่ โกรธมากเกินไป (Extreme angry) และรู้สึกผิดมากเกินไป (Extreme guilt) มักจะเกิดในกรณีที่ผู้สูญเสียเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้ตายอย่างมาก ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจหรือทั้งสองด้าน หรืออาจเกิดในกรณีที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกถึงการละทิ้งที่ไม่สมควร ชนิดของความรู้สึกที่ผิดจะมีลักษณะที่มีความรู้สึกผิดอย่างต่อเนื่องร่วมกับการโทษตัวเอง

Chronic bereavement หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Unresolved grief มีลักษณะที่อาการต่างๆ ของ Acute grief ไม่หายไปในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดขึ้นได้หลายอย่าง ดังตารางที่ 2 ผู้สูญเสียอาจจะแสดงอาการวิตกกังวล รวมทั้งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตน (Hypochondria) และมักพบอาการซึมเศร้า แต่มีบางส่วนที่กลายเป็นอาการซึมเศร้ารุนแรง (major depression) หรือมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

การรักษา

ผู้สูญเสียส่วนใหญ่แล้วไม่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ และมักคืนสู่สภาพปกติได้โดยอาศัยการเยียวยาจากครอบครัว จากเพื่อนฝูงและด้วยเวลา

ก่อนการเสียชีวิต

การดูแลภาวะความโศกเศร้าอันเนื่องมาจากการตายนี้สมควรเริ่มตั้งแต่มีก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ซึ่งควรจัดให้มีการพบปะกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อการเตรียมตัวเผชิญหน้ากับความสูญเสียที่ใกล้เข้ามา ในบางโอกาสอาจสามารถที่จะทราบได้ล่วงหน้าได้ว่าใครที่มีความเสี่ยงที่จะปรับตัวหลังประสบกับความสูญเสียและการพลัดพรากได้ไม่ดี (Bereavement difficulties) ซึ่งสมควรได้รับการนำเข้าร่วมโครงการ อาทิ เช่น ปรึกษานักจิตวิทยา เพื่อการช่วยเหลือและให้คำแนะนำเป็นพิเศษ ซึ่งขณะนี้ได้มีการวิจัยแบบ Randomized controlled trial เกี่ยวกับโครงการในลักษณะเช่นนี้ด้วยรูปแบบต่างๆ อย่างกว้างขวาง

ช่วงระหว่างการเสียชีวิต

เมื่อมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงวันที่ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตแล้ว ควรแจ้งให้ครอบครัวทราบ รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวมาร่วมอยู่ในเหตุการณ์ในวันดังกล่าวด้วย เพื่อให้ได้มีโอกาสมีส่วนร่วมหรือมีส่วนในการช่วยเหลือในกระบวนการตายของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เกิดการยอมรับความจริงที่กำลังเกิดขึ้น หลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยควรสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่กับร่างของผู้เสียชีวิตนั้นสักพักหนึ่ง อาจเป็นเพียงการนั่งอยู่อย่างสงบ หรืออาจมีการพูดลา หรือแม้แต่การสัมผัสเพื่อแสดงความอาลัยต่างๆ ก็เป็นสิ่งที่กระทำได้ ควรเปิดโอกาสให้ญาติผู้เสียชีวิตที่ต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการกับร่างผู้ตายเข้ามีส่วนร่วม เช่นการจัดทำทาง การทำความสะอาด การตกแต่งร่างกาย การแต่งกาย เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีการเสียชีวิตที่บ้าน ขณะเดียวกันควรให้กำลังใจด้วยเหตุผล โดยเน้นเรื่องการชี้ให้เห็นถึงการพ้นทุกข์ของผู้ตาย อย่างไรก็ตามควรเปิดโอกาสให้ญาติเหล่านั้นได้มีโอกาสติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อีกในภายหลัง เพื่อช่วยแก้ไขปัญหา หรือตอบข้อสงสัยกังวลใจต่างๆ ที่ยังคงค้างคาใจอยู่

ภายหลังการเสียชีวิต

ควรพยายามติดต่อกับครอบครัวผู้ตายเพื่อติดตามผล อาจเป็นทางจดหมาย หรือโทรศัพท์เพื่อให้ครอบครัวรู้สึกได้ถึงความห่วงใย รวมทั้งช่วยให้สามารถพบความผิดปกติ (Abnormal bereavement) ได้ ซึ่งถ้าในกรณีที่รุนแรงก็จะสามารถส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญได้แก่ counselor หรือ psychiatrist ได้อย่างเหมาะสม และทันเวลา หรือการใช้ การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเองระหว่างผู้สูญเสีย (Bereavement self-help group) ก็อาจจะเป็นประโยชน์ อย่างไรก็ตามแพทย์ประจำครอบครัวของผู้สูญเสียเองควรจะมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยตัดสินใจว่าจำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออื่นๆ อีกหรือไม่ การจัดงานรำลึกถึงผู้จากไปปีละหนึ่งถึงสองครั้งโดยหน่วย palliative care เป็นอีกสิ่งที่น่าจะได้ประโยชน์มากในการติดตามผล รวมทั้งควรมีกระบวนการในการ ทบทวนการทำงานของหน่วยงานเกี่ยวกับการดูแลด้าน Grief and Bereavement เป็นประจำสม่ำเสมอ เกี่ยวกับ จิตความสามารถของหน่วยและความต้องการของครอบครัวผู้ตาย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้และประสิทธิภาพ ในการบริการให้ดียิ่งขึ้น

Bereaved children เด็กเมื่อต้องเผชิญกับการเสียชีวิตของบุพการีมักจะต้องการการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในช่วงวัย school age ซึ่งอาจจะยังเป็นปัญหามากขึ้นเป็นทวีคูณกรณีบิดาหรือมารดาผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ กลับจมอยู่กับความทุกข์โศกอย่างรุนแรงเสียเอง การวางแผนรับมือล่วงหน้าจึงเป็นการเตรียมตัวที่ดีให้กับเด็ก เพื่อให้พร้อมรับมือกับการตายของบุพการี เนื่องด้วยปกติแล้วบุพการีจะเป็นผู้ให้คำแนะนำและคำอธิบายกับเด็กๆ เมื่อมีปัญหา ดังนั้นเมื่อบิดามารดาเป็นผู้เสียชีวิต การให้ความช่วยเหลือเด็กในกรณีนี้จึงต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะที่ทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ปฏิกริยาของเด็กต่อการสูญเสียนี้อาจออกมาในรูปของการมีปัญหาด้านความประพฤติและวินัย อาการอื่นๆ ที่พบร่วมด้วยมีทั้งอาการทางกายและอาการทางจิตใจ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความโกรธ และความรู้สึกผิดพบได้บ่อย การติดตามเด็กที่ประสบกับการสูญเสียบุพการี พบว่ามีแนวโน้มที่จะมีการปรับตัวด้านพฤติกรรมไม่ดีซึ่งรบกวนการเข้าสังคมและการศึกษา ในกรณีดังกล่าวสมควรได้รับการให้คำปรึกษา

บทที่ 13

การดูแลรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Palliative Care for Patients with AIDS)

มีผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องน้อยรายมากที่หลังจากติดเชื้อ HIV แล้วโรคไม่ลุกลามภายในระยะเวลาไม่กี่ปี ถึงแม้ปัจจุบันจะมียาควบคุมได้ดีขึ้นก็ตาม AIDS ถูกพิจารณาให้เป็นโรคที่อันตรายถึงแก่ชีวิตเสมอ จึงมีความเหมาะสมและจำเป็นกับการพิจารณาให้มีการดูแลรักษาแบบประคับประคองหลากหลายชนิดไว้บริการด้วยความอ่อนไหวต่อทั้งทางด้านจิตใจตามขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม

ในช่วงระยะเริ่มแรกที่มีการระบาดของ AIDS เนื่องจากการดูแลรักษาแบบประคับประคองได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อไว้สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นการเฉพาะ จึงมีความคิดเห็นว่าการดูแลรูปแบบนี้ถูกพิจารณาว่าเป็นมาตรการที่แสดงถึงการยอมรับต่อการรักษา ดังนั้นจึงควรพิจารณาจัดหารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมที่แตกต่างกันออกไป แต่โดยความเป็นจริงแล้ว ความต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองของผู้ป่วย AIDS นั้นคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเพียงแต่มีปัญหาทางการแพทย์บางประการที่แตกต่างกันออกไป และการดูแลต้องการถึงความอ่อนไหวและความเหมาะสมกับด้านภาวะจิตใจและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งข้อโต้แย้งต่างๆ ที่ถูกพิจารณาว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงกันนั้น ประกอบด้วย

- ผู้ป่วย AIDS เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่ามาก
 - แต่ก็ไม่ได้มีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไกล่ตายจากโรคมะเร็งที่ต้องการบริการการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างเด่นชัด
- ผู้ป่วย AIDS ยังคงต้องมีการบำบัดโรคที่เป็นอยู่อย่างจริงจัง
 - เช่นกันที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนมากก็อยู่ในสภาวะเดียวกัน
- ผู้ป่วย AIDS จะไม่ละทิ้งความหวังในการหายป่วยจนกว่าเข้าสู่ช่วงท้ายของการเจ็บไข้
 - เช่นเดียวกันที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนมากโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว จะมีความรู้สึกเช่นนี้
- การยอมรับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง หมายถึง การยอมรับ
 - การดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยหลากหลายมาตรการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ใช่ทางเลือกทางการแพทย์ที่อ่อนปวกเปียกที่ถูกนำมาใช้เมื่อการบำบัด anticancer หรือ antiviral ถูกพิจารณาขยับยั้ง แต่เป็นการดูแลที่สามารถถูกนำมาผสมผสานให้แก่ผู้ป่วยก่อนหน้าการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคได้เป็นเวลายาวนาน
- ผู้ป่วย AIDS ต้องการได้รับรู้ข้อมูลการป่วยไข้และเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษา
 - สิ่งที่ต้องการเหล่านี้นี้ควรได้รับการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าจะอายุเท่าใด ถ้าบรรณนิติกาวะมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ โดยไม่คำนึงว่าจะป่วยด้วยโรคอะไร ไม่ว่าจะเป็นมะเร็งหรือ AIDS

- ผู้ป่วย AIDS ใส่ใจกับเรื่องคุณภาพชีวิต
 - การดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นให้ถึงการดูแลเรื่องคุณภาพชีวิตมากที่สุด
- ผู้ป่วย AIDS มีภาวะหวนคืนของการติดเชื้อที่คุกคามชีวิตอย่างเฉียบพลันและต้องการถึงการดูแลรักษาอย่างทันทีทันใด
 - ผู้ป่วยโรคมะเร็งก็ทุกข์ทรมานจากปัญหาต่างๆ ทางกายภาพที่ต้องการถึงการดูแลชนิดเฉียบพลันที่คล้ายคลึงกัน (เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเกินปกติ กระดูกหักจากพยาธิสภาพที่เป็นอยู่และภาวะอุดตันของลำไส้)
- ในผู้ป่วย AIDS ไม่อาจพยากรณ์โรคได้อย่างชัดเจน
 - ผู้ป่วยโรคมะเร็งบางรายก็ไม่อาจทำนายถึงการพยากรณ์โรคได้อย่างแน่ชัด หากหลีกเลี่ยงกับการกล่าวถึงโรคฉวยโอกาสชนิดต่างๆ (opportunistic infections) แล้ว การทำนายถึงการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วย AIDS ก่อนข้างจะแน่นอน
- ผู้ป่วย AIDS ทุกข์ทรมานจากความปวดที่ไม่สนองตอบต่อยาแก้ปวด
 - การควบคุมความปวดต้องการถึงการยึดมั่นต่อหลักเกณฑ์ในการใช้ยาแก้ปวด รวมถึงยาแก้ปวดกลุ่ม adjuvants และการใส่ใจกับปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ซึ่งอาจเป็นตัวการที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น
- หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองกลัว AIDS
 - มีความเป็นไปได้ในช่วงแรกที่มีการระบาดของ AIDS เพราะความรู้ในด้านโรคนี้อย่างไม่ดีพอ แต่สถานการณ์ในปัจจุบันได้เปลี่ยนไป บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในด้านนี้ นอกจากไม่กลัวยังพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่และเต็มใจ
- ปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมมีความแตกต่างเป็นการเฉพาะในผู้ป่วย AIDS
 - พบว่าปัจจัยด้านจิตใจและสังคมที่เกิดกับผู้ป่วยที่อายุน้อยไม่มีความแตกต่างไปจากที่เกิดกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สูงอายุ และยังคงคล้ายคลึงกันไม่ว่าจะเป็นกับพวกติดเชื้อ HIV ของกลุ่มชายรักร่วมเพศหรือจากการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ สิ่งที่ต้องการดูแลรักษาแบบประคับประคองต้องมีคือบุคคลที่ทำงานในด้านนี้ต้องมีความชำนาญ และมีบุคลิกภาพที่แน่ใจว่าสามารถให้ถึงการช่วยเหลือคำจูนและการบำบัดด้วยกิริยาท่าทีที่เปี่ยมด้วยความพอเหมาะทางด้านจิตศาสตร์และทางด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วย

เป้าหมายของการดูแลรักษาแบบประคับประคองคือการให้ถึงการบรรเทาและหรือป้องกันความทุกข์ทรมาน สาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย AIDS สามารถแบ่งแยกเป็นประเภทต่างๆ ในรูปแบบเดียวกันกับที่เกิดกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และแต่ละประเภทได้รับการบำบัดให้ดีขึ้น ตามตารางต่อไปนี้

ตารางแสดงถึงลักษณะปัญหาของความทุกข์ทรมานและส่วนประกอบของการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่นำมาใช้

ความทุกข์ทรมาน	การดูแล
ความปวด + อาการอื่นๆ ทางด้านร่างกาย + ปัญหาทางด้านจิตใจ + ความยากลำบากทางด้านสังคม + ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม + ความกังวลต่อจิตวิญญาณ/ปัญหาค้างคาใจ	ให้การบำบัดต่อความปวด และอาการอื่นๆ ที่เกิดกับร่างกาย และปัญหาต่างๆ ทางด้านจิตใจ และความยากลำบากด้านสังคม และปัจจัยต่างๆ ทางด้านวัฒนธรรม และความกังวลต่อจิตวิญญาณ/ปัญหาค้างคาใจ
= ความทุกข์ทรมานทั้งหมด (Total Suffering)	= การดูแลทุกสิ่งทุกอย่างของการดูแลแบบประคับประคอง (Multidisciplinary Palliative Care - Total Care)

เส้นทางการดำเนินโรคของ AIDS

เส้นทางการดำเนินโรคจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการติดเชื้อ HIV นั้นมีความหลากหลาย โดยตั้งแต่ไม่กี่เดือนไปถึง 2-3 ปี ถ้าหากไม่ได้รับการบำบัดอย่างเต็มที่การทำ serial CD4 lymphocyte counts ซึ่งมีประโยชน์ต่อการใช้เป็นเครื่องมือในการพยากรณ์โรคและแบ่งกลุ่มผู้ป่วยพบว่า มีประโยชน์น้อยมากสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เหตุผลแรกของความยุ่งยากในการให้ถึงการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายก็คือการดำเนินโรคถูกทำให้สับสนโดยการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างซ้ำซาก ซึ่งการติดเชื้อเช่นนี้บางครั้งคุกคามถึงชีวิต ทั้งๆ ที่มีการแกว่งอย่างมากกับการดำเนินโรค AIDS แต่ก็สามารถจัดแบ่งระยะของการคืบหน้าของการป่วยไข้ได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่คือ

- ระยะแรก (early stage)
 - * เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค AIDS
 - * มีการสนองตอบต่อ antiviral therapy และการบำบัดภาวะติดเชื้อต่างๆ
 - * มีการฟื้นตัวด้านการทำงานของอวัยวะในร่างกายและน้ำหนักตัว
- ระยะคืบหน้า (progressive stage)
 - * เพิ่มชนิดและความถี่ของการติดเชื้อ
 - * เพิ่มอุบัติการณ์ในการบำบัดอาการข้างเคียงต่างๆ
 - * มีภาวณ้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่อง
 - * มีภาวอ่อนเปลี้ยเพิ่มขึ้นและคงอยู่ยาวนาน
 - * อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม
 - * สามารถทำงานและทำกิจกรรมสำหรับชีวิตประจำวันได้เพียงบางประการ

- **ระยะโรคลุกลาม (advanced stage)**

- * มีภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นหรือเป็นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสนองตอบต่อการบำบัดอย่างจริงจังที่ลดลง
- * มีภาวะอ่อนเพลียและอ่อนเพลียอย่างรุนแรงโดยมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
- * อาจมีปัญหาด้านประสาทวิทยา [อาทิเช่น สมองเลื่อม (dementia) คาบอด]
- * การหยุดยั้งการบำบัดที่มุ่งตรงและจริงจังต่อตัวโรค (active treatment) และปรับเปลี่ยนมาเป็นการบำบัดในรูปแบบประคับประคอง

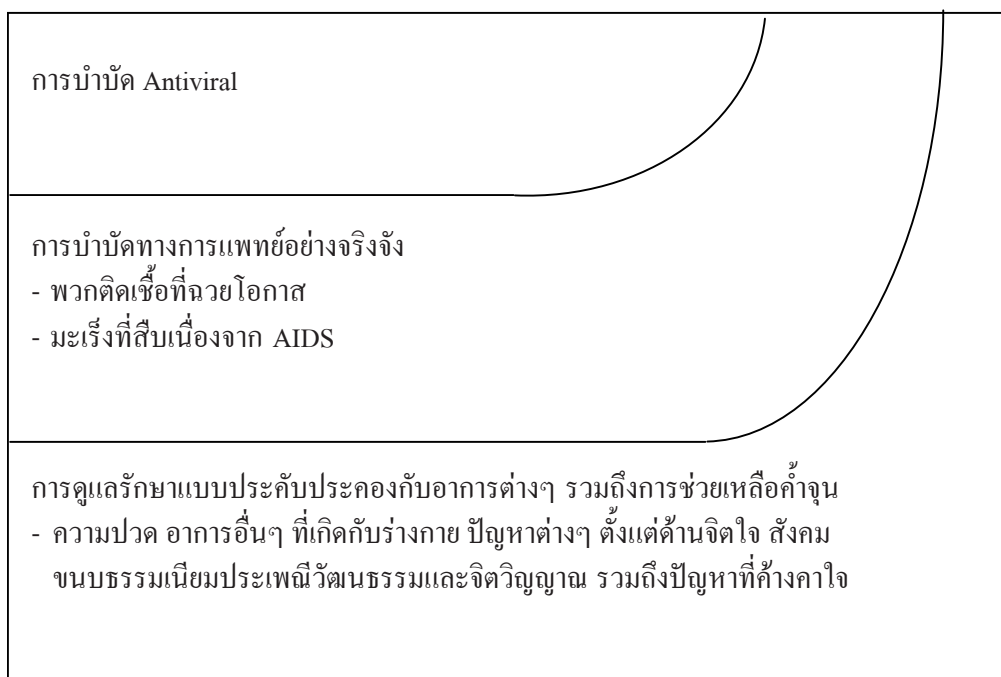
- **ระยะสุดท้าย (terminal stage)**

- * ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยกระทำในทุกสิ่งทุกอย่าง
- * สามารถคาดหมายได้ว่าความตายจะเกิดขึ้นภายในช่วงเวลาไม่กี่วันถึง 2-3 เดือน
- * การดูแลทั้งหมดมุ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย

การนำเอาการดูแลรักษาแบบประคับประคองเข้าร่วมในการบำบัดผู้ป่วย AIDS

อุปสรรคเดียวที่เข้มแข็งหรือสำคัญสุดในการทำให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่ได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย AIDS คือ ความเชื่อที่ว่า การดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็น “ทางเลือกที่อ่อนปวกเปียก” และถูกนำมาใช้เมื่อมาตรการบำบัดต่างๆ ที่ใช้อยู่เดิมล้มเหลวและยังเป็นการทำให้ความหวังที่จะหายจากการป่วยไข้อยู่กละทิ้งไปด้วย แท้จริงแล้วการดูแลรักษาแบบประคับประคองเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านร่างกายและปัญหาทางด้านจิตใจอย่างจริงจัง หลักการสำหรับการดูแลรักษารูปแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย AIDS เป็นรูปแบบเดียวกันกับที่ใช้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ถึงแม้ปัญหาด้านการแพทย์จะแตกต่างกัน รวมถึงการเข้าดูแลด้านขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมต้องการถึงความแตกต่างกันก็ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ การดูแลอาการต่างๆ รวมถึงการเข้าช่วยเหลือคำจูนอย่างครอบคลุมไปทุกๆ ด้าน โดยมุ่งไปที่สาเหตุทุกสิ่งทุกอย่างที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้วยการมีทีมงานที่หลากหลายความชำนาญ และมีการเตรียมพร้อมเข้าปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย AIDS ทุกรายก่อนที่การป่วยไข้จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยการบำบัดนี้เป็นการแพทย์ผสมผสาน (ไม่ใช่การแข่งขันหรือแก่งแย่ง) ร่วมกับการแพทย์ที่ให้การบำบัดกับตัวโรคอย่างจริงจัง และการดูแลรักษาแบบประคับประคองควรถูกนำมาใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ด้านได้อย่างไม่ตะขิดตะขวงใจ ดังรูปต่อไปนี้

รูปแสดงถึงการนำเอาการดูแลรักษาแบบประคับประคองเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วย AIDS



ได้รับการวินิจฉัย

ตาย

ว่าป่วยด้วยโรค AIDS

ความปวด

ผู้ป่วย AIDS ระยะที่โรคลุกลามหรือระยะสุดท้ายจำนวนมากมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงร่วมด้วย หลักการที่ใช้สำหรับประเมินและให้การบำบัดความปวดจะเป็นไปในรูปแบบเดียวกันกับที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น มีความจำเป็นต้องใส่ใจกับปัจจัยอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการรับรู้ความปวด ตั้งแต่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมถึงจิตวิญญาณและปัญหาต่างๆ ที่ยังค้างคาใจ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้บ่อยครั้งที่ได้รับการบำบัดความปวดที่น้อยกว่าควรจะเป็น ทำให้ต้องทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น

ยาแก้ปวดกลุ่มยาเสริม (adjuvant analgesics) เป็นยาที่นำมาใช้เป็นกรณีพิเศษสำหรับบำบัดความปวดที่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่ไปข้องแวะกับระบบประสาท ที่เรียกว่า neuropathic pain โดยมากอาจสัมพันธ์กับยาต้านไวรัส หรือยาชนิดอื่นที่มีพิษข้างเคียงต่อระบบประสาท ทำให้จำเป็นต้องลดหรือถอดยาเหล่านี้ ออกไปจากการบำบัด corticosteroids จะช่วยบรรเทาความปวดที่เกิดจากความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงกว่าปกติ (raised intracranial pressure) แพทย์บางรายอาจกลัวต่อการใช้ corticosteroids โดยวิตกว่าอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสหรือไปปิดบังขบวนการอักเสบ แต่ในกรณีของผู้ป่วยที่โรคลุกลามหรือเข้าสู่ระยะสุดท้าย การช่วยลดความปวด เพิ่มความอยากรับประทานอาหาร ทำให้อารมณ์และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอาจจะทำให้ความเสี่ยงต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วหมดความหมายไป

การบำบัดอาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วย AIDS

บริเวณส่วนคอหอย (oropharyngeal)

โรคที่เกิดบริเวณส่วนคอหอยพบได้เป็นของปกติในผู้ป่วย AIDS ตามตารางข้างล่าง การบำบัดรักษาจะมุ่งไปที่สาเหตุถ้าเป็นไปได้ การติดเชื้อพวก papilloma virus สามารถให้การบำบัดได้โดยการผ่าตัดหรือใช้ laser ถัารอยโรคนี้ก่อให้เกิดความรำคาญ การเกิด aphthous ulcer ซ้ำซาก ก็ให้การบำบัดด้วยการทาบริเวณที่เป็นด้วย corticosteroid มีรายงานถึงการใช้บำบัดด้วย thalidomide อย่างได้ผลแต่อาจก่อให้เกิดภาวะ peripheral neuropathy ตามมา ผู้ป่วย AIDS มีความเป็นไปได้กับการเกิดภาวะปากคอแห้งเนื่องจากขาดน้ำคั่งหลังธรรมชาติ (xerostomia) จึงจำเป็นต้องให้การใส่ใจต่อสุขภาพของช่องปากและฟันรวมถึงการให้พวก topical fluoride supplements

ตารางแสดงถึงโรคที่เกิดบริเวณ oropharyngeal

fungal	candidiasis
viral	herpes simplex virus (HSV)
	papilloma virus (หูด)
	hairy leucoplakia (EBV)
bacterial	HIV-associated gingivitis, periodontitis
	Other bacterial infections
	Kaposi's sarcoma
malignant	non-Hodgkin's lymphoma
recurrent aphthous ulceration	
xerostomia	

บริเวณหลอดอาหาร (esophageal)

ภาวะหลอดอาหารอักเสบพบได้บ่อยมากโดยเกิดจากเชื้อรา candidiasis การใช้กล้องส่องตรวจเพื่อให้แน่ใจหรือให้ยา fluconazole (100 มก./วัน) ซึ่งเป็นยาครอบจักรวาลไปก่อน แต่ถ้าไม่สนองตอบต่อยาที่ให้เท่าที่ควรก็ควรพิจารณาใช้ endoscopy เพื่อตรวจหาว่าเกิดจากสาเหตุอื่นหรือไม่ การบำบัดเป็นไปตามเหตุที่ก่อให้เกิดอาการ

เบื่ออาหารและน้ำหนักลด (anorexia & weight loss)

บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วย AIDS ทุกข์จากภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลด ซึ่งสาเหตุมีตั้งแต่มีการแพร่กระจายของการติดเชื้ออย่างเรื้อรัง จากยาที่ใช้รักษา ภาวะที่ไร้โภชนาการสำหรับร่างกาย (inanition) กลืนอาหารลำบาก มีการดูดซึมอาหารบกพร่อง โรคทางระบบประสาทส่วนกลาง (เช่น สมองเสื่อม) และภาวะ HIV-cachexia/wasting เป็นต้น ถ้าหากสามารถค้นหาสาเหตุ การบำบัดก็ควรกระทำกับตัวต้นเหตุถ้าทำได้ การขอคำปรึกษาจากโภชนาการจะเป็นวิธีที่ดีสำหรับผู้ป่วยที่ทุโภชนาการหรือรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียหรือมีการดูดซึมอาหารบกพร่องที่ไม่สนองต่อการบำบัดแต่สภาพทั่วไปรวมถึงการพยากรณ์โรคยังอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ควรพิจารณาให้อาหารทางเส้นเลือด โดยผลและประโยชน์ที่ได้รับควรประเมินหลังทดลองให้การบำบัดไปแล้ว 3-4 สัปดาห์ ก่อนตัดสินใจว่าจะคงการบำบัดในรูปแบบนี้ต่อไป corticosteroid จะช่วยให้อยากอาหารและส่งเสริมให้อารมณ์ดีขึ้นและอาจช่วยเสริมให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นบ้างแม้จะไม่มาก ในผู้ป่วยระยะโรคดุกูลาม megestrol (160-320 มก./วัน) จะช่วยทำให้มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น และอาจทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นบ้างแต่อาจทำให้ความรู้สึกทางเพศสัมพันธ์เสื่อมไป ยาจำพวกแก้อาเจียน dronabinol จะช่วยทำให้เกิดความอยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นแต่อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงด้านเกิดการระคายเคืองโดยไร้สาเหตุ (dysphoria) โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลาง

ท้องเสีย (diarrhea)

ผู้ป่วย AIDS มากกว่าครึ่งหนึ่งพบว่าทุกข์ทรมานจากอาการท้องเสีย ซึ่งอาจรุนแรงจนขาดมีการขับถ่ายวันละ 10-20 ครั้ง โดย 2 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการท้องเสียเกิดจากการติดเชื้อ สำหรับสาเหตุอื่นอาจจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้บำบัดหรือลำไส้เกิด Kaposi's sarcoma หรือ lymphoma สำหรับคำ "AIDS enteropathy" ใช้สำหรับอธิบายถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะท้องเสีย อาจเกิดจาก HIV infection โดยตรงในผู้ป่วยบางราย

การบำบัดภาวะท้องเสียขึ้นกับสาเหตุ ความรุนแรงและระยะการป่วยไข้ของโรคที่เป็นอยู่ ถ้าเป็นการติดเชื้อจาก Salmonella, Shigella, Campylobacter, Clostridium difficile, Giardia, Isospora belli; และ Chlamydia เป็นเหตุผลอันสมควรที่จะให้การบำบัดด้วยยาฆ่าเชื้อนั้นๆ เป็นการเฉพาะ สำหรับการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ชนิดอื่นๆ ยังเป็นที่น่าสงสัยถึงการได้ประโยชน์กับการให้ยาฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ที่ครอบคลุมเชื้อหลายชนิดให้แก่ผู้ป่วยท้องเสียเรื้อรังที่ไม่สนองต่อการบำบัดมาก่อนหน้า สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยทำการเพาะเชื้อมาก่อนก็สมควรทดลองกระทำ

การให้บำบัดตามอาการด้วยการให้ยา opioid antidiarrheal ชนิดใดชนิดหนึ่ง (loperamide, diphenoxylate, codeine, morphine) ร่วมกับ kapectate ก็ได้ผลในบางราย cholestyramine ก็ช่วยได้บ้างในกรณีของ secondary malabsorption ผู้ป่วยที่อาการท้องเสียและต้องการรักษาอาจสนองตอบกับการฉีด octreotide เข้าทางใต้ผิวหนังและให้สารน้ำทางรับประทาน แต่ถ้าจำเป็นอาจพิจารณาให้ทางเส้นเลือดดำ ทั้งนี้ขึ้นกับการประเมินตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยโดยเฉพาะในด้านการพยากรณ์โรคเป็นสำคัญ

ผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียเกิดขึ้นใหม่ ควรได้รับการประเมินหาเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นต้นเหตุเพื่อใช้รักษา และยังใช้เป็นตัวประเมินว่าสามารถติดต่อถึงบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยอื่น อย่างไรก็ดีตามควมมี standard enteric precaution (ล้างมือ สวมถุงมือ และใส่เสื้อคลุม) ไว้ใช้ระหว่างปฏิบัติงาน

การอักเสบของลำไส้ตรงและทวารหนักรวมถึงโรคบริเวณรอบรูทวาร (proctitis & perianal disease)

อาการแสดง proctitis คือปวดบริเวณ anorectal ร่วมกับมีของเหลวที่ถูกขับออกมา (discharge) หรือมีอาหารท้องเสีย มีการติดเชื้อเฉพาะที่ เชื้อที่พบได้บ่อยสุดคือ Chlamydia, gonorrhea หรือ HSV สำหรับเชื้อชนิดอื่น เช่น cytomegalovirus (CMV) และ papilloma virus infections พบได้ไม่บ่อยนัก อาการที่เกิดขึ้นเฉพาะที่สามารถเกิดจาก Kaposi's sarcoma, malignant lymphoma หรือ squamous cell carcinoma ของช่องทวารหนัก อาการบริเวณลำไส้ตรงเกิดจากมีแผลเปื่อย รอยแยก รูทวารตีบ และอาการจะถูกซ้ำเติมให้เป็นมากขึ้นจากริดสีดวงทวารซึ่งเกิดขึ้นโดยเป็นผลตามมาจากการมีท้องเสีย ถ้าสามารถกระทำได้ การตรวจด้วย proctoscope เพื่อหาสาเหตุรวมถึงการเพาะเชื้อจะช่วยให้การบำบัดดีขึ้น

การบำบัดจะกระทำโดยตรงต่อสาเหตุ อาทิเช่น gonococcal infection ก็บำบัดด้วย amoxicillin, Chlamydia ก็ด้วย tetracycline และ HSV ก็โดยให้รับประทานยา acyclovir การบำบัดอาการอื่นมีตั้งแต่การให้การควบคุมความปวด การให้ยาที่ให้อุจจาระอ่อน (ถ้ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้) ยาเฉพาะที่และ corticosteroid สำหรับใช้บริเวณลำไส้ตรง พบว่าช่วยได้อย่างมากในการบรรเทาอาการบริเวณนี้

โรคเกี่ยวกับตับ ท่อน้ำดีและถุงน้ำดี (hepatobiliary disease)

ผู้ป่วย AIDS โดยมากพบมีตับโต หรือ liver function test ที่ผิดปกติ โดยเป็นผลของการติดเชื้อ จากการแทรกซึมของโรคเมเร็งที่เกิดร่วมหรือผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา โดยการติดเชื้อที่พบบ่อยสุดที่ไปเกี่ยวข้องกับตับคือ mycobacteria และ CMV พบมีอุบัติการณ์ของ hepatitis B สูงขึ้นในกลุ่มชายรักร่วมเพศ พวก hepatitis C ในกลุ่ม hemophiliacs ส่วนพวกคดียาที่ฉีดเข้าเส้นเลือดดำพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั้งสองชนิด ยาที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางตับประกอบด้วยยาในกลุ่ม sulphonamides, ketoconazole หรือ pentamidine แต่ในบางครั้งอาจเกิดจากยาอื่นๆ อีกมากชนิดที่ผู้ป่วยใช้บริโภค

ในผู้ป่วย AIDS พบมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของ cholecystitis และ sclerosing cholangitis ทำให้มีอาการปวดท้องด้านขวาบนพร้อมกับมีไข้ และ liver function test ที่ผิดปกติ เชื้อที่ก่อให้เกิดอาการนี้โดยมากคือ CMV และ cryptosporidia

ปอดบวม (pneumonia)

เชื้อที่ก่อให้เกิดภาวะปอดบวมในผู้ป่วย AIDS มีมากมาย แต่ที่พบบ่อยสุดมีตั้งแต่ Pneumocystic carinii, M. tuberculosis, CMV, Cryptococcus, Strep. pneumoniae, Hemophilus influenzae และ bacteria อื่นๆ การวินิจฉัยก็มาจากการตรวจเสมหะ หรือการใช้ bronchoscope สำหรับการตรวจหาสิ่งแปลกปลอม การบำบัดก็ต้องให้เหมาะสมกับเชื้อที่ตรวจพบ รวมถึงความเหมาะสมกับระยะของการป่วยไข้ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ช่วงท้ายของชีวิต ยาปฏิชีวนะโดยทั่วไปโดยมากไม่ค่อยได้ผลแลไม่เหมาะกับการนำมาใช้บำบัด ควรให้การบำบัดตามอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ ไอ และไข้ จะเหมาะสมกว่า

ภาวะประสาทและจิตแปรปรวน (neuropsychiatric disorders)

ผู้ป่วย AIDS พบมีปัญหาด้านประสาทวิทยาและจิตเวชศาสตร์จำนวนหนึ่ง โดยมีความยากลำบากในการตัดสินว่าปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการด้านจิตเวชศาสตร์นั้นมีจำนวนเท่าใดที่เป็น functional และกี่รายที่สัมพันธ์กับ organic disease

ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วย AIDS พบมี organic brain disease ในจำนวนนี้ 2 ใน 3 พบมีการทำลายระบบประสาทระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยที่เหลืจะมีอาการเพียงเล็กน้อยหรืออยู่ในระยะเริ่มแรกของโรค (subclinical) เท่านั้น

HIV organic brain disease บ่อยครั้งที่แสดงออกด้วยอาการผิดปกติทางด้านพฤติกรรม cognitive และ psychiatric โดยอาการต่างๆ เหล่านี้อาจปรากฏขึ้นก่อนมีอาการแสดงทางด้านประสาทวิทยาตั้งแต่หลายสัปดาห์จนถึงหลายเดือน หรืออาจตรวจพบความผิดปกติด้วยการตรวจ CT scan จากเหตุผลนี้ผู้ป่วยที่มี psychiatric disorders เกิดขึ้นใหม่ควรได้รับการพิจารณาว่าเป็นอาการแทรกซ้อนด้าน neuropsychiatric จาก HIV infection จนกว่าได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนว่ามาจากสาเหตุอื่น

อาการซึมเศร้า (depression)

เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง การวินิจฉัยว่าเป็นอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วย AIDS มีความยากลำบากในการแยกแยะว่าเป็นอาการทางด้าน cognition หรือด้าน somatic เนื่องจากสามารถเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้มาก อาการซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นจากขบวนการตามปกติในการสนองตอบต่อสภาวะวิกฤตหรือในกรณีของ reactive depression ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งจากผลกระทบหลักของการป่วยไข้หรืออาจเกิดร่วมกับ organic brain syndrome ซึ่งการบำบัดจะแตกต่างกันไป จึงต้องประเมินหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการนี้อย่างละเอียดทุกรายการบำบัดจะมุ่งเน้นแก้ไขที่สาเหตุ

อาการวิตกกังวล (anxiety)

เช่นเดียวกับอาการซึมเศร้า การแยกแยะถึงสาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยากลำบาก โดยอาการวิตกกังวลสามารถแบ่งเป็น

- normal anxiety ซึ่งเป็นอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นปกติในการสนองตอบต่อภาวะเครียดและวิกฤตร่วมกับการป่วยไข้ อาการจะค่อยๆ หายไปตามวันเวลาและจากการช่วยเหลือคำจูงในเรื่องต่างๆ ไป

- reactive anxiety เป็น adjustment disorder ชนิดหนึ่ง ซึ่งอาการจะเป็นอยู่ยาวนานกว่าปกติอาจมากกว่า 1-2 สัปดาห์ อาการอาจรุนแรงกว่าที่คาดหมายว่าจะเป็น มักมีอาการซึมเศร้าเกิดร่วมด้วย การบำบัดก็ด้วยการให้คำปรึกษา (counseling) การให้ supportive psychotherapy ระยะสั้นๆ รวมถึงให้ยากลุ่ม anxiolytics และ antidepressants โดยมากพบว่าดีขึ้น

