Surgeon's Manual of Palliative Care

สกล สิงหะ

Introduction

ศัลยแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีเอกลักษณ์การทำงานหลายประการ จากลักษณะงานที่ได้ "สัมผัส" กับตัวผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งยิ่งกว่าวิชาชีพแพทย์สาขาอื่นๆ ความใกล้ชิดระหว่างบุคคล สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทำให้เป็นทั้งโอกาส และความเสี่ยงในการทำงานของแพทย์ วิชาชีพศัลยแพทย์ทำให้เกิดความรู้สึกในเรื่องของการเป็น "เจ้าของไข้" ได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง ความสำคัญของความไว้วางใจ การมอบศรัทธาให้แก่แพทย์ และการมีความหวัง (หรือความคาดหวัง) ในการรับการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยและครอบครัว บูรณาการรวมกัน เป็นคุณลักษณะและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ ซึ่งสามารถจะนำมาเป็นต้นทุน หรือเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการรักษาได้เป็นอย่างดี

ความสัมพันธ์ของศัลยแพทย์กับผู้ป่วยนั้น ไม่เพียงแต่เริ่มต้นรากฐานจากการสัมภาษณ์ เพื่อการวินิจฉัย การตรวจร่างกายอย่างละเอียด และการร่วมวางแผนการรักษากับผู้ป่วยและญาติ แต่การมีอภิสิทธิ์ที่จะได้ทำหัตถการทางศัลยกรรมกับร่างกายของมนุษย์จะเพิ่มมิติความใกล้ชิดระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ ศัลยแพทย์ได้ใช้ศิลปศาสตร์แห่งการแพทย์ขั้นสูงในการเยียวยาพยาธิสภาพต่างๆในตัวผู้ป่วย แพทย์ได้ทิ้ง "ร่องรอย" แห่งความประณีตบรรจง ความรักและเมตตาบนร่างกายของผู้ป่วยเพื่อการบรรเทาทุกข์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นเอง จึงได้เกิดความสัมพันธ์อันงดงามระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอันเต็มไปด้วยจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์

ด้วยเทคโนโลยีของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในปัจจุบัน ที่มีการพัฒนาก้าวหน้า

อย่างรวดเร็ว และอย่างไม่หยุดยั้ง แนวโน้มของผู้ป่วยในอนาคตจะมีปริมาณผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ผู้ป่วยยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกหลายปีแม้ว่าจะมีอวัยวะบางอย่างล้มเหลวไปแล้ว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยหนักจะยิ่งมีความซับซ้อนมากขึ้นอีก มิติทางสุขภาพของสังคมจะมีการแปรเปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนมากขึ้น ความเชื่อ ศรัทธา ศาสนา วัฒนธรรมประเพณีที่เคยอยู่ห่างไกลจากกัน หรือแตกต่างกัน จะถูกนำมาใกล้กัน และแลกเปลี่ยนกันในอัตราเร็วและปริมาณที่มากขึ้นกว่าในอดีต ส่งผลทำให้นิยามความคาดหวังของ "สุขภาวะ" ของผู้คนในสังคมเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น สิ่งที่หลีกเลี่ยงมิได้ที่จะตามมาก็คือ "นิยามของสุขภาวะ" หรือ good health อันเป็นเป้าหมายของมนุษย์ทุกคนก็จะเปลี่ยนแปลงและหลากหลายตามไปด้วย วิชาชีพแพทย์ที่มุ่งหวังผลที่คุณภาพชีวิตก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามความต้องการของทั้งปัจเจกบุคคลและของสังคม

การทำ Palliative Care แต่เดิมที่จะทำเฉพาะในผู้ป่วยที่หมดหวัง ไม่มีทางรักษาให้หายได้ ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนหลักการไป องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ให้นิยามความหมายใหม่ของ Palliative Care โดยเปลี่ยนเป้าหมายจากนิยามความหมายเดิม นั่นคือจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดเปลี่ยนมาเป็นทำกับผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต (life-threatening) โดยเหตุผลคือเมื่อมีภาวะนี้ มิติความต้องการความหมายของชีวิตจะเปลี่ยนไป ความเป็น "องค์รวม (holistic)" ของชีวิตจะมีความหมายมากขึ้น สิ่งที่อยากจะทำ สถานที่ที่อยากจะอยู่ คนที่อยากจะพูดด้วย หรือเรื่องที่อยากจะพูด เกิดการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ

Contents

1. Principle of palliative care
2. Goals of care
3. Symptoms control
4. Communication in palliative care
5. Team of care

1. Principle of Palliative Care

เป็นปรัชญาการดูแลบริบาลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามถึงชีวิตที่จะต้องดูแลในทุกๆมิติของสุขภาวะ ได้แก่ มิติทางกาย ทางอารมณ์ความรู้สึก ทางสังคม รวมไปถึงทางมิติของจิตวิญญาณ และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เพื่อที่จะได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายใดจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบนี้ ควรจะทำโดยเร็วที่สุดเพื่อที่จะได้มาซึ่งข้อมูลสำคัญที่จะนำมาใช้ประกอบอย่างต่อเนื่อง ในการออกแบบยุทธศาสตร์การเยียวยาบริบาล การประเมินสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม ครบทุกมิติ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนการรักษาและพิจารณาเห็นถึงความสำคัญของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย และรวมไปถึงการดูแลความทุกข์ การปรับตัวของญาติสนิทที่จะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปด้วย (Grief and bereavement care)

การทำ palliative care มิใช่เป็นการเร่งรัดการตาย หรือเป็นการยื้อชีวิต (หรือยื้อความตาย) ผู้ป่วยจะเสียชีวิตตามการดำเนินโดยธรรมชาติของตัวเขาเอง การรักษาพยาบาลจะเน้นที่การรักษาอาการมิให้มีความทุกข์ทรมาน เน้นที่ความต้องการผู้ป่วย และของครอบครัว เป็นไปตามบริบทที่จำเพาะเป็นพิเศษในเหตุการณ์นั้นๆ

