

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายที่บ้าน : รายงานผู้ป่วย

Nursing care of patients with end – stage colon cancer at home : Case report

ยุพดี ศรีเบญจโชติ ป.พย.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความตายด้วยความสงบสุข สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือเรียกว่า “ตายดี” การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต และระยะหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้เขียนได้ศึกษาและทบทวนวิชาการเกี่ยวกับ สาเหตุ ระยะของโรค การวินิจฉัยการรักษา การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย และให้การพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีกรณีศึกษาเป็นตัวอย่างประกอบเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D-METHOD และใช้แบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (IN-HOME-SSS) ในระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย มีอาการสำคัญ ได้แก่ ไข้ เหนื่อย แน่นหน้าอก เข้าห้อง 2 ช้างบวมมากขึ้น 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล และได้เข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลรวม 4 วัน ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

ผลการศึกษา : การเตรียมวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการแจ้งข่าวร้าย ในแต่ละระยะของการดำเนินของโรค จะช่วยให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะกลับไปดูแลรักษาที่บ้านโดยมีพยาบาลเป็นผู้ติดตามดูแลแบบประคับประคอง คอยให้การช่วยเหลือครอบครัว ผู้ดูแลได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วยและผู้ป่วยจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานที่เรียกว่าการตายดี

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ การดูแลระยะสุดท้าย

Abstract

In palliative care for terminally ill cancer patients at home, the nurses need to have knowledge and understanding about caring for terminally ill patients to help patients face death calmly or rest in peace. This study aims to provide palliative care near the end of life and death. The author has studied and reviewed academics regarding the causes, stages of disease, diagnosis, treatment, changes in various aspects of the patient, and nursing care. The case study was an example to serve as a guideline for nurses to provide patients with a good quality of life. The nursing practice discharge planning using D-METHOD principles and the patient and family health status assessment (IN-HOME-SSS) form during the continuous care period at home to achieve holistic care.

Case study: A Thai female patient was diagnosed with end-stage colon cancer. Symptoms included fever, fatigue, difficulty breathing, and severe swelling in both feet for 4 hours before coming. He was admitted to the hospital for a total of 4 days. The researcher followed up with home visits 3 times. Finally, she died peacefully at home.

Study results: Preparing care plans in advance and situation reporting in each stage helps the family and caregivers choose to care for her at home. The nurse supported her family in providing palliative care and helped them to do something for the best. Finally, the patient passed away without suffering, and rest in peace.

Keywords : nursing care, colon cancer patients, end-of-life care

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้สำรวจคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง มากกว่า 56.8 ล้านคนทั่วโลกทุกปี ซึ่งใกล้ถึง 25.7 ล้านคนอยู่ในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตของพวกเขา ทำให้เกิดความต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น ซึ่งมะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับสองของโลก พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 8.8 ล้านรายและในปี 2573 คาดการณ์ว่าจำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะเพิ่มสูงถึง 21.6 ล้านราย และประเทศไทย พบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง ในปี 2561 มีผู้เสียชีวิต 120.3 รายต่อประชากร 100,000 คน ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากกว่าครึ่งหนึ่งและอยู่ในระยะลุกลาม คิดเป็นร้อยละ 56.67⁽¹⁾ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เกิดความทรมานทุกข์ทรมานจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้เกิดความทุกข์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในด้านผลกระทบทางกายภาพ อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วย ได้แก่ ความเจ็บปวด เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และน้ำหนักลด สำหรับผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์ทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้า และ ซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย⁽²⁾ ส่งผลให้กิจกรรมของผู้ป่วยลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ⁽³⁾ และอาจส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยเกิดความสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกสิ้นหวังและขาดการพึ่งพาทางจิตใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงตลอดชีวิต⁽⁴⁾ จึงต้องมีการดูแล

แบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (Bereavement Care) ซึ่งมีแนวทางการดูแล โดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้นๆ โดยตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ในความต้องการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเอง ในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษา และเป้าหมายของการดูแลรักษา โดยเน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต และยอมรับความตายให้เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติชีวิต รวมถึงการไม่ใช่เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใดๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วย, ไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและไม่เป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ⁽⁵⁾ ซึ่งกระบวนการทางการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง คือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระยะท้ายเป็น ขบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อการพูดคุยกันถึงความต้องการการดูแลทางการแพทย์ในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ ซึ่งเป็นขบวนการที่มีความสำคัญ