- anxiety disorders ผู้ป่วยที่เกิด severe generalised anxiety disorder จะเกิดความวิตกกังวลที่เกินความเป็นจริงอย่างเรื้อรัง รวมถึงการมี autonomic hyperactivity ทำให้ไม่สามารถกระทำการกิจกรรมต่างๆ ได้ อาจเกิดภาวะ panic ผู้ป่วยที่ AIDS-related dementia อาจมีอาการคล้ายคลึงกันและทำให้เกิดความยากลำบากในการแยกแยะระหว่าง organic และ functional brain disease การบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือการให้ supportive counseling, psychotherapy รวมถึงการให้ยากลุ่ม anxiolytic

- organic anxiety syndromes สามารถเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้มากมาย ตั้งแต่

- * HIV-related : AIDS-related dementia, other CNS infections, tumor
- * medication
- * recreational drugs, substance abuse
- * uncontrolled pain

- * hypoxia, respiratory distress
- * uncontrolled or severe physical symptoms
- * acute confusional state (delirium)

การบำบัดควรหาสาเหตุและให้การบำบัดต่อเหตุที่ก่อให้เกิดโดยตรงถ้าสามารถกระทำได้

ภาวะวิกลจริต (mania)

mania เกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวในผู้ป่วย AIDS ระยะโรคลุกลาม ส่วนใหญ่เป็นอาการแทรกซ้อนจาก HIV-related brain disease ร่วมกับการมีความผิดปกติด้าน cognitive โดยมีอาการของอารมณ์แปรปรวน พูดคนเดียว กลัว รวมถึง psychomotor agitation เกิดขึ้นตลอดเวลา การบำบัดโดยมากใช้ยาในกลุ่ม tranquilizer เช่น chlorpromazine ตามด้วย carbamazepine หรือ valproic acid การบำบัดด้วย lithium ซึ่งโดยทั่วไปเป็นยาที่ใช้บำบัดความผิดปกติในลักษณะนี้ แต่ในผู้ป่วย AIDS พบมีความยุ่งยากเนื่องจากยาจะไปก่อให้เกิดความผิดปกติกับการทำงานของไต

สมองเสื่อม (dementia)

ภาวะที่ทำให้เนื้อเยื่อสมองเสื่อม (encephalopathy) และสมองเสื่อมจาก AIDS (AIDS dementia) สามารถเกิดได้กับผู้ป่วย AIDS ด้วยสาเหตุที่น่าอัศจรรย์ โดย AIDS dementia complex HIV CNS cognitive impairment, motor slowing และ behavioral dysfunction จากการที่มีความยากลำบากในการสำรวจความคิดและความจำทำให้มีการแยกตัวจากสังคม รวมถึงเกิดอาการเซื่องซึมไม่แยแสต่อสิ่งแวดล้อมทำให้บ่อยครั้งถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า สำหรับภาวะประสาทการเคลื่อนไหวเสื่อมหน้าที่แสดงออกด้วยการมี poor-balance และ inco-ordination ร่วมกับการเกิด ataxic spastic paraparesis เพิ่มขึ้นตามวันเวลาที่ผ่านไป ในระยะท้ายอาจพบมีการกลืนอาหารลำบากได้ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV เข้าสู่ระยะลุกลามประมาณร้อยละ 15 มีอาการ dementia ระดับปานกลางถึงรุนแรงและอีกร้อยละ 15 มีอาการเล็กน้อยหรือเริ่มเป็น ผู้ป่วยบางราย dementia อาจเกิดจากการติดเชื้อ human polyomavirus ก่อให้เกิดอาการ progressive multifocal leucoencephalopathy ที่คล้ายกับเกิดขึ้นในผู้ป่วย lymphoma การวินิจฉัยว่าเป็น AIDS dementia complex ก็โดยอาศัยลักษณะของการป่วยไข้โดยการแยกแยะจากภาวะติดเชื้อของ CNS และสาเหตุอื่นๆ ที่มีความเป็นไปได้กับการก่อให้เกิดอาการเช่นนี้ การทำ CT scan พบมีลักษณะของ cerebral atrophy และ CSF ไม่พบความผิดปกติ การบำบัดด้วย zidovudine หรือ antiviral agents ชนิดอื่นๆ จะทำให้อาการทางระบบประสาทวิทยาดีขึ้นกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ก็เป็นการบำบัดตามอาการและให้การดูแลช่วยเหลือในด้านอื่นๆ

ปัญหาด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณที่ยังค้างคาใจ (psychosocial and spiritual existential problems)

ปัญหาทางจิตสังคม (psychological problems)

สภาวะทางจิตมีผลกระทบต่อผู้ป่วย AIDS และผู้ให้การดูแลอย่างมาก สาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจมีจำนวนมากดังตารางข้างล่าง ความทุกข์ทางด้านจิตใจบ่อยครั้งถูกอธิบายไปเป็นความวิตกกังวลและความซึมเศร้าแต่ในเวชปฏิบัติปฏิกิริยาทางจิตใจมีผลกระทบอย่างกว้างขวางรวมถึงการแสดงออกทางด้านร่างกาย การบำบัดจะประกอบด้วย การช่วยเหลือคำจูนรวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขศึกษา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ารุนแรงควรส่งต่อไปให้จิตแพทย์ช่วยประเมินรักษาต่อไป

ตารางแสดงถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ

จากการป่วยไข้	โรคคลุมเครือมากขึ้น มีความไม่แน่นอนกับการมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเพียงใด ความปวดไม่บรรเทา อาการต่างๆ ควบคุมไม่ได้ ทุพพลภาพ ไม่สามารถช่วยตัวเอง เสียโฉม
ตัวผู้ป่วย	จากการป่วยไข้อย่างยาวนานทำให้เกิดภาวะหมดกำลังใจ กลัวความปวด ความตาย พิกัด สมอเงอ สูญเสีย (หรือกลัวการสูญเสีย) การควบคุมการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียความมั่งคั่งศรี สูญเสียความมั่งคั่งของตนเอง สิ้นหวัง หมดหนทาง กิจกรรมที่ทำไว้ยังไม่บรรลุผลสำเร็จ ส่วนตัว กับผู้อื่น ในทางการเงิน เป็นคนเจ้าทุกข์ โรคประสาท โรคอุปทาน
จากด้านสังคม	ทำตัวเหินห่างสังคม ทำตัวเป็นคนช่างเลือก ล้มเหลวจากการได้รับความช่วยเหลือ หรือขาดแหล่งให้ความช่วยเหลือ มีฐานะลำบากด้านการเงิน
จากทีมงานที่ให้การบำบัด	มีการสื่อสารที่ไม่ดี ขาดข้อมูลข่าวสาร ขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจถึงการเลือกวิธีการดูแล ไม่ยอมให้ผู้ช่วยให้การดูแลเข้าปฏิบัติงาน ผลการวินิจฉัยโรคล่าช้า มีการล้มเหลวของมาตรการบำบัดก่อนหน้านี้หลายครั้ง ปัญหาเกี่ยวกับทางด้านการบริหาร การขาดแคลนยาในการบำบัดรักษา

เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความทุกข์ทางด้านจิตใจอาจก่อหรือถูกก่อขึ้นจากสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์อื่นๆ จึงจำเป็นต้องให้การบำบัดแก้ไขต่อปัญหาทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากเพื่อจะได้แก้ไขถึงปัญหาอื่นๆ ต่อไป เช่นเดียวกับที่ปัญหาทางด้านจิตใจอาจยังคงอยู่หากปัญหาด้านร่างกายที่สัมพันธ์กันหรือปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่ได้รับการเหลียวแลหรือแก้ไขอย่างเพียงพอ

ปัญหาด้านสังคม (social problems)

ปัญหาบางประการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย AIDS จะแตกต่างไปจากผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือจากโรคอื่นๆ เช่น การถูกออกจากงานทำให้เกิดปัญหาทางการเงิน ผู้ป่วย AIDS จำนวนหนึ่งมีความยากลำบากกับการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบางรายขาดที่พักพิง สำหรับการมีอุปนิสัยสมอเงอในระยะท้ายๆ ของการป่วยไข้จำนวนมากจำเป็นต้องมีการตกลงใจในด้านหาผู้ให้การคุ้มครองหรือเป็นผู้ปกครองตั้งแต่ระยะเริ่มป่วยไข้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สังคมยังไม่ให้การยอมรับอย่างสนิทใจ อย่างไรก็ตามความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการคุ้มครอง

การจัดหาให้ได้ถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วย AIDS ต้องรวมไปถึงการช่วยเหลือ คำจุนจกรบครัวและผู้ให้การดูแล พื้นฐานของสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแตกต่างกับผู้ป่วยจากโรคอื่นๆ และมักมีปัญหาที่ซับซ้อนยุ่งยาก ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยชายหนุ่มรักร่วมเพศ อาจสะทกสะท้านต่ออนุภาพการี จากการที่ยังไม่สามารถสลายความโกรธความโศกเศร้ากันได้ บางรายอาจจะยังกังวลกับชายคู่จากจากการที่ทั้งสองอาจถูกกีดขวางจากครอบครัวและสังคม รวมถึงการถูกผลักดันให้ออกจากแหล่งให้ความช่วยเหลือหรือชายที่เป็น bisexual อาจมีปัญหที่แตกต่างออกไป ตั้งแต่การขาดสะบั้นของการสัมพันธ์กับภรรยาและชายคู่จาก ซึ่งปัญหาดังกล่าว เหล่านี้มีความยากลำบากในการเข้าช่วยเหลือ

สิ่งที่ควรคำนึงถึงด้านวัฒนธรรม (cultural considerations)

การบำบัด AIDS ควรกระทำด้วยอาภักปิริยาที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจมาจากชุมชนชายรักร่วมเพศ การจัดให้ถึงการบริการต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะด้านวัฒนธรรม ความเกี่ยวพันกันกับกลุ่ม รวมถึงการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย

ปัญหาด้านจิตวิญญาณและปัญหาอื่นที่ยังค้างคาใจ (spiritual and existential problems)

ผู้ป่วยใกล้ตายจากโรค AIDS ก็คล้ายกับมนุษย์ธรรมดาทั่วไปที่มีปัญหาด้านจิตวิญญาณและเรื่องที่ยังค้างคาใจ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลและภูมิหลังด้านจิตสังคมของแต่ละราย โดยเฉพาะจากกลุ่มรักร่วมเพศกับพวกจิตยาเสพติดเข้าทางเส้นเลือดดำ แต่โดยสาระสำคัญแล้วก็เป็นสิ่งที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน การให้คำปรึกษาแนะนำแนะแนวกับปัญหาต่างๆ ต้องกระทำภายใต้อาภักปิริยาที่อ่อนไหวและเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การบำบัดที่เหมาะสม

● การมีส่วนร่วมในการดูแล (partnership of care)

มีปัญหาย่างยากมากมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและจริยธรรมอาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่โรคแพร่กระจายลุกลามและเข้าสู่ระยะสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยเริ่มหมดเรี่ยวแรงและช่วยตัวเองไม่ได้เพิ่มขึ้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการและวิธีการบำบัดบางประการนั้นเหมาะสมหรือไม่จะเป็นคำถามเกิดขึ้นมาในช่วงเวลาเช่นนี้ ผู้ป่วยที่โรคลุกลามจะมีความอดทนต่อการใช้ invasive procedures ลดลง รวมถึงการเกิดผลข้างเคียงจากยาได้มากขึ้น ปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นนั้นสามารถหลีกเลี่ยงได้ ถ้ามีการนำผู้ป่วยเข้ามาเป็นส่วนร่วมในการตัดสินใจกับการรักษาด้วยการพูดคุยกันอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาด้วยน้ำใสใจจริง ผู้ป่วยสามารถให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและการบำบัดของตัวเองได้ โดยใช้ข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์

● การตัดสินใจทางการแพทย์ (medical decisions)

* **การบำบัดภาวะติดเชื้อ (treatment of infections)** ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดภาวะติดเชื้ออย่างจริงจังหรือไม่ต่างก่อให้เกิดปัญหาตามมา ตั้งแต่การไม่แน่ใจกับการพยากรณ์โรคที่เป็นอยู่ ซึ่งโดยปกติการตัดสินใจจะเป็นตัวชี้นำไปสู่การบำบัดต่อไป อย่างไรก็ตาม ความต้องการของผู้ป่วย ภาวะที่ทนต่อผลข้างเคียงของการบำบัด และสภาพทั่วไปของตัวผู้ป่วย (ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงถึงสภาพการลุกลามของโรค เช่นสภาพ cachexia ที่รุนแรง หรือสมองเสื่อม จำเป็นต้องถูกนำมาพิจารณาทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป ก่อนจะตัดสินใจให้การบำบัดรักษาต่อไป

* การใช้ยากลุ่ม corticosteroids พบว่าการให้ corticosteroids สามารถช่วยแก้ไขอาการต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย AIDS ได้อย่างมาก ตั้งแต่ช่วยทำให้อาการปวดชนิด neuropathic, musculoskeletal อาการปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้และอาเจียน ภาวะแข็งขี้มสลดไสและหมดเรี่ยวแรง ไข้สูงและเหงื่อออกมากดีขึ้นอย่างเด่นชัด ผู้ป่วยจำนวนมากรู้สึกดีขึ้นในทุกๆ ด้านหลังได้รับยาตัวนี้แต่จากความเสี่ยงตามทฤษฎีที่ว่า corticosteroids อาจเป็นเหตุที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันด้านทานในร่างกายเลวร้ายยิ่งขึ้น ทำให้มีการติดเชื้อได้มากขึ้นหรือที่เป็นอยู่มีสภาพเลวร้ายมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้แพทย์มีความลังเลต่อการสั่งใช้ยานี้จนกว่าการบำบัดโรคของผู้ป่วยได้โยกย้ายจากการควบคุมโรคมาเป็นการดูแลตามอาการ มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นน้อยมากที่ชี้ชัดว่า corticosteroids มีผลทางด้านลบกับการติดเชื้อของผู้ป่วย AIDS ระยะลุกลามหรือระยะท้าย ด้วยเหตุนี้การให้ corticosteroids สำหรับประคับประคองอาการต่างๆ จึงเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้กระทำ

* **หยุดการบำบัดเชื้อไวรัส (stopping antiviral therapy)** ยา antiviral AZT พบว่าช่วยทำให้ภาวะติดเชื้อ HIV ลุกลามได้ช้าลง ทำให้อาการแสดงของโรค AIDS ถูกยืดเวลาออกไปรวมถึงทำให้การคาดหมายของการมีชีวิตรอดดีขึ้น ผู้ป่วย AIDS ระยะแรก การให้บำบัดด้วยยา antiviral อาจช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ ส่วนผู้ป่วยที่โรคลุกลามมีความเป็นไปได้ที่ากลุ่มนี้ไม่มีประโยชน์แต่กลับเพิ่มความเป็นพิษต่อร่างกายอย่างเด่นชัดจึงเป็นเหตุอันสมควรที่ควรพิจารณาหยุดการให้ยา

ยาป้องกันบางชนิดเช่น ยาที่ใช้ป้องกันเชื้อรา และ HIV infection ควรให้ใช้อย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาไม่ได้ เนื่องจากเป็นยาที่ไม่มีพิษรุนแรงและพบว่าการหยุดยาอาจทำให้เชื้อต่างๆ เหล่านั้นเกิดขึ้นได้อีกภายใน 1-2 สัปดาห์ และก่อให้เกิดอาการปวดและความทุกข์ทรมานตามมา สำหรับการป้องกันพวก pneumocystis และ toxoplasmosis ด้วยยา trimethoprim-sulfamethoxazole ซึ่งเป็นยาที่ค่อนข้างจะไม่มีผลข้างเคียงก็สามารถให้ผู้ป่วยรับประทานจนกว่าจะกลืนยาไม่ได้ อย่างไรก็ดีตามควรพิจารณาใช้ยาด้วยความรอบคอบ โดยเฉพาะถ้าผลข้างเคียงของยาที่ใช้อาจไปเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น โดยได้ผลทางบวกไม่มากเท่าที่ควร

การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายจาก AIDS ไม่มีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจากโรคอื่นๆ การดูแลและความพยายามใดๆ ที่จะกระทำให้กับผู้ใกล้ตาย ควรมุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิต ความปวดและอาการอื่นๆ ที่เกิดกับร่างกายควรได้รับการช่วยควบคุมให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน รวมถึงการทำให้เกิดความมั่นใจกับผู้ป่วยว่ามาตรการต่างๆ ที่ใช้ช่วยเหลือจะคงกระทำต่อไปอย่างต่อเนื่อง ความกลัวและวิตกกังวลกับความตายควรได้รับการแก้ไขและทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจด้วยการมีผู้อยู่ข้างเตียงตลอดเวลาโดยเฉพาะคนในครอบครัว เรื่องราวเกี่ยวกับจิตวิญญาณและศาสนาควรถูกชักนำเข้ามาใช้ถ้าผู้ป่วยต้องการ

หลังความตาย (after death)

นอกจาก bereavement care สำหรับคนในครอบครัวผู้ตายและผู้ให้การดูแลซึ่งไม่ได้แตกต่างไปจากการดูแลที่ใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคอื่นๆ แต่สิ่งที่ต้องระมัดระวังสำหรับผู้ตายกลุ่มนี้คือ การควบคุมการติดเชื้อยังจำเป็นต้องกระทำต่อไปหลังการตายของผู้ป่วย เนื้อเยื่อและสารคัดหลั่งต่างๆ จากร่างผู้ตายยังสามารถติดต่อไปยังผู้อื่นได้อีกเป็นวันๆ ดังนั้นจึงควรมีการจับต้องศพให้น้อยที่สุดและควรบรรจุศพในถุงพลาสติก ไม่ควรให้ญาติและต้องศพหรือถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ต้องใช้มาตรการป้องกันสากลอย่างเข้มงวด โดยแจ้งเหตุผลให้ญาติรับรู้อย่างชัดเจน



จริยธรรมในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Ethics in Palliative Care)

● กฎของจริยธรรมที่ครอบคลุมทางการแพทย์ สามารถสรุปได้ 4 ประการคือ

1. ทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย (beneficence)
2. หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ก่อให้เกิดผลทางลบต่อผู้ป่วยน้อยสุด หรือไม่ก่อให้เกิดผลทางลบ (non maleficence)
3. ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วย (autonomy)
4. มีความยุติธรรม (justice)

● เกณฑ์ของจริยธรรมทางการแพทย์

- เกณฑ์พื้นฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์คือเกณฑ์ของความไว้วางใจ (trust) และความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ซึ่งต่างเป็นการแสดงออกถึงและการสนองตอบต่อการกระทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย
- ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ และระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยร่วมกับความน่าเชื่อถือของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การบำบัดรักษาดูแล มีความสำคัญต่อจริยธรรมด้านเวชปฏิบัติอย่างมาก

● การเป็นหุ้นส่วนของการดูแล (partnership of care)

ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ความเกี่ยวพันระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้ให้การดูแลบำบัดรักษา หรือระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ช่วยให้การดูแล รวมถึงทีมงานทุกคนที่ช่วยให้การดูแลด้านสุขภาพ ควรเป็นหุ้นส่วนของการดูแล

การเป็นหุ้นส่วนของการดูแล เป้าหมายทั่วไปคือการให้การดูแลที่มากที่สุดแก่ผู้ป่วย แพทย์และทีมงานที่ให้การดูแลด้านสุขภาพให้ถึงความรู้ทางการแพทย์และประสบการณ์ถึงทางเลือกและการช่วยเหลือค่าจูนที่มีพร้อมไว้บริการและการเข้าถึง ผู้ป่วยนำเสนอถึง ค่านิยม ความพึงพอใจ ลำดับก่อนหลัง เป้าหมาย และแผนชีวิตของตนเองออกมา แล้วนำเอาทุกสิ่งทุกอย่างมาผสมผสานให้เป็นเป้าหมายเดียวกันในการทำโครงสร้างหรือรังสรรค์มากกว่าการกระทำในลักษณะเผชิญหน้ากัน การตัดสินใจจะพิจารณาถึงเป้าหมายของการดูแล ทางเลือกถึงชนิดหรือวิธีการรักษา สถานที่รองรับการดูแลรวมถึงเรื่องอื่นๆ ร่วมกัน และร่วมรับผิดชอบถึงผลของการตัดสินใจสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็จากการที่มีการเคารพนับถือซึ่งกันและกัน รวมถึงการเปิดใจพูดจากันทั้งสองฝ่ายอย่างเปิดเผยและด้วยน้ำใสใจจริง

● การเปิดเผย (disclosure)

การสื่อสารที่ดีเป็นหนึ่งในหลักสำคัญสำหรับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และการให้ถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บไข้ รวมถึงการพยากรณ์โรคก็เป็นส่วนหนึ่งของการกระทำนี้ การขาดข้อมูลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดของตนเอง ผู้ป่วยไม่สามารถให้ถึงความยินยอมล่วงหน้า (informed consent)

ถึงวิธีการบำบัดรักษา รวมถึงไม่สามารถวางแผนการที่เหมาะสมสำหรับตัวเองและครอบครัวไม่ควรเกิดมีปัญหาจากการเปิดเผยความจริง ถ้าการเป็นหุ้นส่วนของการดูแลยังคงกระทำกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้คำถามต่างๆ ถูกนำมาถกกันอย่างเปิดเผย ด้วยความอ่อนไหวทางความรู้สึกที่เหมาะสมและโดยอุดมคติแล้ว ครอบครัวผู้ป่วย หรือผู้ช่วยให้การดูแลควรเข้ามาเกี่ยวข้องในระหว่างการศึกษาพิจารณาทุกเรื่อง เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งกันเกี่ยวกับการเปิดเผยความจริง อย่างไรก็ตามก็มีบางสถานการณ์ที่เกิดเป็นปัญหาขึ้นเช่น :

- การบอกผลของการวินิจฉัย (telling the diagnosis) เป็นความยากลำบากในการแจ้งถึงโรคที่ป่วยใช้ที่อยู่ในระยะลุกลามหรือไม่อาจรักษาให้หายได้ ไม่ว่าโรคนั้นจะเพิ่งได้รับการวินิจฉัยหรือกลับทรุดหลังจากการบำบัดมาก่อนหน้ากับผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้รับรู้ถึงผลต่างๆ ที่มีความเป็นไปได้ก่อนทำการแจ้งผลการวินิจฉัย อาจทำให้ความเจ็บปวดทางใจเบาบางลง อย่างไรก็ตามเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ในการพูดคุยกันถึงผลการตรวจด้วยตนเอง ด้วยภาษาที่ทางที่อ่อนไหว ไม่รีบร้อน และด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยควรมีบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยและผู้ช่วยในการดูแลร่วมรับฟังด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นผู้ช่วยให้การตัดสินใจกับผู้ป่วย แต่ก็มีข้อยกเว้น ถ้าผู้ป่วยไม่มีความพร้อมหรือมีการแต่งตั้งตัวแทนที่รับผิดชอบแทนผู้ป่วย ผู้ป่วยควรได้รับการบอกเล่าอย่างน้อยตามความต้องการที่จะรู้เท่านั้น แต่ถ้าเป็นการตัดสินใจเพื่อการเลือกถึงวิธีการบำบัดผู้ป่วยควรได้รับการบอกเล่าให้มากที่สุดเท่าที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การให้คำยินยอมหรือตัดสินใจไว้ล่วงหน้า

- การพูดคุยกันถึงการพยากรณ์โรค (discussing the prognosis) มีรายงานทางการแพทย์จำนวนมากที่กล่าวถึงความไม่มีสมรรถภาพเพียงพอในการทำนายถึงการคาดคะเนว่าจะมีชีวิตอยู่รอดต่อไปอีกนานเพียงใด อย่างถูกต้องสำหรับผู้ป่วยระยะโรคลุกลาม ดังนั้นการฟื้นฟูสำหรับการพยากรณ์โรคจึงควรละเว้น แต่ถ้าถูกคาดคะเน สิ่งที่ดีที่สุดในการกระทำคือให้การคาดหมาย ด้วยการแจ้งถึงการพยากรณ์โรคตามสถิติทางการแพทย์ที่ดีสุดและเลวร้ายที่สุดให้ผู้ป่วยแทน พร้อมทั้งให้คำแนะนำว่าหากปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเต็มที่ผู้ป่วยส่วนมากจะอยู่ในกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไปในด้านดี

- แก้ไขข้อมูลเดิม (correcting previous information) ผู้ป่วยส่วนมากที่ถูกส่งต่อมายังหน่วยงานดูแลรักษาแบบประคับประคองจะไม่รู้ถึงสถานการณ์การป่วยใช้ที่แท้จริง ไม่รู้ว่าโรคที่เป็นอยู่เลวร้ายเพียงใด หรือการพยากรณ์โรคเป็นเช่นใด ทำให้แพทย์ที่ทำงานด้านนี้จำเป็นต้องกลับไปสู่การพูดถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสถานะภาพที่แท้จริงในปัจจุบัน

- เมื่อครอบครัวร้องขอไม่ให้บอกความจริงต่อตัวผู้ป่วย (when family requests the patient not be told) เป็นสิ่งที่พบเป็นปกติในชีวิตประจำวัน โดยทั่วไปการร้องขอนี้ควรได้รับการต่อต้านและปัญหานี้จะลดน้อยลงถ้าคนในครอบครัวได้อยู่ร่วมในการพูดคุยกับผู้ป่วยในครั้งก่อนๆ อย่างไรก็ตามเมื่อที่มีการร้องขอ ควรมีการใช้เวลาพูดคุยกันอย่างระมัดระวังและทำที่ที่อ่อนไหว รวมถึงค้นหาสาเหตุที่อยู่เบื้องหลังการร้องขอและอธิบายถึงผลร้ายที่ความเป็นไปได้ที่จะตามมา ควรแจ้งผู้ร้องขอทราบโดยแท้จริงแล้วนั้น ผู้ป่วยส่วนมากรู้หรือมีความสงสัยกับโรคที่ตัวเองเจ็บป่วยอยู่รวมถึงพยากรณ์โรคอยู่แล้ว ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยกับการไม่รู้อาการ อาจก่อให้เกิดอุปสรรคที่เพิ่มขึ้นมากมายยิ่งกว่าการบอกกล่าวถึงสถานการณ์ที่แท้จริง และควรแจ้งให้ครอบครัวที่ร้องขอว่า ผู้ป่วยอาจได้รับคำตอบอย่างตรงไปตรงมา ถ้ามีคำถามเช่นนี้จากผู้ป่วยเกิดขึ้น

● การให้ความยินยอม (consent)

การบำบัดทุกชนิดจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยได้รับทราบและให้ความยินยอม เว้นเสียแต่ผู้ป่วยรายนั้นไม่มีสมรรถภาพเพียงพอหรือมีการจัดตั้งตัวแทนในการทำการตัดสินใจแทนอย่างเป็นทางการเป็นกิจจะลักษณะ การเป็นส่วนส่วนของการบำบัดและการดูแลระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ กับการร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดจะช่วยป้องกันปัญหาด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับการให้ความเป็นอิสระแก่ผู้ป่วยและการให้ความยินยอมไว้ล่วงหน้า

การให้คำสั่งหรือเจตจำนงไว้ล่วงหน้าหรือพินัยกรรมชีวิต (advanced directives or living wills) การให้ถึงคำสั่งหรือแสดงถึงเจตจำนงไว้ล่วงหน้า หมายถึงการบันทึกข้อความถึงมุมมองต่างๆ รวมถึงเจตนาที่เกี่ยวข้องขอบเขตของการดูแลทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยปรารถนาถึงการกระทำต่างๆ ที่กำหนดไว้ได้ โดยทั่วไปจะกำหนดถึงมาตรการชนิดพิเศษต่างๆ ที่ไม่ให้นำมาใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่เพียงพอให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดต่อไปโดยไม่มี ความหวังว่าจะหายจากการป่วยไข้ได้ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อถึงเวลาเช่นนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถแสดงถึงความต้องการได้ ถ้าผู้ป่วยได้เขียนถึงคำสั่งหรือเจตจำนงไว้ ควรแจ้งให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลได้รับรู้ เพื่อให้ความต้องการของผู้ป่วยนั้นได้รับการสนองตอบ

● การบำบัดรักษาที่เหมาะสม (appropriate therapy)

ในการดูแลรักษาแบบประคับประคองมักจะมีคำถามขึ้นมามากว่าการบำบัดชนิดใดเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับการนำมาใช้ปฏิบัติ โดยเฉพาะเรื่องสำคัญคือการพยากรณ์ชีวิตให้อยู่รอดยาวนานขึ้นกับการบรรเทาความทุกข์ทรมานเรื่องใดควรมาก่อน และมีความเหมาะสมเพียงใดกับการไม่เริ่มหรือหยุดการบำบัดบางชนิด ซึ่งทั้งนี้ขึ้นกับคุณภาพระหว่างจิตแห่งความสามารถในการก่อประโยชน์และภาระรวมถึงความเสี่ยงของการบำบัดที่อาจเกิดขึ้นตามมาตรฐานรางวัลต่าง

ตารางที่แสดงถึงข้อพิจารณาบางประการที่เกี่ยวกับการบำบัดที่เหมาะสม

สถานภาพของผู้ป่วย	สภาพทั่วไป
	ระยะของโรค
	การพยากรณ์ถึงระยะเวลาของการอยู่รอด
การบำบัด	ความมุ่งหมายของชนิดบำบัด
	อัตราความสำเร็จของชนิดการบำบัดที่พิจารณานำมาใช้
	ผลข้างเคียงต่างๆ
จิตแห่งความสามารถในการก่อประโยชน์	เพียงพอเพื่อพองให้ชีวิตอยู่ยืดยาวนานขึ้น
	ควบคุมอาการต่างๆ ให้ดีขึ้น
	ช่วยให้ภาวะทุกข์ทรมานช่วงสุดท้ายของชีวิตและ
	ความตายลดน้อยลง

ตารางที่แสดงถึงข้อพิจารณาบางประการที่เกี่ยวกับการบำบัดที่เหมาะสม

ความเสี่ยง	ทำให้คุณภาพชีวิตทรุด/เลวร้ายมากขึ้น เพิ่มความทุกข์ทรมานช่วงสุดท้ายของชีวิตรวมถึงความตาย ยืดเวลาของการตายออกไป เร่งให้ตายเร็วขึ้น
------------	--

จากตารางข้างบนทำให้ได้ข้อคิดและเกณฑ์สำหรับนำมาใช้บำบัดบางประการคือ

● หยุดการให้บำบัดต่อโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ (stopping anticancer therapy)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกือบทั้งหมดที่โรคลุกลามไปมากจะถึงขั้นตอนหนึ่งที่พบว่า การมุ่งให้การบำบัดโรคมะเร็งอย่างจริงจังไม่ได้ช่วยหยุดยั้งการลุกลามของโรคแต่นั่นไม่ได้หมายความว่าไม่มีวิธีการบำบัดอื่นที่อาจนำมาใช้ดูแลระดับประคองอาการที่เกิดขึ้น สิ่งที่ไม่น่าเกิดขึ้นคือผู้ป่วยโดยมากจะได้รับการบอกเล่าว่า “ไม่มีอะไรที่จะช่วยบำบัดให้ผู้ป่วยอีกแล้ว” ซึ่งไม่เป็นความจริงและยังถูกนำไปแปลเป็นความหมายว่าถูกแพทย์ทอดทิ้ง ผู้ป่วยมีความหลากหลายกับการยอมรับถึงความไม่มีประโยชน์หากยังได้รับการบำบัดต่อโรคมะเร็งต่อไป สำหรับผู้ที่ยังยืนกรานหรือร้องขอให้ทำการรักษาในรูปแบบเดิมต่อไป ควรได้รับการบอกกล่าวถึงประโยชน์และความเสี่ยงจากการบำบัด รวมถึงการแนะนำให้เข้าสู่การบำบัดที่อยู่ในระหว่างการทำวิจัย (experimental clinical trial)

● การบำบัดเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ (treating the terminal ill)

เกณฑ์ที่ให้ตามตารางที่กล่าวมาแล้วจะช่วยในการตัดสินใจถึงการยับยั้งหรือลดถอนการบำบัดบางประการให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ อาทิเช่น ปัญหาที่พบได้บ่อยมาก คือ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ควรให้การบำบัดภาวะติดเชื้อของปอดหรือไม่ เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาไตร่ตรองอย่างจริงจัง ถ้าผู้ป่วยนั้นเข้าใกล้ความตาย เป็นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยคาดหวังว่าน่าจะได้ประโยชน์ ถ้ายาปฏิชีวนะเป็นเพียงตัวช่วยให้ขบวนการของความตายถูกยืดให้ยาวออกไปเท่านั้น ผู้ป่วยควรได้รับการยับยั้งการบำบัดด้วยยาปฏิชีวนะ แต่ถ้ายาปฏิชีวนะจะช่วยบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบาย อาทิเช่น ลดไข้ delirium หรือ ลดภาวะการมีเหงื่อมากผิดปกติ โดยไม่มีวิธีการอื่นที่ดีกว่านี้ หรืออีกตัวอย่างหนึ่ง คือการบำบัดภาวะ renal failure จากการมีureteric obstruction ในผู้ป่วยที่โรคร้ายในช่องเชิงกรานลุกลาม ถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะป่วยไข้ระยะสุดท้าย จากผลของโรคมะเร็ง ก่อนที่จะเกิดมีโรคแทรกซ้อนด้วย renal failure เช่น อัมพาตครึ่งตัว มี urethrovaginal หรือ recto-urethrovaginal fistula รวมถึง severe bedsore การบำบัดอย่างจริงจังกรณีเช่นนี้อาจต้องยับยั้งไว้ แต่ถ้าผู้ป่วยถึงแม้จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคแต่ก่อนหน้าที่มี renal failure ผู้ป่วยยังมีสภาพทั่วไปที่ค่อนข้างดีและมีเหตุผลเพียงพอในการบ่งบอกว่ายังมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะเวลาพอสมควร ก็มีความเหมาะสมกับการพิจารณาทำ stenting หรือ nephrostomy insertion.