การทำ palliative care เน้นที่คุณภาพชีวิต การประเมินอย่างละเอียดเพื่อการวินิจฉัยมีความสำคัญมาก และยังคงต้องปฏิบัติตามข้อบ่งชี้ เช่นการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ในกรณีที่ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนั้น อาจจะยังมีสาเหตุที่แก้ไขได้เยียวยาได้ และทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยลง การเลือกวิธีรักษาที่เหมาะสมก็ยังคงต้องปฏิบัติตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่เนื่องจากความซับซ้อนของมิติแห่งคุณภาพชีวิต การทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่รวมทั้งจากภาคครอบครัวและสังคม วัฒนธรรมประเพณีจะเกิดการบูรณาการออกแบบ แนวทางการรักษาที่เป็นองค์รวมมากเป็นพิเศษ

2. Goals of care

2.1 Trajectory of diseases

2.1 Advance care plan

2.1 Discharge planning

เป้าหมายในการดูแล palliative care นั้น จะแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม curative อยู่บ้าง ในการรักษาโรคเฉียบพลันที่หายขาด ผู้ป่วยจะยินยอมที่จะทนทุกข์ทรมานชั่วคราว เพื่อที่ผลในระยะยาวจะดีขึ้นหรือปลอดโรค เช่น ยอมผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ยอมผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก แต่เมื่อไรก็ตามที่พยาธิสภาพซับซ้อนมากขึ้น ไม่สามารถรักษาหายขาด เกิดภาวะพิการถาวร หรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะใดไปอย่างถาวร การดูแลเรื่องอาการ อาการแสดง และความทุกข์ จะเพิ่มความสำคัญขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2.1 Trajectory of diseases

ความรู้เรื่อง trajectory of diseases หรือการคาดเดาวิถีการดำเนินโรค จะมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจวางแผนการรักษา ในอาการหรือความทุกข์อย่างเดียวกัน แต่ในบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงได้ เช่น spine metastases ในผู้ป่วยมะเร็งตับหรือมะเร็งปอด กับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิด hormonal response ดี ซึ่งมีพยากรณ์โรคที่แตกต่างกันมาก การวางแผนจัดการกับพยาธิที่เกิดขึ้นก็จะใช้เรื่อง trajectory of diseases มาประกอบในการตัดสินใจ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถใช้วิจารณญานแยกแยกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามโรคเอง หรือเป็นสภาวะแทรกซ้อนใหม่ที่สามารถรักษาหายได้ เช่น อาการปวดนั้นเป็นเพราะมะเร็งลุกลาม หรือเป็นอาการปวดจากการอักเสบ จากการติดเชื้อ ที่ใช้ยาปฏิชีวนะรักษาได้ หรืออาการซึมเศร้า พูดน้อยลง ขยับตัวน้อยลง เป็นเพราะจากมะเร็งแพร่กระจาย (malignant cachexia) หรือว่าเป็นสภาวะอิเล็กโตรลัยท์เสียสมดุล หรือภาวะซีดจากการสูญเสียเลือดเร็วซึ่งแก้ไขได้ไม่ยาก จะเห็นว่าการประเมินทางคลินิกที่ถูกต้องแม่นยำสามารถเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา และได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพึงรู้ถึงดำเนินโรคของแต่ละโรคเป็นอย่างดี รู้ว่าอาการกลุ่มใด เป็นอาการที่ต้องเกิดไปตามระยะ หรือเป็นอาการแทรกซ้อนที่แก้ไขได้ รักษาหายได้ เช่น acute pneumothorax, pericardial effusion, pleural effusion เป็นต้น

ผู้ป่วย palliative care จะสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาได้ดี หากแพทย์ช่วยทำให้เกิดความชัดเจน ตรงไปตรงมา ว่าการดำเนินโรคจะเป็นไปในทางใด และใช้ร่วมกับความเป็นตัวตนของผู้ป่วยเองว่าต้องการมีชีวิตแบบไหน อย่างไร จึงจะมีความ

สุขมากที่สุด หรือว่ามีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

2.2 Advance care plan

การรักษาพยาบาลทุกวิธีไม่ได้มีแต่ผลดีอย่างเดียว แต่มีผลข้างเคียงที่ไม่พึงปราถนาด้วย ที่ยังคงให้การรักษาอยู่ทุกวันนี้ เป็นเพราะผลดีจากการรักษาเหนือกว่าผลเสียจากผลข้างเคียง จากความจริงนี้เอง ทำให้การทำ palliative care ต้องวางแผนอย่างระมัดระวัง เพราะผลดีประการหนึ่งคือการ “หายขาด” นั้นอาจจะไม่มีแล้ว น้ำหนักของผลเสียและผลข้างเคียงอาจจะเริ่มมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น อันเป็นที่มาของการทำ advance care plan

ในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care plan) แพทย์ควรจะอธิบายแก่ผู้ป่วย (และญาติ) ให้ชัดเจนว่าการรักษาชนิดใดนั้นเพื่อประโยชน์อะไร เป็นการทบทวนและทำให้ทุกคนปรับทิศทางความคาดหวังให้ตรงกันทั้งหมด เช่นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และมีภาวะทรุดโทรมมากจากการแพร่กระจายของมะเร็ง (malignant cachexia) ญาติอาจจะอยากให้แพทย์ช่วยเรื่องโภชนาการ ให้อาหารทางหลอดเลือดดำหรือพยาธิให้อาหารทางช่องทางต่างๆ ถึงตอนนี้แพทย์ต้องอธิบายให้เข้าใจว่า ภาวะการทรุดโทรมในขณะนี้เป็นระยะของโรค และอาหารไม่ว่าจะให้ทางช่องทางใดๆ ก็จะไม่ทำให้ผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น อ้วนขึ้น หรือมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น แต่อาจจะเกิดผลข้างเคียงของหัตถการต่างๆ เช่นการมีเส้น central venous lines หรือสายให้อาหาร ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เลวร้ายลงมากขึ้น และได้ประโยชน์น้อย หรือว่าไม่ได้เลย

