

5-1-2017

แนวทางการสนทนา เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยไอซียู

กุลพิชญ์ เวชรัชต์พิมล

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

---

## Recommended Citation

เวชรัชต์พิมล, กุลพิชญ์ (2017) "แนวทางการสนทนา เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยไอซียู," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 61: Iss. 3, Article 8.  
Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol61/iss3/8>

This Review Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## แนวทางการสนทนาเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการผู้ป่วย ระยะท้ายในหอผู้ป่วยไอซียู

กุลพิชฌาย์ เวชรัตน์พิมล\*

**Vejaratpimol K. Conversation guidelines for improving quality of palliative care services in ICU. Chula Med J 2017 May – Jun; 61(3): 363 - 72**

*End-of-life patients in the intensive care unit (ICU) are critically ill with threat to vital organ function. If function of these organs do not recover, most patients will enter the final stage of life. ICU patients may receive aggressive life sustaining support measures using advanced medical equipment and technology. They may extend life significantly resulting in much suffering without benefits. Patients are being consulted in for this decision making. Although patients in the ICU are cared for by staff with advanced technology and technical expertise, the palliative team also requires communication skills to coordinate care with patients, care providers and families. Providing information to the family concerning progress of the disease and changes in management and about alternate measures available may allay some anxiety and allow rational planning of short and longer term goals. This can reduce anxiety, loneliness, fear, and may help explore important needs at the end of life. Especially, the weighing of prolonging life or extending the dying process. Caring for comfort during the critically ill patient's last days is an important mission for the palliative care team. Guidelines must explore these needs as part of training of health care providers who will be responsible for end of life care of patients.*

**Keywords:** Conversation, guidelines, end-of-life, palliative care.

Correspondence to : Vejaratpimol K. Saint Louis College, Bangkok 10120, Thailand.

Received for publication. October 17, 2016.

**กุลพิชฌาย์ เวชรัชต์พิมล. แนวทางการสนทนาเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย  
ในหอผู้ป่วยไอซียู. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2560 พ.ศ. – ม.ย.;61(3): 363 – 72**

ผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยไอซียูมักเป็นผู้ป่วยวิกฤต ที่มีภาวะการเจ็บป่วยของโรครุนแรงเฉียบพลัน คุกคามและเป็นอันตรายต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย จนร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อความล้มเหลวได้ และผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและตายในที่สุด ผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียูจะได้รับการดูแลแบบเต็มรูปแบบ (aggressive care) โดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงเพื่อยื้อหรือยืดชีวิตผู้ป่วยต้องอยู่กับความทุกข์ทรมาน สูญเสียคุณภาพชีวิตไม่ได้ทำในสิ่งที่ตนเองปรารถนาก่อนตาย ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างการดูแลแบบเต็มรูปแบบในหอผู้ป่วยไอซียูกับความต้องการของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียูจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดแบบเต็มรูปแบบด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงก็ตาม ทีมบริบาลยังขาดแนวทางสื่อสารเพื่อประสานการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องการประเมินความเข้าใจของโรค การให้ข้อมูลที่จำเป็นรวมถึงการให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับรู้ถึงลำดับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญการอธิบายทางเลือก และร่วมกำหนดเป้าหมายของการดูแลการลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวความกลัว และการค้นหาความต้องการในระยะท้ายของชีวิต โดยเฉพาะการชี้แจงนำหน้าระหว่างการมีชีวิตที่ยาวขึ้นกับความทุกข์ทรมานแสนสาหัสที่ต้องเผชิญ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตจนถึงระยะสุดท้ายจึงเป็นภารกิจสำคัญของทีมบริบาลในการจัดการต่อสภาพปัญหาดังกล่าว และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต กฎเกณฑ์สำคัญของการบริบาล คือผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ต่อสภาวะใกล้ตาย ดังนั้นแนวทางการสนทนาเพื่อค้นหาความต้องการและวางเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทีมบริบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลตามความปรารถนาและคงไว้ ซึ่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรี

