

Palliative care nurse in ICU



Sidarut Samuksaman
BCCPN KKKU

Palliative Care

ท่ามกลางวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรในไอซียู ที่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างมาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน และละเอียดอ่อน แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่

- ความยากลำบากในการระบุว่าผู้ป่วยระยะวิกฤตรายใดเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- เมื่อใดควรเปลี่ยนเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย



Palliative care in ICU

- การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นงานที่ท้าทาย
- เป็นการทำงานที่ในที่สุดผู้ป่วยต้องเสียชีวิต
- ทำงานกับผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองจะต้องเสียชีวิต
- การทำงานต้องเผชิญกับความเศร้าโศกของของ
ผู้ป่วยและครอบครัว



Palliative Care

เมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะทนทุกข์ทรมานจากการรักษา เมื่อถึงระยะเวลานั้นการยืดชีวิตผู้ป่วยจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ **Palliative care** เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานเมื่อ ระยะสุดท้ายมาถึง การดูแลแบบ **Palliative care** เป็นการดูแลที่คำนึงถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ไม่เน้นเรื่องการรักษาตัวโรคที่เป็นสาเหตุ เพราะอยู่ในภาวะที่โรคลุกลามมากหรือเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การมุ่งเน้นคุณภาพชีวิต หมายความว่า อาการทางกายต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายต้องได้รับการประเมินและ รักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาการที่มีความสำคัญมากคือ อาการปวด อาการหายใจไม่อิ่ม (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553) นอกจากอาการทางกายแล้ว การดูแลด้าน จิตสังคมและจิตวิญญาณ ก็เป็นส่วนหนึ่งของ คุณภาพชีวิตเช่นกัน

Palliative Care

เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมี เป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำ ได้ ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และมีปัญหาด้านอื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (WHO, 2005 อ้างถึงใน ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553) Palliative care เป็นการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่รู้ผลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์



Palliative Care

หลักสำคัญในการทำงาน Palliative Care

1. การสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. การสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลระยะสุดท้าย
3. การพัฒนาการสื่อสารเรื่องราวระยะสุดท้าย
4. การดูแลแบบใจถึงใจ



หลักคิดสำคัญในการทำงาน Palliative Care

1. ชีวิตคือองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
2. “การเกิด” และ “การตาย” เป็นธรรมชาติของทุกชีวิต
3. เป้าหมายคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการไม่ทุกข์ทรมาน
4. “การตายดี” เป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ ต้องไม่เร่งหรือยื้อเมื่อถึงเวลา
5. การดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง



End of Life Care

More aggressive medical care was associated with worse patient quality of life and depression among caregivers.