และนำไปสู่การทำให้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องจัดให้มีการพูดคุยในหัวข้อนี้ เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาที่ตรงตามความประสงค์ของผู้ป่วย⁽⁶⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน อำเภอตะพานหิน เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับ M2 ขนาด 90 เตียง ที่ทำหน้าที่รับ ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจังหวัด และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตะพานหิน จำนวน 12 ตำบล 13 โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และต้องจัดบริการกับกลุ่มเป้าหมายที่ตอบสนองต่อนโยบายแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน แก่ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายพิเศษยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มเป้าหมายตามนโยบาย ครอบคลุมการดูแลระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการบริการพยาบาลรูปแบบการดูแล Home Visit, Home Health Care และ Home Ward รวมทั้งจัดระบบศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care, COC) เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลจังหวัด และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคองระดับจังหวัดปี พ.ศ. 2565 พบปัญหาสำคัญคือ โรงพยาบาลชุมชนยังไม่ได้เตรียมการรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ขาดการเตรียมความพร้อมที่บ้านและชุมชน ขาดแหล่งสนับสนุน (Social Support) วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ปัญหาในขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) ในเรื่องการสื่อสารกับทีมส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วนและล่าช้า มีผลกระทบทำให้ทีมรับต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชนและคลินิกหมอครอบครัว ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดหรือบางกรณีผู้เยี่ยมมีภาระงานมากไม่สามารถเยี่ยมทันเวลา⁽⁷⁾ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการจากข้อมูลการจัดบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่ม

งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี 2563-2565 เท่ากับ 9, 12 และ 17 รายตามลำดับ ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย และเพื่อบรรเทาอาการและการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในทุกมิติแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่อง รวมถึงช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจภาวะโรคและช่วยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า⁽⁶⁾ โดยเข้าไปร่วมการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน โดยใช้ หลัก D-METHOD⁽⁸⁾ ดังนี้ D = Diagnosis เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง, M = Medicine เป็นการแนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย, E = Environment เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจจะต้องฝึกฝนอาชีพใหม่เป็น, T = Treatment เป็นการเพิ่มทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ, H = Health เป็นการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ, O = Out patient เป็นการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และ D = Diet เป็นการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ⁽⁸⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายตั้งแต่ที่โรงพยาบาล

ในระยะวางแผนจำหน่าย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขา และติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย ที่รับเข้าดูแลในศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (CoC : Continuity of Care) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 เพื่อเป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้ได้มีการได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัว โดยได้ลงนามในใบยินยอมและสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้ตลอดเวลา โดยมีการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ในระยะวางแผนจำหน่าย และใช้แบบประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (IN-HOME-SSS) ในระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพ โสด อายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 น้ำหนัก 70 กิโลกรัม (เดิม 100 กิโลกรัม) ส่วนสูง 157 เซนติเมตร เข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2566 รวมวันนอนโรงพยาบาล 4 วัน ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566

การวินิจฉัยโรค :

CA Rectum with Liver Metastasis

อาการสำคัญ :

ไข้ หนาว แ่นหน้าอก เหน็บทั้ง 2 ข้างบวมมากขึ้น 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน :

ผู้ป่วยมีอาการ อึดแน่นท้อง ท้องผูกประจำ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2563 รักษาโดยซื้อยากินเอง สลับกับไปคลินิก เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2563 มารักษา

ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินด้วยอาการปวดจุกใต้ลิ้นปี่ อึดแน่นท้อง แพทย์นัดตรวจ Occult Blood ผล positive ให้การรักษาผู้ป่วยขาดนัด และในเดือนกุมภาพันธ์ 2564 มีอาการถ่ายเหลวมีเลือดปนปวดท้อง 1 เดือนก่อนมา แพทย์ให้การรักษา เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564 ทำ Rectal Biopsy : Adenocarcinoma เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2564 ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพิจิตรเพื่อทำ ผ่าตัดลำไส้เปิดหน้าท้อง ผู้ป่วยทำใจไม่ได้กลับมาทำใจ และเป็นช่วงโควิดทำให้ทั้งช่วงการรักษาเปลี่ยนไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร แพทย์รักษาด้วยการฉายแสงก่อน มีนัดรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรต่อเนื่องเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2564 มารับบริการแพทย์นัดเข้าคลินิก palliative care โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ผู้ป่วยมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง 9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อทำการผ่าตัดลำไส้เปิดหน้าท้องขวาและได้ยาเคมีบำบัดครบแผนการรักษา 4 เดือนก่อนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลศิริราช ตรวจพบก้อนที่ตับและลามไปต่อมน้ำเหลืองแจ้งว่าผ่าตัดไม่ได้ มีนัดติดตามรักษาอาการเป็นระยะกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ทุกเดือน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยหอบ จึงได้มารักษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ได้รับการรักษาภาวะน้ำเกิน และอาการได้ทุเลาลง จึงจำหน่ายกลับบ้าน ประวัติการเจ็บป่วย เมื่อ 10 วันก่อนมารักษา ผู้ป่วยมีไข้ เหน็บทั้ง 2 ข้างบวม ไม่ได้มารักษารับประทานยาลดไข้อาการทุเลา 1 วัน ก่อนมามีไข้เหนื่อยง่ายหายใจไม่สะดวก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, ไทรอยด์ รักษาต่อเนื่อง ปฏิเสธโรคเมะเร็งในครอบครัว, มารดาโรคประจำตัวเบาหวาน,บิดาโรคประจำตัวโรคหัวใจ

ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติด :

ปฏิเสธการแพ้ยา, บุหรี่: เคยสูบบุหรี่เมื่อประมาณ 5-6 ปีที่แล้วเวลาเครียด ปัจจุบันเลิก 3 ปีเมื่อทราบว่าเป็นผู้ป่วย, สุรา: ดื่มเมื่อมีการสังสรรค์กับเพื่อนปัจจุบันเลิกมา 3 ปี เมื่อทราบว่าเป็นผู้ป่วย

ประวัติการผ่าตัด :

Colostomy ปี 2565 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
นเรศวร

อาการแรกเริ่ม :

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจไม่สม่ำเสมอ O₂
Sat 97% RR 20 ครั้ง/นาที P 109 ครั้ง/นาที BP= 80/60
mmHg T = 38 c On colostomy bag หน้าท้องข้างขวา
มีอุจจาระออกพอควร ไม่ปวดท้อง ท้องอืดพอควร ขา
และเท้าทั้ง 2 ข้างบวมกดบวม เกรด IV ฟัง lung clear both
lung Borderline Abnormal, 701 : Poor R progression,
112: Low voltage(chest leads),111: Low voltage
(limb leads) Muscle filter may reduce QRS
amplitude Anemia, hyperthyroidism heart disease,
etc. are suspected. Search for the underlying
disease **ผล Lab :** วันที่ 8 ก.พ.66 Chemistry : BUN =
5 mg/dl ค่าปกติ 6-20 mg/dl CREATININE = 0.55 mg/
dl ค่าปกติ M=0.67-1.17 mg/dl , F=0.51-0.95 mg/dl
GFR (CKD-EPI) = 108.19 (Stage 1) >60 ml/min/1.73
mn F=35-104 U/L AST = 320 U/L สูงกว่าค่าปกติ
ค่าปกติ M=10-50, F=10-35 TOTAL PROTEIN = 6.4 ต่ำ
กว่าปกติ ค่าปกติ 6.6- 8.7 g/dl SERUM ALBUMIN
= 2.59 g/dl ต่ำกว่าค่าปกติ ค่าปกติ 3.5-5.2 g/dl TOTAL
BILIRUBIN = 1.93 mg/dl สูงกว่าปกติ ค่าปกติ 0-1.2 mg/dl
DIRECT BILIRUBIN = 1.64 สูงกว่าค่าปกติ ค่าปกติ 0.0-0.3
mg/dl **ผล LFT :** ALK. PHOSPHATASE สูงมาก = 651
IU/L ค่าปกติ M = 40-129, **Electrolyte :** Sodium =
124 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ (ค่าปกติ = 136-145 mmol/L)
Potassium = 4.7 mmol/L ค่าปกติ (ค่าปกติ 3.5-5.10
mmol/L) Chloride = 88 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ (ค่า
ปกติ 98-107 mmol/L) วันที่ 9 ก.พ .66 : Electrolyte:
Sodium = 127 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ Potassium = 4.3
mmol/L ค่าปกติ Chloride = 93 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ
เล็กน้อย Electrolyte วันที่ 11 ก.พ.66 : Sodium = 131
mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย Potassium = 3.36 mmol/L
ต่ำค่าปกติเล็กน้อย Chloride = 92 mmol/L ต่ำกว่า
ค่าปกติเล็กน้อย