**คำสำคัญ:** การสนทนา, ผู้ป่วยระยะท้าย, การบริบาลระยะท้าย.

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียู มีเป้าหมายช่วยชีวิตผู้ป่วยและรักษาให้อาการดีขึ้น หลีกเลี่ยงโรคและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ จึงมักพิจารณาผู้ป่วยที่มีโอกาสทางการรักษาหายให้ได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู อย่างไรก็ตามผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสรอดชีวิตน้อยหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต แต่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการรักษาที่มีเฉพาะในหอผู้ป่วยไอซียูเท่านั้น ก็จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูด้วยเช่นกัน ถึงแม้ผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียูจะได้รับการดูแลแบบเต็มรูปแบบแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ต้องเสียชีวิตในหอผู้ป่วยไอซียู<sup>(1,2)</sup> จึงทำให้หอผู้ป่วยไอซียูมีอุบัติการณ์ตายสูง ดังมีรายงานถึงอุบัติการณ์การตายจากการเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียูต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาคิดเป็นร้อยละ 20<sup>(3)</sup> ในประเทศแคนาดาคิดเป็นร้อยละ 10 - 20<sup>(4)</sup> สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในหอผู้ป่วยไอซียูของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าอุบัติการณ์การตายจากการเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 14 และหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมคิดเป็นร้อยละ 8.23<sup>(5)</sup> ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของทีมบริบาล ซึ่งมีเป้าหมายการดูแลเปลี่ยนจากเป้าหมายที่จะช่วยชีวิตหรือรักษาให้อาการดีขึ้นมาเป็นช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีกระบวนการตายที่ดี

ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต หมายถึง บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันหรือเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต มีผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายล้มเหลวจนร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อความล้มเหลวได้ ทำให้ระดับความรู้สึกตัวต่ำลง สัญญาณชีพไม่คงที่ไม่สามารถรักษาและเยียวยาด้วยวิธีใด ๆ ได้การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้ายและตายในที่สุด<sup>(6)</sup> ดังนั้น การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตจึงมีความสำคัญในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม และการวินิจฉัยที่ล่าช้าว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายจะส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว<sup>(7)</sup> คิมซันรูนเนอร์<sup>(8)</sup> ได้

เสนอเกณฑ์ในการพิจารณาถึงการพยากรณ์ของโรคหรือวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย ดังนี้ 1) ความก้าวหน้าทางคลินิก เช่น ความถี่ของการเจ็บป่วย การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติมากขึ้น 2) การลดลงของความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งมีการพัฒนาแบบประเมินใช้เพื่อทำนายระยะเวลาของการมีชีวิตของผู้ป่วยแบบประเมินที่นิยมใช้ เช่น Karnofsky Performance Status (KPS) Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) และ Palliative Performance Scale (PPS) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินการพึ่งพาการทำกิจวัตรประจำวันร่วมด้วย และ 3) การลดลงของภาวะทางโภชนาการประเมินจากการลดลงของน้ำหนักตัวหรือค่าดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ร่วมกับข้อบ่งชี้อื่น ๆ

ถึงแม้ได้มีแนวทางวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายแล้วก็ตาม การคาดการณ์ระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ยังมีความยากลำบากในการระบุว่าผู้ป่วยวิกฤตรายใดเป็นผู้ป่วยระยะท้าย จึงทำให้ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ได้อย่างชัดเจน จากการศึกษาพบว่าทีมสุขภาพส่วนใหญ่มักคาดการณ์ถึงระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยต่ำกว่าความเป็นจริง<sup>(9)</sup> และในยุคนี้ที่เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากทำให้การรักษาสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวมากขึ้น อีกทั้งแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วยเน้นการรักษาเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวและพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุดประกอบกับความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยต้องมานอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยไอซียูและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล<sup>(10)</sup>

ผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียู ส่วนใหญ่อยู่ท่ามกลางเครื่องมือแพทย์แทนที่จะได้อยู่ใกล้ชิดกับสมาชิกครอบครัวและคนอันเป็นที่รัก โดยมีทีมบริบาลที่ไม่ใช่ผู้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยคอยดูแล ผู้ป่วยจะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและสภาพปกติของตน (dehumanized) และได้รับการปฏิบัติตามระบบที่เคยชิน (institutionalized) ทำให้

