

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาล ไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง หน่วยงาน ให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม

| ฉัตรกมล เจริญวิภาดา*

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพันธุกรรมและการกลายพันธุ์ของยีนในเซลล์ปกติ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งโดยจะแพร่กระจายไปตามเนื้อเยื่อ ลูกหลานจนอวัยวะสูญเสียหน้าที่ตามปกติและเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนเสียชีวิตในที่สุด โดยส่วนใหญ่มะเร็งระยะสุดท้ายจะลุกลามภายหลังจากที่เป็นมะเร็งแล้วระยะหนึ่ง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้านและชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีการจัดการอาการรบกวน จึงไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี¹ ตามสภาวะ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

กรณีศึกษา : เป็นการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2 ราย ที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง โดยปฏิเสธการรักษาด้วยเคมีบำบัดและฉายแสง ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นโรคมะเร็งโพรงจมูก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นมะเร็งเพดานแข็งในช่องปาก ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคลองท่อมด้วยอาการสำคัญ คือ ปวด และมีภาวะขาดสมดุลของน้ำและเกลือแร่ โดยผู้ป่วยรายที่ 2 มีความเจ็บปวดแตกต่างจากรายที่ 1 ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท มีการวางแผนการรักษาพยาบาลตั้งแต่ระยะฉุกเฉินแรกเริ่ม กระทั่งระยะจำหน่าย โดยมีพยาบาลของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปยังบ้านและชุมชน แพทย์นัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยระบบการนัดหมายล่วงหน้า

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ทุเลาจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ยอมรับภาวะเจ็บป่วยในระยะการดำเนินโรค มีกำลังใจในการใช้ชีวิต ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ และวางแผนการดูแลล่วงหน้า ตัดสินใจเลือกรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน โดยมีคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยรายที่ 1 ร้อยละ 96.5 และรายที่ 2 ร้อยละ 98 ตามลำดับ

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับตัวโรค พยาธิสภาพ การรักษาและจัดการอาการรบกวน ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ไปบ้านและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองคือ “การตายดี (good death)”

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลต่อเนื่อง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม

Case study: Continuing End-stage cancer patients nursing care from hospital to home and community, In the context of palliative care center, Counseling Clinic of Nursing department, Klongtom hospital

| Chatkamol Charoenwipada

Abstract

Cancer is a disease caused by genetics and gene mutations in normal cells, transforming themselves into cancerous cells, spreading along the tissues. Their invasive growths make the organs lose their normal functions. Finally the cancer turns itself into end - stage and causes the patient health. Mostly, the cancer will spread after turn to end-staging for a while. So some patients may be suffered physically and mentally, moreover their quality of life may be also affected. The continuing nursing care of end-stage cancer patients from the hospital to home and community should provide patients and their families to manage the symptoms appropriately. These holistic cares result in their quality of life improvement and the death with full of human dignity.

Case study : Two end-stage cancer patients, who refused to treat with chemotherapy and radiation therapy, received palliative care treatment. The first case was diagnosed with nasopharyngeal carcinoma and the other was diagnosed with hard palate carcinoma, both were admitted to Klongthom Hospital. Their symptoms were severe pain, the first one had nociceptive pain and the other had neuropathic pain, water and electrolyte imbalance and infection. When diagnosis was given, the continuing nursing care from the hospital to their home and community was done in all dimensions. Medical follow up was scheduled by the hospital advance appointment system.

Results: Both patients were relieved from severe pain and other disturbances. About their illness, they accept the course of disease and live with encouragement in the rest of their life. Patients died at home. The satisfaction score for palliative care are 96.5% and 98%, respectively.

Conclusion: For end-stage cancer patients nursing care, nurses should have knowledge about the disease and its pathology, treatment and symptom management. Continuing nursing care of end - stage cancer patients from the hospital to home and community provides patients and families with holistic palliative care to improve quality of life and promote good death.

Keywords: Nursing care, End stage cancer patient, Palliative care, Continuing Care

* Professional nurses Acting as Chief Nurse, Nursing Department Klongthom Hospital, Krabi

ความนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี 2555 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็น 13% จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก² โดยคาดการณ์ว่าปี 2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ 24 ล้านคนทั่วโลก จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นถึง 13.1 ล้านคน³

สถานการณ์โรคมะเร็งของประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วย การเสียชีวิต รวมทั้ง ปัญหาเรื่องภาระโรค (burden of disease) ที่ทำให้ประชากรไทยสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประชากรไทยมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 โดยปี พ.ศ. 2554 - 2556 มีอัตราการตายต่อ ประชากร 100,000 คน เท่ากับ 88.3, 91.2 และ 95.2 ตามลำดับ⁴ โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโรค ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ปี 2554 - 2558 จำนวน 3,341 3,917 3,925 3,968 และ 3,439 คน ตามลำดับ⁵