Wright AA: JAMA2008; 300:1165-1673

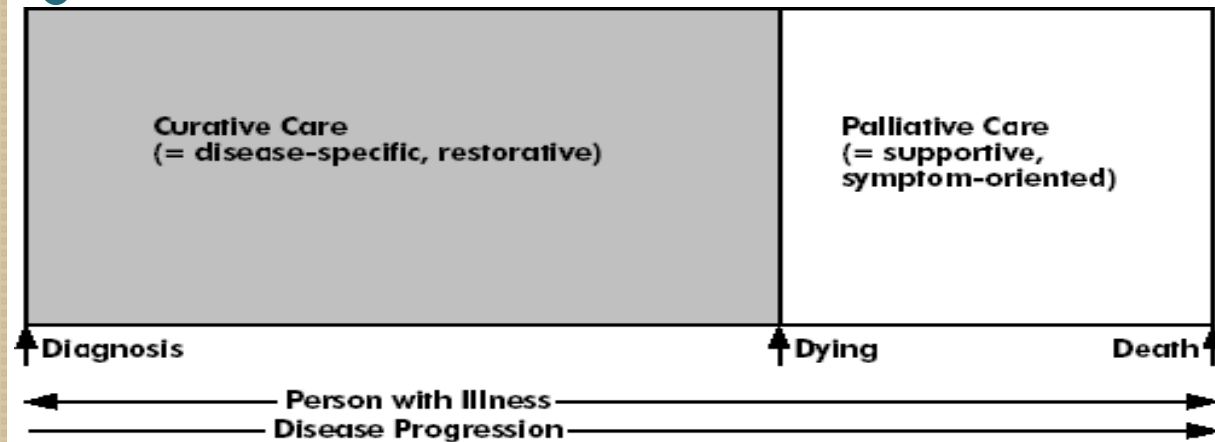


ความพอดีของการใช้
เทคโนโลยีอยู่ตรงไหน?

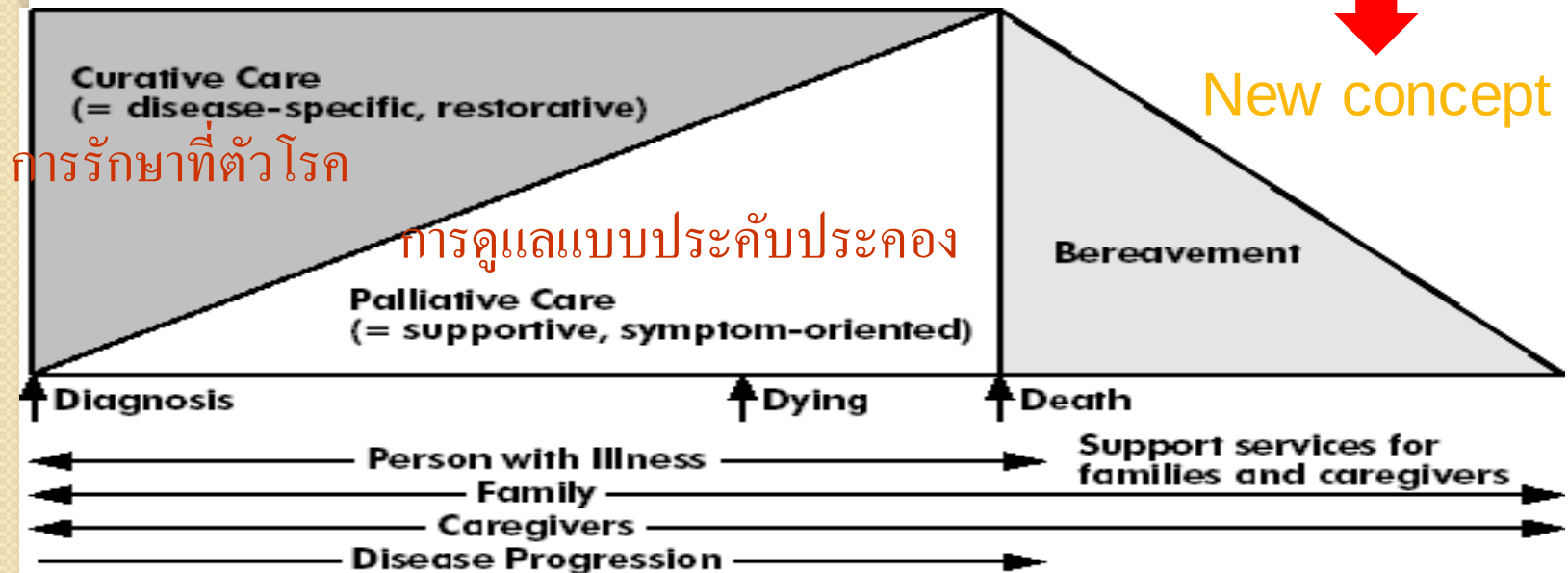
ในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ยิ่งเรา
รักษาแบบ aggressive มากเท่าไร
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็ยิ่งแย่ และ
ญาติก็ยิ่งทุกข์ใจมากเท่านั้น