ตรงกันข้ามกับกรณีที่แพทย์พบจุดมะเร็งกระจายไปที่กระดูกสันหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ยังไม่มีอาการอื่นๆใดๆเลย และเป็นมะเร็งที่ตอบสนองการรักษาดีมาก ในกรณีเช่นนี้การวางแผนที่จะลงไปทำ spine reconstruction เพื่อป้องกัน spinal cord compression ก็อาจจะอยู่ในการพูดคุยกันได้ถึงผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้น หรือในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มาด้วยกลุ่มอาการ superior vena cava obstruction การทำ emergency radiation สำหรับผู้ป่วยบางรายกับมะเร็งบางประเภท ก็สามารถรักษาอาการให้หาย หรือดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้อีกนานพอสมควร

การพูดคุย advance care plan ในผู้ป่วย palliative care จึงเป็นกระบวนการขั้นตอนที่สำคัญต่อตัวผู้ป่วยเอง กับครอบครัวและผู้ดูแลหลัก และทีมรักษา ยิ่งทั้งหมดชัดเจนมากเท่าไหร่เราจะยิ่งสามารถบูรณาการวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ากับความเชื่อศาสนา วัฒนธรรมประเพณี และความต้องการตามปัจเจกบุคคลได้ดีขึ้นเท่านั้น จะเห็นได้ว่า การที่แพทย์จะทำ advance care plan ได้ดีนั้น แพทย์จะต้องมี medical competency ที่ดีก่อน เพื่อที่จะสื่อสารเรื่องโรค การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา ผลดีผลเสียและผลข้างเคียงของวิธีรักษาแต่ละวิธีรวมทั้งของจากการที่จะเลือกไม่รักษาด้วย เพื่อนำมาประกอบกับเรื่องราวของด้านผู้ป่วยและญาติด้วย เช่น การต้องเดินทางมาโรงพยาบาล หรือการไปที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน คนเฝ้า หน้าที่ของผู้ดูแลหลัก และข้อจำกัดต่างๆของคนทุกคนที่เกี่ยวข้อง เมื่อทุกๆมิติของคุณภาพชีวิตถูกนำมาพิจารณา ทุกคนจะเริ่มชัดเจนมากขึ้นว่าจะทำอะไร และจะไม่ทำอะไร หรือไม่ควรจะทำอะไร

2.3 Discharge planning

จุดวิกฤติจุดหนึ่งของการทำ palliative care คือ ณ เวลาที่มีการเปลี่ยน setting การดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ การย้ายจากโรงพยาบาลหนึ่งไปอีกโรงพยาบาลหนึ่ง การจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปบ้าน เพราะจะเกิดการเปลี่ยน "ระบบการดูแล" ที่ผู้ป่วยคุ้นชินไปเข้าระบบใหม่ที่ต้องการการปรับตัวหลายประการ discharge planning ที่ดี จะช่วยแก้ไขป้องกัน อุปสรรคต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของ discharge planning คือ

- Continuity of care
- Adjustment of life-style
- Prevention, early detection and care of possible complications

การทำ discharge planning ที่ดีเป็นการคำนึงถึงจุดวิกฤติที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ความแตกต่างของบริบทในโรงพยาบาล กับที่ที่ผู้ป่วยกำลังจะย้ายไป อาจจะเป็นโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือกลับไปบ้าน กลับไป nursing home หรือกลับไปชุมชน ความแตกต่างของบริบทใดบ้างที่จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ควรจะนำมา

พิจารณาและวางแผนเสียก่อนที่จะทำการโยกย้าย

- *Continuity of care*

ขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกดูแลด้วยทีมแพทย์และพยาบาล รวมทั้งทีมสนับสนุนอีกมากมาย มีทั้งนักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอาชีวะบำบัด นักจิตวิทยา แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน ทั้งหมดจะต้องพึ่งผู้ดูแลหลัก (primary care-giver) ซึ่งส่วนใหญ่มีแค่คนเดียว ความแตกต่างนี้อาจจะทำให้เกิดความทุกข์อย่างยิ่ง ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก หากไม่ได้มีการเตรียมตัวที่ดีไว้ก่อน มีพยาธิสภาพหลายประการที่ท้าทายความสามารถของผู้ดูแลได้ เช่น การมีทวารเทียม (ostomy care) การดูแลเรื่องแผลกดทับ การดูแลสายให้อาหารทางจมูกหรือทางหน้าท้อง การดูแลผู้ป่วยที่เคลื่อนตัวเองไม่ได้ ในบางกรณีที่มีผู้ป่วยต้องกลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ต้องมีการใช้ถังออกซิเจน มีการประสานงานระหว่างที่บ้าน โรงพยาบาล และการเปลี่ยนถังสำรอง การทำ discharge planning อาจจะพบว่าในบางกรณี กว่าจะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ เราจะต้องมา empower primary care-giver อีกหลายวัน หรือเป็นอาทิตย์ เพื่อที่จะสามารถทำการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ แต่สิ่งสำคัญที่สุดก็คือ เราสามารถที่จะช่วยด้านคุณภาพชีวิตของทุกคนที่เกี่ยวข้องได้อย่างมาก หากมีการเตรียมตัวที่ดี