● ปัญหาด้านโภชนาการและการให้สารน้ำ (nutrition and hydration)

- ด้านโภชนาการ (nutrition)

ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ชนิดต่างๆ เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งและอาจเป็นตัวการที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล บ่อยครั้งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการร้องขอจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยให้ช่วยให้สารอาหาร (artificial feeding)

ตามที่ทราบกันอยู่แล้วว่า ภาวะน้ำหนักลดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนมากเกิดจากความผิดปกติของการสันดาปในร่างกาย ก่อให้เกิดกลุ่มอาการ cachexia ซึ่งไม่ได้เกิดจากการขาดอาหาร ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งไม่มาก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีกลุ่มอาการ cachexia อาจบอกหิว แต่ก็สามารถรับประทานอาหารได้เพียงปริมาณเล็กน้อยเท่านั้น ไม่มีพยานหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าความผิดปกติจากการสันดาปของกลุ่มอาการ cachexia สามารถให้การแก้ไขได้ด้วยการช่วยให้สารอาหารทางลำไส้หรือทางเส้นเลือดดำ (enteral or parenteral [TPN] nutrition) ซึ่งมาตรการช่วยให้สารอาหารเหล่านี้ถูกพิจารณาว่าเป็นมาตรการที่ไร้ประโยชน์ TPN ไม่ได้ช่วยทำให้อัตราการอยู่รอดดีขึ้นหรือทำให้การบำบัดโรคที่ป่วยไข้ รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่อาจก่อให้เกิดการติดเชื้อและจำเป็นต้องมีการใส่ central catheter ซึ่งทำให้ต้องมีการตรวจตราอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว สำหรับการให้อาหารทางลำไส้ ก็พบว่าไม่ได้ประโยชน์เช่นเดียวกัน รวมถึงการก่อให้เกิดภาวะปวดเสียดท้อง ท้องเสีย รวมถึงการต้องใส่สายให้อาหาร

การช่วยให้อาหาร (artificial feeding) เหมาะสมสำหรับใช้บำบัดผู้ป่วยที่ไม่สบายจากการขาดอาหาร (starvation) ซึ่งมีจำนวนไม่มาก มากกว่าการนำมาใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีภาวะ cachexia จากการมีความผิดปกติด้านการสันดาปของร่างกาย สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะอดตันของกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนบนและยังไม่ได้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ ต่างก็มีเหตุอันสมควรกับการช่วยให้อาหารทางสายให้อาหาร (nasogastric tube) หรือใส่สายให้อาหารเข้าทางกระเพาะอาหาร (gastrostomy tube) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป จากมาตรการทางการแพทย์บางชนิดก็ควรพิจารณาให้ TPN อย่างไรก็ตาม การให้อาหารทาง TPN ควรได้รับการพิจารณาจากสภาพการป่วยไข้เป็นการเฉพาะราย

การให้การบำบัดในรูปแบบการดูแลรักษาประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เบื่ออาหารและ cachexia สำหรับผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่ไม่เหมาะกับการให้ artificial feeding จำเป็นต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอย่างถ่องแท้เพียงพอ การลองให้ corticosteroids หรือ progestrogens และด้วยมาตรการด้านโภชนาการ เช่น ให้อาหารคราวละไม่มากแต่บ่อยครั้ง และให้อาหารที่ผู้ป่วยชอบ รวมถึงพร้อมให้อาหารได้ทันทีที่ผู้ป่วยต้องการ อาจต้องให้คำปรึกษาแนะนำแก่สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยไม่ให้พยายามและบังคับผู้ป่วยให้รับประทานมากกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ

- การให้สารน้ำ (hydration)

ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของการป่วยไข้ ไม่สามารถดื่มน้ำได้ในปริมาณที่มากเท่าปกติ ซึ่งสภาพเช่นนี้อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยดูแลหรือสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยเรียกร้องให้ช่วยให้สารน้ำ (artificial hydration) แก่ผู้ป่วย

ภาวะร่างกายผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขาดสารน้ำ (terminal dehydration) ถูกคาดหมายว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบาย เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีปากคอแห้ง กระหายน้ำและอาจไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย อย่างไรก็ดีตามมีรายงานมากมายที่กล่าวถึงอาการต่างๆ เหล่านี้พบว่าเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางเส้นเลือดดำหรือได้ผิวหนังอย่างเพียงพอ ทำให้เข้าใจว่าภาวะที่ร่างกายขาดน้ำหรือได้รับสารน้ำอย่างพอเพียงไม่ได้มีความสัมพันธ์กับอาการต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยที่ใกล้ตายไม่ร่ำร้องถึงภาวะปากคอแห้ง และภาวะเช่นนี้สามารถเยียวยาให้บรรเทาได้ด้วยมาตรการง่ายๆ ด้วยการบำบัดเฉพาะที่ เช่นจิบน้ำ หรือใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำให้ชุ่มเช็ดริมฝีปาก

ภาวะร่างกายขาดน้ำในผู้ป่วยระยะสุดท้ายบ่อยครั้งพบวกกลับเป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ป่วย การขาดน้ำทำให้ลดการขับปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อขับถ่ายปัสสาวะ รวมถึงลดการคั่งของปัสสาวะให้เกิดขึ้นน้อยลง ช่วยลดสารคัดหลั่งในปอดเป็นการช่วยลดภาวะหายใจลำบาก รวมถึงลด terminal congestion ของปอด การลดสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหารและลำไส้จะช่วยลดภาวะท้องเสียรวมถึงลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสำลักและลดการใช้เครื่องช่วยดูดสารคัดหลั่งต่างๆ อาการบวมและน้ำในช่องท้องช่องปอด อาจลดน้อยลงทำให้ลดความทุกข์ นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อทึมพบว่าการลดสภาพการบวมน้ำรอบก้อนเนื้อทึมอาจช่วยทำให้ความปวดลดลง รวมถึงการบรรเทาปวดกระทำได้ง่ายขึ้น

artificial hydration อาจให้ผลในทางตรงกันข้ามกับผลที่คาดหวังและทำให้สภาพทั่วไปของผู้ป่วยทรุดลง มีความเป็นไปได้ที่การช่วยให้สารน้ำเช่นนี้เป็นที่ยับยั้งหรือยืดเวลาของการตายให้ยาวนานขึ้น อาจก่อให้เกิดสัญญาณที่เคลือบคลุมหรือความหวังที่ผิดๆ ต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามาผิดพลาดไป เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับใช้ช่วยให้สารน้ำอาจเป็นตัวขัดขวางความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์อาจไปใส่ใจกับการดูแลคำสั่งเพื่อให้ได้สารน้ำสมดุลกับร่างกายผู้ป่วยมากกว่าการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นทุกข์ กังวลกับการต้องการให้มีการช่วยให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำเป็นต้องทำความเข้าใจให้การชี้แนะการว่ากระทำเช่นนี้อาจเพิ่มความทุกข์กับผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นและไม่ได้ทำให้อาการต่างๆ ที่เป็นอยู่ดีขึ้นหรือมีผลลัพธ์ไปในทางด้านบวก

มีข้อยกเว้นกับการช่วยให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ ถ้ามีข้อบ่งชี้และควรตัดสินใจถึงความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเป็นการเฉพาะราย เช่นผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงว่าขาดสารน้ำโดยที่ไม่สามารถรับประทานเองได้ หรือร่างกายไม่สามารถควบคุมการกักเก็บสารน้ำได้เพียงพอโดยที่ผู้ป่วยนั้นยังไม่ได้เข้าสู่ภาวะใกล้ตาย ก็เหมาะสมกับการพิจารณาให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ

● การไม่กู้ชีวิต (do not resuscitate order)

ถ้ามีการจัดให้เป็นหุ้นส่วนของการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพที่เป็นมืออาชีพ พร้อมกับมีการตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรการบำบัดและเป้าหมายของการบำบัดไว้ล่วงหน้า ความแตกต่างทางความคิดเห็นเกี่ยวกับว่าผู้ป่วยควรได้รับ “การช่วยกู้ชีวิต” หรือ “ไม่มีการช่วยกู้ชีวิต” จะไม่เกิดขึ้น ซึ่งในขณะเดียวกันแพทย์ควรจะได้พูดคุยกันถึงการช่วยกู้ชีวิตด้านหัวใจและปอด (cardiopulmonary resuscitation - CPR) กับผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ดีตาม ถ้าหากการพยากรณ์โรคพบว่าผู้ป่วยนั้นยังคงสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกนานนับ

สัปดาห์หรือหลายๆ เดือน การทำ CPR ยังเป็นเรื่องเหมาะสม มีการกล่าวว่าการแสดงเจตนาถึงการ “ไม่ช่วยกู้ชีวิต” หมายถึงการปฏิเสธความหวังของผู้ป่วย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องระยะสุดท้าย การไม่หรือหลีกเลี่ยงต่อการพูดถึงเรื่องเช่นนี้เป็นการสร้างความหวังที่ผิดๆ ให้กับผู้ป่วย

● การนำผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

ถ้าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดีโอกาสรอดไม่มี ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ควรพิจารณานำเข้าบำบัดในหอวิกฤต ซึ่งนอกจากจะไม่ได้ช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นยังอาจเป็นการกีดกันการอยู่ร่วมของผู้ป่วยกับครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในหอวิกฤตแล้วและเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายบุคลากรทางการแพทย์ควรจัดให้ครอบครัวได้มีโอกาสเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกรณีพิเศษ และให้ความใส่ใจถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยซึ่งมีผู้สรุปไว้ดังนี้คือ

1. ได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยช่วงสุดท้ายของชีวิต
2. ได้มีส่วนร่วมหรือรู้สึกรู้ว่าได้ทำประโยชน์แก่ผู้ป่วย
3. ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. ได้รับทราบถึงแผนการดูแลรักษา รวมถึงเหตุผลของการดูแลรักษาของทีมงานทางด้านการดูแลสุขภาพ
5. ได้รับการยืนยันจากผู้ให้การดูแลรักษาถึงการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะจากความปวด
6. ได้รับการเอาใจใส่และให้กำลังใจจากทีมงานด้านการดูแลสุขภาพ
7. ได้มีโอกาสพูดถึงหรือถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกในใจ
8. ได้รับการยืนยันจากทีมงานด้านการดูแลสุขภาพว่าแผนการดูแลรักษาที่ให้แกผู้ป่วยนั้นเหมาะสมและถูกต้อง
9. ได้รับการเรียนรู้ถึงความหมายของการตายและการสูญเสียคนที่รักไป
10. มีเวลาได้รับประทานอาหารและพักผ่อนอย่างเพียงพอ

● **การุณยฆาต (euthanasia)** การุณยฆาตอาจถูกพิจารณาว่าเป็นการค้ำกับความมุ่งหมายในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มีการให้นิยามของการุณยฆาตว่าเป็น “มาตรการเข้าหาเพื่อการปลดปล่อยด้วยการมุ่งหมายตั้งใจให้การจบชีวิตนั้นเป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่ยากต่อการแก้ไข” ซึ่งมีทั้งการช่วยให้จบชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม (“active” and “passive”) ปัจจุบันแม้จะมีบางประเทศอนุญาตให้แพทย์ทำการุณยฆาตได้แต่ก็ได้รับการคัดค้านและต่อต้านจากสังคมโลกและพบมีการทำที่ผิดวัตถุประสงค์กันมาก ดังนั้นบางประเทศที่เคยอนุญาตให้ทำได้เริ่มมีการจำกัดวิธีการและหรือห้ามการกระทำ สำหรับในประเทศไทยตามกฎหมายไม่อนุญาตให้กระทำไม่ว่าจะโดยทั้งทางตรงหรือทางอ้อม

สิ่งที่ยากและทำความเข้าใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย คือการถอดถอนเครื่องช่วยดำรงชีวิต และการให้ยาหาลับลึกแก่ผู้ป่วยที่มีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์อย่างแสนสาหัสโดยไม่สามารถหรือไม่มีหนทางในการช่วยให้บรรเทาลงได้ นอกจากให้ยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยสงบสบายจนกระทั่งตายจากไป การหยุดการบำบัดบางชนิดนั้น ถือว่าถูกต้องตามจริยธรรมซึ่งไม่แตกต่างจากการไม่เริ่มให้การบำบัด สิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ชนิดของการบำบัดจำเป็นต้องเหมาะสมกับระยะการป่วยไข้และการพยากรณ์โรคและสิ่งสุดท้ายและสำคัญมากคือ การกระทำให้แก่ผู้ป่วยน้อยสุดเท่าที่จำเป็นคือการกระทำให้แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

เกณฑ์สำหรับใช้พิจารณาผู้ป่วยไว้ดูแล

เกณฑ์สำหรับใช้พิจารณาผู้ป่วยเข้าไว้ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Criteria for Palliative Care)

- เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน
 - ถูกปรับเปลี่ยนสถานะภาพจากการบำบัดรักษาโรคให้หายขาด มาเป็นเพียงการดูแลรักษาตามอาการ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณภาพที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากโรคที่เป็นอยู่ (เช่น โรคมะเร็ง) ได้ลุกลามไปมากแล้ว
 - ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน โดยคาดว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 6-12 เดือน
 - โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ มีความเป็นไปได้ที่จะทำให้ผู้ป่วยจบชีวิตในช่วงท้ายของการป่วย
- ผู้ป่วยครอบครัวและคนใกล้ชิด เข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่และต้องการกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน โดยครอบครัวมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
- ผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมากแล้ว และมีความต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน แต่สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ไม่เหมาะสม รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขไม่ครอบคลุมในการให้บริการ
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถาบันทางการแพทย์อื่นๆ โดยโรคที่เป็นอยู่ได้ลุกลามไปมากเกินกว่าจะให้การบำบัดใดๆ เป็นการเฉพาะและคาดว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 6 เดือน
- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาแล้วเห็นว่า มีความเสี่ยงสูงมากต่อการควบคุมความปวดหรืออาการอื่นที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ภายหลังให้กลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน
- ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่โรคลุกลามไปมาก มีปัญหาของการให้การบำบัดความปวดที่เป็นอยู่ที่ซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อปรับขนาดของยาแก้ปวด
- ผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมาก และพบว่ามีความต้องการยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาความปวดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความเป็นไปได้ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาแก้ปวดในรูปแบบอื่น
- ในกรณีที่แพทย์ในหน่วยงานดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่อยู่หรือติดต่อไม่ได้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม แพทย์เจ้าของไข้เดิมจะต้องช่วยให้การรับผิชอบในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะพักอยู่ในสถานพยาบาลนั้นๆ หรือที่บ้านผู้ป่วยก็ตาม

เกณฑ์การรับเข้าไว้ดูแลในคลินิกเจ็บปวด (Criteria for Pain Clinic)

- เป็นผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาแล้วเห็นว่าไม่สามารถให้การควบคุมความปวดของผู้ป่วยได้
- เป็นผู้ป่วยที่พิจารณาแล้วเห็นว่า มีความเสี่ยงสูงมากต่อการควบคุมความปวดได้ไม่ดีเท่าที่ควร ภายหลังกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน
- เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะของโรคที่ลุกลามไปมาก มีปัญหาเกี่ยวกับการบำบัดความปวดที่ซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อปรับขนาดของยาแก้ปวด

4. เป็นผู้ป่วยที่โรคได้ลุกลามไปมากและพบว่ามีความต้องการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความเป็นไปได้ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาแก้ปวดในรูปแบบอื่น
5. เป็นผู้ป่วยที่มีความปวดและถูกส่งตัวมาขอคำปรึกษาจากสถาบันการแพทย์อื่น

เกณฑ์สำหรับใช้พิจารณาผู้ป่วยเข้าไว้ใน การดูแลของหน่วยงานดูแลที่บ้าน (Criteria for Home Care)

1. ● เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน
 - ถูกปรับเปลี่ยนสถานะภาพจากการบำบัดรักษาโรคให้หายขาด เพื่อควบคุมโรคไม่ให้ลุกลาม มาเป็นการดูแลรักษาตามอาการ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเนื่องมาจากโรคที่ผู้ป่วยอยู่ได้ลุกลามไปมาก
 - ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน โดยคาดว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 6-12 เดือน
2. ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ใกล้ชิด เข้าใจสภาพของโรคที่เป็นอยู่ และต้องการกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน โดยครอบครัวมีความพร้อมที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ตลอดเวลา
3. เป็นผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมาก และมีความต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน แต่สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่นั้นไม่มีความพร้อม หรือระบบบริการสาธารณสุขไม่ครอบคลุมในการให้บริการในรูปแบบนี้
4. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถาบันทางการแพทย์อื่นๆ โดยโรคที่เป็นอยู่ได้ลุกลามไปมากเกินกว่าจะให้การบำบัดใดๆ เป็นการเฉพาะและคาดว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ได้ไม่เกิน 6-12 เดือน
5. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาแล้วเห็นว่า มีความเสี่ยงสูงมากต่อการควบคุมความปวด หรืออาการอื่นได้ไม่ดีเท่าที่ควร ภายหลังให้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน
6. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะของโรคที่ลุกลามไปมาก มีปัญหาของการให้การบำบัดความปวดที่เป็นอยู่ที่ซับซ้อน จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อปรับขนาดของยาแก้ปวด
7. เป็นผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมาก และพบว่าต้องการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความเป็นไปได้ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาแก้ปวดในรูปแบบอื่น
8. ต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในบริเวณที่ผู้ให้การบำบัดรักษาสามารถติดตามไปดูแลได้

เกณฑ์สำหรับใช้พิจารณาผู้ป่วยเข้าไว้ใน การดูแลในสถานพยาบาลที่จัดไว้เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Criteria for Hospice Care)

1. เป็นผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมาก และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม หรือระบบบริการสาธารณสุข ยังไม่ครอบคลุมถึงการบริการในรูปแบบนี้
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถาบันทางการแพทย์อื่น โดยโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้ลุกลามไปมากเกินกว่าจะให้การบำบัดใดๆ เป็นการเฉพาะและคาดว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ได้ไม่เกิน 1½ - 3 เดือน (3 - 6 เดือน ในบางประเทศ)
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาแล้วเห็นว่า มีความเสี่ยงสูงมาก ต่อการควบคุมความปวดได้ไม่ดีเท่าที่ควร ภายหลังให้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน

4. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะโรคลุกลามไปมาก มีปัญหาด้านให้การบำบัดความปวดที่ซับซ้อน มีความจำเป็นต้องได้รับการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อปรับขนาดหรือปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาแก้ปวด
5. เป็นผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมากและพบว่ามีความต้องการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความเป็นไปได้กับการต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาแก้ปวดในรูปแบบอื่น

สถานพยาบาลที่จัดตั้งไว้รองรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตาย (Hospice)

เป็นสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นไว้สำหรับบริการให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้ได้รับความสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยให้ถึงความเอาใจใส่เป็นการเฉพาะรายบุคคล โดยขบวนการของการทำงานจะมุ่งเน้นไปที่การใส่ใจกับการดูแลอาการต่างๆ มากกว่าการรักษาให้หายขาดจากโรค เพื่อให้เกิดการตายดีตายอย่างสงบไม่ทรมานตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการนำเอาครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลและให้การดูแล

บุคลากรที่ทำงานในองค์กรนี้ ประกอบด้วย พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ บุคคลทั่วไปที่มีความสนใจในงานด้านนี้ โดยมีแพทย์เข้ามาช่วยด้วยเป็นบางเวลา

เนื่องจากการเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย จึงมีการจำกัดเวลาของการเข้าพักอาศัยเพื่อใช้บริการของการดูแลรูปแบบนี้ โดยแตกต่างกันไปตามแต่ละระบบสังคมสงเคราะห์ของแต่ละประเทศ ซึ่งโดยมากจะอยู่ที่ 1½ - 3 เดือน ก่อนเสียชีวิต

การดูแลที่บ้าน (Home Care)

การดูแลที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของ comprehensive health care ซึ่งประกอบด้วยบริการด้านสุขภาพให้กับปัจเจกบุคคลและครอบครัวที่บ้าน ความมุ่งหมายของการดูแลชนิดนี้ประกอบด้วย การส่งเสริม (promoting) การคงไว้ (maintaining) และการฟื้นฟู (restoring) สุขภาพ โดยเป็นการมุ่งเน้นให้ร่างกายสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองให้มากที่สุดและลดความทุกข์ทรมานจากผลของการป่วยไว้ให้น้อยที่สุด รวมถึงให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านโดยทั่วไปเป็นการดูแลต่อเนื่องจากการดูแลที่โรงพยาบาล แต่บางโอกาสการดูแลที่บ้านเป็นอีกทางเลือกของผู้ป่วยแทนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล การดูแลที่บ้านอาจช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ยังเจ็บป่วยและการเจ็บป่วยนั้นอยู่ในวงจำกัด

การบริการของการดูแลรูปแบบนี้จะขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามที่ได้มีการวางแผนไว้ร่วมกัน ในบางประเทศจะมีกลุ่มองค์กรเอกชนมารับไปดำเนินการต่อหรือทำงานร่วมกับบุคลากรของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการดูแลที่บ้านควรเป็นการดูแลที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นการเฉพาะบุคคล การดูแลควรได้รับการยอมรับโดยแพทย์เจ้าของไข้และเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยไม่เหมาะกับการนำมาใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่เพียงลำพัง หรือคนในครอบครัวไม่สามารถช่วยให้การดูแลในช่วงเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้มาเยี่ยม ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการดูแลในลักษณะนี้ควรเป็นผู้ที่สามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ชีวิตเฉพาะบนเตียง พบว่ามีปัญหามากมายกับการดูแลในรูปแบบนี้

ทีมงานของการดูแลที่บ้านประกอบด้วย

- แพทย์ (แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความจำเป็นของผู้ป่วยเฉพาะราย)
- พยาบาล (พยาบาลที่ทำงานในชุมชน พยาบาลของสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง พยาบาลจากศูนย์เอกชน) (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 4)
- ผู้บริหารจัดการการดูแลที่บ้าน
- เกสเซอร์
- นักสังคมสงเคราะห์
- นักบำบัดต่างๆ (นักกายภาพบำบัด occupational นักกิจกรรมบำบัด therapist นักดนตรีบำบัด recreational และโภชนาการ therapist)
- พระ นักบวช นักการศึกษา
- ครอบครัว และเพื่อน
- อาสาสมัคร
- ผู้ช่วยทำงานบ้าน

ข้อดีของการดูแลที่บ้านกับข้อดีของการดูแลที่โรงพยาบาล

ข้อดีของการดูแลที่บ้าน

- มีความรู้สึกสบาย
- ความเป็นส่วนตัว
- มีความคุ้นเคย
- มีความรู้สึกปลอดภัย
- ความเป็นอิสระ
- ลดการหมกมุ่นอยู่กับภาวะของการเจ็บไข้
- ใกล้ชิดกับครอบครัว เพื่อน ญาติ
- คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

ข้อดีของการดูแลที่โรงพยาบาล

- ตารางเวลาในการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ
- เป็นการดูแลที่ไม่ได้มุ่งเน้นเป็นการเฉพาะบุคคล
- สูญเสียความเป็นส่วนบุคคล
- มีการเฝ้าตรวจตราสัญญาณชีพโดยไม่จำเป็น
- มีการตรวจโดยเฉพาะทางห้องปฏิบัติการที่น่าสงสัยถึงประโยชน์
- ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น
- ต้องเดินทางไปห่างไกลจากครอบครัวและญาติมิตร

เครื่องมือทางการแพทย์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน

- เครื่องมือในการให้ O₂ และเครื่องดมเสมหะ
- Walker ไม้เท้า เก้าอี้ชนิดต่างๆ รวมถึง Wheelchair สำหรับผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ
- เตียงนอน (ถ้าสามารถปรับระดับได้จะเหมาะสมยิ่งขึ้น)
- โต๊ะข้างเตียง โถนอนและที่ถ่ายปัสสาวะ
- ที่นอนพิเศษสำหรับแผลกดทับ
- ราวจับที่ติดตามผนังบ้านและห้องน้ำ
- กระดิ่งหรือออกไฟฟ้าสำหรับเรียกผู้ช่วยให้การดูแล
- เครื่องช่วยให้ความสะดวกและผ่อนคลาย อาทิ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เครื่องปั่นอาหาร พัดลม ฯลฯ

สิ่งของต่างๆ ที่กล่าวถึงเหล่านี้ เป็นเพียงบางส่วน และอาจจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางราย และไม่จำเป็นจะต้องมีพร้อมถึงจะสามารถนำผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน การปรับสิ่งของเท่าที่มีอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านตามความต้องการเป็นเรื่องที่สำคัญ

การดูแลที่บ้าน (Home Care) จะแตกต่างจากการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ซึ่งเป็นการไปตรวจเยี่ยมตามบ้านตามตารางเวลา เช่น ผู้ตั้งครุฑหรือหลังคลอด และการดูแลตรวจเยี่ยมด้านสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งเป็นการจัดให้มีการดูแลแก่ผู้ป่วยซึ่งโดยมากเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคเรื้อรังตามบ้านโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำขึ้น ส่งเสริมคงไว้และฟื้นฟูสุขภาพหรือช่วยไม่ให้ภาวะป่วยซ้ำที่เป็นอยู่ทำให้สุขภาพทรุดลงหรือเกิดทุพพลภาพขึ้น

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ถึงสภาพการป่วยไข้ การพยากรณ์โรค และเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน อาจเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นการช่วยอำนวยความสะดวกในการแจ้งตายของครอบครัวต่อส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง (เขียนใบรับรองแพทย์ให้ผู้ป่วยก่อนกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน)

ลักษณะของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านหรือการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยถึงบ้าน (Home care) หมายถึง การบริหารให้มีการจัดบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวรายหนึ่งๆ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย สภาพแวดล้อมของบ้านผู้ป่วย การประสานงานกับทีมรักษาถึงการรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อ การมอบหมายให้หน่วยงานหรือแผนกต่างๆ รับผิดชอบหน้าที่ใดบ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ ร่วมกัน การประเมินความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหาร ไปซื้อข้าวของ ทำความสะอาดบ้านเรือน ซักเสื้อผ้า น้ำกิน น้ำใช้ ไฟฟ้า ความปลอดภัยของทรัพย์สินในบ้าน เป็นต้น

จุดประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน คือ

1. เพื่อรู้จัก เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น
2. เพื่อให้เกิดบริการอย่างเป็นองค์รวม
3. เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
4. เพื่อให้บริการต่อผู้ป่วย

ประเภทของการเยี่ยมบ้าน

1. เยี่ยมบ้านคนป่วย

แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- 1.1 ถูกฉีดยา ฉับพลัน กรณีแพทย์สั่งเยี่ยมหรือรายที่พยาบาลประจำครอบครัวพบสิ่งผิดปกติ ประเมินสถานะว่าควรมีการเยี่ยมบ้านโดยเร็ว
- 1.2 โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการได้เนื่องจากเดินทางมารับบริการไม่สะดวกเป็นการเยี่ยมเพื่อให้บริการที่บ้าน เช่น ทำแผล ฉีดยา ตรวจน้ำตาลในเลือด โดยใช้ Gluco meter เป็นต้น

2. เยี่ยมบ้านคนใกล้ตาย เพื่อดูแลการเจ็บป่วยก่อนตาย เช่น AIDS มะเร็งระยะสุดท้าย อยู่เป็นเพื่อน ขณะที่การตายกำลังดำเนินไป และดูแลญาติจนถึงหลังการตาย ให้การรักษาที่จำเป็น เช่น การฉีดยาระงับปวด และการประคับประคองทางจิตใจ

3. เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสถานะสุขภาพ ในรายการที่ต้องใช้ยาหรือการรักษาที่ซับซ้อน ในรายที่มาใช้บริการรักษาเกินความจำเป็น ในรายที่มารับบริการลำบาก เช่น พิกุล ถูกสังคมรังเกียจ ถูกทอดทิ้ง ติดยาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น

4. เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต เช่น ในรายที่เพิ่งคลอดบุตร ในรายที่หลังการผ่าตัด มีการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือ อุบัติเหตุ เป็นต้น

ประเภทผู้ป่วยที่ได้รับการบริการสุขภาพที่บ้าน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการดูแลสุขภาพที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ระบบโรค คือ
 - 1.1 โรคทางกลุ่มงานอายุรกรรม
 - 1.2 โรคทางกลุ่มงานศัลยกรรมทั่วไป , ศัลยกรรมกระดูก
 - 1.3 โรคทางกลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
 - 1.4 โรคทางกลุ่มงานกุมารเวชกรรม
2. ผู้รับบริการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องได้รับการติดตามดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยที่ค้นพบในชุมชนหรือชุมชนส่งต่อ เช่น ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

เกณฑ์ในการค้นหาคัดเลือกผู้ป่วย เข้ารับบริการตามลักษณะของกลุ่มงานต่างๆ

กลุ่มงานอายุรกรรม

1. ผู้ป่วยเรื้อรัง
 - 1.1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : ใช้ออกซิเจน พ่นยา
 - 1.2 โรคเบาหวาน : ใช้น้ำตาล มีแผลเรื้อรัง
 - 1.3 โรคหลอดเลือดและสมอง : มีกายภาพบำบัด
 - 1.4 โรคไตวายเรื้อรัง : ถ่างไต
 - 1.5 มะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด
2. ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
 - 2.1 การทำแผล
 - 2.2 การดูแลแผล
 - 2.3 การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
 - 2.4 การดูแลผู้ป่วยให้อาหารทางสายให้อาหาร
 - 2.5 การให้ออกซิเจน
 - 2.6 การฉีดยาอินซูลิน
 - 2.7 การดูแลผู้ป่วยได้รับการกายภาพบำบัด

กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก

1. ผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลัง ที่มีอาการอัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตทั้งตัว
2. ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังติดเชื้อในกระดูก (Osteomyelitis) แผลกดทับ
3. ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกโปรแกรมฝึกขับถ่ายปัสสาวะ
4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันหรือต้องจำกัด กิจกรรม
5. ผู้ป่วยที่ใส่โลหะตามกระดูกภายใน หรือภายนอกที่แขน ขา
6. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ข้อเข่าเทียม

7. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ส่วนคอ ออก เอว
8. ผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์เสริม อุปกรณ์เทียม เช่น SOMI, Juwett, chair back, taller brace, L-S support, Philadelphia
9. ผู้ป่วยที่ใส่เฝือกแขน ขา ลำตัว ศีรษะ
10. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการแก้ไขความพิการ เช่น นิ้วเกิน นิ้วติด เท้าปลูก เป็นต้น
11. ผู้ป่วยที่ตัดอวัยวะแขน ขา
12. ผู้ป่วยชราที่มีปัญหาด้านการสื่อสารและ/หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

1. ผู้ป่วยหลังคลอดทุกราย
2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

1. ทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย
2. ทารกที่มีปัญหาระบบประสาทและสมองไม่ปกติ
3. ผู้ป่วยแรกคลอดที่ติดเชื้อเป็นผลให้พัฒนาการช้า
4. ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
5. ผู้ป่วยโรคเลือด

กลุ่มงานจิตเวช

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ในโรคดังต่อไปนี้
โรคจิต โรคประสาท ลมชัก ปัญญาอ่อน มีอาการกลับซ้ำของโรค ด้วยสาเหตุ
1.1 ขาดยาเนื่องจาก หุดยาเอง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
1.2 มีปัจจัยอื่นส่งเสริมให้มีอาการทางจิตมากขึ้น เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ เครียด วิตกกังวลสูง
1.3 ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย
1.4 ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว

โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ใช้ในโรงพยาบาล คือ

1. บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ตรวจสอบภาพ แนะนำการปรับสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม
2. บริการแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. บริการให้ยืมเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์
4. บริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

อุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน

การไปเยี่ยมบ้านควรมีอุปกรณ์สำหรับเยี่ยมบ้าน โดยบรรจุอุปกรณ์ในกระเป๋า ได้แก่

- แผนที่ที่ใช้ในการเดินทาง
- หูฟัง (Stethoscope)
- เครื่องวัดความดันและที่พันขนาดต่างๆ (Sphygmomanometer and various cuff sizes)
- เครื่องตรวจหูและตา (Otoscope and ophthalmoscope)
- สารหล่อลื่น
- แฟ้มบันทึกประวัติครอบครัว
- ไบอัสยา
- ไม้กดลิ้น
- ถุงมือใช้แล้วทิ้ง
- ไฟฉาย
- พรอทวัดไข้ (Thermometer)

อุปกรณ์อื่นๆ อาจจะเตรียมตามความจำเป็นของการเยี่ยมบ้าน เช่น เตรียมชุดทำแผลสำหรับ วัตถุประสงค์เยี่ยมบ้านเพื่อทำแผล ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด แผ่นพับเรื่องโรคต่างๆ ที่จำเป็น เครื่องชั่งน้ำหนัก คอมพิวเตอร์แบบพกพา เป็นต้น

ตารางการแสดงผลเกณฑ์การจำแนกระดับ
ความต้องการการดูแลและความถี่ของการเยี่ยมบ้าน

ระดับ	ความต้องการการดูแล	ความถี่ของการเยี่ยมบ้าน
1.	ครอบครัวที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือระดับเล็กน้อย เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเล็กน้อยและการป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพ - การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย - การให้ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน - การสนับสนุนการดูแลสุขภาพเบื้องต้น	1 ครั้ง ต่อ 2 เดือน
2.	ครอบครัวที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือระดับปานกลางเกี่ยวกับ - การแก้ไขปัญหาต่างๆ - การสอนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ - การฟื้นฟูสภาพภายหลังเจ็บป่วยด้วยเทคนิคง่ายๆ - การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตามปัญหา - ต้องการความช่วยเหลือจากทีมงานอื่นๆ เล็กน้อย	1 ครั้ง ต่อเดือน
3.	ครอบครัวที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือระดับมาก - การแก้ไขปัญหาด้านร่างกาย สังคม จิตใจ โดยต้องใช้ทักษะผู้ดูแล - ต้องการการประเมินภาวะเจ็บป่วยและความต้องการของครอบครัว - ต้องการสอนเกี่ยวกับภาวะของการเจ็บป่วยและการแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อน - ต้องการการช่วยเหลือด้านจิตใจ อารมณ์ หรือการปรับตัว - ต้องการการช่วยเหลือจากทีมงานอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2-3 ทีม - มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน 2-3 ปัญหา	2 ครั้ง ต่อเดือน
4.	ครอบครัวที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือระดับมากที่สุด - ต้องการการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาคือต้องใช้ทักษะและความร่วมมือ - ต้องการการประเมินครอบครัวและการช่วยประคับประคองครอบครัวให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ - ต้องการการสอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมาก/ครอบครัวมีปัญหาเกี่ยวกับการเรียนรู้ - ต้องการการแก้ปัญหาด้านจิตสังคมที่ต้องใช้ทักษะขั้นสูง มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมาก ต้องใช้ทักษะในการดูแล	1 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ในการดำเนินงาน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะใหญ่ ดังนี้คือ

1. ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน
2. ระยะเยี่ยมบ้าน
3. ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน

1. ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน

เป็นระยะของการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

- รับการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาแล้วว่าต้องส่งต่อมารับไว้ดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากแพทย์เจ้าของไข้ หรือหัวหน้าพยาบาลประจำหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วย
- เตรียมเอกสารข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว โดยใบส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
แฟ้มประวัติ OPD Card
แฟ้มการรักษา กรณี IPD
ใบข้อมูลสรุปเยี่ยมบ้านครั้งที่แล้ว
- อุปกรณ์ กระเป๋าเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ควรติดตัวไปเยี่ยมบ้าน ใบสั่งยา เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย เครื่องวัดความดันเลือด หนูฟัง ชุดเครื่องมือตรวจหูและตา ปรอทวดไข้ ไม้กดลิ้น สำลี แอลกอฮอล์ ชุดทำแผล ถุงมือ เครื่องวัดระดับน้ำตาลแบบพกพา แผ่นพับสุขภาพ ถุงใส่ขยะ เป็นต้น

นอกจากนี้ กล้องถ่ายภาพอาจเป็นอุปกรณ์อีกชิ้นที่ควรพกพาไป เพราะอาจใช้ถ่ายภาพเพื่อติดตามสภาพบาดแผล หรือภาพนาฬิกาที่ประทับใจภายในบ้าน ซึ่งอาจใช้เป็นเครื่องมือเตือนความทรงจำให้ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งกระชับความสัมพันธ์ดีต่อกันได้ในภายหลังอีกทั้งเป็นกำลังใจให้ทีมงานเยี่ยมบ้านในวาระต่อไป

- ยานพาหนะ

2. ระยะเยี่ยมบ้าน ขณะเยี่ยมบ้านทีมงานต้องมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อสร้างสัมพันธภาพค้นหาปัญหา รู้จักเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะเหล่านี้ได้แก่

การให้บริการด้านจิตวิทยาสังคม

การใช้เครื่องมือทางด้านมานุษยวิทยา เช่น ชีวิตประวัติผู้ป่วย ผังเครือญาติ

ถึงบ้านผู้ป่วยแล้วควรทำอะไรดี หลังจากทักทายตามอัธยาศัยแล้ว นอกเหนือจากฟังความสนใจไปที่ตัวผู้ป่วย ไม่ได้ไปปรึกษาแต่โรค ดังนั้นต้องช่างสังเกตและประเมินทุกสิ่งที่พบที่บ้านนั้นๆ หลายคนอาจมีทักษะส่วนตัว แต่อีกหลายคนอาจต้องการแนวทาง ซึ่งมีผู้รวบรวมมาเป็นเครื่องมือ (IN-HOME-SSS) ดังหัวข้อดังต่อไปนี้

I-Immobility ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด

1. กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ กินได้ ขับถ่ายสะดวก กลับได้หรือไม่
2. กิจกรรมอื่นๆ ที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร รับโทรศัพท์ จัดยากินเองได้ ล้างรถ เลี้ยงสุนัข เป็นต้น

N-Nutrition ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหาร ปริมาณที่กิน นิสัยการกิน ก่อนและหลังกินข้าวชอบสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือไม่ เป็นต้น

H-Housing ไม่ให้ประเมินว่าดีหรือไม่ แต่ประเมินว่าสภาพบ้านมีลักษณะอย่างไร

1. ภายในบ้าน เช่น แออัด โปรงสบาย สะอาด ดูเป็นส่วนตัว มีรูปแขวนผนังเป็นใครบ้าง มีประกาศนียบัตรหรือโล่ยกย่องเกียรติคุณเรื่องใดบ้างของสมาชิกในบ้าน มีโทรทัศน์ เครื่องดนตรี ห้องหนังสือ เลี้ยงสัตว์ภายในบ้าน เป็นต้น

2. รอบบ้าน เช่น มีบริเวณหรือไม่ รอบบ้านเป็นอย่างไร รั้วรอบขอบชิด หรือทะลุถึงกันกับเพื่อนบ้าน

3. เพื่อนบ้านเป็นใคร ลักษณะอย่างไร ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร

O-Other people ประเมินว่าภาวะบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร มีต่อผู้ป่วยอย่างไร ถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นจะมีใครเป็นตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ การเยี่ยมบ้านมีข้อได้เปรียบในการพูดคุยเรื่องอนาคตของการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บ้านเป็นสถานที่ที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถคุยกับผู้ป่วยและญาติได้สะดวกและอบอุ่นกว่าในโรงพยาบาล เพราะปราศจากสภาพกดดัน ที่จะให้ผู้ป่วยและญาติออกจากโรงพยาบาล ทั้งยังเป็นการสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติได้เห็นถึงสภาพที่แท้จริงว่าสามารถอยู่บ้านได้ อย่างไรบ้างแม้ในนาที่สุดท้าย

M-Medications ประเมินว่าสภาพความเป็นจริงผู้ป่วยบริโภคยาอะไรบ้าง บริโภคอย่างไร มีวิธีการจัดยาแต่ละมื้ออย่างไร มียาอื่นอะไรอีกบ้างที่นอกเหนือจากแพทย์ประจำตัวสั่ง มียาสมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระ และอะไรอื่นอีกบ้าง ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อห้าม แต่เพื่อให้รู้และประเมินพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายนั้น ๆ

E-Examination การตรวจร่างกายและการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำภารกิจประจำวันได้มากน้อยเพียงใดที่บ้าน จะทำให้เห็นสภาพการเจ็บป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้นๆ

S-Safety ประเมินสภาพความปลอดภัยภายในบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับสภาพภายในบ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

S-Spiritual ประเมินความเชื่อ ค่านิยมของคนในบ้านจากศาสนาวัตถุภายในบ้าน วารสาร นิตยสาร ที่อ่านประจำหรือจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติโดยตรง

S-Services ให้ญาติผู้ใกล้ชิดอยู่ด้วยในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้เข้าใจตรงกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเข้าใจถึงมาตรการบริการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลว่ามีอะไรบ้างจะติดต่อได้อย่างไร เมื่อใดหรือมีบริการอื่นใดในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้บริการอื่นใดได้อีกบ้าง

3. ระยะเวลาหลังการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะหลังการเยี่ยมบ้านทีมงานได้มาพูดคุยกันเพื่อสรุปปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่ไปเยี่ยม แนวทางแก้ปัญหาหรือการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป และนำผลที่ได้มาบันทึกลงในรายงานหรือแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน เพื่อประกอบการดูแลต่อเนื่องต่อไป

การบริการเยี่ยมบ้านที่มีโรงพยาบาลเป็นฐาน (Hospital - based Home Health Care)

การบริการสุขภาพที่บ้านไม่ใช่บริการเฉพาะที่บ้านเท่านั้น แต่จะต้องเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รับการรักษาต่างๆ จนสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งควรมีรายละเอียดการดำเนินงานดังต่อไปนี้ คือ

ด้านการบริการ : ระยะเตรียมการ

1. กำหนดโครงสร้างทีมสุขภาพ แต่งตั้งคณะกรรมการ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และทีมเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเยี่ยมบ้าน แบบสหสาขาวิชาชีพและจัดตั้งงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เป็น ศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน กับทีมเครือข่าย กำหนดระบบบริหารจัดการ

2. การวางแผน กำหนดกลุ่มเป้าหมายและกระบวนการ/แนวทางปฏิบัติร่วมกันตามมาตรฐานวิชาชีพ จัดทำทะเบียน แฟ้มประวัติผู้ป่วย ครอบครัว แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล โดยศูนย์ฯ ประสานงานทีมสุขภาพ ผู้เกี่ยวข้อง ประชุมระดมสมอง ร่วมคิด ร่วมวางแผนและพัฒนาคุณภาพงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การ ออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และมีการกำหนดการประชุมเป็นวาระการประชุมซึ่งอาจจะเป็น 3 เดือน/ครั้ง

3. การประสานงาน ประสานการร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐ/เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

4. การนิเทศงาน นิเทศงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในระบบเครือข่ายโดยใช้คู่มือ การประเมิน ผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ควรต้องประกอบด้วย

1. แพทย์
2. พยาบาลวิชาชีพ
3. นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด
4. เภสัชกร
5. พยาบาลจิตเวช
6. นักโภชนาการ
7. เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ด้านบริการ : ระยะดำเนินการ

1. รับการส่งต่อผู้ป่วย
2. เยี่ยมประเมินปัญหาและอาการที่ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านที่หอผู้ป่วย
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านระหว่างทีมบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
4. วางแผนการออกเยี่ยมที่บ้านโดยทีมบริการ หรือใช้วิธีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์

โดยกระบวนการเยี่ยมบ้านแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยใช้ระบบ D - METHOD นัดหมายการเยี่ยมบ้าน โดยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วางแผนการเยี่ยม/ประชุมเตรียมความพร้อม (Pre - conference) ศึกษาปัญหาผู้ป่วยก่อนเยี่ยมบ้าน เตรียมความพร้อมกระเป๋ายี่ยมบ้านและอุปกรณ์ตามมาตรฐานที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเยี่ยมบ้าน ให้บริการเยี่ยมบ้านแบบองค์รวม โดยใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว ครอบคลุม ตามหลัก IN-HOME-SSS ให้บริการทำหัตถการตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ เน้นให้ผู้ป่วยและญาติมั่นใจ ในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีระบบโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อได้เมื่อมีปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ร่วมอภิปรายปัญหาผู้ป่วย (Post - conference) ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป บันทึกข้อมูลในแฟ้มครอบครัว และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (WINTHO)

ด้านวิชาการ

1. จัดอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระบบเครือข่าย ในเขตความรับผิดชอบของหน่วยงานในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลพยาบาล

2. สถิติ การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การใส่สาย NG. tube การใส่สายสวนปัสสาวะ การทำแผลที่ถูกต้อง เป็นต้น

3. จัดการประชุมวิชาการ CASE conference โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3 เดือน/ครั้ง เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมบุคลากรในระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

4. การประเมินผล ประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการ รวมทั้งการประเมินผลคุณภาพการบริการ

บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และบ้านผู้ป่วย

บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในการดำเนินงานใดก็ตาม ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้นั้น บุคลากรในทีมงานจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทราบบทบาทภารกิจของตนเอง และจะต้องทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด เต็มกำลังความรู้ความสามารถ โดยพึงระลึกไว้เสมอว่า ผลจากการทำงานของเรานั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อผลการทำงานของคนอื่นๆ ในทีม อีกทั้งควรต้องเข้าใจว่า การตาย เป็นภาวะสุดท้ายของวงจรชีวิตของคน เมื่อเจ็บป่วยจนไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะรักษาต่อแล้ว การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในภาวะสุดท้ายให้ดีที่สุด ด้วยความอบอุ่น เอาใจใส่ดูแล โดยใช้หัวใจของความเป็นมนุษย์ ที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน เป็นหัวใจในการทำงานของการให้บริการของแพทย์ ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มนี้ มีผู้เกี่ยวข้องหลากหลายสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบทความนี้จะกล่าวถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ในแง่ของ บทบาทของพยาบาล และผู้ดูแล (Care giver) กับ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ใกล้ตาย) หมายถึง

1. ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรค เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใดๆ ผู้ป่วยที่กำลังจะตาย หรือใกล้จะเสียชีวิต
2. ผู้ป่วยหนัก ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อาการทรุดลงเรื่อยและเสียชีวิตในที่สุด เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น

ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคและมีสุขภาพดังเดิม แต่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีค่ามากที่สุด ได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก ด้วยความอบอุ่น โดยไม่มีความเครียด หรือวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี ดังบทประพันธ์ในศตวรรษที่ 16 ที่ใช้เตือนใจถึงบทบาทแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า “To cure sometimes, to relief often, to comfort always”

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ

1. เป็นการดูแลที่คำนึงถึงคุณค่า (Value) และความพึงพอใจ ความชอบ (Preference) ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
2. คงการมีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ / ควบคุมโรคได้
3. การดูแลตนเองและการพึ่งพาตนเองได้
4. ลด / ป้องกันภาวะความเสื่อม / ภาวะแทรกซ้อน

5. ลดการมาโรงพยาบาล / การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

6. ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ

หลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ไม่ใช่เน้นการดูแลอาการในเรื่องภาวะใกล้ตายเท่านั้น แต่เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น การดำเนินของโรค และการรักษารวมทั้งความคาดหวัง ผลการรักษาโดยตรงไปตรงมา และเกิดความเข้าใจกันทุกฝ่าย

2. ยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก แม้เมื่อเวลา que ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจตัดสินใจอะไรได้แล้ว ก็ควรยึดความต้องการที่ผู้ป่วยได้แจ้งหรือได้ตกลงกันไว้แล้ว

3. การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับทีมผู้ให้การรักษา

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลลัพธ์ ของ การบริการผู้ป่วยเรื้อรัง คือ

1. Clinic Outcome ไม่มีโรคแทรกซ้อน และสามารถควบคุมโรคได้

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. ความสามารถของผู้ให้การรักษา

4. ระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วย

5. คุณภาพชีวิต

6. ค่าใช้จ่าย

บทบาทพยาบาลกับการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

พยาบาล (NURSE) สามารถแยกคำศัพท์ได้ดังต่อไปนี้

N = Neatness = ความหมั่นจดระเบียบร้อย

U = Usefulness = การเป็นประโยชน์

R = Responsibility = มีความรับผิดชอบ

S = Sacrifice = การเสียสละ

E = Encouragement = ปลุกปลอบ ให้กำลังใจ

บทบาทพยาบาล

1. การเป็นผู้ดูแล

2. การเป็นครู หรือผู้ให้ความรู้

3. เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ

4. เป็นผู้จัดการดูแล

5. การเป็นผู้ประสานงาน

6. การเป็นผู้นำทางสุขภาพ

7. การเป็นนักวิจัย

ดังนั้นในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ ควรต้องพึงระลึกอยู่เสมอว่า เวลาชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายนั้นมีอยู่น้อย และแต่ละคนมีเวลาเหลือให้เราดูแลไม่เท่ากัน ดังนั้น การทำงานของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จะต้องทำงานแข่งกับเวลาที่เหลือน้อยนี้ เพื่อให้เวลาที่มีคุณค่าและมีความหมายมากที่สุดต่อผู้ป่วยคนนั้น ครอบครัว ญาติมิตร และผู้ดูแลผู้ป่วยคนนั้นๆ อันหมายรวมถึงทีมบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเหล่านั้น อีกด้วย

ในการดูแลรักษาแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น การปฏิบัติงานของพยาบาล นับเป็น แก่นหลักสำคัญ เนื่องจากลักษณะของงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมงแล้วนั้น หลักสำคัญ แห่งวิชาชีพพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการดูแล (care) ซึ่งมีความหมายมากกว่า การรักษา (cure) ซึ่งพยาบาล สามารถให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั้งในด้านสนองตอบต่อความต้องการทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ โดยยึดหลักการสำคัญคือ ยึดผู้ป่วยและครอบครัว เป็นศูนย์กลาง มาใช้ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ ประเมินผลการดูแล วางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย และติดตามผลดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาตามลำดับความสำคัญของความรุนแรงของอาการ และ ความต้องการของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ามาในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ไปจนถึงที่บ้าน ของผู้ป่วย และชุมชนที่อยู่ของผู้ป่วยด้วย โดยยึดหลักเพื่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการที่เป็นแก่ผู้ป่วย เป็นหลักสำคัญ

พยาบาลสามารถให้การดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วย ในการดูแลเพื่อ สนองตอบตามความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การดูแลอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การทำความสะอาด ร่างกาย และช่องทางเปิดของร่างกาย การทำความสะอาดแผล การป้องกันอันตราย การดูแลความสบายต่างๆ แก่ผู้ป่วย ด้วยการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อการผ่อนคลายแก่ผู้ป่วย เป็นต้น

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการสนองตอบด้านจิตใจอารมณ์และจิตวิญญาณนั้น มีความ สำคัญยิ่ง ที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกถึงการมีคุณค่า การมีศักดิ์ศรีและความสามารถในการดำรงไว้ ซึ่งความเป็นตัวของตัวเองโดยพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องเริ่มจากการแนะนำตนเองทั้งชื่อตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ ที่จะดูแลช่วยเหลือด้านใดให้ผู้ป่วยรู้จักและรับทราบ เป็นการเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย ที่เป็นปัญหาและนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานและไม่สบายหรือ วิตกกังวลใจต่อผู้ป่วยและญาติ ในขั้นตอนนี้พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องใช้ทักษะในการฟังให้ลึก (deep action listening) ด้วยสมาธิและแสดงออกให้ผู้ป่วยและครอบครัว เห็นถึงความตั้งใจที่ต้องการช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างจริงจัง การที่พยาบาลมีความเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการตาย และมีความไว ต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วย ในขั้นตอนเหล่านี้ต้องเป็นไปด้วยความอดทน คอยสังเกตด้วยความระมัดระวังและต้องเป็น ผู้ฟังที่ดี แสดงกิริยาตอบรับตามสมควร เปิดโอกาสและให้ความร่วมมือกับผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยกับ การได้แสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมต่างๆ ตามประเพณี วัฒนธรรมความเชื่อและศรัทธาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการช่วยเตรียมผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย เข้าใจถึงอาการที่ดำเนินไปของโรค อาการข้างเคียง จากการรักษาและการดำเนินไปของอาการผู้ป่วยในระยะสุดท้าย รวมทั้งแนะนำวิธี การแก้ไข และการให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ค่อยๆ ปรับตัว ด้วยความเข้าใจในหลักธรรมชาติ การดำเนินชีวิตต่อไปแม้ในวันหลัง จากที่ผู้ป่วยตายจากไปแล้ว ก็จะต้องมีการติดตามดูแลครอบครัวและช่วยให้การผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ต่อไปอีก อย่างน้อย 3 - 6 เดือน

ผู้ดูแลผู้ป่วยในที่นี้ หมายถึง ครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่ บิดามารดา พี่น้อง ญาติพี่น้อง ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย บางรายอาจเป็นเพื่อนฝูงที่สนิทใกล้ชิด เพื่อนบ้าน สมาชิกกลุ่มในชมรมเดียวกัน ซึ่งต่างก็มีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยแตกต่างกันไป หน้าที่ของพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรต้องให้ความสำคัญและสนใจต่อกลุ่มบุคคลเหล่านี้ และต้องหาให้ได้ว่าใครเป็นผู้มีอิทธิพล ความเชื่อศรัทธา เป็นเหมือนขวัญหรือกำลังใจ และมีอำนาจในการตัดสินใจ หรือเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยคนนั้นๆ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละครอบครัว คนสำคัญคนนี้อาจไม่ใช่คนที่สำคัญที่สุดในสายตาของพยาบาล จึงเป็นความท้าทายที่จะหาบุคคลนั้นๆ ให้เจอ และเชิญมาเป็นแนวร่วมกับทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในกรณีที่ต้องการตัดสินใจต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าสู่ช่วงเวลาดุจดหมายของชีวิต

นอกจากบทบาทของครอบครัวต่อผู้ป่วยแล้ว ในทางกลับกันสภาพร่างกายและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองก็มีผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดในครอบครัวไม่น้อย นอกจากจะต้องรับภาระด้านร่างกายและแรงใจอย่างยิ่งแล้ว ยังต้องเป็นผู้รับรู้การแสดงออกของผู้ป่วยมากที่สุดอีกด้วย ในบางครั้งผู้ดูแลใกล้ชิดกลุ่มนี้ยังสามารถให้ความสำคัญต่อการประเมินสภาพร่างกาย อาการเปลี่ยนแปลง การบรรเทาอาการและผลจากความวิตกกังวลมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นจึงควรรับฟัง ให้ความสำคัญ ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ได้มีโอกาสแสดงความรู้สึก และหาทางผ่อนคลายความรับผิดชอบในบางโอกาส เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้มีโอกาสพักผ่อนทั้งทางร่างกาย จิตใจบ้าง และเมื่อเขาให้การดูแลผู้ป่วยหรือทำในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วควรแสดงความชื่นชมอย่างจริงใจ และควรแจ้งให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอื่นๆ ได้รับทราบ เป็นการให้กำลังใจอีกทางหนึ่งด้วย

บทบาทผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ครอบครัว ญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด เพื่อนฝูงที่สนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนในกลุ่มทางสังคม ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านการช่วยเหลือ ดูแล ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุน ร่วมชี้แนะแนวทาง หรือเป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดทางเลือกหรือผลกระทบทางด้านลบ

ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ควรได้รับทราบถึงบทบาท/หน้าที่ของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย และแนวทางดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาผู้ป่วยของแพทย์ จากการรับทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการปัญหาต่างๆ ได้รับการฝึกทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา เพื่อที่จะได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และเกิดความมั่นใจเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

ผู้ดูแล ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรค และอาจมีโอกาสร่วมตัดสินใจ เรื่องการดูแลรักษาให้มากที่สุด โดยเฉพาะเมื่อมีประเด็นที่มีผลทั้งดีและเสีย ซึ่งอาจจะมีความขัดแย้งในอนาคตได้ เช่น การเลือกรักษาหรือไม่รักษา การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อผู้ชีวิต การใส่ท่อหรือสายต่างๆ แก่ร่างกาย รวมทั้งการเลือกสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการจะเสียชีวิต เพราะหากเมื่อถึงเวลาที่ต้องตัดสินใจ หากมีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว จึงควรต้องมีการพูดคุยกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแลกับทีมแพทย์ และพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ เมื่อเกิดปัญหา หรือมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

ขณะที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีโอกาสได้ช่วยเหลือให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย และความเต็มใจของผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ในช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดของชีวิต ซึ่งต้องเป็นไปด้วยความต้องการและความเข้าใจ ที่ตรงกันระหว่าง ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมแพทย์และพยาบาล โดยไม่มีการบังคับหรือบีบบังคับ และควรมีลักษณะของบรรยากาศที่มีความผ่อนคลาย ในบางครั้งอาจต้องยอมผ่อนปรนระเบียบข้อบังคับบางประการของโรงพยาบาล เช่น จำนวนของผู้เฝ้าหรือเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เวลาของการเข้าเยี่ยมอาการผู้ป่วย

บทบาทของกายภาพบำบัดกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง

บทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองในงานทางกายภาพบำบัด

1. เพื่อช่วยลดหรือบรรเทาอาการปวดด้วยวิธีการที่เหมาะสม
2. เพื่อคงความสามารถเคลื่อนไหว (Range of motion-ROM) ของผู้ป่วย เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการติดขัดของข้อต่อ (Joint stiffness)
3. เพื่อการบรรเทาอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเอง เป็นต้น
4. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อแขน ขา ลำตัว
5. เพื่อการควบคุมการทรงตัว (Balance) ขณะนั่ง ยืน และ เดิน เป็นต้น
6. เพื่อการเสริมสร้างประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหว และการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย และปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างสม่ำเสมอ
7. เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการหายใจที่ถูกต้อง รวมทั้งการฝึกการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย (Relaxation Training)
8. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของกิจที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน (ADL) และกิจกรรมกลุ่มเพื่อการผ่อนคลาย (Group therapy)
9. เพื่อให้ความรู้และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ และครอบครัวอย่างเหมาะสม
10. ให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในด้านการออกกำลังกายกิจกรรมที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การจัดท่านอนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น
11. เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย
12. ให้ความรู้ในการป้องกัน และการเคลื่อนย้ายอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บและปวดขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
13. ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยการฝึกเป็นกิจวัตรประจำวัน (Instrumental activity of daily living and Activity of daily living ADL training program) และการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวตนเองบนเตียง (bed mobility) อย่างเหมาะสม
14. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ให้แก่ ผู้ป่วยและญาติในการใช้งาน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการใช้งานของอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ ได้แก่ เครื่องช่วยเดิน อุปกรณ์เสริมเทียมที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นต้น
15. ร่วมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
16. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันเกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การป้องกันการเกิดการยึดรั้งยึดติดของข้อต่อ (Stiffness) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบหายใจด้วยการจัดทำที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

หลักสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินการจะประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic approach) คือ ต้องคำนึงถึง

1.1 สภาพทางกาย คือ

- อายุ
- เพศ
- ตำแหน่งหรืออวัยวะที่เป็นมะเร็ง
- ชนิดของความเจ็บป่วย หรือโรคที่เป็น
- ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่เหลืออยู่
- การพยากรณ์โรค
- สภาพร่างกายของผู้ป่วยขณะนั้น
- ผลแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น การทำเคมีบำบัด การรักษาด้วยยาที่มีปริมาณความเข้มข้นสูง

เป็นต้น

- และที่สำคัญ คือ การตรวจประเมินสมรรถภาพของร่างกาย (Functional evaluation) ในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) การประกอบอาชีพ และกิจกรรมทางสังคม

1.2 สภาพจิตใจ คือ

- อารมณ์ตอบสนอง
- การให้ถึงความหมายต่อการเจ็บป่วยหรือความปวดของผู้ป่วย (Personal meaning)
- ทักษะในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมื่อรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรืออยู่ใน

ระยะสุดท้ายของชีวิต

1.3 สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และสถานะทางเศรษฐกิจ

แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องทราบถึงสภาพความจำเป็น และบริบทต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย เพราะการสูญเสียคุณภาพชีวิต และบทบาทหน้าที่ของตนเองจากการเจ็บป่วยย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้ป่วย

การตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูที่เหมาะสม (Realistic functional goal)

1. เพื่อช่วยลดหรือบรรเทาอาการปวด โดยใช้วิธีการทางกายภาพบำบัดที่ไม่ส่งผลกระทบต่อการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง หรือการทำให้พยาธิสภาพของผู้ป่วยเลวร้ายลง เช่น การใช้ การนวด การใช้ TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation) เป็นต้น

2. เพิ่มหรือคงความสามารถเคลื่อนไหว (Range of motion) ของผู้ป่วย

3. ลดหรือบรรเทาอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อได้

4. มีความแข็งแรงของกำลังของกล้ามเนื้อแขน ขา ลำตัว มากขึ้น

5. การควบคุมการทรงตัว (Balance) ขณะนั่ง ยืน เดิน ทำได้ดีขึ้น

6. เพื่อการเสริมสร้างประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหว และการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย และปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างสม่ำเสมอ

7. เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการหายใจที่ถูกต้อง รวมทั้งการฝึกการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย (Relaxation Training)

8. มีการร่วมมือและมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆ ที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน(ADL) และกิจกรรมกลุ่มเพื่อการผ่อนคลาย (Group therapy) ได้ดีขึ้น

9. ญาติและผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง โดยมีความรู้และแนวทางในการดูแลผู้ป่วย การจัดทำอาหาร และการฟื้นฟูอื่นๆ เป็นต้น

10. ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

11. มีการให้ความรู้ในการป้องกัน และการเคลื่อนย้ายอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บหรือปวดขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

12. มีการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยการฝึกกิจกรรมที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน (IADL and ADL training program) และการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวตนเองบนเตียง (bed mobility) อย่างเหมาะสม

13. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการใช้งาน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการใช้งานของอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ ได้แก่ เครื่องช่วยเดิน อุปกรณ์เสริมเทียมที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นต้น

14. ญาติและผู้ดูแลสามารถร่วมกันวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

15. มีการจัดระบบป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันเกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การป้องกันการเกิดการยึดรั้งยึดติดของข้อต่อ (Stiffness) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบหายใจด้วยการจัดทำที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

1. การตรวจร่างกาย (Physical examination) เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย เป็นต้น
2. การสืบค้นเพื่อการวินิจฉัย (Investigation) เช่น การประเมินภาพถ่ายรังสีประเภทต่างๆ
3. การประมวลปัญหา (Problem list) เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ปัญหาด้านการหายใจ และประสิทธิภาพการไอ เป็นต้น

การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแนวทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

เป้าหมายของกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการกระตุ้นการออกกำลังกาย การป้องกันการติดยึดของข้อต่อ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลระบบการหายใจ การไอ กิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

1. การกระตุ้นการออกกำลังกายและกิจวัตรประจำวัน (Exercises/Mobilization/Activities)

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

เพื่อคงสภาพการเคลื่อนไหว และปรับให้การทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น (Maintained or improved physical abilities)

เพื่อป้องกันการสูญเสียกล้ามเนื้อ ได้แก่ การฝ่อลีบอันเนื่องมาจากการไม่ได้ใช้งานกล้ามเนื้อนั้นๆ
(Prevention of muscle wasting caused by inactivity)

เพื่อลดภาวะพึ่งพาและกลับสู่การใช้ชีวิตอย่างปกติทั่วไปได้ (Less dependence on others to do normal activities of daily living)

เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วย (Improved self-esteem)

เพื่อลดความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าจากพยาธิสภาพ (Reduced anxiety and depression)

เพื่อลดอาการคลื่นเหียนอาเจียน (Decreased nausea vomiting)

เพื่อเพิ่มกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และคงไว้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Increased ability to maintain social contact)

ลดการเหนื่อยล้า และการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ (Reduced symptoms of fatigue)

ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Improved quality of life)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาแบบประคับประคอง

ประเภทของการออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

ก. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 การออกกำลังกายชนิดที่ความยาวกล้ามเนื้อคงที่ (Isometric exercise)

เป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อโดยใยกล้ามเนื้อไม่มีการเปลี่ยนแปลงความยาว หรือเปลี่ยนแปลงความยาวได้เล็กน้อย แต่ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อค้างไว้ การออกกำลังกายแบบนี้มีข้อเสียคือทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น

1.2 การออกกำลังกายชนิดที่กล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาว (Isotonic exercise)

ต้องทำให้เกิดมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ การออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยให้การใช้ออกซิเจนและมีการขนส่งออกซิเจนจากปอดสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ถือเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise)

ข. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ

1.1 การออกกำลังกายชนิดที่ต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมากโดยสม่ำเสมอและติดต่อกันหรือที่เรียกว่า (Aerobic exercise)

เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ทำหน้าที่ดีขึ้นช่วยเพิ่มสมรรถภาพและการทำงานของระบบการหายใจและการไหลเวียนโลหิต ทำให้มีสุขภาพทางกายที่ดีขึ้น

1.2 การออกกำลังกายที่ไม่ใช้ออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ หรือใช้น้อย (Anaerobic exercise)

ได้แก่ การวิ่งระยะสั้น เป็นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ทำให้หัวใจและปอดทำงานเพิ่มขึ้น อาจเป็นอันตรายแต่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำท่วมปอด ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการอ่อนเพลียมาก

ค. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและการผ่อนคลาย

เป็นการออกกำลังกายที่กระทำซ้ำๆ กันคล้ายการยืด (Stretching) กล้ามเนื้อและเอ็น เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อได้อย่างเต็มที่ การออกกำลังกายแบบนี้ได้แก่ โยคะ ไทชิ เป็นต้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อร่างกายและจิตใจ

ด้านร่างกาย

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้มีกิจกรรม ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บและปวด โดยการออกกำลังกายจะช่วยลดความเครียด และยังช่วยให้การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ได้อย่างคล่องแคล่วขึ้น รวมทั้งยังพบอีกว่าการออกกำลังกายสามารถที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง มีความคล่องตัวและทำงานประสานกันดีขึ้น ทำให้ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิตทำงานดีขึ้น หัวใจมีการสูบฉีดโลหิตดีขึ้น ทั้งยังช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตได้อีกด้วย นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้ระบบการหายใจทำงานดีขึ้น ทำให้ทรวงอกมีการขยายตัวได้ดีขึ้น ทำให้กระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงทำงานดีขึ้น ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น เพิ่มความทนทานและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การออกกำลังกายยังช่วยเรื่องของการเผาผลาญสารอาหารในกรณี que ผู้ป่วยต้องนอนเป็นระยะเวลานาน ระบบการย่อยและการเผาผลาญสารอาหารย่อมมีประสิทธิภาพลดลง การออกกำลังกายจะช่วยให้การเผาผลาญสารอาหารดีขึ้น รวมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้ได้ทำงานและการขับถ่ายย่อมดีขึ้นด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้เกิดการประสานงานของกล้ามเนื้อดีขึ้น ความคิด ความจำ และสภาพจิตใจดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล และยังทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานได้ดีขึ้น

ด้านจิตใจ

การออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่นเบิกบานมีความสุขและกระชุ่มกระชวย ซึ่งเกิดจากการหลั่งของสารเอ็นดอร์ฟินส์ (Endorphins) ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เกิดความผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ยังช่วยเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และทัศนคติต่อชีวิตในทางที่ดี และถ้าออกกำลังกายเป็นกลุ่มจะช่วยลดความรู้สึกอยู่ตามลำพัง ลดภาวะซึมเศร้า เกิดความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต

2. การจัดท่า (Alignment and positioning) ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวเป็นเวลานาน สิ่งที่สำคัญนอกจากไม่ได้ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลงแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเกิดการติดเชืต่างๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อที่ทำให้เกิดอาการปอดบวม (Pneumonia) ผู้ป่วยควรมีการพลิกตัวเปลี่ยนท่าบ่อยๆ เพื่อช่วยลดการเกิดแผลกดทับ และยังเป็น การช่วยลดการกั่งค้างของเสมหะในปอด การจัดท่าที่ได้นั้นยังช่วยป้องกันการเกิดภาวะข้อติดยึดได้อีกด้วย

3. การให้การดูแลทางระบบหายใจ (Chest therapy) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง อาจพบปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการกลืนไปที่ปอด การให้การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ อาจดูแลท่าที่จำเป็น หรือท่าที่ทำได้ เพราะหากเข้าสู่ระยะนี้แล้วการให้การดูแลเกี่ยวกับระบบการหายใจก็คงไม่จำเป็น อาจยิ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น แต่ถ้าอาการยังไม่รุนแรง การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การจัดท่าเพื่อช่วยระบายเสมหะ (Postural drainage) การเคาะปอด (Percussion) แต่ไม่ควรทำในกรณีที่มีการกลืนของเซลล์มะเร็งไปที่ปอด ทั้งนี้ขึ้นกับเป้าหมายของการรักษา หากผู้ให้การรักษาเห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยการเคาะปอด เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้นก็ไม่ควรกระทำ

การบริหารกระบังลม เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ควรทำร่วมกับการฝึกสมาธิ หรือ อาณาปานสติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายใจเข้าออกได้สะดวกขึ้น และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนแก๊ส โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนแก๊ส หรือ มีค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ

4. การคงพิสัยการเคลื่อนไหว (Range of motion) ข้อติดเป็นปัญหาที่พบบ่อย ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ไม่ได้ทำการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย หรือปรับเปลี่ยนอิริยาบถทำให้สามารถช่วยลดการเกิดการติดขัดของข้อ และการหดรั้งของกล้ามเนื้อ (Contracture) ได้ การคงพิสัยการเคลื่อนไหวนั้นสามารถทำได้โดยการทำการขยับข้อต่อ อย่างน้อยวันละ 10-20 ครั้ง/ท่า วันละ 1-2 ครั้ง/วัน การจัดท่าให้เหมาะสมเพื่อลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และการใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อประคองข้อต่อเพื่อป้องกันมิให้ข้อต่อมีการหดรั้ง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการเคลื่อนไหวในอนาคต ส่วนในกรณีผู้ป่วยระดับประคองที่มีการติดแข็งของข้อแล้วนั้น หากทำการยืดเหยียดข้อต่อแล้วเกิดความทุกข์ทรมานมากเกินไปกับผู้ป่วย ก็ไม่ควรทำรุนแรงโดยหลักการนั้นควรทำด้วยความนุ่มนวล (Gentle passive movement) และไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของข้อต่อต่างๆ ส่วนใหญ่ข้อที่มักมีปัญหาการติดขัดได้ง่าย คือ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อนิ้วมือ ข้อเข่า ข้อเท้า และข้อสะโพก เป็นต้น โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดขัดของข้อต่อนอกจากการนอนอยู่บนเตียงนานๆ แล้ว ยังพบว่าการเป็นอัมพาต การไม่ได้เคลื่อนไหวข้อต่ออย่างสม่ำเสมอ การหดยึดของเนื้อเยื่อ บริเวณข้อต่อพังผืด และการเกร็งของกล้ามเนื้อ จะทำให้เกิดภาวะ Heterotopic หรือ Periarticular ossification

5. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) การฝึกต้องประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยทุกครั้ง ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพ หรือสัญญาณชีพไม่เหมาะสม การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงก็ไม่มีผลจำเป็น ดังนั้นก่อนการออกกำลังกายควรประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง และให้โปรแกรมการออกกำลังกายตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การบริหารร่างกายทางกายภาพบำบัดนั้น อาจมีหลายประเภท เช่น การออกกำลังกายด้วยมือของตนเอง (Manual) ซึ่งมีทั้งแบบช่วยออกกำลังกาย และด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ส่วนการออกกำลังกายอีกประเภทคือการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เข้าช่วย เช่น การใช้รอกเหนือศีรษะ จักรยานนั่งปั่น เป็นต้น

6. กิจกรรมบำบัดกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง กิจกรรมบำบัดเป็นเรื่องที่สำคัญอีกด้านหนึ่งที่ต้องได้รับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย เป็นการยกระดับสภาพจิตใจ กิจกรรมบำบัดยังช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตัวเอง และการทำกิจกรรมที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Activity of daily living) นอกจากนี้แล้วกิจกรรมบำบัดยังเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน สามารถเบี่ยงเบนให้ผู้ป่วยลืมความวิตกกังวลที่มีอยู่ รวมทั้งนักกิจกรรมบำบัดยังช่วยคัดแปลงอุปกรณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

ในการดูแลผู้ป่วยต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความรู้สึกที่ดีต่อชีวิตของตนเอง โดยการตอบสนองทางร่างกาย รวมทั้งจิตใจของผู้ป่วย และคงสภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย รวมทั้งความทนทานต่อการทำกิจกรรมต่างๆ (Endurance) ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้แล้วยังมีการปรับหรือคิดค้นอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่ทำ

เป็นกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การออกแบบช้อน มีด เป็นต้น เพื่อให้สะดวกในการใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมบำบัดจำเป็นต้องมีโปรแกรมในการฟื้นฟูที่หลากหลายที่จะส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้โปรแกรมต่างๆ จะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองต้องจัดโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การจัดกิจกรรมกลุ่มที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ได้มีกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งเป็นการลดภาวะเครียด และซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงคุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่

7. การฟื้นฟูด้านเพศสัมพันธ์ เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง ในบางรายที่ยังมีความต้องการในด้านนี้ อาจมีความคับข้องใจในด้านนี้ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการแข็งตัวของอวัยวะสืบพันธุ์ การหลั่งไวหรือแม้แต่การขาดความสามารถในการทำกิจกรรมทางเพศได้ การให้ความใส่ใจและการให้คำแนะนำที่ดี รวมถึงการใช้บุคลากรที่ชำนาญในด้านนี้เข้าช่วยจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและคู่สมรสอย่างมาก ในกรณีเช่นนี้ควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางเพศศาสตร์ศึกษา

8. การดูแลจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน นอกเหนือจากการวางแผนการรักษาที่ถูกต้องเพื่อการรักษาที่ดีแล้ว สิ่งที่สำคัญที่มีผลต่อการรักษาคือ สภาพจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งมีผลกระทบตั้งแต่ก่อนการรักษา ร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การรักษาใดๆ ให้ได้ผลดี จะต้องให้การดูแลทั้งร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่ส่วนนี้จึงมีความสำคัญที่ควรทราบ ซึ่งจะเป็นการดูแลตามสภาพการเกิดผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยดังนี้

1. ระยะก่อนและขณะที่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรค
2. ระยะที่ให้การรักษา
3. ระยะติดตามการรักษา

การรับรู้ต่อตนเองและอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการฟื้นฟู

การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ย่อมมีผลกระทบทั้งในด้านของจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผลกระทบดังกล่าวนอกจากจะส่งผลต่อตนเองแล้วยังส่งผลต่อ ลูกหลานและบุคคลใกล้ชิด ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และการรับรู้ต่อตนเองหรืออัตมโนทัศน์ในด้านลบ ย่อมส่งผลเสียต่อกระบวนการฟื้นฟูในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความภาคภูมิใจในตนเองนั้นจะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) การจะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตนั้น ขึ้นกับพื้นฐานการยอมรับของผู้ป่วยเอง อันได้แก่ การเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ป่วย การยอมรับการเจ็บป่วย แบบแผนของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และการยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับค่านิยมและความคาดหวังของบุคคล การคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ของตนเอง การมีกิจกรรมที่เหมาะสมตามศักยภาพที่เหลืออยู่ รวมทั้งการได้ทำในสิ่งที่อยากทำหรือต้องการทำในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องมีการจัดการกับความเครียดทั้งด้านร่างกายและอารมณ์เป็นอย่างดี จึงจะทำให้เกิดการยอมรับและสามารถใช้ชีวิตอยู่ในช่วงท้ายของชีวิตอย่างมีปกติสุข

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการรับรู้ต่อตนเองและอัตมโนทัศน์ที่ดี

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง
2. การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพทั้งกับครอบครัว และญาติของผู้ป่วย
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการเผชิญปัญหา
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลที่อยู่รอบข้าง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ทราบและเข้าใจปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย
5. ส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ
6. ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อมุ่งเน้นความสงบสุขและเข้าใจชีวิต โดยอาศัยหลักศาสนาที่ผู้ป่วยศรัทธา
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเพื่อมิให้อาการกำเริบมากขึ้น
8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วย และญาติรู้จักการสำรวจความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวด ลักษณะแผลที่ผิดปกติ (แผลกดทับต่างๆ) การแข็งเข้าหน้าที่โดยเร็วกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น จะทำให้ดูแลสุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น

บทบาทของกายภาพบำบัดต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระดับประคอง

บทบาทในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับ (Pressure sore or Bedsores) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะที่ทำแผล หรือให้การฟื้นฟูด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด

แนวทางในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1. ในผู้ป่วยที่นอนนาน ผู้ดูแลควรช่วยจับผู้ป่วยให้นั่งในรถเข็นมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
2. ขณะยกผู้ป่วยจากเตียงไม่ควรกระแทก กระชากหรือเลื่อนผู้ป่วยอย่างรุนแรง ทั้งนี้อาจทำให้เกิดการถลอกของแผลได้ ควรจะมีผ้าขาวแดงอีก 1 ผืน เพื่อใช้สำหรับยกผู้ป่วย และควรใช้ 2 คน ทุกครั้งที่ยกควรให้จังหวะในการยกทุกครั้ง
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวด้วยตนเองบนเตียงอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยสามารถทำได้เอง
4. เปลี่ยนท่าผู้ป่วยบ่อยๆ ถ้าเป็นไปได้ โดยปกติควรเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุกๆ 1-2 ชั่วโมง โดยใช้หมอนช่วยหนุนตัวผู้ป่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสมทางที่ดีควรใช้เตียงลมหรือเตียงน้ำ แต่ถ้าหากไม่มี ควรพลิกตัวบ่อยๆ
5. พยายามให้เตียงผู้ป่วยแห้งและสะอาดอยู่ตลอดเวลา
6. สำรวจความผิดปกติของผิวหนัง (ลักษณะสีผิวของผู้ป่วย) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผิวหนังตรงบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณหลัง ไหล่ และสะโพก ก้นกบ เป็นต้นควรมีการตรวจดูผิวหนังส่วนนั้นทุกๆ วัน
7. ใช้วัสดุที่มีความอ่อนนุ่ม (Soft material) เช่น ผ้าขนหนูที่ทำจากผ้าฝ้ายชนิดนุ่มได้ตัวผู้ป่วย หรือจุดสัมผัสที่เป็นปุ่มกระดูก หรืออาจใช้ฟองน้ำวางหนุนบริเวณปุ่มกระดูก

