

13

Palliative Care and End-of-Life Care: Roles of Internists

นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ

สาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจันฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คำจำกัดความและปรัชญาของ Palliative Care

คำจำกัดความของ palliative care ที่ให้ไว้โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ใน ค.ศ. 2002 ⁽¹⁾ เป็นดังนี้

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.”

องค์การอนามัยโลกยังได้กล่าวถึงปรัชญา (philosophy) ของ palliative care ⁽¹⁾ ไว้ด้วย ดังนี้

- *Provides relief from pain and other distressing symptoms*
- *Affirms life and regards dying as a normal process*
- *Intends neither to hasten nor to postpone death*
- *Integrates the psychological and spiritual aspects of patient care*
- *Offers a support system to help patients live as actively as possible until death*
- *Offers a support system to help the family cope during the patient's illness and in their own bereavement*
- *Uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counseling, if indicated*
- *Will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness*
- *Is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.*

ตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องการ Palliative Care

เมื่อพูดถึง palliative care หรือที่นิยมเรียกเป็นภาษาไทยว่า “การดูแลรักษาแบบประคับประคอง” หลายคนจะนึกถึงโรคมะเร็งก่อนโรคอื่น แต่จากคำจำกัดความข้างต้น ผู้ป่วยที่ต้องการ palliative care คือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคใดๆ ก็ตามที่ถูกคุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลัน เช่น

- ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (advanced cancer)
- ผู้ป่วยที่ระบบอวัยวะสำคัญทำงานล้มเหลวระยะท้าย (end stage organ failure) เช่น intractable heart failure, renal failure, liver failure, respiratory failure

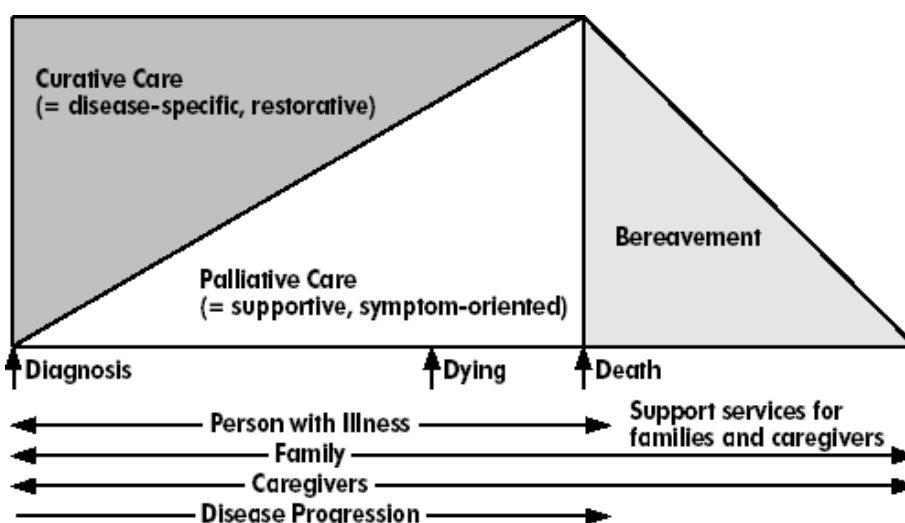
- ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่รักษาไม่หายในระยะท้าย เช่น AIDS
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทระยะท้าย (late stage neurodegenerative diseases) เช่น motor neuron disease, Parkinson's disease, dementia รวมทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางสมองจนต้องนอนติดเตียง (bed ridden) เป็นเวลานาน
- ผู้ป่วยหนักด้วยโรคเฉียบพลัน ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษา

แนวคิดปัจจุบันของ Palliative Care

แนวคิดปัจจุบันของ palliative care คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuity care) แบบองค์รวม (holistic care) ทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team)

