

เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

Home Visit and Palliative Care

อรพรรณ ฟุ่มณีโชติ, พ.บ.

Orapan Fumaneeshoat, M.D.

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่

จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย

Department of Family Medicine and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110, Thailand.

E-mail: orfp_1187@hotmail.com

Songkla Med J 2017;35(4):399-406

บทคัดย่อ:

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและทันสมัยทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยยาวขึ้น การดูแลผู้ป่วยแบบประคองซึ่งเป็นการดูแลเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคที่รักษาไม่หายขาดจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย การดูแลแบบประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวมคือการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยไทยส่วนหนึ่งมีการดำเนินของโรคมารั้งระยะท้ายมักต้องการจะกลับไปรักษาตัวต่อและใช้ชีวิตช่วงท้ายที่บ้าน เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยได้อยู่กับคนที่ผู้ป่วยใกล้ชิดและผูกพันรวมทั้งผู้ป่วยยังได้พักผ่อนเต็มที่ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางส่วนก็ไม่ได้ใช้ชีวิตในระยะท้ายและเสียชีวิตที่บ้านตามที่ต้องการ สาเหตุสำคัญคือ การที่ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ประกอบกับอาการผู้ป่วยที่แยลงอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องพาผู้ป่วยมารักษาตัวในระยะท้ายที่โรงพยาบาล ดังนั้นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในระยะท้ายจึงเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการดูแลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตช่วงท้ายและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามที่ผู้ป่วยปรารถนา การเยี่ยมบ้านระยะท้ายนี้จำเป็นต้องมีองค์ประกอบที่ดีและการวางแผนอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างดีและตรงตามเจตนารมณ์

คำสำคัญ: การดูแลแบบองค์รวม, การดูแลประคอง, ผู้ป่วยระยะท้าย, เยี่ยมบ้าน

Abstract:

To date, an advance in medical technology and science increase the population's life-span. Hence, palliative medicine, aiming to improve quality of life in patients' life with incurable diseases becomes essentially significant. Palliative care is a holistic approach, incorporating physical, mental, social and spiritual health. Most Thai patients in the late stage of diseases prefer staying and receiving health care at home where they feel more familiar and restful. In addition, home is the place where they can be with their beloveds and relatives. Therefore, they would like to die at home rather than at hospital. However, many of them did not live, the way they want the remaining of their lives to be nor they die where they would like to die. This is because their caregivers could not manage the exacerbation of symptoms properly, along with the rapid progression of diseases, resulted in hospital admission at the end stage of patients' lives. Hereafter, palliative home visit plays an important role to allow patients spend their precious time as they approach the end of their life and finally die peacefully at home as they wished. Palliative home visit must be well-planned and appropriate for each patient to ensure that patients, their families and caregivers receive the best health care, according to patients' will.

Keywords: comprehensive care, end of life, home visit, palliative care

บทนำ

ปัจจุบันประชากรไทยป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือที่เรียกอีกชื่อคือกลุ่มโรค non-communicable diseases (NCDs) มากขึ้น โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (cardiovascular and cerebrovascular diseases) และโรคมะเร็ง (cancer) เป็นต้น¹ ข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคกลุ่มนี้มีมากขึ้น เช่น อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2557-2558 เพิ่มขึ้นจาก 1,621.72 (จำนวน 1,047,979 คน) เป็น 1,901.06 (จำนวน 1,236,210 คน)² อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีทางการแพทย์และยารักษาโรคมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น ส่งผลให้สถานพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย สำหรับผู้ป่วยบางกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายอย่าง รวมทั้ง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการลุกลามไปยังกระดูก ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นระยะท้าย ผู้ป่วยโรคหัวใจระยะท้าย เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้การเดินทางมารักษาด้วยตนเองที่สถานพยาบาลจะค่อนข้างลำบาก เนื่องจากอาจมีปัญหาเรื่องความเจ็บปวดหรือเหนื่อยมากขึ้นเมื่อต้องขยับตัวหรือจาก

การเดินทาง ดังนั้นการมีทีมไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นเรื่องที่เหมาะสม นอกจากเรื่องความเหมาะสมแล้ว การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านยังลดปัญหาความแออัดในสถานพยาบาล ลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-admission) และลดค่าใช้จ่ายของประเทศในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอีกด้วย^{3,4}