ผู้ป่วยประสบกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลความโดดเดี่ยว และความซึมเศร้า มีความรู้สึกหวาดกลัวต่อความตาย เพราะไม่ทราบว่าจะสิ่งที่เกิดขึ้นหลังความตายเป็นอย่างไร ท้ายสุดรู้สึกหมดคุณค่าในการมีชีวิตอยู่ รวมถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ปัญหาทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยกลัวการเจ็บปวดที่ไม่ทุเลา กลัวการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ กลัวการสูญเสียความสามารถควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย<sup>(11,12)</sup> ส่วนปัญหาด้านสังคมผู้ป่วยมีอาการหมั่นทวนใจท้อแท้ กลัวการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว กลัวต้องเป็นภาระต่อคนอื่น<sup>(11,13)</sup>

นอกจากทุกข์ทางกายและจิตใจแล้ว การเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้สูญเสียรายได้ มีปัญหาค่าครองชีพ และค่ารักษา ถึงแม้ได้มีระบบประกันสุขภาพรองรับในส่วนของค่ารักษาพยาบาลแล้วก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่มีญาติคอยดูแลหรือผู้ป่วยที่มีภาระรับผิดชอบในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว<sup>(13,14)</sup> การเจ็บป่วยทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่มีเลย<sup>(15)</sup> นอกจากนี้ด้านจิตวิญญาณหลังจากที่ได้รับรู้ความตาย กำลังใกล้เข้ามา ผู้ป่วยจะเสียกำลังใจเป็นอย่างมาก ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จลุล่วงไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขอโทษกรรมต่อภาระหน้าที่ที่ผิดพลาดในอดีต<sup>(11,16)</sup>

การเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตถือว่าเป็นภาวะวิกฤติที่สุดของชีวิต เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักดีว่าตนจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน (life-limiting) การเจ็บป่วยที่กำลังดำเนินอยู่จะนำมาซึ่งความตายการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูยิ่งยาวนานจะทำให้เกิดความทรมานมากขึ้น หากเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเหล่านั้นได้ปรึกษาทางเลือกในการตัดสินใจ ผู้ป่วยจะมีทางเลือกที่ตรงตามความต้องการและพึงพอใจ<sup>(17 - 19)</sup> และผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น<sup>(20)</sup> ทีมบริบาลมักจะคิดว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤติในระยะท้ายของชีวิตต้องการมีชีวิตอยู่นานที่สุด แต่การมีชีวิตนานไม่ได้เป็นสิ่งเดียวที่ผู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชีวิต และความเจ็บป่วยของ

ตนเองที่กำลังประสบอยู่ ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองการรักษาและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น<sup>(21 - 24)</sup> ต้องการดูแลที่บรรเทาความเจ็บปวด มีความสุขสบาย ปลอดภัย ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการได้กลับไปเยี่ยมเยียนสังเผลหรือ ได้พบได้อยู่กับบุคคลที่ตนรักและสิ่งที่ตนเองรู้สึกผูกพัน ต้องการกล่าวขอโทษกับสิ่งที่ตนเองเคยทำผิดพลาดในอดีต ต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่นและจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ ซึ่งมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายเป็นอย่างมาก ต้องการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ สวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ ต้องการทำบุญต่ออายุทำบุญถวายสังฆทานตามความเชื่อของชาวพุทธ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปกว่าเดิม มีความหวังว่าอาการจะดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความหวังจะได้ทำภารกิจที่ยังค้างคาอยู่ให้เสร็จสิ้นก่อนจะเสียชีวิต ผู้ป่วยมีความหวังที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมาน และความตายด้วยกำลังใจที่แข็งแกร่ง เมื่อช่วงเวลาระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึงผู้ป่วยต้องการอยู่บ้านก่อนสิ้นชีวิต และต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนสิ้นใจ<sup>(12,16,25,26)</sup>

การตั้งคำถามว่า ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยวิกฤติระยะท้ายของชีวิตคืออะไร และสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับตรงกับความต้องการของตนหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ทำให้ทีมบริบาลต่อทำภารกิจอันสำคัญ คือ การช่วยผู้ป่วยให้เผชิญกับปัญหาที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากการเจ็บปวดและปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ<sup>(27)</sup> ภารกิจนี้ยังพบว่ามีอุปสรรคระหว่างทีมบริบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การสนทนาเกี่ยวกับสถานที่ตายการไม่กู่ชีวิต การดำเนินไปของโรคแต่ละระยะ ทีมบริบาลมักจะหลีกเลี่ยงการสนทนาเรื่องดังกล่าว เพราะไม่มีแนวทางการสนทนา รวมทั้งไม่มั่นใจในการสื่อสารข่าวร้าย ถึงแม้สถาบันการศึกษาทางสุขภาพจะมีการบรรจุวิชาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไว้ในหลักสูตรแล้วก็ตาม ทีมสุขภาพก็ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่<sup>(28)</sup>