อายุรแพทย์มีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care โดยเป็นผู้นำของทีมในการเริ่มดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตแบบนี้ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย ควบคู่ไปกับการรักษาจำเพาะ (specific treatment) อย่างไรก็ดีตาม ในทางปฏิบัติอายุรแพทย์มักมุ่งรักษาผู้ป่วยให้หายด้วย specific treatment ต่างๆ โดยสนใจแต่อาการหรือความทุกข์ทางกาย จนลืมนึกถึง palliative care และมีดีอื่นของความเป็นองค์รวมในการดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (end-of-life) หรือกำลังจะตาย (dying) แล้วจึงเริ่มดูแลผู้ป่วยแบบนี้ ดังนั้น คำถามสำคัญที่อายุรแพทย์ควรถามตนเองเสมอเมื่อดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เป็นโรคเรื้อรังคือ “ผม/ดิฉันจะแปลกใจไหม หากผู้ป่วยรายนี้จะตายใน 1 ปีข้างหน้า?” หากคำตอบคือไม่แปลกใจ แสดงว่าผู้ป่วยรายนั้นสมควรได้รับการดูแลแบบ palliative care ควบคู่ไปกับ specific treatment แล้ว

บทบาทของการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ยิ่งเข้มข้นขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อโรคดำเนินไป โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หลังจากนั้นบทบาทของอายุรแพทย์และทีมในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ยังมีได้สิ้นสุดลง แต่จะเปลี่ยนมาเป็นการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังการสูญเสียต่อเนื่องไปอีกระยะหนึ่งที่เรียกว่า bereavement care ดังแสดงในภาพ ⁽²⁾



วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของ Palliative Care

จากคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกข้างต้น วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่สำคัญของ palliative care มี 2 ประการ คือ

1. ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (improve quality of life)
 2. ช่วยบรรเทาและป้องกันอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วย (relief and prevent suffering)
- ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

หลักการของการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care มีอะไรบ้าง?

หลักการที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care มี 4 ประการ ได้แก่

1. การสื่อสาร (communication) เพื่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรง ได้แก่

- ก. การแจ้งการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ซึ่งมักเป็นข่าวร้ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (breaking bad news) ด้วยเทคนิควิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการให้ความหวังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามจริง นอกจากนั้น แพทย์ยังต้องบอกวิธีการรักษาต่างๆ รวมทั้งผลที่คาดว่าจะได้รับ ค่าใช้จ่ายและผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดจากการรักษา ในการให้ข้อมูลนั้น แพทย์ควรให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เท่าที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ แพทย์ควรให้ข้อมูลอย่างกระชับและชัดเจนโดยใช้ภาษาที่ง่ายที่คนทั่วไปเข้าใจได้ และหลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ ในขณะที่ให้ข้อมูล แพทย์ควรตรวจสอบความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงอารมณ์ความรู้สึกด้วยเสมอ⁽³⁾

ประเด็นที่แพทย์มักกังวลสงสัยเกี่ยวกับการแจ้งข่าวร้าย คือ “ควรบอกความจริงกับผู้ป่วยหรือไม่” ในทางปฏิบัติ มีแพทย์จำนวนมากเลียงไปแจ้งการวินิจฉัยโรคให้ญาติสนิทของผู้ป่วยทราบก่อน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ แล้วญาติมักขอร้องมิให้ผู้ป่วยบอกความจริงแก่ผู้ป่วย สำหรับประเด็นนี้มีหลักการสำคัญหนึ่งทางจริยธรรมที่เรียกว่า patient autonomy คือ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะทราบการวินิจฉัยโรค และมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโรคของตนเอง ดังนั้น หากญาติขอร้องดังกล่าว แพทย์ควรสอบถามญาติของผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ไม่ต้องการให้แพทย์บอกความจริงแก่ผู้ป่วย ชี้แจงให้ญาติเข้าใจว่าในความเป็นจริงจะไม่สามารถปกปิดความจริงจากผู้ป่วยได้ตลอดไป (โดยเฉพาะเมื่อยังมีการรักษาแบบจำเพาะอยู่) และประโยชน์ในระยะยาวของการที่ผู้ป่วยทราบความจริงมีมากกว่า รวมทั้งแสดงให้เห็นความมั่นใจในวิธีการแจ้งข่าวร้ายของแพทย์ ซึ่งญาติของผู้ป่วยมักเห็นด้วยกับการแจ้งการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยทราบตามจริง อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรคำนึงว่าผู้ป่วยและญาติแต่ละคนไม่เหมือนกัน ดังนั้น หากญาติยังยืนยันขอร้องไม่ให้บอกความจริงแก่ผู้ป่วย แพทย์ก็ยังไม่ควรบอกในขณะนั้น แต่ควรรหาโอกาสพูดคุยกับญาติในประเด็นนี้ในการพบกันครั้งต่อไป

