

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะท้ายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

อัญชลี สุขขัง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งตับอ่อนถือเป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง เนื่องจากการวินิจฉัยส่วนใหญ่จะพบในระยะท้าย มักไม่แสดงอาการในระยะแรก ทำให้ผู้ป่วยมักถูกวินิจฉัยเมื่อโรคได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว ทำให้การรักษายากขึ้น และมีการตอบสนองต่อการรักษาต่ำ การรักษาที่ใช้ในปัจจุบัน เช่น เคมีบำบัดและการฉายแสง ทำให้อัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ ตามสถิติจากองค์การอนามัยโลก (WHO) อัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี สำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนน้อยกว่า 10% (World Health Organization, 2020)

ผลกระทบจากการเป็นโรคมะเร็งตับอ่อน กรณีที่ก้อนมะเร็งโตขึ้น ก้อนจะขยายไปทางด้านหลังและลุกลามไปยังเส้นเลือด Superior mesenteric artery และ Splenic vein ตลอดจน Portal vein และ Celiac artery ซึ่งการลุกลามไปยังเส้นเลือดนี้เป็นตัวบ่งชี้ว่าจะสามารถผ่าตัดได้หรือไม่ (Resectability) ก้อนมะเร็งที่ส่วนหัวของตับอ่อน สามารถกดทางเดินน้ำดี (Common bile duct) และ Pancreatic duct หรือลุกลามบริเวณรูเปิด Ampulla of Vater ซึ่งทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือเกิด Exocrine pancreatic insufficiency ได้ และหากก้อนมะเร็งลุกลามมาที่บริเวณปมประสาท Vagus และ Splanchnic nerve จะทำให้เกิดอาการปวดแบบ Sharp pain ซึ่งร้าวไปที่หลังได้ ซึ่งเป็นอาการรบกวนที่ทุกข์ทรมาน

จากการวินิจฉัยส่วนใหญ่จะพบในระยะท้าย โรคได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้วนั้น ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะยังไม่ยอมรับภาวะโรคที่พบ ยังมีความหวัง อีกทั้งการตอบสนองต่อการรักษาต่ำทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายในเวลาไม่นานภายหลังรับการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีปัญหาเรื่องการปรับตัวในการยอมรับต่อโรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆ บางรายถ้าไม่ได้รับการประเมินอย่างรอบด้านเพื่อตัดกัปัญหา หรือผลกระทบทั้งกาย จิต จิตวิญญาณและสังคมอย่างทันเวลา จะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และไม่เกิดการผ่อนคลาย มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาได้ เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดหนทาง การตัดสินใจในการเผชิญปัญหาต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพ และมีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Idea) ในที่สุดได้ ถ้าปัญหาเหล่านี้ได้รับการประเมินพบก่อน สามารถตัดกัได้ในระยะเริ่มแรกกว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) ก็จะสามารถเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยได้ทันเวลา จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับภาวะโรคและมีการเตรียมตัวเพื่อการจากไปอย่างสงบ โดยในช่วงก่อนการเสียชีวิต ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ได้ปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาในจิตใจ หรือได้จัดการเรื่องราวต่าง ๆ รวมทั้งครอบครัวมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับกระบวนการตายอย่างสงบได้

พยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความซับซ้อน ต้องใช้ศักยภาพด้านความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ และสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยวิธีการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานแบบองค์รวมในทุกมิติ ตั้งแต่ระยะที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จนถึงการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตและหลังเสียชีวิต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว เผชิญกับ

ภาวะคุกคามจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของตนเอง ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบครัวได้รับการประเมินระดับความโศกเศร้าจากการสูญเสียและการดูแลหลังการสูญเสีย (Bereavement care) อย่างเหมาะสม

เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

มะเร็งตับอ่อน เป็นโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ที่มีความรุนแรงมากชนิดหนึ่ง พบได้ไม่บ่อยแต่มีอัตราการตายที่สูงมากเป็นอันดับต้นๆ เนื่องจากไม่มีอาการที่จำเพาะต่อโรคในช่วงการเกิดโรคระยะเริ่มแรก อาจมีเพียงอาการปวดท้องหรือไม่มีอาการเลย และเนื่องจากตับอ่อนเป็นอวัยวะที่อยู่หลังเยื่อช่องท้องจึงวินิจฉัยได้ยาก อาการจะปรากฏเมื่อมะเร็งลุกลามหรือแพร่กระจายไปมากแล้ว ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับอ่อนยังไม่ชัดเจน อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งตับอ่อน ประวัติเป็นโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง การสูบบุหรี่ การกินเนื้อสัตว์และอาหารมันเป็นปริมาณมาก ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น จากโรคที่วินิจฉัยได้ยากในระยะเริ่มแรก ทำให้ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยเป็นระยะลุกลามแล้ว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาเรื่องการปรับตัวในการยอมรับต่อโรคที่เกิดขึ้น บางรายถ้าไม่ได้รับการประเมินอย่างรอบด้านเพื่อตัดจบปัญหาหรือผลกระทบทั้งกาย จิต จิตวิญญาณและสังคมอย่างทันเวลา จะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และไม่เกิดการผ่อนคลาย การตัดสินใจในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ไม่มีประสิทธิภาพ