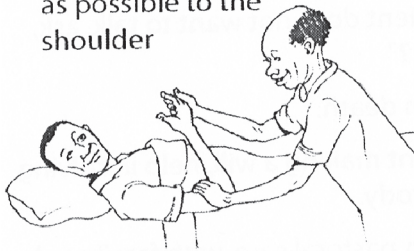
**การป้องกันความปวด การติดขัดของข้อต่อ (Stiffness)
และการยึดรั้งของกล้ามเนื้อ (Contractures in muscles and joints)**

การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล	การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
* ตรวจสอบองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (ROM) (ทำการตรวจสอบข้อต่อด้วยการเคลื่อนไหวอย่างนุ่มนวล) * ตรวจสอบองศาการเคลื่อนไหวใน 7 ข้อหลัก โดยเปรียบเทียบกับทั้ง 2 ข้าง ได้แก่ - ข้อมือ (Wrist) - ข้อเข่า (Knee) - ข้อศอก (Elbow) - ข้อเท้า (Ankle) - ข้อไหล่ (Shoulder) - ข้อสะโพก (Hip) - คอ (Neck)	* ส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนไหวข้อต่ออย่างสม่ำเสมอ * หากผู้ป่วยไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว ควรออกกำลังกายอย่างง่าย ๆ เพื่อเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ โดยมีหลักดังนี้ - ออกกำลังกายแขนและขาทั้ง 2 ข้าง อย่างน้อยวันละ 2 - 3 ครั้งต่อวัน และ 15-20 ครั้ง/ท่า - ต้องประคองข้อต่ออย่างนุ่มนวล และมั่นคงที่สุด เท่าที่เป็นไปได้ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บขณะออกกำลังกายข้อต่อ ทั้งข้อต่อส่วนบนและล่างขณะที่ข้อต่อเคลื่อนไหว - เคลื่อนไหวข้อต่อในลักษณะเหยียดเข้าออก กระทำอย่างนุ่มนวล ให้ใกล้เคียงกับการเคลื่อนไหวปกติ โดยเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ และอย่างระมัดระวัง ไม่ควรทำให้เกิดความเจ็บหรือปวดมากขึ้น - เคลื่อนไหวข้อต่อด้วยการยืดเหยียดข้อต่อ และค้างไว้สักครู่ก่อนที่จะกดค้างไว้ เพื่อให้ข้อต่อได้ยืดเต็มที่ - ชักชวนให้ผู้ป่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่ออย่างสม่ำเสมอ - ประยุกต์ใช้นวด เพื่อการลดความเจ็บหรือปวด และช่วยคลายกล้ามเนื้อของผู้ป่วย

ตัวอย่างการออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อติด

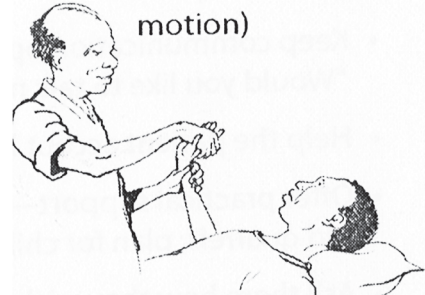
การออกกำลังกายข้อไหล่

Exercise the elbow by gently bringing the hand as close as possible to the shoulder



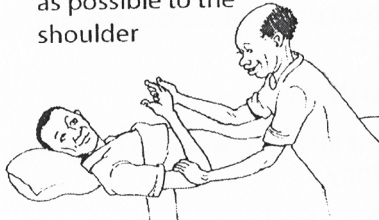
การออกกำลังกายข้อมือ

Exercise the wrist doing the full ROM (range of motion)



การออกกำลังกายข้อศอก

Exercise the elbow by gently bringing the hand as close as possible to the shoulder



การออกกำลังกาย ข้อเท้า และเข่า

Exercise the knee by lifting the thigh up and bringing it close to the chest and laterally as far as possible



การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยลดการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายอย่างถูกต้องนอกจากช่วยป้องกันการบาดเจ็บในผู้ป่วยแล้วยังช่วยป้องกันการบาดเจ็บที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลอีกด้วย ตัวอย่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกรวบรวมไว้

1. การช่วยผู้ป่วยลุกนั่งจากท่านอน

จังหวะที่ 1



จังหวะที่ 2



จังหวะที่ 3



2. การช่วยผู้ป่วยยืน



การวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลจากทางโรงพยาบาลด้วยเวลาระยะหนึ่งเป้าหมายสุดท้ายของการฟื้นฟู คือ การนำผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตได้โดยปราศจากโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีการวางแผนในการจำหน่ายร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่สุดที่จะกลับสู่ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งพึงตระหนักถึงความพร้อมของตัวผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องการปรับสถานที่อยู่อาศัย (Home modification) บางครั้งความไม่พร้อมที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มักจะส่งผลร้ายต่อตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งจำเป็นต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับความพร้อมดังกล่าว สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

- ความพร้อมของผู้ป่วยว่า บรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดที่ได้ตั้งไว้แล้วหรือไม่
- ความพร้อมของครอบครัวและญาติพี่น้องที่จะรับภาระต่อในการดูแลผู้ป่วย
- ความพร้อมของสถานที่ที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักอาศัย จะต้องมีความสะดวก เอื้อต่อการดูแลและการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

โภชนาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ระยะให้อาหารตามความสามารถของผู้ป่วย

ถ้าเป็นอาหารธรรมดา ควรเป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ต้องปรุงแบบให้นุ่มและย่อยง่าย และต้องให้ได้ อาหารครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน ถ้าผู้ป่วยเบื่ออาหารธรรมดา อาจเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนสลับกันบ้าง เช่น ข้าวต้ม ทรงเครื่องปลา ข้าวต้มทรงเครื่องหมู ไก่ ตามความชอบของผู้ป่วย ในแต่ละมื้อควรมีผลไม้ที่มีเนื้อนุ่มเพื่อช่วย ในการจับถ้าย ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ควรเพิ่มปริมาณเป็นวันละ 3-4 มื้อ มื้อละน้อยๆ อย่ารำคาญ ในการเตรียมอาหารวันละหลายๆ มื้อ เพราะการทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารวันละ 3-4 มื้อ จะช่วยให้ได้รับ พลังงานเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ถ้าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตโดยเฉพาะในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมง สุดท้ายของชีวิต อาจไม่จำเป็นต้องให้อาหาร แต่ผู้ป่วยอาจยังต้องการน้ำในระดับหนึ่งแต่น้อยกว่าปกติ

2. ระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อาหารทางสายให้อาหาร

อาหารทางสายให้อาหาร คือ อาหารผสมที่ประกอบด้วยอาหารหลายๆ ชนิด นำมาปั่นเข้าด้วยกัน จนมีลักษณะเป็นของเหลว ไม่มีกากสามารถผ่านสายให้อาหารเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยได้โดยไม่ติดขัด การให้อาหาร ทางสายให้อาหารเป็นวิธีให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่ไม่อาจรับประทานทางปากได้เอง อาหารนี้จะต้องผสมตามสูตร ที่กำหนดไว้ให้จึงจะมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ปกติผู้ป่วยก่อนออกจาก โรงพยาบาล ญาติควรได้เรียนรู้วิธีการเตรียมอาหารทางสายให้อาหารจากโภชนาการโดยตรง

ข้อควรระวังในการให้อาหารทางสายให้อาหาร

1. **ความสะอาด** เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการเตรียมอาหารชนิดนี้ สถานที่ที่เตรียมอาหารต้องสะอาด ภาชนะทุกชิ้นที่ใช้ต้องต้มหรือลวกน้ำเดือดก่อนใช้ทุกครั้งเพื่อป้องกันไม่ได้รับเชื้อโรคที่จะทำให้เกิดอาการ ท้องร่วง เนื่องจากแบคทีเรีย รวมทั้งผู้เตรียมอาหารจะต้องมีสุขภาพดีและร่างกายสะอาดด้วย

2. **การชั่งตวงอาหาร** ควรชั่งและตวงส่วนผสมให้ถูกต้องตามสูตรที่กำหนดให้ และต้องเตรียมอย่าง ละเอียดรอบคอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้คุณค่าของอาหารที่ครบถ้วน จะต้องไม่เหลือกากอาหารในภาชนะที่เตรียม

3. **การเก็บรักษา** อาหารที่เตรียมแล้วจะต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิที่เหมาะสม และสะอาดโดยเก็บไว้ในตู้เย็น ไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีตู้เย็นควรเตรียมมื้อต่อมื้อ

สิ่งที่จำเป็นในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายให้อาหาร คือ

- อาหารที่เตรียมให้ผู้ป่วย ควรมีอุณหภูมิในระดับเดียวกับอุณหภูมิของห้องที่ผู้ป่วยพักอาศัย
- กรอกน้ำสะอาดประมาณ 25-50 มล. ผ่านสายให้อาหารก่อนและหลังการให้อาหารทุกครั้ง
- ควรเปลี่ยนผ้าทเป (ผ้ายางปิดแผล) ที่พันสายให้อาหารและปิดกับผิวหนัง เพื่อป้องกันการหลุด ของสายให้อาหารและทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ สายให้อาหารทุกวัน (การทำความสะอาดและ เปลี่ยนผ้าทเป เจ้าหน้าที่พยาบาลจะสอนให้ทราบถึงวิธีปฏิบัติ)

- อย่าออกแรงดันอาหารหรือยาเข้าทางสายให้อาหาร ถ้าพบว่ามีแรงดันให้ลองกรอกน้ำสะอาดผ่านทางสายให้อาหารอีกครั้ง หากพบว่าแม้แต่น้ำก็ไม่สามารถกรอกผ่านสายให้อาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร ให้แจ้งการให้อาหารทางสายและแจ้งเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้รีบทราบเพื่อขอคำแนะนำหรือแก้ไขต่อไป
- ก่อนให้อาหารทุกครั้ง จำเป็นต้องทำการตรวจสอบว่าปลายของสายให้อาหารยังคงอยู่ในกระเพาะอาหาร (พยาบาลที่ช่วยดูแลจะสอนวิธีการตรวจสอบให้) โดยทั่วไปให้ใช้กระบอกดูดของเหลวจากกระเพาะอาหาร ว่ายังมีอาหารตกค้างอยู่หรือไม่ ถ้าพบว่ามีอาหารตกค้างอยู่เกินกว่า 50 มล. ควรเลื่อนเวลาการให้อาหารออกไปก่อนประมาณ 1-2 ชั่วโมง
- เวลาที่ให้อาหารและหลังการให้อาหารผ่านทางสายให้อาหาร ผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่งหรือนอนเอนหลัง โดยยกศีรษะสูงไม่น้อยกว่า 45 องศา เป็นเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง
- ถ้าพบว่าสายให้อาหารหลุดออกมา ไม่ต้องตื่นตกใจหรือเสียขวัญ ติดต่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ อาทิ เช่น แพทย์ หรือพยาบาลทราบซึ่งจะช่วยใส่ให้ใหม่ได้
- ผู้ป่วยที่ได้รับการให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลสุขอนามัยของช่องปากยังคงต้องปฏิบัติให้การช่วยเหลือตามปกติ
- ถ้ามียาหลังอาหาร เมื่อให้ยาครบแล้ว ให้ตามด้วยน้ำสะอาดประมาณ 25-50 มล. เพื่อล้างอาหารและยาที่ตกค้างอยู่ในสาย และต้องปิดปลายสายให้อาหารเมื่อเสร็จการให้อาหารและยาอาจโดยหุ้มด้วยผ้าหรือพลาสติกก็ได้
- สายให้อาหารควรได้รับการเปลี่ยนใหม่ทุก 2-4 สัปดาห์

อุปกรณ์และภาชนะที่ใช้ในการเตรียมอาหารทางสายให้อาหาร

- ช้อนตวง
- ถ้วยตวงมาตรฐาน
- เครื่องชั่งละเอียด
- กระชอนสำหรับกรองอาหารปั่นผสม (กระชอนเส้นถี่ๆ)
- เครื่องปั่นอาหารไฟฟ้า

ตัวอย่างอาหารให้ทางสายให้อาหาร สูตรปกติ 1,000 กิโลแคลอรี

ส่วนผสม

สับในไก่บด	200 กรัม	(10 ช้อนโต๊ะ)
ฟักทองปอกเปลือก	140 กรัม	(2 ถ้วยตวง)
เนื้อกล้วยน้ำว้า	180 กรัม	(3 ผลกลาง)
ไข่ไก่ทั้งฟอง	1 ฟอง	
น้ำตาลทราย	60 กรัม	(4 ช้อนโต๊ะ)
น้ำมันพืช	1 ช้อนชา	
เกลือป่น	1/2 ช้อนชา	

วิธีทำ

- นำฟักทอง ถั่วลิสง น้ำว่า สันในไก่บดไข่ไก่ มาต้มจนสุกนุ่มเติมน้ำตาลทราย
- ยกออกจากเตาใส่น้ำมันพืช เกลือป่น รอนจนส่วนผสมไม่ร้อนมาก
- นำมาปั่นด้วยเครื่องปั่นไฟฟ้าจนละเอียด
- นำส่วนผสมที่ปั่นละเอียดมากรองด้วยกระชอนจนเหลือกากน้อยที่สุด
- นำมาตวงให้ได้ปริมาณตามแพทย์สั่ง ถ้าไม่พอสามารถเติมน้ำสุกจนได้ตามปริมาณตามต้องการ

หมายเหตุ

- ภาชนะทุกอย่างต้องลวกน้ำร้อนก่อนใช้ทุกครั้ง
- ไม่ควรทำอาหารให้ทางสายให้อาหารเก็บไว้ใช้ค้างคืน
- กรณีผู้ป่วยเป็นเก๊าท์ควรใช้เนื้อปลาหรือสันในหมูแทนสันในไก่ได้ในปริมาณที่เท่ากัน
- ถ้าผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงไม่ต้องเติมเกลือป่น $1/2$ ช้อนชา
- ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับคอเรสเตอรอลสูงใช้ไข่ขาว 2 ฟอง แทนไข่ทั้งฟองได้
- น้ำมันพืช คือน้ำมันถั่วเหลือง รำข้าว เมล็ดดอกทานตะวัน และน้ำมันมะกอก ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม

ตัวอย่างอาหารให้ทางสายให้อาหาร สูตรเจ 1,000 กิโลแคลอรี

ส่วนผสม

ข้าวต้มขาว	20	ช้อนโต๊ะ
ฟักทองปอกเปลือก	70	กรัม (1 ถ้วยตวง)
แป้งถั่วเหลือง(คอยคำ)	100	กรัม
เต้าหู้ขาว	60	กรัม ($1/2$ แผ่น)
น้ำมันพืช	$2\frac{1}{2}$	ช้อนชา

วิธีทำ

- นำฟักทอง เต้าหู้ขาว มาต้มจนสุกนุ่ม ใส่แป้งถั่วเหลือง ข้าวต้มลงต้มต่อสักพักจนเดือดอีกครั้ง
- ยกออกจากเตาเติมน้ำมันพืช วางทิ้งไว้ไม่ให้ร้อนมากนัก
- นำส่วนผสมทั้งหมดมาปั่นด้วยเครื่องปั่นไฟฟ้าจนละเอียด
- นำส่วนผสมที่ปั่นละเอียดมากรองด้วยกระชอนจนเหลือกากน้อยที่สุด
- นำมาตวงให้ได้ปริมาณตามที่แพทย์สั่ง ถ้าไม่พอสามารถเติมน้ำสุกจนได้ตามปริมาณที่ต้องการ

ตัวอย่างอาหารให้ทางสายให้อาหาร สูตรมังสวิรัต 1,000 กิโลแคลอรี

ส่วนผสม

ข้าวต้มขาว	200 กรัม	(20 ช้อนโต๊ะ)
ฟักทอง หรือแครอท	70 กรัม	(1 ถ้วยตวง)
แป้งถั่วเหลือง	100 กรัม	
ไข่ไก่ทั้งฟอง	1 ฟอง	
น้ำมันพืช	12.5 กรัม	(2½ ช้อนชา)

วิธีทำ

- นำฟักทองมาต้มจนสุกนุ่มใส่แป้งถั่วเหลือง ข้าวต้ม ไข่ไก่ ลงต้มเดือดอีกครั้ง
- ยกออกจากเตาเติมน้ำมันพืช วางทิ้งไว้ไม่ให้ร้อนมากนัก
- นำส่วนผสมทั้งหมดมาปั่นด้วยเครื่องปั่นไฟฟ้าจนละเอียด
- นำส่วนผสมที่ปั่นละเอียดมากรองด้วยกระชอนจนเหลือกากน้อยที่สุด
- นำมาตวงให้ได้ปริมาณตามแพทย์สั่ง ถ้าไม่พอสามารถเติมน้ำสุกจนได้ปริมาณตามต้องการ

ตัวอย่างอาหารให้ทางสายให้อาหาร สูตรสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 1,000 กิโลแคลอรี

ส่วนผสม

ขนมปังขาว	3 แผ่น	
สันในไก่บดดิบ	200 กรัม	(10 ช้อนโต๊ะ)
ฟักทองปอกเปลือก	140 กรัม	(2 ถ้วยตวง)
เนื้อกล้วยน้ำว้าสุก	180 กรัม	(3 ผลกลาง)
ไข่ไก่ทั้งฟอง	1 ฟอง	
น้ำมันพืช	1½ ช้อนชา	
เกลือป่น	1½ ช้อนชา	

วิธีทำ

- นำฟักทอง กล้วยน้ำว้า สันในไก่บด ขนมปัง ไข่ไก่ มาต้มจนสุก
- ยกออกจากเตาใส่น้ำมันพืช เกลือป่น รอจนส่วนผสมไม่ร้อนมาก
- นำมาปั่นด้วยเครื่องปั่นไฟฟ้าจนละเอียด
- นำส่วนผสมที่ปั่นละเอียดมากรองด้วยกระชอนจนเหลือกากน้อยที่สุด
- นำมาตวงให้ได้ปริมาณตามแพทย์สั่ง ถ้าไม่พอสามารถเติมน้ำสุกจนได้ตามปริมาณตามต้องการ

หมายเหตุ

- ภาชนะทุกอย่างต้องลวกน้ำร้อนก่อนใช้ทุกครั้ง
- ไม่ควรทำอาหารให้ทางสายให้อาหารเก็บไว้ใช้ค้างคืน

- กรณีผู้ป่วยเป็นเก๊าท์ควรใช้เนื้อปลาหรือสันในหมูแทนสันในไก่ได้ในปริมาณที่เท่ากัน
- ถ้าผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงไม่ต้องเติมเกลือป่น $\frac{1}{2}$ ช้อนชา
- ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับคลอเรสเตอรอลสูงใช้ไข่ขาว 2 ฟอง แทนไข่ทั้งฟองได้
- น้ำมันพืช คือน้ำมันถั่วเหลือง รำข้าว เมล็ดดอกทานตะวัน และน้ำมันมะกอก ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม

ตัวอย่างอาหารให้ทางสายให้อาหาร สูตรเบาหวาน โปรตีนต่ำ 1,000 กิโลแคลอรี

ส่วนผสม

ข้าวต้มขาว	200 กรัม	(20 ช้อนโต๊ะ)
เนื้อกล้วยน้ำว้า	135 กรัม	(3 ผลกลาง)
ฟักทอง หรือแครอท	70 กรัม	(1 ถ้วยตวง)
สันในไก่บด	15 กรัม	(1 ช้อนโต๊ะ)
น้ำมันพืช	10	ช้อนชา

วิธีทำ

- นำกล้วยน้ำว้า ฟักทองหรือแครอท ข้าวต้ม สันในไก่ ไข่ไก่ มาต้มจนสุก
- ยกออกจากเตาเติม น้ำมันพืช รอจนส่วนผสมไม่ร้อนมากนัก
- นำส่วนผสมทั้งหมดมาปั่นด้วยเครื่องปั่นไฟฟ้าจนละเอียด
- นำส่วนผสมทั้งหมดที่ปั่นละเอียดมากรองด้วยกระชอนจนเหลือกากน้อยที่สุด
- นำมาตวงให้ได้ปริมาณตามแพทย์สั่ง ถ้าไม่พอสามารถเติมน้ำสุกจนได้ปริมาณตามต้องการ

นอกจากอาหารซึ่งสามารถเตรียมได้เอง จากสูตรอาหารที่อธิบายข้างต้นแล้ว ยังมีสูตรสำเร็จซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นอาหารทางสายให้อาหารได้ ผลิตภัณฑ์ประเภทนี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพเป็นผงหรือน้ำซึ่งใช้ได้ทันที ก่อนนำมาใช้ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์และนักโภชนาการ

สูตรอาหารสำเร็จรูปนี้ อาจใช้เพียงชนิดเดียว นำมาผสมกับอาหารผสมอื่นๆ หรือนำมาใช้สลับกับสูตรอาหารผสมที่เตรียมขึ้นเองในบางมื้อที่ไม่สะดวกในการเตรียม สูตรอาหารชนิดนี้สะดวกแก่การใช้ การระวังเรื่องความสะดวกน้อยกว่า การเตรียมทำได้ง่ายเพียงตวงส่วนผสมให้ถูกต้องแล้วนำมาละลายกับน้ำต้มสุก คนแรงๆ หรือปั่นด้วยเครื่องปั่นไฟฟ้าให้เข้ากันก็ใช้ได้ หรือใช้ชนิดน้ำซึ่งใช้ได้ทันทีจะประหยัดเวลาในการเตรียม

รายการยาที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

บัญชีรายชื่อยาสำหรับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (list of essential medicines for palliative care) จัดทำขึ้นโดยกลุ่มตัวแทนของผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care จาก WHO และประเทศต่างๆ ประกอบด้วยประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลกโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลต่อชีวิตผู้ป่วยให้ดีที่สุดโดยปราศจากอิทธิพลของผลประโยชน์ใดๆ

ขั้นตอนการจัดทำ บัญชีรายชื่อยาสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

1. รวบรวมอาการของผู้ป่วยที่พบได้บ่อยใน palliative care โดยยกเว้นโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิม เช่น มะเร็ง, HIV, การติดเชื้อ ซึ่งรวบรวมได้ทั้งสิ้น 21 อาการ

2. รวบรวมยาที่ใช้รักษาอาการดังกล่าวจากการประชุมของคณะกรรมการ IAHPC (International Association for Hospice and Palliative care) และผู้เชี่ยวชาญด้าน palliative care จากทั่วโลกโดยได้รายการยา 120 ผลิตภัณฑ์

3. จัดส่งแบบสำรวจเกี่ยวกับ Safety และ Efficacy ของยาแต่ละผลิตภัณฑ์ทาง e-mail ไปยังแพทย์และนักเภสัชวิทยาจำนวน 112 คน (โดยมี 77 คน ในประเทศกำลังพัฒนา)

ด้านประสิทธิภาพพิจารณาจากหลักฐานทางวิชาการในด้านประสิทธิภาพการรักษาโดยหลักฐานทางวิชาการที่เป็น RCTs จะถือว่ามีความแน่นอนของข้อมูลมากที่สุดทั้งนี้ได้แบ่งเกณฑ์พิจารณาเป็น 9 rating ดังนี้
Rating 1-3 หมายถึง เป็นกลุ่มของยาหรือยาที่ไม่มีข้อมูลประสิทธิภาพในการรักษาอาการจำเพาะของผู้ป่วย

Rating 4-6 หมายถึง กลุ่มยาหรือยาที่ต้องพิจารณาถึงข้อมูลประสิทธิภาพการรักษาอาการจำเพาะของผู้ป่วย

Rating 7-9 หมายถึง กลุ่มยาหรือยาที่มีข้อมูลว่าปลอดภัยที่จะใช้ในผู้ป่วย

ด้านความปลอดภัยพิจารณาจากหลักฐานทางวิชาการในด้านความปลอดภัยในการใช้ในกลุ่มประชากรเกี่ยวกับการคาดการณ์การป้องกัน การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ของยาทั้งนี้ได้แบ่งเกณฑ์พิจารณาเป็น 9 rating ดังนี้

Rating 1-3 หมายถึง เป็นกลุ่มของยาหรือยาที่ไม่ปลอดภัยในการรักษาอาการจำเพาะของผู้ป่วย

Rating 4-6 หมายถึง กลุ่มยาหรือยาที่ต้องพิจารณาถึงข้อมูลความปลอดภัยการรักษาอาการจำเพาะของผู้ป่วย

Rating 7-9 หมายถึง กลุ่มยาหรือยาที่มีข้อมูลว่าปลอดภัยที่จะใช้ในผู้ป่วย

4. ขั้นตอนสุดท้าย แจกผลการสำรวจ (Delphi Study) และแบ่งกลุ่มผู้ประชุมเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ยาที่ใช้รักษาอาการทางจิต

กลุ่มที่ 2 ยาที่ใช้รักษาอาการปวด

กลุ่มที่ 3 ยาที่ใช้รักษาอาการในระบบทางเดินอาหาร

ส่วนอาการที่อาจเกิดขึ้นได้หลายระบบ เช่น สะอึก (hiccups) จะจัดเข้ากลุ่มแบบสุม จากนั้นแต่ละกลุ่มประชุมและสรุปเพื่อเลือกยาที่มี rating สูงสุดสำหรับแต่ละอาการที่ได้รับมอบหมายจากนั้นแต่ละกลุ่มย่อยเข้าร่วมกลุ่มใหญ่อีกครั้งเพื่อประชุมนำเสนอหากมีความเห็นไม่ตรงกันผู้เชี่ยวชาญจะเลือกเหตุผลที่ดีที่สุดโดยรายการยาที่เป็นที่สรุปของที่ประชุมจะได้รับการรับรองโดย IAHP

ผลการประชุมพบว่ามีอาการ 5 อาการที่มีข้อมูลประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาไม่เพียงพอ คือ bone pain, dry mouth, sweating, fatigue และ hiccups IAHP สรุปรายการยาที่ใช้ใน palliative care ทั้งสิ้น 33 รายการ โดยมี 14 รายการรวมอยู่ใน WHO Essential Medicines Model List

5. อนาคต IAHP ต้องการเผยแพร่รายการยาที่ใช้ใน palliative care ไปยังบรรณาธิการของวารสารต่างๆ เพื่อให้เผยแพร่ต่อไปยังหน่วยงานต่างๆ โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและหน่วยงานนั้นๆ สามารถนำไปแก้ไข เปลี่ยนแปลง ปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในหน่วยงานเหล่านั้น โดย IAHP จะตีพิมพ์ฉบับเต็มในวารสาร The Oxford Textbook of Palliative Medicine ต่อไป

ตารางที่แสดงถึงรายการยาหลักที่ใช้ใน palliative care (list of essential medicines for palliative care)[†]

ชื่อยาสามัญ	รูปแบบที่มีจำหน่าย ในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่)	ข้อบ่งใช้	ขนาดที่แนะนำให้ใช้
allopurinol	100,300 mg tablets	Hyperuricemia	ขนาดเริ่มต้น 100 mg/วัน ⁰
amitriptyline	10,25,50 mg tablets	Depression	Depression 100-300 mg/วัน ขนาด เริ่มต้น 50-75mg/วัน*
		Neuropathic pain	Neuropathic pain 25 mg รับประทานตอน กลางคืน 2 สัปดาห์แล้วค่อยๆ เพิ่ม ขนาดจนถึง 50 mg หรือ 25 mg วันละ 2 ครั้ง** หรือจนทนผลข้างเคียง ไม่ได้
bisacodyl	5 mg tablets 10 mg rectal suppositories	Constipation	5-15 mg รับประทาน ตอนกลางคืน (ขึ้นกับการ ตอบสนองของผู้ป่วย)** หรือยาเหน็บ 1 แท่ง/วัน****

ชื่อยาสามัญ	รูปแบบที่มีจำหน่าย ในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่)	ข้อบ่งใช้	ขนาดที่แนะนำให้ใช้
carbamazepine	200,400 mg tablet 200 mg controlled release tablet	Neuropathic pain	เริ่ม 100-200 mg วันละครั้ง ถึงวันละ 2 ครั้ง สามารถเพิ่ม ขนาดได้ 100-200 mg ทุก 2 สัปดาห์ โดยขนาด มากที่สุด 800-1,200 mg ต่อวัน [†]
citalopram ^{NED} (Cipram [®]) (or any other equivalent generic selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) except paroxetine and fluvoxamine)	20 mg tablets	Depression	20-60 mg/วัน ขนาดเริ่มต้น 20 mg/วัน*
cisapride ^{NED}	5 mg tablets	Dyspepsia หรือ Nausea (ใช้ metoclopramide แล้วไม่ได้ผล)	ขนาดเริ่มต้น 10 mg 2 ครั้งต่อวัน ขนาดสูงสุด 20 mg 2 ครั้งต่อวัน [†]
codeine ^d	15, 30 mg tablets	Diarrhea	Diarrhea รับประทาน 10 mg 3 ครั้ง ต่อวัน (สามารถใช้ได้ถึง 60 mg ทุก 4 ชม.)**
			Pain-mild to moderate รับประทาน 15-60 mg ทุก 3-6 ชม.*
dexamethasone	0.5 mg tablets	Anorexia	Anorexia 2-4 mg [†]
	4 mg/ml, 5 mg/ml injectable	Nausea Vomiting	Chemotherapy induced Nausea/Vomiting หากยังไม่ได้รับยามาก่อน ให้รับประทาน 12 mg หรือฉีดเข้าเส้นเลือดดำ***
diazepam	2,5,10 mg tablets	Anxiety	Anxiety รับประทาน 2.5-5 mg ตอนกลางคืน หรือวันละ 2 ครั้ง (ไม่เกิน 2 สัปดาห์)**

ชื่อยาสามัญ	รูปแบบที่มีจำหน่าย ในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่)	ข้อบ่งใช้	ขนาดที่แนะนำให้ใช้
	10 mg/2 ml injectable	Anticonvulsants /antiepileptics	Anti epileptic (Acute treatment) ฉีด 10 mg ทางเส้นเลือดดำ นานไม่ต่ำกว่า 2-4 นาที สามารถให้ได้อีก 2 ครั้ง หลังจาก 15 นาที ^๑
diclofenac	25, 50, 75 mg tablets 100 mg controlled release tablet	Pain-mild to moderate	ไม่ควรใช้เกิน 150 mg/วัน (สามารถใช้ได้ถึง 200 mg ในวันแรก)*
diphenhydramine	75 mg/3 ml injectable ไม่มีคำรับยาเดียวใน ประเทศไทย	Nausea Vomiting	Chemotherapy induced Nausea/Vomiting อาจให้ร่วมกับ metoclopramide โดย รับประทาน 25-50 mg หรือฉีดทางเส้นเลือดดำ ทุก 4 หรือ 6 ชม.***
fentanyl (Durogesic [®]) (transdermal patch)	12, 25, 50, 100µg/h	Pain-moderate to severe	25 µg/h ทุก 72 ชั่วโมง*
furosemide	40, 500 mg tablets 10 mg/ml injectable 10, 20 mg/2 ml injectable	Ascites	ขนาดเริ่มต้น 40 mg ในตอนเช้าขนาดสูงสุด 80 mg ^๑
gabapentin (Neurontin [®])	100, 300, 400 mg tablets	Neuropathic pain	รับประทาน 100-1,200 mg วันละ 3 ครั้ง**** ไม่ควรใช้เกิน 2000 mg/ครั้ง
haloperidol	0.5, 2, 5, 10 mg tablets 5, 50, 100 mg/ml injectable	Delirium Nausea Vomiting Terminal restlessness	Nausea และ Vomiting รับประทาน 1-2 mg ทุก 4-6 ชม.*** Delirium 5-10 mg (2.5 mg ในผู้สูงอายุ)**

ชื่อยาสามัญ	รูปแบบที่มีจำหน่าย ในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่)	ข้อบ่งใช้	ขนาดที่แนะนำให้ใช้
hyoscine butylbromide	10 mg tablets 20 mg/ml injectable	Nausea Terminal respiratory congestion Visceral pain Vomiting	Vomiting 10 mg วันละ 3 ครั้ง (เพิ่มได้ถึง 40 mg วันละ 3 ครั้ง)** Inoperable bowel obstruction with colic เริ่ม 20 mg sc stat และ 60 mg/ 24 ชม. continuous subcutaneous infusion สามารถเพิ่มขนาดได้ถึง 120 mg/24 ชม. (ขนาดสูงสุด 300 mg/24 ชม.) [†]
ibuprofen	200,400,600 mg tablets	Pain-mild to moderate	400 mg ทุก 6 ชม. ไม่ควรใช้เกิน 3,200mg/วัน*
loperamide	2 mg tablets	Diarrhea	ขนาดเริ่มต้น 4 mg หลังจากนั้นให้ 2 mg ต่อการ ถ่ายแต่ละครั้ง ไม่ควรเกิน 16 mg/วัน*
lorazepam	0.5, 1, 2 mg tablets	Anxiety Insomnia	Anxiety 0.5-10 mg/วัน* ใช้ short-term สำหรับ insomnia
megestrol acetate	40, 160 mg tablets	Anorexia	รับประทาน 160 mg วันละครั้ง
metoclopramide	10 mg tablets 10 mg/2ml injectable	Nausea Vomiting	Nausea และ Vomiting รับประทาน 10-40 mg หรือฉีดทางเส้นเลือดดำ ทุก 4 หรือ 6 ชม.***
metronidazole	200, 250, 400 mg tablets	Anaerobic infections	รับประทาน 400 mg 3 ครั้ง ต่อวันนาน 2 สัปดาห์ ในผู้สูงอายุรับประทาน 400 mg 2 ครั้งต่อวัน [†]

ชื่อยาสามัญ	รูปแบบที่มีจำหน่าย ในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่)	ข้อบ่งใช้	ขนาดที่แนะนำให้ใช้
midazolama (Dormicum®)	200 mg/5 ml injectable		
	500 mg/100 ml injectable		
	15 mg tablets	Anxiety	Anti epileptic
	5 mg/ml injectable	Terminal restlessness	(Acute treatment) ฉีด 10 mg ทางเส้นเลือดดำ นานไม่ต่ำกว่า 2 นาที สามารถ ให้ได้อีก 2 ครั้ง หลังจาก 15 นาที
	15 mg/3ml injectable		Myoclonus 5 mg SC stat และ 10mg/ 24 ชม. continuous subcutaneous infusion ในผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต รูปแบบ tablet ไม่เหมาะสม ใช้ในการช่วยให้หลับ เนื่องจากมีค่าครึ่งชีวิตสั้น (2-5 ชม.) ^φ
mineral oil enema	sodium biphosphate/	Laxatives	(Swift®) ใช้ในขนาด 20 ml
sodium phosphate	0.9 g/ Sodium phosphate		
sodium biphosphate	2.4 g (Swift®)		
	sodium biphosphate 19 g/ Sodium phosphate 2.4 g (Uni-ma enema®)		
mirtazapine ^{NED} (Remeron sol tab®) (or any other generic dual action NassA or serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI))	15, 30 mg tablets	Depression	15-45 mg/วัน ขนาดเริ่มต้น 15mg/วัน*
morphinec	Immediate release	Dyspnea	ขนาดยาขึ้นกับผู้ป่วย แต่ละราย Sustained release 15-30 mg ทุก 12 ชม. (ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการ ทุก 8 ชม.)
	solution		
	10, 30, 60, 100 mg (MST®)		
	Sustained release tablets (12 ชม.)		

ชื่อยาสามัญ	รูปแบบที่มีจำหน่าย ในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่)	ข้อบ่งใช้	ขนาดที่แนะนำให้ใช้
	20, 50, 100 mg (Kapanol®) Sustained release capsules (24 ชม.)		ใช้ Immediate release กับ Sustained release เพื่อ control breakthrough ทุก 24 ชม.*
naloxone	0.4 mg/ml	Overdose Post-op narcotic depression	Overdose 0.4-2mg IV/IM/SC ขนาด สูงสุด 10 mg Post-op narcotic depression 100-200 mcg IV อาจเพิ่ม 100 mg ทุก 2 นาที จนกระทั่งการหายใจดีขึ้น [†]
octreotide (Sandostatin®)	0.1 mg/ml injectable	Diarrhea Vomiting	ขนาดเริ่มต้น 50 µg โดยฉีด เข้าใต้ผิวหนัง (sc) 1-2 ครั้ง/วัน สามารถค่อยๆ เพิ่มขนาดได้ ถึง 600 µg/วัน โดยแบ่งให้ 2-4 ครั้ง*
omeprazole	20 mg tablets 40 mg injectable	Bleeding/NSAID induced ulcers	รับประทาน 20 mg ในตอนเช้า รับประทาน 40 mg ในการ รักษา reflux oesophagitis [†]
orehydration salts		Diarrhea	รับประทาน ORS หากถ่ายมาก หรือบ่อย**
paracetamol (acetaminophen)	325, 500 mg tablets 650 mg caplet 300 mg/2ml injectable	Pain-mild to moderate	1,000 mg ทุก 4-6 ชม. ห้ามรับประทานเกินวันละ 4,000 mg**
prednisolone (as an alternate to dexamethasone)	5 mg tablet	Anorexia	รับประทาน 5-15 mg/วัน ในตอนเช้าเพื่อกระตุ้น ความอยากอาหาร หยุด หากไม่เห็นผลใน 2 สัปดาห์**

ชื่อยาสามัญ	รูปแบบที่มีจำหน่าย ในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่)	ข้อบ่งใช้	ขนาดที่แนะนำให้ใช้
ranitidine	150, 300 mg tablets 50 mg/2ml injectable	NSAID induced ulcers Reflux oesophagitis	NSAID induced ulcers 150 mg วันละ 2 ครั้งหรือ 300 mg ก่อนนอน นาน 8 สัปดาห์ Reflux oesophagitis ขนาดเดียวกันให้นาน 8-12 สัปดาห์ ^φ
senna	ไม่มีคำรับยาเดียว ในประเทศไทย	Constipation	รับประทาน 7.5 mg วันละ 2 ครั้ง (เพิ่มได้ถึง 7.5 mg ทุก 4 ชม.)**
sodium chloride 3%		Hyponatremia	ขนาดยาขึ้นกับผู้ป่วย แต่ละราย
tramadol	50 mg tablets 50 mg/ml injectable 100 mg/2 ml injectable	Pain-mild to moderate	รับประทาน 50-100 mg ทุก 4-6 ชม. ไม่ควรใช้เกิน 400 mg ควรลดขนาดยาในผู้ป่วย โรคไตและผู้สูงอายุ*
trazodone	50 mg tablets	Insomnia	รับประทาน 25-75 mg*
zolidem ^a / ^{NED} (Stilnox [®])	10 mg tablets	Insomnia	รับประทาน 10 mg ตอนกลางคืน (อาจเพิ่มได้ถึง 20 mg) ในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคตับ ใช้ 5 mg*

[†] ดัดแปลงจาก The IAHPC list of essential medicines for palliative care

^φ <http://www.palliativedrugs.com/pdi.html>

* Wells BG., Dipiro JT., Schwinghammer TL., Hamilton CW. Pharmacotherapy Handbook. 6th ed. McGraw-Hill 2006.