สถานการณ์โรคมะเร็งของจังหวัดกระบี่ พบว่าโรคมะเร็งมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 มีอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร ในปี 2557-2559 ร้อยละ 61.3, 67.8 และ 65.1 ตามลำดับ และอัตราการป่วยโรคมะเร็งที่พบมาก อันดับ 1-5 ของจังหวัดกระบี่ ได้แก่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งปากมดลูก⁶

การเกิดมะเร็ง (Carcinogenesis)⁷

เซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีต้นกำเนิดมาจากเซลล์ปกติที่เป็นองค์ประกอบทั่วไปของร่างกายมนุษย์ แต่เซลล์เหล่านั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงจนเกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีลักษณะและพฤติกรรมเฉพาะที่แตกต่างไปจากเซลล์ปกติ จากข้อมูลที่ได้รับจากการค้นพบเซลล์มะเร็งต้นกำเนิด (cancer stem cell) ทำให้เกิดทฤษฎีใหม่ที่ว่า เซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งและก่อให้เกิดมะเร็งนั้น อาจไม่ใช่เซลล์ปกติทั่วไปในร่างกายมนุษย์ซึ่งโดยส่วนมากเป็นเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อทำ

หน้าที่เฉพาะอย่าง (differentiated cell) ไปแล้ว แต่เป็นเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) หรือเซลล์ progenitor ที่ทำหน้าที่แบ่งตัวให้เซลล์ที่ทำหน้าที่ต่าง ๆ ในร่างกายและคงอยู่ในเนื้อเยื่อต่างๆ เพื่อทำหน้าที่ในการทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลายโดยทฤษฎีดังกล่าวกล่าวว่า เซลล์ต้นกำเนิดหรือเซลล์ progenitor นี้เองที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์ต้นกำเนิดมะเร็งและจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนจนกลายเป็นมะเร็ง เซลล์เมื่อเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งจะพบพฤติกรรมและลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ 1) มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนได้อย่างต่อเนื่องรวดเร็วและมีจำนวนครั้งไม่จำกัด 2) ไม่พบ contact inhibition คือเซลล์มะเร็งจะไม่หยุดการแบ่งตัว แม้เซลล์สัมผัสกับเซลล์ข้างเคียงโดยรอบ 3) ไม่พบการพัฒนาของเซลล์เพื่อไปทำหน้าที่เฉพาะ (cell differentiation) 4) มีความสามารถในการรุกรานเซลล์และเนื้อเยื่อข้างเคียงสูง (invasion) 5) มีความสามารถแพร่กระจาย

การแพร่กระจายของมะเร็ง (Cancer metastasis): สาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง⁷

การแพร่กระจายของมะเร็ง คือกระบวนการที่เซลล์มะเร็งเคลื่อนย้ายจากก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (primary tumor) ผ่านทางกระแสเลือดหรือน้ำเหลืองไปยังส่วนอื่นของร่างกาย และก่อให้เกิดมะเร็งก้อนใหม่ การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการรักษาโรคมะเร็ง นอกจากนี้การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิต จากสถิติในปัจจุบันพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมีสาเหตุมาจากการแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งเรียกว่าก้อนมะเร็งทุติยภูมิ (secondary tumor) การแพร่กระจายจะอาศัยการแพร่ผ่านระบบไหลเวียนโลหิตและระบบน้ำเหลือง เมื่อเซลล์เกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็ง จะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง เซลล์มะเร็งที่มีการเจริญแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในก้อนมะเร็งปฐมภูมิจะทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยสรุปเซลล์มะเร็งจากอวัยวะต้นกำเนิดสามารถพัฒนาคุณสมบัติที่จำเป็นต่อการแพร่กระจายเพื่อให้สามารถหลุดจากอวัยวะต้นกำเนิดเคลื่อนผ่านระบบหลอดเลือดหรือระบบน้ำเหลืองและฝังตัวยังอวัยวะใหม่ได้

เซลล์มะเร็งต้องพัฒนาความสามารถดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์ทุกขั้นตอนจึงจะแพร่กระจายได้สำเร็จ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาวิธีการยับยั้งหรือควบคุมการแพร่กระจายของมะเร็งซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิต

มะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer)⁸

มะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง มะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งจะแตกต่างกับมะเร็งระยะแพร่กระจาย (metastatic cancer) เนื่องจากมะเร็งระยะลุกลามไม่จำเป็นต้องมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเสมอไป ยกตัวอย่างเช่น มะเร็งสมองบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จัดเป็นมะเร็งระยะลุกลามแม้ยังไม่มีมีการแพร่กระจายก็ตาม ในทำนองเดียวกัน มะเร็งระยะแพร่กระจายก็ไม่จำเป็นต้องเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เช่น มะเร็งของอวัยวะอื่นแล้ว แต่ก็ยังมีวิธีรักษาได้ ส่วนมะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced cancer) นั้นหมายถึง มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตออกไปนอกอวัยวะนั้น ๆ แล้ว แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย มะเร็งส่วนใหญ่ในระยะนี้มักสามารถรักษาให้หายได้ เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก แต่ในมะเร็งบางชนิด แม้ว่าจะอยู่ในระยะลุกลามเฉพาะที่ แต่จัดว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามเช่นกัน หากไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น มะเร็งตับอ่อน เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจพบว่าตนเองเป็นมะเร็งระยะลุกลามในครั้งแรกที่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็ง แต่บางรายอาจพบว่าตนเองเป็นมะเร็งระยะลุกลามหลังจากได้รับการรักษามานานแล้ว ซึ่งโดยส่วนใหญ่ มะเร็งระยะลุกลามมักเกิดขึ้นภายหลังจากที่เป็นมะเร็งแล้วระยะหนึ่ง และการรักษาที่ได้รับไม่สามารถหยุดยั้งการเจริญของมะเร็งได้อีกต่อไป อาการของผู้ป่วยเหล่านี้มักแยลงและจำเป็นต้องได้รับการรักษา โดยอาการที่มักพบบ่อยได้แก่ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาการปวด เช่น ปวดกระดูกจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังกระดูก ปวดท้องจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับและอาการเหนื่อยหอบจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังปอด เป็นต้น

การดูแลแบบประคับประคอง⁹

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) WHO ได้ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการบริบาลเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สดุดีศรีความ เป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (bereavement Care) (European Association for Palliative Care, WHO)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการดูแลตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้น ๆ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย, อาการปวด, อาการคลื่นไส้-อาเจียน อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น โดยที่การดูแลแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ มุ่งเน้นส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความผูกพันจิตวิญญาณ¹⁰ พยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษา และเป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของ

ทุกชีวิต รวมถึงเน้นการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใด ๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมาณของผู้ป่วย โดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ยอมรับวิธีการรักษาที่เป็นการเร่ง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ นอกจากนี้ยังเป็นการให้การพยาบาลที่มีความจำเพาะแต่ละกรณีไม่มีสูตรสำเร็จ พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ ประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก อีกทั้งยังต้องพิจารณาศรัทธา ความเชื่อ ปุณฺหลังและบริบทของผู้ป่วยและญาติด้วย เพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยอยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง

กรณีศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2 ราย ที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองโดยปฏิเสธการรักษาโดยเคมีบำบัดและฉายแสง ผู้ป่วยที่เลือกศึกษาจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการและการดูแลซับซ้อน โดยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทยมุสลิม อายุ 60 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2559 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งโพรงจมูก (Nasopharyngeal carcinoma Stage IV) with Hypovolemic shock with Chronic pain ส่วนรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงไทยพุทธ อายุ 74 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2559 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเพดานแข็งในช่องปาก (Hard Palate carcinoma Stage IV) with Neuropathic pain with Anemia with sepsis

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัย Nasopharyngeal carcinoma Stage IV เมื่อปี 2557 (1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล) ปฏิเสธการฉายแสง และเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าเป็นโรคมะเร็งอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว ไม่อยากเสียค่าใช้จ่ายเป็นภาระครอบครัว แพทย์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จึงให้ยา Morphine บรรเทาปวดกลับมารับประทานที่บ้าน แต่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้ขนาดและปริมาณตาม