สำหรับเหตุผลที่เลือกผู้ป่วยรายกรณีศึกษา เพราะผู้ป่วยหลังรับการวินิจฉัย และรับทราบระยะโรค ยังไม่เกิดการยอมรับ ยังมีความหวังที่จะหายจากโรค เมื่อถึงระยะที่โรคลุกลาม แผนการรักษาต้องเปลี่ยนไป และผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ประกอบกับผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า จึงมีโอกาสที่จะเกิดมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) ได้ จึงได้เลือกผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณีศึกษา เพื่อการติดตามประเมินการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อจะใช้ประสบการณ์และความรู้ต่าง ๆ มาเพื่อใช้แก้ปัญหาดังกล่าว รวมทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนจะพบภาวะความทุกข์ทรมานจากผลของการลุกลามของโรคหลายอย่าง ซึ่งถ้าได้ใช้ความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาลแบบประคับประคองร่วมกับการนำทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาใช้ รวมถึงการดูแลครอบครัวเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วย ก็น่าจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับและเผชิญความตายอย่างสงบได้นำไปสู่เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือผู้ป่วยตายดี (Good death)

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษา กายวิภาค สรีรวิทยา สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคมะเร็งตับอ่อนระยะท้ายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
2. เพื่อนำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประยุกต์ใช้ในการจัดทำแผนการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนระยะท้ายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
3. เพื่อศึกษาและพัฒนาวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม นำมาใช้กับผู้ป่วยในการเข้าถึงและเข้าใจในความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงวิธีการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกผู้ป่วย มะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้ายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็น Case ที่น่าสนใจ มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ซึ่งจะต้องใช้ทักษะและความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย
2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์เชิงลึก การซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับ อาการสำคัญ ปัญหาทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต การรับรู้ และการยอมรับต่อการดำเนินของโรค การดูแลของครอบครัว และการเตรียมความพร้อมก่อนการสูญเสีย รวมถึงแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตและบันทึกข้อมูลจากการดูแล
3. ศึกษา ค้นคว้า หาข้อมูลจากเว็บไซต์ ตำราทางการแพทย์ งานวิจัย บทความและการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งตับอ่อน และการฆ่าตัวตาย
4. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล ในการดูแลและการติดตามอย่างต่อเนื่อง
5. ปฏิบัติงานการพยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา ประเมินผลการพยาบาล และสรุปผลลัพธ์การดูแล และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา
6. รวบรวม จัดทำเป็นรูปเล่ม
7. เผยแพร่

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

เริ่มดำเนินการวันที่ 18 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 11 ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลา 1 เดือน 25 วัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้เรียนรู้จากการนำทฤษฎีทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้ายซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ผลกระทบและการดูแลที่ตรงตามปัญหา ครอบคลุมทุกมิติการดูแล เทคนิคการสื่อสารให้เกิดการยอมรับต่อภาวะโรค ซึ่งจะนำไปสู่การเผชิญกับความตายอย่างสงบ
2. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน แก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้าย มีการประเมินค้นหาผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) เพื่อป้องกันและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม
3. สามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยประเภทเดียวกัน เพื่อทดสอบและนำมาสรุป/ปรับให้เหมาะสมในการจัดทำเป็นคู่มือการพยาบาล (Work instruction) เผยแพร่ไปในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



บทที่ 2

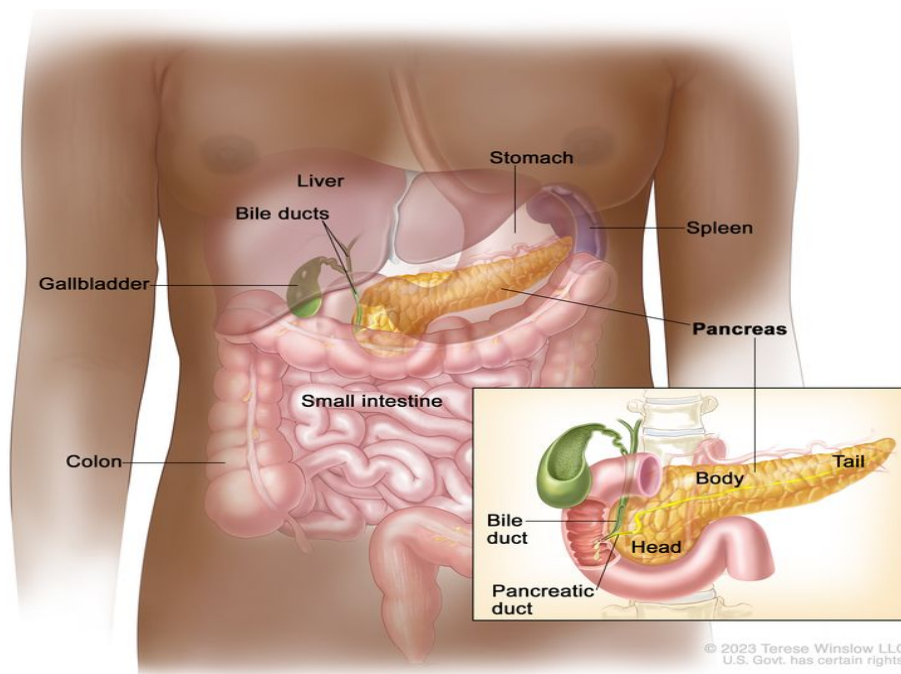
ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กายวิภาคและสรีรวิทยาของตับอ่อน