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

การดูแลแบบประคับประคองคือ การดูแลเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวรวมถึงผู้ดูแล (caregivers) ไม่ใช่เป็นการดูแลเพื่อเร่งหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ โดยอาศัยการดูแลแบบองค์รวมประกอบด้วยการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลเรื่องอาการปวด อาการหอบเหนื่อย เป็นต้น การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การดูแลภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อรู้การวินิจฉัยหรือความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา เป็นต้น การดูแลด้านสังคมและจิตวิญญาณเป็นการดูแลพิจารณาตามความศรัทธา ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ⁵ โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการดูแลบนพื้นฐานของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง⁶

การดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้ายหรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรคและดูแลไปจนกระทั่งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต สามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะโรคนั้น⁷ การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่คาดการณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 5 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยทีมประคับประคองตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยพบว่าจะมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่เริ่มได้รับการดูแลโดยทีมประคับประคองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยผู้ป่วยจะมีระดับคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของชีวิตสูงกว่าอีกกลุ่มด้วย⁸

ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และโรคยังมีการดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง⁵ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และไม่ใช่โรคมะเร็ง คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) โรคหัวใจวาย (chronic heart failure) โรคไตวายระยะท้าย (end stage renal disease) โรคทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) โรคทางกระดูก ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกพรุน (osteoporosis) รวมทั้งโรคทางเดินอาหาร ได้แก่ ตับแข็ง (liver cirrhosis) เป็นต้น⁹ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้รับการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า พบว่าการพยากรณ์โรคของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งยังไม่แม่นยำเท่ากับกลุ่มโรคมะเร็งรวมทั้งแพทย์และทีมที่ทำการรักษาส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงข้อดีของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่าที่เป็น และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจวาย หากได้รับการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาเฉพาะโรค ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะมีความถี่ของการเกิดอาการหอบเหนื่อยน้อยกว่า¹⁰

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) และการเยี่ยมบ้าน (home visit)

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านคือ ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่

แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยการเยี่ยมบ้านนั้น หมายถึง รูปแบบการบริหารที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน คือ สามารถวางแผนการรักษาให้เหมาะกับบริบทของแต่ละบ้านโดยอาศัยการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลรักษาโรคที่เผชิญได้อย่างถูกต้องและมีสุขภาพที่ดีขึ้น การเยี่ยมบ้านไม่ใช่การพยายามกำจัดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือพยายามลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล หรือลดภาระงานของแพทย์และพยาบาลแต่เป็นการดูแลผู้ป่วยรูปแบบหนึ่งเพื่อช่วยให้การรักษาผู้ป่วยออกมามีประสิทธิภาพมากขึ้น¹¹

การเยี่ยมบ้านแบ่งเป็น 4 ประเภท¹² ดังนี้

1. การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย (Illness home visits) เป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นการประเมินความรุนแรงและให้คำแนะนำเรื่องโรคนั้นๆ แก่ผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ประเภทตามระยะการเกิดโรคนั้น ได้แก่

1.1 กรณีฉุกเฉิน มักเป็นการช่วยเหลือเร่งด่วน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยในครอบครัว เช่น หมดสติ หอบจับปล้น เป็นต้น กรณีนี้มักต้องอาศัยการช่วยเหลือทันทีที่บ้าน ดังนั้นจึงต้องมีระบบในการติดต่อถึงเจ้าหน้าที่ที่ให้ความช่วยเหลือ ทีมช่วยเหลือต้องมีความรู้ และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นในที่เกิดเหตุ

1.2 โรคเฉียบพลัน เช่น โรคหัวใจ ถ่ายเหลว เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินอาการเบื้องต้น เช่น ประเมินระดับความรุนแรงของการขาดน้ำในกรณีผู้ป่วยถ่ายเหลว ประเมินความจำเป็นที่ต้องรับยาประทุษยาปฏิชีวนะ หลังจากระเมินหากแล้วว่าสามารถให้การรักษาเบื้องต้นที่บ้านได้ จะทำให้ลดอัตราการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย

1.3 โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต เป็นต้น เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของโรค โรคมีการดำเนินไปถึงระยะไหน โดยมากไปเยี่ยมเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่มารักษาตามนัดบ่อยครั้ง

2. การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ (assessment home visit) การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม

ที่บ้านที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็นหรือไม่ หรือในผู้ป่วยบางคนที่มีมารับใช้บริการทางสุขภาพที่เกินความจำเป็นบ่อยครั้ง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง จำเป็นต้องไปเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินบ้านและปรับบ้านให้เหมาะกับผู้ป่วย เป็นต้น

3. การเยี่ยมบ้านหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (hospital follow-up home visit) แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