แผนการรักษา จึงทำให้มีอาการปวดเรื้อรังและอีกเสบบริเวณโพรงจมูก เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ - อุบัติเหตุ บ่อยครั้ง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวด บวมแดงที่ใบหน้าด้านขวา มีน้ำปนเลือดซึมออกจากจมูก มีกลิ่น ประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและอ่อนเพลียมาก รับประทาน Morphine syrup 1 ซ้อนอาการปวดไม่ทุเลา มีคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำ 5 ครั้ง อ่อนเพลียมาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล อาการแสดงแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 ชีพจร 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 90% แพทย์ให้การรักษาดูแลด้วยสารน้ำ 0.9% Normal saline ทางหลอดเลือดดำ 500 มิลลิลิตร แล้วหยุดต่อในอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้สูดดมออกซิเจนทางสายด้วยอัตรา 3-5 ลิตร/นาที ให้ Plasil 10 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นผู้ป่วยอาการดีขึ้น สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก ปวดร้าวมาใบหน้าและกระบอกตาขวา Pain score 9 รับประทาน Morphine 3 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ และรับไว้ดูแลที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัย Hard palate carcinoma Stage IV เมื่อปี 2558 (4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล) โดยบุตรไม่ยินยอมให้แพทย์แจ้งผลวินิจฉัยโรคกับผู้ป่วย ด้วยเกรงว่าผู้ป่วยจะคิดมาก บุตรที่เป็นผู้ดูแลปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาลศูนย์มะเร็ง ขอลงมาดูแลต่อที่บ้าน โดยใช้ยาต้มสมุนไพร 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแผลที่เพดานแข็งในช่องปาก อ่อนเพลีย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล อาการแสดงแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที มีไข้ 38.9 °C Pain score 8 คณน แพทย์ให้การรักษาดูแลด้วย Morphine 3 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ และให้ทุก 4 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวดให้สารน้ำ 5 % NSS/2 vein ทางหลอดเลือดดำ หยุดในอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง มีเลือดออกซึมตลอดที่แผลเพดานแข็งในช่องปาก ใช้ adrenaline pack gauze เพื่อหยุดเลือดเมื่ออาการปวดแผลทุเลา ไม่มีเลือดออกเพิ่ม จึงได้รับไว้ดูแลที่หอผู้ป่วยที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แรกเริ่ม)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แรกรับ)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ค่าLab ปกติ	หน่วย
CBC				
WBC	12.37	13.2	5-10	$\times 10^3/\mu\text{l}$
Hb	10.9	7.6	M13-18 F12-16	gm%
Hct	32.9	23	M40-50 F37-47	%
Neutrophil	91.2	75.3	40-70	%
Lymphocyte	5.9	17.2	20-50	%
Monocyte	2.7	3	2-10	%
Electrolyte				
Potassium	2.5	2.9	3.5-4.5	mmol/L
Sodium	130	119	136-145	mmol/L
Chloride	87.3	83.4	98-107	mmol/L
TCO ₂	33	28	22-29	mmol/L
Kidney				
BUN	9	13	6-20	mg%
Creatinine	0.8	1.0	0.67-1.174	mg%

แผนการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกรับที่หอผู้ป่วยในชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Palliative performance scale (PPS) 60% Pain score 5 มีไข้ 38.6 °C ซีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 1) พบมีภาวะซีด ขาดสมดุลเกลือแร่ และการติดเชื้อ ให้สารน้ำเป็น 0.9% Normal saline ทางหลอดเลือดดำหยดในอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เริ่มให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง มี Morphine injection 3 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง วันต่อมา Pain score 3 - 4 ให้ยาแก้ปวดเป็น MST 30 มิลลิกรัม รับประทานทุก 12 ชั่วโมง โดยจัดเวลาที่เหมาะสม คือ 06.00 และ 18.00 น. และมียา Morphine syrup ให้รับประทาน 1 ซ้อนชา ทุก 2 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด

วันต่อมา ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่ได้นำยาประจำตัวมา แพทย์ให้ยา Amlodipine 10 มิลลิกรัม รับประทานวันละครั้ง ยารับประทานตามอาการอื่น ๆ มี Ferrous sulfate 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร, Senokot 2 เม็ด ก่อนนอน, Domperidone 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งก่อนอาหาร, Omeprazole 1 เม็ด วันละครั้ง และได้ส่งปรึกษาศูนย์ Palliative care เพื่อการจัดการรายกรณี

ผู้ป่วยรายที่ 2 แรกรับที่หอผู้ป่วยในหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Palliative performance scale (PPS) 50% Pain score 7 คะแนน มีไข้ 38.7 °C ซีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 1) พบมีภาวะซีด ขาดสมดุลเกลือแร่ และการติดเชื้อ ให้สารน้ำเป็น 0.9% Normal saline ทางหลอดเลือดดำหยดในอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้เลือด (Packed red

cell) 2 ยูนิต หลังให้เลือด Hct 25% ให้ยาปฏิชีวนะ Ciprofloxacin 1 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีอาการปวด pain score 5-7 หลังได้รับยา Morphine injection 3 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ซักประวัติการปวดเพิ่มเติม เป็นลักษณะการเจ็บปวดแบบของแหลมแทง เจ็บจี๊ด ๆ เจ็บตลอดเวลาต้องใช้ผ้าชุบน้ำประคบตลอด รายงานแพทย์คิดถึงอาการปวดจากพยาธิสภาพในระบบประสาท จึงให้ Gabapentin 300 มิลลิกรัม ก่อนนอน อาการปวดดีขึ้น เปลี่ยนยามอร์ฟินเป็น Morphine 10 มิลลิกรัม รับประทานทุก 8 ชั่วโมง (06.00, 14.00 และ 22.00 น), Morphine syrup รับประทาน1 ซ้อนชา ทุก 2 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด ยารับประทานตามอาการอื่น ๆ มี Ferrous sulfate 1 เม็ดวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร, Senokot 2 เม็ด ก่อนนอน, Vitamin B complex 1 เม็ดวันละ 3 ครั้งหลัง

