

บทความวิชาการ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: บริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน End-of-life care: The context of the emergency room

ธีระพล สาดสิน* ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม**

บทคัดย่อ

ถ้าหากคนเราสามารถเลือกสถานที่ตายได้ ทุกคนก็คงอยากตายดี ตายสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ตายด้วยจิตที่เป็นกุศล ท่ามกลางความอบอุ่นของครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก คงไม่มีใครอยากตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ในความเป็นจริงแล้วเราเลือกไม่ได้ ดังสัจธรรมที่ว่าเราเลือกเกิดไม่ได้ ฉะนั้นใด เราก็เลือกสถานที่ตายไม่ได้ฉะนั้น ถ้าการตายดี ตายสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดเป็นความปรารถนาของทุกคน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอีกหนึ่งความท้าทายสำหรับบุคลากรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ การดูแลแบบประคับประคอง/ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Abstract

Everyone wants to die peacefully, without suffering and pain, die with a charitable soul among the warmth of family members and the loved one. No one wants to die at an emergency room. However, the real life world, it could not choose. The truth stated “as we could not choose to be born, we could not choose a place to die”. Promoting die peacefully for end of life patients at an emergency room is challenging for healthcare providers working in this department.

Keywords: End of life patients/ Palliative care/ Emergency room

บทนำ

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแผนกบริการด้านหน้าที่ให้บริการการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกระบบตลอด 24 ชั่วโมง รูปแบบการดูแลเป็นไปด้วยความเร่งด่วนเพราะทุกคนที่มีความหมายกับชีวิตของผู้ป่วย การเตรียมสมรรถนะของบุคลากรจึงเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เช่น การช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ (Advanced Cardiovascular Life Support) และเด็ก (Pediatric Advanced Life Support) การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บรุนแรง (Trauma Life Support) การแปลผลและการจัดการภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ การจัดการสถานการณ์อุบัติเหตุภัยกลุ่มชน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงต่างๆ

*อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

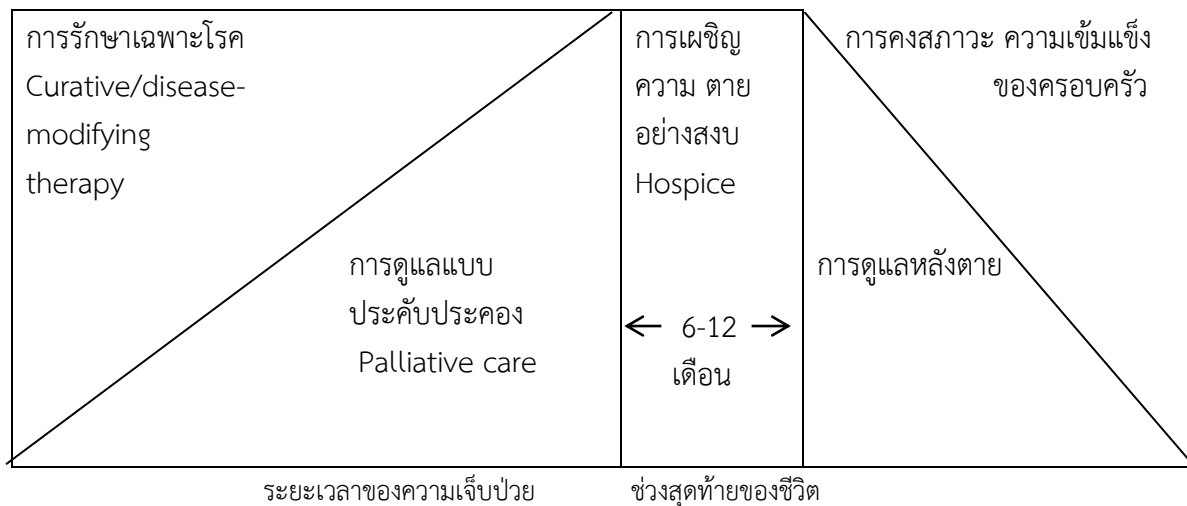
** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โดยผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะซับซ้อนของโรคหรือการเจ็บป่วยหลายระบบ (ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2559; Emergency Nurses Association, 2008) อย่างไรก็ตามจากสถิติของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ ค.ศ. 1994 ถึง 2004 พบผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตามอาการเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.4 (McCaig & Nawar, 2006) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลเรื่องการจัดการอาการ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

ปัจจุบันกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดข้อบ่งชี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ป่วยที่มีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน การวินิจฉัยโรคร่วมหลายโรค โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก ภาวะที่สมองทำงานบกพร่องกะทันหันทำให้เกิดอาการสับสน กระวนกระวาย และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความคิด ความจำและสมาธิเสียไป (terminal delirium) นอกจากนี้ยังมีอาการเบื่ออาหาร (cachexia) น้ำหนักลดต่อเนื่อง ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง (serum albumin <2.5 mg/dl) ต่อเนื่อง มีภาวะแคลเซียมสูงในเลือด (persistent hypercalcemia) และไม่ตอบสนองต่อการรักษา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วย และดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพแบบสหวิชาชีพร่วมกับผู้ดูแลและชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลไม่กี่แห่งที่มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงกระจายอยู่ในหอผู้ป่วยต่างๆไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (Abu Hasheesh, Al-Sayed AboZaid, Goda El-Zaid, & Alhujaili, 2014; Nilmanat & Phunggrassami, 2006) รวมถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีอาการทางกายที่รุนแรงขึ้นจนควบคุมและจัดการไม่ได้ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก และอ่อนเพลีย (Barbera, Taylor & Dudgeon, 2010) จนถึงระยะใกล้ตาย (dying) จึงพบว่าผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Le Conte et al., 2010)

ปกติเมื่อบุคคลคนหนึ่งเจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาล ช่วงที่ได้รับการรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรคเรียกว่า “curative phase” หากพยาธิสภาพของโรคมิแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอาจมีชีวิตอยู่ได้ในเวลาที่จำกัด บุคคลก็จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) (แผนภาพที่ 1) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ได้ใช้เวลาที่เหลือจัดการสิ่งที่ค้างคา ได้อยู่กับคนที่รักและมีความหมายกับชีวิต รวมถึงได้ใช้เวลาที่เหลือเพื่อการเตรียมตัวสำหรับเป้าหมายสุดท้ายคือการตายดี ตายสงบ (good death/ peaceful death) โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวมักได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับหนึ่ง เช่น ได้ทราบว่าตนเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ระยะประมาณการมีชีวิตอยู่ แผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อควบคุมอาการได้แล้วและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ยาสำหรับจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ และการนัดหมายเพื่อติดตามอาการ อย่างไรก็ตามเมื่อพยาธิสภาพของโรครุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยอาจมีอาการที่ไม่สามารถจัดการจนต้องมารับการดูแลที่ห้องฉุกเฉิน แม้ว่าผู้ป่วยบางรายเคยแสดงเจตจำนงไว้ว่า จะไม่รับการรักษาที่เป็นการรักษาแบบเชิงรุก (aggressive treatment) เช่น ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพ ขอเพียงการจัดการอาการเพื่อช่วยให้ตนเองตายสงบในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่ในสถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่จัดการไม่ได้และมารับการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยมักได้รับการดูแลตามรูปแบบของการดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น หากผู้ป่วยหายใจลำบากก็ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือหากผู้ป่วยหมดสติ หัวใจหยุดเต้นก็จะได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

(advanced directive care planning) ในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน บางโรงพยาบาลอาจมีการวางแผนการดูแล มีเอกสารหลักฐานแสดงชัดเจน แต่บางโรงพยาบาลยังไม่ได้ดำเนินการในส่วนนี้ สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังขาดความเชื่อมโยงทั้งระบบ



แผนภาพที่ 1 วิธีความเจ็บป่วยและรูปแบบการดูแล (Emanuel, Gunten, & Ferris, 2000)