** World Health Organization. Palliative Care:symptom management and end-of-life care.2004.

*** National Comprehensive Cancer Network.Antiemesis Guidelines. version1 2008.

**** National Comprehensive Cancer Network. Adult Cancer Pain Guidelines. version1 2007.

^a วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2

^b วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 4

^c ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

^d ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3

^{NED} ขานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547

แบบประเมินความไม่สบาย (Distress assessment)

ความไม่สบาย (Distress) เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ไม่สบาย เป็นผลจากภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และความเจ็บป่วย รวมถึงการรักษาการเจ็บป่วยนั้นด้วย ความไม่สบายนี้ มีผลตั้งแต่ความรู้สึกเศร้าไปจนถึงเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงคิดฆ่าตัวตายได้

ส่วนที่ 1 : แบบวัดระดับความไม่สบายใจ ให้ทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบหมายเลขที่บอกถึงระดับความไม่สบายใจของท่านในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ (จากระดับ 0 - 10)

มีความไม่สบายใจมากที่สุด	10	
	9	
	8	
	7	
	6	
มีความไม่สบายใจปานกลาง	5	
	4	
	3	
	2	
	1	
ไม่มี ความไม่สบายใจ	0	

ส่วนที่ 2 : โปรแกรมปัจจัยที่ทำให้ท่านไม่สบายใจในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓
 ในช่องสี่เหลี่ยมที่ท่านเลือก

ใช่	ไม่ใช่	ปัญหาจากการปฏิบัติงาน	ใช่	ไม่ใช่	ปัญหาทางกายภาพ
☐	☐	การเลี้ยงลูก	☐	☐	ภาพลักษณ์
☐	☐	งานบ้าน	☐	☐	การอาบน้ำ / แต่งตัว
☐	☐	เศรษฐกิจ	☐	☐	การหายใจ
☐	☐	การเดินทาง	☐	☐	การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ
☐	☐	การทำงาน / การเรียน	☐	☐	ท้องผูก
			☐	☐	ท้องเสีย
		ปัญหาทางครอบครัว	☐	☐	การรับประทานอาหาร
☐	☐	เกี่ยวกับลูก	☐	☐	เมื่อยล้า
☐	☐	เกี่ยวกับหุ้นส่วน	☐	☐	ความรู้สึกเกี่ยวกับการกลืน
		ปัญหาทางอารมณ์	☐	☐	ไข้
☐	☐	ซึมเศร้า	☐	☐	เดินงุ่มง่าม
☐	☐	กลัว	☐	☐	ท้องอืด / แน่น / อาหารไม่ย่อย
☐	☐	วิตกกังวล	☐	☐	ความจำ
☐	☐	เศร้า	☐	☐	ปากเป็นแผล
☐	☐	กังวล	☐	☐	คลื่นไส้
☐	☐	หมดความสนใจในกิจกรรมปกติ ที่เคยทำ	☐	☐	เยื่อจมูกแห้ง / คัดจมูก
			☐	☐	ปวด
			☐	☐	เรื่องเพศ
			☐	☐	ผิวหนังแห้ง / คัน
			☐	☐	การนอนหลับ

เรียบเรียงจาก SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS ของ NCCN (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK)

แนวทางปฏิบัติการดูแลหลังการประเมิน

1. ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินของ NCCN (National Comprehensive Cancer Network) ซึ่งมี 2 ส่วน คือ

แบบวัดระดับความไม่สบายใจ

แบบประเมินเหตุแห่งความไม่สบายใจ (Problem list)

2. - ถ้าผลการประเมินจากแบบวัดระดับความไม่สบายใจ ≥ 5 ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งปรึกษาหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามเหตุแห่งความไม่สบายใจ

- ถ้าผลการประเมินจากแบบวัดระดับความไม่สบายใจ ≤ 5 ทีมผู้ดูแลสามารถให้การรักษาพยาบาลได้โดยปฏิบัติ ดังนี้

ให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ อย่างชัดเจนเกี่ยวกับโรค การรักษา และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น

ให้ความรู้จุดที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดความไม่สบายใจเพิ่มขึ้น

ยอมรับความไม่สบายใจและความเป็นจริง

สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจทีมผู้ให้รักษาพยาบาล

ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

รายงานอาการผิดปกติต่างๆ ให้แพทย์ทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการ เช่น การบรรเทาความปวด การลดความวิตกกังวลหรือภาวะเศร้าของผู้ป่วย เป็นต้น

ใช้กลุ่มสัมพันธ์ หรือให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อลดความไม่สบายใจของผู้ป่วย

ดูแลและให้คำปรึกษากับครอบครัว

ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย / ยา / กิจกรรมบำบัด (งานศิลปะ เต้นรำ ดนตรี)

ให้ออกกำลังกาย

3. ติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

การให้คำปรึกษาและแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือผู้ที่รู้ตัวว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิต จะเต็มไปด้วยความทุกข์ วิตกกังวล ตกใจ เสียใจ และปรับตัวไม่ได้ มีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด ไม่แน่ใจ เป็นต้น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิตจะมีอยู่ 2 ประเภท คือ ประเภทหนึ่งแน่ใจและรู้ว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานกับอีกประเภทหนึ่งคือยังไม่แน่ใจและมีความหวังว่าตนเองจะมีชีวิตรอดได้อีกช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ความหมายและลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

Kubler Ross ได้ศึกษาปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและกำลังเสียชีวิต ได้แบ่งระยะต่างๆ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้เป็น 5 ระยะ คือ

- 1) ระยะช็อกและปฏิเสธ (Shock and Denial)
- 2) ระยะโกรธ (Anger)
- 3) ระยะต่อรอง (Bargaining)
- 4) ระยะซึมเศร้า (Depression)
- 5) ระยะยอมรับ (Acceptance)

สภาพปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มักจะเป็นผู้ที่อยู่ในสภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมถึงผู้พิการ และผู้ที่กำลังได้รับบาดเจ็บรุนแรง ศาสนาและปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ แบ่งเป็น 3 เหตุดังนี้

1) สภาพปัญหาด้านร่างกาย

ปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ที่สำคัญก็คือ ความเจ็บและปวดจากโรคที่เป็นและลุกลาม ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ผู้ช่วยเหลือต้องเข้าใจถึงอาการและความทุกข์นี้ การแสดงความเห็นใจ เข้าใจ และช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการ ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย รู้สึกสบายกับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่

2) สภาพปัญหาด้านจิตใจ และสังคม

ความรู้สึกของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มักเต็มไปด้วยความรู้สึกหลายอย่าง ตั้งแต่ช็อก ปฏิเสธ ตกใจ สับสน เครียด ไม่รับรู้ จนในที่สุดเมื่อรับรู้ได้ ก็จะเกิดความรู้สึกเศร้า หวาดหวั่น เกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจ โกรธโชคชะตา ไม่แน่ใจในเหตุการณ์ และผลที่จะตามมา บางครั้งยังรู้สึกมีความหวัง

3) สภาพปัญหาด้านจิตวิญญาณ

ความคิด ความรู้สึกด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยที่ตกอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องประเมินความต้องการ และความรู้สึกด้านจิตวิญญาณ ทั้งในผู้รับบริการ ครอบครัว และคนใกล้ชิด เพื่อตอบสนองได้ถูกต้องเหมาะสม

กระบวนการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การเน้นที่หลักการสำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) การช่วยเหลือบรรเทาอาการ เช่น ลดความเจ็บและปวด ดูแลให้รู้สึกสะอาด สุขสบาย
- 2) สนับสนุนการยอมรับความจริง โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเหมาะสมกับความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย
- 3) การตอบสนองในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการที่ตรงกับความรู้สึก ความเชื่อ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น ความห่วงใยในเรื่องการจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สิน มรดก พันธกรรม การได้พบกับบุคคลที่รักและต้องการพบ การได้ส่งเสียวาระสุดท้าย ผู้ป่วยควรได้รับการตอบสนองอย่างดี

กระบวนการให้คำปรึกษา ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

1. การประเมินสถานะทุกข์

- 1.1 ด้านร่างกาย อาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย เช่น อาการเจ็บและปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บและปวดของโรค เป็นอย่างไร
- 1.2 ความรู้สึก การรับรู้ สติสัมปชัญญะ
- 1.3 ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะเศร้า อยู่ในระดับใด
- 1.4 ความต้องการทางด้านจิตใจ ผู้รับบริการมีความต้องการสิ่งใด
- 1.5 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ และศรัทธาต่อสิ่งใดในสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยในภาวะทุกข์
- 1.6 ความคิด ความรู้สึก และความทุกข์ของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างไร
- 1.7 ความสามารถในการดูแลและจัดการกับตนเอง ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและผู้ดูแลเป็นอย่างไร
- 1.8 สภาพปัญหาที่รบกวน และต้องจัดการให้เรียบร้อย เช่น คนในครอบครัว ทรัพย์สิน มรดก พันธกรรม เป็นต้น
- 1.9 สิ่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมีใครดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ทั้งด้านวัตถุสิ่งของบุคคลในครอบครัวที่ดูแล ผู้สนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึกและข้อมูลข่าวสาร

2. การวิเคราะห์ความต้องการความช่วยเหลือ

- 2.1 ด้านร่างกาย การดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการเจ็บและปวด และทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักต้องเผชิญกับโรคร้ายที่รุนแรง และอาการเจ็บและปวด ความพิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ย่อมต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองให้เขาทุเลาจากการเจ็บและปวด
- 2.2 ด้านจิตใจ ต้องการความอบอุ่นไว้วางใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจะต้องการผู้ดูแลที่อบอุ่น ให้กำลังใจ มั่นใจว่าไม่ถูกทอดทิ้ง มีผู้ให้ความสนใจ เข้าใจ และพร้อมที่จะอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมถึงได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากผู้ดูแลที่ไว้วางใจได้

- 2.3 ด้านสิ่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องการสิ่งสนับสนุนทางสังคมทั้งตัวบุคคลผู้ให้การดูแลด้วยความอบอุ่นปลอดภัยจากบุคลากรวิชาชีพและจากผู้ดูแลในครอบครัว ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก สภาพแวดล้อมที่สะอาด ไม่รบกวนจากแสง เสียง สิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารทางสังคมที่น่าสนใจ ได้พบเพื่อน ญาติที่รักใคร่ รวมถึงบุคคลที่รอคอย ฯลฯ
- 2.4 ด้านจิตวิญญาณ ต้องการความมีศักดิ์ศรี ผู้รับบริการทุกคนต่างก็เป็นผู้ที่มีเกียรติ มีสถานภาพในสังคม ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ตาม เขาก็ยังต้องการความเคารพนับถือตามสถานภาพของเขา โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีสถานภาพในสังคมหรือบทบาทในสังคมระดับสูง เขาก็ยังมีความรู้สึกในสถานภาพ และศักดิ์ศรีของตนเองอยู่เช่นกัน

3. เทคนิคการให้คำปรึกษาที่ใช้

- 3.1 การยอมรับ (Acceptance) ให้เกียรติ รับฟังปัญหาที่ผู้รับบริการ พยายามจะบอกกล่าว
- 3.2 แสดงความเข้าใจ (Understanding) แสดงถึงความเข้าใจในสภาพที่เขาเป็นอยู่ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือด้วยใจเมตตา ลดอาการทุกข์ทรมานจากความเจ็บและปวด
- 3.3 ความเห็นใจ (Empathy) แสดงถึงความเห็นใจ สื่อให้ผู้รับบริการรู้ด้วยท่าทีที่สงบ พร้อมทั้งจะช่วยเหลือในสิ่งที่สามารถช่วยเหลือได้โดยไม่ขัดกับวิชาชีพ
- 3.4 การรับฟังปัญหา (Listening) เป็นผู้ฟังที่ดีเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ระบายความทุกข์ และความคับข้องใจ
- 3.5 การเสนอแนะ (Suggestion) ช่วยเสนอแนะบางอย่างที่คิดว่าไม่ขัดต่อความเชื่อและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ เช่น การให้นึกถึงสิ่งที่ดีงาม หลักการทางศาสนา หลักพุทธธรรม ศักดิ์ธรรม การไม่ยึดติด มีสติ และสงบ เป็นต้น
- 3.6 ญาติมีส่วนร่วม (Family supportive) ญาติและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมทั้งการดูแล และจัดการทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 3.7 ใช้หลักการทางศาสนา ในการทำหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาบางครั้งอาจรู้สึกเครียดและทุกข์ไปกับภาวะทุกข์ของผู้รับบริการและครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจและยึดหลักการทางศาสนา หลักการของธรรมชาติ และความเป็นจริง ในการทำความเข้าใจผู้ทุกข์ และตนเอง เพื่อให้มีความพร้อมและมั่นใจในสิ่งที่ตนเองกระทำ รวมทั้งนำแนวคิดเหล่านี้ไปใช้ในการให้คำปรึกษาผู้รับบริการและครอบครัวด้วย

4. เป้าหมายและผลลัพธ์

เป้าหมายหลักในการให้คำปรึกษา มักจะกระทำร่วมไปกับการดูแลช่วยเหลือไปด้วย ซึ่งเน้นการช่วยเหลือ

4 ประการคือ

- 4.1 ได้รับการดูแลด้านร่างกาย ได้รับความสุขสบายตามอรรถภาพ จากบุคลากรวิชาชีพหรือจากผู้ดูแลในครอบครัวที่เหมาะสม ไม่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บและปวด

- 4.2 **ยอมรับความจริง และยอมรับสภาพได้** จากการสนทนา และให้คำปรึกษา ผู้รับบริการแสดงให้รับรู้ได้ว่า ตั้งสติได้ ยอมรับสถานการณ์ของตน จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรมที่สงบลง พยายามที่จะถามถึงอาการของตน ระยะเวลาที่เหลือ หรือวิธีการจัดการกับตนเอง เพื่อสิ่งที่ดีที่สุด ครอบคลุมเข้าไปในสภาพ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการดูแล ช่วยเหลือ
- 4.3 **ระบายความทุกข์และปัญหาที่แท้จริง** ผู้รับบริการแสดงความรู้สึกไว้วางใจผู้ให้คำปรึกษา โดยเล่าความทุกข์ ความห่วงใย ตลอดจนปัญหาต่างๆ ให้ฟัง ในช่วงนี้ผู้ให้คำปรึกษาอาจถือโอกาสให้ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการต่อปัญหาที่ผู้รับบริการขอเรื่อง
- 4.4 **ปรับตัวได้ ความเครียดลดลง** เมื่อผู้รับบริการได้จัดการทุกอย่างเรียบร้อยแล้ว เขาจะหมดความกังวล จิตใจสงบ พร้อมทั้งจะจัดการกับตนเองให้ผ่อนคลาย อาจจะขอสวดมนต์ ภาวนา ทำจิตใจให้สงบ นึกถึงสิ่งที่ดีงาม

ปัญหาอีกประการหนึ่งในช่วงนี้คือ ผู้ให้การรักษาอาจรู้สึกลำบากใจที่จะต้องแจ้ง “ข่าวร้าย” แก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ให้การรักษาไม่ควรตัดสินใจโดยใช้ความรู้สึกของตนเองเป็นพื้นฐาน ในการตัดสินใจบอกหรือไม่บอกการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยบางราย การรู้ผลการวินิจฉัยกลับจะทำให้รู้สึกดีขึ้น เพราะรู้สึกว่าได้พ้นจากสภาพที่ต้องวิตกกังวลด้วยความไม่แน่ใจมาตลอด

ในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย ผู้รักษายังยึดถือหลักการดังต่อไปนี้

- ก. ข่าวร้ายก็คือข่าวร้าย ทั้งตัวผู้รักษาและผู้ป่วยคงต้องยอมรับและเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้น
- ข. โดยทั่วไปผู้ป่วยควรได้รับรู้ความเห็นทางการแพทย์เกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษาต่อไป เพื่อที่เขาจะสามารถร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ และสามารถเตรียมตัวสำหรับปัญหาอื่นๆ ตามที่เขาต้องการได้
- ค. การบอกข่าวร้ายควรทำอย่างมีขั้นตอน เริ่มด้วยการเตรียมผู้ป่วย และถามความรู้สึกของผู้ป่วยก่อน ในบางครั้งอาจใช้วิธีสมมติเพื่อช่วยเตรียมใจผู้ป่วย เช่น
 - “ที่ป่วยคราวนี้ คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง” (เป็นการประเมินการตีความหมายของผู้ป่วยกับการเจ็บป่วยของตน)
 - “ถ้าป่วยหนักกว่านี้ คุณคิดว่าจะทำอะไร” (ใช้วิธีสมมติเพื่อเตรียมผู้ป่วย)
 - “ที่คุณคิดว่าตอนนี้ น่าจะป่วยด้วยโรคมะเร็ง คุณหมายความว่าอย่างไร” (ให้ทำความเข้าใจให้กระจ่างว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนอย่างไร)
- ง. การให้ข้อมูลควรทำเฉพาะในส่วนที่เป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย ไม่ควรพูดในสิ่งที่ในความเป็นจริงก็ไม่สามารถบอกได้แน่นอน เช่น ผู้ป่วยจะอยู่ได้อีกนานเท่าใด
- จ. แสดงความเข้าใจ เห็นใจ และยอมรับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ ประคับประคองด้านจิตใจ และอารมณ์

เมื่อผู้ป่วยเริ่มป่วยจากภาวะ การติดเชื้อและโรคแทรกซ้อนต่างๆ สภาพปัญหาของผู้ป่วยจะแตกต่างกันออกไปจากระยะที่ไม่มีอาการมาก ประเด็นสำคัญๆในช่วงนี้ ได้แก่

ก. การปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย ซึ่งรวมถึงอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น อาการอ่อนเพลีย ความเจ็บและปวด การต้องมารับการบริการรักษาบ่อยขึ้นหรือการต้องการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การต้องเผชิญกับกระบวนการตรวจรักษา และผลข้างเคียงของการรักษา

ข. ภาพพจน์ของตนเองที่เปลี่ยนไปจากคนที่ยังมีสุขภาพดีเป็นคนป่วย

ค. การต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

ง. สถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่เปลี่ยนไปเนื่องจากการเจ็บป่วย เช่น ความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง การทำงาน การหารายได้และปัญหาการเงิน

จ. ความคิดเกี่ยวกับความตายซึ่งกำลังใกล้เข้ามา และการเตรียมเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ เช่น การทำพินัยกรรม การสะสมปัญหาการเงิน เป็นต้น

โดยสรุป

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น หลักการที่สำคัญก็คือการช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับสภาพตนเอง ระบายปัญหาที่คับข้องใจ ห่วงใย กังวลใจ บอกความต้องการของตนได้ทั้งความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ใกล้ชิดสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะความรู้สึกด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ที่จะกระทำและขอให้ช่วยจัดการในสิ่งที่ต้องการ เพื่อให้เขาได้จากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ : พินัยกรรมชีวิต - การตาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” สิทธิและเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

มาตรา 26 “การใช้อำนาจโดยองค์กรรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ”

มาตรา 28 “บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้ เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่ขัดศีลธรรมอันดีของประชาชน

บุคคลที่ถูกละเมิดสิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาล หรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้”

“Living Will” ได้รับการบัญญัติศัพท์โดย Luis Kutner ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 ที่สหรัฐอเมริกา ซึ่ง ศ.นพ.สันติ หัตถิรัตน์ ได้แปลคำนี้ว่า “พินัยกรรมเพื่อชีวิต” เมื่อปี พ.ศ. 2515 แต่ต่อมาได้แปลว่า “คำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วยสำหรับการรักษาพยาบาล” ตามความหมายทางภาษาอังกฤษที่ว่า “advance directives for health care of a patient” ซึ่ง ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ได้ให้คำแปลว่า “เป็นเจตนาของผู้ป่วยที่มีผลขณะที่เขายังไม่ตาย ซึ่งขณะนั้นเขาไม่มีความสามารถที่จะแสดงเจตนาออกมาได้ เป็นการแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ เพราะถ้าแปลว่าพินัยกรรมจะเข้าใจว่าต้องมีผลเมื่อผู้ทำตายแล้ว” “Living Will” ในบางโอกาสถูกเรียกว่า “Advance Directives” คือการระบุไว้สำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งกฎหมายที่รับรองเรื่องเช่นนี้ได้มีการตราไว้ในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศทางทวีปอเมริกาเหนือและยุโรป สำหรับประเทศไทยได้บัญญัติเรื่องนี้ไว้ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในมาตราที่ 12 โดยมีการบัญญัติไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยไว้ได้”

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

น่าเสียดายที่ปัจจุบันยังไม่มี “กฎกระทรวง” ออกมารับรอง (พฤษภาคม 2551)

แพทยสภาได้ให้คำจำกัดความของผู้ป่วยวาระสุดท้ายไว้ดังนี้

“ผู้ป่วยวาระสุดท้ายตามประกาศแพทยสภาฉบับนี้ หมายความว่า ผู้ป่วยที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่า การรักษาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับในขณะนั้น หรือที่จะได้รับต่อไป ไม่สามารถทำให้มีชีวิตรอดอยู่ได้นานพอในระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีทางความเป็นมนุษย์”

สำหรับหลักการของประกาศแพทยสภาฉบับนี้ ได้กำหนดให้ผู้ป่วยทุกรายต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างน้อย 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการรักษาพยาบาล และผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะพึงได้รับเป็นอันดับแรก ปฏิบัติตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยให้การดูแลแบบองค์รวม

การตาย

ตามกฎหมายประเทศไทย การตายถือว่าเป็นการสิ้นสุดของสภาพบุคคลตามกฎหมาย แต่กรณีใดจะถือว่าเป็นคนตายไม่มีกฎหมายบัญญัติ พ.ร.บ. การทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 มีได้บัญญัติเรื่องนี้ไว้ จึงมีการแบ่งเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวกับการตายไว้ใช้พิจารณาเกี่ยวกับการตายได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

1. ระบบการทำงานของร่างกายที่ดำรงความมีชีวิต

ร่างกายคนมีชีวิตนั้น ระบบของอวัยวะที่ทำงานเพื่อดำรงความมีชีวิตนั้น ประกอบด้วยอวัยวะ 3 ระบบด้วยกันคือ

ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่สมอง

ระบบไหลเวียน คือหัวใจและหลอดเลือด

ระบบหายใจ ได้แก่ หลอดลม ปอด ร่วมกับการทำงานของทรวงอกและกล้ามเนื้อกระบังลม

ทั้ง 3 ระบบ นี้ต้องทำงานร่วมกันและควบคุมซึ่งกันและกัน จึงทำให้ชีวิตอยู่ได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันคือ ความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยที่ระบบการหายใจล้มเหลว หยุดการหายใจ หัวใจขาดออกซิเจน ตามด้วยสมองขาดออกซิเจน แต่จากการมีเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งทำงานได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยที่ดูเหมือนพักไปแล้ว สมองของผู้นั้นตายหรือยัง ถือเป็นผู้ตายหรือยัง

2. เงื่อนไขการตาย

จากเงื่อนไขการตายแบบดั้งเดิม (classical criteria) ได้ถือเอาการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นเป็นเกณฑ์ แต่จากการที่มีการมีเครื่องมือเข้ามาช่วย ทำให้อวัยวะทั้งสองระบบนี้ยังมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือให้กลับฟื้นคืนใหม่ได้ แต่การที่สมองที่ตายแล้วยังไม่มีวิธีการช่วยให้กลับฟื้นคืนได้ ปัจจุบันจึงมีการให้นิยามว่า การตายก็คือการที่สมองตาย (Brain Death is Dead)

จากวิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าทำให้มีการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (organ transplantation) ซึ่งต้องการนำเอาอวัยวะจากคนที่ตายใหม่ๆ โดยเฉพาะคนตายนั้นเป็นการตายจากการวินิจฉัยว่าสมองตายโดยหัวใจยังไม่หยุดเต้น อวัยวะนั้นจึงจะดีและเหมาะสมมากที่สุด ด้วยเหตุนี้แพทยสมาคมโลก จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ในเรื่องการวินิจฉัยการตายนี้ขึ้น โดยมีชื่อว่า “ปฏิญญาแห่งซิดนีย์” (Declaration of Sydney) ซึ่งมีรายละเอียดคือ

“ในภาวะหรือเหตุการณ์ธรรมดานั้น การวินิจฉัยการตาย แพทย์จะใช้การวินิจฉัยทางคลินิกก็เพียงพอ (หมายความว่า ดูจากการหายใจและชีพจร)

ในกรณีที่จำเป็นต้องอาศัยการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่นการตรวจคลื่นสมอง ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าดีที่สุดเข้ามาร่วมด้วย

ในกรณีที่มีการปลูกถ่ายอวัยวะ การวินิจฉัยการตายควรกระทำโดยแพทย์อย่างน้อยสองคนร่วมกัน และแพทย์สองคนนั้นต้องไม่เกี่ยวข้องกับคณะผู้ที่จะทำการปลูกถ่ายอวัยวะนั้น”

3. เงื่อนไขสมองตาย

ปัจจุบันเกณฑ์สมองตาย นอกจากการวัดคลื่นสมองด้วยไฟฟ้า (electro-encephalography) พบไม่มีคลื่นไฟฟ้าที่วัดได้ปรากฏ (Flat electro-encephalogram) ตามการกำหนดเกณฑ์สมองตายของคณะแพทย์แห่งฮาร์วาร์ด (criteria of brain death or irreversible coma Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School 1968) และข้อเสนอแนะการกำหนดเกณฑ์การตายของคณะกรรมการพิจารณาการปลูกถ่ายอวัยวะของคณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยเพิลเดลเฟีย (Proposal Criteria for the Determination of Death-Ad Hoc Committee on Human Tissue Transplantation, Philadelphia University 1969) ยังประกอบด้วย การสูญเสียหน้าที่ของก้านสมองอย่างถาวรตาม Minnesota Criteria 1971 จึงสามารถกำหนดเป็นเกณฑ์การตายได้ ซึ่งรายละเอียดประกอบด้วย

3.1 ต้องรู้สาเหตุของการที่ผู้ป่วยหมดสติหรือสลบ ซึ่งได้แก่พยาธิสภาพในกะโหลกศีรษะที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้

3.2 ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนใดได้เอง ตลอดเวลา 12 ชั่วโมง

3.3 ไม่สามารถหายใจได้เองโดยเด็ดขาด ซึ่งทดสอบโดยการถอดเครื่องช่วยหายใจออกเป็นเวลา 4 นาที ผู้ป่วยก็ไม่หายใจและไม่มีปฏิกิริยาของก้านสมอง (no brainstem reflexes) ซึ่งแสดงถึงการหมดหน้าที่ของก้านสมองแล้ว โดยที่ไม่ต้องใช้การวัดคลื่นสมองด้วยไฟฟ้าเข้ามาตรวจสอบด้วย

4. เกณฑ์วินิจฉัยการตายของแพทย์สภา

5. กฎหมายที่นิยามการตาย ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายของแต่ละประเทศ แต่ส่วนใหญ่ไม่มีบัญญัติไว้ในกฎหมายแม้แต่ประเทศที่ยอมรับว่าสมองตายเป็นการตายก็ตาม

6. การตรวจวินิจฉัยคนตายกรณีทั่วไป

ในการตรวจวินิจฉัยคนตายในกรณีทั่วไปที่ไม่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจนั้น โดยทั่วไปเป็นการตรวจเพื่อดูว่าหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นหรือยัง เมื่อหยุดทั้งสองระบบก็ถือว่าตาย เพราะถ้าไม่มีการช่วยหายใจสมองจะตายตามไปภายในเวลาไม่กี่นาที โดยไม่จำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยการตายของก้านสมอง

การแจ้งตาย

พ.ร.บ. การทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 บัญญัติการแจ้งตายไว้ดังนี้

มาตรา 21 เมื่อมีคนตายให้แจ้งการตายดังต่อไปนี้

(1) คนตายในบ้าน ให้เจ้าบ้านแจ้งต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ที่มีคนตายภายในยี่สิบสี่ชั่วโมง นับแต่เวลาตาย ในกรณีไม่มีเจ้าบ้าน ให้ผู้พบศพแจ้งภายในยี่สิบสี่ชั่วโมง นับแต่เวลาพบศพ

(2) คนตายนอกบ้าน ให้บุคคลที่ไปกับผู้ตายหรือผู้พบศพ แจ้งต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ที่มีการตายหรือพบศพแล้วแต่กรณี หรือแห่งท้องที่ที่จะพึงแจ้งได้ ภายในยี่สิบสี่ชั่วโมง นับแต่เวลาตายหรือเวลาพบศพ ในกรณีเช่นนี้จะแจ้งต่อพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจก็ได้

กำหนดเวลาแจ้งความ (1) และ (2) ถ้าในท้องที่ใดการคมนาคมไม่สะดวก ผู้อำนวยการทะเบียนกลางอาจขยายเวลาออกไปตามที่เห็นสมควร แต่ต้องไม่เกินเจ็ดวัน นับแต่เวลาตายและเวลาพบศพ

การแจ้งตาม (1) และ (2) ให้แจ้งตามแบบพิมพ์ที่ผู้อำนวยการทะเบียนกลางกำหนดพร้อมทั้งแจ้งชื่อผู้แจ้งด้วย

มาตรา 22 เมื่อมีการแจ้งตามมาตรา 21 ให้นายทะเบียนผู้รับแจ้งออกมรณะบัตรเป็นหลักฐานให้แก่ผู้แจ้ง เว้นแต่เป็นกรณีตามมาตรา 25

มาตรา 25 ถ้ามีเหตุอันควรสงสัยว่าคนตายด้วยโรคติดต่ออันตราย หรือตายโดยผิดธรรมชาติ ให้นายทะเบียนผู้รับแจ้งรีบแจ้งต่อเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่ออันตราย หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ และให้รอการออกมรณะบัตรไว้ก่อนจนกว่าจะได้รับความเห็นชอบจากเจ้าพนักงานดังกล่าว

การออกหนังสือรับรอง

พ.ร.บ. การทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 บัญญัติการออกหนังสือรับรองไว้ดังนี้

มาตรา 23 เมื่อมีคนเกิดหรือคนตาย ผู้ทำคลอดหรือผู้รักษาพยาบาล ต้องออกหนังสือรับรองการเกิดหรือการตาย ตามแบบพิมพ์ที่ผู้อำนวยการทะเบียนกลางกำหนดให้แก่ผู้มีหน้าที่ต้องแจ้งตามมาตรา 18 หรือมาตรา 21

การชันสูตรพลิกศพ

การตายที่มีเหตุอันต้องมีการชันสูตรพลิกศพประกอบด้วย

1. การตายโดยผิดธรรมชาติ หรือสงสัยว่าจะมีการตายโดยผิดธรรมชาติ ซึ่งการตายโดยผิดธรรมชาติประกอบด้วย

- 1.1 ฆ่าตัวตาย
- 1.2 ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
- 1.3 ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
- 1.4 ตายโดยอุบัติเหตุ
- 1.5 ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

2. การตายในระหว่างการควบคุมของเจ้าพนักงานทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นการตายโดยธรรมชาติก็ตาม

กฎหมาย - มรดกและพินัยกรรม

มรดก

1. ถาม มรดกคืออะไร

ตอบ มรดก คือ ทรัพย์สินทุกชนิดของผู้ตายที่ผู้ตายเป็นเจ้าของอยู่ในขณะที่ผู้ตายถึงแก่ความตายรวมทั้งสิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบต่างๆ ของผู้ตาย เว้นแต่ตามกฎหมาย หรือโดยสภาพแล้วเป็นการเฉพาะตัวของผู้ตายโดยเฉพาะ

2. ถาม ทรัพย์สินของผู้ตายที่เป็นมรดก ได้แก่อะไรบ้าง

ตอบ ได้แก่ สิ่งหามิทรัพย์สิน และอสังหาริมทรัพย์ รวมทั้งวัตถุไม่มีรูปร่าง ซึ่งอาจมีราคาและถือเอาได้ เช่น ช้าง ม้า วัว ควาย เงิน ทอง เครื่องประดับ บ้านที่ดิน อาคารชุด ภาระจำยอม ลิขสิทธิ์ สิทธิบัตร เครื่องหมายการค้า

3. ถาม สิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างไรเป็นมรดก

ตอบ (ก) สิทธิและหน้าที่เกี่ยวกับนิติกรรมหรือสัญญาประเภทที่ไม่ใช่เรื่องเฉพาะตัว ตกเป็นมรดกไม่ว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งตาย เช่น สิทธิและหน้าที่ตามสัญญาซื้อขาย แลกเปลี่ยน จำนอง จำนำ

ตัวอย่าง นาย ก. ตกลงซื้อรถยนต์จาก นาย ข. ในราคา 500,000 บาท โดยในวันทำสัญญา นาย ก. ได้ชำระเงินให้กับ นาย ข. ไว้เป็นเงินมัดจำ 100,000 บาท และนัดจะไปโอนรถยนต์กันในอีก 3 วันข้างหน้าต่อมา นาย ก. ตายก่อนที่จะไปโอนรถยนต์ สิทธิหน้าที่ของ นาย ก. ตามสัญญาซื้อขายดังกล่าวย่อมเป็นมรดก ทายาท นาย ก. มีสิทธิที่จะได้รับโอนรถยนต์และมีหน้าที่ชำระเงินส่วนที่เหลืออีก 400,000 บาท ตามสัญญาซื้อขายดังกล่าว ในทำนองเดียวกัน หาก นาย ข. ตาย สิทธิหน้าที่ของ นาย ข. ตามสัญญาซื้อขายดังกล่าวย่อมเป็นมรดกของ นาย ข. เช่นกัน

(ข) สิทธิและหน้าที่ตามสัญญาบางประเภทที่เป็นเรื่องเฉพาะตัวเฉพาะบางฝ่าย เช่น สัญญาเช่า ถ้าผู้เช่าตาย สิทธิและหน้าที่ของผู้เช่าไม่ตกเป็นมรดก ทั้งนี้ เพราะว่าการเช่าตามปกติย่อมเพ่งเล็งต่อทรัพย์สินที่เช่า และคุณสมบัติของผู้เช่าเป็นสำคัญว่าผู้เช่าสมควรเป็นผู้ได้รับความไว้วางใจในการใช้ทรัพย์สินและสงวนรักษาทรัพย์สินที่เช่าหรือไม่ แต่หากผู้ให้เช่าตาย สิทธิและหน้าที่ของผู้ให้เช่าย่อมตกเป็นมรดก

(ค) ทรัพย์สินส่วนใหญ่ตกเป็นมรดก เช่น กรรมสิทธิ์ สิทธิครอบครอง ภาระจำยอม ส่วนสิทธิอาศัย ไม่ตกทอดทางมรดก

(ง) สิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายหรือพระราชบัญญัติบางเรื่องก็ไม่ใช่เฉพาะตัว เช่น สิทธิที่จะได้รับสินบนหรือรางวัลนำจับ สิทธิในการได้รับใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ตามพระราชบัญญัติควบคุมการก่อสร้างอาคาร

