

อยู่อย่างมีความหมาย
จากไปอย่างมีความสุข



สุข รัก เข้าใจ

ในช่วงสุดท้ายของชีวิต

Palliative Care

ผู้เขียน : แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร
วาดภาพประกอบ : ปิยะนุช เศรษฐวงค์

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ เครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภาคใต้



ลูบ รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต
(Palliative Care)

ผู้เขียน : แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร
วาดภาพประกอบ : ปิยะนุช เศรษฐวงค์

ลิขสิทธิ์ของ : แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร

© สงวนลิขสิทธิ์

ผู้เขียน : แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร

วาดภาพประกอบ และออกแบบรูปเล่ม : ปิยะนุช เศรษฐวงค์

ISBN : 978-974-350-719-9

พิมพ์ครั้งแรก : พ.ศ. 2554

จำนวน : 1,000 เล่ม

จัดพิมพ์โดย :

เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์

พิมพ์ที่ :

บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

65/16 ถนนชัยพฤกษ์ (บรมราชชนนี) เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170

โทรศัพท์ 0-2422-9000 โทรสาร 0-2434-1385

E-mail : aprint@amarin.co.th

ขอขอบคุณ

★ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

โครงการแผนงานเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์
(MS-PCare: Medical School - Palliative Care Network)
ในแผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพระยะ 4

กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท)

ศูนย์ประสานงานเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวภาคใต้
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

★ กองทุนเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี

★ คุณดำรงค์ - คุณจิรพัทธ์ จตุรภัทรพร

★ คุณสำราญ พกษาชลวิทย์

★ คุณณพัชร สุพัฒน์กุล

คำนิยาม

ปัจจุบันเราทุกคนต้องเผชิญหน้ากับโลกที่วุ่นวายสับสนมากขึ้น พัฒนาการความเจริญทางวัตถุที่เดินทางข้ามแดนมาถึงกันเป็นส่วนหนึ่งที่พักพาเอาความเจริญทางการแพทย์มาด้วย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้คนมีความหวังมากขึ้นกับการช่วยเหลือจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อยืดยื้อเวลาแห่งความตายออกไป สังคมปัจจุบันจึงกลัวตาย และพึงพิงบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำอย่างไรผู้คน ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางสายสุขภาพจะมีความเข้าใจมากขึ้นว่าความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะจากไป ไม่ได้สำคัญที่การยืดระยะเวลาหายใจหรือหัวใจเต้นออกไป แต่สำคัญที่ทำอะไรที่จะได้ใช้เวลาร่วมกันในการแสดงความเคารพ พูดคุยสื่อสาร และช่วยเหลือเยียวยา เพื่อบำบัดความทุกข์ทรมานแก่นมนุษย์ผู้นั้นที่เหลือเวลาในโลกใบนี้น้อยเต็มที

หนังสือ “สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต” จะทำให้ท่าน ไม่ว่าจะประชาชนทั่วไป หรือบุคลากรสายสุขภาพ ได้เข้าใจมุมมองใหม่ในการดูแลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยด้วยความสุข ความรัก และความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการช่วยเหลือเยียวยาแก่คนที่จะจากไป ไม่ให้ทุกข์ทรมาน ไม่ให้รู้สึกเหมือนถูกละทิ้ง ไม่รู้สึกเหมือนไม่ได้รักษาอะไร เพราะการรักษาเยียวยาที่แท้ ไม่ใช่เพียงการใช้ยา แต่คือการรักษาด้วยผู้คนที่รายล้อมผู้ป่วยด้วยความสุข ความรัก และความเข้าใจที่ถูกต้องต่างหาก ซึ่งสามารถลงมือทำได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป โดยไม่ต้องรอให้ถึงวาระสุดท้ายของตนเอง

ต้องขอบคุณหมอเป้ที่ถ่ายทอดเรื่องราววิชาการออกมาเป็นภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจได้ง่าย ร่วมกับมีภาพการ์ตูนน่ารักๆ ประกอบภาพบทสนทนาที่เกิดขึ้นเป็นบทสนทนาจริง ที่พบได้บ่อยในระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบการณ์การดูแลทั้งผู้ป่วย และครอบครัว ทำให้เข้าใจมุมมอง และความเข้าใจผิดที่เกิดขึ้นได้บ่อยภายในครอบครัว ที่ต้องผ่านระยะเวลาที่วิกฤตดังกล่าว การพูดคุยสื่อสารด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง และเข้าอกเข้าใจกัน จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยด้วยโรครยะสุดท้าย ได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ

หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยและญาติที่ต้องเผชิญกับช่วงเวลายากๆ ของชีวิตได้ดีขึ้น

ผศ. พญ.สายพิน หัตถ์รัตน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

30 พฤษภาคม 2554

คำนิยม

ผมติดตามงานเขียนของ หมอเป้..พญ.ดาริน จตุรภัทรพร มาตั้งแต่เขียนบันทึกในโลกออนไลน์ โดยเฉพาะประสบการณ์การใช้ชีวิตและทำงานในต่างแดน ที่เกี่ยวกับการดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย เพราะเขียนเล่าเรื่องได้มีชีวิตชีวา อ่านง่ายน่าติดตาม และมีมุมมองที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน ซึ่งคุณสมบัติแบบนี้ หาได้ไม่ถ่าง่ายนักในหมู่นักวิชาการโดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งเมื่อจะเขียนบทความสำหรับประชาชน ก็มักจะอัดแน่นไปด้วยเนื้อหาทางวิชาการที่เราเองคิดว่าสำคัญ และให้ความสำคัญกับการนำเสนอเพื่อดีงดูดใจกลุ่มเป้าหมายน้อย จะเห็นได้จากแผ่นพับให้ความรู้สำหรับประชาชนแบบเต็มๆ ของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งคนทั่วไปเข้าถึง และมีโอกาสได้รับความรู้นั้นไม่มากนัก หากไม่สนใจจริงจัง

เมื่อ หมอเป้ ตั้งใจจะเขียนหนังสือ **สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต** เล่มนี้ ผมดีใจมากยิ่งขึ้นเมื่อรู้ว่าได้ **น้องนุช..ปิยะนุช เศรษฐวุฒิศ์** ผู้ถ่ายทอดเรื่องราวชีวิตจริงของตนเองในหนังสือ **สาว 22 กับโรคนางเอก (ลูคีเมีย)** ได้อย่างโดนใจวัยรุ่นและสูงวัยอย่างผมมาก มาเขียนภาพการ์ตูนประกอบให้ด้วย ผมยิ่งอยากรู้อย่างใจจดใจจ่อว่า **หนังสือของสาวน้อยผู้น่ารักทั้งสองคนนี้ จะออกมาเป็นอย่างไร**

เมื่อได้อ่านต้นฉบับหนังสือขนาดเหมาะมือเล่มนี้ บางช่วงผมลืมไปเลยว่ากำลังอ่านหนังสือที่มีจุดประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องการดูแลช่วยเหลือคนไข้ระยะสุดท้ายสำหรับผู้สนใจทั่วไป เพราะอ่านเพลินด้วยภาพประกอบน่ารักติดตา โดยที่เนื้อหาทาง

วิชาการในประเด็นสำคัญๆ ก็ยังถูกบรรจุไว้ได้อย่างครบถ้วน ซึ่งจะช่วยให้คนไข้เอง ครอบครัวผู้ใกล้ชิด รวมถึงบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เข้าถึงและเข้าใจหลักการสำคัญ การสื่อสาร การดูแลอาการทุกข์ทรมานต่างๆ และการประสานงานช่วยเหลือคนไข้กลุ่มนี้ดีขึ้น มั่นใจในการลงมือปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้คนไข้และครอบครัวได้รับการช่วยเหลือ ดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

ผมหวังว่าหนังสือเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในวงกว้างกว่าหนังสือวิชาการอื่นๆ ทัวไป เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการช่วยเหลือ ดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายได้เผยแพร่สู่ประชาชนมากขึ้น ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์สำคัญของเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ และชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในแผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพระยะ 4 ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท) สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้

ขอขอบคุณหมอเป้และน้องนุชสำหรับหนังสือดีๆ เล่มนี้ ที่ทั้งคู่ได้ร่วมกันทำด้วยใจรัก

รศ. นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี

ประธานเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์

29 พฤษภาคม 2554

คำนำ

หากจินตนาการว่าตัวเราจะต้องตายในวันพรุ่งนี้
วันนี้เราอยากจะทำอะไร? จะยังทำเหมือนที่ยังทำอยู่ทุกวันนี้ไหม?
หากมีเวลามากขึ้นเป็น 1 สัปดาห์ 1 เดือน หรือ 1 ปีละ
สิ่งที่เราอยากทำจะเปลี่ยนไปไหม?

คำถามสำคัญที่ลองตอบได้ แต่ลองทำไม่ได้..

จริงๆ แล้วเราทุกคนมีเวลาในชีวิตไม่มากเลย
ที่จะได้ใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย และมีความสุข
พวกเราทุกคนกำลังทำอะไรอยู่
เราได้เริ่มเดินทางไปในทิศทางที่เราตั้งใจไว้หรือยัง?
ธรรมมาจารย์ด้านความตายชาวทิเบตท่านหนึ่ง บอกว่า

“คนเราอยู่อย่างไร ก็ตายอย่างนั้น”

ข้อความจากท่านทำให้ตระหนักถึงความจริงข้อนี้มากขึ้นเรื่อยๆ
เมื่อได้เห็นความตายผ่านวิชาที่เรียน จึงอยากถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ
ผ่านหนังสือเล่มนี้ ให้แก่ผู้อ่านทุกท่าน ได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน
ถึงศาสตร์การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรครักษาไม่หายขาด
เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ และโรคมะเร็ง

หนังสือเล่มนี้ ไม่เศร้า ไม่หดหู่
แต่หวังจะสื่อให้ผู้อ่านได้เรียนรู้ความจริงของชีวิตที่ใกล้ตัวทุกคน
เพื่อจะได้เตรียมตัว

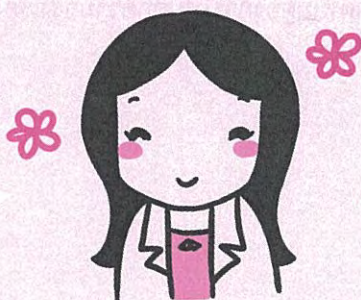
อยู่อย่างมีความหมาย และจากไปอย่างมีความสุข
และยังอาจสามารถช่วยคนใกล้ตัวให้พ้นทุกข์ได้ด้วย
ด้วยหลักการที่ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้

มาเริ่มเรียนรู้ไปพร้อมๆ กันนะคะ



หมอเป็

พญ.ดาริน จตุรภัทรพร



★ สารบัญ ★

บทที่ 1 - ความเข้าใจ

WHAT: Palliative Care คืออะไร	2
WHY: ทำไมต้องมีการดูแลแบบ Palliative Care	6
ตัวอย่างคนไข้ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative Care	10
WHEN: เมื่อไหร่ควรเริ่มการดูแลแบบ Palliative Care	13
WHO: ใครบ้างที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative Care	16
WHERE: Palliative Care สามารถทำได้ที่ไหน	17
บทสรุป	18

บทที่ 2 - วิธีสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

บอกดีไม่บอกดี	20
ห้ามบอกนะคะ	22
ต้องบอกนะคะ	24
เทคนิคการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย	27
เทคนิคการพูดคุยกับญาติที่ไม่ต้องการให้บอกความจริงเรื่องโรคกับผู้ป่วย	28
พรสามประการ	29
คนตัดสินใจแทน	32
นานแค่ไหน	34
ใส่ท่อให้อาหารดีไหม	36
อยากอยู่ที่ไหน	38
ผู้ดูแลอาจจะเหนื่อยเกินไปได้	41
หลักการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (CAREGIVER)	43

บทที่ 3 - การดูแลอาการต่างๆ

อาการปวดและอาการอื่นๆ	45
แบบทดสอบ ESAS ฉบับภาษาไทย	56
ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Morphine	59
การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต (ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ดูแล)	67

บทที่ 4 - การประสานงานเพื่อดูแลผู้ป่วย

ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Palliative Care	77
---	----

บทส่งท้าย

ประวัติผู้เขียน	82
ประวัติผู้วาด	85



บทที่ 1

ความเข้าใจ

WHAT: Palliative Care คืออะไร

ในปี พ.ศ. 2533 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ Palliative Care ว่าเป็น

“วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายโดยให้การป้องกัน และบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลเป็นแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือ ตายดี”

ปัจจุบันทางองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความใหม่ของ Palliative Care ไว้ว่าเป็น

“วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทา ความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ใน ระยะแรกๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพ ทั้งทางด้าน กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างละเอียดครบถ้วน”



อย่างเพื่อนหนูเป็น **หอบ** รักษาไม่หาย
ถ้าวายู่ในกลุ่มที่ต้องการการดูแลแบบ
Palliative Care หรือเปล่าคะ?



ใช่แล้วจ๊ะ! แต่อาจจะไม่ได้
ต้องการให้หมอดูแลมากในช่วงที่ไม่มีอาการ
เพราะโรคหอบส่วนใหญ่มักจะมีอาการเป็นพักๆ
ไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงกับชีวิตจ๊ะ

แล้วอย่างคุณยายหนูที่เป็น **มะเร็งปอด**
ขั้นสุดท้ายไม่มีวิธีรักษาแล้ว ก็ถ้าวายู่
ในกลุ่มที่ต้องการ **Palliative Care**
เหมือนกันใช่ไหมคะ?



ถูกต้องแล้วจ๊ะ!
แบบคุณยายยังต้องการมากๆ
เพราะ **Palliative Care** มุ่งเน้นให้ผู้ป่วย
สามารถอยู่กับความเจ็บป่วยได้อย่าง
มีความสุขที่สุด และ ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า
จนวาระสุดท้าย จ๊ะ



บางที่เค้าจึงแปล Palliative Care ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
หรือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรืออีกอย่างคือ
การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง



ฟังแล้วเศร้า
จังเลยค่า!

แจ้!!



แจ้!!



ด้วยชื่อที่ฟังดูเข้าใจยาก
และสื่อไปในทางไม่ดี โรงพยาบาลบางที่
เลยตั้งชื่อกันเองใหม่ให้ดูไม่น่ากลัว เช่น
ร.พ.ศิริราช ชื่อ ศูนย์บริรักษ์, ร.พ.สงขลานครินทร์
ใช้ชื่อ ชีวันดาภิบาล, ร.พ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย
ใช้ว่า คลินิกหอมฮัก (แปลว่า รอมรัก) จ๊ะ

แต่ไม่ว่าจะเรียกยังไง..ก็หมายถึงการดูแลแบบ
Palliative Care นั้นเองจ๊ะ!



หนุงไปหมดแล้วค่า!
เอาเป็นว่าขอหน่อ่าน
เนื้อเรื่องเพิ่มความเข้าใจ
ก่อนแล้วกันนะคะ

งง? งง? งง??