3.1 หลังจากนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคทั้งจากโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ แพทย์จะตามไปเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการหรือปัจจัยบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรค เช่น ไข้เลือดออก ติดตามประเมินว่าอาการผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้างหลังจากออกจากโรงพยาบาล และประเมินแหล่งวางไข่ของยุง เป็นต้น

3.2 หลังคลอดบุตร เป็นการเยี่ยมเพื่อช่วยเหลือพ่อแม่ที่มีบุตรเกิดใหม่ซึ่งอาจยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลลูก พบว่าการตามไปเยี่ยมบ้านหลังจากแม่คลอดบุตรจะทำให้แม่เลี้ยงลูกอย่างถูกต้องมากขึ้น¹³

4. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (dying patient home visit) คือ การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด ยังมีการดำเนินโรค เพื่อประเมินอาการและความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับในระยะท้ายของโรคที่บ้านและการเยี่ยมชมต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณร้อยละ 90.0 ในช่วงระยะ 1 ปีก่อนเสียชีวิต ต้องการอยู่บ้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เลือกบ้านเป็นสถานที่สุดท้ายในการรักษาตัวเอง¹⁴

แนวทางในการเยี่ยมบ้านร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง

การสื่อสาร (communication)

การดูแลแบบประคับประคองนั้นการสื่อสารที่ดีจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การดูแลดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและเกิดความไว้วางใจในการดูแลรักษา¹⁵ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองและมี การสื่อสารกันภายในครอบครัวน้อย จะทำให้เกิดความเครียดภายในครอบครัวได้มากกว่าครอบครัวที่มีการสื่อสารกันมากกว่า นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มี การพูดคุยเรื่องการดูแลกับผู้อื่นน้อยจะมีโอกาสเกิดภาวะ

เหนื่อยล้าจากการดูแลได้มากขึ้นอีกด้วย¹⁶ การสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลที่บ้านจะมีความยากมากขึ้นเนื่องโดยส่วนใหญ่ การพูดคุยจะมีระยะเวลาการสื่อสารและมีความถี่ของการพูดคุยมากกว่าในสถานพยาบาล ทำให้ทีมผู้เยี่ยมบ้านต้องเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยและญาติที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล¹⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่ทำให้ทีมสุขภาพสื่อสารกับผู้ป่วย และครอบครัวไม่ราบรื่นคือปัจจัยจากทีมผู้ดูแลรักษาเอง ได้แก่ กลัวการไม่สามารถจัดการอาการที่ผู้ป่วยเป็นได้ตามที่ได้ออก ผู้ป่วย และการที่ไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกตัวเองที่จะเกิดขึ้น หลังจากการพูดคุยกับผู้ป่วยในระยะท้าย เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่¹⁸ ดังนั้นการสื่อสารที่ดีควรเริ่มพัฒนาจากทีมได้มีการพัฒนา การสื่อสารเรื่องนี้มากขึ้น หาแนวทางการจัดการกับความ รู้สึกตนเองหลังจากพูดคุยเรื่องเหล่านี้กับผู้ป่วยและครอบครัว

ความต่อเนื่องของการดูแล (continuity)

ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่หายขาดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มักมีการเปลี่ยนแปลงของอาการตลอดเวลาและโดยมากอาการมักมีแนวโน้มแย่ลง ดังนั้น การดูแลอย่างต่อเนื่องหรือการมีผู้ดูแลประจำ จึงมีความจำเป็นมาก¹⁴ และพบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยลดลงอีกด้วย¹⁹ ปัจจัยที่ทำให้การดูแลแบบประคับประคองไม่สามารถทำได้ต่อเนื่องคือ การขาดทีมงานที่ชำนาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง การเยี่ยมบ้านแบบประคับประคองแต่ละครั้งใช้เวลานาน ขาดอุปกรณ์และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน เหล่านี้ทำให้ทีมไม่สามารถดูแลแบบระยะยาวได้²⁰ การให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองแก่ทีมเยี่ยมบ้าน การเพิ่มอุปกรณ์ การกำหนดระยะเวลาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย กลุ่มนี้ทำให้การดูแลแบบประคับประคองสามารถทำต่อเนื่องได้

การทำงานเป็นทีม (team working)

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ประกอบด้วย การดูแลหลายด้าน ได้แก่ การจัดการอาการทางด้านร่างกาย จิตใจ การดูแลอื่นๆ เช่น เรื่องการเงิน การปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ทำให้จำเป็นต้องมีทีมที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายด้าน (รูปที่ 1 และ 2) การที่ทีม

