

Interesting topic

เรื่อง Palliative Care

วันอังคารที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เวลา 13.30-15.00 น.

ณ ห้องประชุมภาควิชาจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อาจารย์ ดาวชมพู พัฒนประภาพันท์ ประธาน

นพ. ศิริศักดิ์ เชื้อชวลิต เสนอรายงาน

บทนำ

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นทำให้มนุษย์มีอายุยาวนานขึ้นเมื่อเทียบกับอดีตและมีประชากรสูงอายุมากขึ้น โดย WHO คาดว่าในปี ค.ศ.2025 ประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น 2 เท่าเมื่อเทียบกับปี ค.ศ.2000 ในขณะที่ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจาก 5.3 ล้านคนในปี ค.ศ.2000 เป็น 11 ล้านคนในปี ค.ศ.2020⁽¹⁾ มีโรคหลายโรคในอดีตที่ไม่สามารถรักษาได้ แต่ในปัจจุบันสามารถรักษาได้แต่ในขณะเดียวกันก็มีโรคหลายโรคที่ทางการแพทย์ปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาทิโรคมะเร็ง, AIDS และโรคทางกายอื่นๆ เพราะฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care ที่มองผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งด้านกาย ใจ จิตวิญญาณ สังคม เพื่อช่วยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับการตาย (Dying Process) ได้อย่างสงบ จึงเป็นส่วนที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน

ความหมายของ “ความตาย”⁽²⁾

“ความตาย” (Death) คือ ภาวะที่ร่างกายหยุดทำงานอย่างถาวร บุคคลนั้นไม่สามารถรับรู้ต่อสิ่งรอบข้าง ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

“การตาย” (Dying) คือ กระบวนการที่ร่างกายกำลังเสื่อมสภาพ หยุดทำงานไปที่ละระบบ แต่ผู้ป่วยยังสามารถรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

“การตายดี” Good death การตายจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานหรือทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ไม่มีห่วงกังวล ได้ทำในสิ่งที่อยากทำก่อนตาย และใช้ชีวิตนั้นปลายอย่างสมศักดิ์ศรีมนุษย์ที่สุด แม้ในช่วงเวลาสุดท้าย (Dying with dignity) การตายนั้นไม่รบกวนชีวิตของญาติที่เกี่ยวข้องมากเกินไป เป็นการลาจากกันด้วยดีทั้งผู้ตายและผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่

Weisman (1972) ให้คำจำกัดความของคำว่า “appropriate death” ไว้ ดังนี้⁽³⁾

1. internal conflicts เช่น การกลัวเกี่ยวกับเรื่อง loss of control ควรจะลดหรือ resolve เท่าที่จะทำได้
2. the individual's personal sense of identity should be sustained
3. Critical relationships ควรจะเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีมากขึ้น หรืออย่างน้อยควรจะคงความสัมพันธ์ดั้งเดิม conflicts ควรจะ resolve ถ้าเป็นไปได้
4. สามารถที่มีเป้าหมาย และ set goal ในชีวิตได้ถึงแม้จะมีเวลาที่จำกัด อาทิ การศึกษา การแต่งงาน เป็นต้น

ในทางพุทธศาสนา ท่านเจ้าคุณธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต) ได้เขียนไว้ในหนังสือการแพทย์ยุคใหม่ในพุทธ
ทัศน์⁽⁴⁾ เรื่องช่วยให้ตายเร็ว หรือช่วยให้ตายช้า สรุปโดยย่อว่า

การตายที่ดี คือ การมีสติไม่หลงตาย โดยช่วงเวลาที่สำคัญที่สุด คือ ขณะที่จะตาย

การไม่หลงตาย คือ มีจิตใจผ่องใส เบิกบาน นึกถึงหรือเกาะเกี่ยวสิ่งที่ดี อาทิ เรื่องบุญกุศล หรือเรื่องที่ได้ทำ
ความดีมา

และการตายที่ดีกว่า คือ การตายที่ใจมีความรู้ รู้เท่าทันชีวิต ไม่เกาะเกี่ยว ไม่ยึดติด เป็นจิตที่อิสระแท้จริง

Palliation มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “Palliare” ซึ่งมีความหมายว่า “to cloak” or to “conceal”
(ประคั้นประคอง)

Pallium ยังหมายถึง ผ้าที่คลุมโลงศพ ซึ่งจากรากศัพท์ข้างต้นมีนัยยะที่สำคัญคือ ถึงแม้ว่าเราจะไม่
สามารถดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญหน้ากับความตายให้หายจากโรคได้ แต่เราสามารถที่จะประคั้นประคองให้ผู้ป่วย
สามารถที่จะเผชิญหน้ากับความตายอย่างสงบได้