WHY: ทำไมต้องมีการดูแลแบบ Palliative Care

การรักษาในปัจจุบันอาจจะยังมีปัญหาบางอย่าง จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลแบบ Palliative Care เข้าไปช่วยแก้ไขในจุดต่างๆ ดังต่อไปนี้ค่ะ

1) แพทย์เฉพาะทางทั่วไปมักจะมุ่งเน้นที่จะรักษาเฉพาะโรคอย่างเดียว

เมื่อวินิจฉัยโรคที่รักษาไม่หายขาดหรือร้ายแรงถึงกับชีวิต แพทย์อาจมีแนวโน้มจะรักษามุ่งเน้นไปที่โรคอย่างเดียว โดยอาจจะละเลยการดูแลด้านอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ไม่ใช่เพราะแพทย์ไม่อยากดูแลผู้ป่วยให้ครบถ้วนทั้งร่างกายและจิตใจ แต่การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวให้ครอบคลุมทุกด้านต้องการเวลามาก และแพทย์ส่วนใหญ่มีภาระงานที่ต้องดูแลเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้แพทย์อาจมีแนวคิดว่าการรักษาแต่โรคที่กำลังมีความรุนแรง มีความสำคัญมากกว่ารายละเอียดปลีกย่อยอื่นๆ

การดูแลแบบ Palliative Care จึงหมายถึงการมีทีมบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

2) ปัญหาการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

แพทย์บางคนมักจะไม่บอกการวินิจฉัยโรคกับผู้ป่วยตั้งแต่ต้น เนื่องจากบางครั้งไม่รู้จะบอกอย่างไร รวมทั้งมีญาติขอร้องไว้ไม่ให้

บอกผู้ป่วย ทุกๆ ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยากทราบความจริงจากแพทย์ หากตัวเองเป็นโรคมะเร็ง จากข้อมูลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไทยส่วนใหญ่ ยังไม่ทราบว่าตัวเองเป็นมะเร็งเมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็ง แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของ “การแจ้งข่าวร้าย” ในผู้ป่วยชาวไทยอยู่มาก เมื่อความต้องการของผู้ป่วย ความต้องการของญาติ และความต้องการของแพทย์ไม่ตรงกัน การสร้างการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำ **สิ่งที่ติดค้าง (Unfinished business)** ได้สำเร็จในช่วงเวลาที่จำกัด และตั้งเป้าหมายการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ได้

การดูแลแบบ Palliative Care จึงหมายถึงการที่แพทย์มีโอกาสนพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นด้วย

3) ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการอื่นๆ ของโรคระยะสุดท้าย

ในกลุ่มอาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคระยะสุดท้าย อาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด การใช้ยาแก้ปวดที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต นอกจากอาการปวดแล้วผู้ป่วย Palliative Care ยังต้องการการดูแลอาการอื่นๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยหอบ ซึมเศร้า เบื่ออาหาร รวมทั้งอาการในระยะสุดท้ายก่อน

ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

*การดูแลแบบ Palliative Care จึงรวมถึงการดูแลให้ผู้ป่วย
สุขสบายมากขึ้นจากอาการต่างๆ ที่เข้ามารบกวนอย่างต่อเนื่องด้วย*

4) ไม่มีแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หลังจากเข้ารับการบำบัดโรคมะเร็งในหอผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยมักจะถูกส่งตัวกลับบ้าน แต่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนนั้น ผู้ป่วยจะถูกญาติพามาที่ห้องฉุกเฉิน ภาพที่เห็นบ่อยๆ คือผู้ป่วยที่เป็นโรคในระยะสุดท้ายมักจะไม่ได้ถูกรับตัวเข้าอนโรงพยาบาล แม้ว่าจะมีอาการทางร่างกายหลายอย่างก็ตาม เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าไม่สามารถรักษาโรคผู้ป่วยให้หายได้ การมานอนโรงพยาบาลอาจจะไม่ได้แตกต่างจากการให้การรักษาที่บ้าน ในขณะที่ครอบครัวของผู้ป่วยอาจจะเกิดความสับสน ไม่แน่ใจว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร จึงอยากพาผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล

ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก (ห้องไอซียู) ปัญหาที่พบอาจกลับกลายเป็นตรงกันข้าม โดยมีเสียงสะท้อนมาจากญาติว่าผู้ป่วยถูกทรมานมากเกินไปในรูปแบบที่เรียกว่า “การยื้อชีวิต” เนื่องจากแพทย์มักไม่กล้าที่จะหยุดการรักษาบางอย่าง เช่น การให้ยาฉีดปฏิชีวนะไปเรื่อยๆ การให้เลือด การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อระบายระยาง การเจาะรูตำแหน่งต่างๆ บนตัวผู้ป่วย การรักษาเหล่านั้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจจะเป็นไปได้เพื่อยืดระยะเวลาของการตายออกไปมากกว่า

การช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีคุณภาพ ญาติของผู้ป่วยหลายๆ คน ต้องกั๊กนี้ยืมสินมารักษาผู้ป่วย เนื่องจากเข้าใจผิดว่าการรักษาด้วยยา และอุปกรณ์ราคาแพงต่างๆ จะเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

เพราะฉะนั้นการดูแลแบบ Palliative Care จึงเกิดขึ้นเพื่อให้แพทย์และครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของตัวผู้ป่วยเองว่าต้องการให้การรักษาไปในรูปแบบใด

หากผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบ Palliative Care มากขึ้น น่าจะช่วยลดช่องว่างความไม่เข้าใจกันในการดูแลผู้ป่วย ในการสื่อสาร และในการตั้งเป้าหมายการรักษาผู้ป่วย และทุกคนจะได้มีโอกาส “ให้” ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด

เรามาลองดูตัวอย่างคนไข้ที่ได้รับการดูแลแบบ palliative care กันนะคะ



ตั้งแต่นั้นๆ!



กรณีศึกษา คุณเอ็นดู หญิงไทยอายุ 54 ปี

14 ปีก่อน คุณเอ็นดู (อายุ 40 ปี) มาตรวจด้วยเรื่องแผลรื้อรังที่เพดานปากมานาน 1 ปี ซึ่งต่อมาตรวจพบว่าเป็นมะเร็งที่เพดานปาก และได้รับการผ่าตัดบริเวณเพดานปากและกระดูกโหนกแก้มด้านซ้าย ทำให้ใบหน้าของคุณเอ็นดูผิดรูปไป ในช่วงนั้นนอกจากคุณเอ็นดูไม่สบายทางร่างกายแล้วยังมีความไม่สบายใจจากเสียงรบกวนๆข้างที่หูให้คุณสมศักดิ์สามีไปมีแฟนใหม่อีกด้วย ช่วงที่คุณเอ็นดูป่วยนี้เป็นช่วงเดียวกับที่คุณสมศักดิ์ต้องเดินทางไปทำงานต่างประเทศ

ช่วงหลังผ่าตัดคุณเอ็นดูจึงต้องรับหน้าที่เลี้ยงลูกทั้งสองคน ตอนนั้น กูก๊ก อายุ 5 ปี และ กูก๊าก อายุ 1 ปี ซึ่งหลังผ่าตัดคุณเอ็นดูต้องมาฉายแสงต่อที่โรงพยาบาลอีก 3-4 เดือน กูก๊กก็เล่าว่า *“แม่ซื้อข้าวไว้ให้ กูก๊กก็ตอนเช้าแล้ว กูก๊กก็อยู่กับน้องสองคน 5 ขวบกับ 1 ขวบ ที่บ้านจนกระทั่งแม่กลับมาจากฉายแสงที่โรงพยาบาล”* อีก 1 ปีหลังจากการผ่าตัด คุณสมศักดิ์จึงกลับมาจากต่างประเทศ ในตอนนี้คุณสมศักดิ์ซึ่งเป็นสามีได้บอกกับคุณเอ็นดูไว้ว่า *“ไม่ว่าคุณจะอยู่ในสภาพไหน ไม่ว่าใครจะพูดอย่างไรก็ตาม ผมรักคุณมาอย่างไร ผมก็ยังรักและจะดูแลคุณเหมือนเดิม”* และคุณสมศักดิ์ก็ทำอย่างที่ได้สัญญาเอาไว้กับคุณเอ็นดูจริงๆ

9 ปีก่อน (เมื่ออายุ 45 ปี) คุณเอ็นดูมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ทำให้ทำงานบ้านไม่ได้ตามปกติ ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ปอดพบมีจุดเพิ่มขึ้นทั้งที่ด้านซ้ายและด้านขวา สงสัยเป็นมะเร็งกระจายมาที่ปอด คุณเอ็นดูจึงเข้าทำการผ่าตัดเนื้อปอดด้านขวาบน ขวาล่าง และซ้ายล่างออก ผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยันว่ารอยโรคที่ปอดเป็นมะเร็งที่กระจายมาจากเพดานปาก นอกจากนี้แพทย์ช่วยส่งยามอร์ฟินให้เพื่อช่วยบรรเทาอาการหอบเหนื่อยในระยะนี้ด้วย

คุณเอ็นดูดำเนินชีวิตต่อมาด้วยความเข้มแข็ง ด้วยพลังใจที่ได้รับจากลูกสาวผู้เป็นที่รักทั้งสองคนและสามี แม้คุณเอ็นดูจะโชคไม่ดีที่ป่วยเป็นโรคร้ายแรง แต่ในสิ่งที่ไม่มีสิ่งดีๆ ซ่อนอยู่มากมาย เปรียบเหมือนกับอุปสรรคนานาประการที่คุณเอ็นดูเจอ ได้ทำให้ภาพของความรักที่มีในครอบครัวนี้ ยิ่งเด่นชัดมากขึ้นในทุกๆ วัน

ปัจจุบันนี้กูกี้ก็ลูกสาวคนโตของคุณเอ็นดูเพิ่งจะเรียนจบพยาบาล กูกี้ก็เคยสอบติดแพทย์ที่ต่างจังหวัด แต่เพราะตั้งใจจะอยู่ดูแลคุณแม่อย่างใกล้ชิด จึงเลือกเรียนพยาบาลใกล้บ้าน เพื่ออยู่ดูแลแม่และเพื่อที่จะสามารถทำงานได้ทันทีที่เรียนจบ กูกี้ก็บอกกับเราว่า *“เราห้ามอาการป่วยของแม่ไม่ได้ แต่เราสามารถอยู่ใกล้ๆ เพื่อดูแลแม่ได้”*

ในขณะที่กูกี้ใกล้ลูกสาวคนเล็ก เคยนึกน้อยใจคิดว่าแม่ไม่สบายเพราะตนเอง เนื่องจากคุณเอ็นดูเริ่มป่วยในช่วงเวลาที่กูกี้ใกล้เพิ่งเกิด กูกี้ก็จึงทำหน้าที่สอนน้องตั้งแต่เด็กๆ ว่า *“มันเป็นเรื่องตรงกันข้ามเลยต่างหาก ทุกวันนี้แม่อยู่อย่างเข้มแข็งเพราะมีเราสองคน”*

ปัจจุบันคุณเอ็นดูป่วยเป็นโรคมะเร็งมานาน 15 ปีแล้ว ช่วง 2 ปีหลังนี้ คุณเอ็นดูมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น หายใจประมาณ 36 ครั้งต่อนาที จากการที่รอยโรคกระจายไปที่ปอด คุณเอ็นดูน้ำหนักตัวลดเหลือเพียง 27 กิโลกรัม แม้จะไม่ได้เบื่ออาหาร แต่ด้วยรอยโรคที่เป็นบริเวณเพดานปากทำให้กินอาหารได้น้อยลงมาก แพทย์ประจำประเมินว่าไม่สามารถผ่าตัดฉายแสงหรือให้ยาเคมีบำบัดได้แล้ว ปัจจุบันคุณเอ็นดูใช้ยามอร์ฟินปริมาณมาก ประมาณ 150 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อควบคุมอาการหอบเหนื่อย หลังกินยามอร์ฟิน คุณเอ็นดูมีอาการหอบเหนื่อยน้อยลงสามารถทำงานบ้าน ออกไปซื้อกับข้าว ทำกับข้าว รวมทั้งดูแลคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ทีมที่ร่วมดูแลคุณเอ็นดูได้พูดคุยกับคุณเอ็นดูถึงแผนการรักษาในอนาคต คุณเอ็นดูบอกว่าสิ่งที่มีความฝันคือ *“ขออยู่ให้ถึงวันรับปริญญาของลูกในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้า แต่หากเกิดอะไรขึ้น*

และมีอาการแย่ง อยากใช้เวลาช่วงสุดท้ายที่โรงพยาบาล เพราะไม่
อยากให้เป็นการกระทบกับคนที่บ้าน และให้อ่านาใจในการตัดสินใจกับลูกสาว
คนโต หากตนเองตัดสินใจไม่ได้แล้ว และท้ายสุดขอให้หมอช่วยดูแล
อาการของตนให้จากไปอย่างสบาย ไม่ขอให้บีบหัวใจ ไม่อยากใส่ท่อ
ให้อาหาร หากสิ่งเหล่านั้นไม่ได้ทำให้ตนเองอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี”

ในตอนแรกสมาชิกในครอบครัวอยากให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่าง
เต็มที่ ซึ่งรวมถึงการใส่ท่อให้อาหารทางหน้าท้องและการบีบหัวใจ
แต่เมื่อได้เข้าใจถึงความต้องการจริงๆ ของผู้ป่วยโดยมีทางทีมช่วย
ประสาน ก็ทำให้ยอมรับและเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

ในกรณีของคุณเอ็นดู จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ
ครอบครัวทุกมิติ ทั้งอาการทางร่างกาย เช่น ได้รับการดูแลเพื่อลด
อาการหอบเหนื่อย ได้รับการดูแลทางจิตใจและสังคม ด้วยการรับฟัง
เรื่องราวปัญหาของผู้ป่วย ความทุกข์ใจจากเรื่องภาพลักษณ์ที่เปลี่ยน
ไปหลังการผ่าตัด ช่วยดูแลสามีและลูกทั้งสองคนของผู้ป่วยให้ผ่าน
ช่วงเวลาแห่งความยากลำบากของครอบครัว ช่วยเชื่อมโยงเป้าหมาย
การรักษาที่ผู้ป่วยต้องการ ให้สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้เข้าใจ
และได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณ โดยมีการพูดคุยถึงสิ่งที่มี
ความหมายและสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยบอกว่าต้องการ
ทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่ผู้ป่วยทำมาตลอด และ
มีชีวิตอยู่จนเห็นความสำเร็จในวันรับปริญญาของลูก โดยพบว่าหลัง
จากใช้ยามอร์ฟินลดอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้
ในรูปแบบที่ตนต้องการ คือสามารถทำหน้าที่เป็นแม่บ้านได้เหมือน

ช่วงก่อนป่วย แม้จะต้องลดการทำงานหนักในบางเรื่อง การที่ทีมช่วยดูแลเรื่องอาการทางกาย จิตใจ และสังคม เพื่อลดความทุกข์ทรมาน และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต จึงมีผลช่วยให้เกิดการดูแลทางจิตวิญญาณตามมาได้เช่นกัน

สิ่งสำคัญของการดูแลแบบ Palliative Care

Palliative Care ไม่ได้เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ และไม่ใช้การใช้เครื่องมือหรือความรู้ทางการแพทย์เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วยโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การยื้อชีวิตของผู้ป่วยอาจจะทำในกรณีเดียวเท่านั้นคือ เป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง เช่น ต้องการรอใครบางคนให้ทันกลับมาเจอกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือไม่ต้องการเสียชีวิตในช่วงที่เป็นงานมงคลของคนในครอบครัว เป็นต้น



WHEN: เมื่อไหร่ควรเริ่มการดูแลแบบ Palliative Care

ในกรณีของคุณเอ็นดูจะเห็นได้ว่าในช่วงแรกผู้ป่วยยังได้รับการรักษาแบบการผ่าตัดและฉายแสง การดูแลแบบ *Palliative Care* ยังไม่เด่นชัดมากนัก โดยอาจเป็นการดูแลในลักษณะการให้กำลังใจกับคนในครอบครัวมากกว่า ต่อมาเมื่อ 9 ปีก่อนที่โรคมะเร็งกระจายมาที่ปอด จะเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาทั้งแบบผ่าตัดและ *Palliative Care* โดยการให้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อยไป

พร้อมๆ กัน ต่อมาในปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น และไม่สามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดหรือฉายแสงได้ จึงให้การดูแลแบบ Palliative Care เป็นหลัก โดยการให้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย และเริ่มมีการพูดคุยเพื่อตั้งเป้าหมายการรักษา เช่นเรื่อง การปั๊มหัวใจ การใส่ท่อให้อาหาร สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต สิ่งที่ยังค้างค้ำ (Unfinished business) และผู้ตัดสินใจแทนกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ (Power of attorney: POA) (มีรายละเอียดในบทถัดไปค่ะ)