- ข. การวางแผนเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่มีอยู่ และการกำหนดเป้าหมายของการรักษา (goal setting) ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติกับแพทย์และทีมผู้รักษา⁽³⁾ แพทย์ควรชี้แจงข้อดีและข้อเสียค่าใช้จ่ายของการรักษาแต่ละวิธี รวมทั้งผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอย่าง

ชัดเจนเพียงพอที่ผู้ป่วยและญาติจะตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติที่มีอำนาจตัดสินใจหลายคน แพทย์ควรหาโอกาสนัดพบผู้ป่วยพร้อมกับญาติทุกคน (family meeting หรือ family conference) เพื่อให้เข้าใจตรงกัน และแพทย์ควรตระหนักว่าผู้ป่วยและญาติอาจเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาที่ตกลงกันแล้วได้เมื่อเวลาผ่านไป ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์และการดำเนินโรค

- ค. การวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต (advance care planning) ซึ่งในขณะนั้นผู้ป่วยมักไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว โดยแพทย์ควรหาจังหวะและโอกาสที่เหมาะสมเพื่อให้ข้อมูล และสอบถามความเห็นของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการยืดชีวิตของผู้ป่วยด้วยวิธีต่างๆ เช่น ปฏิบัติการกู้ชีวิต (cardiopulmonary resuscitation: CPR) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) รวมทั้งอาจสอบถามผู้ป่วยถึงผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแทน (healthcare proxy) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะตัดสินใจด้วยตนเองได้ในอนาคต จากนั้นแพทย์ควรบันทึกผลการสนทนานั้นในเวชระเบียนส่วนที่เป็นรายงานการดำเนินโรค (progress note) ให้ชัดเจน และแจ้งทีมผู้รักษา (รวมทั้งแพทย์เวร) ให้ทราบข้อมูลนี้โดยทั่วถึงกัน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว (living will) เป็นลายลักษณ์อักษร หากผู้ป่วยต้องการ

2. การจัดการกับโรค (disease management) เจตคติที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบ palliative care คือ การดูแลแบบนี้มีใช้ “do nothing” ดังนั้น การจัดการกับโรคในมุมมองของ palliative care คือ treat the treatable ได้แก่ การรักษาภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะฉุกเฉินที่ยังรักษาได้ (reversible conditions) การรักษาบางอย่าง เช่น การผ่าตัด การฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อมุ่งหวังบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (complications) ของโรค

3. การดูแลอาการทางกาย (symptom control) ที่พบบ่อย เช่น อาการปวด หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน สับสน ฯลฯ ด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ประเด็นนี้เป็นความเชี่ยวชาญของอายุรแพทย์โดยตรง ตั้งแต่การประเมินแบบองค์รวมว่าอาการของผู้ป่วยเกิดจากสาเหตุใด (อาการของผู้ป่วยอาจมีได้เกิดจากสาเหตุทางกายแต่เพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากความทุกข์ทางใจ สังคมหรือครอบครัว และจิตวิญญาณได้ด้วย) ความรุนแรงมากหรือน้อยเพียงใด จะวางแผนการรักษาอย่างไร และติดตามประเมินผลว่าการรักษาได้ผลดีหรือไม่^(4,5) รวมทั้งตระหนักว่าคำอธิบายที่ดีและการให้กำลังใจของแพทย์จะช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วยได้มาก

4. การดูแลจิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ (psycho-social-spiritual care) ได้แก่ การประคับประคองจิตใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการทำความเข้าใจมิติทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย (ค่านิยม สิ่ง que ผู้ป่วยศรัทธายึดมั่น สิ่งที่เป็นความหวังหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการการให้การให้อภัย) เพื่อหาทางช่วยเหลือ ความเข้าใจนี้ย่อมเกิดจากการที่แพทย์และทีมให้เวลา ใส่ใจรับฟังผู้ป่วย (active listening) ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์^(6,7) หลังจากนั้นแพทย์และทีมจึงแจ้งให้ครอบครัวได้ทราบเพื่อสามารถตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การดูแลผู้ป่วย (และครอบครัว) ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ในระยะสุดท้ายของชีวิต (ระยะเวลาเป็นวันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต) แพทย์ควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หลีกเลี่ยงการสั่งการสืบค้นเพิ่มเติมและการรักษาซึ่งสร้างความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นและไม่เกิดประโยชน์ (futility) ไม่ควรสั่งให้อาหารทางสายยางหรือ IV fluid ซึ่งไม่มีประโยชน์และยังอาจทำให้เกิดผลเสีย เช่น secretion เพิ่มขึ้น, fluid retention หรือ pulmonary edema