อาหาร, Ciprofloxacin 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร และได้ส่งปรึกษาศูนย์ Palliative care เพื่อการจัดการรายกรณี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ¹¹ แบบแผนของ Gordon¹¹ มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะอาการคงที่ต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย ติดตามต่อเนืองที่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย รวมทั้งเสริมพลัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ระยะแรกรับ	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะช็อค จากการขาดสมดุลงน้ำและเกลือแร่ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เบื่ออาหารมาหลายวัน และมีคลื่นไส้อาเจียนเป็นน้ำ 5 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจากก้อนมะเร็งลุกลามในโพรงงมูกปวดร้าวทั้งศีรษะ เป็นการเจ็บปวดเนื้อเยื่อที่มีพยาธิสภาพ (nociceptive pain) มีภาวะติดเชื้อที่โพรงงมูก จากก้อนมะเร็งลุกลาม สารคัดหลั่งเป็นน้ำปนเลือดมีกลิ่น 	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะขาดสมดุลงน้ำและเกลือแร่ จากพยาธิสภาพของโรค ทำให้เบื่ออาหาร รับประทานน้ำและอาหารได้น้อย มีอาการปวดจากก้อนมะเร็งที่เพดานแข็งในช่องปาก เป็นความปวดจากพยาธิสภาพในระบบประสาท (neuropathic pain) มีภาวะติดเชื้อที่เพดานแข็งในช่องปาก จากก้อนมะเร็งลุกลาม มีเลือดปนน้ำซิมออกตลอด มีกลิ่น
ระยะคงที่ อาการต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะชืด ขาดสารอาหาร เนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยและมีเลือดจากแผลโพรงงมูกเรื้อรัง 	<ol style="list-style-type: none"> ภาวะชืด ขาดสารอาหาร เนื่องจากเบื่ออาหารและเจ็บแผลในช่องปาก รับประทานอาหารได้น้อย และมีเลือดซิมออกจากแผลในเพดานปาก บ้วนออกมาเป็นน้ำลายปนเลือด ออกมากมาประมาณ 2 วัน ท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง และได้รับยา Opioid แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีอาการรบกวน และไม่คุ้นชินกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ผู้ป่วยวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วย แผลในช่องปาก ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ทราบผลการวินิจฉัยของแพทย์ ส่วนครอบครัวกังวลกับอาการป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และไม่มั่นใจว่าควรบอกให้ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยโรคหรือไม่ ควรปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างไรเมื่อใกล้เสียชีวิต
ระยะจำหน่ายวางแผน การดูแลต่อเนืองที่บ้าน	<ol style="list-style-type: none"> ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก METHOD 	<ol style="list-style-type: none"> ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก METHOD

อำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะ และเตรียมความพร้อมในช่วงสุดท้ายของชีวิต

การพยาบาล

พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป้าหมายสำคัญในการพยาบาลคือ การจัดการกับอาการรบกวนผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติใน การดูแลตนเอง ตลอดจนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในวาระระยะสุดท้ายของชีวิต¹⁰

การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม

1. มีภาวะช็อกในผู้ป่วยรายที่ 1 และขาดสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายทั้ง 2 ราย ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติ เช่น บวม, หอบเหนื่อย, phlebitis เป็นต้น กระตุ้นดื่มน้ำเกลือแร่ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง จัดอาหารอ่อนและเครื่องดื่มสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการ บันทึกจำนวน Intake output ทุก 8 ชั่วโมง ส่งและติดตามผล Electrolyte เพื่อประเมินความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

2. จัดการอาการปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ประเมินระดับความเจ็บปวด ใช้มาตรวัดที่ผู้ป่วยเข้าใจ สอบถามลักษณะอาการปวด เวลาและสิ่งกระตุ้นทำให้ปวดเพิ่มขึ้น ให้ยา Morphine มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับยา ติดตามสัญญาณชีพและ sedation score ผู้ป่วยรายที่ 2 มีลักษณะการปวดระบบประสาท (Neuropathic pain) ดูแลให้ได้รับยา gabapentin 300 มิลลิกรัม รับประทานก่อนนอน สังเกตอาการผิดปกติจากการใช้ยา ได้แก่ บวมตามใบหน้า, กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น จัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ ประคบเย็นบริเวณที่มีอาการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ-พิธีกรรมที่นับถือ สาธิตการหายใจแบบผ่อนคลาย แนะนำผู้ดูแล และพูดคุยให้กำลังใจ

3. มีภาวะติดเชื้อ มีอาการไข้ ผลมะเร็งบวมแดง สารคัดหลั่งมีกลิ่น ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ลดการติดเชื้อโดยการทำความสะอาดบริเวณแผลมะเร็งด้วย