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองแต่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีอาการหายใจลำบากร้อยละ 21.8 (ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2559) สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นอีกหนึ่งความท้าทายสำหรับบุคลากรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การดูแลขึ้นกับบุคลากรแต่ละคน ทำให้มีความหลากหลายในการให้ข้อมูล การรักษา และการจัดการอาการ และอาการแสดงที่แตกต่างกัน (Quest, Herr, Lamba, Weissman, & Board, 2013) รวมถึงพฤติกรรม การดูแลของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีความแตกต่างกัน ขึ้นกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการ (Bailey, Murphy, & Porock, 2011) สำหรับประเทศไทยผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาล 3 แห่ง จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ 1) ด้านสภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้างหรือเชิงกายภาพของห้องฉุกเฉิน ได้แก่ สถานที่ในการช่วยฟื้นคืนชีพไม่เหมาะสม ไม่มีห้องให้ข้อมูลญาติและให้ญาติได้พักในขณะเศร้าโศก ไม่มีห้องเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต 2) ด้านวัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน ได้แก่ การรับคนไข้อย่างไม่จำกัดรวมถึงการมุ่งเน้นการช่วยและยื้อชีวิต ไม่เน้นความสบายและไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จากวัฒนธรรมและระบบงานของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในส่วนนี้ทำให้กลายเป็นความยากในการที่จะดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน 3) ด้านศักยภาพของแพทย์และ

พยาบาล ได้แก่ การขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลญาติ และขาดทักษะในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก (วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2557) ดังนั้นการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงควรเริ่มจากความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ ก่อนนำไปสู่การพัฒนาด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ต่อไป

เนื้อหา

ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โดยปกติผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมักจะได้รับเตรียมตั้งแต่เข้าสู่ระยะประคับประคอง เช่น หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้ป่วยอาจได้รับยาหรืออุปกรณ์ เพื่อจัดการอาการและควบคุมอาการที่บ้าน และนัดมาตรวจเป็นครั้งคราว แต่เมื่อพยาธิสภาพของโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น อาการรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการเองได้ ผู้ป่วยอาจต้องมารับการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยปัญหาและความต้องการที่พบบ่อย ดังนี้ (Mierendorf & Gidvani, 2014)

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย

1.1 อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นความรู้สึกไม่สบายในการหายใจเป็นความวิตกกังวลมากกว่าการวินิจฉัยและเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (amyotrophic lateral sclerosis) และภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ร่วมกับความวิตกกังวลโดยพื้นฐานที่มีอยู่เดิม การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากสามารถทำได้โดย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย (การฟังปอด การสังเกตอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ) การใช้เครื่องวัดค่าออกซิเจนในร่างกาย (pulse oximeter) การจับชีพจร เป็นต้น การจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากที่เกิดจากความวิตกกังวล แพทย์จะพิจารณาให้ยาในกลุ่ม anxiolytic ร่วมกับยาในกลุ่ม opioid เช่น clonazepam เริ่มด้วย 0.25 mg รับประทานทุก 12 ชั่วโมง Lorazepam (0.5-1 mg รับประทานทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง) ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ได้ควรพิจารณาให้เป็นยาฉีดทางหลอดเลือดดำ (Mierendorf & Gidvani, 2014) กิจกรรมการพยาบาลคือการดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน โดยการจัดสิ่งแวดล้อมและที่พักให้เงียบสงบ ลดสิ่งรบกวนต่าง ๆ เช่น อาจจัดให้อยู่มุมหนึ่งของที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สงบ แนะนำญาติเรื่องการการสัมผัส สอนเรื่องการหายใจ หรือดูแลให้ใช้พัดลมขนาดจิ๋วเป่าบริเวณใบหน้าเพื่อช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก

1.2 อาการปวด (pain) อาการเจ็บปวดมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเรื้อรังเป็นประจำ ผู้ป่วยบางรายจะแสดงออกทางสีหน้าท่าทางเมื่อมีอาการปวดมาก และอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจร่างกายจนกว่าจะได้รับยาแก้ปวดบรรเทาอาการให้ดีขึ้นก่อน การจัดการอาการ แพทย์จะพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามแนวทางการจัดการความปวดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้ใช้ยาเป็นหลักในการบรรเทาความปวดเป็น 3 ขั้นบันได (3 step ladder) คือ

ขั้นที่ 1 ใช้ยา non opioid ในรายปวดน้อยถึงปานกลาง โดยให้ร่วมกับยา adjuvant หรือไม่ก็ได้

ขั้นที่ 2 ใช้ยา opioid ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioid) รายปวดปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งไม่ดีขึ้นด้วยขั้นที่ 1 มักให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย

ขั้นที่ 3 ระยะปวดรุนแรงมากที่ไม่ดีขึ้นในขั้นที่ 2 ให้ opioid ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid) สำหรับความปวดรุนแรง โดยให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย ได้แก่ การใช้ยาฉีดร่วมกับยากินหรือการให้ Morphine dilute เป็นต้น (WHO, 1996)