มิติการดูแลผู้ป่วยตามระยะการดำเนินโรค



Old concept

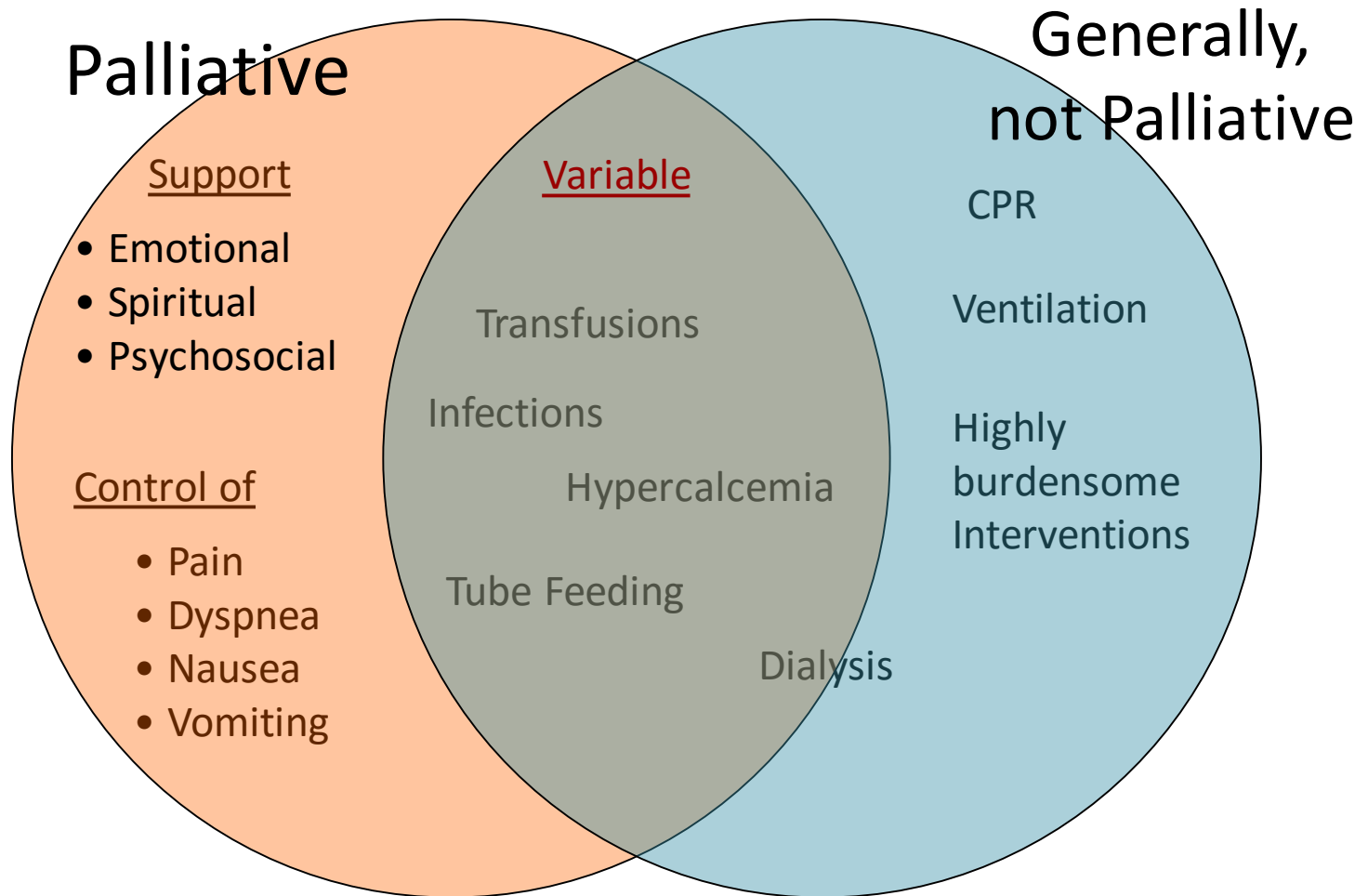


New concept

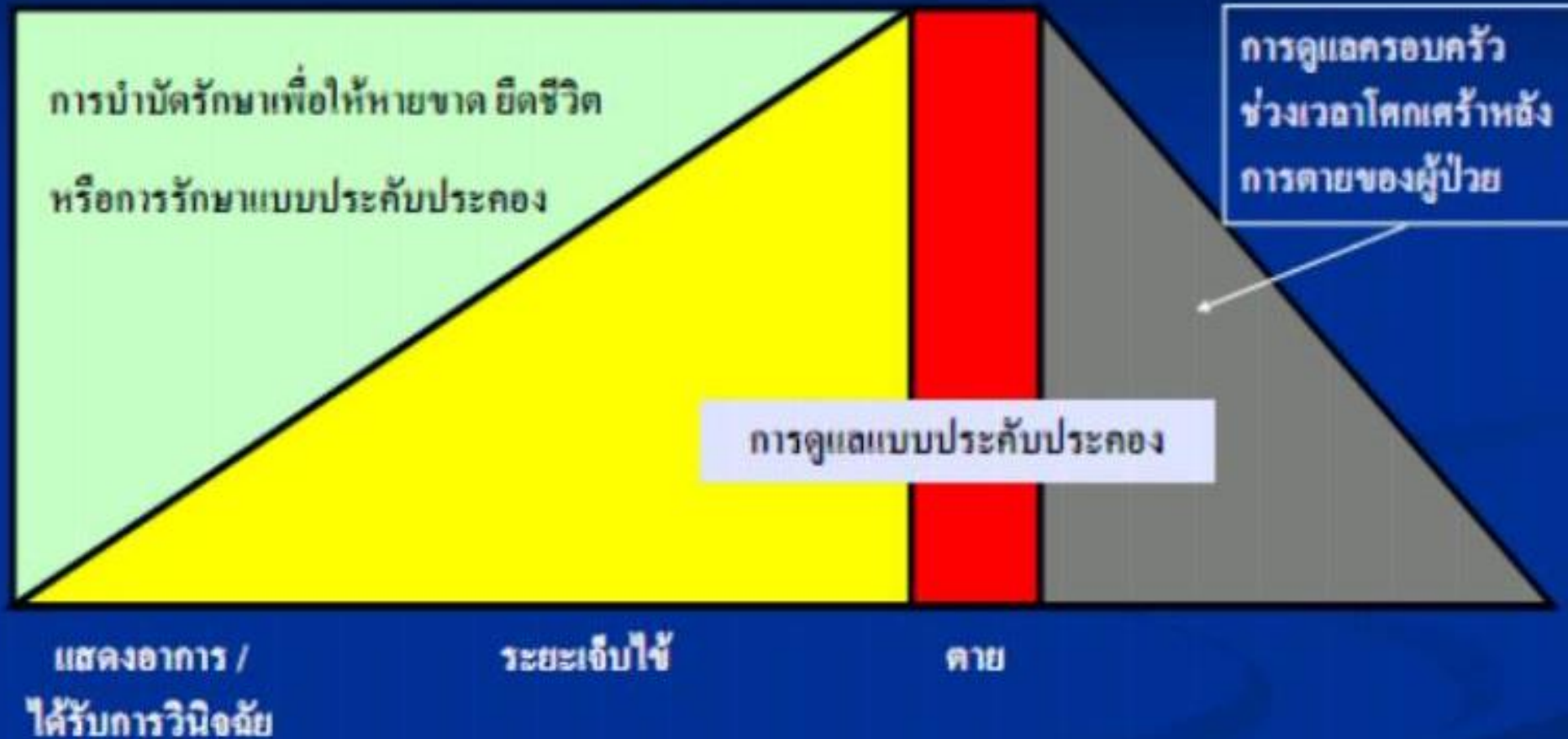
การรักษาที่ตัวโรค

การดูแลแบบประคับประคอง

Potential Palliative Care Intervention



รูปแบบการดูแลแบบการรักษาให้หาย ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง



แสดงรูปแบบการดูแลแบบ Curative care กับ Palliative care (WHO, 2002)

Palliative Care

องค์ประกอบที่สำคัญของ **Palliative care**

(ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2555) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) การควบคุมอาการไม่สบาย (Symptom control)

2) การรักษาโรค (Disease management)

3) การ ดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual care)



Palliative Care

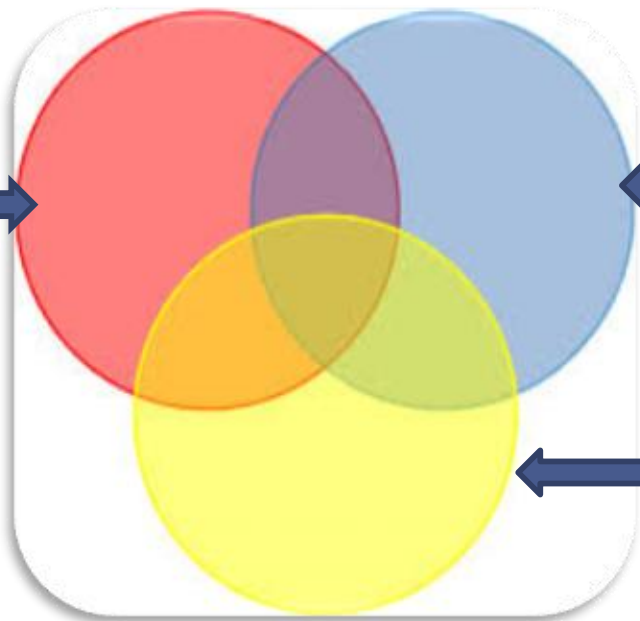
1. การควบคุมอาการไม่สบาย (**Symptom control**) ได้แก่ อาการปวด (**Pain**) เบื่ออาหาร (**Anorexia**) ผอมแห้ง (**Cachexia**) หายใจหรือหายใจลำบาก (**Breathlessness/dyspnea**) คลื่นไส้ อาเจียน (**Nausea and vomiting**) อ่อนแรงหรือเหนื่อยล้า (**Weakness/fatigue**) ปากแห้ง (**Dry mouth**) ถ่ายเหลวหรือท้องผูก (**Diarrhea/ constipation**) และปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล (**Ulcers**) ฝื่นคัน (**Pruritus**)
2. การรักษาโรค (**Disease management**) ได้แก่ การรักษาในสถานะที่แก้ไขได้ (**Reversible condition**) และการรักษาแบบประคับประคอง (**Incurable condition**)

Palliative Care

3. การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual care) การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ความสนใจ งานอดิเรก ศาสนา อาชีพ ครอบครัว ความเชื่อ ความสัมพันธ์ การดูแลด้านจิตวิญญาณได้แก่ การค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย คุณค่า การให้อภัย ความรัก ความเข้าใจ และความเชื่อทางศาสนา



