

บทบาทของครอบครัวกับการดูแลแบบประคับประคอง
เพื่อสุขภาวะระยะท้ายของชีวิต

The Role of Family Members in Palliative Care
for Well Being at the End of Life

ปรารถนา ลังการปินธุ์*
Prathana Langkarpint

บทคัดย่อ

เป้าหมายของครอบครัว คือ การให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้นานที่สุด ส่วนเป้าหมายของทีมสหวิชาชีพ คือ การรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคร้ายไข้เจ็บโดยมุ่งประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่การเจ็บป่วยบางประเภทไม่สามารถรักษาให้หายได้และต้องเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตในที่สุด นอกจากผู้ป่วยแล้ว ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นที่รัก เมื่อมีการเสียชีวิตก็就会有ความเศร้าโศกจากการจากพราก การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด นอกจากจะมุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายน้อยที่สุด ควบคุมอาการทุกข์ทรมาน และได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์แล้ว การดูแลเพื่อให้เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตมีความสำคัญยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวของผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ซึ่งรวมไปถึงการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้ การดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขในระยะท้ายของชีวิต ควรเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับแจ้งข่าวร้ายว่าป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตามแนวคิดใหม่การดูแลแบบประคับประคอง ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ และด้านกฎหมาย

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง ระยะท้ายของชีวิต

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ วิทยาเขตแก้ว
นารัฐ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000, Assistant Professor Dr., McCormick Faculty of Nursing, Payap
University, Mueang District Chiangmai Province 50000, Email: plangkarpint@gmail.com

Abstract

The goal of family is to let their love one to be with them as long as possible. The goal of multidisciplinary health professionals is generally to cure patient focusing mainly on patients' benefits. However, some illness cannot be cured and move patient's life to the end. Besides patients and their family members were sadly affected by illness, losing the love one is devastated and grieving. Then the aims of incurable illness focusing on providing comfortable, control pain according to medical treatment plan, and maintain quality of life. All carers or family members should know how to give care at the end of life including caring for carers who encountering lost and grieve. Palliative care should be started immediately to provide wellbeing at the end of patients' life and their family according to a new concept of palliative care. Family members plays a significant role in giving care in terms of physical, mental, psychosocial, spiritual, and legal.

Keywords: palliative care, end of life care

1. บทนำ

การจัดบริการแบบประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการพัฒนาขึ้นในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือมานานกว่า 4 ทศวรรษ การบริการแบบ Hospice เป็นตัวอย่างของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นในประเทศอังกฤษในระยะแรกเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2510 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายก่อนเสียชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,2557) การจัดบริการแบบ hospice ได้รับการเผยแพร่และขยายออกไปมากขึ้นในทวีปยุโรป ในปี พ.ศ.2532 ได้มีการก่อตั้งสมาคมบริบาลแบบประคับประคองภาคพื้นยุโรป (European Association for Palliative

Care, EPAC) โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและเผยแพร่รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น โดยพิจารณาถึงประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณภาพการดูแล การเข้าถึงการดูแล ระบบบริการ นโยบาย กฎหมาย ประเด็นทางสังคม รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรที่สามารถให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัว และบุคคลทั่วไปสำหรับการพัฒนาการบริการแบบประคับประคองในทวีปอเมริกาเหนือ ประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มให้การบริการแบบประคับประคองในปีพ.ศ.2513 โดยบรรจุไว้ในชุดการดูแลสิทธิประโยชน์จากภาครัฐ (Medicare) มีการบริการในช่วง 6 เดือนสุดท้ายก่อนที่บุคคลจะเสียชีวิตทั้งในสถานบริการต่างๆ เช่น โรงพยาบาล hospice และที่บ้าน

ปีพ.ศ.2541 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO, 1998) ได้ให้คำจำกัดความของ การดูแลประคับประคองไว้ว่า หมายถึง “การจัดการให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการป้องกันและการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ด้วยการวินิจฉัยตั้งแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างแม่นยำ และการบรรเทาความปวดและปัญหาอื่นๆ ให้ครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ” การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ซึ่งมีใช้เป็นเพียงอาการของความผิดปกติทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคล เท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่

ประเทศไทยได้รับความสำเร็จจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รูปแบบการบริการ การให้ความรู้และการปรับทัศนคติคนไทยเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย ผลของความสำเร็จ เห็นได้จากการที่คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 56 ปี ในปี พ.ศ.2507 เป็น 71.1 ปีในเพศชาย และ 81.1 ปี ในเพศหญิง ในปี พ.ศ.2556 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557) และทำให้คนไทยมีอายุยืนขึ้นโดยมีประชากรผู้สูงอายุถึง 9.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) แนวโน้ม

ปัญหาสุขภาพของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไปโดยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด ไตวาย และมะเร็ง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลนานขึ้นและมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เมื่อการเจ็บป่วยดำเนินไปจนถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยควรมีสู่ภาวะในระยะก่อนเสียชีวิต ครอบครัวหรือผู้ดูแลควรจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ในปี พ.ศ.2552 ประเทศไทยมีการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองมาใช้โดยบรรจุในแผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพระยะที่4 ของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย มีการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองในโรงเรียนแพทย์ (Medical School Palliative Care Network, MS-PCARE) เพื่อพัฒนาความรู้ หลักสูตร การบริการ และพัฒนาผู้ให้บริการแบบประคับประคอง ต่อมาในปี พ.ศ.2555 มีการจัดตั้งสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทของสังคมไทย ส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนการสอนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับบุคลากรทุกระดับ รวบรวมองค์ความรู้เพื่อพัฒนาการทำงานและการวางแผนนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประสานงานกับองค์กรที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายทั้งในและต่างประเทศ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับประชาชน และสนับสนุนการทำงานของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ทางด้านวิชาการ บริหารจัดการ งานวิจัย และสุขภาวะในการทำงาน (สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย <http://www.thaps.or.th/> สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2558) นับได้ว่าขณะนี้ระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยมีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น จากที่มีการขยายการพัฒนาการบริการรูปแบบต่างๆ มีการศึกษาวิจัย การอบรม พัฒนาบุคลากรสุขภาพ การให้ความรู้แก่ประชาชน มีการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ เพื่อให้คนไทยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีคุณภาพ และหากถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ก็จะตายโดยไม่ทุกข์ทรมานหรือเรียกว่ามีสุขภาวะระยะท้ายของชีวิต

2. แนวคิดและรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคอง

เดิมแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองใช้ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ได้รวมถึงการดูแลผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามการดำเนินของโรคและมีเป้าหมายการดูแลเช่นเดียวกับโรคอื่นๆ การดูแลแบบประคับประคอง จะเริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต การดูแลจะจบสิ้นลงทันทีเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ดังแสดงไว้ในรูปที่ 1.

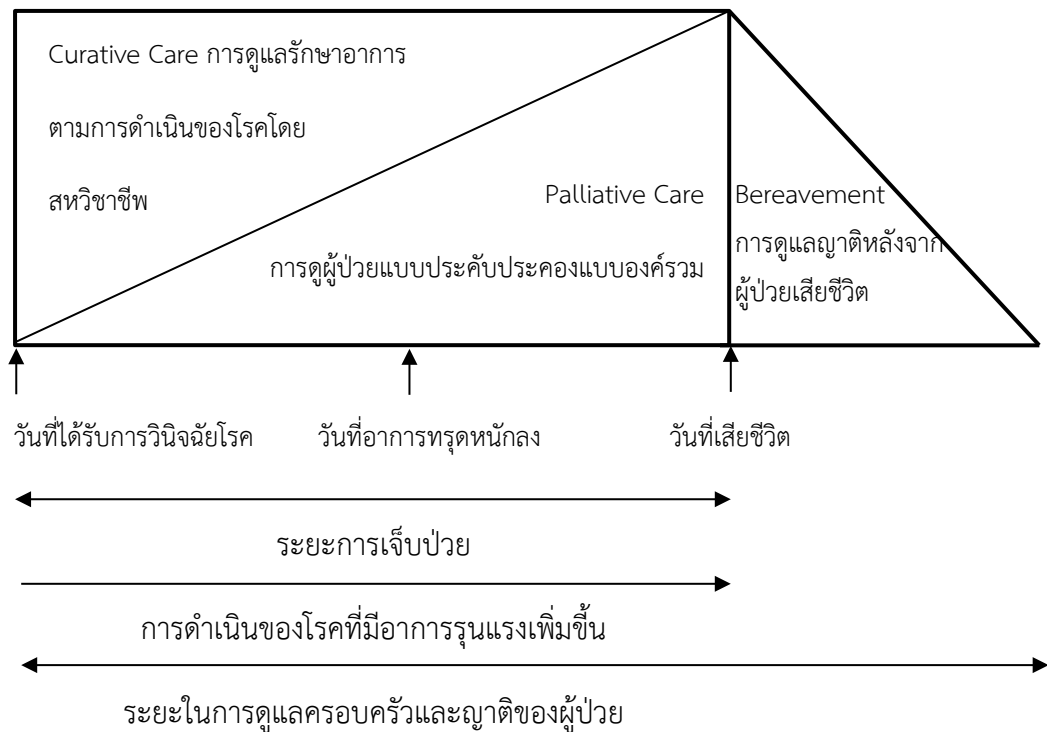


รูปที่ 1. แนวคิดในการดูแลแบบประคับประคองรูปแบบเดิม

แนวคิดใหม่ของการดูแลแบบประคับประคองมีการเปลี่ยนแปลงปรัชญาการดูแลและการบริการที่เป็นการประสานงานระหว่างทีมจากสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลสุขภาพมีทั้งแบบดูแลรักษาตามอาการ (Curative) พร้อมๆ กับการดูแลแบบประคับประคองโดยความร่วมมือ ประสานงานกัน และมีการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของ

ผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นพร้อมๆ กันกับการรักษาตามการดำเนินของโรค หรือการดูแลเพื่อยืดชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความหวังถึงความสงบ ความมีศักดิ์ศรี ของความเป็นคน ตลอดจนความเจ็บป่วยระหว่างกระบวนการของความตายและหลังความ ตาย สำหรับแนวคิดใหม่ การดูแลแบบประคับประคองเริ่มต้นทันทีเมื่อผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการดูแล แบบประคับประคองจึงแตกต่างจากการรักษาโรคแบบอื่นๆ เป้าหมายที่สำคัญที่สุดจะเน้นที่ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ นอกจากนี้ จะให้การดูแลเพื่อควบคุมอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัว ต่อความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ทีมสหวิชาชีพและญาติจะร่วมมือกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะ สุดท้ายได้ทำภารกิจที่ยังห่วงกังวลให้สำเร็จ ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยเลือกเอง ถ้าเป็นไปได้โดยให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ก่อนการเสียชีวิต หลังจาก que ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ทีมสหวิชาชีพควรช่วยเหลือครอบครัวและ ญาติของผู้ป่วยในการป้องกันปัญหาต่างๆ ซึ่งเกิดจากความโศกเศร้าของครอบครัว (Bereavement) ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองในแนวคิดใหม่จึงเป็นการดูแลปัจเจก บุคคลเพื่อบรรเทาจากอาการปวดและกลุ่มอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ ทีมสหวิชาชีพและญาติ ควรตระหนักว่าการตายเป็นกระบวนการปกติของชีวิตโดยจะไม่รับเร่งหรือยืดขยายความตาย ของผู้ป่วยออกไป การดูแลแบบประคับประคองในแนวคิดใหม่ยังเป็นการดูแลที่บูรณาการ การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยมีการจัดให้มีระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถ ดำรงชีวิตที่สามารถพึ่งพาตนเองให้นานที่สุด (Patient lives as actively as possible) จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงจัดระบบสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถ เผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความสูญเสียและความพลัดพรากที่เกิดขึ้น ทีมสหวิชาชีพ และญาติของผู้ป่วยร่วมมือกันเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสห วิชาชีพยังให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยในภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียและพลัด พราก ทั้งหมดนี้จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบ ประคับประคองควรนำมาใช้ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยร่วมกับการรักษาอื่นๆ ที่ต้องการยืดชีวิตของ ผู้ป่วย เช่น การให้เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา และรวมถึงการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ที่จำเป็น

เพื่อให้เกิดความเข้าใจดีขึ้นและสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานอื่นๆ ได้ ดังแสดงไว้ในรูปที่ 2.



รูปที่ 2 แนวคิดใหม่ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งนี้ครอบครัวมีความสำคัญยิ่งเพราะหากครอบครัวไม่เห็นด้วยหรือไม่ให้ความร่วมมือก็ไม่สามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองได้ ทีมสหวิชาชีพและครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองควรใช้หลักสำคัญ 4 ประการในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ **ประการแรก**ที่สำคัญที่สุดคือ การสื่อสารทำความเข้าใจ (Communication) ทีมสหวิชาชีพควรให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาที่มีอยู่ การตั้งเป้าหมายการรักษารวมกัน (Goal clarification) รวมถึงการวางแผนล่วงหน้า

เกี่ยวกับการรักษาระสุดท้ายของชีวิต (Advance care plan และ advance directives) ผู้ป่วยควรได้รับการเคารพในความเป็นมนุษย์ที่มีสิทธิและศักดิ์ศรี ผู้ป่วยจึงมีสิทธิรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตน **ประการที่สอง** การจัดการกับโรค (Disease management) เป็นการดูแลตามขั้นตอนการดำเนินของโรค ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา **ประการที่สาม** ควบคุมอาการทางกาย (Symptoms control) ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย เช่น ความปวด (Pain) ความอ่อนล้า (Fatigue) การหายใจไม่อึด (Dyspnea) และ**ประการสุดท้าย** การดูแลจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ (Psycho-social-spiritual care) ทั้งนี้ จะเน้นให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลแบบประคับประคองจะยึดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง โดยให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถอธิบายเหตุผลของการดูแลได้ (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2556)

รูปแบบการบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care model) ที่เหมาะสมควรจัดให้สำหรับผู้ป่วยทุกๆ คนตามความต้องการของเขา ตั้งแต่เวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหรือโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมักจะคุกคามชีวิตหรือทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง เพื่อประโยชน์สูงสุดในการบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงควรมีการบูรณาการเข้าไปในทุกๆ จุดที่มีผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่องจากการวินิจฉัยโรคตลอดถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ที่โรงพยาบาล สถานพยาบาล ในชุมชน และที่บ้าน ในการให้บริการแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลควรมีพยาบาลที่ได้รับการอบรมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมาแล้ว สำหรับการดูแลที่บ้าน ญาติของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลแบบประคับประคอง และต้องคำนึงถึงความเชื่อ ภูมิหลังของผู้ป่วย และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ผู้ดูแล (Carer) ควรได้รับการฝึกฝนพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทีมการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นทางการ ควรมีความเชี่ยวชาญ ทุกคนในทีมควรได้รับการอบรมเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคองและมีประกาศนียบัตรรับรองว่าผ่านการอบรมมาแล้ว สามารถออกแบบหรือวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ในด้านผู้ที่ร่วมให้บริการ เช่น องค์กร หรือ หน่วยงานที่เฉพาะ และชุมชนในท้องถิ่น ต้องมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม คือ ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ความร่วมมือที่ดีระหว่างทีมสห

วิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจะสามารถให้บริการอย่างเพียงพอเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่สุด ควรมีการใช้ประโยชน์สูงสุดจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนและองค์กร ข้อสำคัญคือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดโดยทีมสหวิชาชีพ ตัวอย่างรูปแบบการให้บริการทางคลินิก (Clinical model) มีหลากหลายเช่น Hospice care เป็นโปรแกรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์ว่าอาจจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน อาจใช้รูปแบบนี้ใน Nursing home หรือหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล Palliative care program เป็นโปรแกรมขององค์กร หน่วยงาน ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล หรือ Nursing home ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต มีการให้บริการที่ได้ก็ได เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต Outpatient palliative care programs เกิดขึ้นใน Ambulatory care setting เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือ คุกคามชีวิตอย่างต่อเนื่อง Community palliative care program เกิดขึ้นในชุมชนเมื่อทีมที่ปรึกษาให้ความร่วมมือกับ Hospice หรือ Home health agencies เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งไม่สามารถเข้าถึง Hospice ได้

ตัวอย่างการดูแลทุกรูปแบบที่กล่าวมา ใช้หลักคิดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองแบบเดียวกัน คือ ชีวิตคือองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ “การเกิด” และ “การตาย” เป็นธรรมชาติของทุกชีวิต เป้าหมายของการดูแลคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการไม่ทุกข์ทรมาน “การตายดี” เป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ ต้องไม่เร่งหรือยื้อเมื่อถึงเวลาที่ต้องจากไป เป็นการดูแลที่มีทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (รัตนา พันธุ์พานิช, 2557)

3. กฎหมายกับการดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO, 2008) ได้กำหนดหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองว่า ผู้ดูแลต้องเคารพเป้าหมาย เจตจำนงของผู้ป่วย โดยให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คำนึงถึงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงผู้ให้การดูแล (Care provider) ที่เหมาะสม และหาวิธีที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด การที่บุคคลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นมิได้

หมายความว่า ผู้ป่วยต้องการการการุณยฆาต (Mercy killing) สำหรับประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในมาตรา 12 ระบุว่า "บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาในวาระหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวาระหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง" (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขและวิถีชีวิตของคนโดยทั่วไป เพราะได้นิยามความหมายของคำว่า "สุขภาพ" ในภาพกว้าง และเรื่องหนึ่งซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทยก็คือ การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในต่างประเทศเรียกว่าการทำ Living will หมายถึง หนังสือที่แสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า และ Advance directives หมายถึง หนังสือที่ระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าซึ่งหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในการทำหนังสือประเภทนี้แล้ว หนังสือแสดงเจตนาทำได้ 2 รูปแบบคือ 1) ผู้ทำหรือผู้ป่วยเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วยตนเอง 2) ผู้ทำหรือผู้ป่วยแสดงเจตนาด้วยวาจาต่อแพทย์ พยาบาล ญาติหรือผู้ใกล้ชิด อาจให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์ให้หากไม่สามารถเขียนหรือพิมพ์เองได้แต่ต้องระบุชื่อผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ลงในหนังสือแสดงเจตนา และหนังสือแสดงเจตนาสามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลง ระบุใช้ชั่วคราว หรือยกเลิกได้ตลอดเวลาตามผู้ทำหนังสือต้องการ แต่ควรแจ้งให้แพทย์หรือญาติทราบโดยเร็ว ผู้มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ที่อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกคนสามารถทำหนังสือเจตนาได้ และถึงแม้บุคคลจะเขียนหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่ไม่จำเป็นแล้ว ก็ยังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ มิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งแต่อย่างใด เช่น หากมีความเจ็บปวดก็จะได้รับยาบรรเทาปวด เป็นต้น