0.9% Normal saline รมั้ดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะทำความสะอาด ทำความสะอาดปากฟัน เข้าเย็บวันปากด้วยน้ำสะอาดบ่อย ๆ

4. ภาวะช็อค ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ รายที่ 1 ให้สูดดมออกซิเจนทางสายด้วยอัตรา 3 ลิตร/นาที ดูแลให้นอนศีรษะสูง ช่วยเหลือการทำกิจกรรม ผู้ป่วยรายที่ 2 ดูแลให้ได้รับเลือด (Packed red cell) 2 ยูนิต ตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติ ขณะและหลังให้เลือด ดูแลให้ยา Ferrous sulfate 1 tab oral tid pc ติดตามสัญญาณชีพ อาการพร่องออกซิเจน ผล CBC, Hct.

การพยาบาลระยะอาการคงที่ต่อเนื่อง

1. ส่งเสริมภาวะโภชนาการแนะนำการทำ ความสะอาดปากและฟัน ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ อย่างเพียงพอ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีการ เบื่ออาหาร แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อม ชนิดของอาหาร ที่ผู้ป่วยต้องการ โดยง่ายต่อการเคี้ยวกลืนและย่อยง่าย อาจแบ่งให้รับประทานครั้งละน้อยแต่เพิ่มมื้ออาหาร

2. การจัดการอาการท้องผูก ประเมินการขับถ่าย อูจจาระ บันทึกจำนวนครั้ง ระยะเวลาในการขับถ่าย ลักษณะ สี กลิ่นของอุจจาระทุกวัน ฟังเสียง Bowel sound วันละ 1-2 ครั้ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น พลิก ตะแคงตัว ให้ญาติพุงลูกนั่งบนเตียง เป็นต้น สังเกตอาการ เหนื่อยขณะทำกิจวัตร แนะนำอาหารที่มีกาก เช่น ผัก ผลไม้ เป็นต้น ดูแลให้ได้รับยา Senokot 2 เม็ด รับประทานก่อนนอน

3. ดูแลการนอนหลับ ประเมิน ร่วมกันหาสาเหตุของการนอนที่ผิดปกติ และจัดการสาเหตุ อาการรบกวน เช่น ปวด, แขนงท้อง, วิดกกังวล เป็นต้น หลีกเลี่ยงการนอนพักช่วงกลางวัน เพื่อส่งเสริมการนอนพักผ่อนช่วงกลางคืน ดูแลสิ่งแวดล้อม ให้สะอาด เสียงรบกวนให้น้อย แสงสว่างไม่มากเกินไป ทำกิจกรรมการพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและบอกผู้ป่วยก่อนทุกครั้งที่ทำกิจกรรม เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจและ สะดุ้งตื่นเมื่อทำกิจกรรม

4. ลดความวิตกกังวล ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว แบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคล และรายกลุ่ม ประเมิน Five stage reaction เพื่อประเมิน ปฏิกริยาต่อความเจ็บป่วย ความคิด การตัดสินใจ มีการ

วางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) โดยพูดคุยทำความเข้าใจกันระหว่างทีมรักษาพยาบาลและครอบครัว (Family meeting) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แบบประเมินการดูแลแบบองค์รวมฉบับ โรงพยาบาลคลองท่อม (2558) ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน อดีต จัดทำผังครอบครัว (genogram) เพื่อรับทราบความสัมพันธ์ของสมาชิกและประวัติครอบครัว ประเมินอาการทางกายโดยใช้แบบประเมินระดับอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ประเมินด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q ประเมินด้านพุทธิปัญญา (Cognitive)

การพยาบาลระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนืองที่บ้านและชุมชน

มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันในสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลหออผู้ป่วย เกสซิก และทีมหมอบครอบครัว โดยประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับตัวโรค และความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน อธิบายข้อมูลในการปฏิบัติตัวตามแผนการจำหน่าย ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และเยี่ยมที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรึกษาทางโทรศัพท์ ประเมินและจัดการอาการ สิ่งแวดล้อมที่บ้านอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลของภาคีเครือข่าย ได้แก่ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำศาสนา เป็นต้น มีการสนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับภาคีเครือข่ายผู้ดูแล

สรุป ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกเริ่มมีภาวะช็อกจากการขาดสารอาหาร น้ำและเกลือแร่ หลังจากที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและORS มีสัญญาณชีพปกติ มีความสมดุลของ Intake/Output ผล Electrolyte ดีขึ้น K 3 mmol/L Na 135.3 mmol/L Cl 98 mmol/L การติดเชื้อจากแผลมะเร็งในโพรงจมูก ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ อาการไข้ลดลง CBC: WBC 9850 cell/mm³ Neutrophil 74% อาการปวด แรกเริ่ม pain score 9 คะแนน ได้รับยา Morphine หลังได้รับยา pain score 2 - 4 คะแนน ส่งเภสัชกรเพื่อรับสมุดคู่มือการให้ยา Morphine ที่บ้าน (ฉบับ