**Disease
management**



**Psychological and
spiritual care**

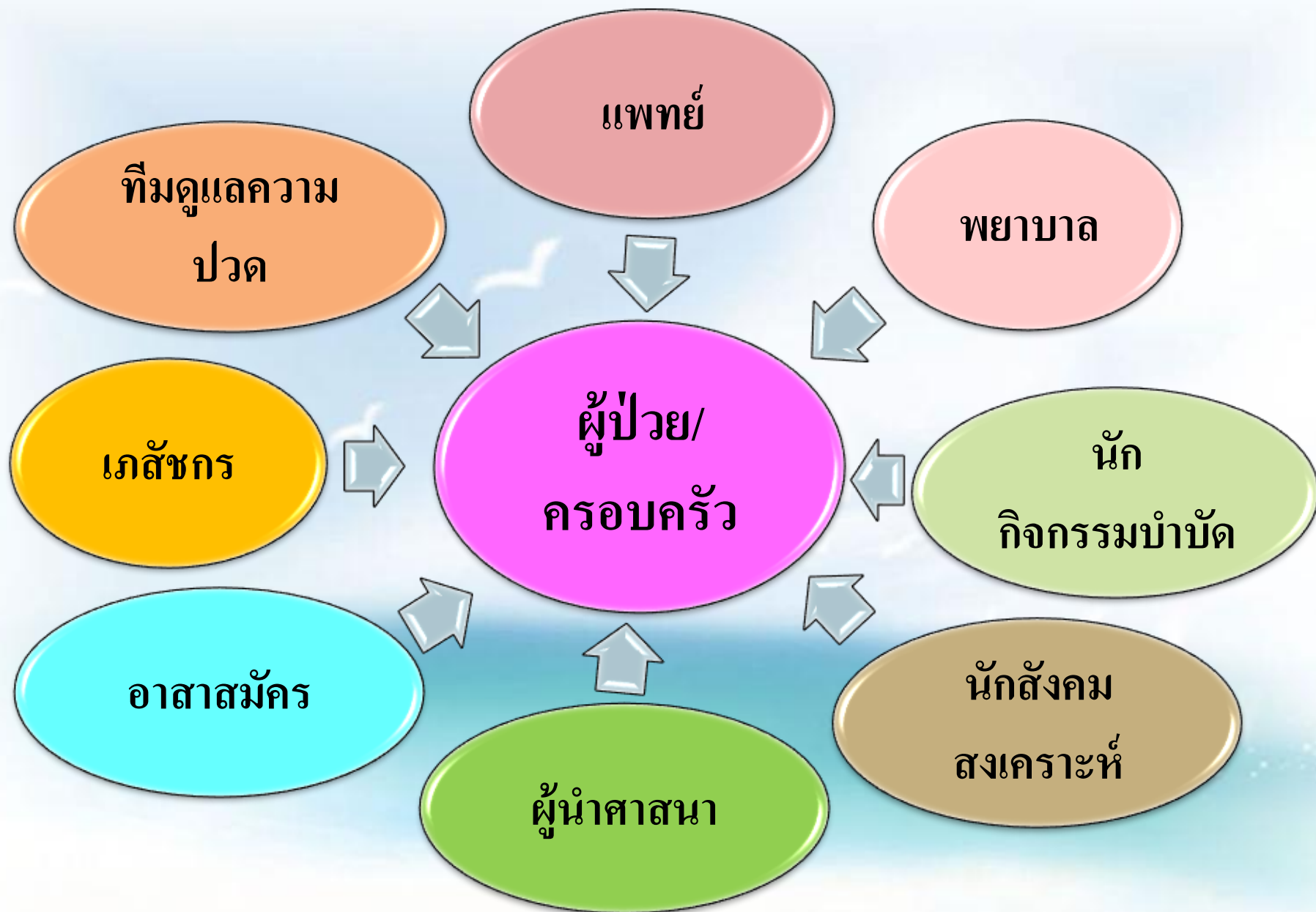
Symptom control

- Pain
- Anorexia
- Cachexia
- Dyspnea
- Nausea / vomiting
- Fatigue
- Dry mouth
- Diarrhea /
constipation
- Ulcer / Pruritus

Palliative Care



องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative care (ศิริเวียง , 2553)



Palliative Care Team

Palliative Performance Scale

ระดับPPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้ มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50 %	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้ (บวนปากได้เท่านั้น)	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0 %	เสียชีวิต	-	-	-	-

Translation, with appreciation, by Dr Hunsu, Ladarat et al. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Thailand

Five stages of coping

On Death and Dying, Dr. Elisabeth Kubler-Ross

Denial

- ปฏิเสธ 'ไม่ยอมรับ' "No way, not me."

Anger

- ยอมรับความจริงได้แล้ว เลยโกรธ "Why me?"