อย่างไรก็ตาม เมื่อถามบุคลากรทางการแพทย์ถึงแนวคิดในการรักษาแบบ Palliative Care ส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าการดูแลแบบ Palliative Care ควรเริ่มต้นขึ้นเมื่อไม่มีทางเลือกการรักษาใดๆ อีก เช่น ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายแสง หรือการให้เคมีบำบัดแล้วเท่านั้น แพทย์บางท่านปฏิเสธการให้การดูแลแบบ Palliative Care โดยบอกว่า “ยังสู้อยู่” ทั้งที่ความจริงแล้วการดูแลแบบ Palliative Care ไม่ได้แปลว่า “เราหยุดสู้เพื่อผู้ป่วย” หากแต่เป็นการเปลี่ยนเป้าหมายของการดูแล จากที่หวังว่าต้องรักษาให้หายขาดจากโรค เป็นการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อบรรเทาความทุกข์และเพิ่มคุณภาพชีวิต เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย คู่ขนานกันไปกับการรักษาแบบผ่าตัด ฉายแสง หรือการให้เคมีบำบัด การที่บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Palliative Care ตั้งแต่เริ่มต้นการวินิจฉัยโรค โดยเริ่มจากน้อยไปมาก นอกจากนี้

การดูแลแบบ Palliative Care ควรมีลักษณะ “เชิงรุก” คือ การสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ ตามการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาของการดำเนินโรค ดังรูปข้างล่างนี้



รูปภาพแสดงภาพรวมของการดูแลแบบ Palliative Care

หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลยังคงมีได้ต่อเนื่อง โดยทีมควรให้การดูแลความโศกเศร้าของครอบครัวและผู้ดูแลที่เกิดจากการสูญเสีย ความเศร้าโศก (Grief) เป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดได้จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จึงไม่อาจสามารถกำหนดเป็นระยะเวลาได้ชัดเจนว่าความเศร้าโศกควรกินเวลานานเท่าใด บางทีอาจกำหนดให้ไม่เกิน 6 เดือน แต่ในความเป็นจริงบางคนอาจยังมีอารมณ์โศกเศร้าอยู่ในช่วงที่นี้ถึงแม้ระยะเวลาจะผ่านไปหลายปีโดยไม่ถือเป็นความผิดปกติ เราจะเรียกว่าเป็นความเศร้าโศกแบบผิดปกติ (Abnormal

grief) โดยคิดว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียหน้าที่ในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงานหรือไม่ เช่น หลังจากผ่านระยะเวลาการสูญเสียไปประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปีแล้ว ผู้สูญเสียสามารถกลับมาดำเนินชีวิตเป็นปกติได้หรือไม่

WHO: ใครบ้างที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative Care

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายหรือป่วยในระยะสุดท้าย ย่อมมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกที่เหลือในครอบครัวในหลายๆ ด้าน หากผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลักก็อาจจะมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและการเงินของครอบครัวด้วย การให้สิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล โดยให้ความเคารพในความแตกต่างของความเชื่อ ค่านิยม และศาสนา ของผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีศักดิ์ศรี และครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย

การดูแลแบบ Palliative Care จึงไม่ได้เป็นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวด้วย ในกรณีของคุณเอ็นดูจะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยของคุณเอ็นดูมีผลกระทบต่อสมาชิกที่เหลือในครอบครัว ทั้งสามที่ที่ต้องตั้งรับกับการเปลี่ยนแปลงทั้งลักษณะกายภาพและบทบาทของภรรยา ลูกสาว

คนโตที่ปรับบุคลิกให้แข็งแกร่งขึ้นเพื่อช่วยแม่ดูแลน้อง หรือลูกสาว
คนเล็กที่รู้สึกผิดว่าการที่แม่ป่วยเป็นความผิดของตน การที่บุคลากร
ทางการแพทย์ได้รับฟังเรื่องราวเหล่านี้ด้วยความเข้าใจ จะทำให้
สามารถช่วยผ่อนคลายนความเครียดและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้
ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น เช่นตอนที่คุณเอ็นดูต้องมา
ฉายแสงและทิ้งลูกเล็กสองคนไว้ที่บ้าน เราอาจให้ความช่วยเหลือ
ด้วยการช่วยประสานหาคนมาช่วยดูแลลูกให้คุณเอ็นดูได้



WHERE: Palliative Care สามารถทำได้ที่ไหน



Palliative Care สามารถทำได้ทุกที่ทั้งที่โรงพยาบาล เช่น
ผู้ป่วยในไอซียู วอร์ดสามัญ หรือห้องฉุกเฉิน และที่บ้าน โดยอาจจะม
ีการย้ายไปมาระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน ขึ้นอยู่กับความต้องการ
ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจจะอยากอยู่โรงพยาบาลจน
ใกล้เสียชีวิตแล้วจึงขอย้ายกลับไปอยู่ที่บ้านในช่วงสุดท้าย เพื่อให้ได้
อยู่กับครอบครัวแบบพร้อมหน้าพร้อมตา ในขณะที่ผู้ป่วยบางราย
อาจจะต้องการอยู่ที่บ้านให้นานที่สุด แล้วค่อยขอลกลับมาที่

โรงพยาบาลในช่วงสุดท้าย เนื่องจากญาติอาจรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สถานที่ที่ผู้ป่วยแต่ละคนต้องการใช้เวลาในการรักษาจึงไม่เหมือนกัน และเป็นสิ่งสำคัญที่เราควรสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง



บทสรุป

จะเห็นได้ว่าในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care นั้น มีหลายอย่างที่ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์สามารถ “ทำได้” หากผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายการดูแลที่เป็นไปเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในขณะที่เหลืออยู่ และเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวเอง

นอกจากนี้ประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วย Palliative Care จะช่วยทำให้เกิดการพัฒนาตนเอง ได้เห็นความจริงและความงามด้านอื่นๆ ของชีวิต เห็นความรักความผูกพัน ความปรารถนาดี และให้อภัยต่อกัน ทำให้ผู้ที่ทำงานด้าน Palliative Care ได้มีโอกาสย้อนกลับมาดูชีวิตของตนเองให้ใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาทและทำทุกวันให้มีค่ามากที่สุด



บทที่ 2

วิธีสื่อสารกับผู้ป่วยและ ครอบครัวของผู้ป่วย

บอกดีไม่บอกดี?



บอกดีไม่บอกดี?

1) จริงหรือไม่ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่
อยากรู้ความจริง ถ้าเกิดตัวเองเป็น
มะเร็งขึ้นมาจริงๆ?

2) จริงหรือไม่ที่ผู้ป่วยจะยิ่งเจ็บ
ป่วยหนักขึ้น มีอารมณ์ซึมเศร้า
จนหมดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่
ต่อไป หากรู้ความจริงว่าตัวเอง
เป็นมะเร็ง?

เราพบว่าความรู้สึกทั้งสอง
อย่างข้างต้น เป็นความจริงที่เกิด
ขึ้นได้ แต่มักเป็นเพียงช่วงเวลา
ไม่นานและไม่ได้เป็นตลอดไป

ทุกๆ คนคงไม่มีใครอยากเป็น
โรคร้ายที่รักษาไม่หาย แต่หากมัน
ต้องเกิดขึ้นกับเราจริงๆ

*ลองถามตัวเองดูสิคะว่า
เราอยากรู้ความจริงเกี่ยวกับ
ตัวเองไหม?*

กระบวนการบอกและกระบวนการหลังการบอกที่ดี ที่มีคนช่วยรับฟังและเข้าใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านช่วงเวลาดำบากนี้ไปได้

การสำรวจพบว่าผู้ป่วยร้อยละร้อยยี่สิบห้ารู้ความจริงว่าตัวเองเป็นโรคอะไร แม้จะต้องเผชิญกับความรู้สึกหลายอย่างที่ประดังเข้ามาทั้งความกลัว ความกังวล และอารมณ์ซึมเศร้าก็ตาม บางครั้งผู้ป่วยอาจจะพูดว่า *“ถ้าเป็นมะเร็งขอตายดีกว่า”* แต่ความหมายที่แท้จริงในประโยคไม่ได้แปลว่าผู้ป่วยไม่อยากรู้ความจริง แต่แปลว่าผู้ป่วยไม่อยากทรมาณจากอาการที่อาจจะเกิดจากโรคมะเร็งมากกว่า

สิ่งที่สำคัญกว่าการรู้หรือไม่รู้ว่าเป็นมะเร็งหรือโรคร้ายอื่นๆ คงจะเป็นเรื่องของ การวางแผนชีวิต ทั้งวางแผนการรักษาว่าจะเลือกการรักษาแบบใด และการวางแผนทำสิ่งที่อยากทำแล้วยังไม่ได้ทำ หากผู้ป่วยไม่รู้ตัวเองเจ็บป่วยร้ายแรง มีเวลาเหลืออยู่จำกัด ผู้ป่วยอาจไม่ได้วางแผนชีวิตและหากต้องเสียชีวิตไปอย่างติดค้างที่ไม่ได้ทำสิ่งที่ต้องการทำ อาจจะทำให้ญาติรู้สึกผิดตามมาภายหลังได้



ห้ามบอกนะคะ!

ผู้ป่วยหลายๆ คนอาจบอกไว้กับญาติลวงหน้าว่ากลัวเป็นโรคมะเร็งหรือโรคร้ายแรง เพราะคนส่วนใหญ่เชื่อมโยงโรคมะเร็งกับความเจ็บปวดทรมาน และภาพที่น่ากลัวจากประสบการณ์ที่อาจจะเคยเห็นมาในอดีต

เมื่อญาติได้รับข้อมูลว่าผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีกับโรคมะเร็ง มักทำให้เกิดความรู้สึกเป็นห่วงว่า ผู้ป่วยอาจจะทำใจไม่ได้ หากรู้ความจริงจึงมีญาติของผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มักขอร้องแพทย์ไม่ให้บอกความจริงกับผู้ป่วย

ในความเป็นจริงโรคมะเร็งแต่ละชนิดทำให้เกิดอาการไม่เหมือนกัน และถึงแม้จะเกิดอาการต่างๆ เช่น อาการปวด หอบเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน จากโรคมะเร็งก็สามารถทำการรักษาได้

ห้ามบอกนะคะ!!



หมอคงต้องขอมติดีดีแล้ว... 4 ๕ แล้ว...

มีญาติของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายหนึ่งกำชับหมอหนักหนาว่า

“คุณหมออย่าปล่อยให้ไปเสียวันละ ว่าแม่เป็นมะเร็ง
ถ้าเค้ารู้แล้วเค้าอาจจะตรอมใจจนอาการแย่งได้”

หมोजึงพยายามระมัดระวังเรื่องนี้เต็มที่
เมื่อเข้าไปคุยกับผู้ป่วย ประโยคแรกที่ผู้ป่วยถามคือ
“หมอ ฉันทริยมพินัยกรรมอะไรเรียบร้อยหมดแล้วละ
แต่สงสัยแค่ว่าฉันจะอยู่ได้ทันงานบวชหลานไหมจะนี่”

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองไม่สบายมาก
มีสิ่งสำคัญในชีวิตที่ยังอยากทำอยู่และรู้ว่าต้องรีบทำให้สำเร็จ

โดยไม่ได้สนใจว่าตัวเองป่วยเป็นโรคอะไร

เมื่อถามผู้ป่วยว่ารู้ไหมว่าตัวเองเป็นอะไร

ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเป็นโรคตับและยังบอกหม่อีกด้วยว่า

“โชคดีนะ ที่ฉันไม่ได้เป็นมะเร็ง ไม่งั้นคงจะทรมาณแย่เลย”

ผู้ป่วยรายนี้เชื่อมโยงโรคมะเร็งกับความเจ็บปวด ทรมาณ

เนื่องจากเคยมีญาติพี่น้องป่วยเป็นมะเร็งหลายคน

และทุกคนเสียชีวิตแบบทรมาณ

ในกรณีแบบนี้แพทย์ไม่จำเป็นต้องยึดเยียดให้ผู้ป่วยทราบ

การวินิจฉัย เนื่องจากผู้ป่วยทราบของตัวเองไม่สบายมาก

และได้วางแผนชีวิตที่เหลือของตัวเองเอาไว้หมดแล้ว



ต้องบอกนะคะ



แล้วอย่างนี้จะให้หมอทำฉื่อจ๊ะต๊ะเงื่อ?

ต้องบอกนะคะ

เอาละสิคะ! เมื่อผู้ป่วยกับญาติมีความเห็นไม่ตรงกัน คราวนี้เราจะทำอย่างไรดี?

ถ้าบอกผู้ป่วยไปญาติก็อาจจะเคืองได้ แต่ถ้าไม่บอกผู้ป่วย จะผิดจรรยาบรรณแพทย์ไหมคะ?

กลับมาที่ความรู้สึกพื้นฐานอีกทีนะคะ

ที่ญาติไม่ให้ออกความจริงส่วนใหญ่เป็นเพราะห่วงความรู้สึกของผู้ป่วย กลัวว่าผู้ป่วยจะซึมเศร้าจนกระทั่งไม่มีกำลังใจจะมีชีวิตอยู่ต่อไป

ความจริง

เมื่อต้องรับรู้ข่าวไม่ดี แน่แน่นอนว่าทุกคนคงไม่สามารถทำใจยอมรับได้ทันที บางคนอาจจะรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องไม่จริง หมอน่าจะต้องวินิจฉัยผิดพลาด บางคนอาจจะรู้สึกโกรธที่ตัวเองต้องมาเป็นโรคร้าย ทั้งๆ ที่เป็นคนที่ดูแลสุขภาพตัวเองอย่างดีมาตลอด บางคนรู้สึกว่าจะต้องพยายามทำทุกอย่างให้สามารถรักษาโรคให้หายได้ และบางคนอาจจะรู้สึกซึมเศร้า หดหู่

ความรู้สึกหลากหลายดังกล่าวอาจจะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นสลับไปมา ผู้ป่วยและครอบครัวอาจมีคำถามเกิดขึ้นมากมายพร้อมๆ กับความรู้สึกที่เกิดขึ้น แต่คงไม่มีใครที่จะรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ หรือซึมเศร้าตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ วงจรความรู้สึกของผู้ป่วยอาจจะสลับไปมาจนกระทั่งค่อยๆ เปลี่ยนเป็นการยอมรับ ความรู้สึกไม่ดีดังกล่าวอาจจะเปลี่ยนแปลงด้วยการได้พูดคุย ซักถามกับคนในครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ผู้ดูแล หรืออาจจะเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การรักษาโรคของผู้ป่วยแต่ละคน

รูปแสดงปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวจากทฤษฎีของ Kubler-Ross



ปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง (Denial)



โกรธต่อสิ่งที่เกิดขึ้น (Anger)

ต่อรองแบบสร้างเงื่อนไข ในการรักษาขึ้นมา (Bargaining)



ต่อรองแบบยื้อหาหนทางอื่นมาช่วยยื้อไว้ (Bargaining)



ซึมเศร้า ร้องไห้ (Depressed)



ยอมรับความจริง (Acceptance)

เทคนิคการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย

การแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยควรทำเป็นขั้นตอนอย่างมีหลักการ วิธีที่ถูกต้องคือการบอกเท่าที่ผู้ป่วยอยากจะรู้ ก่อนอื่นแพทย์มักถามผู้ป่วยก่อนว่า ผู้ป่วยรู้เรื่องความเจ็บป่วยของตนเองอย่างไรบ้าง แล้วจึงบอกเท่าที่คิดว่าผู้ป่วยจะรับได้ด้วยความเห็นอกเห็นใจ

นอกจากนี้แพทย์ควรเลือกบอกในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่พร้อมรับข้อมูล เช่น ไม่ได้มีอาการเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการไม่สบายทางกายอื่นๆ

หลังจากบอกกับผู้ป่วย แพทย์ควรจะมีการติดตามดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และอาจถามถึงคนในครอบครัวว่า ผู้ป่วยอยากให้ใครร่วมรับรู้บ้าง

อย่างกรณีผู้ป่วยในการ์ตูนข้างๆ นี้ จะเห็นว่าในกรณีนี้ผู้ป่วยพอจะทราบอยู่บ้างว่าตัวเองมีโอกาสเป็นมะเร็ง การบอกความจริงกับผู้ป่วยกรณีนี้จึงเป็นสิ่งที่

ผมเป็นมะเร็งใช่ไหมครับ?