4. **ถาม** สิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างไรไม่ใช่มรดก
ตอบ สิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบซึ่งตามกฎหมายหรือโดยสภาพเป็นการเฉพาะตัวของผู้ตายโดยแท้ เช่น สิทธิตามใบอนุญาตขับชักรถยนต์ สิทธิตามใบอนุญาตให้มีและใช้อาวุธปืน ความรับผิดชอบทางอาญา ทั้งนี้ เรื่องใดเป็นการเฉพาะตัวของผู้ตายหรือไม่ ต้องแล้วแต่กรณีเป็นเรื่องๆ ไป
5. **ถาม** บำเหน็จ บำนาญ หรือบำนาญตกทอด เป็นมรดกหรือไม่
ตอบ บำเหน็จ และบำนาญ เป็นเงินที่เมื่อออกจากราชการ และเป็นทรัพย์สินที่ได้มาก่อนตาย เมื่อผู้นั้นตาย เงินดังกล่าวจึงตกเป็นมรดกของผู้ตาย แต่บำนาญตกทอดหรือบำเหน็จตกทอดเป็นเงินที่ทางราชการ จ่ายให้หลังจากข้าราชการผู้นั้นตาย จึงเป็นสิทธิภายหลังตายที่ทางราชการตอบแทนให้กับบุคคล ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ตาย และจะระบุไว้เลยว่าจะตกแก่ผู้ใด ดังนั้น บำนาญตกทอดหรือ บำเหน็จตกทอดจึงไม่ใช่มรดก
6. **ถาม** เงินประกันชีวิตเป็นมรดกหรือไม่
ตอบ เงินประกันชีวิตเป็นเงินที่ได้มาภายหลังที่ผู้ตายถึงแก่ความตาย จึงไม่ใช่มรดก และส่วนใหญ่ผู้ตายจะ ระบุชื่อผู้รับประกันไว้แน่นอน แต่ถ้าหากผู้ตายไม่ได้ระบุผู้รับประโยชน์ไว้เป็นที่แน่นอน เช่น ให้ ทายาท เงินดังกล่าวทั้งหมดก็จะตกเป็นของทายาททุกๆ คน
7. **ถาม** เงินฉาปนกิจ และเงินสะสม เป็นมรดกหรือไม่
ตอบ - เงินฉาปนกิจเป็นเงินที่ได้ภายหลังจากผู้ตายถึงแก่ความตาย จึงไม่ใช่มรดก และผู้ตายจะระบุไว้ เจาะชัดว่าเงินดังกล่าวนี้จะตกแก่ใคร
 - เงินสะสม เป็นเงินที่ทางราชการหักไว้จากเงินเดือนของผู้ตายทุกเดือน และเป็นเงินที่ผู้ตายมีอยู่ ในขณะที่ผู้ตายถึงแก่ความตาย ดังนั้น เงินสะสมจึงเป็นมรดก
8. **ถาม** ดอกผลเป็นมรดกหรือไม่
ตอบ ถ้าหากเป็นดอกผลที่ได้จากแม่ทรัพย์ที่เป็นมรดกที่ยังไม่ได้แบ่ง ย่อมเป็นมรดก นอกจากนี้ทรัพย์สิน อื่นที่ได้มาแทนที่ทรัพย์มรดกที่ยังไม่ได้แบ่ง แม้ว่าจะได้มาภายหลังจากผู้ตายถึงแก่ความตายก็เป็น มรดก

ตัวอย่าง ตอนที่อยู่ถึงแก่ความตาย แม่มี 1 ตัว ทายาทยังไม่ได้แบ่งกัน ต่อมาแม่มีออกลูก มา 3 ตัว ถือว่าลูกมีที่ออกจากแม่มี (แม่ทรัพย์) ที่เป็นมรดกก็เป็นมรดก และหากมีที่เป็นมรดกยัง ไม่ได้แบ่งนั้นถูกรถยนต์ชนตาย ผู้ทำละเมิดใช้เงินแทนให้ เงินนั้นก็เป็นมรดกตกได้แก่ทายาท
9. **ถาม** เมื่อคู่สัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งของสัญญาจ้างทำของตาย สิทธิและหน้าที่ตามสัญญาจะเป็นมรดกหรือไม่
ตอบ สิทธิและหน้าที่ในทางทรัพย์สิน เช่น การชำระหนี้ที่ติดค้าง เงินค่าจ้าง และค่าสินไหมทดแทน กรณีที่ มีการผิดสัญญา ซึ่งไม่ใช่สิทธิและหน้าที่เฉพาะตัว เป็นมรดกแก่ทายาท
10. **ถาม** มรดกตกทอดแก่ทายาทเมื่อใด
ตอบ เมื่อบุคคลใดตาย มรดกของบุคคลนั้นย่อมตกทอดแก่ทายาททันทีที่ผู้ตายถึงแก่ความตาย โดยไม่จำเป็น ที่ทายาทจะต้องแสดงเจตนาสนองรับเอาไว้เสียก่อน กล่าวคือความเป็นเจ้าของทรัพย์สิน สิทธิและ หน้าที่ ตลอดจนความรับผิดชอบต่างๆ หลุดจากผู้ตายในทันทีที่ตาย และตกเป็นของทายาททันที

ตัวอย่าง นาย ก. ตาย ที่ดินของ นาย ก. ตกเป็นมรดกของทายาทของ นาย ก. ทันที โดยไม่ต้องรอให้ทายาทของ นาย ก. ไปขอรับโอนที่ดินดังกล่าว หรือแสดงเจตนารับเอาที่ดินดังกล่าวก่อน

นอกจากนี้ คนที่ศาลมีคำสั่งให้เป็นคนสาบสูญ ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นยังมีชีวิตอยู่ แต่กฎหมาย ก็ถือว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตาย และให้มรดกของบุคคลนั้นตกทอดแก่ทายาท

11. ถาม ทายาทจะขอรับแต่ทรัพย์สินหรือสิทธิ แต่ไม่ขอรับหน้าที่และความรับผิดชอบ ได้หรือไม่

ตอบ ไม่ได้ เพราะมรดกนั้น ไม่ได้มีแต่เฉพาะทรัพย์สิน แต่ยังรวมถึงสิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบต่างๆ ด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ตามกฎหมาย ทายาทไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบเกินกว่าทรัพย์สินมรดกที่ตกทอดแก่ตน

ตัวอย่าง ขณะที่ นาย ก. ถึงแก่ความตาย มีทรัพย์สินคือเงินสดอยู่ 100,000 บาท แต่ นาย ก. เป็นหนี้ นาย ข. อยู่ 200,000 บาท ดังนั้น ทายาทของ นาย ก. ซึ่งได้รับมรดกของ นาย ก. 100,000 บาท ต้องนำเงิน 100,000 บาท ไปใช้หนี้ให้กับ นาย ข. ส่วนเงินที่ยังขาดอยู่อีก 100,000 บาท ทายาทของ นาย ก. ไม่ต้องรับผิดชอบใช้เงินในส่วนนี้

12. ถาม เมื่อเจ้ามรดกตาย มรดกจะตกทอดแก่บุคคลประเภทใดบ้าง

ตอบ มรดกจะตกทอดแก่บุคคลต่อไปนี้

(ก) ทายาทโดยธรรม ในกรณีที่เจ้ามรดกไม่ได้ทำพินัยกรรมไว้ แบ่งออกเป็นสองประเภท คือ ทายาทที่เป็นญาติกับผู้ตาย มีอยู่ 6 ลำดับ ดังนี้

1. ผู้สืบสันดาน
2. บิดา - มารดา
3. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
4. พี่น้องร่วมบิดา หรือมารดาเดียวกัน
5. ปู่ ย่า ตา ยาย
6. ลุง ป้า น้า อา

ทายาทที่เป็นคู่สมรส ซึ่งหมายถึงผู้ที่ เป็นสามีภริยาโดยชอบด้วยกฎหมาย ขณะที่เจ้ามรดกตาย

(ข) ผู้รับมรดกแทนที่ ในขณะที่ทายาทโดยธรรมที่มีสิทธิรับมรดกถึงแก่ความตายก่อนเจ้ามรดกตาย หรือทายาทโดยธรรมที่มีสิทธิรับมรดกถูกจำกัดมิให้รับมรดกก่อนเจ้ามรดกตาย ผู้สืบสันดานของทายาทนั้นมีสิทธิรับมรดกแทนที่ทายาทผู้นั้นได้ แต่การรับมรดกแทนที่มีได้เฉพาะทายาทโดยธรรมลำดับที่ 1, 3, 4, 6 เท่านั้น เช่น ก. และ ข. เป็นบุตรของเจ้ามรดก ก. ตายก่อนเจ้ามรดก ส่วน ข. ถูกจำกัดมิให้รับมรดก บุตรของ ก. และ ข. ย่อมรับมรดกแทนที่ ก. และ ข. ได้

(ค) ผู้รับพินัยกรรม ในกรณีที่เจ้ามรดกได้ทำพินัยกรรมไว้ ผู้รับพินัยกรรมถือว่าเป็นทายาทตามกฎหมายประเภทหนึ่งที่เรียกว่า ทายาทโดยพินัยกรรม หมายถึงบุคคลที่ผู้ตายทำพินัยกรรมยกทรัพย์สินมรดกให้นั่นเอง ผู้รับพินัยกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นญาติ หรือผู้ร่วมสืบสายโลหิตเดียวกันกับผู้ตาย อาจเป็นบุคคลภายนอก หรือนิติบุคคลก็ได้ เช่น คนรับใช้ หรือมูลนิธิ เป็นต้น

(ง) วัด ในกรณีที่พระภิกษุได้ทรัพย์สินมาในระหว่างที่อยู่ในสมณเพศ เมื่อพระภิกษุมรณภาพทรัพย์สินนั้นตกเป็นของวัดที่เป็นภูมิลำเนาของพระภิกษุนั้น เว้นแต่พระภิกษุจะได้ทำพินัยกรรมยกทรัพย์สินดังกล่าวให้กับผู้รับพินัยกรรมไปในระหว่างที่ยังมีชีวิตอยู่

(จ) แผ่นดิน ในกรณีและผู้ตายไม่ได้ทำพินัยกรรม และไม่มีทายาท ตลอดทั้งไม่มีผู้สืบสันดานของ ทายาทที่จะสืบมรดกแทนที่แล้ว ทรัพย์มรดกของผู้ตายย่อมตกเป็นของแผ่นดิน คือ ทางราชการ

13. ถาม ผู้สืบสันดานหมายถึงใคร

ตอบ หมายถึง บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย และเป็นผู้สืบสายโลหิตโดยตรงลงมาจากเจ้ามรดก ได้แก่ ลูก หลาน เหลน ลื้อ และสืบสายโลหิตเรื่อยไปจนไม่ขาดสาย โดยไม่จำกัดว่าจะสืบต่อกันไปกี่ชั้น คงจำกัดแต่ เพียงว่าในระหว่างผู้สืบสันดานด้วยกันชั้นที่สนิทที่สุดกับเจ้ามรดกเท่านั้นที่มีสิทธิรับมรดก เช่น นาย ก. เป็นบุตร นาย ข. และนาย ข. เป็นบุตร นาย ค. เมื่อ นาย ค. ตาย ทั้ง นาย ก. และ นาย ข. ต่างเป็นผู้สืบ สันดานของ นาย ค. แต่ นาย ข. เป็นบุตร นาย ค. ส่วน นาย ก. เป็นเพียงหลานของ นาย ค. ดังนั้น มรดก ของ นาย ค. จึงตกให้แก่ นาย ข.

14. ถาม ทารกในครรภ์มารดาขณะที่ยังมีชีวิตถึงแก่ความตาย เป็นผู้สืบสันดานที่มีสิทธิรับมรดกหรือไม่

ตอบ ทารกดังกล่าวถือว่าเป็นผู้สืบสันดานที่มีสิทธิรับมรดกของเจ้ามรดกได้ หากเกิดมารอดอยู่ในสามร้อยสิบ วัน นับแต่เวลาที่เจ้ามรดกถึงแก่ความตายนั้น

15. ถาม บุตรนอกกฎหมายที่บิดารับรองแล้ว เป็นผู้สืบสันดาน และเป็นทายาทที่มีสิทธิรับมรดกของบิดา เช่นเดียวกับบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย การรับรองของบิดานั้นอาจรับรองโดยชัดแจ้ง คือ การจดทะเบียน รับเป็นบุตร การสมรสกับมารดาของเด็กในภายหลัง หรือรับรองโดยพฤติการณ์ที่รู้อยู่ทั่วไป เช่น บิดาไปแจ้งเกิดและระบุว่าตนเป็นบิดา หรือบิดาให้การอุปการะเลี้ยงดู หรือยอมให้ใช้นามสกุล นอกจากนี้ในบางกรณีแม้บิดาไม่เต็มใจก็อาจถูกบังคับให้รับรอง เพราะศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุดว่า เด็กเป็นบุตรก็ได้

16. ถาม บุตรบุญธรรมที่จดทะเบียนตามกฎหมายแล้ว เป็นผู้สืบสันดานหรือไม่

ตอบ บุตรบุญธรรมดังกล่าวถือว่าเป็นผู้สืบสันดานเช่นกัน และบุตรบุญธรรมสามารถรับมรดกของผู้รับ บุตรบุญธรรมได้ แต่ในทางกลับกันผู้รับบุตรบุญธรรมไม่มีสิทธิรับมรดกของบุตรบุญธรรม นอกจากนี้ บุตรบุญธรรมยังมีสิทธิได้รับมรดกของบิดา-มารดาของตนได้ด้วยในฐานะเป็นบุตร ที่ชอบด้วยกฎหมาย และในทางกลับกัน บิดา-มารดาของบุตรบุญธรรมก็มีสิทธิรับมรดกของบุตร บุญธรรมเช่นกัน

17. ถาม การอยู่กินกันฉันสามี-ภรรยา โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส จะมีสิทธิรับมรดกของกันและกัน ในฐานะ คู่สมรสหรือไม่

ตอบ ชายและหญิงอยู่กินกันฉันสามี-ภรรยา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2478 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นวันที่พระราช-- บัญญัติให้ใช้บทบัญญัติ บรรพ 5 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พุทธศักราช 2477 มีผล ใช้บังคับ หากไม่ได้จดทะเบียนสมรสกันก็ไม่ถือว่าเป็นคู่สมรส และไม่มีสิทธิรับมรดกของกันและกัน

ตัวอย่าง นาย ก. อยู่กินฉันสามี-ภรรยา กับ นาง ข. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2479 จนถึงปัจจุบัน แต่ไม่ได้ จดทะเบียนสมรสกัน ต่อมา นาย ก. นอกใจ นาง ข. โดยไปได้ นาง ค. เป็นภรรยาและจดทะเบียนสมรส กับ นาง ค. เมื่อปี พ.ศ. 2537 และนาย ก. ยังไปได้ นาง ง. และ นางสาว จ. เป็นภรรยาน้อยอีก กรณีนี้ หาก นาย ก. ตาย ผู้ที่เป็นคู่สมรสและมีสิทธิรับมรดกของ นาย ก. ก็คือ นาง ค.

18. ถาม ทายาทผู้มีสิทธิรับมรดกอาจเสียชีวิตในการรับมรดกในกรณีใดบ้าง

- ตอบ** (ก) ถูกจำกัดไม่ให้รับมรดก
(ข) ถูกตัดไม่ให้รับมรดก
(ค) การสละมรดก

19. ถาม การถูกจำกัดไม่ให้รับมรดกมีประการใดบ้าง

- ตอบ** (ก) ยักยอกหรือปิดบังทรัพย์สินมรดกโดยฉ้อฉล หรือรู้ยักยอกหรือปิดบังทรัพย์สินของทายาทคนอื่น และถ้าการยักยอกหรือปิดบังทรัพย์สินนั้นมีจำนวนเท่ากับหรือมากกว่าส่วนที่ทายาทผู้นั้นจะได้รับ ทายาทผู้นั้นจะถูกจำกัดมิให้รับมรดกเลย แต่ถ้ายักยอกหรือปิดบังทรัพย์สินน้อยกว่าส่วนที่ตนจะได้รับ ทายาทผู้นั้นจะถูกจำกัดมิให้รับมรดกเท่ากับส่วนที่ยักยอกหรือปิดบังเท่านั้น

ตัวอย่าง ก. เป็นทายาทผู้มีสิทธิได้รับมรดก 200,000 บาท แต่ ก. ได้ทำการยักยอกหรือปิดบังทรัพย์สินมรดกเป็นเงิน 100,000 บาท ก. ย่อมถูกจำกัดไม่ให้รับมรดกเป็นเงิน 100,000 บาท แต่ก็ยังมีสิทธิได้รับมรดก 100,000 บาท อยู่ แต่ถ้า ก. ยักยอกหรือปิดบังทรัพย์สินมรดกเป็นเงิน 200,000 บาท หรือมากกว่า ก. ก็จะถูกจำกัดไม่ให้รับมรดกเลย

(ข) ถูกจำกัดมิให้รับมรดกฐานเป็นผู้ไม่สมควร คือ

1. ผู้ที่ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าได้เจตนากระทำ หรือพยายามกระทำให้เจ้ามรดกหรือผู้มีสิทธิได้รับมรดกก่อนตนถึงแก่ความตายโดยมิชอบด้วยกฎหมาย
2. ผู้ที่ได้ฟ้องเจ้ามรดกหาว่าทำความผิดโทษประหารชีวิต และตนเองกลับต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่ามีความผิดฐานฟ้องเท็จ หรือทำพยานเท็จ
3. ผู้ที่รู้แล้วว่าเจ้ามรดกถูกฆ่าโดยเจตนา แต่มิได้นำข้อความนั้นขึ้นร้องเรียนเพื่อเป็นทางที่จะเอาตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ แต่ข้อนี้มีให้ใช้บังคับถ้านักกลั่นมีอายุยังไม่ครบสิบห้าปีบริบูรณ์ หรือเป็นคนวิกลจริตไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือถ้าผู้ทำนั้นเป็นสามีภรรยา หรือบุพการี หรือผู้สืบสันดานของตนโดยตรง
4. ผู้ที่ฉ้อฉลหรือข่มขู่ให้เจ้ามรดกทำหรือเพิกถอน หรือเปลี่ยนแปลงพินัยกรรมแต่บางส่วน หรือทั้งหมด ซึ่งเกี่ยวกับทรัพย์สินมรดก หรือไม่ให้กระทำการดังกล่าว
5. ผู้ที่ปลอม ทำลาย หรือปิดบังพินัยกรรมแต่บางส่วน หรือทั้งหมด แต่ในกรณีที่ทายาทถูกจำกัดไม่ให้รับมรดกฐานเป็นผู้ไม่สมควรนี้ เจ้ามรดกอาจถอนข้อจำกัดฐานเป็นผู้ไม่สมควรเสียก็ได้ โดยให้อภัยไว้เป็นลายลักษณ์อักษรก่อนตาย

20. ถาม การถูกตัดไม่ให้รับมรดกมีกรณีใดบ้าง

ตอบ เจ้ามรดกจะตัดทายาทโดยธรรมของตนคนใดมิให้รับมรดกก็ได้ โดยแสดงเจตนาชัดแจ้งดังนี้

- ก. โดยพินัยกรรม ระบุตัวทายาทผู้ที่จะตัดไม่ให้รับมรดกไว้ให้ชัดเจนว่าเป็นใคร เช่น ระบุว่า “ตัดไม่ให้ลูกชายคนโตรับมรดก” นอกจากนี้การที่เจ้ามรดกทำพินัยกรรมยกทรัพย์สินมรดกทั้งหมดให้กับคนอื่น ทายาทที่ไม่ได้รับประโยชน์ตามพินัยกรรมนั้นก็ถือว่าเป็นผู้ถูกตัดไม่ให้รับมรดกเช่นกัน เช่น ก. มีบุตร 3 คน คือ ข. ค. และ ง. ก. ทำพินัยกรรมยกทรัพย์สินมรดกเจ้ามรดกให้กับ ง. แต่เพียงผู้เดียว เท่ากับว่า ข. และ ค. ถูกตัดมิให้รับมรดกแล้ว
- ข. โดยทำเป็นหนังสือมอบไว้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ระบุชื่อทายาทผู้ที่จะตัดมิให้รับมรดกไว้ให้ชัดเจน

21. ถาม การสละมรดกทำอะไร มีผลอย่างไร

ตอบ การสละมรดกได้ 2 วิธี คือ

ก. แสดงเจตนาชัดแจ้งเป็นหนังสือมอบไว้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่

ข. ทำเป็นสัญญาประนีประนอมยอมความ

แต่การสละมรดกจะทำไว้ก่อนเจ้ามรดกตายไม่ได้ และจะสละบางส่วนหรือมีเงื่อนไข เวลาไม่ได้ แต่อาจสละโดยมีค่าตอบแทนได้

ผลของการสละมรดก มีผลเป็นการถาวรไม่อาจถอนได้ และมีผลตั้งแต่วันที่เจ้ามรดกตาย และมีผลว่ามรดกนั้นไม่เคยตกทอดสู่ทายาทมาก่อน ทายาทผู้สละมรดกลิ้นความเป็นทายาท เช่นเดียวกับการถูกตัดมิให้รับมรดก แต่ในกรณีที่ผู้สละมรดกเป็นทายาทโดยธรรม การสละมรดกมีผลเฉพาะตัว จึงให้สิทธิผู้สืบสันดานใช้สิทธิสืบมรดกได้ และมีสิทธิได้รับมรดกในส่วนของผู้สละมรดก แต่ในกรณีที่ผู้สละมรดกเป็นผู้รับพินัยกรรม ผู้สืบสันดานของผู้รับพินัยกรรมไม่มีสิทธิจะรับมรดกที่ได้สละแล้วนั้น

เมื่อเจ้ามรดกตาย ก. มีสิทธิรับมรดกในฐานะทายาทโดยธรรม ส่วน ข. มีสิทธิรับมรดกในฐานะผู้รับพินัยกรรม ต่อมา ก. และ ข. ต่างสละมรดก บุตรของ ก. ย่อมสามารถสืบมรดกของ ก. คือ เข้ารับมรดกในส่วนของ ก. ได้ ส่วนบุตรของ ข. ไม่มีสิทธิรับมรดกในส่วนที่ ข. ได้สละไปแล้ว

22. ถาม การแบ่งมรดกให้กับทายาทอย่างไร

ตอบ ถ้าผู้ตายได้ทำพินัยกรรม ก็ให้แบ่งทรัพย์มรดกให้กับทายาทที่กำหนดไว้ในพินัยกรรม แต่ถ้าผู้ตายไม่ได้ทำพินัยกรรมไว้ หรือทำพินัยกรรมไว้แต่ไม่มีผลบังคับใช้ ก็ให้แบ่งทรัพย์

23. ถาม การแบ่งมรดกให้กับทายาทอย่างไร

ตอบ การที่บุคคลใดตายลงโดยไม่ได้ทำพินัยกรรมไว้ กฎหมายบัญญัติว่า มรดกของผู้นั้นย่อมตกทอดแก่ทายาทโดยธรรมของเขา ซึ่งมี 6 ลำดับดังที่กล่าวมาแล้ว และนอกจากทายาท 6 ลำดับนี้ ถ้าเจ้ามรดกมีคู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่ก็ถือว่าคู่สมรสนั้นเป็นทายาทโดยธรรมที่มีสิทธิได้รับมรดกด้วย

24. ถาม ทายาทที่เป็นญาติ 6 ลำดับ และคู่สมรสมีสิทธิได้รับมรดกก่อนหลังกันอย่างไร

ตอบ ทายาทในลำดับแรกซึ่งมีชีวิตอยู่ หรือมีผู้รับมรดกแทนที่ยังไม่ขาดสาย ย่อมมีสิทธิในทรัพย์มรดกของผู้ตาย โดยตัดสิทธิรับมรดกของทายาทในลำดับหลังทั้งหมด เว้นแต่ผู้ตายมีบิดา-มารดา หรือคู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่ หลักดังกล่าวย่อมไม่นำมาใช้กับบุคคลเหล่านี้ กล่าวคือ บิดา-มารดาและคู่สมรสยังมีสิทธิได้รับมรดกอยู่

ในระหว่างผู้สืบสันดานต่างชั้นกัน ผู้สืบสันดานที่อยู่ในชั้นถัดลงไปไม่มีสิทธิรับมรดก เว้นแต่จะเป็นการรับมรดกแทนที่ และทายาทโดยธรรมลำดับเดียวกันจะได้รับส่วนแบ่งเท่ากัน

ตัวอย่าง

1) นาย ก. เจ้ามรดกมีมรดกอยู่ 600,000 บาท (เป็นมรดกของเจ้ามรดก หลังจากแบ่งทรัพย์สิน ระหว่างเจ้ามรดกกับคู่สมรสตามกฎหมายลักษณะครอบครัวแล้ว) ขณะที่ นาย ก. ตาย นาย ก. มีบิดา-มารดา ภรรยาหนึ่งคน บุตรสามคน พี่ชายร่วมบิดามารดาเดียวกันหนึ่งคน พี่ชายร่วมบิดาเดียวกันสองคน

ปู่หนึ่งคน และป้าหนึ่งคน บุคคลทั้งหมดยังมีชีวิตอยู่ ผู้มีสิทธิจะได้รับมรดกของนาย ก. คือ บุตรทั้งสามคนได้รับคนละหนึ่งส่วน เป็นเงินจำนวนคนละ 100,000 บาท บิดามารดาและคู่สมรสได้รับส่วนแบ่งเสมือนว่าเป็นทายาทชั้นบุตร จะได้ก็ส่วนแบ่งคนละ 100,000 บาท ส่วนพี่ชายร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่ชายร่วมบิดาเดียวกัน ปู่ และป้า ไม่มีสิทธิรับมรดกของ นาย ก. เนื่องจากเป็นทายาทที่อยู่ในลำดับหลัง

- 2) ถ้า นาย ก. เจ้ามรดกดังกล่าวไม่มีบุตร มีแต่บิดา-มารดา และภรรยา ภรรยาในฐานะคู่สมรสมีสิทธิได้รับมรดกหนึ่งส่วนเป็นเงินจำนวน 300,000 บาท ส่วนที่เหลืออีกครึ่งหนึ่งตกให้แก่ บิดา-มารดาคนละ 150,000 บาท แต่ถ้าหากว่ามีเพียงบิดาหรือมารดาคนเดียว บิดาหรือมารดาที่ยังมีชีวิตอยู่ก็จะได้รับส่วนแบ่งคนเดียว 300,000 บาท
- 3) ถ้า นาย ก. เจ้ามรดกดังกล่าวไม่มีบุตร และบิดา-มารดาเสียชีวิตไปหมดแล้ว ภรรยาในฐานะคู่สมรสมีสิทธิได้รับมรดกหนึ่งส่วนเป็นเงินจำนวน 300,000 บาท ส่วนที่เหลืออีกครึ่งหนึ่งตกให้แก่ พี่ชายร่วมบิดามารดาเดียวกันเป็นเงินจำนวน 300,000 บาท
- 4) ถ้า นาย ก. เจ้ามรดกดังกล่าวไม่มีบุตร บิดามารดาเสียชีวิตไปแล้ว และพี่น้องร่วมบิดามารดา ก็เสียชีวิตไปหมดแล้ว และไม่มีผู้รับมรดกแทนที่ ภรรยาในฐานะคู่สมรสมีสิทธิได้รับมรดกสองในสามส่วน เป็นเงิน 400,000 บาท ส่วนที่เหลือ 200,000 บาท ตกให้แก่ พี่ชายร่วมบิดาเดียวกันสองคน คนละ 100,000 บาท
- 5) ถ้า นาย ก. เจ้ามรดกดังกล่าวมีทายาทที่มีสิทธิรับมรดกคือ ปู่ และภรรยา ภรรยาในฐานะคู่สมรสมีสิทธิได้รับมรดกสองในสามส่วนเป็นเงิน 400,000 บาท ส่วนที่เหลืออีก 200,000 บาท ตกให้แก่ ปู่
- 6) ถ้า นาย ก. เจ้ามรดกดังกล่าวมีทายาทที่มีสิทธิรับมรดกคือ ป้า และภรรยา ภรรยาในฐานะคู่สมรสมีสิทธิได้รับมรดกสองในสามส่วน เป็นเงิน 400,000 บาท ส่วนที่เหลืออีก 200,000 บาท ตกให้แก่ ป้า

25. ถาม ผู้จัดการมรดกคือใคร

ตอบ คือบุคคลซึ่งผู้ทำพินัยกรรมหรือศาลได้แต่งตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติการตามพินัยกรรมหรือจัดการและแบ่งปันทรัพย์มรดกให้แก่ทายาทตามกฎหมาย

26. ถาม กฎหมายกำหนดจำนวนไว้หรือไม่ว่าผู้จัดการมรดกจะมีได้จำนวนเท่าใด

ตอบ ผู้จัดการมรดกจะมีคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ ในกรณีที่ผู้จัดการมรดกหลายคน การทำการตามหน้าที่ของผู้จัดการมรดกนั้นต้องถือเอาเสียงข้างมาก เว้นแต่จะมีข้อกำหนดพินัยกรรมเป็นอย่างอื่น ถ้าเสียงเท่ากันเมื่อผู้มีส่วนได้เสียร้องขอก็ให้ศาลเป็นผู้ชี้ขาด

27. ถาม การตั้งผู้จัดการมรดกโดยพินัยกรรมทำอย่างไร

ตอบ ทำได้ 2 วิธี โดยเจ้ามรดกผู้ทำพินัยกรรมระบุชื่อผู้จัดการมรดกไว้ในพินัยกรรมเลย เช่น ระบุว่าให้ตั้ง นาย ก. เป็นผู้จัดการมรดก หรือมอบหมายให้บุคคลหนึ่งบุคคลใด เป็นผู้ตั้ง เช่น ระบุว่าขอให้ นาย ก. เป็นผู้ตั้งผู้จัดการมรดก

28. ถาม การตั้งผู้จัดการมรดกโดยคำสั่งศาลอย่างไร

ตอบ ทำได้โดยทายาทโดยธรรมของเจ้ามรดก หรือผู้มีส่วนได้เสียยื่นคำร้องต่อศาลเป็นคดีแบบไม่มีข้อพิพาท และถือเป็นคดีไม่มีทุนทรัพย์ ศาลจะลงประกาศคำร้องดังกล่าวในหนังสือพิมพ์และปิดประกาศหน้าศาลประมาณ 30 วัน และศาลจะนัดไต่สวนคำร้อง และมีคำสั่งตั้งให้ผู้ร้องเป็นผู้จัดการมรดก ถ้าศาลเห็นสมควร แต่ถ้ามีผู้คัดค้าน ศาลก็ต้องดำเนินคดีอย่างคดีมีข้อพิพาท และศาลจะพิพากษาว่า ระหว่างผู้ร้องและผู้คัดค้าน ผู้ใดสมควรได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้จัดการมรดก ก็จะแต่งตั้งให้ผู้นั้นเป็นผู้จัดการมรดก หรือถ้าศาลเห็นสมควร ศาลจะตั้งให้ทั้งผู้ร้องและผู้คัดค้านเป็นผู้จัดการมรดกร่วมกันได้

29. ถาม ใครบ้างมีสิทธิร้องขอเป็นผู้จัดการมรดก

ตอบ ผู้มีสิทธิร้องขอเป็นผู้จัดการมรดก

- 1) ทายาท ซึ่งหมายถึงทายาทโดยธรรม และผู้รับพินัยกรรม
- 2) ผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ภรรยาโดยชอบด้วยกฎหมายของทายาทที่มีสิทธิได้รับมรดก เพราะทายาทผู้เป็นสามีคนตาย ตนก็จะมีสิทธิได้รับมรดก
- 3) พนักงานอัยการ เช่น กรณีที่ทายาทโดยธรรม หรือผู้รับพินัยกรรมสูญหายไปหรืออยู่นอกราชอาณาจักร หรือเป็นผู้เยาว์

30. ถาม บุคคลประเภทใดบ้างเป็นผู้จัดการมรดกไม่ได้

- ตอบ
- 1) ผู้ซึ่งไม่บรรลุนิติภาวะ
 - 2) บุคคลวิกลจริต หรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ
 - 3) บุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นคนล้มละลาย

31. ถาม การยื่นคำร้องยื่นที่ไหน

ตอบ ให้ยื่นต่อศาลที่เจ้ามรดกมีภูมิลำเนาอยู่ในขณะที่เจ้ามรดกตาย เช่น นาย ก. ตาย โดยขณะตายมีเชื้ออยู่ในทะเบียนบ้านอยู่ที่เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร แม้นาย ก. จะตายที่โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ผู้ร้องก็ต้องยื่นคำร้องต่อศาลแพ่ง กรุงเทพมหานคร

32. ถาม คำร้องต้องทำอะไร

ตอบ คำร้องเป็นเรื่องที่ผู้มีความรู้ทางกฎหมายเท่านั้นที่จะทำได้ถูกต้อง ดังนั้น โดยปกติก็จะต้องมอบให้ทนายความเป็นผู้ดำเนินการแทน

33. ถาม ในวันนัดไต่สวน ต้องทำอะไรบ้าง

ตอบ ผู้ร้องก็ต้องมาศาลและมาเบิกความต่อศาลว่า ผู้ร้องเกี่ยวข้องกับอย่างไรกับเจ้ามรดก เจ้ามรดกตายเมื่อใด อย่างไร และที่ไหน ขณะตายเจ้ามรดกมีทรัพย์สินอะไรบ้าง และทำพินัยกรรมไว้หรือไม่ ผู้ร้องมีเหตุขัดข้องในการจัดการมรดกของผู้ตายอย่างไร และผู้ร้องไม่เป็นบุคคลที่ต้องห้ามมิให้เป็นผู้จัดการมรดกตามกฎหมาย นอกจากนี้ ผู้ร้องจะต้องนำพยานอื่นๆ มาศาลด้วย เช่น ทายาทคนอื่นๆ เพื่อมาเบิกความยินยอมให้ผู้ร้องเป็นผู้จัดการมรดก

เอกสารที่เกี่ยวข้องที่ต้องนำไปด้วยในวันไต่สวน ได้แก่ ทะเบียนบ้านและใบมรณะบัตรของผู้ตาย หลักฐานที่แสดงการเป็นทายาทของผู้ร้อง เช่น ใบสูติบัตร ทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส ตลอดจนพินัยกรรม (ถ้ามี) หลักฐานที่แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับทรัพย์สินมรดกของผู้ตาย ได้แก่ บัญชีทรัพย์สิน โฉนดที่ดิน บัญชีเงินฝากธนาคาร เป็นต้น

กรณีที่ไม่มีย่อยงยากเมื่อศาลไต่สวนเสร็จแล้วจะมีคำสั่งในวันไต่สวนนั้นเลย

- 34. ถาม** เมื่อศาลไต่สวนเสร็จ และมีคำสั่งให้ผู้ร้องเป็นผู้จัดการมรดกแล้ว จะต้องทำอะไรต่อไป
- ตอบ** ผู้ร้องก็ต้องยื่นคำร้องขอคัดสำเนาคำสั่งศาลที่ศาลมีคำสั่งตั้งให้ผู้ร้องเป็นผู้จัดการมรดก โดยให้เจ้าพนักงานของศาลรับรองสำเนาถูกต้องด้วย และเมื่อได้รับคำสั่งศาลมาแล้ว (ปกติใช้เวลาประมาณไม่เกิน 3 วัน ถึง 7 วัน) ผู้ร้องก็จะนำคำสั่งดังกล่าวไปแสดงต่อธนาคาร เจ้าพนักงานที่ดิน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการจัดการและแบ่งปันทรัพย์สินมรดกต่อไป
- 35. ถาม** หน้าที่ผู้จัดการมรดกมีผลเริ่มต้นเมื่อใด
- ตอบ** 1) ผู้จัดการมรดกตามคำสั่งมีผลเริ่มตั้งแต่วันที่ได้ฟังหรือถือว่าได้ฟังคำสั่งศาลแล้ว
2) ผู้จัดการมรดกตามพินัยกรรม ในกรณีนี้กฎหมายกำหนดให้ทายาท หรือผู้มีส่วนได้เสียแจ้งความไปยังผู้ถูกตั้งเป็นผู้จัดการมรดกว่าจะรับหรือไม่ แต่ต้องเป็นเวลาภายหลังเจ้ามรดกตายแล้ว 15 วัน ถ้าผู้นั้นตอบรับก็จะมีผลตั้งแต่วันที่ตอบรับนั้น
- 36. ถาม** ผู้จัดการมรดกมีสิทธิและหน้าที่อย่างไรบ้าง
- ตอบ** ผู้จัดการมรดกมีสิทธิและหน้าที่ที่จะทำการอันเป็นจำเป็นเพื่อให้การเป็นไปตามคำสั่งโดยชัดแจ้ง หรือโดยปริยายแห่งพินัยกรรม และเพื่อจัดการมรดกโดยทั่วไป หรือเพื่อแบ่งปันทรัพย์สินมรดก เช่น การเปิดบัญชีธนาคารในนามผู้จัดการมรดก การถอนเงินออกจากบัญชีของเจ้ามรดกเพื่อมาเข้าในบัญชีของผู้จัดการมรดก โอนโฉนดที่ดินใส่ชื่อผู้จัดการมรดกดำเนินการรังวัดแบ่งแยกโฉนดเพื่อแบ่งให้กับทายาท โอนโฉนดที่ดินใส่ชื่อทายาท รวมตลอดทั้งการขายทรัพย์สินมรดกเพื่อนำเงินมาแบ่งให้กับทายาท
- 37. ถาม** เมื่อเริ่มเป็นผู้จัดการมรดกแล้ว ผู้จัดการมรดกมีหน้าที่ที่สำคัญอะไรบ้าง
- ตอบ** (1) ผู้จัดการมรดกมีหน้าที่รวบรวมทรัพย์สินมรดกทั้งสังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์ ตลอดจนสิทธิหน้าที่ และความรับผิดชอบต่างๆ ของเจ้ามรดก เรียกทวงหนี้ที่กองมรดกเป็นเจ้าหนี้ ชำระหนี้ที่กองมรดกเป็นลูกหนี้ รวบรวมเงินและทรัพย์สินที่ได้มาจากการจัดการเจ้ามรดก และดำเนินการแบ่งปันทรัพย์สินมรดกให้กับทายาท
(2) ผู้จัดการมรดกต้องลงมือทำบัญชีทรัพย์สินมรดกภายใน 15 วัน นับแต่เริ่มเป็นผู้จัดการมรดกและต้องทำให้เสร็จภายใน 1 เดือน แต่ถ้าผู้จัดการมรดกร้องขอก่อนสิ้นกำหนดเวลา 1 เดือน ศาลจะอนุญาตให้ขยายเวลาต่อไปอีกก็ได้
บัญชีทรัพย์สินมรดกนั้นต้องเป็นบัญชีที่แสดงจำนวนทรัพย์สินที่เป็นมรดก และบัญชีนี้ต้องทำต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคน ซึ่งต้องเป็นผู้มีส่วนได้เสียในกองมรดกนั้นด้วย