ในขณะที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต้องการการสื่อสารที่ชัดเจน ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลหรือได้รับข้อมูลที่ไม่ละเอียดและไม่ชัดเจนหรือไม่ได้รับความเชื่ออาทรจากทีมบริบาลทำให้ผู้ป่วยเกิดความตึงเครียดและทุกข์ทรมานด้านจิตใจ<sup>(29)</sup> มีความปรารถนาที่จะเร่งรัดการตาย<sup>(30)</sup> และมีการตายอย่างทรมาน<sup>(31)</sup> ทีมบริบาลที่ไม่เข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ป่วยเหล่านี้ มักจะไม่ได้ให้ข้อมูลการพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและครอบครัวให้ละเอียดมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจในการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมายได้ ถึงแม้การสนทนากับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวจะมีความสำคัญ แต่การสนทนาเกี่ยวกับความตายบางรายทำได้ยากด้วยความแตกต่างระหว่างบุคคลและวัฒนธรรม มิงานวิจัยที่สนับสนุนว่าทีมสุขภาพขาดความรู้ทักษะการเผชิญอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย<sup>(32,33)</sup> อุมารภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช<sup>(13)</sup> เสนอประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังนี้

1. การแพทย์ มุ่งเน้นการรักษาให้หายจนบางครั้งละเลยต่อปรากฏการณ์ธรรมชาติของชีวิต
2. ผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจเรื่องของตนเอง/ไม่ทราบความจริงจึงไม่มีโอกาสแสดงเจตจำนงต่อการเลือกแนวทางวางแผนการรักษาล่วงหน้า (พินัยกรรมชีวิต)
3. มีการสื่อสารหลายประเด็นที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมบริบาล แพทย์พยาบาลในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ 1) การรับรู้ข้อมูลและการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เรื้อรังจนเข้าสู่การระยะท้าย 2) ขาดการร่วมปรึกษาหารือ หรือขาดการร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลบรรเทาอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย ๆ ของชีวิต 3) ขาดโอกาสที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้สึกความต้องการของแต่ละฝ่ายก่อนที่ผู้ป่วยจะถึงวาระสุดท้าย 4) ปัญหาที่พบบ่อยจนแพทย์/ครอบครัวมักเป็นผู้ตัดสินใจแทน เช่น ญาติหลายคนมีความเห็นต่างกัน ญาติไม่กล้าตัดสินใจ กลัวผิด กลัวบาป แพทย์อึดอัดกับข้อใจที่ต้องร่วมตัดสินใจ แพทย์ลำบากใจเมื่อต้องบอกข่าวร้าย หรือ

การพยากรณ์โรคที่แย่งลง และแพทย์/ญาติมีความเห็นขัดแย้งกัน

4. ทีมบริบาลทั้งแพทย์และพยาบาลมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ดังนี้ 1) ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีจำนวนน้อย 2) ยังต้องการโอกาสพัฒนาความรู้ ทักษะคติ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว 3) ขาดการบริหารจัดการทั้งงบประมาณและบุคลากร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในหน่วยงาน 4) บางองค์กรมีหน่วยงานแต่ขาดการขับเคลื่อนและสนับสนุนเพื่อให้เกิดคุณภาพในการทำงาน

มีผลงานวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพจะลดการรักษาในไอซียแบบไม่เกิดประโยชน์ และลดวันนอนในไอซีย ลดการใช้เครื่องมือ เครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ ลดภาวะวิตกกังวล และลดความขัดแย้งในเป้าหมายการดูแล<sup>(34 - 38)</sup> และการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤตระยะท้ายด้วยการสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัวให้รวดเร็ว และตรงเป้าหมายเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ดี ทำให้ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการมีชีวิตอยู่จำกัดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>(39 - 42)</sup> และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีโอกาสสนทนาเกี่ยวกับอาการและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้รักษา จะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้สนทนา<sup>(43)</sup> การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเกี่ยวกับการดูแลระยะท้ายจะช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและวางแผนสำหรับอนาคต เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่สายอาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยไอซีย เป็นต้น<sup>(44,45)</sup> แนวทางการสนทนา ด้วยการสื่อสารภาษาที่เข้าใจง่ายชัดเจน ค่อยเป็นค่อยไป แสดงออกถึงความเข้าใจความทุกข์ รับฟังอย่างตั้งใจ ตอบคำถามและใช้เวลาเพียงพอกับเรื่องสำคัญระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับทีมบริบาล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยโรคที่ไม่มีความหวังในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกสั่งตัดสิ้นประหารชีวิต การสนทนาที่ได้วางแผนไว้ตามประเด็นอย่างประณีต สามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วย

ให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย<sup>(46)</sup>

ดังนั้น ทีมบริบาลในหอผู้ป่วยไอซียู ควรสร้างระบบที่สามารถสนทนากับผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของการดำเนินโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่ยอมรับได้ ลดความทุกข์ทรมานให้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้าย และมีโอกาสที่จะสร้างความสัมพันธ์ต่อบุคคลผู้เป็นที่รักอันมีความหมายต่อชีวิตของตนเอง

### แนวทางการสนทนาเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยไอซียู

การมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตายของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย จึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญและมีคุณค่าเป็นภาระหน้าที่สำคัญอย่างมากของทีมบริบาลที่ต้องร่วมมือกับครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในการทำความเข้าใจเป้าหมายการดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต มีการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการตายที่ดีของผู้ป่วย<sup>(47)</sup> และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับช่วงการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต มีการเตรียมตัวสำหรับการตายที่ดี

แนวทางการสนทนากับผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยไอซียู ควรวางแผนอย่างเป็นระบบประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) ต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจโรคที่เป็นอย่างไร (understanding) 2) ผู้ป่วยอยากได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด (information preferences) โดยเฉพาะในประเด็นธรรมชาติโรคและเป้าหมายของการรักษา 3) ให้ความรู้เรื่องธรรมชาติโรค ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ทางเลือกในการดูแลรักษา มีอะไรบ้าง แต่ละทางเลือกหวังเป้าหมายอะไร (prognosis) 4) สนทนาเพื่อร่วมกำหนดเป้าหมายของการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (goals of care) โดยเฉพาะเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคืออะไร 5) พยายามเข้าใจและลดความวิตกกังวลและความรู้สึกกลัวของผู้ป่วย (fear and worries) 6) กำหนดความสามารถที่เป็นไปได้ที่ผู้ป่วยอยากให้มีไว้เพื่อใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดพอรับได้

(function) 7) ต่อรองเรื่องการมีชีวิตที่ยาวนานขึ้นกับการทรมานที่จะต้องได้รับเพื่อการมีชีวิตนั้น (trade-off) เช่น ถ้าผู้ป่วยอาการเลวลง จะต้องรักษาแบบเต็มรูปแบบ เช่น บำรุงหัวใจหรือไม่ เพื่อแลกกับการมีชีวิตอยู่นานขึ้น แต่คุณภาพชีวิตลดลง และ 8) ให้ผู้ป่วยร่วมกำหนดว่าจะให้ครอบครัวรู้ลำดับความสำคัญที่ผู้ป่วยได้สนทนากับทีมบริบาลมากน้อยเท่าใด (family involvement)<sup>(48)</sup>

ขั้นตอนในการสนทนาต้องเลือกผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (เช่น น่าจะอยู่ได้ไม่เกินหนึ่งปี) ก่อนเริ่มการสนทนา สถานพยาบาลต้องเตรียมฝึกทักษะการสนทนาให้กับทีมบริบาลและบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ และนักบวช เป็นต้น เพื่อให้ทีมบริบาลมีความพร้อมและยินดีเข้าเป็นส่วนประกอบของทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และพบว่าผู้ได้รับการฝึกฝนจะมีความสามารถคงอยู่นาน<sup>(49 - 52)</sup> ทีมบริบาลเหล่านี้ต้องได้รับการฝึกฝนขั้นตอนต่าง ๆ ที่ใช้ในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นระบบ ปฏิบัติตามขั้นตอนและควรมีกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการสนทนาในทุกะยะของการดูแลที่แตกต่างกัน เมื่อเริ่มการสนทนาแล้วต้องมีการบันทึกประเด็นสำคัญ ส่งต่อผลการสนทนาให้ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลสามารถเข้าถึงได้ประเมินได้ เรียนรู้ได้ สามารถนำระบบมาปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นได้ และมีการเตรียมคู่มือเกี่ยวกับขั้นตอนการสนทนากับครอบครัวเพื่อสร้างแนวร่วมของครอบครัวที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความปรารถนาของผู้ป่วย

### สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตเป็นภารกิจสำคัญของทีมบริบาลในหอผู้ป่วยไอซียู เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีเวลาจำกัดก่อนจากโลกนี้ไป ได้รับรู้สภาวะความเป็นจริงของชีวิตที่ได้เตรียมประเด็นไว้ด้วยความประณีต รอบคอบ การสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัวบนพื้นฐานของข้อเท็จจริงอย่างเป็นธรรมชาติ ด้วยความเข้าใจบทบาทของนักวิชาชีพ บทบาทผู้บริบาลและบทบาทของเพื่อน

มนุษย์ด้วยกัน การสนทนาตั้งแต่แรกเริ่มของการดำเนินโรค จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่ยอมรับได้มากขึ้น การมีสัมพันธภาพอันดี เชื่อมั่น และไว้วางใจทีมบริบาล ทำให้การดูแลในระยะท้ายเป็นไปตามความปรารถนาของผู้ป่วยการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย และคงไว้ซึ่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### เอกสารอ้างอิง

1. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA* 2013;309:470-7.
2. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med* 2010;362: 1211-8.
3. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *Am J Crit Care* 2006;15: 38-46.
4. Cook D, Rocker G, Heyland D. Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. *Can J Anaesth* 2004; 51: 266-72.
5. สถิติการตายประจำปี พ.ศ. 2556 ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. รายงานประจำปีอัตราการตายของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา;2557.
6. วราภรณ์ คงสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี. สงขลา:ขานเมืองการพิมพ์, 2558:3.
7. Slort W, Blankenstein AH, Deliens L, van der Horst HE. Facilitators and barriers for GP-patient communication in palliative care: a qualitative study among GPs, patients, and end-of-life consultants. *Br J Gen Pract* 2011;61:167-72.
8. Kimzbrunner BM. Predicting prognosis: How to decide when end of life care is needed. In: Kimzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS, editors. 20 common problems: End of life care. New York: McGraw-hill; 2002. p.3-28.
9. Clarke MG, Ewings P, Hanna T, Dunn L, Girling T, Widdison AL. How accurate are doctors, nurses and medical students at predicting life expectancy? *Eur J Intern Med* 2009;20: 640-4.
10. จอนพะจง เพ็ญจาด. การพยาบาลผู้ป่วยระดับประคอง. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยสหราชอาณาจักรไทย 2547;29: 82-90.
11. สถาพร ลีลานันท์กิจ. ภาวะสุดท้ายของชีวิต-แนวคิด-ปรัชญา. ใน: สถาพร ลีลานันท์กิจ, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.
12. จำลอง ดิษยวณิช. ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. ใน: ลักษมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์, 2547: หน้า 54-61.
13. อูมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse's role in end of life care). ใน: เอกสารประกอบการประชุมฟื้นฟูวิชาการเรื่อง วิทยาการก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Best Practice for Cancer Care). วันที่ 20 - 21 กุมภาพันธ์ 2555 ณ ห้องประชุม 7R ชั้น 7 ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ. [ออนไลน์] 2555 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://www.bangkokhospital.com/...care2012/Nurses-Role-in- End-of- Life->