- *Adjustment of life-style*

โรคบางโรคจะทำให้ชีวิตหรือวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป และเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ควรจะอธิบายให้เข้าใจ ก็จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เพราะการปรับความคาดหวังตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น เช่น ในโรคมะเร็งระยะท้าย ผู้ป่วยอาจจะทุกข์ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ หรือทำได้น้อยลง และอาจจะดิ้นรนที่จะทำให้ได้ บางครั้งแพทย์อธิบายว่านี่คือความจริงของระยะของโรคที่เป็น ผู้ป่วยจะทำกิจวัตรบางอย่างได้น้อยลง จากเดินวันละ 10 กิโลเมตร มาเป็นเหลือวันละ 5 กิโลเมตรก็เหนื่อย การสนทนาให้ผู้ป่วยเข้าใจในระยะโรค ยอมรับและปรับตัวเข้ากับกิจวัตรใหม่ ไม่ต้องดิ้นรนต่อสู้ซึ่งไม่มีประโยชน์และเป็นทุกข์ หรือในกรณีผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตนั้น การพูดคุยกับญาติให้เข้าใจว่าเวลาที่ผู้ป่วยจะตื่น รู้ตัว ในแต่ละวันจะน้อยลงไปเรื่อยๆ เวลาที่ผู้

ป่วยจะนอนหลับและไม่มีปฏิสัมพันธ์จะยาวนานมากขึ้น เพียงเท่านี้ ก็จะทำให้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยตื่น อาจจะมองหาอะไรทำให้เวลาช่วงนี้มีค่าและมีความหมายมากขึ้น หรือการปรับท่านอน ตำแหน่งของเตียง ก็อาจจะช่วยให้สบายขึ้น ปวดน้อยลง ทั้งนี้ต้องเป็นการทำงานร่วมกับผู้ดูแลหลัก พิจารณาหมดทุกอย่างถึงความสามารถและข้อจำกัด ทางกายภาพ ทางสังคม ทางอารมณ์ของผู้ดูแลหลักด้วย ผลสุดท้ายประโยชน์จะตกกับตัวผู้ป่วย และต่อทุกๆ คนในบริบทนั้นๆ

● *Prevention, early detection and care of possible complications*

เมื่อโรคดำเนินมาถึงระยะหนึ่ง จะมีภาวะแทรกซ้อนเข้ามา บางเรื่องก็จะเป็นไปตามธรรมชาติของโรคและเราทำอะไรไม่ได้ แต่บางเรื่องก็อาจจะแก้ไข ป้องกันได้ discharge planning สามารถช่วยทำให้ปัญหานี้เบาบางลง ในการพูดคุยกับผู้ป่วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยควรจะจินตนาการถึงชีวิตเบื้องหน้าให้ชัดเจนที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยขยับตัวไม่ได้สิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นก็มีตั้งแต่แผลกดทับ การให้อาหารทางสายหน้าท้องหรือทางจมูก และอาจจะเกิดการสำลัก ปอดอักเสบ การจัดท่าและการดูแลใกล้ชิดประจำวัน จะมีความสำคัญมากในทุกๆ ขั้นตอน การได้มีพูดคุยถึงการใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านโดยละเอียด ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สามารถช่วยลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

กลุ่มโรคเรื้อรังอาจจะมีช่วงที่อาการระบบต่างๆ กำเริบ หรือในกรณีของโรคมะเร็ง การกระจายตัวของโรคไปยังอวัยวะต่างๆ ก็จะเพิ่มปัญหาใหม่ให้กับผู้ป่วย ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถพิจารณาและเลือกที่จะแนะนำการเฝ้าระวัง การเตรียมตัว ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงอาการและอาการแสดงเริ่มต้นของปัญหาเหล่านี้ โดยเฉพาะเรื่องที่สามารถให้การรักษาที่ได้ผลแตกต่างชัดเจนหากวินิจฉัยได้แต่เนิ่นๆ

กลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง

1. อาการจากพยาธิสภาพเฉพาะที่
2. อาการจากพยาธิสภาพที่โรคแพร่กระจายไปยังระบบอื่นๆ
3. อาการจากระบบเมตาบอลิสมโดยรวม
4. อาการจากปฏิสัมพันธ์ของยาหลายชนิด (polypharmacy)
5. อาการจากโรคใหม่ พยาธิสภาพใหม่

3. Symptoms control

การควบคุมอาการในผู้ป่วย palliative care มีความสำคัญมาก แพทย์และทีมผู้ดูแลรักษา พึงมีความตระหนัก และมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาการ และ/หรืออาการแสดงของผู้ป่วย เพราะในระยะนี้ เมื่อการรักษาหายขาดเป็นไปไม่ได้แล้ว สิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกังวลคือความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับร่างกายอันเปราะบางลงไปเรื่อยๆ และเมื่อเป้าประสงค์การรักษาไม่ได้เพื่อการหายขาด สิ่งสำคัญที่สุดในขณะนี้คือการรักษาทุกข์ (suffering) ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

การรักษาหายขาดเป็นศาสตร์ เป็นวิชาการ แต่การรักษาอาการหรือความทุกข์นั้นเป็น “ศิลปศาสตร์” เนื่องจากมีมิติของอัตตวิสัย (subjectivity) ผสมรวมอยู่ด้วยเสมอ ในการเป็นแพทย์ผู้ดูแลจึงต้องพร้อมทั้งศาสตร์และศิลป์มีความรู้และทักษะในการบริหารยาและเลือกแผนการรักษาที่เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และรู้สติว่า ณ ขณะนั้น ผู้ป่วยต้องการสิ่งใดมากที่สุดเพื่อที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

Common symptoms in palliative care

- Pain
- Non-pain symptoms
  - o Dyspnoea, breathlessness
  - o Ascites
  - o Cachexia, tiredness, exhaustion
  - o Nausea and vomiting
  - o Anorexia
  - o Xerophthalmia
  - o Xerostomia
  - o Depression
- Specific considerations
  - o Mechanical bowel obstruction
  - o SVC syndrome
  - o Impending cord compression

- o Paraneoplastic syndrome
- o Skeletal-related events (SREs)
- o Electrolyte imbalance
- o Organ failure-related symptoms