ควรทำ โดยสามารถใช้คำพูดที่ตรงไปตรงมาได้ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นคนเริ่มใช้คำว่ามะเร็งมาก่อนแล้ว

สิ่งที่สำคัญหลังการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยคือ แพทย์ควรสรุปผลการวินิจฉัยและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง เพราะหลังจากฟังข่าวร้ายๆ มาทั้งหมด ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการหุดหับ จับใจความไม่ถูกได้

เทคนิคการพูดคุยกับญาติที่ไม่ต้องการให้บอกความจริงเรื่องโรครกับผู้ป่วย

ขั้นแรกเราควรทำความเข้าใจก่อนว่า การที่ญาติไม่ยอมให้บอกผู้ป่วยนั้น เป็นเพราะเขารักและห่วงใยผู้ป่วยจึงอยากปกป้องความรู้สึกของผู้ป่วย เราอาจจะใช้วิธีลองคิดไปด้วยกันแบบสองทางว่าถ้าบอกผู้ป่วยไปจริงๆ จะมีข้อดีข้อเสียอย่างไร และถ้าไม่บอกผู้ป่วยจะมีข้อดีข้อเสียอย่างไร อย่างไรก็ตามอย่าลืมนึกว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจในตัวของเขา และควรมีสิทธิเลือกที่จะใช้เวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี และมีความหมาย ญาติอาจจะลองคิดแทนว่าถ้าตัวเราเป็นผู้ป่วยเราจะไม่อยากรู้ความจริงไหม และหากผู้ป่วยเสียชีวิตไปโดยไม่เคยรู้ว่าตัวเองมีเวลาอยู่จำกัด อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ทำในสิ่งที่ติดค้างหรืออยากทำได้

นอกจากนี้การบอกเรื่องโรครกับผู้ป่วย เราอาจจะเลี่ยงไปใช้คำที่ไม่น่ากลัวแทนได้ เช่น บางคนสะดวกให้แพทย์ใช้คำว่า“เนื้อไม่ดี”แทนคำว่า“มะเร็ง”แต่สิ่งสำคัญคือ ควรสื่อความหมายให้ผู้ป่วยทราบได้ว่าผู้ป่วยมีเวลาเหลืออยู่จำกัด

ดังนั้นแพทย์จึงควรทำความเข้าใจก่อน ว่าทำไมญาติถึงไม่ยอมบอกผู้ป่วย ก่อนจะเกลี้ยกล่อมถึงข้อดีในการบอก และหากต้องบอกผู้ป่วย ก็ควรบอกอย่างมีศิลปะตามขั้นตอนในหน้า 27-28 นี้

พร 3 ประการ



เค้าสิลูกสิเสียแล้วนะป้า!!!

พรสามประการ

เมื่อทราบว่ามีเวลาอยู่เหลือจำกัด ผู้ป่วยบางคนอาจรู้ความต้องการของตัวเองว่ายังมีสิ่งใดที่ค้างค้างทำไม่เสร็จ และอยากทำให้เสร็จสิ้นก่อนที่ตัวเองจะจากไป เช่น ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากรายหนึ่งมีความตั้งใจในการทำหนังสือประจำครอบครัวที่รวบรวมข้อคิดดีๆ ที่ตนเคยได้เรียนรู้มา เพื่อถ่ายทอดไปยังลูกหลาน และรวบรวมประวัติลูกหลานทุกคนในครอบครัวไว้ในหนังสือ เราอาจจะเรียกสิ่งที่ยังค้างค้างนี้ได้ว่า **“ธุรกิจที่ยังทำไม่เสร็จ” (Unfinished Business)** ผู้ป่วยทุกคนหรือแม้แต่คนที่ไม่ป่วยก็คงมี **“ธุรกิจที่ยังทำไม่เสร็จ”** ที่แตกต่างกันออกไปแล้วแต่ความฝัน ความหวัง เป้าหมาย และความสำคัญของสิ่งต่างๆ ในชีวิต ธุรกิจของบางคนอาจจะเป็นเรื่องของตนเองในขณะที่บางคนอาจจะเป็นเรื่องของคนในครอบครัว การได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ค้างค้างถือเป็นการช่วยลดทุกข์ของผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยหลายๆ คนก็อาจจะไม่ได้มีอะไรที่คั่งค้างที่ต้องทำ แต่อาจจะมีสิ่งที่ปรารถนาอยากจะทำแทน ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต อาจจะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยหลายคนได้ทำตามความฝันด้วยรู้ว่าตัวเองมีเวลาจำกัด จึงทุ่มเทพลังงานที่มีทั้งหมดเพื่อทำความฝันบางอย่างให้สำเร็จ เช่น **Dr. Randy Pausch** ผู้โด่งดังจากหนังสือและปาฐกถาชุด **The Last Lecture** ผู้มีความฝันอยากให้ลูกๆ จดจำเขาในรูปแบบที่มีความหมายที่สุด ได้เขียนหนังสือและพูดเรื่องราวที่กินใจให้ผู้คนกล่าวขวัญถึงเรื่องราวความฝันที่ตนเองทำสำเร็จในวัยเยาว์เพื่อเป็นแรงบันดาลใจสำหรับคนที่ยังมีชีวิตอยู่

เทคนิคพรสามประการนี้ จึงอาจนำมาใช้กับผู้ป่วยที่อาจจะมีเวลาเหลืออยู่จำกัด เพื่อช่วยสานฝันบางอย่างของผู้ป่วยให้เป็นจริง เราพบว่าคนส่วนใหญ่มักจะขอตั้งต่อไปนี้ 1) ขอให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ 2) ขอให้จากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน 3) ขอให้คุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

เทคนิคพรสามประการ (3 wishes) ให้เยอะมากกว่าการได้ทราบความปรารถนาของคนไข้ หลายๆ ครั้งกับการพูดคุยกับคนไข้ที่ใกล้เสียชีวิต เวลามักเป็นสิ่งที่มียู่จำกัด คำถามที่เรามียาวเป็นทางว่า มักแปรผกผันกับพลังกำลังของผู้ป่วยที่จะตอบได้ การใช้เทคนิคพรสามประการนี้ จึงเหมือนเป็นทางลัดให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ในระยะเวลาอันสั้น คนเรามีสิ่งที่ต้องการในแต่ละช่วงของชีวิตไม่เหมือนกัน ตอนที่เราสบายดีเราอาจจะต้องการ ความก้าวหน้าทางการงาน คู่ครองที่ดี เงินทองทรัพย์สิน แต่พอเจ็บป่วย ความต้องการหลายๆ อย่างอาจจะเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง นอกจากนี้ พรสามประการ ที่คนไข้พูดออกมายังช่วยให้เราเชื่อมโยงบทสนทนาไปสู่สิ่งต่างๆ ที่สำคัญในชีวิตของคนไข้ และสื่อสารสิ่งสำคัญเหล่านั้นไปยังครอบครัวได้อีกด้วย

คุณก็ักคนไข้โรคมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายคนหนึ่งที่ได้มีโอกาสเจอครั้งแรกและเพียงครั้งเดียว นอนอยู่บนเตียงที่โรงพยาบาล คุณก็ักมีอาการอ่อนเพลียลงเรื่อยๆ และมีโลหิตจางมากขึ้น ญาติๆ พาคุณก็ักมานอนโรงพยาบาลเพราะอยากให้คุณก็ักรับเลือด รับน้ำเกลือ ด้วยหวังว่า มันจะช่วยให้คุณก็ักรู้สึกสดชื่น มีแรงมากขึ้น ระหว่างที่คุยกัน คุณก็ักกลับไปเป็นช่วงๆ ด้วยความอ่อนเพลีย พูดได้เป็นประโยคๆ แล้วต้องหยุดพัก มีครอบครัวประกอบด้วย สามี แม่ น้องสาว และน้ำอยู่ข้างเตียง ฉันคิดว่าอาจจะคุยได้ไม่มากจึงให้คุณก็ักได้ลองขอ *พรสามประการ* คุณก็ักขอพรดังต่อไปนี้

1) ขอให้เหมือนเดิม

2) ขอให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดีอย่างมีสติ

3) ไม่อยากได้น้ำเกลือและเลือด

การที่คุณก็ักขอข้อ 1 และ ข้อ 2 ไปในทิศทางตรงกันข้ามกันคือ ข้อ 1 เหมือนอยากให้โรคหาย แต่พอพูดถึงข้อ 2 กลับบอกเหมือนกบยอมรับความตายได้ คำพูดเหล่านี้พอจะบอกเราได้ว่าคุณก็ักน่าจะยอมรับระยะของโรคได้ดีพอสมควร แต่ก็ยังมีสิ่งที่ติดค้างอยู่ที่ทำให้ไม่อยากจากไปด้วยเช่นกัน ระหว่างที่คุณก็ักกลับไปอีกครั้ง น้องสาวของคุณก็ักถามว่าเราจะบอกคนไข้ได้ไหมว่า *สิ่งที่เหมือนเดิมคือความรักของคนในครอบครัวที่มีให้กับคุณก็ัก* ฉันไม่เคยนึกถึงมุมนี้มาก่อน แต่รู้สึกว่าเป็นเรื่องยอดเยี่ยมมากๆ ที่จะเชื่อมโยงความรักของคนในครอบครัวกับพรข้อที่ 1 เข้าด้วยกัน เมื่อได้ฟังพรข้อที่ 2 จะรู้ว่าคุณก็ักรู้ตัวว่าป่วยหนัก จริงๆ แล้วคุณก็ักพูดถึงพรแค่ 2 ข้อเท่านั้น แต่ระหว่างการสนทนากัน มีบางตอนที่คุณก็ักถามขึ้นมาว่า ถ้าไม่ต้องให้น้ำเกลือจะเป็นอะไรไหม? จึงทำให้เชื่อมโยงมาถึงความต้องการที่แท้จริงในพรข้อที่ 3 ได้ว่า จริงๆ แล้วคุณก็ักไม่ต้องการได้รับน้ำเกลือ เลือด หรือการรักษาใดๆ ก็ตามที่จะยืดชีวิตออกไปมากกว่าที่ธรรมชาติให้มา เมื่อคนในครอบครัวทราบความปรารถนาข้อ 3 จึงไม่ขอให้หมอให้น้ำเกลือหรือเลือดอีก

คนตัดสินใจ

คนตัดสินใจแทน

หากผู้ป่วยยังตัดสินใจเองได้ โดยมีสติสัมปชัญญะครบสมบูรณ์ แน่ใจว่าคนที่ควรเป็นคนตัดสินใจในเรื่องแผนการรักษาควรจะเป็นตัวผู้ป่วยเอง แต่หากผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้แล้ว แพทย์อาจจะต้องถามคนที่มีความสามารถตัดสินใจแทน ซึ่งความจริงแล้วจะเป็นคนในครอบครัวหรือนอกครอบครัวก็ได้ ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยรู้สึกว่าจะสามารถตัดสินใจให้ตนได้ใกล้เคียงกับที่ตนเองจะตัดสินใจมากที่สุด



เอาที่ป้าแก่เค้าซิ...

การเลือกคนมาตัดสินใจแทน หรือที่เรียกในภาษาอังกฤษว่า
Power of Attorney: POA จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกๆ คน
ควรมีโอกาสเลือกเอาไว้ก่อนที่ตนเองจะไม่สามารถตัดสินใจได้

บางครั้ง **POA** อาจเป็นคณนอกรอบครวก็ได
หากผู้ป่วยรู้สึกว่คนคนนั้นตัดสินใจให้กับตัวเองได้ดีกว
ในหลายๆ ประเทศ เช่น อังกฤษ อเมริกา หรือแคนาดา

การเลือก **POA** ต้องทำต่อหน้าทนายความ
และมีการลงบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

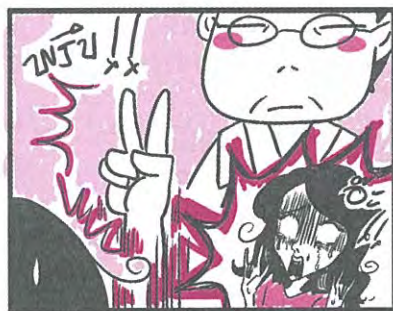
POA แบ่งเป็น 2 ชนิด

ได้แก่ ผู้ตัดสินใจแทนเรื่องเกี่ยวกับการเงิน
สำหรับของเมืองไทยเราโดยทั่วไปจะใช้วิธี

“บอกกันเอาไว้” หรือ “รู้กันเอง” มากกว่า
และผู้ตัดสินใจแทนเรื่องสุขภาพ

บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่จำเป็นต้องเลือกคนคนเดียวเป็นผู้ตัดสินใจแทน
แต่อาจเลือกสมาชิกหลายๆ คนให้มาร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจ
กรณีผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้แล้ว

นานแค่ไหน?



VICTORY ครบชม!!

นานแค่ไหน

คำถามยอดฮิตที่ผู้ป่วยและญาติ มักจะต้องการรู้ แต่ความจริงแล้ว ไม่มีใครตอบได้แน่นอน

แพทย์ในละครที่วิวอาจจะชอบ ตอบเป็นเลขเด็ด เช่น 3 เดือน 6 เดือน แต่ใครเล่าจะสามารถตอบคำถามนี้ได้แน่นอน ถูกต้อง

ความจริงแล้วเราพบว่าเวลาที่ผู้ป่วยถามว่า “หมอครับ ลุง/ป้าจะอยู่ได้อีกนานแค่ไหน” ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ต้องการทราบระยะเวลาที่แน่นอนที่จะมีชีวิตเหลืออยู่ แต่สิ่งที่ผู้ป่วยอยากทราบมากกว่า อาจจะเป็นว่าผู้ป่วยมีเวลาเพียงพอที่จะทำสิ่งที่ยังติดค้างหรือทำตามความฝันหรือไม่ หรือในบางครั้งอาจจะ เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากในชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกลับเข้ามารุมเร้า เช่น มีอาการปวดมากขึ้น หรืออาการหอบเหนื่อยมากขึ้น

ผู้ป่วยรายหนึ่งที่ถามคำถามนี้
มีเหตุผลที่ซ่อนอยู่ภายใต้ภูเขาน้ำแข็ง คืออยากจะรู้ว่า
ตนเองจะอยู่ที่นั่นวันประกาศผลสอบเอนทรานซ์ของลูกสาวหรือไม่
เมื่อประเมินแล้วพบว่าวันประกาศผลเอนทรานซ์
อยู่ห่างออกไปอีก 1 เดือน
ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสภาพร่างกายที่ดีอยู่
เราจึงช่วยยืนยันให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นได้ว่า
“หมอบอกว่ามีโอกาสมากที่คุณจะอยู่ที่นั่นวันประกาศผล”

อย่างไรก็ตามหากต้องตอบเป็นตัวเลขจริงๆ
ขอแนะนำให้ประเมินเป็นช่วงเวลา
เพราะเป็นการประเมินที่แม่นยำและผิดพลาดน้อยกว่า
เช่น ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต เราอาจจะบอกว่า
“คุณอาจจะอยู่ได้เป็นช่วงวันถึงสัปดาห์นะครับ”
ผู้ป่วยและญาติจะได้เริ่มเตรียมตัวตามความเป็นจริง

ใส่ท่อให้อาหารดีไหม?

ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายรายที่มีอาการรุนแรงขึ้น มักมีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดจนร่างกายซูบผอม เมื่อเห็นคนที่รักกินไม่ได้ สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมักรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ

ทำให้ญาติของผู้ป่วยหลายคนลองถามแพทย์ดูว่า ควรจะใส่ท่ออาหารให้กับผู้ป่วยหรือไม่ เป็นที่น่าสังเกตว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งมักไม่ร้องขอให้แพทย์ใส่ท่ออาหารให้ เพราะส่วนใหญ่รู้สึกเบื่ออาหาร และการมีท่ออาหารอาจเป็นการเพิ่มความทรมานให้กับผู้ป่วยมากขึ้น ข้อเท็จจริงเหล่านี้ทำให้ญาติรู้สึกไม่มั่นใจว่า จะให้ท่ออาหารผู้ป่วยหรือไม่ให้ดี เพราะใจหนึ่งก็กลัวผู้ป่วยอดอาหาร แต่ใจหนึ่งก็กลัวผู้ป่วยทรมาน

อยากทำไหม?



ข้อเท็จจริง: มีข้อมูลวิจัยจากหลายสำนักพบว่า การใส่ท่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งระยะรุนแรงที่ร่างกายเริ่มซูบผอม ไม่มีประโยชน์ในการยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย และไม่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในทางตรงกันข้ามอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทรมานมากขึ้นจากท่อที่ค้ำอยู่ได้

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อผู้ป่วยกินอาหารเข้าไป อาหารส่วนหนึ่งจะไปเลี้ยงเซลล์มะเร็งด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่กินอาหารไม่ได้เป็นการทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น และการที่ผู้ป่วยซูบผอมลงเป็นเพราะเซลล์มะเร็งทำให้เกิดการสลายกล้ามเนื้อมากขึ้นเป็นหลักมากกว่าจะเป็นเพราะการอดอาหาร และถึงจะกินอาหารปริมาณมากเข้าไป ก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยอ้วนขึ้นได้มาก

ลองจินตนาการนึกถึงตอนที่เราไม่สบายเป็นไข้หวัดใหญ่หรืออาหารเป็นพิษ หากมีใครมาค้ำยั้งค้ำยอให้กินอาหารเรารู้สึกอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่อาจจะรู้สึกพะอืดพะอมคล้ายกับเวลาที่เราไม่สบาย เพียงแต่อาจจะป็นรุนแรงกว่า แต่หลายๆ ครั้งเราก็ฝืนกิน เพราะอยากให้คนที่เรารักสบายใจและมีความสุข บางครั้งผู้ป่วยมะเร็งก็เลือกที่จะทำอย่างนั้นเช่นกัน

วิธีที่ควรทำคือ ควรถามความเห็นผู้ป่วยว่าผู้ป่วยอยากทำอะไรกับตัวเองมากกว่าการตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยผู้ป่วยควรทราบข้อเท็จจริงที่กล่าวไปข้างต้นก่อนการตัดสินใจ หากผู้ป่วยเลือกที่จะใส่ท่อให้อาหารก็ไม่มีข้อห้ามในการใส่ แต่หากผู้ป่วยเลือกที่จะไม่ใส่ เราอาจพิจารณาให้ผู้ป่วยกินอาหารเท่าที่กินได้และอยากกิน โดยเลือกกินอาหารที่ผู้ป่วยชอบ และเมื่อเข้ามั่งจะเป็นมื่อที่ผู้ป่วยกินได้มากที่สุดเนื่องจากท้องยังว่างอยู่

อยากอยู่ที่ไหน?



อยากอยู่ที่ไหน

ผู้ป่วยควรมีสติธิ์ได้เลือกกว่า
อยากใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิต
ที่ใด

ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกว้าบ้าน
เป็นที่ที่ดีที่สุดในขณะที่บางคนอาจ
อยากได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล
มากกว่า

การที่ผู้ป่วยหลายๆ คนรู้สึกไม่มั่นใจในการเลือก เพราะแต่ละที่มีข้อดีและข้อเสียต่างกัน

การจะใช้เวลาช่วงสุดท้ายที่บ้านอาจเป็นความปรารถนาของใครหลายๆ คน ที่จะได้ใช้เวลากับครอบครัวในช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดอีกช่วงหนึ่งของชีวิต แต่การทำให้เกิดการดูแลที่บ้านได้ดีอย่างต่อเนื่องมีองค์ประกอบสำคัญอีกหลายอย่าง สิ่งที่สำคัญที่สุดคงเป็นการมีผู้ดูแลที่รักเอาใจใส่ผู้ป่วย มีเวลาดูแลผู้ป่วย และต้องการช่วยให้ความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นจริง แต่บางครั้งผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ ว่าสิ่งที่ทำอยู่เป็นสิ่งที่ดีที่สุดแล้วหรือยัง การมีทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เข้ามาช่วยดูแล ให้ความรู้ ให้เทคนิคต่างๆ ในการดูแล จึงเป็นอีกองค์ประกอบที่สำคัญไม่แพ้กัน ปัจจุบันเริ่มมีแพทย์ที่ทำงานโดยไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเดินทางมารับรักษาที่โรงพยาบาลลำบาก

บางครั้งการดูแลที่บ้านอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะไม่ต้องการเอง ญาติบางคนเกิดความรู้สึกกลัวในเรื่องเหนือธรรมชาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว หรือผู้ดูแลอาจไม่มีเวลาเพียงพอหรือเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับอีกหลายๆ ครอบครัว สมาชิกทุกคนในครอบครัวอาจมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วยได้แม้จะเป็นการดูแลในโรงพยาบาล โดยอาจเข้ามาพูดคุย สัมผัส โอบกอดผู้ป่วย หรือช่วยป้อนน้ำป้อนข้าว เช็ดปาก

หรือหยอดตาให้กับผู้ป่วย (สามารถอ่านวิธีการดูแลผู้ป่วยในระยะ
สุดท้ายอย่างละเอียดได้ในบทถัดไปค่ะ)

หากได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลที่บ้าน
หรือโรงพยาบาล ก็สามารถเป็นสถานที่ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถ
“ไปอย่างสงบ” และ “จากไปอย่างมีความหมาย” ได้



คนที่เหนื่อยกว่า



ผู้ดูแลอาจจะเหนื่อยเกินไปได้

แม้ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความตั้งใจดี ในการที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด แต่ผู้ดูแลอาจรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนแรงในบางเวลาได้เช่นกัน การสลับให้ผู้ดูแลหลักได้พักผ่อนบ้างจึงเป็นเรื่องสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นงานหนัก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องการกำลังใจ และในบางครั้งอาจจะอยากบ่นระบายความอัดอั้นใจให้กับผู้อื่นได้ฟังบ้าง หากผู้ดูแลทำงานหนักเกินไปในการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับผู้ดูแลจนกลายเป็นผู้ป่วยอีกคนได้

เนื่องจากความเครียด ความเหนื่อย และความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวจึงอาจมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ดูแลโดยการซักถามพูดคุยถึงความรู้สึก รับฟังสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการสื่อให้ทราบ บางครอบครัวใช้วิธีหาผู้ดูแลอีกคนหนึ่งมาสลับสับเปลี่ยนกับผู้ดูแลหลัก ซึ่งนอกจากทำให้ผู้ดูแลได้พักแล้ว สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวจะได้มีโอกาสดีในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน



หลักการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (CAREGIVER)

Care : สอบถามรายละเอียดเรื่องการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรบ้าง ผู้ดูแลต้องทำอะไรมากน้อยเพียงใด ประเมินขีดความสามารถของผู้ดูแล

Affection : ประเมินสภาพทางอารมณ์ รู้สึกสับสน โกรธ น้อยใจ เศร้าโศก หมดหวัง รู้สึกผิดละอายใจ หรือเหนื่อยแค้ไหน

Rest : ได้พักบ้างหรือไม่ ถ้าไม่ได้พักควรจัดตารางให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้พักผ่อน คลายความเครียด และได้ทำสิ่งที่ตนเองชอบบ้าง

Empathy : แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อมีโอกาส

Goal of care : ถ้ามเป้าหมายการดูแลว่าเป็นอย่างไร อยากให้เป็นอย่างไร และตั้งเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยที่เป็นจริงร่วมกันกับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยบอกประโยชน์และโทษของการรักษาวิธีต่างๆ

Information : ให้ความรู้เรื่องโรค การพยากรณ์โรค ชัดจำกัดในการรักษาโรค และแนวทางการดูแลรักษาโรค ให้เทคนิคการดูแลที่ทำให้การดูแลง่ายขึ้น

Ventilate : รับฟังผู้ดูแลผู้ป่วยและแนะนำให้ผู้ดูแลหาผู้ที่สามารถพูดระบายความรู้สึกได้ อาจเป็นแพทย์ พยาบาล เพื่อน หรือกลุ่มผู้ดูแลด้วยกันเอง

Empowerment : ชื่นชมให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยทำได้ดี

Resources : หาผู้ช่วยเหลือด้านต่างๆ ที่จำเป็น เช่น ผู้มาช่วยสับเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย โดยอาจจะเป็นคนอื่นๆ ในครอบครัวหรือชุมชนจ้างผู้ดูแลเพิ่มเติม หรือการพาผู้ป่วยไปอยู่สถานพยาบาลเป็นช่วงสั้นๆ (respite care) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถพักได้

บทที่ 3

การดูแลอาการต่างๆ

อาการปวด

อาการปวดของผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย บางครั้งผู้ป่วยที่ปวดมากอาจจะมียาที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่ปวดน้อยก็ได้ อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดขอให้เชื่อผู้ป่วยไว้ก่อนเสมอ อาการปวดของผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัจจัยสนับสนุนดังต่อไปนี้

ปัจจัยการปวด

1. ทางกาย

- ปวดแบบชัดเจน
- ปวดแบบไม่ชัดเจน
- ปวดแบบสัมพันธ์กับเส้นประสาท

2. อารมณ์

5. ครอบครัว

3. บุคลิกภาพ

6. การเข้าถึงระบบสุขภาพ

4. ประสบการณ์



1) ตัวโรคของผู้ป่วยโดยตรงที่ก่อให้เกิดอาการปวด แบ่งเป็น

a. อาการปวดแบบชัดเจน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม และมีก้อนขนาดใหญ่ที่เต้านม อาจมีอาการปวดแบบชัดเจนที่บริเวณก้อน

b. อาการปวดแบบไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ และเกิดภาวะลำไส้อุดตัน อาจบ่นว่าปวดทั่วๆ ท้อง แต่ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าปวดที่ตำแหน่งใด ผู้ป่วยอาจบอกว่าปวดแบบตื้อๆ แน่นๆ ได้

c. อาการปวดแบบสัมพันธ์กับเส้นประสาท เช่น ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่กระจายไปที่กระดูกสันหลัง อาจรู้สึกเสียวแปล็บๆ บริเวณที่ต้นขาที่มีเส้นประสาทจากกระดูกสันหลังมาเลี้ยงได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บจี๊ดๆ คล้ายถูกไฟฟ้าช็อตหรือเข็มตำได้

2) อารมณ์ของผู้ป่วย อารมณ์มีผลต่ออาการปวดของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าทำให้มองเหตุการณ์ทุกอย่างเป็นเชิงลบ อาจส่งผลให้ความอดทนต่ออาการเจ็บปวดน้อยลง ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ขันอาจจะใช้มุมมองเชิงบวกในการแก้ไขปัญหา

3) บุคลิกภาพของผู้ป่วย บุคลิกภาพอาจส่งผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดได้หลากหลาย ขึ้นกับอายุและสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาตัวเองมาตั้งแต่เด็ก อาจจะมี ความอดทนต่อสิ่งต่างๆ รอบๆ ตัว ได้มากกว่าผู้ป่วยที่พึ่งพิงผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลได้ง่าย อาจจะมีอาการปวด กับระยะของโรค

ที่เป็นมากขึ้น ทำให้เกิดความกลัวและอดทนต่อความปวดได้น้อยลงได้

4) **ประสบการณ์ของผู้ป่วย** ประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยอาจส่งผลต่อระดับการรับรู้ความปวด ผู้ป่วยที่เคยผ่านประสบการณ์ชีวิตหนักๆ มาก่อน เช่น เคยคลอดลูกโดยไม่ได้ใช้การบล็อกหลังระงับปวด อาจจะรู้สึกทนต่ออาการปวดจากโรคมะเร็งได้มากกว่าคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

5) **ครอบครัว** การมีครอบครัวคอยช่วยให้กำลังใจและดูแล ทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจ และเป็นวิธีการรักษาอาการปวดได้เป็นอย่างดี ในขณะที่มีข้อมูลวิจัยบอกว่าผู้ป่วยที่อยู่ตัวคนเดียวมักมีแนวโน้มที่ต้องใช้ยาแก้ปวดในขนาดที่สูงกว่า เนื่องจากความรู้สึกกลัวว่าหากมีอาการมากขึ้นแล้วจะจัดการไม่ได้และไม่มีคนช่วยดูแล

6) **การเข้าถึงระบบสุขภาพ** เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิการรักษาและไม่มีเงินในการรักษาพยาบาล อาจจะต้องอดทนต่ออาการปวดมากกว่าผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพได้สะดวก

ระหว่างทางของการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มรู้การวินิจฉัยไปจนถึงปลายทางของชีวิต ผู้ป่วยโรคมะเร็งอาจจะต้องเจอกับอาการต่างๆ หลากหลายมากมาย ถึงแม้จะไม่อาจรักษาให้อาการหลายๆ อย่างหายขาดได้ แต่การรู้เทคนิคการดูแลผู้ป่วยสำหรับอาการต่างๆ ที่พบบ่อยเหล่านี้ อาจจะช่วยให้อาการต่างๆ เหล่านี้ดีขึ้น

สำหรับทางการแพทย์ เรามีแบบสอบถามที่เรียกว่า **ESAS** (Edmonton Symptoms Assessment System) ไว้สำหรับ

ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย
ลองตอบดูก่อน ซึ่งพบว่าม
อาการที่พบบ่อยสัมพันธ์

ESAS



กับโรคมะเร็งมากถึง 9 อาการ และผู้ป่วยสามารถเติมอาการอื่นๆ
ที่พบบ่อยลงเพิ่มเติมในข้อ 10 ได้ การดูแลภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้
ควรเริ่มจากการดูแลโดยยังไม่ต้องใช้ยาก่อน แต่หากอาการเป็นมาก
ขึ้นจนเริ่มควบคุมได้ยากจึงควรพิจารณาใช้ยาเพิ่มเติม

1) **ปวด** สำหรับอาการปวดสามารถอ่านได้ในหัวข้อเรื่องอาการปวด
และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้มอร์ฟิน



2) อ่อนเพลีย

วิธีดูแล ให้พักผ่อนและนานขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมที่เคยทำ
ทำความเข้าใจว่าอาการอ่อนเพลียอาจเป็นส่วนหนึ่งของโรคที่เป็น
ไม่ควรหักโหมหรือสร้างมาตรฐานสูงเกินไปสำหรับตัวผู้ป่วย

3) คลื่นไส้อาเจียน

วิธีดูแล

- หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นฉุนและอาหารที่ไม่น่ารับประทาน
- ให้กินน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง
- เลี่ยงอาหารมัน เลี่ยงอาหารรสจัด
- รักษาความสะอาดในช่องปาก
- จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งหลังมืออาหาร
- ดูแลเรื่องความกังวลของผู้ป่วย เพราะความกังวลอาจเป็นสาเหตุของการอาเจียนได้
- อาจพิจารณาให้ยาแก้อาเจียน หากยังไม่ดีขึ้นควรฉีดยา



4) ซึมเศร้า

วิธีดูแล รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย ให้กำลังใจด้วยคำพูดดีๆ
แก้ไขอาการทางกายที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย
เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการเหนื่อยหอบ หรือ