การรักษา :

วันที่ 8 ก.พ. 66 แกร็บแพทย์สั่งให้ On 0.9% NaCl
1000 ml IV drip loading 200 ml หลังให้การพยาบาล
ตามแผนการรักษาของแพทย์ BP=100/60 mmHg แล้ว
ปรับเป็น 80 ml/hr แพทย์จึงสั่งให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
เพื่อดูอาการและติดตามผลเลือด Hold Mixtard, DTX
Premeal Keep 80-200 mg% If DTX 201- 250 ให้ RI
4 U SC,251-300 ให้ RI 6 U SC,301-350 ให้ RI 8 U SC
และ If < 70, > 350 p/s notify Buscopan 20 mg v prn
q 6 hr,Plasil 10 mg v prn q 8 hr,0.9% NSS 1000 ml
v 80 ml 2 hr Iv หมด on Heparin lock Diabetic low
salt diet Record v/s, BD (1:1) 200 ml ดูดเสริมกลาง
มือ x 3 Ceftazidime 2 gm v q 8 hr , Paracetamal
(500) 1 tab x prn q 4-6 hr, Mixtard 18-0-10 u sc
ac ASA (gr 81) 1 tab x OD pc, Simvastatin (20mg)
1tab x OD hs,Methimazole (5mg) 1tab x OD pc,
NaHCO₃ (300mg) 2 tab x 2 pc,Folic acid 1 tab x
OD pc, Ferrous (200mg) 1 tab x 3 pc

วันที่ 12 ก.พ. 66 ปฏิเสธการรักษา F/U OPD
ชนิดเข้า Palliative ตามchart + BUN, Cr, Elyte ,LFT,
CBC Home Medication : Lasix (40 mg) 1 tab x 2 pc
เช้า, เทียง, Ativan (0.5mg) 1 tabx OD hs, Morphine
PR (10)1 tab x ทุก 12 hr, Lactulose 30 ml hs for
constipation

การพยาบาลกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาข้อมูลและการวิเคราะห์ ปัญหาของ
ผู้ป่วย ได้มีการวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการ
ทางการพยาบาล (Nursing Process) ได้มีการเตรียม
ผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะวางแผนจำหน่าย (discharge
planning) ติดตามเยี่ยมกรณีศึกษาในหอผู้ป่วยวันที่
10 กุมภาพันธ์ 2566 เพื่อสนทนาวางแผนล่วงหน้า
(advance care planning) เป็นการพูดคุยระหว่างทีม
สหสาขา ผู้ป่วยแม่ น้องชายและน้องสาวผู้ป่วย เพื่อ
วางแผนในอนาคตเมื่อถึงจุดหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถ
ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้เอง เช่น การรักษาในระยะท้าย
ของโรคการดูแลอาการต่างๆ การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊ม
หัวใจ ซึ่งเป็นการวางแผนการจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี⁽⁹⁾

และการแจ้งข่าวร้าย (breaking the bad news) ซึ่งการแจ้งข่าวร้ายเป็นการสื่อสารแบบหนึ่งแต่มีอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับสารร่วมด้วยอย่างมาก สำหรับการแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ทำหลายครั้ง ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยการรักษาไม่ได้ผล และการเจ็บป่วยครั้งนี้ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 เนื่องจากอาการของโรคแย่ลงหรือเข้าสู่ระยะก่อนเสียชีวิต (dying patient)⁽⁸⁾ ในระยะนี้พยาบาลและทีมสหสาขาต้องเข้าใจความสำคัญของการพูดถึงความตายและการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ต้องระมัดระวังเนื่องจากเป็นประเด็นที่อ่อนไหวโดยกำหนดเป้าหมายหลักของการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว คือ “การสื่อสารเพื่อการเยียวยา” (communication for healing) โดยใช้วิธีการสื่อสารที่ใช้ทั้งวจนภาษาและ อวัจนภาษาไม่แข็งกระด้าง ผู้สื่อสารเกิดความเข้าใจเห็นใจและมีความต้องการดูแลความรู้สึกของผู้ฟังโดยเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลของผู้ป่วย ก่อนจะพบผู้ป่วยและครอบครัว กรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เพราะตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ทีมแพทย์และพยาบาลจะมีการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ ครั้งนี้ผู้ป่วยกล่าวว่า “คงเป็นวาระสุดท้ายของฉันแล้วจริงๆ ฉันรู้สึกเหนื่อยและสู้อานานจะได้พักเสียที”