ตับอ่อน (Pancreas) มีรูปร่างคล้ายใบไม้ยาวประมาณ 6 นิ้ว (12-15 เซนติเมตร) ทอดขวางระหว่าง Duodenum และ Spleen ซิดกับผนังด้านหลังของช่องท้อง (Posterior abdominal wall) โดยอยู่หลังต่อกระเพาะอาหาร ตับอ่อนประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

1. ส่วนหัว (Head) อยู่บริเวณส่วนโค้งรูปตัว C ของ Duodenum หน้าต่อกระดูกสันหลัง L1-L2
2. ส่วนคอ (Neck) เป็นบริเวณรอยคอดที่อยู่ระหว่าง Head กับ Body
3. ส่วนลำตัว (Body) เป็นส่วนกลางของตับอ่อน อยู่ระหว่าง Head และ Tail
4. ส่วนหาง (Tail) ซึ่งไปทางซ้ายของลำตัวมีลักษณะเรียวยาว ชุกอยู่ที่บริเวณ Hilum ของม้าม (Spleen)

ตับอ่อน จัด เป็นทั้งต่อมมีท่อ (Exocrine gland) และต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) เนื้อส่วนใหญ่ของตับอ่อนเป็นส่วน Exocrine ทำหน้าที่สร้างน้ำย่อย (Pancreatic juice) ผ่านมาตาม Main pancreatic duct ที่ทอดอยู่ในแนวกลางของต่อมโดยจะมี Interlobular duct มาเปิดเข้าเป็นระยะๆ ตลอดความยาวของ Duct ปลายท่อ จะรวมกับ Common bile duct และเปิดเข้าสู่ Descending part ของ Duodenum ส่วน Endocrine part จะทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนที่สำคัญ เช่น อินซูลิน



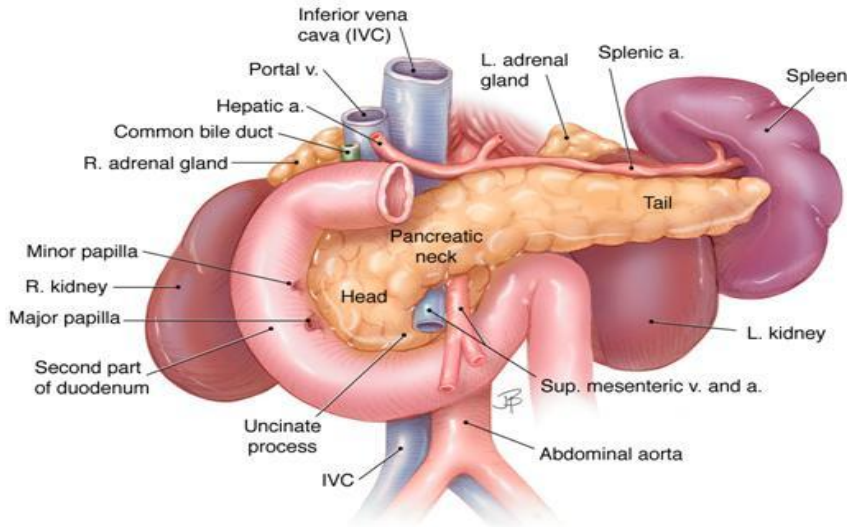
ภาพที่ 1 Anatomy of pancreas

ที่มา: <https://www.cancer.gov/types/pancreatic/patient/pancreatic-treatment-pdq>

ลักษณะทางกายวิภาคของตับอ่อน

ตับอ่อนมี Capsule ห่อหุ้มภายนอก และแทรกเข้าไป แบ่งเนื้อต่อมออกเป็น Lobules ระหว่าง Lobule จะมีท่อน้ำน้อยๆ ที่เรียกว่า Interlobular duct และหลอดเลือดแทรกอยู่ ตับอ่อนจัดเป็น Compound tubuloalveolar glands เนื้อของตับอ่อนส่วนใหญ่เป็น Exocrine ประกอบด้วยกลุ่มเซลล์ที่ทำหน้าที่เป็น Secretory cells จัดเรียงตัวเป็นถุงเล็กๆ เรียกว่า Acini ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์รูปร่างพีระมิดมี Nucleus อยู่ก่อนไปทางด้านฐานยอดเซลล์มี Granule ติดสี Acid dye เรียก Zymogen granule ตรงกลาง Acini จะมี Lumen ซึ่งเป็นส่วนปลายของท่อ Intralobular duct ที่ยื่นเลยเข้าไปกลาง Acini สารหลังจาก Acinar cell จะทะลุเข้าสู่ Lumen ผ่านไปตาม Intralobular duct ซึ่งแทรกอยู่ใน Lobule จากนั้น จะรวมกันเข้าสู่ Interlobular duct และ Main pancreatic duct ต่อไป ส่วนเนื้อของตับอ่อนส่วนที่เป็นต่อมไร้ท่อ (Endocrine part) จะมีลักษณะเป็นกลุ่มเซลล์ติดสีจาง กระจายอยู่ในเนื้อของตับอ่อน แทรกอยู่ระหว่างกลุ่ม Acini เรียกว่า Pancreatic islets หรือ Islet of Langerhans โดยจะมี Connective tissue บาง ๆ หุ้มไว้ภายใน Islets of Langerhans มีกลุ่มเซลล์หลายชนิด ได้แก่