- Care.doc.
14. สุทธิลักษณ์ สุนทร. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของงานสิทธิประโยชน์. ใน: ลักษมี ชาญเวช, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์, 2558: 47-51.
  15. พิภู นันทชัยพันธ์. บทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน: เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2547. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
  16. ทศนีย์ ทองประทีป. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. วารสารกึ่งการุณย์ 2548;12: 31-9.
  17. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA 2008;300: 1665-73.
  18. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. J Clin Oncol 2010;28:1203-8.
  19. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA 2004;291:88-93.
  20. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. J Palliat Med 2003;6:715-24.
  21. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. JAMA 1999; 281:163-8.
  22. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA 2000;284:2476-82.
  23. Howard M, Bernard C, Tan A, Slaven M, Klein D, Heyland DK. Advance care planning: Let's start sooner. Can Fam Physician 2015;61: 663-5.
  24. Roze des Ordon AL, Sharma N, Heyland DK, You JJ. Strategies for effective goals of care discussions and decision-making: perspectives from a multi-centre survey of Canadian hospital-based healthcare providers. BMC Palliat Care 2015;14:38.
  25. พระไพศาล วิสาโล. การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา. วารสารกึ่งการุณย์ 2547:11:1-11.
  26. Barnato AE, Herndon MB, Anthony DL, Gallagher PM, Skinner JS, Bynum JP, et al. Are regional variations in end-of-life care intensity explained by patient preferences?: A Study of the US Medicare Population. Med Care 2007;45:386-93.
  27. World Health Organization. WHO Definition of palliative care. . [cited 2009]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>.
  28. Dumitrescu L, van den Heuvel WJ, van den Heuvel-Olaroiu M. Experiences, knowledge, and opinions on palliative care among Romanian general practitioners. Croat Med J 2006; 47:142-7.
  29. Chen SC, Lai YH, Liao CT, Chang JT, Lin CC. Unmet information needs and preferences

- in newly diagnosed and surgically treated oral cavity cancer patients. *Oral Oncol* 2009; 45:946-52.
30. Schroeffer TA. Critical events in the dying process: The potential for physical and psychosocial suffering. *J Palliat Med* 2007; 10:136-47.
31. Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN, Miller DK. Psychosocial-spiritual correlate of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliat Med* 2002;16: 331-8.
32. Brazil K, Bédard M, Krueger P, Taniguchi A, Kelley ML, McAiney C, et al. Barriers to providing palliative care in long-term care facilities. *Can Fam Physician* 2006; 52: 472-3.
33. Prem V, Karvannan H, Kumar SP, Karthikbabu S, Vaishali Sisodia NS, Jaykumar S. Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey. *Indian J Palliat Care* 2012;18:122-17.
34. Campbell ML, Guzman JA. Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. *Chest* 2003;123:266-71.
35. Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, et al. An intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med* 2000;109:469-75.
36. Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE, et al. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med* 2007;35:1530-5.
37. Pierucci RL, Kirby RS, Leuthner SR. End-of-life care for neonates and infants: the experience and effects of a palliative care consultation service. *Pediatrics* 2001;108:653-60.
38. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:1166-72.
39. Temel J. Components of early outpatient palliative care consultation in patients with metastatic nonsmall cell lung cancer. *J Palliat Med* 2011;14:459-64.
40. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J* 2010;16:423-35.
41. Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.
42. Back AL, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Jacobsen JC, Gallagher ER, et al. Clinician roles in early integrated palliative care for patients with advanced cancer: a qualitative study. *J Palliat Med* 2014;17:1244-8.
43. Donovan HS, Hartenbach EM, Method MW. Patient-provider and perceived control for women multiple symptoms associated with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2005; 99: 404-11.
44. Owen R, Jeffrey D. Communication: Common challenging scenarios in cancer care. *Eur J Cancer* 2008;44:1163-8.

45. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Ballboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patients mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008; 300: 1665-73.
46. Reb AM. Transforming the death sentence: Elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34: E70-E81.
47. Curtin JR, Patrick DL, Engelberg RA, Norris K, Asp C, Byock I. A measure of the quality of dying and death: Initial validation using after death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24:17-31.
48. Bernacki RE, Block SD. American College of Physicians High Value Care Task Force. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med* 2014;174: 1994-2003.
49. Jenkins V, Fallowfield L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol* 2002;20: 765-9.
50. Fallowfield L, Jenkins V. Current concepts of communication skills training in oncology. *Recent Results Cancer Res* 2006;168: 105-12.
51. Szmuiłowicz E, el-Jawahri A, Chiappetta L, Kamdar M, Block S. Improving residents' end-of-life communication skills with a short retreat: a randomized controlled trial. *J Palliat Med* 2010 ;13:439-52.
52. Sullivan AM, Lakoma MD, Billings JA, Peters AS, Block SD; PCEP Core Faculty Creating enduring change: demonstrating the long-term impact of a faculty development program in palliative care. *J Gen Intern Med* 2006;21: 907-14.