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care สมัยใหม่เริ่มมีการพัฒนาจาก Hospice ซึ่งเริ่มต้นครั้งแรก
ที่เมือง Lyon ประเทศฝรั่งเศส ในปี ค.ศ.1840 ต่อมาเริ่มมีการก่อตั้ง hospice ในหลายๆ ประเทศ อาทิ สหราชอาณาจักร, แคนาดา, ออสเตรเลีย โดย hospice แห่งแรกในสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้นในปี ค.ศ.1974 ที่มลรัฐ
Connecticut และในช่วงถัดจากนั้นได้มีการก่อตั้ง “Palliative Care Program” ที่ ร.พ. Royal Victoria ในเมือง
Montreal และได้มีการพัฒนา hospital-base pain และ Palliative care consultation service ขึ้นในปี 1978 ใน
Memorial-Sloan-Kettering Cancer Center โดยการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care ในปัจจุบันจะประกอบด้วย
ส่วนของการดูแลแบบ home care และ hospital base service

นิยามของ Palliative Care

ตามนิยามของ WHO ในปี 1990 กล่าวไว้ว่า Palliative Care คือ “active total care of patient whose
disease is not responsive to curative treatment” โดยมีวัตถุประสงค์ในการดูแล เพื่อลดความทุกข์ทรมานและ
เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยในเวลาที่เหลืออยู่จำกัด เน้นการดูแลในทุกมิติของสุขภาพผู้ป่วย ทั้งกาย จิตใจ จิต
วิญญาณ สังคม รวมทั้งดูแลญาติที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) โดยมุ่งเน้นคุณภาพ และความหมาย
ชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมากกว่าการมุ่งเน้นการกระทำจัดโรค^(2, 5)

โดยมีหลักในการดูแลผู้ป่วยดังนี้^(2,5)

1. ยอมรับว่าชีวิตและความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ
2. ไม่ยึดระยะหรือเร่งรัดการตายไปกว่ากระบวนการปกติ
3. มองว่าการเผชิญหน้ากับความตายเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่า
4. คอยดูแลบำบัดอาการทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่อง เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย ซึ่งต้องอาศัยการประเมิน
ผู้ป่วยตลอดเวลาไม่ทอดทิ้ง

5. ดูแลผสมผสานในทุกมิติของสุขภาพผู้ป่วย ทั้งกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
6. สร้างเครือข่ายที่ผู้ป่วยและญาติ สามารถติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือได้ตลอด ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยยังอยู่
7. ช่วยครอบครัวของผู้ป่วยในขณะ cope กับการเจ็บป่วยและเผชิญกับการสูญเสีย (Bereavement)
8. การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาล, อาสาสมัคร เป็นต้น)

Palliative Care Program / Models of care delivery⁽⁶⁾ ประกอบด้วย

1. home care program
2. hospital – base - palliative care consultation service
3. Day care program or ambulatory care clinic
4. Palliative care inpatient unit
5. Bereavement program
6. Training & research program
7. Internet – base - service

ปัจจุบันในสหรัฐอเมริกา มี hospice ทั้งหมด 3,000 แห่ง

- มี รพ. ที่มี Palliative care service ประมาณ 300 แห่ง
- มีโรงเรียนแพทย์ที่มีภาควิชา Palliative medicine 4 แห่ง
- มี fellowship training program ในด้าน Palliative medicine 10 แห่ง

When& How do People Die

Two Gallop polls, conduct ในปี ค.ศ.1992 และ ค.ศ.1996 พบว่าผู้ป่วย terminal ill ที่มีโอกาสมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 6 เดือน 9 ใน 10 คน เลือกที่จะตายที่บ้าน⁽⁷⁾ เช่นเดียวกับการวิจัยในผู้ป่วย terminal illness ในประเทศอังกฤษ ในปี ค.ศ.2000 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกที่จะได้รับการรักษาที่บ้าน⁽⁸⁾

แต่การสำรวจของ National Hospice Organizer ในปี 1996 พบว่า คนอเมริกันส่วนใหญ่เสียชีวิตใน รพ. หรือสถานพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน

The support clinical trial (Study to Understand Prognosis & Preferences for Outcomes and Risks of Treatment) (SUPPORT Principal Investigators 1999) พบปัญหาของการสื่อสารระหว่างแพทย์ ผู้รักษากับคนไข้ และพบว่าหลายๆ ครั้ง การรักษาของแพทย์เป็นการรักษาที่มากกว่าความต้องการที่แท้จริงของคนไข้