กิจกรรมการพยาบาลเรื่องการบริหารยา ควรฉีดยาเขาหลอดเลือดดำช้าๆ โดยช่วงเวลาฉีดแต่ละครั้งมากกว่า 5 นาที และต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยใกล้ชิด สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาหยุดยา ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อลดการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง จัดพื้นที่บางมุมในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดูแลสิ่งแวดล้อมที่อาจกระตุ้นอาการปวด เช่น เสียง หรือสิ่งรบกวนอื่น ๆ

1.3 อาการคลื่นไส้และอาเจียน (nausea and vomiting) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดอาการหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา อาการจะเกิดประมาณ 3-5 วัน สามารถใช้แบบประเมินสาเหตุอาการคลื่นไส้และอาเจียนโดยใช้ A VOMIT ประกอบไปด้วย ภาวะเครียด (A:Anxiety/Anticipation) การกลืน (V:Vestibular) การอุดตัน (O:Obstruction) ยาหรือการเผาผลาญ (M:Medications/Metabolic) การติดเชื้อหรือการอักเสบ (I:Infection/Inflammation) และสารพิษหรือเนื้องอก (T:Toxins/Tumor) การจัดการอาการ แพทย์จะพิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน (Metoclopramide 5 - 20 mg รับประทานหรือให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง) (Mierendorf & Gidvani, 2014) กิจกรรมการพยาบาล คือดูแลการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ง่ายไม่ควรฝืนรับประทานหากรู้สึกคลื่นไส้ ให้รับประทานอาหารมือน้อยๆ แต่บ่อยๆ รักษาความสะอาดในช่องปากและทำความสะอาดช่องปากหลังอาเจียน และจัดพื้นที่บางมุมในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

1.4 ท้องผูก (constipation) เป็นอาการที่พบค่อนข้างบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีน ส่งผลต่อให้ลำไส้เคลื่อนไหวช้ากว่าปกติหรือบีบตัวลดลง การจัดการอาการ แพทย์จะพิจารณาให้ยาแก้ท้องผูกหรือยาระบาย (Senna 2-3 เม็ด ทุก 12-24 ชั่วโมง, Lactulose 15 mL - 30 mL ทุก 12-24 ชั่วโมง หรือ Polyethylene glycol 17 g ทุก 24 ชั่วโมง) (Mierendorf & Gidvani, 2014) สำหรับผู้ป่วยบางรายอาจจะทนความหวานของ Lactulose ไม่ได้และทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น กรณีนี้สามารถให้ยาระบายอื่นๆแทนได้ เช่น Milk of Magnesia หรือ Polyethylene glycol กิจกรรมการพยาบาล หากผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ ควรกระตุ้นผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยและดื่มน้ำ รวมถึงอาจให้รับประทานสมุนไพร เช่น มะระขี้นก (นันทวัน บุญประภัสร์, 2542)

2. ความต้องการทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ 3 อย่าง (ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) คือ 1) ภาวะซึมเศร้า (depression) 2) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) และ 3) ภาวะสับสน (delirium) มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายกลัวการหายใจไม่ออก กลัวตาย และที่สำคัญที่สุดคือกลัวพลัดพรากจากบุคคลที่รัก (ทองทิพย์ พรหมศรี, สุดารัตน สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรณ์, 2551; ทศนีย์ ทองประทีป, 2548) นอกจากนี้เมื่อภาวะแย่งลง อ่อนเพลียไม่มีแรง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกถึงการเป็นภาระของครอบครัว ดังนั้นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินภาวะด้านจิตใจและความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมและให้การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่การส่งเสริมความผาสุก การบรรเทาความทุกข์ทรมานหรือภาวะตึงเครียด รวมถึงการบำบัดด้วยยา เพื่อเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้ายอย่างเหมาะสม และสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

3. ความต้องการทางด้านสังคม

ความต้องการทางด้านสังคมเมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิต โดยเฉพาะผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย (สวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโซ และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556) ดังนั้นความต้องการทางด้านสังคมจึงมีความสำคัญไม่ว่าจะเป็นความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักและทราบว่าตนเองจะต้องเสียชีวิตลง อาจทำให้รู้สึกกระวนกระวายใจ การเอื้อให้ครอบครัวได้ปรับความเข้าใจและแสดงออกถึงความรักความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าสับสนเจตนาารมณ์ในสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาให้สำเร็จ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น ลดความรู้สึกคับข้องใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความสวยงามของชีวิต แม้ว่าจะต้องจากและสูญเสียคนที่รัก

4. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณหลังจากที่ได้รับรู้วาทะ ความตายกำลังใกล้ เข้ามา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเสียกำลังใจ ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จ ลุล่วง ไม่มีโอกาสใดกล่าวขอโทษหรือขอโทษกรรมต่อการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548) ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณอาจสะท้อนออกมาในรูปแบบของความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองนับถือเพื่อ คงไว้ซึ่งความผูกพันกับความเชื่อทางศาสนาตามความเชื่อของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย คงไว้ซึ่งความรัก ความหวัง และความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชั่ว เช่น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของเพ็นแมน โอลิเวอร์ และฮาร์ริงตัน (Penman, Oliver, & Harrington, 2009) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางจิตวิญญาณตามการรับรู้กับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยได้ศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วงระหว่าง ค.ศ. 1997 ถึง ค.ศ. 2007 พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ และมีการแสวงหาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณจากผู้รู้และผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับสูง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่นำเสนอต่อไปนี้ ผู้เขียนได้สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 7 องค์ประกอบ (seven EOLC domains) ของเคลริกและคณะ (Clarke et al., 2003) ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา และเป็นผู้พัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยตัวชี้วัดดังกล่าวสะท้อนสมรรถนะของบุคลากร ครอบคลุม 7 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในประเทศไทยผู้เขียนได้บูรณาการแนวคิดดังกล่าวกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกรอบมาตรฐานของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2558) ดังนี้

1. ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงหรือวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้แล้ว บุคลากรที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินควรทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้าที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงไว้ และอธิบายอาการเปลี่ยนแปลงที่ประเมินได้ให้ครอบครัวทราบข้อมูลที่เป็นปัจจุบันตลอดจนประเมินซ้ำว่า ผู้ป่วยและครอบครัวยืนยันที่จะยึดตามแผนการดูแลเดิมหรือไม่ พร้อมอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นตามมา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทางเลือก การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในการดูแล และเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

2. สื่อสารภายในทีมที่ดูแล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ได้แก่ การชี้แจงเป้าหมายของการดูแล และการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการปรึกษากันภายในทีมเพื่อลดความขัดแย้งหรือการสื่อสารที่อาจทำให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวเข้าใจผิด สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการแจ้งข่าวร้ายให้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความชัดเจนโดยการจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสม ระบุสมาชิกในครอบครัวที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อประสานงานสำหรับครอบครัว เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย

3. เชื่อมโยงความต่อเนื่องของการดูแล ได้แก่ ความต่อเนื่องในการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สมาชิกในทีมทราบ การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล

4. สนับสนุนทางอารมณ์และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว อำนวยความสะดวกในการสร้างความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัว เอื้อในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงจัดการและสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตก้าวผ่านช่วงเวลาแห่งความสูญเสียไปได้

5. จัดการอาการและดูแลความสะดวกสบาย ได้แก่ เน้นความสุขสบายแบบครบวงจร ประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ จัดการกับอาการตามมาตรฐานการดูแล ทั้งกรณีที่ต้องใช้ยาและไม่ใช้ยา ประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อำนวยความสะดวกเรื่องสิทธิการรักษา จำกัดหรือยุติกิจกรรมการดูแลที่ไม่จำเป็น เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การชั่งน้ำหนัก การตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง เป็นต้น ลดสิ่งกระตุ้น เช่น แสงไฟ และเสียง เป็นต้น ดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในระยะใกล้ตายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

6. สนับสนุนทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนการเข้าถึงทรัพยากรทางจิตวิญญาณ เช่น ช่องทางการติดต่อเพื่อนิมนต์พระหรือเชียวบาทหลวง หรือตัวแทนทางศาสนาปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณตามความเชื่อความศรัทธา อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น จัดให้มีหนังสือสวดมนต์ อุปกรณ์สำหรับกรวดน้ำ