แม้ว่าในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 ได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้แล้ว แต่กฎหมายได้เขียนไว้ว่า การดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและ จริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ยกร่างกฎกระทรวงแล้ว และสมาชิกสุขภาพได้พิจารณาทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุข

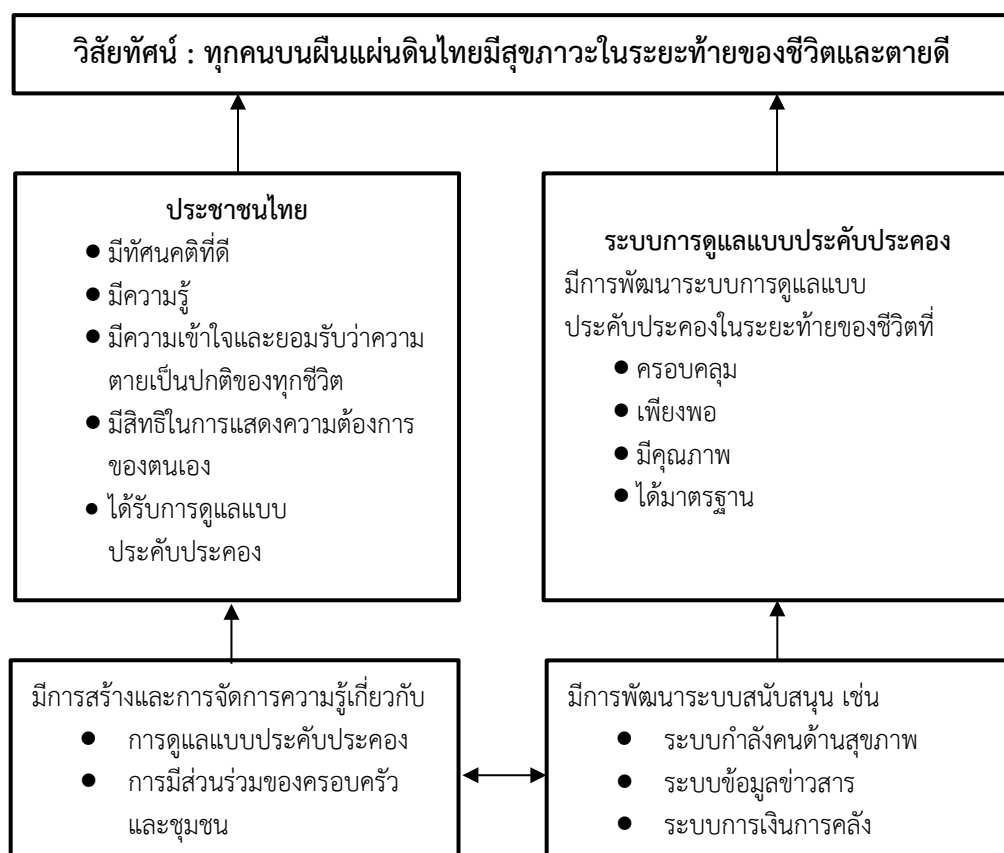
ภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 โดยได้รับการรับรองตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ครั้งที่สอง เมื่อวันอังคารที่ 17 ธันวาคม 2556

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 (2557) ได้ให้คำจำกัดความของ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและอาจคุกคามถึงชีวิต หรือป่วยด้วยโรคที่มีแนวโน้มทรุดลงจนเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต (แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559, 2557 หน้า 11) ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองจึงควรเริ่มต้นเร็วที่สุดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลได้รับการเตรียมพร้อม กลุ่มผู้ป่วยเหล่านั้น ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังและมีการบาดเจ็บที่คุกคามชีวิตจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยทารก เด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ที่มีการบาดเจ็บตั้งแต่เกิดหรืออาการของโรคที่ทำให้ต้องพึ่งพาการรักษาเพื่อยื้อชีวิต หรือรักษาระยะยาว มีผู้ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ทารก เด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ที่มีพัฒนาการทางสติปัญญาผิดปกติที่พัฒนาเป็นความเจ็บป่วยรุนแรง บุคคลทุกกลุ่มอายุที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันและคุกคามชีวิต เช่น การบาดเจ็บรุนแรง โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และมะเร็งในเม็ดเลือดขาวที่เป้าหมายการรักษาที่เป็นจริงมีการเปลี่ยนแปลง แต่อาการของผู้ป่วยหรือการรักษาเป็นภาระและผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี บุคคลที่ดำรงชีวิตโดยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง ไตวาย โรคหลอดเลือดสมองที่มีผลทำให้เกิดความพิการ โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคทางระบบประสาทที่ทำให้สูญเสียความรู้สึกหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่เข้าสู่การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและมีอาการรุนแรง เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งกลุ่มผู้เปราะบาง และกลุ่มผู้ยากจน ที่มีความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เช่น คนที่ไม่มีบ้าน กลุ่มผู้อพยพ กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำ กลุ่มเชื้อชาติสัญชาติที่ถูกกีดกัน นักโทษ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้านสติปัญญาและจิตใจ ผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ในกลุ่มดังกล่าวมานี้ ล้วนแต่สมควรที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งสิ้น