● Emotional and spirituality issues

ศัลยแพทย์ผู้ดูแล ควรจะมี competencies ไม่เพียงเฉพาะการรักษาผ่าตัด แต่เรื่องการควบคุมอาการระบบต่างๆ ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ควรจะตระหนักตลอดเวลาว่าการรักษาหลายประเภทนั้นมีความทุกข์เกิดขึ้นจาก "วิธีรักษา" ไม่น้อย แต่แพทย์ยังเลือกวิธีเหล่านี้ก็เพราะว่าประโยชน์เหนือกว่าโทษ แต่ในสภาวะ palliative care แพทย์จะต้องพิจารณาว่า ณ บริบทใหม่นี้ ประโยชน์ยังคงเหนือกว่าโทษอยู่หรือไม่ และในเรื่อง patients preference หรือความต้องการของผู้ป่วย ยิ่งมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น และในผู้ป่วยระยะนี้ แพทย์จะต้องสามารถมองเห็นถึงทางเลือกอื่นๆ ที่จะอาจจะนำมาใช้ วิธีที่เคยเป็น second-best ในภาวะปกติ อาจจะกลายเป็น treatment of choice ในบริบทนี้ การมีทีมรักษาพยาบาลที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสหสาขา จะสามารถเพิ่มความเป็นไปได้และทางเลือกในการดูแลอาการต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ เภสัชกร นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด นักอาชีวะบำบัด (occupational therapist) นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสาขาต่างๆ ได้แก่ แพทย์รังสีรักษา แพทย์ศัลยศาสตร์กระดูกและข้อ อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ จิตแพทย์

ศัลยแพทย์พึงตระหนักถึงทางเลือกการรักษาอื่นๆนอกเหนือจากการผ่าตัด ซึ่งในการที่จะได้ผลดีนั้น สภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ และในบริบท palliative care นั้น สภาพร่างกายของผู้ป่วยมักจะเต็มไปด้วยข้อจำกัด ที่การผ่าตัดเองอาจจะกลายเป็นปัจจัย หรือเหตุผลสำคัญที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทรุดลง เช่น ผู้ป่วยที่เคยทำผ่าตัดช่องท้องเพื่อรักษามะเร็ง กลับมาด้วยอาการ bowel obstruction จากมะเร็งลุกลาม ศัลยแพทย์อาจจะพิจารณาว่าการรักษาแบบ non-surgical treatment นั้น มีทางเลือกอะไรบ้าง เพราะการลงไปผ่าตัดแก้ไขในกรณีนี้ ความเสี่ยงจะสูงมากกว่ากรณีปกติมาก ศัลยแพทย์อาจจะเลือกใช้ decompression ร่วมกับยาแก้ปวด และยาอื่นๆ เช่น octreotide และ proton-pump inhibitors เพื่อช่วยลด secretions และลด tensions ที่จะเกิด

ขึ้นในระยะแรก ก่อนที่จะพิจารณานำเอาผู้ป่วยไปผ่าตัดแก้ไขถ้าหากวิธีเหล่านี้ไม่ได้ผล และหากเป็นเช่นนั้น การพูดถึงความเสี่ยงและผลที่เป็นไปได้จากการผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติอย่างตรงไปตรงมา เป็นสิ่งสำคัญและต้องกระทำเสมอ

4. Communications in Palliative Care

การสื่อสารกับผู้ป่วย palliative care มีความสำคัญที่สุดต่อผลการรักษา เพราะจะเป็นการตั้งความหวังที่น่าจะเป็น เป็นการตระเตรียมให้พร้อมกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น ความหวัง ความเข้าใจ และความร่วมมือ ความเป็นทีมอันหนึ่งอันเดียวของทุกคนที่เกี่ยวข้องจะเกิดขึ้นได้จากการมีการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ

- Diagnosis
- Prognosis
- Goals of care and changes of plan

การสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น และเกิดความความร่วมมืออย่างเต็มที่ในทุกๆ ด้านจากทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทุกเรื่องที่มีนัยสำคัญ จะต้องถูกนำมาครุ่นคิดใคร่ครวญ ทั้งประโยชน์ โทษ ข้อจำกัดของบริบทที่นี้เพื่อที่ความคาดหวัง ต่อสัมฤทธิ์ผลใดๆ นั้นจะได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การสื่อสารจากแพทย์นั้น ไม่เพียงแต่จะอาศัย medical competency หรือความรู้ในโรค และทักษะในการดูแลเท่านั้น ความเข้าใจผลกระทบของสิ่งที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ความรู้สึกของคน ก็เป็นสิ่งสำคัญมากที่แพทย์จะต้องตระหนักและมีทักษะในการจัดการเรื่องอารมณ์ความรู้สึกนี้ได้ ทัศนคติของแพทย์ต่อพยาธิสภาพ ต่อชีวิต ต่อเครื่องมือทางการแพทย์และต้นทุนทุกอย่างที่มีอยู่จะเป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติมิได้ต้องการแค่ข้อเท็จจริง หรือข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเท่านั้น ยังต้องการทราบด้วยว่าสิ่งเหล่านั้นจะมีผลกระทบ ต่อชีวิต ต่อความเป็นอยู่ ต่อสุขภาวะของเขาทุกคนอย่างไร และไม่เพียงเท่านั้น ผู้ป่วยและญาติยังต้องการให้แพทย์เป็นกระจกสะท้อนความหวัง และความเป็นไปได้ในการรักษา เยียวยาพยาบาลความทุกข์ที่เขามี ข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วยจึงเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่ทำให้แพทย์ สามารถเข้าใจถึง “ชีวิต” ของคนที่นั่งอยู่เบื้องหน้า ว่าชีวิตนี้มีต้นทุนอะไรบ้าง ไม่ได้เป็นแค่ “ถุงอวัยวะป่วย” หรือ

เป็นแค่ก้อนมะเร็ง แต่เป็นชีวิตที่เคยมีความสุขจากสิ่งต่างๆ มากมาย และทุกๆ อย่างที่เคยเป็นสาเหตุแห่งความสุข ความหวัง ความภาคภูมิใจนั้นเอง ที่ถึงเวลาจะต้องนำมาใช้ในคลังโอสถ คลังวิธีการเยียวยาในครั้งนี้ด้วย