Bargain

- หายหรือโกรธน้อยลงแล้ว จึงต่อรอง

Depression

- เมื่อต่อรองไม่เป็นผล ทำให้ซึมเศร้า

Acceptance

- ยอมรับ (ถ้ามาถึงระยะนี้ได้ก่อนตาย ถือว่าดีมาก)

ปฏิกิริยาอาจพบบางอย่าง หรือไม่เรียงลำดับก็ได้

การพยาบาลกับFive stages of coping

ปฏิเสธ

- ให้ข้อมูลโรค การดำเนินโรค และแนวทางการรักษา
- แสดงตนว่ารับรู้และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย
- บอกผู้ป่วยว่าจะดูแลเขาอย่างดีที่สุด

โกรธ

- เข้าใจ เห็นใจ ไม่ถือสาอารมณ์โกรธของผู้ป่วย

ต่อรอง

- ให้ความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด
- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

ซึมเศร้า

- ประเมินความรุนแรง เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

ยอมรับ

- นำความเชื่อ หลักคิด คำสอนที่ผู้ป่วยศรัทธามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และเสริมพลังการรักษา

หลักปฏิบัติในการทำงาน Palliative Care

1. การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และตามมาตรฐาน
2. การดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของคนป่วย
3. การดูแลจิตใจตนเองให้พร้อม

ทัศนคติต่อการตายที่ดีของคนอีสาน

- ไม่ทรมาน
- การได้เตรียมตัวตายและได้สั่งเสีย
- การได้เสียชีวิตท่ามกลางสมาชิกครอบครัว
- การได้ทำพิธีกรรมตามความเชื่อก่อนตาย
- การได้กล่าวคำอำลาก่อนตาย

ระยะก่อนเสียชีวิต

- การเผชิญกับความตาย
- การจัดการเพื่อการตายอย่างสงบ
- บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน
- การเตรียมตัวตาย
- การดูแลในสถานที่ที่ต้องการ



LIVING WILL

กฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 “พินัยกรรมชีวิต”

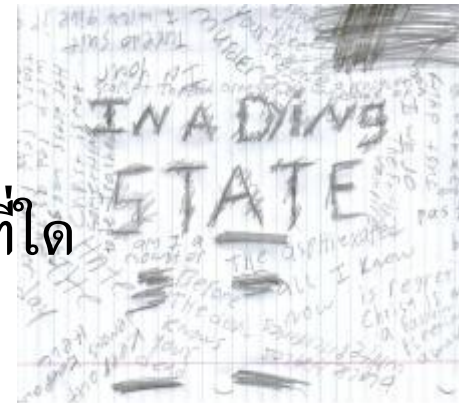
"บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้...เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ"



GOOD GOOD DEATH

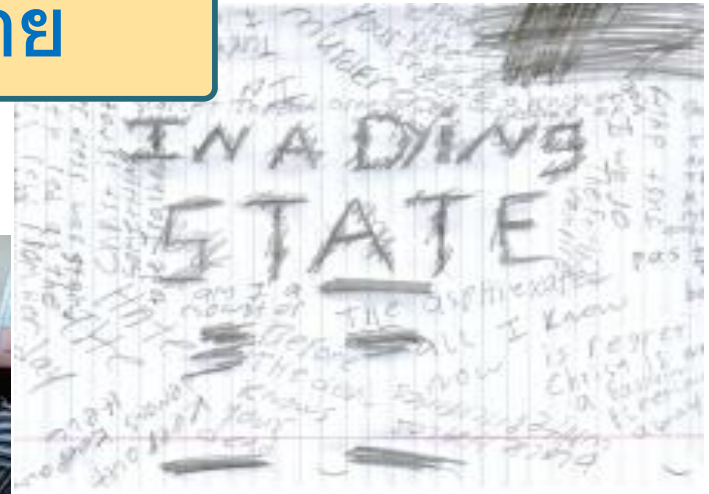
การตายดี...ที่พึงประสงค์

- 1) รู้ตัวและมีสติรับรู้สิ่งที่จะเกิดขึ้น
- 2) ไม่เจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมาน
- 3) ได้รับการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ
- 4) มีความเป็นส่วนตัว เลือกได้ว่าจะตายที่ใด
- 5) มีคนรักอยู่ใกล้ มีเวลากล่าวคำอำลา
- 6) พร้อมไปเมื่อเวลามาถึง ไม่ยื้อชีวิต