4. แนวทางการดูแลแบบประคับประคองตามแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติของประเทศไทยว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต (2557-2559) มีเนื้อหาโดยสรุปว่า ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต (End of life) และตายดี (Good death) ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีทัศนคติที่ดีมี

ความรู้ความเข้าใจ ยอมรับความตายว่าเป็นปกติของทุกชีวิต มีสิทธิในการแสดงความต้องการของตนเองและได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต การสร้างและจัดการความรู้ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตที่ครอบคลุมเพียงพอมีคุณภาพ มาตรฐาน มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง มีการพัฒนาระบบสนับสนุนรูปแบบต่างๆ รูปที่ 3. แสดงกรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 มีเป้าหมายที่จะพัฒนา ขับเคลื่อนและบูรณาการระบบสังคมและระบบบริการสุขภาพเพื่อการตายดี



รูปที่ 3. กรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559

ในแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติได้ให้นิยามคำต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองดังนี้

การตายดี หมายถึง การตายที่ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนาวัฒนธรรมของตนเอง รวมทั้งได้ทำสิ่งที่ค้างค้าง สามารถแสดงความปรารถนาของตนว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้าย เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

สุขภาพ หรือ สุขภาวะ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550)

สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล สถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวง ทบวง กรม รัฐวิสาหกิจ สภาวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้นยังหมายรวมถึงสถานบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดย องค์กรทางศาสนา องค์กรชุมชน และองค์กรเอกชนอีกด้วย

5. บทบาทของครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคอง

เพื่อสุขภาพในระยะท้ายของผู้ป่วย ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง โดยแบ่งออกเป็นการดูแลด้านต่างๆ ดังนี้

5.1 การดูแลด้านร่างกาย

การดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันที่มีครอบครัวขยายมากขึ้น บางครอบครัวอาจไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตามผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองด้านร่างกายควรมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค วิธีการรักษาของแพทย์ และวิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีความไม่สบายต่างๆ เช่น การให้ยาเคมีบำบัดที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดความไม่สบาย เช่น ความปวด คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลียเบื่ออาหาร ซาปลายมือปลายเท้า เยื่อบุช่องปากอักเสบ ถ่ายเหลว ใช้สუნัขหว้าน ครอบครัวควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามคำสั่งแพทย์และดูแลด้านกิจวัตรประจำวันต่างๆ ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภาและคณะ (2556) กล่าวว่า การดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและต้องดูแลแบบองค์รวม คือการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บุคลากรทางการแพทย์ต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมะเร็งเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งเน้นการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา และคณะ (2556) เสนอว่า ควรมีการจัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพต่อเนื่องดูแลผู้ป่วยมะเร็งในงานผู้ป่วยนอก และจัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบครัวและชุมชน มีศูนย์เครื่องมือแพทย์เช่นถึงออกซิเจน ที่นอนลมไฟฟ้า เครื่องดูดเสมหะสำหรับให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายที่ดีขึ้น

5.2 การดูแลด้านจิตสังคม

เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น มะเร็ง บางครอบครัวไม่พร้อมที่จะให้ผู้ป่วยรับรู้ผลการวินิจฉัย จึงขอให้แพทย์และทีมสหวิชาชีพไม่แจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยเพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะเสียใจ บางครอบครัวให้ผู้ป่วยรับทราบเองจากการสนทนากับผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่ไปรับการรักษาด้วยกัน เช่น การรับเคมีบำบัด แท้จริงแล้ว ครอบครัวควรเตรียมพร้อมที่จะดูแลด้านจิตสังคมทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเอง โดยพร้อมยอมรับความจริงที่จะเกิดขึ้น เช่น การลุกลามของโรค การกำเริบ การเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ทีมสหวิชาชีพมีหน้าที่ในการให้ความรู้และช่วยเหลือในการสร้างทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีสุขภาวะมากที่สุดในช่วงการเจ็บป่วยต่อเนื่องไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น ก่อนที่จะแจ้งข่าวร้าย เกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค ครอบครัวควรมีความรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจของผู้ป่วย 5 ระยะตามแนวคิดของ Elizabeth Kubler Ross (2012) ได้แก่ **ระยะปฏิเสธ** ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับความจริงว่าตนเองป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและจะตาย อาจแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม ต้องการพูดกับผู้ที่เขาไว้วางใจเท่านั้น ครอบครัวควรเข้าใจ รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมามากที่สุด **ระยะโกรธ** ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมที่ไม่เคยมีมาก่อน หงุดหงิด โมโหง่าย ทำลายสิ่งของ ครอบครัวควรให้อภัยในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านั้น **ระยะต่อรอง** ผู้ป่วยอาจต้องการปฏิบัติกิจทางศาสนาตามความเชื่อ เช่น การบวช การสวด ครอบครัวควรเข้าใจและสนับสนุนกิจกรรมหรือประกอบ