- **การสื่อสารการวินิจฉัย (diagnoses talk)**

การแจ้งคำวินิจฉัยไม่ได้เป็นแค่การส่งต่อข้อเท็จจริง (transfer of fact) เท่านั้น แต่ส่วนใหญ่จะเป็นจุดเริ่มต้นของการหักเหวิถีชีวิตของผู้ป่วยทั้งชีวิตด้วย หากศัลยแพทย์คาดว่าผู้ป่วยและญาติจะรับข้อมูลเหล่านี้แบบใช้ตรรกะ ความเข้าใจ เพียงอย่างเดียว ก็จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเดินทางห่างออกจากกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ทุกๆครั้งที่แพทย์แจ้งข่าวร้าย หรือบอกวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย จะเป็นการตั้งต้นการเดินทางไปสู่ความไม่แน่นอนของชีวิต เป็นเรื่องที่นอกเหนือความควบคุม นอกเหนือความคาดหมาย และมีการรบกวนการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและทุกๆ คนรอบข้างไปด้วย พลังงานในการสื่อสารของแพทย์กับข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงมีความสำคัญร่วมกัน และต้องใช้ออกด้วยทักษะ และเจตนคติที่สมบูรณ์แบบ จึงจะทำให้เกิดการสื่อสารและหวังผล (optimal communication)

มี rule of thump ที่ช่วยในการสื่อสารแจ้งข่าวร้ายก็คือ เมื่อมีข่าวร้าย ให้มีข่าวดีไปด้วยเสมอ และจะพบว่าแพทย์เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยจะหวังว่านำพาข่าวดีนั้นมาให้ตั้งแต่ความเป็นไปได้มากการรักษาหายขาด จนไปถึงแม้ว่าจะรักษาไม่ได้ แต่ก็จะบรรเทาอาการ บรรเทาความทุกข์ ความไม่สบายต่างๆ และรักษาไว้ซึ่งวิถีชีวิตของเขาไปได้ให้นานที่สุด ก่อนที่แพทย์จะไปหาผู้ป่วยเพื่อแจ้งข่าวร้าย จึงควรจะทบทวนตนเองว่า เรามีความเข้าใจถึงทางเลือกในการเยียวยารักษามากน้อยเพียงไร หรืออย่างน้อยก็ทราบวิธี ที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปหาคนที่น่าจะมีข่าวดีให้ก็ยังดี

- **การสื่อสารพยากรณ์โรค (prognostication talk)**

เป็นนัยยะที่มีผลโดยตรงต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้รับ แพทย์พึงตระหนักเสมอว่า เวลาที่ผู้ป่วยอาจจะเป็นคนถามถึงเรื่องนี้เองก็ดี หรือแพทย์เป็นคนเริ่มนำหัวข้อนี้มาสนทนาก็ดี ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการฟังเรื่องพยากรณ์โรคของตนเองแบบนักวิชาการ หรือเป็น

สาระที่น่าสนใจทั่วไป แต่เป็นว่า “ชีวิตของเขาที่เหลือจะเป็นเช่นไรต่อไป?” คำตอบเชิงวิชาการแบบแข็งกระด้างนั้น มักจะไม่ช่วยสิ่งที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ แต่ในขณะเดียวกัน การให้กำลังใจที่ไม่เป็นไปตามเหตุตามผล หรือไม่เข้ากับบริบท ก็ไม่ได้มีผลช่วยเช่นกัน บทสนทนาหรือคำพูดที่ใช้บ่อย ประเภท “คุณเป็นมะเร็ง แต่ไม่เป็นไรนะ....” นั้น อาจจะทำให้ผู้รับฟังรู้สึกว่าผู้พูดไม่ได้มีอารมณ์ร่วมหรือไม่เข้าใจว่าเขากำลังรู้สึกเช่นไรคำพูด “ไม่เป็นไร” มักจะเป็นการพูดเพื่อให้ผู้พูดรู้สึกดีเท่านั้น แต่คนรับฟังที่พึ่งได้รับข่าวร้ายไปจะรู้สึกขัดแย้งและอาจจะเข้าใจว่าแพทย์ไม่ต้องการจะให้เขาแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมา หากแพทย์มีข่าวดี ก็บอกข่าวดี หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์นั้นออกมาตรงๆเลย ให้ผู้รับพิจารณาเองว่าข้อมูลนั้นจะช่วยให้ “ไม่เป็นไร” จริงหรือไม่

คำถาม “ผมจะอยู่อีกนานเท่าไหร่?” อาจจะเป็นคำถามระดับจิตวิญญาณ หรือแสดงถึงอารมณ์ความรู้สึกด้านในที่ลึกซึ้ง และต้องการความเห็นใจ ความเข้าอกเข้าใจของผู้รับฟัง ณ ขณะนั้น หากแพทย์ตอบไปว่า “อัตราการอยู่รอด 5 ปีมีไม่ถึง 30% ครับ” ก็อาจจะเกิดช่องว่างของการสื่อสาร คือแพทย์ไปตอบตามตำรา และไม่ได้เข้าใจว่าคนถามกำลังรู้สึกอยากจะได้อะไร และกำลังกลัวอะไร การที่แพทย์ตอบแบบนั้นเป็นเพราะแพทย์อาจจะต้องการหลีกเลี่ยงอารมณ์ความรู้สึก ทั้งของตนเอง และของคนถาม จึงได้ปูพื้นฐานการสนทนาเป็นเชิงวิชาการแบบนั้น แต่การสนทนาเรื่องพยากรณ์โรคทุกครั้ง เป็นการสนทนาเรื่องของชีวิต เรื่องของความหมายของชีวิต และเรื่องของการจัดการชีวิตของคนหลายๆคน อาจจะเกิดข้อจำกัดในการสนทนาขึ้นมาทันที เพราะเป้าประสงค์ไม่ตรงกัน เนื้อหาไม่สอดคล้องกัน