แพทย์ควรประทับประคองจิตใจญาติ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีโอกาสอยู่กับผู้ป่วยอย่างเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เพื่อบอกลา พูดถึงสิ่งดีๆ หรือบุญกุศลที่ผู้ป่วยเคยทำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจากไป ด้วยดีโดยปราศจากความห่วงกังวล

หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว แพทย์และทีมควรปฏิบัติต่อร่างของผู้ตายด้วยความเคารพ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ตายโดยไม่จำกัดเวลา และแพทย์ควรหาโอกาสพูดกับญาติเพื่อแสดงความเสียใจ และพูดถึงการดูแลอย่างทุ่มเทของญาติที่สังเกตเห็น เพื่อลดความรู้สึกผิด (guilty) และความเศร้าโศกของ ญาติหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย (bereavement period)

ข้อคิดส่งท้าย

ความจริงข้อหนึ่งที่พึงระลึกไว้เสมอ คือ ผู้ป่วยแต่ละคน ครอบครัวแต่ละครอบครัว มีความเชื่อ มีความรู้สึกนึกคิดต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งความคาดหวังต่อการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้น ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ ปรมาจารย์ผู้บุกเบิก palliative care ในศิริราช จึงแนะนำว่า ทักษะและความรู้ความสามารถที่ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยควรฝึกฝนให้มี⁽³⁾ ได้แก่

1. ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา
2. พูดเป็น ฟังเป็น อ่านใจเป็น
3. “เอาใจเขามาใส่ใจเรา”
4. ให้ความสนใจและเอาใจใส่
5. “รู้เขารู้เรา” และ ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care จึงไม่มีสูตรสำเร็จ แต่ควรยึดหลักการที่สำคัญ คือ “ปฏิบัติการ ด้วยเจตนาดีที่สุด บนฐานแห่งปัญญาที่รู้ถ่องแท้ที่สุด”

สรุป

Palliative care เป็นศาสตร์การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต และครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งเน้นการรักษาแบบต่อเนื่อง เป็นองค์รวม มีชี้เฉพาะปัญหาทางกาย โดยมีจุดประสงค์สำคัญคือ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิต (quality of life) ที่ดีที่สุด และลดความทุกข์ทรมาน (suffering) ของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาจะได้ผลดีหากแพทย์และทีมผู้รักษามีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่จำเป็น และเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ต่อเนื่องไปจนผู้ป่วยเสียชีวิต รวมไปถึงการติดตามดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในระยะที่มีความโศกเศร้าจากการสูญเสีย

ดังนั้น แพทย์และทีมผู้รักษาที่เกี่ยวข้องกับ palliative care พึงระลึกเสมอถึงคำกล่าวในอดีตของ Hippocrates ที่ว่า “cure sometimes, treat often, and comfort always”

References

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. [Internet] [accessed April 24, 2013] Available from www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
2. Dibos S. Palliative Care: A human and respectful approach to end of life. [Internet] [accessed April 24, 2013] Available from <http://topicsinmediasection2.pbworks.com/w/page/22366439/Health>
3. สุมาลี นิมนานนิตย์. End-of-life care. ใน: จิรายุ เอื้อวรากุล, ปรียานุช แยม่วงษ์, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติปริทรรศน์ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2547: 575-601
4. Faull C. The history and principles of palliative care. In. Faull C, Center Y, Woof R (eds). Handbook of palliative care (1st ed.). Oxford : Blackwell Science, 1998 ; pp. 1-12
5. Faull C, Woof R. Introduction. Physical symptom control : how to do it well. In. Faull C, Woof R. Palliative care (1st ed). New York : Oxford University Press ; 2002. pp. 61-86
6. Galanos AN. Palliative care. Clin Fam Pract 2001 ; 3 : 683
7. Cassell EJ. Diagnosing suffering : A perspective. Ann Intern Med 1999 ; 131 : 531-4