อาการอื่นๆ หากภาวะซึมเศร้าเป็นรุนแรงขึ้นอาจพิจารณาให้ยาต้าน
อารมณ์ซึมเศร้า



5) วิตกกังวล

วิธีดูแล

- รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยและเรื่องราวที่กังวล
- ให้คำอธิบายเรื่องที่กังวล
- ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการเรื่องที่กังวลอยู่หากทำได้
- หากอาการเป็นมากขึ้นอาจพิจารณาให้ยาคลายกังวล

6) ง่วงซึม

วิธีดูแล หากสาเหตุว่าเป็นจากการได้รับยาคลายกังวล ยานอนหลับ หรือยาแก้ปวดมากเกินไปหรือไม่

หากไม่พบสาเหตุ อาจเป็นส่วนหนึ่งของอาการอ่อนเพลีย ควร
ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่ บางครั้งผู้ป่วยอาจใช้วิธีเก็บพลังงานสะสม
และอาจจะกระปรี้กระเปร่าขึ้นในวันถัดไป

7) เบื่ออาหาร

วิธีดูแล

- ให้ผู้ป่วยกินอาหารที่ตนเองชอบ
- ให้กินน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง
- ผู้ป่วยมักกินได้มากที่สุดเมื่อเช้า และเมื่อกินในมือเช้าแล้ว อาจรู้สึกไม่อยากกินในมือถัดไป
- เลี่ยงอาหารมัน เลี่ยงอาหารรสจัด
- รักษาความสะอาดในช่องปาก
- หาสาเหตุที่อาจแก้ไขได้ เช่น ท้องผูก ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หรือซึมเศร้า
- อาจพิจารณาใช้ยาเจริญอาหารกลุ่มสเตียรอยด์หากไม่มีข้อห้าม



ญาติหรือผู้ดูแลควรทำความเข้าใจว่า ไม่ใช่ความผิดของญาติหรือผู้ดูแลที่ดูแลไม่ดี แต่เป็นอาการของโรคที่เป็นมากขึ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร

8) เหนื่อยหอบ

วิธีดูแล

- ให้พักเหนื่อย
- ไม่ทำกิจกรรมที่หักโหมเกินไป เลือกทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย
- ฝึกการหายใจ หรือการกำหนดลมหายใจ
- ใช้พัดลมเป่าให้ผู้ป่วยรู้สึกเย็นสบาย

โดยทั่วไปการให้ออกซิเจนมักไม่ได้ช่วยให้อาการหอบลดลง
ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยมักไม่ต่ำ แต่
การให้ออกซิเจนอาจช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรู้สึกคลาย
ความกังวลได้

การดูแลอาการเหนื่อยของผู้ป่วยจึงควรเป็นการแก้ไขที่
สาเหตุ เช่น หากเป็นจากการมีน้ำในปอดปริมาณมาก อาจต้องใช้
วิธีการเจาะน้ำในปอดออก อย่างไรก็ตามน้ำในปอดสามารถกลับมา
ใหม่ได้ เนื่องจากตัวโรคยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง อาจพิจารณาใช้
ยากลุ่มมอร์ฟีนช่วยลดอาการเหนื่อยควบคู่ไปด้วยหรือเป็นทาง
เลือกหลัก กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมใช้วิธีเจาะน้ำในปอดออก

ในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบมักมีความวิตกกังวลร่วมด้วย
จากความกลัวเรื่องอาการที่เกี่ยวข้องกับการหายใจไม่สะดวก การให้
ยาคลายกังวลอาจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นได้



9) สบายดีทั้งกายและใจ

สำหรับข้อนี้เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยรู้สึกสบายดีมากน้อยเพียงใด เป็นการวัดคุณภาพชีวิตแบบคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม หากผู้ป่วยให้คะแนนข้อนี้น้อย อาจลองถามดูว่ามีอะไรที่ผู้ป่วยยังอยากทำอยู่และยังไม่ได้ทำหรือไม่

10) **อาการอื่นๆ** ซึ่งผู้ป่วยอาจจะเติมอาการที่พบบ่อยๆ เช่น ท้องผูก ภาวะวณกระวาย มีน้ำในท้อง นอนไม่หลับ หรืออาการอื่นๆ ได้ โดยจะขอกล่าวเพิ่มเติมถึงอาการบางอย่างที่พบได้บ่อย ดังนี้

a. อาการสับสนกระวนกระวาย

วิธีดูแล หาสาเหตุ เช่น อาจจะเป็นจากการติดเชื้อในร่างกาย ภาวะเกลือแร่ผิดปกติ ภาวะโลหิตจาง โรคไต หรืออาจจะเป็นจากการได้ยามอร์ฟีนมากเกินไป แล้วแก้ไขตามสาเหตุก่อน ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและไม่เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลบ่อยเกินไป

อาจให้ยาแก้อาการสับสนกระวนกระวายเพิ่มเติมหากหาสาเหตุไม่พบชัดเจน เนื่องจากอาการสับสนกระวนกระวายอาจเป็นอาการหนึ่งที่ยบอกว่าผู้ป่วยเข้าใกล้ระยะใกล้เสียชีวิต

b. อาการท้องผูก

วิธีดูแล ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ ซึ่งโดยทั่วไปอาจจะเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากผู้ป่วยมักกินอาหารและดื่มน้ำน้อยลง อาจต้องให้ยาระบายร่วมด้วย โดยเฉพาะหากผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีนอยู่จะทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง จึงควรต้องให้ยาระบายร่วมด้วยเสมอ

พิจารณาสวนทางทวารหนักหากผู้ป่วยยังไม่ถ่ายอุจจาระ
ประมาณ 3 วัน

c. มีน้ำในท้องและขาบวม

วิธีดูแล หากผู้ป่วยไม่รู้สึก
อึดอัดทรมานมากอาจจะ
ไม่ต้องทำอะไร



หากทราบว่าค่าโปรตีนไข่ขาว (albumin) ในเลือดต่ำ
พิจารณากินไข่ขาวเพิ่มเติมวันละ 3-4 ฟอง โดยทำเมนูจากไข่ขาว
ให้หลากหลาย จะช่วยให้ไม่เบื่อจนกินไป และจะช่วยลดอาการ
บวมได้ เนื่องจากไข่ขาวเป็นโปรตีนที่ช่วยดูดซับน้ำให้อยู่ในเส้นเลือด
เมื่อระดับไข่ขาวในเลือดเพิ่มขึ้น น้ำจะไม่ไหลรั่วออกมาออกเส้นเลือด
จนเกิดอาการบวม

อาจพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะเพิ่มเติมด้วย

สำหรับอาการน้ำในท้อง อาจใช้วิธีการเจาะน้ำในท้องออก
เพิ่มเติม แต่ควรทราบข้อมูลว่าอาการน้ำในท้องสามารถกลับมาเป็น
ใหม่ได้ และอาจต้องมีการเจาะออกเมื่อเริ่มมีอาการบวมน้ำผู้ป่วย



d. นอนไม่หลับ

วิธีดูแล

- ปรับเวลาการเข้านอนให้เป็นเวลาเดียวกันทุกวัน
- ไม่นอนกลางวันหากไม่จำเป็น หรือหากนอนกลางวันไม่ควรเกิน 1-2 ชั่วโมงต่อวัน
- ไม่ควรทำกิจกรรมหลายอย่างเกินไปก่อนเข้านอนเพราะจะเป็นเหมือนการกระตุ้นร่างกายมากเกินไป
- ไม่ควรดื่มน้ำก่อนนอนทันที ควรเว้นระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนนอน เพื่อให้มีเวลาเข้าห้องน้ำก่อนเข้านอนจริง
- เลือกใช้ยานอนหลับเมื่อลองใช้ทุกวิธีแล้วยังนอนไม่หลับ



ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

คำอธิบายแบบสอบถามเพื่อประเมินอาการ

ESAS คืออะไร?

- แบบสอบถามนี้ถูกออกแบบขึ้นเพื่อช่วยประเมิน 9 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ซึมเศร้า กังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร อาการเหนื่อย ภาวะความสบายกายและใจ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มเติมอาการอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในแบบสอบถามได้ในบรรทัดสุดท้าย
- อาการทุกอาการเป็นความเห็นของผู้ป่วยซึ่งถือเป็น *เครื่องมือวัดมาตรฐาน* สำหรับวัดอาการผู้ป่วยในระยะประคับประคอง

ESAS ใช้อย่างไร?

- ระดับการวัดถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นผู้วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ใกล้เคียงกับความรุนแรงของอาการมากที่สุด
- ผู้จัดทำจะนำคะแนนที่ได้มาใส่ในกราฟเพื่อเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยในช่วงเวลาต่างๆ ตั้งแต่การประเมินครั้งแรก และหลังจากได้รับการรักษา

ESAS ใช้กับใครบ้าง?

- ผู้ป่วยควรเป็นคนทำแบบสอบถามเอง ยกเว้นกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยข้อจำกัดต่างๆ อาจให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแลเป็นผู้ทำแบบสอบถามแทน
- หากมีผู้ทำแบบสอบถามแทนผู้ป่วยให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความเห็นของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ อาการซึมเศร้า กังวล และภาวะความสบายกายและใจ
- ภาวะอื่นๆ เช่น อาการปวด การเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน และอาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จากการสังเกตภายนอก

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด						มีอาการปวดรุนแรงที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(กรุณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผ่นภาพด้านหลัง)

ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย						มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่มีอาการคลื่นไส้						มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่มีอาการซึมเศร้า						มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่วิตกกังวล						วิตกกังวลมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

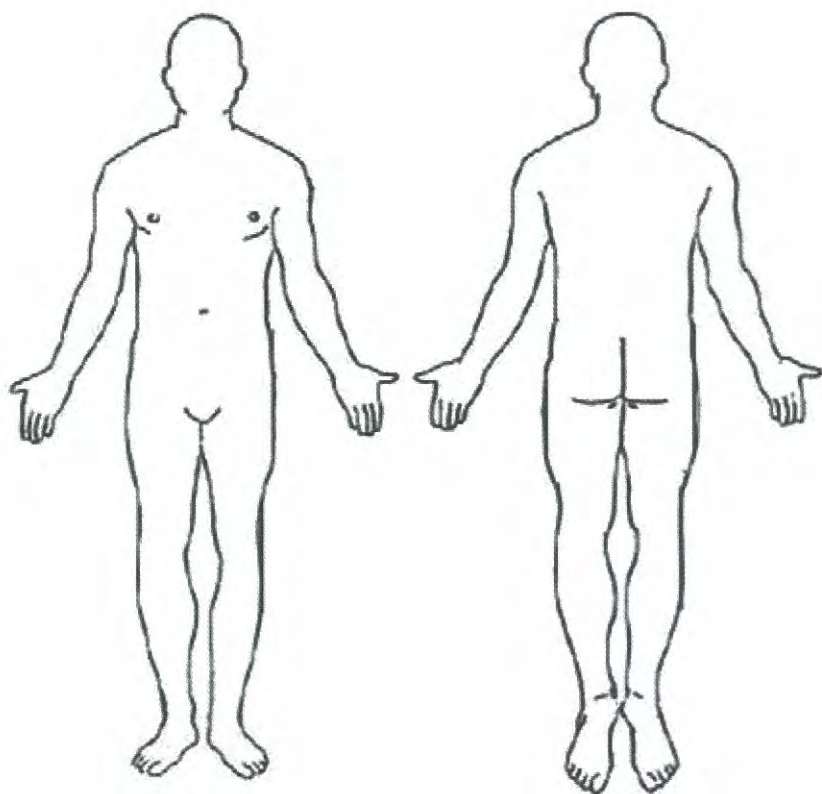
ไม่มีอาการร่วงซึม/สละยมะลือ						มีอาการร่วงซึม/สละยมะลือมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่เบื่ออาหาร						เบื่ออาหารมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

สบายดีทั้งกายและใจ						ไม่สบายกายและใจเลย					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ						มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่						(ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	



ชื่อผู้ป่วย _____
วันที่ _____ เวลา _____

ทำโดย

- ผู้ป่วย
- ผู้ดูแลผู้ป่วย
- อื่นๆ ได้แก่ _____

Copyright: Bruera E, MD Version 1991

Thai version translated by Darin Jaturapatporn, MD, Montarat

Chinda, MD and team. E-mail: drdarinj@yahoo.com

ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Morphine

ข้อควรรู้ก่อนอ่าน

มอร์ฟีนเป็นเพียงชื่อยาชนิดหนึ่งในกลุ่มยาชื่อ Opioid (โอปิออยด์) ซึ่งยาในกลุ่มโอปิออยด์นี้มีอีกหลายชนิดเช่น Codeine (โคเดอีน) Tramal (ทรามอล) หรือ Pethidine (เพททีดีน) ในบทความนี้จะขอใช้คำว่ามอร์ฟีนแทนชื่อยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์คล้ายกัน และมอร์ฟีนเป็นยาที่ใช้บ่อยในยากลุ่มนี้

ในแต่ละประเทศจะมีการวัดปริมาณการใช้มอร์ฟีนส่วนใหญ่พบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราการใช้มอร์ฟีนสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบว่าเราใช้มอร์ฟีนอยู่ประมาณ 40 กิโลกรัมต่อปี จากจำนวนที่ควรใช้จริงประมาณ 1,000 กิโลกรัมต่อปี

เดี๋ยวเรามาลองทำแบบทดสอบกันนะคะ ดูว่าเรามีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้มอร์ฟีนถูกต้องไหม?

เตรียมกระดาษมาปิดคำตอบด้านล่าง แล้วลองตอบคำถามแต่ละข้อดูนะคะ!



คำถาม

1) อาการปวดของโรคมะเร็งแก้ได้ด้วยยามอร์ฟิน?



คำตอบ : ไม่เสมอไป

ความจริง : แล้วแต่ว่าอาการปวดนั้นเป็นอาการปวดแบบไหนและรุนแรงแค่ไหน ส่วนใหญ่แพทย์จะเริ่มการใช้ยาจากยาที่อ่อนกว่าก่อน เช่น พาราเซตามอล ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ที่ใช้สำหรับอาการปวดข้อ ปวดเมื่อย และหากใช้ยากลุ่มดังกล่าวไม่หาย อาจเริ่มใช้ยามอร์ฟินขนาดน้อยๆ ได้

คำถาม

2) กินมอร์ฟินขนาดมากขึ้นแปลว่าอาการแย่ง

ขบวนการ Mr.Morphine!



คำตอบ : ไม่เสมอไป

ความจริง : อาจเป็นจากอาการของโรคแฉ่งก็ได้ หรืออาจเป็นเพราะในช่วงแรกๆ แพทย์เริ่มให้ยาแก้ปวดในขนาดน้อยก่อนแล้วจึงค่อยๆ ปรับเพิ่มให้เป็นขนาดที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับตอนที่ผู้ป่วยมากที่สุด

คำถาม

3) การใช้ยามอร์ฟินทำให้ติดได้



คำตอบ : ไม่เสมอไป

ความจริง : การติดยาหมายถึงการต้องเพิ่มขนาดการใช้ยามากขึ้นเรื่อยๆ แม้อาการของผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนแปลง และมีอาการอยากยาเมื่อไม่ได้ยา มอร์ฟินมีฤทธิ์เสพยาติดจึงทำให้ติดได้ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมะเร็งมีอาการปวดรุนแรง และจำเป็นต้องใช้ยามอร์ฟินมากขึ้น เราจะไม่เรียกว่าเป็นการติดยาแต่เป็นการใช้ยาตามความจำเป็น

คำถาม

4) การใช้มอร์ฟินทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นได้ เนื่องจากกตการ
หายใจ



คำตอบ : ผิด

ความจริง : การเริ่มต้นใช้ยามอร์ฟินในขนาดน้อยๆ ก่อน ไม่ทำให้เกิดการกตการหายใจ และไม่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย การกตการหายใจในผู้ป่วยมักเกิดจากการให้ยาขนาดมากเกินไป ในคนที่ไม่เคยได้รับมอร์ฟินมาก่อน อาจเกิดในกรณีคำนวณยาผิด หรือเริ่มยามากเกินไป เพราะคิดว่าผู้ป่วยมีอาการปวดเยอะ

คำถาม

5) มอร์ฟินทำให้ท้องผูก



คำตอบ : ถูก

ความจริง : อาการท้องผูกเป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ใช้ยามอร์ฟินและเป็นผลข้างเคียงที่พบได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ใช้ยามอร์ฟิน เพราะมอร์ฟินทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ช้าลง ผู้ป่วยที่ใช้ยามอร์ฟินจึงควรกินยาถ่ายเพื่อป้องกันอาการท้องผูกเอาไว้เลย หากแพทย์ไม่ได้ให้ยาล้างขูดด้วยนะคะ นอกจากนี้ยามอร์ฟินยังมีผลข้างเคียงอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน และหากกินมากเกินไปอาจทำให้มีกล้ามเนื้อกระตุก หรือสับสนได้ ซึ่งเป็นอาการที่พบก่อนการกดการหายใจ แต่มักต้องกินเป็นขนาดมากๆ หรือมีการเพิ่มขนาดอย่างรวดเร็วจึงเกิดอาการดังกล่าวได้

คำถาม

6) มอร์ฟินช่วยเรื่องอาการเหนื่อยหอบในผู้ป่วยมะเร็งได้

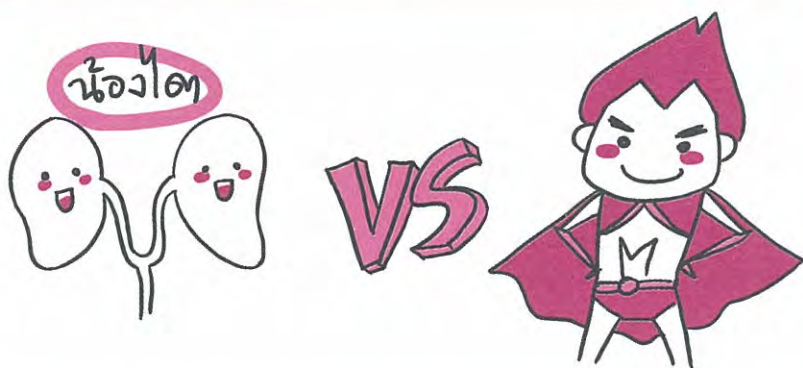


คำตอบ : ถูก

ความจริง : คนทั่วไปเข้าใจว่ายามอร์ฟินช่วยบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นหลักแต่จริงๆ แล้วมอร์ฟินยังช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการกระจายของโรคไปที่ปอด เช่น มีน้ำในปอดได้ด้วย ผู้ป่วยหลายรายที่เลือกไม่เจาะน้ำในปอดเพื่อลดอาการเหนื่อยหอบอาจเลือกใช่มอร์ฟินแทนได้

คำถาม

7) คนเป็นโรคไตไม่ควรใช้มอร์ฟิน



คำตอบ : ผิด

ความจริง : คนเป็นโรคไตสามารถใช่มอร์ฟินได้ แต่ต้องใช้ความระมัดระวังมากขึ้นเพราะมอร์ฟินถูกขับออกทางไต จึงควรให้มอร์ฟินโดยเริ่มจากขนาดน้อยๆ ค่อยๆ เพิ่มซ้ำๆ และคอยเฝ้าระวังผลข้างเคียง แต่ไม่ได้มีข้อห้ามใช่มอร์ฟินในผู้ป่วยโรคไต

คำถาม

- 8) ถ้าได้มอร์ฟินแบบออกฤทธิ์ยาวแล้วไม่ควรกินมอร์ฟินระหว่างวันอีก เพราะอาจจะทำให้ได้รับมอร์ฟินในขนาดที่มากเกินไป



คำตอบ : ผิด

ความจริง : ผู้ป่วยที่มีอาการปวดสามารถใช้มอร์ฟินขนาดน้อยๆ ระหว่างวันได้ ซึ่งโดยทั่วไปจะคิดเป็นร้อยละ 10 ของขนาดมอร์ฟินออกฤทธิ์ยาวที่ได้รับทั้งวัน ถ้าเป็นยากินอาจกินได้ทุก 2-4 ชั่วโมง เวลาที่มีอาการปวดแพทย์จะคำนวณปริมาณยาที่ผู้ป่วยควรได้รับจริงๆ ในวันต่อไปจากปริมาณมอร์ฟินระหว่างวันรวมกับมอร์ฟินแบบออกฤทธิ์ยาว

คำถาม

9) มอร์ฟีนแบบกินกับฉีดออกฤทธิ์แรงพอๆ กัน



คำตอบ : ผิด

ความจริง : มอร์ฟีนแบบฉีดแรงกว่าแบบกิน 2-3 เท่า ดังนั้นเวลาเปลี่ยนจากยาฉีดมาเป็นยากิน อย่าลืมเพิ่มขนาดเป็น 2-3 เท่าด้วย

คำถาม

10) มอร์ฟีนแบบกินกับแบบฉีดเริ่มออกฤทธิ์เร็วพอๆ กัน และออกฤทธิ์นานพอๆ กัน



คำตอบ : ผิด

ความจริง : มอร์ฟีนแบบฉีดออกฤทธิ์เร็วกว่าและหมดฤทธิ์เร็วกว่า ถ้าฉีดเข้าเส้นอาจจะหมดฤทธิ์ภายใน 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่ยากินจะอยู่ได้ 2-4 ชั่วโมง แต่หากเป็นยามอร์ฟีนกินแบบออกฤทธิ์ยาวจะอยู่ได้นานถึง 12-24 ชั่วโมง

การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต

(ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ดูแล)

เมื่อผู้ป่วยที่คุณรักกำลังจะจากไป เขาจะมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายหลายอย่างที่สังเกตได้ ส่วนใหญ่ไม่ใช่อาการที่น่าตกใจและไม่ใช่อาการที่ต้องรักษา ไม่ต้องตกใจหรือรู้สึกผิดว่าจะต้องพาไปรักษาที่โรงพยาบาล หากนั่นไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในระยะสุดท้ายของเขา อาการเหล่านี้แพทย์จะไม่ได้รักษาเพิ่มเติมเพราะไม่ใช่อาการที่จะรักษาได้ แต่เป็นอาการจากไปตามธรรมชาติ ซึ่งได้แก่อาการต่อไปนี้

1. อ่อนแรงและนอนหลับมากขึ้น

ดูอ่อนเพลียแบบค่อยเป็นค่อยไปในระยะเวลาเป็นวัน แต่บางคนก็อาจเกิดเร็วเป็นชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนหลับอยู่บนเตียงตลอดเวลา และอาจจะตื่นในช่วงเวลากลางคืน บางรายอาจจะมีหวั่นไหวเหมือนปลุกไม่ตื่น อาการดังกล่าวไม่ใช่อาการที่น่ากลัว และไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ร่างกายอาจมีการขยับแบบอัตโนมัติได้โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว เช่น การกำมือ หรือกัดฟันกรอดๆ ร่วมด้วยได้



วิธีการดูแลผู้ป่วย

- หาเตียงที่นอนสบายให้กับผู้ป่วย ยกหัวสูงเล็กน้อย อาจมีหมอนข้างมาช่วยเสริมด้านข้าง
- พลิกตัวผู้ป่วยทุก 6-8 ชั่วโมง โดยไม่ควรพลิกตัวบ่อยกว่านี้ เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยรำคาญ
- ควรใส่สายสวนปัสสาวะ หรือแอมเพิร์ส เพื่อสะดวกในการดูแล และผู้ป่วยไม่ต้องลุกจากเตียง (สายสวนปัสสาวะไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นและสะดวกกว่าแอมเพิร์ส)
- กอดและสัมผัสผู้ป่วย เป็นระยะๆ ได้
- อนุญาตให้ตัวเองร้องไห้ได้
- ไม่ต้องกลัวว่าการสนทนากันตามปกติจะรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย สามารถสนทนากันได้ด้วยเสียงปกติที่ไม่ดังเกินไป และไม่ต้องปรับเสียงให้เบาลงเหมือนเสียงกระซิบ
- สามารถพูดและสื่อข้อความดีๆ ที่อยากบอกกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพราะแม้ผู้ป่วยจะอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถพูดได้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสามารถได้ยินและเข้าใจสิ่งที่ญาติพูดได้ เนื่องจากหูและการได้ยินจะเป็นอวัยวะสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะสูญเสียการทำงานไป



2. การกินอาหารและการดื่มน้ำจะลดลง

ในช่วงเวลานี้อาหารและน้ำไม่ได้ช่วยทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และไม่ได้ช่วยยืดเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น เนื่องจากร่างกายทำงานได้ช้าลงมาก ระบบการย่อยและดูดซึมอาหารไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

วิธีการดูแลผู้ป่วย

- หากผู้ป่วยขอดื่มน้ำ ให้ยกศีรษะผู้ป่วยขึ้นและป้อนน้ำทีละเล็กละน้อยด้วยหลอดหยด หรืออมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ



- หากผู้ป่วยไอ ให้หยุดการป้อนน้ำทันที
- การให้น้ำเกลือในช่วงเวลานี้ ไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และอาจทำให้ผู้ป่วยยืดความทุกข์ทรมานออกไปอีก เนื่องจากน้ำเกลือ ประกอบด้วย น้ำ เกลือ และน้ำตาล จึงไม่มีสารอาหารเพียงพอที่จะทดแทนอาหารได้ เพียงแต่หล่อเลี้ยงความทรมานระดับเดิมไว้ โดยทั่วไปอาจพิจารณาให้น้ำเกลือหากจำเป็นต้องให้ยาทางเส้นเลือดเท่านั้น

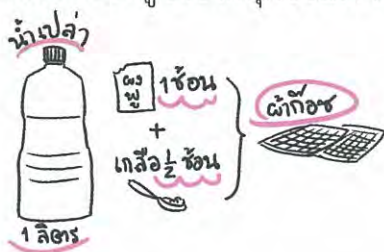
- การให้อาหารในช่วงเวลานี้อาจเป็นเหตุให้สำลักเข้าไปในระบบทางเดินหายใจและติดเชื้อในปอดได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นหรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร การได้รับอาหารที่น้อยลงในระยะนี้ไม่ได้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยอดอาหารจนถึงแก่ความตาย ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเพราะโรคของผู้ป่วยเอง การให้ท่ออาหารประเภทต่างๆ ไม่ว่าจะทางท่อทางเดินอาหารหรือท่ออาหารทางเส้นเลือดจึงควรพิจารณาอย่างมากเพราะมักจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บรำคาญ และอาจเป็นสาเหตุให้ถึงแก่ความตายก่อนเวลาดังกล่าว

3. การดูแลช่องปากของผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่หายใจทางปาก และมักจะดื่มน้ำได้เพียงเล็กน้อย ทำให้ปากและลิ้นของผู้ป่วยแห้งมาก ซึ่งทำให้ทุกข์ทรมานได้

วิธีการดูแลผู้ป่วย

- ผสมน้ำ ประมาณ 1 ลิตรกับ เกลือ 1/2 ช้อน และผงฟู 1 ช้อน แล้วใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำดังกล่าวเช็ดปาก เหงือกและลิ้นของผู้ป่วย ไม่ต้องตกใจหากผู้ป่วยกัดผ้าก๊อชขณะที่เช็ดในปาก ให้เช็ดต่อไปจนการกัดผ้าก๊อชคลายลง
- เปลี่ยนส่วนผสมน้ำ เกลือ และผงฟูใหม่ทุกวัน
- เช็ดปาก เหงือกและลิ้นของผู้ป่วยได้ทุกชั่วโมง เพื่อให้ชุ่มชื้น



4. การดูแลตาของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยปิดตาไม่สนิททำให้เกิดอาการตาแห้งแสบได้

วิธีการดูแลผู้ป่วย

- อาจใช้น้ำตาเทียมหยอดตาให้ผู้ป่วย วันละ 4 ครั้ง หากตาผู้ป่วยเผยอเปิดตลอดเวลา



5. อาการปวด

โดยทั่วไปอาการปวดของผู้ป่วยมักจะไม่เพิ่มขึ้นในช่วงสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยขยับตัวน้อยลงและนอนหลับมากขึ้น ในบางครั้งที่ญาติช่วยขยับตัวผู้ป่วย อาจได้ยินเสียงเหมือนผู้ป่วยร้องคราง เสียงดังกล่าวมาจากการขยับตัวร่วมกับการหายใจออก ไม่ใช่มาจากอาการปวด

วิธีการดูแลผู้ป่วย

- สังเกตอาการปวดโดยดูจากการหน้านี้อบวมคิ้วแทนเสียงร้องคราง อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพิ่มหากมีอาการดังกล่าวบ่อยครั้ง



- โดยทั่วไปควรลดปริมาณยาแก้ปวดลง และอาจจะต้องเปลี่ยนวิธีการให้ยา เช่นจากยากินมาเป็นยาฉีด หรือยาที่สามารถดูดซึมได้เร็วขึ้นได้ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

6. ภาวะกระสับกระส่าย

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีภายในร่างกาย เนื่องจากอวัยวะต่างๆ เริ่มวาย

วิธีการดูแลผู้ป่วย

- อาจพิจารณาให้แพทย์สั่งยานอนหลับอย่างอ่อนนให้เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนบ้าง ซึ่งยาเหล่านี้ไม่ได้ทำให้หลับลึกจนตาย อย่างไรก็ตามให้พิจารณาตามสภาพอาการ หากกระสับกระส่าย ประสาทหลอนมาก อาจช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากขึ้น แต่หากอาการไม่มาก อาจไม่จำเป็นต้องรักษาอาการนี้ เพราะผู้ป่วยหลายรายอยากมีสติก่อนตาย ไม่อยากง่วงงุนง อยากรู้สึกตัวว่าได้รำลภาญาติๆ ก่อนจากไป บางรายอยากมีจิตอันเป็นกุศล หรือท่องบทสวดมนต์ก่อนลมหายใจสุดท้าย เพื่อให้เป็นการตายดีตามความเชื่อของตน



7. หายใจไม่เป็นจังหวะ

อาจหายใจช้าบ้าง เร็วบ้าง ลึกบ้าง ตื้นบ้าง และอาจหยุดหายใจเป็นช่วงๆ ซึ่งช่วงที่หยุดหายใจนี้จะค่อยๆ ยาวขึ้นเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต ตัวผู้ป่วยเองจะไม่รู้สึกร่วมกับอาการนี้ เพราะเกิดจากภาวะกรดและด่างเปลี่ยนแปลงไปหลังจากอวัยวะต่างๆ หยุดทำงาน

วิธีการดูแลผู้ป่วย

- ผู้ป่วยในภาวะนี้ไม่ได้ขาดออกซิเจน การให้ออกซิเจนจึงไม่จำเป็น และไม่ได้ช่วยชีวิตผู้ป่วยในระยะนี้ ตรงกันข้ามการให้ออกซิเจนกลับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแสบ เจ็บ และอึดอัดไม่สบายตัว ดังจะสังเกตได้จากผู้ป่วยจะพยายามดึงหน้ากากหรือท่อออกซิเจนทิ้งอยู่ตลอดเวลาทั้งๆ ที่ไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัว

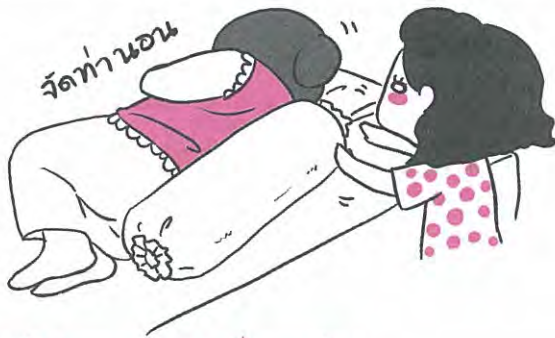


8. ภาวะเสียงดังครีตคราดจากน้ำลายสอ

เมื่อใกล้เวลาที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ญาติอาจได้ยินเสียงดังครีตคราดในลำคอคล้ายเสียงกรน ในขณะที่ผู้ป่วยซึมลงมากและไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งรอบตัว เสียงนี้เกิดจากกล้ามเนื้อในการกลืนไม่ทำงาน ลึนตลก แต่ต่อมน้ำลายน้ำเมือกต่างๆ ยังทำงานอยู่ ภาวะดังกล่าวไม่ทำให้ทางเดินหายใจอุดตันจนถึงแก่ความตาย