โรงพยาบาลคลองท่อม, 2558) ให้ผู้ดูแลบันทึกระดับปวดและเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา โดยนำสมุดคู่มือมาด้วยทุกครั้งเมื่อพบแพทย์ตามนัด ในรายนี้ภรรยาที่เป็นผู้ดูแลให้ยา Morphine โดยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามขนาดและปริมาณของแผนการรักษา จึงมารับการรักษาด้วยอาการปวดบ่อยครั้ง หลังจากติดตามเยี่ยมบ้านได้ทำความเข้าใจ เพิ่มความตระหนักในการใช้ยาที่ถูกต้อง แนะนำการใช้เจลประคบ และจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากขึ้น พยาบาลติดตามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์และลงเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลระดับประคองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังจากติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วย จัดการอาการรบกวนต่าง ๆ และให้ยาได้ถูกต้องตามคำแนะนำ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดพักผ่อนได้มากขึ้น ลดการนอนโรงพยาบาลและไม่มีภาวะฉุกเฉินอีก สามารถประกอบกิจทางศาสนาและความเชื่อได้ ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการที่วางแผนล่วงหน้า โดยปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเวลา 6 เดือน หลังผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลติดตามดูแลสภาพจิตใจผู้ดูแลและครอบครัว (Bereavement Care) พบว่าในระยะแรก ภรรยาผู้ป่วยมีอาการเครียด ซึมเศร้า จึงติดตามให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยมีญาติ เพื่อนบ้าน และจิตอาสาเข้าเยี่ยม ให้กำลังใจ ทำให้ภรรยาผู้ป่วยสามารถพูดคุยระบายความทุกข์ ปรับสภาพจิตใจ ยอมรับการสูญเสียและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจร้อยละ 96.5

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการสำคัญคือ Neuropathic pain ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวด โดยใช้ยา Morphine และ Gabapentin และมีการจัดการโดยไม่ใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยชอบฟังเสียงสวดมนต์ ฟังเพลงลูกกรุงจากแผ่นซีดี และใช้เจลประคบเย็นเมื่อเริ่มมีอาการปวด ร่วมกับผู้ดูแลมีการบันทึกสมุดคู่มือให้ยา Morphine อย่างครบถ้วน ทำให้แพทย์สามารถปรับแผนการรักษา ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดทุเลาลงมาก pain score 2-3 คะแนน การติดเชื้อจากแผลมะเร็งเพดานแข็งในช่องปาก หลังได้รับปฏิชีวนะไม่มีไข้ อาการบวมแดงลดลง ภาวะชืดจากการขาดธาตุเหล็กและมีเลือดออกจากตำแหน่งมะเร็งเพดานแข็ง ได้รับเลือด และ Ferrous sulfate หลังจากนั้นค่า Hct 26.4% แนะนำอาหารเพิ่มธาตุเหล็ก รับประทาน

การกระทบกระเทือนบริเวณแผลมะเร็ง และเมื่อมีเลือดออก จากแผล ผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยอมก้อนน้ำแข็งทำให้เลือดหยุดได้ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล หลังได้รับคำปรึกษา รายบุคคล และประชุมครอบครัว (Family meeting) เพื่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการตกลงดูแลรักษาแบบประคับประคอง ทำให้ญาติยินยอมที่จะให้แจ้งผลวินิจฉัย และแนวทางการดูแล รักษากับผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลใช้เทคนิคการแจ้งข่าวร้าย (SPIKE) ผู้ป่วยรายนี้ยอมรับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะ สุดท้าย ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยสันนิษฐานว่าตนคงป่วยด้วยโรคร้ายแรง ทำให้ยอมรับได้เมื่อแพทย์แจ้งผลวินิจฉัย ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ ตามคำแนะนำ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวน มีกำลังใจในการใช้ชีวิตขณะเจ็บป่วย ได้สั่งเสียบุตรสาวคนเล็กซึ่งเป็นผู้ดูแล ให้ช่วยสงเคราะห์และดูแลครอบครัวลูกสาวคนโตซึ่งมีปัญหาเศรษฐกิจ ผู้ป่วยได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า ขอเสียชีวิตที่บ้าน ปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพในวาระสุดท้าย ในระยะก่อนเสียชีวิต บุตรสาวได้แจ้งพยาบาลประคับประคอง ว่าผู้ป่วยต้องการให้มาพบที่บ้าน พยาบาลประคับประคอง ร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Home health care) เข้าดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตตามความต้องการ โดยจัดสิ่งแวดล้อม บรรยากาศให้สงบและอบอุ่น ผู้ป่วยได้ฟังเสียงสวดมนต์จนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางบุตร หลานและครอบครัว หลังเสียชีวิตพยาบาลได้ร่วมพิธีศพและติดตามสภาพจิตใจผู้ดูแลและครอบครัว โดยบุตรสาวที่เป็นผู้ดูแลไม่มีอาการซึมเศร้า ยอมรับต่อการเสียชีวิตของมารดา ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจร้อยละ 98