1. Beta-cell (B-cell) ฮอร์โมนที่สร้างจากเซลล์กลุ่มนี้ คือ ฮอร์โมน Insulin ทำหน้าที่ลดระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าร่างกายขาดฮอร์โมน Insulin จะทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูง กว่าปกติทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)
2. Alpha-cell (A-cell) สร้างฮอร์โมน Glucagon ซึ่งทำหน้าที่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด
3. Delta-cell (C-cell) ทำหน้าที่สร้าง Somatostatin ซึ่งเป็น Neurotransmitter ไปยับยั้ง การหลั่งฮอร์โมน Glucagon และ Insulin



ภาพที่ 2 Anatomic relationships of the pancreas with surrounding organs and structures

ที่มา: <https://www.pancreapedia.org/reviews/anatomy-and-histology-of-pancreas>

หน้าที่ของตับอ่อน

ตับอ่อนเป็นอวัยวะขนาดเล็ก อยู่ลึกภายในช่องท้องระหว่างกระเพาะอาหารและ ม้ามติดกับลำไส้เล็กส่วนต้น ตับอ่อนทำหน้าที่เป็นทั้งต่อมมีท่อคือ การสร้างน้ำย่อยไปที่ลำไส้เล็ก และเป็นต่อมไร้ท่อคือ สร้างฮอร์โมนเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนจะรวมกันเป็นกลุ่มมีชื่อว่าไอเลตส์ออฟแลงเกอร์ฮานส์ (Islets of Langerhans) มีปริมาณ 1-3 เปอร์เซ็นต์ของเนื้อเยื่อตับอ่อนทั้งหมด

ตับอ่อนจึงมีบทบาทหลักในกระบวนการย่อยอาหาร โดยการหลั่งเอนไซม์เข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนต้น แล้วร่วมกับน้ำย่อยในลำไส้เล็ก ทำหน้าที่ในการย่อยโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน และเป็นแหล่งผลิตอินซูลินและกลูคากอน ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอีกด้วย

พยาธิสรีรวิทยาของตับอ่อน

ความผิดปกติของตับอ่อนที่พบบ่อย คือ โรคตับอ่อนอักเสบ และ โรคมะเร็งตับอ่อน

โรคตับอ่อนอักเสบ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ โรคตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลัน และ โรคตับอ่อนอักเสบชนิดเรื้อรัง

1. โรคตับอ่อนอักเสบ

1.1 โรคตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลัน (Acute pancreatitis)

โรคตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลัน เป็นอาการที่ตับอ่อนมีอาการอักเสบที่เกิดขึ้นโดยทันที โดยจะมีอาการบวมและมีการทำลายเนื้อเยื่อของตับอ่อน (ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์, 2561)

สาเหตุของโรคตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลัน เกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

- โรคตับอ่อนอักเสบจากนิ่วในถุงน้ำดี เกิดจากการที่ก้อนนิ่ว หรือตะกอนนิ่วที่หลุดออกจากถุงน้ำดีเข้าไปอุดตันที่ท่อน้ำดีร่วม ซึ่งเป็นทางออกเดียวกันกับท่อตับอ่อน การอุดตันดังกล่าวกระตุ้นให้เกิดภาวะโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

- โรคตับอ่อนอักเสบจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติการดื่มสุราในปริมาณมาก ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน
- โรคตับอ่อนอักเสบจากภาวะไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า 500 มก.ต่อเดซิลิตร
- โรคตับอ่อนอักเสบจากการได้รับยา เช่น ยาปฏิชีวนะ หรือยาเคมีบำบัดบางชนิด
- โรคตับอ่อนอักเสบที่ไม่ทราบสาเหตุ พบได้ในผู้ป่วยราว 20%
- โรคตับอ่อนอักเสบจากการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาโรคทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและนี้ มีอัตราการเกิดตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหลังการส่องกล้องได้ราวร้อยละ 3-5 แต่ส่วนใหญ่อาการมักไม่รุนแรง

อาการและอาการแสดงของโรคตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการดังต่อไปนี้