รัตนา พันธุ์พานิช

ระยะเผชิญความตาย



จะดูแลผู้ป่วยให้ “ตายดี” ได้อย่างไร

- ลดหรือหยุดยา และวิธีการตรวจ/การรักษาที่ไม่จำเป็น
- รักษาอาการปวด และอาการรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน
- สื่อสารบอกผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวิธีที่เหมาะสม
- ประเมินและตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ
- วางแผนการดูแลขณะเผชิญความตายของผู้ป่วย ร่วมกับครอบครัว

ระยะเผชิญความตาย

หลักการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยที่กำลังเผชิญความตาย

- ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและครอบครัว
- ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับความตายที่จะมาถึง
- ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ
- ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ
- สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ



Palliative Care

Head, Hands and Heart of Palliative Care

No curative Rx $\neq$ Failure
No curative Rx $\neq$ Nothing to do

เรายังมีสิ่งที่จะ
ทำให้ผู้ป่วยได้
เสมอ แม้เขาจะ
ตายในอีกไม่ช้า



Spiritual assessment

- **Informal assessment**

- ประเมินได้ตลอดเวลาเมื่อโอกาสอำนวย การฟังเป็นเครื่องมือสำคัญ
- คนไข้มักแสดงออกโดยการเล่าเรื่องซึ่งแฝงไปด้วยข้อมูลด้านจิตวิญญาณ เช่น ความหมายของชีวิตตนเอง ความหวัง-ความสิ้นหวัง ความกลัว
- ทำให้เราเข้าใจได้ว่าความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นอย่างไร มี spiritual suffering หรือไม่



- **Formal assessment**

- การประเมินโดยใช้ข้อคำถาม ร่วมไปกับการประเมินด้านอื่นในระบบ routine เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านความเชื่อและการปฏิบัติ และประเมินว่าสิ่งนั้นจะมีบทบาทหรือโอกาสในการเยียวยาผู้ป่วยหรือไม่

การประเมินด้านจิตวิญญาณ



ศาสนา และกลุ่ม/วัด/โบสถ์
ที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม

หลักคิดและการให้คุณค่า

สิ่งสำคัญในชีวิต
สิ่งที่เป็นความหวัง
ความรักและความสัมพันธ์
ศรัทธาและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ



การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
ของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความ
สงบภายใน



นำข้อมูลมาวาง
แผนการดูแลผู้ป่วย
เพื่อเสริมพลังด้านจิต
วิญญาณ



Palliative Care

สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้

- เข้าใจหลักคิดชีวิตคือองค์รวม การเกิดและการตายเป็นธรรมชาติของทุกชีวิต
- ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตที่ดีที่สุดจนถึงวันที่ต้องตาย
- ต้องไม่เร่ง หรือยืดการตายของผู้ป่วยเมื่อเวลานั้นมาถึง
- รักษาอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
- ผสมผสานการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย
- เริ่มต้นทันทีควบคู่ไปกับการดูแลที่เน้นการรักษาที่ตัวโรค
- ใช้หัวใจมากกว่าสมองในการทำงาน

ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- ภาวะเครียดและความเหนื่อยหน่าย
 - ปัจจัยจากตัวผู้ทำงาน
 - สภาพแวดล้อมในการทำงาน
 - ปัจจัยจากตัวของผู้ป่วย



Palliative Care Nurse

- การฝึกอบรมให้มีความสามารถอย่างเพียงพอ
- มีปรัชญาหรือแนวคิดที่ยึดเหนี่ยว การคิดบวก
- การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน
- รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีม