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Hospitalization follow-up home visits) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (IN-HOME-SSS) ซึ่งเป็นเครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว⁽⁸⁾ ครั้งที่ 1 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 มีผลการศึกษาดังนี้

I: Immobility / impairment (ความสามารถในการดูแลตนเอง) : Palliative Performance Scale (PPS) = 50 คะแนน รู้สึกตัวดี นอนอยู่บนเตียง มีการลุกกลามของโรค นั่งนานไม่ได้จะปวดกัน ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในภาวะต้องการพึ่งพา

N: Nutrition (ภาวะโภชนาการ) : ผู้ป่วยมีรูปร่างผอมลงกว่าเดิม ก่อนป่วยน้ำหนัก 100 กิโลกรัม ปัจจุบัน 70 กิโลกรัม รับประทานอาหารได้น้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านความอยากในการรับประทานอาหาร ญาติต้องยอมรับถึงความเปลี่ยนแปลงนี้ และควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร

ที่ผู้ป่วยชอบ มีเวลาน้อยแต่บ่อยครั้ง และกำหนดให้รับประทานอาหารเป็นเวลา ญาติเพิ่มเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพชนิด รังนก และ ชุปไก่สกัด และแนวทางการดูแลจากโรงพยาบาลให้อาหารนอกจากรับประทานอาหารทางปาก ให้เพิ่ม BD 200 มิลลิกรัม x 3 ครั้ง ดูแลเสริมอาหารในมือ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวโรคเบาหวานต้องคอยเฝ้าระวังภาวะ Hypoglycemia/Hyperglycemia และต้องควบคุมสารอาหารที่ต้องการได้ตามแผนการรักษา

H: Home environment (สภาพแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน) : ลักษณะบ้านเป็นบ้านตึกสองชั้น มีรั้วรอบขอบชิด จัดเป็นสัดส่วนหน้าบ้านติดถนนคอนกรีต ทางเข้าบ้านด้านหน้าเข้าซอย ทางถนนใหญ่ ทางเข้าออกสะดวก มีน้องชายและครอบครัวอยู่ภายในบ้านเดียวกัน มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องผู้ป่วยอยู่ชั้นล่างกันห้องด้วยกระจกติดเครื่องปรับอากาศที่อยู่ด้านในของตัวบ้าน ซึ่งสมาชิกครอบครัวทำขนมส่งขายอยู่บ้านตลอดเวลาสามารถมองเห็นและดูแลผู้ป่วยได้

O: Other people (สัมพันธภาพกับครอบครัว) : ผู้ป่วยเดิมอาศัยอยู่กับแม่และน้องสาว น้องชายและครอบครัวอยู่อีกบ้านครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้นเดินไม่ไหว จึงพาผู้ป่วยมาอยู่ที่บ้านกับน้องชาย แม่จะมาอยู่ด้วย มารับประทานอาหารและทำกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกัน

M: Medication (ยา/การรักษาที่ได้รับ) : Lasix (40 mg) 1 tab x 2 pc เข้า, เทียจ Ativan (0.5mg) 1 tab x ODhs, Morphine PR (10) 1 tab x ทุก 12 hr, Lactulose 30 ml hs for constipation

E: Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน: สัญญาณชีพ : BP122/82 mmHg T36.8 oC ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย 97% สภาพทั่วไป: ผู้ป่วยรู้สึกตัว สื่อสารรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ E4M6V5 pupil 3 mm. เท้าทั้ง 2 ข้างบวม On colostomy bag หน้าท้องข้างขวา มีอุจจาระออกพอควร ไม่ปวดท้อง ท้องอืดพอควร ขาและเท้าทั้ง 2 ข้างบวมกดบุ๋ม เกรด IV เหนื่อยเล็กน้อย ทุเลาแน่นหน้าอก ขยับเคลื่อนไหวร่างกายได้ braden risk assessment scale เท่ากับ 17 เสี่ยงเกิดแผลกดทับและ