- มีอาการปวดเป็นแบบเฉียบพลัน ตรงช่องท้องตรงกลางส่วนบน ปวดมาก ปวดตื้อๆ ต่อเนื่องเป็นวัน หรือหลายวันติดต่อกัน ปวดนาน ปวดรุนแรง ปวดบริเวณลิ้นปี่ และมักจะมีอาการปวดร้าวไปบริเวณกลางหลัง อาการปวดมักจะเป็นอยู่ประมาณ 2-3 วัน จากการที่ตับอ่อนเป็นอวัยวะอยู่ลึกในช่องท้องส่วนอยู่ติดทางด้านหลัง อาการปวดจะมากขึ้นเมื่อรับประทานอาหาร ดื่มเครื่องดื่มโดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด อาหารไม่ย่อย แน่นท้อง สะอึก
- มีไข้ เป็นได้ทั้งไข้สูง หรือไข้ต่ำ ๆ

ถ้าเป็นการอักเสบชนิดรุนแรง จะมีอาการของ ภาวะขาดน้ำ (ผิวแห้ง กระจายน้ำ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว) และ/หรือ อาการจากการอักเสบของอวัยวะต่างๆร่วมด้วย เช่น ปอดอักเสบ ปอดบวม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ไตวายเฉียบพลัน

การวินิจฉัยโรคตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลัน

การวินิจฉัย สามารถวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดงทางคลินิก อาการปวดท้องที่เข้าได้กับโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการเจาะเลือดตรวจเอนไซม์ Amylase (40-180 units/L) และ Lipase (0-160 units/L) พบว่าในเลือดสูงมากกว่า 3 เท่าของค่าปกติ นอกจากนี้ยังสามารถวินิจฉัยโรคได้จากการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ช่องท้องร่วมกับการฉีดสาร พบตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ได้อีกทางหนึ่งด้วย

การรักษาตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ หรือภาวะช็อกจากการขาดน้ำ และการให้เกลือแร่ทดแทน งดน้ำและอาหารทางปากและใส่สายยางให้อาหารเพื่อระบายน้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหาร และลดการหลั่งน้ำย่อยมากระตุ้นตับอ่อน เพื่อลดอาการปวดท้อง การให้อาหารในช่วงแรกผู้ป่วยอาจได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Total parenteral nutrition: TPN) หรือให้สารอาหารทางสายยางให้อาหารลงสู่ลำไส้เล็ก (Nasojajunostomy feeding) ให้ยายับยั้งการหลั่งน้ำย่อย และการหลังกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในกระเพาะอาหาร ให้ยาแก้ปวด การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อบริเวณเนื้อตายของตับอ่อน การทำ Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) ในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่วใน

ท่อน้ำดี เพื่อเอาน้ำออก การผ่าตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่เกิดจากนิ่วในท่อน้ำดี (ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงษ์, 2561)

1.2 โรคตับอ่อนอักเสบชนิดเรื้อรัง (Chronic pancreatitis)

ตับอ่อนอักเสบชนิดเรื้อรัง เป็นอาการที่เซลล์ตับอ่อนมีการอักเสบอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง มีการทำลายของตับอ่อนอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดแผลเป็น มีพังผืด (Fibrosis) อาจเกิดแคลเซียมภายในตับอ่อน ทำให้เกิดการตีบตันและสูญเสียการทำหน้าที่แบบไม่กลับเป็นปกติ ทั้งการทำหน้าที่ของต่อมมีท่อ คือ การหลั่งน้ำย่อยเพื่อย่อยไขมัน และการทำหน้าที่ต่อมไร้ท่อ คือ การเกิดโรคเบาหวานตามมาได้ หรืออาจเกิดต่อเนื่องจากการอักเสบเฉียบพลันที่รักษาไม่หายเนื่องจากสาเหตุยังคงอยู่ เช่น ผู้ป่วยยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่สาเหตุยังคงอยู่ เช่น ผู้ป่วยยังคงดื่มสุราเรื้อรัง จึงส่งผลให้มีการอักเสบเฉียบพลันที่เกิดต่อเนื่องจนกลายเป็นการอักเสบเรื้อรัง (ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงษ์, 2561)

อาการและอาการแสดงของโรคตับอ่อนอักเสบชนิดเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการดังต่อไปนี้

- มีอาการปวดท้องแบบเป็น ๆ หาย ๆ หรือปวดตลอดเวลา หรือปวดเป็นครั้งคราว อาการเช่นเดียวกับตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน แต่ความรุนแรงน้อยกว่า เป็นการปวดท้องเรื้อรัง และนอกจาก จะปวดมากขึ้นจากอาหาร เครื่องดื่มแล้ว ยังปวดมากขึ้นเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ท้องเสียเรื้อรัง อูจจาระเป็นสีเทาหรือสีซีด ๆ มีลักษณะเป็นไขมัน จากการที่ไขมันย่อยไม่ได้ เพราะขาดน้ำย่อยไขมันจากตับอ่อน เมื่อเป็นมาก อูจจาระจะมีไขมันลอยขึ้นมาให้เห็นในโถส้วม และอูจจาระมีกลิ่นเหม็นผิดปกติ

- อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลงต่อเนื่อง ทั้งที่อาจรับประทานอาหารได้ปกติ จากอาหารดูดซึมไม่ได้เพราะขาดน้ำย่อย อาหารจากตับอ่อน เกิดเป็นโรคขาดอาหาร หรือภาวะทุพโภชนา

- คลื่นไส้ อาเจียน

- อาจมี ตัวเหลือง ตาเหลือง (ดีซ่าน) จากการอักเสบเรื้อรัง ก่อให้เกิดการตีงั้งปากท่อน้ำดีที่อยู่ติดกับปากท่อน้ำดี ส่งผลให้เกิดการอุดตันทางเดินน้ำดีจากตับ น้ำดีจึงท้นเข้าหลอดเลือดก่อให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง มีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม และน้ำดีไหลลงลำไส้ไม่ได้ จึงส่งผลให้อูจจาระมีสีซีด (ปกติสีของอูจจาระเป็นสีจากน้ำดี)

- อาการของโรคเบาหวาน เมื่อเป็นมาก ตับอ่อนจะสร้างฮอร์โมนอินซูลินลดลงมาก

การวินิจฉัยโรคตับอ่อนอักเสบชนิดเรื้อรัง

- การซักประวัติอาการ ลักษณะของอาการปวดท้อง และการตรวจร่างกาย

- การเจาะเลือดตรวจเอนไซม์ตับอ่อน Amylase และ Lipase

- การทำอัลตราซาวด์เพื่อตรวจว่าเป็นโรคอื่นที่อาจทำให้มีอาการหรือไม่ เช่น นิ่วในถุงน้ำดี

- การตรวจการอักเสบของตับอ่อน จากภาพถ่ายทางรังสี เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อดูโครงสร้างของตับอ่อน เนื้อเยื่อโดยรอบ ถุงน้ำดีและท่อน้ำดี

- การตรวจหาสารพันธุกรรมในกรณีที่มีสงสัยภาวะตับอ่อนอักเสบจากกรรมพันธุ์

การรักษาโรคตับอ่อนอักเสบชนิดเรื้อรัง

โรคตับอ่อนอักเสบชนิดเรื้อรัง ส่วนมากจะไม่มีการรักษาใดที่ใช้ลดหรือซ่อมแซมความเสียหายที่ตับอ่อนได้ การรักษาหลักจะเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนวิถีการใช้ชีวิต และการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวด ส่วนการผ่าตัดจะทำเพื่อรักษาอาการเจ็บปวดรุนแรงเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดเท่านั้น อย่างไรก็ตามความเจ็บปวดจากโรคนี้อาจจัดการได้ยาก และจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์จะประสบกับความเจ็บปวดน้อยและมีชีวิตยาวนานกว่า ดังนั้นจึงใช้วิธีให้คำแนะนำเพื่องดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้ยาแก้ปวดทั้งที่เป็นยาแก้ปวดที่ไม่เสพติด (Non-opioid analgesic) หรือ ยาแก้ปวดชนิดเสพติดในรายที่มีอาการปวดรุนแรง ให้อาหารที่มีไขมันต่ำ ให้เอนไซม์ตับอ่อนเสริมเพื่อกระตุ้น Lipase ให้ยายับยั้งการหลั่งน้ำย่อย และการหลังกรด เพื่อป้องกันเลือดออกในกระเพาะอาหาร การให้ฮอร์โมนอินซูลิน (ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์, 2561)

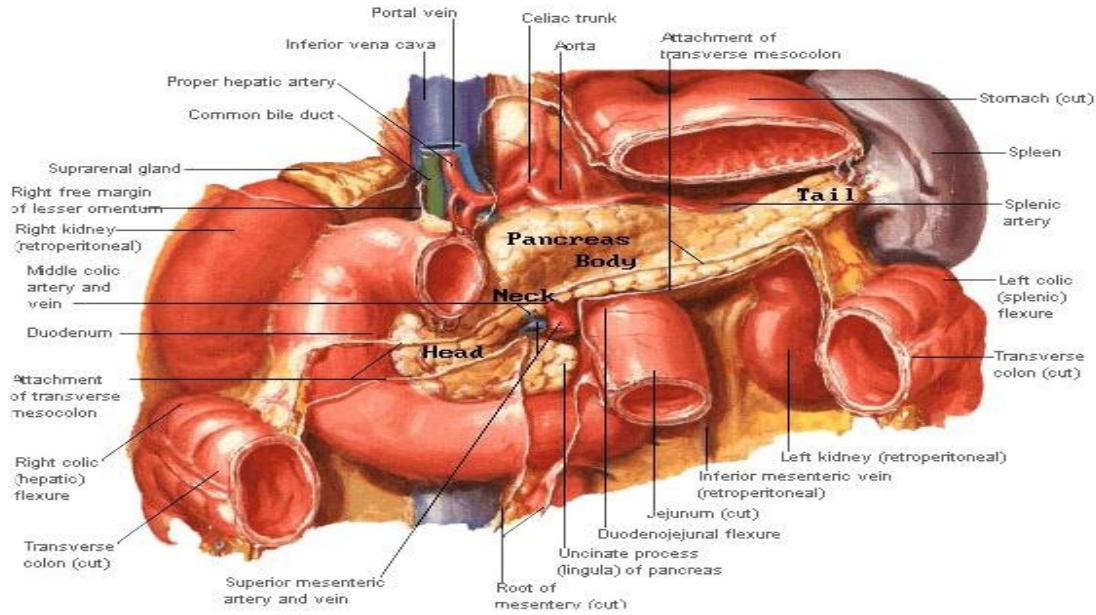
2. มะเร็งตับอ่อน (Pancreatic cancer)