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาทั้งสองราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เข้ารับการรักษาด้วยอาการสำคัญ คือ ขาดภาวะสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ มีภาวะติดเชื้อ มีอาการรบกวนที่สำคัญคือ อาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ได้แก่ เบื่ออาหาร, คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก วิตกกังวล เป็นต้น โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการปวดบ่อยครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด Morphine ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามกำหนดเวลา ทำให้การออกฤทธิ์ของยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ความเข้าใจ โดยติดตามดูแลต่อเนื่อง มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อ

ต้องการคำแนะนำ มีการเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวและจิตอาสาในชุมชน หลังจากนั้น สามารถใช้ยาและจัดการอาการรบกวนได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องมารับการรักษาด้วยอาการปวด ในภาวะฉุกเฉินอีก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา แต่ผู้ป่วยมีความปวดแบบ Neuropathic pain เมื่อได้รับยาแก้ปวดตามลักษณะการปวด ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ ได้ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้ทำในสิ่งที่ค้างคาใจ (unfinished business) เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน โดยปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพตามความต้องการของผู้ป่วย (Living will)

หัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) มีการประเมินสภาพปัญหาทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ สนับสนุนความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว ให้การพยาบาลโดยประยุกต์การจัดการแบบรายกรณี (Case management) ดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้านและชุมชน และมีการติดตามอาการต่อเนื่องจากสหวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลประคับประคองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง จัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต สอดคล้องกับผลวิจัยของ จรินทร์ คำดีและจิตตรา จันทร์¹¹ ซึ่งศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตึกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านบึง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตอย่างสงบร้อยละ 100 ญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลร้อยละ 96 และสอดคล้องกับผลวิจัยของนงคริ์กษ อัสจางินจากร¹³ ซึ่งศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสุ่เครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลท่าวังผา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสงบร้อยละ 100 ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมร้อยละ 84 ญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลร้อยละ 96 เจ้าหน้าที่พึงพอใจต่อผลลัพธ์การดูแลร้อยละ 91 เจ้าหน้าที่ที่พึงพอใจต่อการทำงานร่วมกันร้อยละ 88 ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงต้องมีการจัดระบบการพยาบาลแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปยังบ้านและชุมชน จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพที่ดี ในระยะท้ายของชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1 คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุม มะเร็งแห่งชาติ. (2556) แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย.

2 วราภรณ์ คงสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตใน ระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์. 2559.

3 นภา ทวีรทรงกุล และคณะ. “ประสบการณ์ อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการ ดูแลแบบประคับประคอง” ราชานิติพยาบาลสาร ราชานิติ พยาบาลสาร. 2558; 21(1): 83.

4 ขวัญธิดา อุทัยสาร และโสพิศ วงศ์คำ. การแพร่ กระจายของมะเร็ง : สาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วย มะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง 2552; 29(4): 185.

5 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2558 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ : บริษัทพรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด, 2560.

6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. เอกสาร สถานการณ์โรคมะเร็งจังหวัดกระบี่ จาก รง.505 (ปี2555- 2556) และ Data center (ปี 2557-2560). มปท., 2560.

7 ปิติ จันทร์วรโชติ. ชีวิตวิทยาโมเลกุลของเซลล์มะเร็ง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2560.

8 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง. [online]. [วันที่สืบค้น] (15 กรกฎาคม 2560). Available at: <http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=238>

9 กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย 2557. [online]. วันที่สืบค้น (20 กรกฎาคม 2560) <http://www.dms.moph.go.th>

10 Chaiviboontham S, Viwatwongkasem C, Hanucharunkul S, & McCorkle, R. Symptom clusters in thais with advanced cancer. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 2011;15(4), 265-277.

11 พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผน สุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์อักษร, 2560.

12 จรินทร์ คำดี และจิตตรา จันทร์สุริยา. การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดึกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านบึง. [online]. [วันที่สืบค้น 15 กค 60] Available at: <http://banbunghospital.com/km/2556/02.pdf>

13 นงค์รักษ์ สัจจานิจการ. ผลการดูแลผู้ป่วยที่ เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ เครื่องช่วยชุมชน โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัด น่าน. มปท., 2555

14 สำนักงานพยาบาล สำนักปลัดกระทรวง สาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ สี่อตะวัน จำกัด., 2559.