แผล (At risk) S: Safety (ความปลอดภัย) : ผู้ป่วยถูกจัดให้อยู่บนเตียง fowler แบบปรับระดับได้ 3 โกร์ มีที่นอนลมรองรับ มีเหล็กกั้นเตียงและผู้ดูแลจะยกขึ้นเสมอเมื่อเสร็จจากการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยข้างเตียง เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียงมีทางเข้าซ้ายขวา และด้านท้ายเตียง เพื่อให้ผู้ดูแลสะดวกในการเข้าให้การดูแลผู้ป่วย ด้านหัวเตียงชิดผนัง มีประตูเปิด-ปิดล้อคตอนกลางคืน และอยู่บ้านน้องชายช่วยสนับสนุนการดูแลเป็นอย่างดี

S: Service (บริการที่ได้รับ): ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมเยี่ยมบ้านสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ได้รับการสนับสนุนเตียง fowler ที่นอนลม และเครื่องผลิตออกซิเจนจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เพื่อใช้สำหรับผู้ป่วย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องจากทีมเยี่ยมบ้าน

S: Spiritual (ความเชื่อ ศาสนาคติ) : ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ทราบและรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเชื่อเรื่องบาปบุญ ใสบาตรสวดมนต์ และไปทำบุญที่วัดเมื่อมีโอกาส

ครั้งที่ 2 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 คือ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทรุดลงเรื่อย เหนื่อยและอ่อนเพลียตลอดเวลา มีพูดเพ้อในช่วงกลางคืน สามารถดูหรือกินอาหารเสริมแบบน้ำได้น้อยลง ญาติให้อาหารได้ทีละน้อยเพิ่มมีผู้ศึกษาและทีมเยี่ยมบ้านอธิบายให้น้องชายน้องสาว ทราบว่าผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต (last hours of life) ข้อมูลสนับสนุน : ผลการประเมิน ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) = 30% ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS=0-30%) ผู้ศึกษาได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นและการดูแลผู้ป่วย⁽¹⁰⁾ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจะอ่อนแรงและนอนหลับมากขึ้น ส่วนใหญ่นอนหลับอยู่บนเตียงตลอดวันและอาจจะตื่นในช่วงเวลา กลางคืน บางรายอาจจะหลับลึกจนดูเหมือนปลุกไม่ตื่น อาการดังกล่าวไม่ใช่อาการที่น่ากลัวและไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ร่างกายอาจมีการขับแบบอัตโนมัติได้โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกร่าง เช่น การกำมือ หรือกัดฟันกรอดๆ ร่วมด้วยได้ ผู้ศึกษาได้สอนและสาธิตให้น้องชายซึ่งเป็น

ผู้ดูแลหลัก จัดทำที่นอนสบายให้กับผู้ป่วย ยกศีรษะสูงเล็กน้อย อาจมีหมอนข้างมาช่วยเสริมด้านข้าง, พลิกตัวผู้ป่วยทุก 6-8 ชั่วโมง โดยไม่ควรพลิกตัวบ่อยกว่านี้ให้ผู้ป่วยรำคาญ, สามารถพูด และสื่อข้อความดีๆ ที่อยากบอกกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา หรือเปิดบทสวดมนต์ให้ผู้ฟังฟัง ในกรณีศึกษานี้ญาติเปิดบทสวดมหาจักรพรรดิให้ฟัง เพราะเป็นบทสวดที่ผู้ป่วยเคยสวดประจำ แม้ผู้ป่วยจะอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถพูดได้แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสามารถได้ยินและเข้าใจสิ่งที่ญาติพูดได้เนื่องจากหูและการได้ยินจะเป็นอวัยวะสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะสูญเสียการทำงานไป ให้ผู้ดูแลกอดและสัมผัสผู้ป่วยเป็นระยะๆ ได้

2. กรณีศึกษานี้เริ่มรับอาหารได้น้อยลง พยาบาลได้อธิบายว่าเวลานี้อาหารและน้ำไม่ได้ช่วยทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นและไม่ได้ช่วยยืดเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น เนื่องจากร่างกายทำงานได้ช้าลงมาก ระบบการย่อยและดูดซึมอาหารไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่วนด้านอาการปวด “ญาติบอกว่า 2-3 วัน ก่อนผู้ป่วยไม่บ่นปวดเลยไม่ให้อาแก้ปวดเลย” พยาบาลแนะนำให้สังเกตอาการปวดโดยดูจากการหน้านิ้วขมวดคิ้วแทนเสียงร้องคราง อาจพิจารณาให้อาแก้ปวดเพิ่มหากมีอาการดังกล่าวบ่อยครั้ง