จะเข้มแข็งได้นั้น ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไปในทิศทางเดียวกันของสมาชิกในทีม เป้าหมายของทีมและบริบทของตนเองเมื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ประคับประคอง²¹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลคาดหวังว่าสมาชิกในทีมเยี่ยมบ้านแบบประคับประคองจะต้องมีความรู้เรื่องการจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการอาการเองได้ที่บ้าน²² ดังนั้นการเยี่ยมบ้านที่ดีนอกจากมีความคิดเห็นเรื่องการเยี่ยมบ้านตรงกันแล้วสมาชิกในทีมจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจการจัดการเบื้องต้นสำหรับปัญหาที่พบได้บ่อยด้วย



รูปที่ 1 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายติดเตียง ทำแผล ป้องกันข้อติดแก่ผู้ป่วย โดยทีมเยี่ยมบ้าน (พ.ศ. 2558)



รูปที่ 2 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต นำหลักศาสนามาใช้ โดยทีมเยี่ยมบ้าน (พ.ศ. 2558)

ประเด็นทางจริยธรรม (ethical issues)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการดูแลที่อยู่บนความไม่แน่นอนของอาการ อาการอาจจะดีขึ้นหรือแยลงกระทันหันบ่อยครั้งไม่ได้เป็นตามที่ทีมการรักษาคาดการณ์ไว้ ดังนั้นประเด็นจริยธรรมในผู้ป่วยระยะนี้จึงเป็นเรื่องท้าทาย ประเด็นจริยธรรมสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่สำคัญแบ่งเป็น 2 ประเด็น ประเด็นแรก ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจเรื่องสิทธิ์ของผู้ป่วยเรื่องการดูแลในระยะท้ายและการเสียชีวิตที่ดีสมควรดีศรีความเป็นมนุษย์ ประเด็นสองคือ จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลและทีมที่ทำการรักษา การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแทนการรักษาที่โรงพยาบาล มีประเด็นที่ถกเถียงกันบ่อยเมื่อการดูแลที่บ้าน เช่น การให้ยาปฏิชีวนะที่บ้าน การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเลือกที่จะกลับไปใช้ชีวิตระยะท้ายที่บ้าน ทีมรักษาจะต้องทำความเข้าใจและชี้แจงกับผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ^{23,24}

ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver)

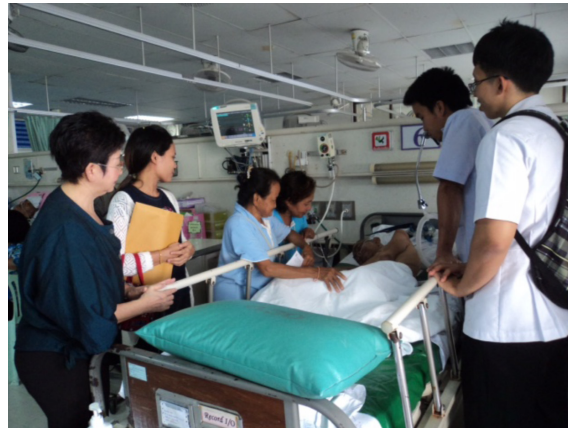
หลังจากที่ผู้ป่วยตัดสินใจกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ความรับผิดชอบหลักจะตกเป็นของผู้ดูแลต่างกับการรักษาที่โรงพยาบาลจะเป็นทีมผู้ดูแล คุณภาพของการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับจะขึ้นอยู่กับผู้ดูแล ผู้ดูแลหลักโดยมากมักเป็นสามี ภรรยา หรือลูก ความรู้เรื่องการดูแลรักษาส่วนใหญ่จะได้จากคำแนะนำจากทีมแพทย์ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ส่วนน้อยที่ผู้ดูแลจะศึกษาเพิ่มเติมเองจากแหล่งอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต และเรื่องที่คุณดูแลที่บ้านกังวลมากคือ เรื่องการจ่ายให้แก่ผู้ป่วย²⁵ ดังนั้นการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลที่ดีมีการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนผู้ป่วยกลับบ้านจะช่วยลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นที่บ้านได้ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านจะเป็นการทบทวนและให้ความมั่นใจใจว่าผู้ดูแลได้ให้การรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจะพบความเครียดได้ตลอด ดังนั้นทีมเยี่ยมบ้านต้องคอยประเมินภาวะเหนื่อยล้าที่จะอาจเกิดขึ้นได้กับผู้ดูแล เพราะหากผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าแล้วย่อมส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย²⁶

ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคองที่บ้าน (palliative home care)

การดูแลแบบประคองประกอบกับการเยี่ยมบ้าน การวางแผนก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญ ก่อนการจำหน่ายต้องมั่นใจว่าผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลเข้าใจสถานะโรค พยากรณ์โรค อาการในระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญ รวมถึงสามารถจัดการบางอาการเบื้องต้นได้ (รูปที่ 3) นอกจากนี้เรื่องโรคและเรื่องอาการที่อาจเกิดขึ้น เรื่องสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการอยู่ในระยะสุดท้ายชีวิตหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต รวมทั้งความต้องการหรือความปรารถนาของผู้ป่วยที่ต้องการจะทำในระยะท้ายของชีวิต เป็นหนึ่งในประเด็นที่ต้องนำมาตัดสินใจร่วมกันก่อนการจำหน่าย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ต้องการให้ใครตัดสินใจแทน รวมทั้งเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ และการทำหัตถการอื่นๆ การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการกลับไปอยู่ที่บ้านในช่วงท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมรักษามีแนวทางการรักษาไปในทางเดียวกันทำให้การรักษาราบรื่นในระยะยาว²⁷ หากเป็นไปได้การมีทีมไปประเมินบ้านผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นหรือไม่ เช่น หากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนต่อเนื่อง บ้านมีพื้นที่หรือความเหมาะสมกับการนำออกซิเจนกลับไปใช้ที่บ้านหรือไม่ เป็นต้น ในกรณีที่ไม่มีทีมประเมินบ้าน อาจใช้การสอบถามลักษณะบ้านของผู้ป่วยเพื่อเป็นการประเมินและวางแผนเบื้องต้น

นอกจากทีมจะดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่แล้ว หลังผู้ป่วยเสียชีวิตลงยังมีความจำเป็นต้องดูแลครอบครัวของผู้ป่วยต่อเนื่องเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญการสูญเสียได้ ทำให้ญาติผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถยอมรับกับความสูญเสียได้อย่างดีขึ้น ได้แก่ การไปร่วมงานศพตามความเหมาะสม ช่วยเหลือสนับสนุนภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดการศพ การออกใบรับรองแพทย์ การแจ้งเสียชีวิตและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในช่วงที่ครอบครัวกำลังสับสน เช่น จัดหาเบอร์โทรศัพท์ให้ อาจมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น ด้านสุขภาพจิต ช่วยประคองให้ผู้ป่วยเสียชีวิตผ่านช่วงเวลาเหล่านี้ไปได้และติดตามความสามารถในการปรับตัวหลังการสูญเสีย เช่น แห่

ยัดเหนี่ยวทางศาสนา หรือเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้สูญเสียก็จะทำให้เกิดการเยียวยาซึ่งกันและกัน แนะนำให้ครอบครัววางแผนล่วงหน้าสำหรับความโศกเศร้าเมื่อครบรอบวันแห่งความสูญเสีย



รูปที่ 3 การวางแผนก่อนการจำหน่ายโดยทีมบุคลากร ผู้ป่วย และญาติ (พ.ศ. 2559)