- (3) ผู้จัดการมรดกต้องจัดการตามหน้าที่ และทำรายงานแสดงบัญชีการจัดการ และแบ่งปันทรัพย์สินมรดกให้เสร็จภายในหนึ่งปี นับแต่เริ่มเป็นผู้จัดการมรดก เว้นแต่ผู้ทำพินัยกรรม ทายาทโดยจำนวนข้างมาก หรือศาลจะได้กำหนดเวลาให้ไว้เป็นอย่างอื่น

หน้าที่ของผู้จัดการมรดกในข้อ 2-3 นี้ หากผู้จัดการมรดกได้ดำเนินการให้เสร็จ แล้ว ปัญหาต่างๆ มักจะไม่ค่อยมี เพราะทายาทสามารถตรวจสอบได้ว่า ทรัพย์สินมรดกมีอะไรบ้าง ผู้จัดการมรดกได้ดำเนินการจัดการมรดกไปแล้วอย่างไร เช่น มีการจำหน่ายจ่ายโอนไปอย่างไรแล้ว ปัจจุบันทรัพย์สินมรดกเหลืออยู่เท่าใด ในทางกลับกัน หากผู้จัดการมรดกไม่ดำเนินการ จะเป็นผลเสียต่อผู้จัดการมรดกอย่างมาก และผู้มีส่วนได้เสียคนหนึ่งคนใดจะร้องขอให้ศาลสั่งถอนผู้จัดการมรดกเสียก็ได้

38. ถาม ผู้จัดการมรดกกับทายาทมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

ตอบ ผู้จัดการมรดกจะต้องรับผิดชอบต่อทายาทเช่นเดียวกับที่ตัวแทนต้องรับผิดชอบต่อตัวการ เช่น ผู้จัดการมรดกต้องแจ้งให้ทายาททราบความเป็นไปของการจัดการมรดก หากมีความเสียหายใดๆ เกิดขึ้น เพราะความประมาทเลินเล่อของผู้จัดการมรดก ผู้จัดการมรดกก็ต้องรับผิดชอบต่อทายาท

39. ถาม ความเป็นผู้จัดการสิ้นสุดลงเมื่อใด

ตอบ (1) เมื่อการจัดการมรดกสิ้นสุดลง
(2) เมื่อผู้จัดการมรดกลาออกโดยได้รับอนุญาตจากศาล
(3) เมื่อศาลมีคำสั่งถอนผู้จัดการมรดก
(4) เมื่อผู้จัดการมรดกตาย หรือตกเป็นผู้ต้องหาห้ามมิให้เป็นผู้จัดการมรดก เช่น กลายเป็นคนวิกลจริต คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนล้มละลาย

พินัยกรรม

1. ถาม พินัยกรรมคืออะไร

ตอบ พินัยกรรม คือ การแสดงเจตนากำหนดการเพื่อตายในเรื่องทรัพย์สินของตนเองหรือในการต่างๆ อันจะให้เกิดผลบังคับได้ตามกฎหมายเมื่อตนตายไปแล้ว

2. ถาม การกำหนดการเพื่อตายหมายความว่าอย่างไร

ตอบ หมายความว่า ผู้ตายจะต้องแสดงเจตนาไว้โดยชัดแจ้งในพินัยกรรมว่า เมื่อตนตายไปแล้วจะจัดการเกี่ยวกับเรื่องทรัพย์สินของตน หรือการต่างๆ อย่างไร เช่น ต้องระบุไว้ให้ชัดแจ้งว่าเมื่อตนตายไปแล้วจะยกทรัพย์สินอะไร ให้กับใคร หรือจะให้ตั้งมูลนิธิอะไร จะอุทิศศพ อุทิศดวงดาให้กับใคร ซึ่งการกำหนดการเพื่อตายนี้นี้ แม้จะไม่ได้ระบุว่า “เพื่อตาย” ไว้ในพินัยกรรมก็ตาม หากมีข้อความที่อ่านแล้วได้ใจความที่กล่าวข้างต้น ก็ถือว่าพินัยกรรมมีผลสมบูรณ์ ในทางกลับกัน แม้จะใช้คำว่า “เพื่อตาย” แต่เมื่ออ่านดูแล้วกลับมีผลเป็นการแบ่งทรัพย์สินตั้งแต่วันที่ตนเขียนเอกสารเลย อย่างนี้ก็ไม่ใช่อพินัยกรรม

3. ถาม ผู้ทำพินัยกรรมต้องมีคุณสมบัติอย่างไรบ้าง

ตอบ ผู้ทำพินัยกรรมต้องมีคุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนด ดังนี้

1) ต้องเป็นบุคคลธรรมดา นิติบุคคลจะทำพินัยกรรมไม่ได้

- 2) ต้องเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
 - 3) ต้องไม่เป็นคนไร้ความสามารถ
 - 4) ต้องไม่เป็นคนวิกลจริต และพิสูจน์ได้ว่าไม่วิกลจริตอยู่ในขณะที่ทำผิด
4. **ถาม** ถ้าผู้ทำผิดไม่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น ผลเป็นอย่างไร
- ตอบ** ผิดผิดดังกล่าวย่อมตกเป็นโมฆะ ถือว่าเสียไปทั้งฉบับ
5. **ถาม** พยาน และผู้เขียนผิดต้องมีคุณสมบัติอย่างไร
- ตอบ** มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้
1. ต้องบรรลุนิติภาวะ
 2. ต้องไม่เป็นคนวิกลจริต หรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ
 3. ต้องไม่เป็นคนหูหนวก เป็นใบ้ หรือตาบอดทั้งสองข้าง
6. **ถาม** ถ้าพยาน และผู้เขียนผิดไม่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น ผลเป็นอย่างไร
- ตอบ** ผิดผิดดังกล่าวย่อมตกเป็นโมฆะ ถือว่าเสียไปทั้งฉบับ เว้นแต่จะสมบูรณ์ตามผิดรูปแบบอื่น
7. **ถาม** ในกรณีที่พยาน และผู้เขียนผิดมีคุณสมบัติครบถ้วน แต่ข้อกำหนดในผิดระเบียบให้พยาน หรือผู้เขียนผิด หรือคู่สมรสของพยาน และผู้เขียนผิดเป็นผู้รับทรัพย์ตามผิดระเบียบ มีผลอย่างไร
- ตอบ** ผิดผิดดังกล่าวไม่เป็นโมฆะทั้งฉบับ คงเป็นโมฆะเฉพาะข้อกำหนดที่เกี่ยวกับตัวพยาน ผู้เขียน และคู่สมรสของพยาน และผู้เขียนเท่านั้น ซึ่งมีผลทำให้เป็นผู้รับผิดไม่ได้ แต่สภาพแห่งการลงนามเป็นพยานนั้น ยังใช้ได้สำหรับผู้อื่นที่มีสิทธิได้รับมรดกตามผิดระเบียบนั้น
8. **ถาม** กฎหมายกำหนดแบบของผิดระเบียบไว้หรือไม่
- ตอบ** กฎหมายกำหนดแบบของผิดระเบียบไว้ 5 แบบ ดังนี้
- แบบที่ 1** ผิดระเบียบแบบธรรมดา มีหลักเกณฑ์ดังนี้
- 1) ต้องทำเป็นหนังสือ ผู้ทำผิดจะเขียนหรือพิมพ์เอง หรือจะให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์แทนก็ได้
 - 2) ต้องลงวัน เดือน ปี ที่ทำผิด
 - 3) ผู้ทำผิดต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกันและพยานสองคนนี้จะพยานชุดเดียวกับพยานที่รับรองลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือผู้ทำผิดก็ได้
 - 4) พยานทั้งสองคนต้องลงชื่อในขณะนั้นด้วย จะลงชื่อในภายหลังไม่ได้
 - 5) ถ้าผู้ทำผิดลงลายมือชื่อ (ลายเซ็น) ไม่ได้ จะพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือก็ได้ แต่ต้องมีพยานสองคนลงลายมือชื่อ (ลายเซ็น) รับรองลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือของผู้ทำผิด
 - 6) ถ้าหากมีการ ชูด ลบ ตกเติม แก้ไข ในผิดระเบียบ ก็ต้องปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 3) และข้อ 4)

แบบที่ 2 พินัยกรรมแบบเขียนเองทั้งฉบับ มีหลักเกณฑ์ดังนี้

- 1) ต้องทำเป็นหนังสือ และผู้ทำพินัยกรรมต้องเขียนด้วยลายมือตัวเองทั้งฉบับ จะใช้วิธีพิมพ์ดีดไม่ได้
- 2) ต้องลงวัน เดือน ปี ที่ทำพินัยกรรม
- 3) ผู้ทำพินัยกรรมต้องลงลายมือชื่อ (ลายเซ็น) จะประทับตรา หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือไม่ได้ (พินัยกรรมแบบที่ 1 ที่ 3 และที่ 4 ผู้ทำพินัยกรรมพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือแทนการลงลายมือชื่อได้)
- 4) ไม่ต้องมีพยาน
- 5) ถ้าหากมีการ ชูด ลบ แก้ไข ผู้ทำพินัยกรรมต้องลงลายมือชื่อกำกับไว้

แบบที่ 3 พินัยกรรมเอกสารฝ่ายเมือง มีหลักเกณฑ์ดังนี้

- 1) ผู้ทำพินัยกรรมต้องไปแจ้งข้อความที่ตนประสงค์จะให้ใส่ไว้ในพินัยกรรมของตนต่อ นายอำเภอ และต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน
- 2) นายอำเภอต้องจดแจ้งข้อความที่ผู้ทำพินัยกรรมแจ้งให้ทราบนั้นลงไว้ และอ่านให้ผู้ทำพินัยกรรม และพยานฟัง
- 3) เมื่อผู้ทำพินัยกรรมและพยานฟังแล้ว ปรากฏว่าข้อความที่นายอำเภอนั้นถูกต้องตรงกับที่ผู้ทำพินัยกรรมแจ้งไว้ ก็ให้ผู้ทำพินัยกรรม และพยานลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
- 4) นายอำเภอจะตรวจข้อความที่จดไว้นั้น แล้วลงลายมือชื่อ วัน เดือน ปี และรับรองว่าพินัยกรรมได้ถูกต้องตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ แล้วประทับตราตำแหน่งไว้เป็นสำคัญ
- 5) ถ้าหากมีการ ชูด ลบ ตกเติม แก้ไข ผู้ทำพินัยกรรม พยาน และนายอำเภอต้องลงลายมือชื่อกำกับ
- 6) การทำพินัยกรรมแบบเอกสารฝ่ายเมืองนี้จะทำนอกว่าการอำเภอ โดยเชิญนายอำเภอไปทำที่บ้านก็ได้

แบบที่ 4 พินัยกรรมแบบเอกสารลับ มีหลักเกณฑ์ดังนี้

- 1) ต้องทำเป็นหนังสือ ผู้ทำพินัยกรรมจะเขียนหรือพิมพ์เอง หรือให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์แทนก็ได้
- 2) ผู้ทำพินัยกรรมต้องลงลายมือชื่อในพินัยกรรม และต้องผนึกพินัยกรรม แล้วลงลายมือชื่อตามรอยผนึกนั้น
- 3) ต้องนำพินัยกรรมนั้นไปแสดงต่อนายอำเภอ และพยานอีกอย่างน้อยสองคนและให้ถ้อยคำต่อบุคคลทั้งหมดเหล่านั้นว่าเป็นพินัยกรรมของตน และถ้าผู้ทำพินัยกรรมมิได้เป็นผู้เขียนหรือพิมพ์เองโดยตลอด ก็ต้องแจ้งนามและภูมิลำเนาของผู้เขียนให้ทราบด้วย
- 4) เมื่อนายอำเภอจดถ้อยคำของผู้ทำพินัยกรรม และวัน เดือน ปี ที่ทำพินัยกรรมแสดงไว้บนซอง และประทับตราประจำตำแหน่งนายอำเภอ ผู้ทำพินัยกรรมและพยานต้องลงลายมือชื่อไว้บนซองนั้น

- 5) พินัยกรรมแบบเอกสารลับ และพินัยกรรมแบบเอกสารฝ่ายเมือง นายอำเภอจะนำไปเปิดเผยแก่คนอื่นไม่ได้ ในระหว่างที่ผู้ทำพินัยกรรมมีชีวิตอยู่
- 6) ระหว่างมีชีวิตอยู่ ผู้ทำพินัยกรรมจะเรียกให้นายอำเภอส่งมอบพินัยกรรมทั้งแบบเอกสารลับ หรือแบบเอกสารฝ่ายเมืองก็ได้ และนายอำเภอต้องส่งมอบ

แบบที่ 5 พินัยกรรมแบบปากเปล่า หรือทำด้วยวาจา มีหลักเกณฑ์ดังนี้

- 1) ต้องมีพฤติการณ์พิเศษ หรือเหตุจำเป็นจริงๆ ซึ่งไม่อาจทำพินัยกรรมแบบอื่นได้ กล่าวคือ ผู้ทำพินัยกรรมอยู่ในอันตราย ใกล้ความตาย หรือภาวะโรคระบาด หรือภาวะสงคราม
- 2) ผู้ทำพินัยกรรมต้องบอกข้อกำหนดพินัยกรรมต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน
- 3) พยานทั้งสองต้องไปแจ้งคำบอกกล่าวนั้น โดยต้องแจ้งวัน เดือน ปี สถานที่ทำพินัยกรรม และเหตุจำเป็นต่อนายอำเภอโดยไม่ชักช้า ก็ต้องไปแจ้งทันทีที่มีโอกาสได้
- 4) นายอำเภอก็จะจดข้อความแล้วให้พยานทั้งสองคนลงลายมือชื่อไว้
- 5) พินัยกรรมแบบนี้ ย่อมสิ้นผลไปเมื่อพ้นหนึ่งเดือน นับแต่วันที่ผู้ทำพินัยกรรมมีโอกาสที่จะทำพินัยกรรมแบบอื่นได้

นอกจากนี้แล้ว หากคนไทยจะทำพินัยกรรมในต่างประเทศ พินัยกรรมนั้นอาจทำตามแบบซึ่งกฎหมายของประเทศนั้นๆ บัญญัติไว้ก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำตาม 5 แบบ ที่กล่าวมาข้างต้น แต่ถ้าหากคนไทยประสงค์จะทำตามแบบกฎหมายไทยแล้ว อำนาจหน้าที่ของกรมการอำเภอ (นายอำเภอ) ก็ให้บุคคลเหล่านี้ทำแทน

- 1) พนักงานทูต หรือกงสุลไทย
- 2) พนักงานใดๆ ซึ่งมีอำนาจตามกฎหมายของประเทศนั้นๆ ที่จะรับบันทึกข้อแจ้งความไว้เป็นหลักฐานได้

9. ถาม ถ้าหากไม่ทำพินัยกรรมตามแบบที่กฎหมายกำหนด จะมีผลอย่างไร

ตอบ พินัยกรรมนั้นจะตกเป็นโมฆะ ใช้บังคับไม่ได้ แต่ในบางกรณีการทำพินัยกรรมเป็นโมฆะตามแบบพินัยกรรมอย่างหนึ่ง ก็อาจจะสมบูรณ์ครบถ้วนในอีกแบบหนึ่งได้ เช่น ผู้ตายต้องการทำพินัยกรรมแบบธรรมดา แต่เขียนเองทั้งฉบับ มีรายละเอียดต่างๆ ครบถ้วน และลงลายมือชื่อของตนไว้แล้ว แต่ลืมให้พยานลงชื่อพินัยกรรม แม้จะเป็นโมฆะตามแบบธรรมดา แต่ยังคงสมบูรณ์ตามแบบพินัยกรรมแบบเขียนเองทั้งฉบับ

10. ถาม พินัยกรรมแบบใดดีที่สุด

ตอบ พินัยกรรมนั้นมีผลเมื่อผู้ทำตายไปแล้ว หากผู้ทำพินัยกรรมทำพินัยกรรมไว้ไม่ดีพอ และเกิดปัญหา ผู้ตายย่อมไม่สามารถจะมาชี้แจงในภายหลังได้ว่าที่ตนต้องการนั้นคืออะไร ดังนั้น เพื่อมิให้เกิดปัญหาดังกล่าวขอให้ผู้ทำพินัยกรรมปรึกษากับผู้รู้ในการทำพินัยกรรม แต่ถ้าไม่ทราบว่าจะไปปรึกษาใคร ขอแนะนำให้ทำพินัยกรรมแบบเอกสารฝ่ายเมือง เนื่องจากพินัยกรรมแบบเอกสารฝ่ายเมืองเป็นพินัยกรรมแบบดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด ทั้งนี้เพราะพินัยกรรมแบบนี้ ผู้ทำพินัยกรรมจะต้องร้องขอให้นายอำเภอเป็นผู้ทำ และมิฉะนั้นหน้าของรัฐบาลเป็นพยานรับรู้ในการทำพินัยกรรมด้วย ดังนี้ การทำพินัยกรรมแบบนี้ ย่อมมีผลสมบูรณ์ตามแบบของพินัยกรรมตามกฎหมาย และตรงตามเจตนาของเจ้า

มรดก หากมีปัญหาในภายหลัง และมีการนำคดีขึ้นสู่ศาล ศาลก็มีแนวโน้มให้ความเชื่อถือพินัยกรรมแบบนี้มากกว่าแบบอื่นๆ และการที่คู่กรณีจะได้แย้งหักล้างพินัยกรรมแบบเอกสารฝ่ายเมืองนี้จะทำให้ได้ยากมาก

11. ถาม กำหนดอายุความมรดกมีความสำคัญอย่างไร

ตอบ อายุความมรดกมีความสำคัญมาก เพราะเป็นกำหนดเวลาที่กฎหมายกำหนดให้ผู้มีสิทธิเรียกร้องต้องฟ้องคดีภายในกำหนดเวลาดังกล่าว มิฉะนั้น คดีจะขาดอายุความ ห้ามมิให้ฟ้องร้องกำหนดอายุความมรดกที่สำคัญๆ แยกได้ดังนี้

- (1) ทายาทโดยธรรมผู้มีสิทธิรับมรดกตามกฎหมาย มีกำหนด 1 ปี นับแต่เจ้ามรดกตายหรือนับแต่เมื่อทายาทโดยธรรมได้รู้ หรือควรได้รู้ถึงความตายของเจ้ามรดก แต่มิให้ฟ้องเกิน 10 ปี นับแต่เจ้ามรดกตาย
- (2) ผู้รับพินัยกรรมเรียกร้องตามข้อกำหนดพินัยกรรม มีกำหนด 1 ปี นับแต่ผู้รับพินัยกรรมได้รู้หรือควรได้รู้สิทธิซึ่งตนมีอยู่ตามพินัยกรรม แต่มิให้ฟ้องเกิน 10 ปี นับแต่เจ้ามรดกตาย
- (3) เจ้าหนี้ผู้ตาย มีกำหนด 1 ปี นับแต่เมื่อเจ้าหนี้ได้รู้ หรือควรได้รู้ถึงความตายของเจ้ามรดก แต่มิให้ฟ้องเกิน 10 ปี นับแต่เจ้ามรดกตาย
- (4) ทายาทฟ้องผู้จัดการมรดกเกี่ยวกับการจัดการมรดก มีกำหนด 5 ปี นับแต่การจัดการสิ้นสุดลง

อย่างไรก็ตาม เพื่อมิให้การฟ้องคดีมีข้อยุ่งยาก และไม่เปิดโอกาสให้คู่กรณีฝ่ายตรงข้ามยกข้อต่อสู้เรื่องอายุความขึ้นต่อศาลได้ ควรฟ้องคดีภายใน 1 ปี นับแต่เจ้ามรดกตาย

ตัวอย่าง นาย ก. และ นาย ข. เป็นบุตรเจ้ามรดก ขณะเจ้ามรดกตายมีทรัพย์มรดก คือ ที่ดิน 1 แปลง หลังจากเจ้ามรดกตาย นาย ก. ครอบครองที่ดินดังกล่าวมาโดยตลอดเป็นเวลา 3 ปี และโอนให้ชื่อนาย ก. เป็นผู้รับมรดก โดย นาย ข. ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวเลย ต่อมา นาย ข. เกิดอยากได้ส่วนแบ่งที่ดินดังกล่าวจึงมาฟ้องขอแบ่งทรัพย์มรดก กรณีนี้แม้ นาย ข. จะเป็นบุตรและมีสิทธิได้รับมรดกเช่นเดียวกับ นาย ก. คดีของนาย ข. ก็ขาดอายุความแล้ว เพราะนาย ข. ฟ้องคดีเกินกว่า 1 ปี นับแต่เจ้ามรดกตาย และเมื่อ นาย ก. ยกข้อต่อสู้เรื่องอายุความขึ้นต่อสู้ ศาลก็จะพิพากษายกฟ้อง กล่าวคือ เป็นการตัดสินให้ นาย ข. แพ้คดีและไม่ได้รับทรัพย์มรดก

พินัยกรรมแบบธรรมดา

พินัยกรรม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อยู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอทำพินัยกรรมไว้ว่า

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้ว ให้ทรัพย์สินของข้าพเจ้าทั้งหมด ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่จะมีต่อไป ในอนาคตให้แก่บุคคลที่มีชื่อต่อไปนี้ คนละหนึ่งส่วนเท่าๆ กัน คือ

1.
2.
3.
-
-

และขอให้.....

เป็นผู้จัดการมรดกของข้าพเจ้า เพื่อจัดการแบ่งปันทรัพย์สินมรดกให้เป็นไปตามเจตนาของข้าพเจ้า

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ทำพินัยกรรม

“ข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายนี้ ขอรับรองว่า.....

ได้ทำพินัยกรรมต่อหน้าข้าพเจ้า และได้สังเกตเห็นว่า.....

ผู้ทำพินัยกรรมมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ทุกประการ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อเป็นพยานไว้ในพินัยกรรม”

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยานและผู้เขียน

หมายเหตุ : ถ้าตัดข้อความในเครื่องหมายคำพูดออกแล้ว ผู้ทำพินัยกรรมเขียนด้วยลายมือตัวเองทั้งฉบับก็มีผลสมบูรณ์ เป็นพินัยกรรมแบบทำเอกสารเขียนเองทั้งฉบับได้

พินัยกรรมแบบทำเป็นเอกสารเขียนทั้งฉบับ

พินัยกรรม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อยู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

“ขอทำพินัยกรรมไว้เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้ว ให้แบ่งทรัพย์สินของข้าพเจ้าให้แก่บุคคลต่างๆ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ที่ดินโฉนดเลขที่.....อยู่ที่ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ให้ได้แก่.....

ข้อ 2. เงินสดที่ฝากไว้ธนาคาร.....
ให้ได้แก่/หรือแบ่งให้แก่.....

ข้อ 3. เครื่องเพชร เครื่องทอง และ ฯลฯ.....
ให้ได้แก่/หรือแบ่งให้แก่.....

ข้อ 4. ทรัพย์สินสมบัตินอกจากที่กล่าวมาแล้ว ให้ได้แก่/หรือแบ่งให้แก่.....
.....

ข้อ 5. ขอให้.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า
เพื่อจัดการแบ่งปันทรัพย์สินมรดก ให้เป็นไปตามเจตนาของข้าพเจ้า

พินัยกรรมฉบับนี้ ข้าพเจ้าเขียนด้วยลายมือข้าพเจ้าทั้งฉบับ และได้ทำขึ้นไว้เป็น.....ฉบับ
มีข้อความถูกต้องตรงกัน

ลงชื่อ.....ผู้ทำพินัยกรรม”

หมายเหตุ : 1) ผู้ทำพินัยกรรมต้องเขียนด้วยลายมือตัวเองทั้งฉบับ

2) ถ้าต้องการเขียนพินัยกรรมแบบง่ายๆ โดยยกทรัพย์สินมรดกทั้งหมดให้คนๆ เดียว ก็ให้แก้ไขข้อความที่อยู่ใน
เครื่องหมายคำพูดเป็นข้อความต่อไปนี้ “ขอทำพินัยกรรมไว้ว่า เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้ว ให้ทรัพย์สินของข้าพเจ้า
ทั้งหมด ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่จะมีต่อไปในอนาคต ได้แก่.....
.....แต่ผู้เดียว” ส่วนอื่นให้คงเดิมไว้

3) ถ้าต้องการให้พินัยกรรมข้างบนนี้เป็นพินัยกรรมแบบธรรมดา ก็ทำได้โดยเพิ่มข้อความในเครื่องหมาย
คำพูดของพินัยกรรมแบบธรรมดา ในหน้าถัดไป ต่อท้ายพินัยกรรมฉบับข้างบนนี้

พินัยกรรมแบบเอกสารฝ่ายเมือง

พินัยกรรม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อยู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอทำพินัยกรรมต่อหน้า.....นายอำเภอ.....

และ.....พยาน ดังต่อไปนี้

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้ว ให้แบ่งทรัพย์สินของข้าพเจ้า ให้แก่บุคคลต่างๆ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ที่ดินโฉนดเลขที่.....อยู่ที่ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ให้ได้แก่.....

ข้อ 2. เงินสดที่ฝากไว้ธนาคาร.....

ให้ได้แก่/หรือแบ่งให้แก่.....คนละหนึ่งส่วนเท่าๆ กัน

ข้อ 3. ทรัพย์สินสมบัตินอกจากที่กล่าวมาแล้ว ให้ได้แก่/หรือแบ่งให้แก่.....

ข้อ 4. ขอให้.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

เพื่อจัดการแบ่งปันทรัพย์มรดก ให้เป็นไปตามเจตนาของข้าพเจ้า

ข้อ 5. ข้อความแห่งพินัยกรรมนี้ นายอำเภอ.....

ได้อ่านให้ข้าพเจ้าและพยานฟังโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามความประสงค์ของข้าพเจ้าที่ได้ให้นายอำเภอ
จดลงไว้ และขณะทำพินัยกรรมนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดีทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้านายอำเภอ และพยานทั้งสองเป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ทำพินัยกรรม

ลงชื่อ.....พยานรับรองพินัยกรรม

1. Twycross R. Symptom management in advanced cancer 2nd ed. Oxon, UK : Radcliffe medical Press : 1997.
2. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford : New York; Oxford University Press; 1993.
3. Doyle D, Hanks GWC, & MacDonald N. eds. Oxford textbook of palliative medicine 2nd ed. New York : Oxford University Press ; 1998.
4. Doyle D, Hanks GWC, Cherny NI & Calman K.eds. Oxford textbook of palliative medicine 3rd ed. New York : Oxford University Press : 2004.
5. Woodruff R. Palliative medicine 2nd ed. Melbourne : Asperula Pty Ltd ; 1996.
6. Heffner JE, Byock IR. Palliative and End-of-Life. Pearls, Philadelphia : Henley & Belfus, Inc ; 2002.
7. Forrow L, Smith HS. Pain Management in End of Life : Palliative care. In : Warfield CA, Bajwa ZH. Eds. Principles & Practice of Pain medicine, 2nd ed. New York : Mc-Grow-Hill companies ; 2004 : 492-502.
8. Daily-AA, GoltzerSZ. Eds Hospice Care for Children Oxford : Oxford University Press ; 1993.
9. Maddocks I. Palliative Care, A Study Text. Daw Park, South Australia : Filinders Press ; 1997.
10. Bruera E, Fainsinger RL. Palliative Care Medicine : Patient Based Learning. Edmonton ; AB : University of Alberta Press ; 1995.
11. World Health Organization. Pain relief and Palliative Care. In : National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. WHO Geneva 2000. 83-91.
12. Arthur EB, Sean OM Amy S. eds. Choices in Palliative Care : Issues in Health Care Delivery. New York : Springer Science & Business Media, LLC ; 2007.
13. Eduardo B, Liliana DL, Roberto W and William F. eds. PALLIATIVE CARE in the DEVELOPING WORLD : PRINCIPLES AND PRACTICE. Houston USA : IAHPC Press ; 2004.
14. Karen L F. ed. Complementary & Alternative Therapies for Nursing Practice 2nd ed. New Jersey : Pearson Education, Inc ; 2005.
15. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, et al. Recommendation for end-of-life care in the intensive care unit. The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001; 29 : 2332-48.
16. Fallon M. and Hanks G.W.C. ABC of palliative care. Malden, Mass Blackwell Pub ; 2006.
17. Fins J. A palliative ethic of care : Clinical wisdom at life's end. Sudbury, Mass. : Jones and Bartlett Publishers ; 2006.

18. Storey P, Knigh CF. UNIPAC Six : Ethical and Legal Decision Making when. Caring for the Terminally 111 Hospice/Palliative Care Training for Physicians : The UNIPAC Book Series; New york : Mary Ann Licbert. Inc ; 2003.
19. Palliative Care V.I/ 2007. NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Clinical Practice Guidelines in Oncology TM. www. Nccn. org.
20. Belkin GS. An Introduction to Counseling. California : Wm. C. Brown Co; 1982.
21. Gilliland BE, James RK and Bowman JT. Theories and Strategies in Counseling and Psychotherapy. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon A Division of Simon & Schuster, Inc ;1994.
22. Kaplan and Sadock's. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Baltimore : Rose tree Corporate Center ;1998.
23. Keltner NL, Scheweke LH and Bostrom CE. Psychiatric Nursing. 2nd ed. St. Louis : Mosby comp ; 1995.
24. Kubler-Ross E. On Death and Dying. Macmillan, New York ; 1969.
25. Levy SM. Humanizing death : Psychotherapy with terminally ill patients. (In PT costa & GR Vanden Bas (eds). Psychotherapy aspects of serious illness : Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care),. American Psychological Association, Washington DC; 1990.
26. Rebrace LS Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Comp ; 1994.
27. Murray RB and Hudskocter MMW. Psychiatric Mental Health Nursing, Giving Emotional Care. Appleton & Lange ; 1991.
28. Shives LR. Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Comp ; 1994.
29. Sterfflre BS. Theories of Counseling. New York : McGrsw-Hill ;1965.
30. Stuart GW. and Laraia MT. Stuart & Sundeen's Principle and Practice of Psychiatric Nursing. 6th ed. St. Louis : Mosby comp ; 1998.
31. Vararlis E. M. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Comp ; 1998.
32. Wilson HS, Kneisi CR. Psychiatric Nursing. 4th ed. California : Addison-Wasley. Publish'Comp ; 1992.
33. Reyden DVD and Joubert R. Dain Van Der Reyden and Robin Joubert. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. 4th ed. London. Rosemary Crouch & Vivyan alers : 105 ; 2006
34. Wolcott DL. Psychosocial aspects of acquired immune deficiency syndrome and the primary care physician. Ann Allergy 1986 ; 57 : 95-102
35. Wolcott DL, Fawzy FI, Pasnau RO. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and consultation liaison psychiatry. Gen Hosp infection and AIDS : what have we learned Br J Psychiatry 1990; 156-6.

36. King MB. Psychological aspects of HIV -1 infection and AIDS : what have we learned Br J Psychiatry 1990 ; 156 : 151-6.
37. Maj M. Psychiatric aspects of HIV-1 infection and AIDS. Psychol Med 1990 ; 20 : 547-63.
38. Ostrow DG. Psychiatric aspects of human immunodeficiency virus infection : current concepts. Michigan : The Upjohn Company. 1990.
39. Holland JC, Jacobsen P, Breitbart W. Psychiatric and psychosocial aspects of HIV infection. In : De Vita VT Jr. Hellman S. Rosenberg SA. eds. AIDS : etiology, diagnosis, treatment, and prevention. 3rd ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1992 ; 347-54
40. Massie MJ, Holland JC, Straker N. Psychotherapeutic interventions. In : Holland JC. Rowland JH. eds. Handbook of psychooncology : psychological care of the patient with cancer. New York : Oxford University Press, 1989 ; 455-69.
41. Wilder JF, Pultchik R. Stress and psychiatry. In : Kaplan HI. Sadock BJ. eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 4th ed. Baltimore : William & Wilkins, 1985 ; 1198-203.
42. Moss RH. Coping with physical illness. New York : Plenum Publishing, 1997.
43. Weisman AD. Coping with illness. In : Cassem NH. ed. Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry. 3rd ed. St Louis : Mosby-Year Book, 1991 ; 309-19.
44. Woodruff R. ed. Palliative Medicine, Evidence-based symptomatic and supportive care for patients with advanced cancer, 4th ed. Victoria : Oxford University Press ; 200
45. โกศกุล วณดี, สีสานันทกิจ สตาพร. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์**. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2543, ISBN : 974-7138-78-3
46. สีสานันทกิจ สตาพร. **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 2 มกราคม 2548, ISBN : 974-422-069-4.
47. สีสานันทกิจ สตาพร และคณะ. **แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลความปวดจากมะเร็ง**. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตุลาคม 2547, ISBN : 974-422-086-4.
48. แผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Tertiary Preventive-Palliative Care) ในหนังสือแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) พ.ศ. 2542. ISBN : 974-7773-73-2 หน้า 107-118.
49. วิบุลผลประเสริฐ สุวิทย์ บก. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก : 2550.
50. บุญเฉลิมวิภาส แสงวง. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย). ใน: เลิศสงวนสินชัย ประเสริฐ นุชประยูร อิศรางค์ จัตรแก้ว พรเลิศ และ สิทธิพันธุ์ ฉันทาย บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 2548
51. บุเกตุ บุญศรี และคณะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ยุทธธินทร์ การพิมพ์ จำกัด : 2545, 90-98.
52. บุเกตุ เพ็ญศรี. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ยุทธธินทร์ การพิมพ์ จำกัด : 2545, 203-216.

53. นันทา ปิยะพันธ์. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ยุทธธินทร์ การพิมพ์ จำกัด : 2549, 95; 225-226.
54. ชาวกำเปต สิริสุดา. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ศูนย์มะเร็ง คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ “การดูแลจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง” : ยุทธธินทร์ การพิมพ์ จำกัด, กรุงเทพฯ: 2545, 163-4
55. สมาคมแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 3 (เล่ม 2). โรงพิมพ์เทคนิค 19 กรุงเทพฯ. : 2539
56. เหลืองอมริศ สุธิตรา. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนทัศน์สำหรับการดูแล. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น : 2537
57. ลีอนุธวัชชัย. อรรถพรณ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย : 2549
58. พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์ ISBN : 974-8059-25-1 พิมพ์ครั้งที่ 2 จัดพิมพ์ โดย กองทุนวุฒิสรรณ เพื่อการศึกษาและปฏิบัติธรรม บริษัทธรรมสารจำกัด กุมภาพันธ 2542
59. กุมิสวัสดิ์ วรากรณ์. การเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ISBN : 974-422-197-6 พิมพ์ที่ศูนย์สนสกรณการเกษตรระหว่างประเทศ กันยายน 2548.

Suggested reading

60. Distress : Treatment guideline for patient
(<http://www.nccn.org/patients/patientgls/english/distress/contents.asp>)
61. Distress : management V.1, 2008
(http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf)
62. Cancer Control Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Pakkuatue Care. World Health Organization. www.who.int.
63. Distress management V.1 2008
(http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.odf)

รายนาม	หน่วยงาน	ตำแหน่ง
พ.ญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์	โรงพยาบาลสงฆ์	ประธานกรรมการ
น.พ.สถาพร ลีถ่านันทกิจ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	กรรมการ
พ.ญ.ไพรัตน์ แสงดิษฐ์	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการ
น.พ.นพดล โสภาวัดนาไพศาล	โรงพยาบาลศิริราช	กรรมการ
พ.อ.นพ.ชนวัธน์ เทศะวิบูล	สถานพยาบาลศูนย์มะเร็งกรุงเทพฯ	กรรมการ
น.พ.กฤษณะพันธ์ ธนกรณไพศาล	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการ
น.ส.ภัทรวิมล ลิ้มจิตรกร	ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี	กรรมการ
นายเขมินท์ เอี่ยมน้อย	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการ
นายภัทรพล ตันเสถียร	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการ
นางอุษณีย์ จามจุรีรักษ์	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการ
นางศศิธร ศิริบุญย์	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการ
นางพจน์มาลัย สังข์เสนาะ	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการ
นางนงนุช หนูแก้ว	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการ
นางพรทรีพย์ เดชะกุลเจริญ	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการและเลขานุการ
น.ส.พจนา สายัณห์	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
นางพรทิพย์ ลีสด	โรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้สอบทาน (Peer review)

ผ.ศ.น.พ.ดุสิต สดาวร

บรรณาธิการ

น.พ.สถาพร ลีถ่านันทกิจ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

พ.ญ.ไพรัตน์ แสงดิษฐ์

จัดทำโดย : โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนพิมพ์ : 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท สันทนาการพิมพ์ จำกัด

คณะประชาพิจารณา

พ.ญ.ศลยา	สุขสมปอง	โรงพยาบาลวชิระพยาบาล
น.พ.แสงชัย	ธีรปกรณ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว
พ.ญ.รัตนา	ยอดอนนท์	โรงพยาบาลปากช่องนานา
นางปรารถนา	สหัสกุล	โรงพยาบาลสระบุรี
นางชนันต์กฤษ	มณีศิลป์	โรงพยาบาลสระบุรี
นางสมพันธ์	โชคตระการ	โรงพยาบาลสระบุรี
นางเบญจวรรณ	เนียมทันต์	โรงพยาบาลสระบุรี
นางปวีณา	ดวงอักษะ	โรงพยาบาลสระบุรี
นางสุนททิพย์	สุริยพันธุ์	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
นางคารณี	บุญยไพศาลเจริญ	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