ครั้งที่ 3 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 น้องชายผู้ป่วยนิมนต์พระสงฆ์มาทำสังฆทาน แจ่งทีมเยี่ยมบ้านให้ร่วมทำสังฆทาน หลังทำสังฆทานเสร็จ ผู้ศึกษาให้ญาติพี่น้องที่สนิทมาขอโหสิกรรมและโหสิกรรมให้ผู้ป่วย 3 วันต่อมาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 16.00 น. ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

วิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายที่บ้านกรณีศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การเตรียมวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) และการแจ้งข่าวร้าย (Breaking the bad news) ในแต่ละระยะของการดำเนินของโรคจะช่วยให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะกลับไปดูแลรักษาที่บ้านโดยมีพยาบาลเป็นผู้ติดตามดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน คอยให้การช่วยเหลือครอบครัวหรือผู้ดูแลได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วยและผู้ป่วยจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมาน ที่เรียกว่าการตายดี (Good Death) คือ การตาย

ที่ไม่มีความทุกข์ทรมานทางกายจากเจ็บปวด และ ทางใจ คือ ไม่มีห่วงกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kong-suwan and Chaipetch⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ การตายอย่างสงบตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักที่เห็นว่า การตายอย่างสงบคือ การที่ผู้ป่วย ไม่มี ความเจ็บปวดทั้งจากโรค การรักษา และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยชีวิตที่มีการนวด หัวใจ การเจาะคอ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ทรมานทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนความห่วงกังวลที่เกี่ยวกับครอบครัวหรือ สิ่งที่ยังค้างคาถือเป็นความทุกข์ทรมานทางใจที่จะเกิดขึ้น ได้กับผู้ป่วยย่อมมีผลทำให้เกิดการตายที่ไม่สงบได้เช่นกัน

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพ โสด อายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 ได้รับการวินิจฉัยเป็น CA Rectum with Liver Metastasis ผู้ศึกษาได้เข้าไปดูแลในการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ติดตามเยี่ยมกรณีศึกษาในหอผู้ป่วย และร่วมสนทนาวางแผนล่วงหน้า (Advance care planning) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Plan) และ ส่งเสริมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจ ต่างๆ ที่ยังค้างคาอยู่ให้สำเร็จ เช่น ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวาง สิ่งต่างๆ ความกังวล/ความห่วงใยสิ่งของและทรัพย์สินสมบัติ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง มีผลลัพธ์ดังนี้

1. ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกล่าวว่า “คนเราเกิดมาหนีความตายไม่พ้น การเจ็บป่วย ครั้งนี้ คงเป็นวาระสุดท้ายของฉันแล้วจริงๆ ฉันรู้สึกว้าเหว้อย และสู้นานานจะได้พักผ่อน” เลือกขอกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ให้เหตุผลว่า ต้องการอยู่ใกล้ แม่ น้องและญาติ
2. ผู้ป่วยได้เขียนพินัยกรรมไว้โดยมีผู้นำเป็นพยาน มีความประสงค์ให้นำเงินที่ผู้ป่วยเก็บไว้และทรัพย์สิน ที่แม่แบ่งให้คืนให้แม่ ส่วนรถมอเตอร์ไซด์มอบให้น้องไว้ใช้
3. ผู้ป่วยได้ทำพิธีกรรมทางศาสนา โดยน้องชาย นิมนต์พระมาทำสังฆทานที่บ้าน แม่เปิดบทสวดมหาจักรพรรค์ ซึ่งเป็นบทสวดที่ผู้ป่วยสวดประจำในช่วงที่ทำได้

4. ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางครอบครัว แม่ น้อง และญาติ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ 14 วัน