สรุป

ปัจจุบันในสังคมไทยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดมีแนวโน้มที่จะใช้ชีวิตในระยะท้ายที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ผูกพัน ได้อยู่ใกล้ชิดคนที่รัก การใช้ชีวิตระยะท้ายที่บ้านเป็นช่วงเวลาที่มีค่า การวางแผนการจำหน่ายที่ดี เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตระยะท้ายที่บ้านได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายจะเป็นหนึ่งทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ใช้ชีวิตระยะท้ายอย่างมั่นใจมากขึ้น องค์ประกอบที่สำคัญของการเยี่ยมบ้านแบบประคอง ได้แก่ การสื่อสารที่ดี ความต่อเนื่องของการดูแล การทำงานเป็นทีมของทีมเยี่ยมบ้าน การคำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรมที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน และเมื่อมีทีมไปเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการประเมินภาวะเหนื่อยล้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแล นอกจากนี้หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตสมควรมีการติดตามดูแลเพื่อประเมินครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้สูญเสียจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติจึงถือเป็นการสิ้นสุดการดูแลอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Non communicable disease [homepage on the Internet] Bangkok: Thaihealth; 2016 [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84+NCDs.html>
2. Department of Disease Control. Bureau of Non Communicable Disease. The annual report 2015 [homepage on the Internet]. Nonthaburi: The Department; 2016 [cited 2017 Oct 29] Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
3. Simpser E, Hudak ML. Financing of pediatric home care. *Pediatrics* 2017; 2: 834 – 40.
4. Hammond J. Home health care cost effectiveness: an overview of literature. *Public health report* 1979; 94: 305 – 11.
5. World Health Organization. Definition of palliative care [homepage on the Internet]. Geneva: The Organization 2002 [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
6. Clinical practice guideline of palliative care [homepage on the Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2014 [cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A2%E0%B8%B0%E0%B8AA%E0%B8%B8%E0%B8%94%E0%B8%97%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%A2.pdf>
7. Palliative care in cancer [homepage on the Internet]. Bangkok: National Cancer Institute; 2010 [cited 2017 Oct 29]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet#q2>
8. Howie L, Peppercorn J. Early palliative care in cancer treatment: rationale, evidence and clinical implications. *Ther Adv Med Oncol* 2013; 5: 318 – 23.
9. Stiel S, Heckel M, Seifert A, Frauendorf T, Hanke RM, Ostgathe C. Comparison of terminally ill cancer-vs. non-cancer patients in specialized palliative home care in Germany – a single service analysis. *BMC Palliative Care* 2015; 14: 1 – 7
10. Traue DC, Ross JR. Palliative care in non-malignant diseases. *J R Soc Med* 2005; 98: 503 – 6.
11. Hathirat S. Home visit. In: Hathirat S, editors. *Family medicine in Thailand*. Bangkok: Sahamit Publishing; 2010; p.35 – 45.
12. Unwin BK, Jerant AF. The home visit. *American Family Physician* 1999; 60: 1481 – 8.
13. Mirmolaei ST, Valizadeh MA, Mahmoodi M, Tavakol Z. Comparison of effects of home visits and routine postpartum care on the healthy behaviors of Iranian low-risk mothers. *Int J Prev Med* 2014; 5: 61 – 8.
14. Buckman R. I don't know what to say: how to help and support someone who is dying. Macmillan: Backpaper; 2003.
15. Wallace P. Improving palliative care through effective communication. *Int J Palliat Nurs* 2001; 7: 86 – 90.
16. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Demiris G, Oliver DP, Stone J. The impact of family communication patterns on hospice family caregivers: a new typology. *J Hosp Palliat Nurs* 2012; 14: 25 – 33.
17. Doyle D, Jeffrey D. *Palliative care in the home*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2003.
18. Slort W, Blankenstein AH, Deliens L, Horst HE. Facilitators and barriers for GP-patient communication in palliative care: a qualitative study among GPs, patients, and end-of-life consultants. *Br J Gen Pract* 2011; 61: 167 – 72.
19. Burge F, Lawson B, Johnson G. Family physician continuity of care and emergency department use in end-of-life cancer care. *Med Care* 2003; 41: 992 – 1001.
20. Brazil K, Bedard M, Krueger P, Taniguchi, Kelly ML, McAiney C, et al. Barriers to providing palliative care in long-term care facilities. *Can Fam Physician* 2006; 52: 472 – 3.
21. Spruyt O. Team networking in palliative care. *Indian J Palliat Care* 2011; 17 (Suppl 1): S17 – 9.
22. Goldschmidt D, Schmidt L, Krasnik A, Christensen U, Groenvold M. Expectations to and evaluation of palliative home-care team as seen by patients and carers. *Support Care Cancer* 2006; 12: 1232 – 40.
23. Randall F, Downie R. *Palliative care ethics—a companion for all specialties*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1999.
24. Mohanti BK. Ethics in Palliative Care. *Indian J Palliat Care* 2009; 15: 89 – 92.
25. Bhatnagar T. Palliative home care: a designer's perspective. *Indian J Palliat Care* 2015; 21: 250 – 2.

26. Macmillan K. When a progressive life-threatening illness is diagnosed. In: Macmillan K, Peden J, Hopkinson J, Hycha D, editors. A caregiver's guide: a hand book about end-of-life care. Canada: The Military and Hospitaller Order of St. Lazarus of Jerusalem; 2014; p.8 – 27.
27. Pairojkul S. Home-based palliative care: making it happen. In: Chanvet L, editor. The dawn of palliative care in Thailand. Bangkok: Beyond Enterprise; 2013; p.67 – 76.
28. Benzar E, Hansen L, Kneitel A, Fromme Ek. Discharge planning for palliative care patients: a qualitative analysis. J Palliat Med 2011; 14: 65 – 9.
29. Strang VR, Koop PM. Factors which influence coping: home-based family caregiving of persons with advanced cancer. J Palliat Care 2003; 19: 107 – 14.