พิธีกรรมทางศาสนา ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยอาจเริ่มยอมรับถึงความเจ็บป่วยของตน แสดงออกโดยซึมเศร้า ร้องไห้ ครอบครัวควรเข้าใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความในใจ ให้การสัมผัสเพื่อปลอบโยน แสดงความเข้าใจและเห็นใจ **ระยะสุดท้าย** คือระยะยอมรับ ผู้ป่วยยอมรับได้ว่าตนจะตาย ครอบครัวควรเข้าใจและยอมรับความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ครอบครัวควรมีโอกาสอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต

5.3 การดูแลด้านจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านจิตวิญญาณหมายถึง การเข้าใจถึงสิ่งที่มีคุณค่าต่อชีวิตของเขา การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นได้ทั้งด้านความเชื่อ ศาสนา หรือสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนาก็ได้ ทั้งนี้ทีมสหวิชาชีพต้องเข้าใจและยอมรับในความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก และเข้าใจว่าความคิด ความศรัทธา ความเชื่อ การให้คุณค่า และความหมายของสิ่งต่างๆ จะมีผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ การดูแลด้านจิตวิญญาณมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย และเมื่อถึงเวลาต้องจากไปก็จากไปอย่างสงบ ไพโรจน์ทิพา แก้วมัตย์, สอาด มุ่งสิน, จรูญศรี มีหนองหว่า, อุดมวรรณ, วันศรี, เยาวเรศ ประภาษานนท์, ญาณิ แสงสาย และเพชรรัตน์ เอิบบุญ (2555) ได้ทำการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณของชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ไตวายระยะสุดท้าย และอัมพาต จำนวน 10 คน ในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณพบว่า มีการดูแลที่ต่อเนื่องและแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่หนึ่ง** เรียกว่า “ตุ้มโฮม” เป็นระยะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้านและเริ่มได้รับการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน เรียกว่าญาติและคนในชุมชนจะได้รับทราบผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและชวนกันมาร่วมให้กำลังใจ อาจมีการจัดพิธีเรียกขวัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทราบถึงความสำคัญของเขาต่อชุมชน **ระยะที่สอง** มีการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อหรือ “ของรักษา” ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยจะร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อหาทางเลือกที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณควบคู่กันไป ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและชุมชนจะเห็นใจกันและมุ่งทำในสิ่งที่ดีงาม **ระยะสุดท้าย** “ซอมใจ” หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นจนผู้ป่วยและญาติต่างยอมรับว่าหมดหนทางรักษาแล้ว เป็นระยะที่หมดหวังและเตรียม

เผชิญกับการตายและหมดหวัง คนในชุมชนจะเอาใจใส่ผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น โดยพิจารณาให้การดูแลตามความเชื่อใน“ของรักษา”ของผู้ป่วยเป็นหลัก และปฏิบัติตามประเพณีวัฒนธรรมของชุมชนและรับคำแนะนำจากบุคคลที่ชุมชนให้ความเคารพนับถือ การดูแลอาจมีได้มากกว่าหนึ่งรูปแบบก็ได้จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตจะเห็นได้ว่าครอบครัวและชุมชนในสังคมอีสานมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย และมีการคำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วยเป็นหลัก

จากการศึกษาเชิงพรรณนาของ ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา, แสงจันทร์ เกณทวี, พูนศรี แดนดี, ธฤตา ไพฑูริพงษ์ (2556) ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 70 คน ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ในโครงการพุทธรักษางานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประโยชน์ อุดรราชธานี พบว่า การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual care) ตามความเชื่อค่านิยมในแต่ละครอบครัว ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและกลับบ้านได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน มีส่วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายดีขึ้น

5.4 การดูแลด้านกฎหมาย

ครอบครัวควรมีความรู้ด้านกฎหมายเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550) การทำหนังสือที่แสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า (Living Will) และหนังสือที่ระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า (Advance Directives) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ตนต้องการ เช่น ไม่ประสงค์จะใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ใช่เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทันสมัยต่างๆ เพื่อยื้อชีวิต เอกสารทั้งสองฉบับดังกล่าวจะช่วยให้ครอบครัวรับรู้ความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย และครอบครัวควรตอบสนองต่อความต้องการสุดท้ายเหล่านั้น รูปแบบของเอกสารทั้งสองสามารถดาวน์โหลดได้จาก www.thailivingwill.in.th