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายที่บ้าน ครั้งนี้มุ่งหวัง เพื่อประคับประคองและบรรเทาอาการที่ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ศึกษาได้นำกระบวนการทางการ พยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดของการดูแลแบบ ประคับประคอง บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เคยชิน กับการเห็นความตาย (death) แต่ไม่ค่อยชินกับ กระบวนการ ตาย (dying process) การเรียนรู้ที่จะดูแลอาการที่ เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการตายจึงเป็นเรื่องใหม่และ ทำทนายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ผู้คนส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 90 เสียชีวิตแบบค่อยเป็นค่อยไป มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เสียชีวิตแบบกะทันหัน คนส่วนใหญ่จึงมักเคย มีประสบการณ์หรือได้สัมผัสกับอาการของผู้ป่วยในช่วง สุดท้ายของชีวิตซึ่งอาจจะเป็นที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล แม้ไม่มีใครสามารถบอกได้แน่นอนว่าช่วงเวลาสุดท้าย ของผู้ป่วยแต่ละคนจะนานเป็นสัปดาห์ เป็นวัน เป็นชั่วโมง หรือเป็นเพียงแค่นาที แต่ทุกคนรู้ว่าช่วงเวลานี้เป็นทั้ง ช่วงเวลาที่มีความหมายและเป็นช่วงเวลาที่ยากจะรับมือ ทั้งสำหรับผู้ป่วย ญาติใกล้ชิด และผู้ดูแล หากไม่มีการ เตรียมการที่ดีที่จะรับมือกับช่วงเวลานี้สามารถทำให้เกิด ความรู้สึกผิดใจของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยยาวนานได้ (Pathological grief and bereavement)⁽¹²⁾ ผลการศึกษาครั้งนี้ จึงนับว่า สำคัญมากในการช่วยให้พยาบาล ทีมสุขภาพนำไปใช้เป็น แนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวเกิดความเข้าใจว่า “การตายดีควรจะเป็นการตาย ที่ไม่มีความทุกข์ทรมานและสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิด การตายที่ดีได้คือ การให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวยอมรับ การตายที่ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ จากนั้นก็มีการดูแลผู้ป่วย และทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย รวมถึงการได้อยู่กับ ครอบครัวไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ คือสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและสมาชิก ครอบครัวในระยะสุดท้ายได้

ข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาที่สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานใน การวางแผนพัฒนารูปแบบ การดูแลเพื่อการตายดีให้กับ

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่บ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last hours of life) ในเรื่องการให้ความรัก หรือเมตตาจิตของญาติมิตร แพทย์ และพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัวน้อยลง จิตใจเข้มแข็งมั่นคงขึ้น ในสภาวะที่จิตใจเปราะบางอ่อนแอ อย่างยิ่ง ผู้ป่วยต้องการใครสักคนที่เขาจะพึ่งพาได้ คนที่จะอยู่กับเขาในยามวิกฤต ถ้ามีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรือไม่มีเงื่อนไข เขายิ่งมีกำลังใจที่จะเผชิญกับทุกข์ภัยนานาประการที่เข้ามา จะว่าไปแล้วความรักอาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด มากกว่ายารักษาโรคด้วยซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Palliative care: Global Health Observatory [Internet].2018[cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. World-wide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Global Atlas of Palliative Care [Internet];2020 [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.thewhpc.org>. access.
3. Taghizadeh AP, Pourali L, Vaziri Z, Saedi HR, Behdani F, Amel R. Psychological distress in cancer patients. Middle East J Cancer.2018;9(2):143-149.
4. Moreira NS, Sousa CS, Poveda VB, Turrini RNT. et al. Self-esteem of cancer patients' caregivers with reduced functional capacity. Esc Anna Nery.2015;19(2):316-322.
5. กิติพล นาควิโรจน์.การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2559.

6. WHO. Palliative care: Global Health Observatory [Internet]. 2018[cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.การประชุมสรุปผลการดำเนินงานService Plan สาขา Palliative Care จังหวัดพิจิตรไตรมาส 4;2566 ม.ค.16;สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. พิจิตร;2566.
8. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562;16(2):112-122.
9. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.กรุงเทพมหานคร.โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2556.
10. Gallagher R. Explaining withholding treatment, withdrawing treatment and palliative sedation [Internet]. Canadian Virtual Hospice; 2019 [cited 2023 Sep.18]. Available from: https://www.virtualhospice.ca/en_US.
11. วิไลภา คุณทรงเกียรติ. การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 24(4):89-100.
12. Larry Librach. The last hours from Ian Anderson Program in End-of-Life Care [Internet]. 2006 Nov [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/symptoms/doctorpalliative16th>