- **Goals of care and changes of plan**

การสนทนาเรื่อง goals of care หรือเป้าประสงค์ของการรักษาเป็นกิจกรรมที่ควรทำ และควรทำในการรักษาผู้ป่วยทุกระยะ แต่มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วย palliative care ที่ต้องการความชัดเจนมากขึ้นเพราะการรักษาทุกประเภทนั้น มีภาวะแทรกซ้อนและความทุกข์ ปะปนอยู่เสมอ ความ “คุ้มค่า” จึงต้องผ่านการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนและรอบคอบ การสนทนาเรื่อง goals of care ยังช่วยปรับความเข้าใจและเป้าหมายที่ทุกคนกำลังทำ (หรือไม่กระทำ) ให้ตรงกัน จะเกิดปัญหาขัดแย้งน้อยลง และเป็นการพัฒนา good doc-

tor-patient relationship ที่ดีได้อีกด้วย

การสนทนา goal of care จะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อ แพทย์มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยระดับหนึ่ง โดยเฉพาะเมื่อโรครักษาไม่หายขาดแล้ว เป้าประสงค์เป็นเช่นไรนั้นผู้ป่วยจะใช้ปัจจัยชีวิตมากมาย มาประกอบการตัดสินใจ ดังนั้นแพทย์จะมีส่วนช่วยได้อย่างมาก หากสามารถอธิบาย หรือคาดการณ์อย่างมีเหตุมีผลว่าการดำเนินโรค และแผนการรักษาพยาบาลต่อแต่นี้ไป จะทำอะไร เพื่ออะไร และใช้อะไรในการวัดการประเมิน ว่าทุกอย่างยังคงเป็นไปตามแผนที่วางไว้ และเมื่อไรที่จะทราบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นอย่างที่หวัง และอะไรจะเป็นแผนสำรอง แผนสำรองจะเริ่มต้นต่อเมื่อเกิดอะไรขึ้น

เนื้อหาของ goal of care ก็คือ การทบทวนปัญหาที่สำคัญ (ต่อผู้ป่วย) ให้ครบทุกเรื่อง และเริ่มแจกแจงว่าปัญหาต่างๆ เกิดจากอะไร จะเป็นเช่นไรต่อ หลังจากนั้นก็เป็นการสนทนาเรื่องทางเลือกในการรักษาแต่ละแบบ ข้อดีและข้อเสีย ซึ่งจะมีความหมายต่อผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน อธิบายให้ชัดเจนว่าจะทำอะไรเพื่ออะไร และที่สำคัญไม่น้อยกว่ากันคือผู้ป่วยไม่อยาก ไม่ต้องการให้เราทำอะไรบ้าง ในบริบทแบบไหน และสรุปในช่วงสุดท้ายก่อนจะปิดการสนทนาเสมอว่าจากการสนทนาในครั้งนี้ ต่อไปเราจะทำหรือไม่ทำอะไรบ้าง เพื่อที่จะได้เป้าประสงค์ตรงกันทุกฝ่าย

Setting of goals of care

ช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการสนทนา goal of care ได้แก่

1. เมื่อแรกวินิจฉัย
2. เมื่อแรก admission หลังจากได้รับผลการประเมินเบื้องต้นครบ อาจจะเป็นสองสามวันหลังจากได้เข้ามาในโรงพยาบาล แต่ไม่ควรจะนานเกินไป
3. ทุกครั้งที่แพทย์ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมที่อาจจะต้องเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา เช่น X-ray พบการกระจายของโรค เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน เมื่อมีการวินิจฉัยเพิ่มเติม เมื่อมีการเปลี่ยนระยะของโรค
4. เมื่อทำ family meeting เพื่อการได้รับความร่วมมือจากครอบครัวจะเป็นประโยชน์ เช่นตอนจะทำ discharge planning หรือการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน
5. เมื่อผู้ป่วยต้องการตั้งเป้าหมายใหม่กับทีม

6. ทบทวน goal of care ทุกครั้งในการ follow-up

สิ่งที่แพทย์พึงตระหนักคือในผู้ป่วย palliative care นั้น เป้าหมายในการรักษาปรับเปลี่ยนได้เสมอ ทั้งนี้เป็นเพราะส่วนหนึ่งของระยะโรค ทำให้การดำรงชีวิต ความหมายของชีวิต ความสุขหรือความทุกข์ ทุกเรื่องราวที่มีผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วย จะทำให้เกิดการมองมุมด้านอื่น ทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาควรที่จะเข้าใจในปรากฏการณ์นี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้องระมัดระวังอารมณ์และความรู้สึกของตัวแพทย์เอง ไม่ให้เกิดทัศนคติด้านไม่ดีต่อผู้ป่วย เพราะแพทย์อาจจะคิดว่าผู้ป่วยรายนี้มีความไม่แน่นอน ชอบเปลี่ยนใจไปมาทั้งๆ ที่พูดคุยกันแล้ว แต่การเปลี่ยน goals of care ใน palliative care นั้นเกิดขึ้นได้เสมอ

Advance care plan

ถ้าแพทย์ทำให้เรื่องการสนทนาเป้าหมายการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมปกติ จะพบว่าทำให้ความชัดเจนเกิดขึ้นต่อทุกฝ่าย และได้รับความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน ตั้งแต่ในระยะแรกที่ร่วมกันวางแผนว่าจะกลับบ้านอย่างไรเมื่อไหร่จะนัดมาติดตามการรักษาหรือว่าตรวจเพิ่มเติมอีกครั้งเวลาไหน เมื่อถึงระยะหนึ่งเมื่อระยะโรคเปลี่ยน ผู้ป่วยอาจจะเกิดมีทุพพลภาพหรือการพิการขึ้น เป้าหมายการรักษาก็จะมุ่งไปที่การใช้ชีวิต การปรับตัวผู้ป่วยและคนรอบข้างให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ และถึงที่สุดแล้ว การสนทนาเรื่องการจัดการวาระสุดท้ายของชีวิตก็จะกลายเป็นเป้าหมายการรักษาสุดท้าย ที่ทุกๆฝ่ายถึงเวลาที่จะได้มาพูดคุยกัน