ถึงแม้การวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อสภาวะระยะท้ายในประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นเมื่อเทียบกับต่างประเทศ มีนักวิชาการและนักวิจัยในประเทศไทยสนใจศึกษาในเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น โดยเน้นทั้งการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองและศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับ ทศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพดี, ศศิพันธ์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์ และยุพยงค์ พุฒธรรม (2556) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ

โรงพยาบาลประจำจังหวัด มีการพัฒนาคู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้นและมีความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.60, $SD \pm .498$) ด้านผู้ให้บริการซึ่งหมายถึงทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.09, $SD \pm .565$) พยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 91.68 ทศนีย์ เทศประสิทธิ์และคณะ (2556) สรุปว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ควรนำระบบดังกล่าวไปกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมทั้งเครือข่ายให้บริการต่อไป

มุกดา ยิ้มย่อง (2556) ศึกษาการพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า ปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองยังไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน บุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ขาดทักษะการ สื่อสารระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยด้วยกันเองหรือ ระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว ใช้เวลาในการทำงานมาก เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยซับซ้อนทั้งอาการทางร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณ การทำงานขาดความเชื่อมโยงกัน ต่างคนต่างทำและไม่ต่อเนื่อง มุกดา ยิ้มย่อง (2556) เสนอว่า ควรมีแผนกลยุทธ์ในการพัฒนา คือการสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพในชุมชนจัดระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เผยแพร่ ข่าวสารผ่านวิทยุชุมชนในเรื่องของการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเนื่องจากประชาชนสนใจรับรู้ข่าวสารและโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนด้านเวลาจากวิทยุชุมชน ขณะเดียวกันประชาชนมีความ คาดหวังจากบริการของโรงพยาบาลมากขึ้นจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพและพฤติกรรมบริการอย่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

6. บทสรุป

ปัจจุบันคนไทยสนใจในการรักษาสุขภาพมากขึ้น ไม่ว่าการดูแลตนเองให้มีสุขภาพะ ในยามปกติ หรือการแสวงหาการรักษาสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย แต่หากได้รับการวินิจฉัยว่า

ป่วยด้วยโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดหรือมีแนวโน้มที่อาการจะทรุดลงไปเรื่อยๆ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการดูแลที่ถูกต้องคือการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาวะทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่ และมีสุขภาวะระยะท้ายของชีวิต รัฐบาลได้เริ่มเห็นความสำคัญ และได้เริ่มออกกฎหมายให้คนไทยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลตามที่ตนต้องการแล้ว ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญที่สุดที่จะให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณและด้านกฎหมาย เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 บรรลุตามเป้าหมาย นักวิชาการและนักวิจัยควรให้ความสนใจในการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานสากล โดยมีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองทั้งระดับชาติ ระดับโรงพยาบาล และระดับโรงพยาบาลในกลุ่มเครือข่าย และเนื่องจากครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงควรศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการให้การดูแลแบบประคับประคองมากยิ่งขึ้นต่อไป

บรรณานุกรม

- ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา, แสงจันทร์ เกณทวี, พูนศรี แคนดี, ธฤตา ไพทวิพงศ์. (2556). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี*. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพันธ์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์ และยุพยงค์ พุฒธรรม. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลประจำจังหวัดอุดรธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(1), 80-90.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ .(2550). มาตรา 12
- พรรณทิพา แก้วมาตย์, สอาด มุ่งสิน, จริญญา มีหนองหว้า, อุดมวรรณ,วันศรี, เยาวเรศ ประภาษานนท์, ญาณิ แสงสาย, เพชรรัตน์ เอิบบุญ. (2555). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน*. อุบลราชธานี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
- มุกดา ยิ้มย่อง . (2556). *การพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี*. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2556). *เอกสารประกอบการบรรยาย “มิติคุณภาพเพื่อสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง”*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. (2555). *ความเป็นมาของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย*, สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2558. <http://www.thaps.or.th/>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ .(2557). *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สามดีฟรินตังอีควิเมนต์.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานผลเบื้องต้น สํารวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ : สำนักสถิติพยากรณ์
- รัตนา พันธุ์พานิช. (2557). เอกสารประกอบการบรรยาย “รู้และเข้าใจ Palliative Care. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- Kubler Ross, E. *Five Stages of grief*. (2012). November, 25.
<http://www.ekrfoundation.org/>
- World Health Organization. (1998). *WHO Definition of Palliative Care*. October 12.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>