Status of End of Life Care ในประเทศไทย⁽¹⁰⁾

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศไทย โดยอัตราของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษามะเร็งเพิ่มขึ้นจาก 34.7/ประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2537 เป็น 89.4/ประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2546 ภาวะมะเร็งจึงเป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งที่ระบบสาธารณสุขไทยต้องเผชิญ โดยถึงแม้ว่าประเทศไทยมีการส่งเสริมการป้องกันและการควบคุมมะเร็งมามากกว่า 30 ปี ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อภาวะมะเร็งอยู่ใน Advance stage แล้ว ดังนั้น Palliative care จึงเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

การพัฒนา End of Life Care ในประเทศไทย

นโยบายระดับชาติ

- Palliative Care Plan เคยได้รับการพัฒนาและบรรจุอยู่ในแผนการควบคุมและป้องกันมะเร็งระดับชาติ ในปีพ.ศ.2540 – 2544 แต่แผนการนี้หยุดชะงักลงหลังจากประเทศเผชิญกับปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ
- ในปี 2544 มีการบรรจุเรื่องสิทธิ ของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาและการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Die with Dignity) ในวาระการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ถือว่าการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care เป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งในการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล
- ในปัจจุบัน สถาบันมะเร็งแห่งชาติอยู่ระหว่างการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care

รูปแบบการจัดบริการในประเทศไทย

- การดูแลแบบ Palliative care ในปัจจุบันประกอบด้วย ภาครัฐและเอกชน และองค์กรด้านศาสนา ร่วมกันดูแล
- โรงพยาบาลตติยภูมิและสถาบันมะเร็งส่วนภูมิภาคหลายแห่งมี Palliative Care Unit และ Palliative Care Beds สำหรับผู้ป่วย Terminal illness
- บางโรงพยาบาลเริ่มมีการให้บริการ Home Palliative Care Service
- ยังไม่มีการให้บริการ Bereavement สำหรับครอบครัวผู้ป่วย
- หลายโรงพยาบาลเริ่มมีการตั้งกลุ่ม Palliative Working Group ขึ้น แต่ก็ยังจำกัดเป็นกลุ่มเล็กๆ ในโรงพยาบาล
- องค์กรศาสนาและภาคเอกชนเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนา End of Life Care ในประเทศไทย วัดหลายๆ แห่งมีการดูแลแบบ Palliative Care ในผู้ป่วยมะเร็งและติดเชื้อ HIV / AIDS
- บางองค์กรเอกชนร่วมมือกับภาครัฐในการช่วยดูแลผู้ป่วย Terminal illness
- ในปี 2548 ได้มีการก่อตั้งเครือข่ายการดูแลแบบ Palliative Care ระดับชาติขึ้นในประเทศไทย

Reference

1. World Health Organization .Office Older Population and Health System: A profile of Thailand: 6 Oct.2007 .Available from: URL
: http://www.who.int/ageing/projects/intra/phase_one/alc_intra1_cp_thailand.pdf.
2. ผศ.พญ.สายพิน หัตถ์รัตน์ : เอกสารประกอบการสอน Working with the dying
3. Weisman AD .on Dying and Denying : A Psychiatric Study of Terminality : New York, Behavioral Publications, 1972
4. พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์ : ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายช้า : กรุงเทพฯ : ธีระอรุณการพิมพ์ : 2542
5. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care : Report of a WHO Expert Committee (Technical Bulletin 804). Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1990
6. Jame L. Levenson .Text book of Psychosomatic medicine ; 2005 : 979-1001
7. Foreman J .70% Would pick hospice : poll finds, Boston Globe, October 4, 1996, pA3
8. Kikule E. A good death in Uganda: Survey of need for palliative care for terminally ill people in urban area : BMJ 2003 : 327 : 192-4
9. SUPPORT Principal Investigators. A Controlled trial to improve care for serious ill hospitalized Patients : JAMA 274 : 1591-1595 : 1995
10. Kittikorn Nilmanat, PhD, Department Adult Nursing, Prince of Songkla University, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90112, Thailand and Tamsak Phungrassami, M.D., Department of Radiology, Prince of Songkla University, Songklanagarind hospital, Faculty of Medicine, Had Yai, Songkhla, Thailand. Status of End of Life Care in Thailand. Bridging the Gap: Transforming Knowledge into Action.UICC World Cancer Congress; 2006 July 8-12, 2006, Washington, DC, USA .Available
from:URL:<http://2006.confex.com/uicc/uicc/techprogram/P10163.htm>.