อุปสรรคทสำคัญที่ทำให้แพทย์และผู้ป่วยไม่ได้พูดถึงเรื่องการจัดการในวาระสุดท้ายมักจะเป็นเพราะไม่ได้มีการร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้ามาตั้งแต่ในระยะแรกๆ เพราะหากได้มีการพูดคุยกันสม่ำเสมอแล้ว จะพบว่าเรื่องการจัดการในวาระสุดท้าย เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่หัวข้อนี้จะมาถึง เพราะระยะโรคที่เปลี่ยนไปเรื่อยๆ จนกระทั่งมาถึงจุดสุดท้ายแห่งชีวิต เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

5. Team of Care

สุขภาวะของมนุษย์นั้นเป็นองค์รวม (holistic) หมายความว่ามิติสุขภาพมีหลาย

ด้าน ทางกาย ทางอารมณ์ความรู้สึก ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ความสุขของมนุษย์ไม่ได้จำกัดเฉพาะจากปัจจัยภายในร่างกายของเราเท่านั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมจะมีผลกระทบต่อสุขภาวะ (well-being หรือ wellness) ได้ทั้งสิ้น เพียงแต่ปัจจัยอันหลากหลายเหล่านี้ จะไม่มีความสำคัญเท่าเทียมกันตลอดเวลา ในการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาวะอันเป็นองค์รวมที่สมบูรณ์นั้น จึงประกอบด้วยมูลเหตุปัจจัยต่างๆ ที่แต่ละสาระนั้นมีความลึกซึ้ง ความละเอียด และเนื้อหาความเป็นไปได้มากมาย มีบุคคล สถานที่ และเรื่องราวหลายมิติมาเกี่ยวข้อง ดังนั้นการให้การดูแล palliative care จะต้องทำเป็นทีม และประกอบด้วยคนช่วยหลายด้าน ไม่สามารถจะทำได้โดยเพียงลำพัง และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้องไม่ลืมที่จะรวมตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) และครอบครัว เข้ามามีส่วนเป็นทีมร่วมรักษาด้วยเสมอ

ปัญหาทางกายของผู้ป่วยเองต้องการการดูแลโดยทีมสหสาขาอยู่แล้ว ได้แก่ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ (หรือแพทย์รักษาอาการปวด) ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ หรือสาขาใดๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พยาบาล นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวะบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ทั้งหมดมาร่วมอยู่ในทีมตามแต่ความต้องการจำเพาะ ของผู้ป่วยในแต่ละราย และแต่ละระยะของโรค บุคคลนอกวิชาชีพสุขภาพ จะมีบทบาทไม่น้อยเช่นกัน เช่น องค์กรชุมชน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อำเภอที่จะเป็นตัวประสานระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพกับหน่วยงานเอกชนหรือของชุมชน ไปจนถึงกลุ่มบุคคลจากภาคศาสนา เช่น พระ บาทหลวง หรือผู้นำทางศาสนา ความเชื่อของชุมชนนั้นๆ

เมื่อไรก็ตามที่มีบุคคลมากมายเข้ามาเกี่ยวข้องเครื่องมือสำคัญที่สุดคือการสื่อสาร เพราะทุกฝ่ายต้องปรับเป้าประสงค์ให้ตรงกัน มิฉะนั้นแล้วจะเกิดความไม่เข้าใจกันและดำเนินการ ไปกันคนละวิธี ไปหาเป้าหมายที่แตกต่างกันและขัดแย้งกัน นำมาซึ่งความทุกข์ต่อทุกฝ่าย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อตัวผู้ป่วยเอง กิจกรรมการประชุมครอบครัว (family meeting) เป็นวิธีหนึ่ง ที่มีประสิทธิภาพมากในการปรับเรื่องความเข้าใจให้ตรงกัน เมื่อทุกฝ่ายเอาปัญหา หรือเอาเรื่องสุขภาวะของผู้ป่วยเป็นโจทย์หลัก เอาเรื่องบริบทต่างๆ ทั้งหมดมาประกอบด้วย เช่น ข้อจำกัดของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ข้อจำกัดของทรัพยากรของ

ฝ่ายให้การรักษา คนทุกคนที่เกี่ยวข้องจะเกิดความชัดเจนมากขึ้น และสามารถตั้งเป้าหมายที่บรรลุได้ตามความจริง

Conclusion

Palliative care เป็นศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เป็นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติแห่งสุขภาวะ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด เท่าที่เป็นไปได้ และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์จวบจนวาระสุดท้ายแห่งชีวิต การดูแลยังรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้เกิดการเสียใจจนเป็นพยาธิสภาพ และกลับฟื้นตัวดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ศัลยแพทย์เป็นเจ้าของไข้ที่ผู้ป่วยทุกรายมีความศรัทธา มีปฏิสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งยาวนาน หากศัลยแพทย์เจ้าของไข้สามารถดูแลผู้ป่วยทุกรายจนถึงที่สุด คือจนวาระสุดท้ายแล้ว งานการเยียวยามนุษย์จะเป็นงานที่สวยงามและสง่างาม สิ่งสำคัญอีกประการคือ palliative care ไม่ต้องทำเพียงลำพัง และต้องมีทีมมาช่วยกันทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้องมีพร้อมทั้งศาสตร์และศิลป์ในการเยียวยามนุษย์ มีความรู้และทักษะทางการแพทย์ทั้งการรักษาโรคและรักษาอาการ เมื่อวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้าผสมผสานสอดคล้องกับศาสตร์และศิลป์ของการใช้ชีวิต ก็จะเกิดเป็นระบบการดูแลที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์อันสมบูรณ์