7. สนับสนุนทางอารมณ์ทีมสุขภาพ ได้แก่ การบริหารจัดการบุคลากรในการดูแลเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล มีการวางแผนและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย มีช่องทางในการขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตลอดเวลาเมื่อมีความต้องการ หรือปัญหาเกี่ยวกับการดูแลมีความซับซ้อน

สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย การพัฒนานุเคราะห์เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และทักษะการสื่อสารในการดูแลในระยะสุดท้าย และการจัดสภาพแวดล้อมหรือพื้นที่เฉพาะสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ ห้องให้ข้อมูลญาติ และห้องสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายที่เหมาะสมและเอื้อต่อการตายอย่างสงบ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: นครินทร์: ชานเมืองการพิมพ์.
- ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2559). *[ข้อมูลการให้บริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (Service Profile)]*. มปท.
- ทองทิพย์ พรหมศร, สุदारตน์ สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรพ์. (2551). *การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. *วารสารเกื้อการณย์*, 12(1), 31-39.
- ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). *Psychiatric assessment and management in palliative care ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- นันทวัน บุญยะประภัศร. (2542). *สมุนไพรพื้นบ้าน*. บริษัทประชาชน, กรุงเทพฯ.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2557). อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสพการณ์ของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 34(3), 97-108.
- สภาการพยาบาล. (2558). *Development of Palliative Care in Thailand : Present and Future*. สืบค้นจาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2 / Seminar/ Palliative_Care_and_Hospice_Care/data/02_26032558.pdf
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโซ และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- Abu Hasheesh, M. O., AboZeid, S.A., El-Zaid, S.G., & Alhujaili, A. D. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4), 384-394.
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: Developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3364-3372.
- Barbera, L., Taylor, C., & Dudgeon, D. (2010). Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?. *Canadian Medical Association Journal*, 182(6), 563-568.
- Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., & Solomon, M. Z. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 31(9), 2255-2262. doi:10.1097/01.ccm.0000084849.96385.85
- Emanuel, L. L., von Gunten, C. F., & Ferris, F. D. (2000). Gaps in end-of-life care. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1176-1180.

- Emergency Nurses Association. (2008). *Competencies for nurse practitioners in emergency care*. Emergency Nurses Association, Des Plaines, Ill, USA. Retrieve from http://aaenpnatl.org/images/downloads/Practice/compsforpnpsinemergencycarefinal_ena.pdf.
- Le Conte, P., Riochet, D., Batard, E., Volteau, C., Giraudeau, B., Arnaudet, I., . . . Potel, G. (2010). Death in emergency departments: A multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Medicine*, 36(5), 765-772. doi:10.1007/s00134-010-1800-1
- McCaig, L. F., & Nawar, E. W. (2006). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 emergency department summary. *Advance Data*, 372, 1-29.
- Mierendorf, S. M., & Gidvani, V. (2014). Palliative Care in the Emergency Department. *The Permanente Journal*, 18(2), 77-85. doi:10.7812/TPP/13-103
- Nilmanat, K., & Phungrassami, T. (2006). Status of end of life care in Thailand. *UICC World Cancer Congress*. (pp. 8-12).
- Prompahakul, C. Nilmanat, K. & Kongsuwan, W. (2011). Nurses' Caring Behaviors for Dying Patients in Southern Thailand. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 147-158.
- Penman, J., Oliver, M., & Harrington, A. (2009). Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 29.
- Quest, T., Herr, S., Lamba, S., & Weissman, D. (2013). Demonstrations of clinical initiatives to improve palliative care in the emergency department: A report from the IPAL-EM Initiative. *Annals of Emergency Medicine*, 61(6), 661-667.
- World Health Organization. (1996). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes (Vol. 2)*: World Health Organization. Retrieve from [https://books.google.co.th/books?hl=en&lr=&id=3hVf8Ewh8xUC&oi=fnd&pg=PA2&dq=Cancer+control:+knowledge+into+action:+WHO+guide+for+effective+programmes+\(Vol.+2\)&ots=a7DCUw9ZWk&sig=RDQ1YdIKNXTtT9iZVf62M2bPgus&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.th/books?hl=en&lr=&id=3hVf8Ewh8xUC&oi=fnd&pg=PA2&dq=Cancer+control:+knowledge+into+action:+WHO+guide+for+effective+programmes+(Vol.+2)&ots=a7DCUw9ZWk&sig=RDQ1YdIKNXTtT9iZVf62M2bPgus&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).