วิธีการดูแลผู้ป่วย

- ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงโดยมีหมอนยาวรองหลัง จะช่วยลดเสียงดังครีตคราดลงได้
- แพทย์อาจพิจารณาสั่งยาเพื่อช่วยลดอาการน้ำลายสอ หากมีอาการนำรำคาญอย่างมาก
- ไม่ควรดูดเสมหะด้วยเครื่องดูด เนื่องจากไม่ได้แก้ไขสาเหตุและทำให้ผู้ป่วยเจ็บและอาเจียนจากท่อที่ล้วงลงไปดูดเสมหะในลำคอ



9. มือเท้าเย็น ไม่ตอบสนองต่อสิ่งรอบข้าง

เมื่อเวลาของผู้ป่วยใกล้หมดลง ญาติอาจสังเกตได้จากมือเท้าเย็น เปลี่ยนเป็นสีคล้ำ ผิวเป็นจ้ำๆ ตาเบิกกว้างแต่ไม่กะพริบ ปัสสาวะน้อยลงมาก ผู้ป่วยบางรายอาจตื่นขึ้นมาในช่วงเวลาสั้นๆ เหมือนอาการดีขึ้น ซึ่งเป็นเพราะผู้ป่วยพยายามรวบรวมพลังงานสำรองที่มีทั้งหมดมาใช้ในการรำลึญาติครั้งสุดท้ายก่อนจากไป

วิธีการดูแลผู้ป่วย

- ควรหยุดวัดความดันโลหิตหรือสายวัดต่างๆ รอบตัว แกะเครื่องพันธนาการผูกมัดผู้ป่วยต่างๆ ให้ได้มากที่สุด เนื่องจากค่าที่วัดได้

- ไม่สามารถเชื่อถือได้ และเป็นการรบกวนผู้ป่วยมากขึ้น
- ตั้งสติให้ดี อย่าตกใจ ใช้เวลาช่วงสุดท้ายอยู่ข้างเตียงกับผู้ป่วยมากที่สุด ก่อนที่จะดำเนินพิธีทางศาสนาต่อไป



บทสรุป

แนวทางข้างต้นเป็นคำแนะนำอย่างง่ายสำหรับญาติและผู้ดูแล เพื่อจะได้รับมือกับอาการที่พบบ่อยในช่วงสุดท้ายของชีวิต ได้อย่างมีสติ และให้ญาติได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่างมีคุณค่า ก่อนจากกัน

บทที่ 4

การประสานงาน
เพื่อดูแลผู้ป่วย

ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Palliative Care

ปัจจุบันงาน Palliative Care ในประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงต้นของการพัฒนา โดยมีแนวโน้มที่ดีในการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ เริ่มมีการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์และแพทย์จบใหม่ ให้มีความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วย แบบ Palliative Care มากขึ้น และเริ่มมีการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care ในทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลใหญ่ไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตามเนื่องจากเรื่องนี้ยังเป็นเรื่องใหม่ และยังมีข้อจำกัดเรื่องกำลังคน ทำให้ในหลายๆ โรงพยาบาลยังไม่มีการให้บริการอย่างเป็นทางการ

การที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบ Palliative Care จึงยังขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัวเป็นสำคัญ โดยสามารถเริ่มทำสิ่งต่างๆ ดังนี้

1) ทำความเข้าใจกับการดูแลแบบ Palliative Care

หากเราต้องกลายมาเป็นผู้ป่วยเอง หรือมีคนในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรครักษาไม่หาย ความเข้าใจเรื่อง Palliative Care จะช่วยให้เรารู้ความต้องการของตัวเอง หรือคนที่เรารักว่าต้องการแผนการรักษาแบบใด ต้องการได้รับการรักษาที่ใด หรือต้องการทำอะไร หากมีเวลาเหลืออยู่จำกัด คนที่มีความเข้าใจและความรู้เรื่อง Palliative Care จะสามารถช่วยเหลือดูแลตนเอง ครอบครัว และเพื่อนฝูงได้มาก เพราะมีความเข้าใจทั้งเรื่องการสื่อสารที่เหมาะสม และการดูแลอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) พุดคุยเรื่องความต้องการของตนเองให้คนในครอบครัวฟัง

แม้ว่าการพุดคุยเรื่องความตายอาจจะเป็นเรื่องที่หลายๆ ครอบครัวถือเป็นเรื่องไม่ดี หรือเป็นลางบอกเหตุ แต่การมีโอกาสพุดคุยถึงเรื่องนี้จะทำให้คนในครอบครัวเข้าใจความต้องการซึ่งกันและกันได้ดีขึ้น อาจเลือกใช้โอกาสในขณะที่ไปเยี่ยมผู้ป่วย หรือในกรณีที่มีข่าวเรื่องการรักษาผู้ป่วยในการพุดคุยเรื่องนี้กัน เช่น ถ้าเป็นเรา เราจะเลือกทำอะไรในกรณีดังกล่าว

3) ใช้ชีวิตอย่างมีความหมายเหมือนทุกวันเป็นวันสุดท้ายของเรา

สิ่งสำคัญที่เป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ “ตายดี” ได้แก่ การไม่มีสิ่งติดค้างก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยหลายคนยังทำใจให้ยอมรับได้ยากว่าตัวเองเหลือเวลาจำกัด เพราะรู้สึกว่าจะยังมีอีกหลายสิ่งหลายอย่างที่ยังไม่ได้ทำ หรือยังมีปัญหาความขัดแย้งกับคนในครอบครัวที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข การได้วางแผนล่วงหน้าให้มีโอกาสทำสิ่งที่ติดค้างให้ลุล่วง หรือทำความฝันที่อยากทำให้เป็นจริง จึงเป็นปัจจัยสำคัญให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

4) ลองพุดคุยกับแพทย์ผู้ดูแลถึงเป้าหมายการรักษา

โดยผู้ป่วยอาจเป็นคนถามแพทย์ได้โดยตรง หรือคนในครอบครัวอาจเป็นคนถามแทนอย่าลืมว่าคนทุกคนมีความต้องการไม่เหมือนกัน การตัดสินใจทั้งหมดจึงควรขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเป็นสำคัญ อย่าให้ใครคนใดคนหนึ่งเป็นคนตัดสินใจหากสิ่งนั้นอาจไม่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

5) ลองถามแพทย์ที่ดูแลว่าในโรงพยาบาลมีการให้การดูแลแบบ Palliative Care หรือไม่

ในหลายๆ โรงพยาบาลอาจจะเริ่มมีการรับปรึกษาโดยทีมแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเข้ามาช่วยดูแลแบบ Palliative Care โดยอาจให้แพทย์ประจำหรือแพทย์เจ้าของไข้ประสานงานช่วยปรึกษาให้ได้



ยาย มีความสุขมาก
ขอบใจนะ

★ บทส่งท้าย ★

ฝากหมอบัณฑิตจัดการเรื่อง
หนังสือต่อได้เลอ นะครับ

การประชุมทำหนังสือ
ให้ความรู้กับประชาชน

ค่ะ!



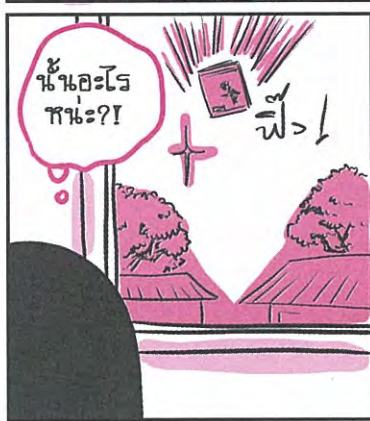
ใจประชุมมาขนาด
ก็เมื่อยหัวมีอะไรที่
นะเนี่ย..

หมอบั
สวัสดิ์ค่า!

หนังสือเกี่ยวกับ Palliative Care
จะให้ใครมาวาดภาพประกอบให้ดีนะ..

ส่งสัยเราจะแก้แล้ว..

คุณหมอบ
แวมมา
ตรวจลม
ทางอ..





ฝากหนังสือ "สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต"
ไว้ให้อ้อมอากอ้อมใจด้วยนะคะ



ประวัติผู้เขียน



อาจารย์แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร
หรือหมอเป็

ที่ทำงาน ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัย
มหิดล

จบแพทย์ที่ศิริราช ไปใช้ทุน 1 ปีที่
โรงพยาบาลสระบุรี เรียนจบสาขา
เวชศาสตร์ครอบครัวที่รามธิบดี ทำงาน
1 ปีแล้วได้ทุนไปแคนาดา 3 ปีเพื่อเรียน
ด้านการเรียนการสอนด้าน Palliative
Care และ ด้านผู้สูงอายุ

มีคุณยายเป็นแรงบันดาลใจให้
เรียนด้าน Palliative Care เพราะตอน
อายุปี 5 รู้สึกว่าน่าจะช่วยคุณยายได้มาก
กว่าที่เป็น โชคดีได้ทันใช้ความรู้ Palliative
Care ที่เรียนมาดูแลคุณตาในช่วงสุดท้าย
ของชีวิตคุณตา ได้เรียนรู้และทำงาน
Palliative Care แล้วรู้สึกมีความสุขกับ
ชีวิตมากขึ้น ทำให้อยากถ่ายทอดทัศนคติ
ที่ดีและความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบ
Palliative Care ต่อไปยังคนอื่นๆ

จากใจหมอบั๊

ขอขอบคุณคนไข้ที่เมืองไทยและเมืองโทรอนโตทุกคนที่ช่วยสอนให้เข้าใจความจริงของชีวิตมากขึ้น ผ่านเรื่องราวชีวิตของคนไข้ทุกคนที่ฉันได้มีโอกาสดูแล คำถามที่ฉันถูกถามเป็นประจำคือ ไม่รู้สึกเศร้าหรือหดหูหรือที่ต้องมาทำหน้าที่ดูแลคนไข้กลุ่มนี้ ฉันตอบคำถามนี้ด้วยคำภาษาอังกฤษ 2 คำ คือ Empathy และ Sympathy ฉันเชื่อว่าหมอที่ดีทุกคนย่อมมี Empathy เป็นพื้นฐาน คือมีความเห็นอกเห็นใจคนไข้ แต่หากเรามีความเห็นใจมากจนรู้สึกทุกข์เศร้าหรือสะเทือนใจไปกับคนไข้ด้วย เรียกว่าเราเริ่มเกิดความรู้สึก Sympathy ซึ่งอารมณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบย่อมมีผลต่อการดูแลคนไข้เป็นธรรมดา การมี Empathy จึงเหมือนมีอุเบกขา คือ การวางเฉยแต่ไม่ใช่เฉยเฉย ทำให้หมอยังทำหน้าที่ดูแลคนไข้ได้ต่อไปเป็นปกติ สำหรับคนที่ต้องเป็นคนดูแลคนใกล้ตัวที่เจ็บป่วย ก็สามารถใช้หลักการ Empathy โดยไม่ Sympathy ได้เช่นกัน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยใกล้ตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ตัวเองไม่ทุกข์หรือเหนื่อยเกินไป

ที่เมืองไทยฉันได้เรียนรู้เรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นครั้งแรกในช่วงที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ขอขอบคุณ อาจารย์สายพิน หัตถิรัตน์ ที่เป็นผู้แนะนำให้รู้จักศาสตร์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ที่โทรอนโต ขอขอบคุณ Dr. Albert J Kirshen และ Dr. Dori Seccareccia ที่ให้โอกาสเป็นแพทย์ฝึกหัดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) และขอขอบคุณอาจารย์แพทย์ที่ Temmy Latner Centre for palliative care ทุกคนสำหรับประสบการณ์ดูแลคนไข้ที่มีคุณค่า รวมทั้งทำให้ได้เห็นตัวอย่างการเป็นหมอและครูแพทย์ที่ดี

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณ รศ. นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ สำหรับการสนับสนุนให้เริ่มต้นเขียนหนังสือเล่มนี้ คุณวีรมลต์ จันทรดี และคุณนุชระพี จันทรช่วย สำหรับการประสานงานทุกอย่างที่ทำให้หนังสือเล่มนี้เกิดขึ้นได้



ประวัติผู้วาด



ปิยะนุช เศรษฐารุ่งศรี

จบการศึกษาจาก โรงเรียนสตรีวิทยา
ศึกษาต่อที่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
พระจอมเกล้าธนบุรี คณะเทคโนโลยี
สารสนเทศ ภาควิทยาการคอมพิวเตอร์
(ภาคภาษาอังกฤษ)

ทำงานบริษัทเป็นนักร้องแบบ
ได้ประมาณเกือบปีก็ต้องลาออกเพราะ
ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จึงเอา
ประสบการณ์ตอนป่วยมาเขียนเป็น
หนังสือชื่อ “สาว 22 กับโรคนางเอก
(ลูคีเมีย)” (สนพ.จำ๊อ้าว) ได้รับรางวัล
หนังสือดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2554 ของ
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น
พื้นฐาน (สพฐ.) รางวัลชมเชยประเภท
หนังสือการ์ตูน และ หรือนิยายภาพ
(ทั่วไป)

ปัจจุบันรับวาดภาพประกอบอิสระ
ผลงานที่ออกสู่ตลาดแล้ว คือ 100
เคล็ดลับทำคุณหอม (สนพ.อมรินทร์)
และ ทำอย่างไรเมื่อเจ้าตัวเล็กสมาธิสั้น
(สนพ.อมรินทร์)

e-mail : nuchnin@hotmail.com

คำนิยาม



ผศ. พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

หนังสือ “สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต” จะทำให้ท่าน ไม่ว่าจะเป็นประชาชนทั่วไป หรือบุคลากรสายสุขภาพ ได้เข้าใจมุมมองใหม่ในการดูแลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยด้วยความสุข ความรัก และความเข้าใจที่ถูกต้องในการช่วยเหลือเยียวยาแก่คนที่จะจากไปไม่ให้ทุกข์ทรมาน

เมื่อได้อ่านต้นฉบับหนังสือขนาดเหมาะมือเล่มนี้ บางช่วงผมลืมไปเลยว่ากำลังอ่านหนังสือที่มีจุดประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องการดูแลช่วยเหลือคนไข้ระยะสุดท้ายสำหรับผู้สนใจทั่วไป เพราะอ่านเพลินด้วยภาพประกอบน่ารักติดตา โดยที่เนื้อหาทางวิชาการในประเด็นสำคัญๆ ก็ยังถูกบรรจุไว้ได้อย่างครบถ้วน ซึ่งจะช่วยให้คนไข้เอง ครอบครัวผู้ใกล้ชิด รวมถึงบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องเข้าถึงและเข้าใจหลักการสำคัญ การสื่อสาร การดูแลอาการทุกข์ทรมานต่างๆ และการประสานงานช่วยเหลือคนไข้กลุ่มนี้ดีขึ้น



รศ. นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์

เมื่อเหลือเวลาในชีวิตไม่มากมาย ความหมายของการมีชีวิตอยู่คงหมายถึงการได้ทำในสิ่งที่รัก และรายล้อมไปด้วยคนที่เรารักและรักเรา และเมื่อเวลาของชีวิตหมดลง จะมีอะไรสำคัญไปกว่า การได้จากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมาน สมศักดิ์ศรี และมีความสุข ให้สมกับสิ่งดีๆ ที่เราได้ทำมาทั้งชีวิต



อ. พญ.ดาริน จตุรภัทรพร

ISBN 978-974-350-719-9



จัดพิมพ์โดย

เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์