โรคมะเร็งตับอ่อน เป็นโรคมะเร็งที่พบได้ไม่บ่อยนัก มักพบเมื่อก่อนมีขนาดใหญ่ ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หรือพบระยะลุกลาม และมักมีอัตราเสียชีวิตสูงได้ เนื่องจากอาการเริ่มแรกมักไม่จำเพาะเจาะจง อาจมีเพียงอาการปวดท้องหรือไม่มีอาการเลย ทำให้การรักษามีความล่าช้า ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่นอน แต่จากการศึกษาเชื่อว่าน่าจะมาจากหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน เช่น โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง โรคถุงน้ำตับอ่อนที่ไม่ได้เกิดจากตับอ่อนอักเสบ การดื่มสุราและการสูบบุหรี่โรคเบาหวาน และความผิดปกติทางพันธุกรรมทั้งชนิดถ่ายทอดได้และชนิดไม่ถ่ายทอด เป็นต้น

ส่วนประกอบของตับอ่อน ส่วนหางจะชี้ไปทางซ้ายม้าม ในขณะที่ส่วนหัวอยู่บริเวณหน้าและด้านข้างของ Superior mesenteric artery และมี Uncinate process โอบไปทางด้านหลังของเส้นเลือดเส้นนี้ ด้านหน้าของตับอ่อนถูกปกคลุมด้วยเยื่อช่องท้อง แต่ด้านหลังของตับอ่อนอยู่ติดกับ Preaortic soft tissue, Superior mesenteric artery และ Splenic vein ก้อนมะเร็งที่โตขึ้น มักจะขยายไปทางด้านหลังและลุกลามไปยังเส้นเลือดดังกล่าว ตลอดจน Portal vein และ Celiac artery ซึ่งการลุกลามไปยังเส้นเลือดนี้เป็นตัวบ่งชี้สำหรับศัลยแพทย์ว่าจะสามารถผ่าตัดได้หรือไม่ (Resectability) ทางเดินน้ำเหลืองของตับอ่อน ผ่านทางต่อมน้ำเหลือง Pancreaticoduodenal, Suprapancreatic, Pyloric และ Pancreaticosplenic ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่ต่อมน้ำเหลือง Celiac และ Superior mesenteric สำหรับต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Porta hepatis มักพบในรายที่เป็นมะเร็งระยะเป็นมาเฉพาะที่ (Locally advanced disease) ก้อนมะเร็งที่ส่วนหัวของตับอ่อน สามารถกดทางเดินน้ำดี (Common bile duct) และ Pancreatic duct หรือลุกลามบริเวณรูเปิด Ampulla of Vater ซึ่งทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือเกิด Exocrine pancreatic insufficiency ได้

เส้นประสาทที่เลี้ยงบริเวณตับอ่อน ได้แก่ Vagus และ Splanchnic nerve ซึ่งออกมาจาก Celiac และ Superior mesenteric plexus หากก้อนมะเร็งลุกลามมาบริเวณปมประสาทนี้สามารถทำให้เกิดอาการปวดแบบ Sharp pain ซึ่งร้าวไปที่หลังได้

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



ภาพที่ 3 แสดงกายวิภาคของมะเร็งตับอ่อนและอวัยวะข้างเคียง

ที่มา: <https://www.chulacancer.net/articles-page.php?id=454&keyname=academic>

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งตับอ่อน

อาการในระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการ มักเกิดอาการเมื่อลุกลามแล้ว อาการจะขึ้นกับตำแหน่งของมะเร็งที่พบ ว่าอยู่ส่วนใดของตับอ่อน อาการของโรคมะเร็งตับอ่อนจึงแบ่งตามตำแหน่งที่เกิด ดังนี้

1. มะเร็งจะพบมากที่ส่วนหัวของตับอ่อนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการของตัวเหลือง ตาเหลือง จากการอุดตันของท่อน้ำดี นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะคลำได้ก้อนที่ท้อง ตับโต ฤุน้ำดีโต เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
2. มะเร็งตับอ่อนที่เกิดขึ้นที่ส่วนตัวและส่วนปลายของตับอ่อน จะมีอาการของการปวดท้องรวมกับปวดหลัง น้ำหนักลด ตับโต หรือมีอาการที่เกิดจากมะเร็งกระจาย เช่น ต่อมน้ำเหลือง ไพบลาวั

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ

สาเหตุของมะเร็งตับอ่อน ยังไม่ชัดเจน อาจเกิดได้จากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยอ่อน (ชาลิต เลิศบุษยานุกูล, 2566; American cancer society, 2024) ดังนี้

- สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีรายงานความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับอ่อนพบว่าคนสูบบุหรี่มีความเสี่ยง (Relative risk) มากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ ประมาณ 1.6-3.1 เท่า
- บริโภคเนื้อแดง อาหารแปรรูปและไขมันอิ่มตัวมากเกินไป (อาหารที่มีไขมันสัตว์ในปริมาณที่สูง)
- ภาวะน้ำหนักเกิน
- โรคเบาหวาน
- โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง
- มีฤุน้ำที่ตับอ่อน (Pancreatic cyst) ใหญ่กว่า 3 ซม.
- อายุที่มากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 45 ปีและประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 65 ปี
- พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

- เบาหวาน ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง หรือความผิดปกติทางพันธุกรรม อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งตับอ่อนเพียงเล็กน้อย

- การสัมผัสสาร DDT หรืออนุพันธ์ของปิโตรเลียม ล้วนมีโอกาสเสี่ยงมากขึ้นสำหรับรังสี หรือยาเคมีบำบัด อาจเพิ่มความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ถึงแม้ไม่มีวิธีการที่แน่นอนในการป้องกันมะเร็งตับอ่อนแต่การงดสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่สมดุลและเหมาะสม รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ รวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงได้

การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับอ่อน

โรคมะเร็งตับอ่อน ยังไม่มีวิธีการป้องกันที่แน่ชัด แต่อาจลดความเสี่ยงของโรคมะเร็งตับอ่อนได้ด้วยการดูแลสุขภาพให้ดี และปฏิบัติตามแนวทางลดความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

- เลิกสูบบุหรี่

- ลดการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก อาจทำให้เกิดปัญหาต่อตับอ่อนได้ ซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับอ่อนได้ เช่น การเกิดโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรังซึ่งสามารถกลายเป็นมะเร็งได้ เป็นต้น

- ควบคุมน้ำหนัก เลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร่วมกับรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะผักผลไม้และธัญพืช รวมทั้งควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมันและอาหารที่มีไขมันสูงด้วย

การเฝ้าระวังและป้องกันเชิงรุกสำหรับโรคมะเร็งตับอ่อนที่เกิดจากพันธุกรรม

โรคมะเร็งตับอ่อนที่สัมพันธ์กับพันธุกรรม เกิดขึ้นจากการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรมที่มีมาแต่กำเนิด พบ 25% ของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนทั้งหมด ที่ถ่ายทอดมาจากพันธุกรรมในครอบครัว การตรวจพันธุกรรมทำให้แพทย์ทราบถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับอ่อน และควรได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคเชิงรุกได้ โดยกลุ่มเสี่ยงทางพันธุกรรมที่ควรได้รับการตรวจสารพันธุกรรมมะเร็งตับอ่อน ได้แก่

- ผู้ที่มีญาติสายตรง (First degree relatives ซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ พี่น้อง ลูก) เป็นมะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับอ่อน

- ผู้ที่เป็นมะเร็งตับอ่อน

- มีเบาหวานเกิดใหม่ แต่น้ำหนักลดและมีอายุมาก ผู้ป่วยอาจเริ่มอาการเหล่านี้ก่อนเป็นมะเร็ง ตับอ่อนได้ถึง 3 ปี

- บุคคลทั่วไปที่มีอายุมากกว่า 18 ปีและต้องการทราบว่าพันธุกรรมมะเร็งตับอ่อนหรือไม่

กรณีพบว่ามีพันธุกรรมโรคมะเร็งตับอ่อน

แพทย์จะนัดหมายเพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการตรวจตับอ่อนโดยการส่องกล้องที่ติดยัลตราซาวด์ (Endoscopic Ultrasound: EUS) หรือการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) การติดตามผลควรทำอย่างต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากมะเร็งชนิดนี้แพร่กระจายได้เร็วมาก ที่สำคัญคือทำให้แพทย์สามารถพบมะเร็งได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งตับอ่อน การตรวจสารพันธุกรรมจะช่วยให้แพทย์สามารถเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง และทำลายเซลล์มะเร็งไม่ให้แพร่กระจายไปยัง

ส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย นอกจากทำให้การรักษามีประสิทธิภาพแล้วยังช่วยหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษาได้อีกด้วย

การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับอ่อน

การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งตับอ่อน ทำได้โดยการตรวจเลือด และแพทย์จะทำการประเมินผู้ป่วยและลักษณะก้อนมะเร็ง เพื่อให้ทราบว่าจะสามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งได้หรือไม่ นอกจากนี้การพิสูจน์ผลชิ้นเนื้อ และการประเมินภาวะทางเดินน้ำดีอุดตัน ยังเป็นสิ่งจำเป็นในการวางแผนการรักษา การใช้เทคโนโลยีทาง Imaging ได้แก่ การทำ CT Scan โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำ Helical CT และการฉีดสารทึบรังสี สามารถตรวจพบก้อน มะเร็งซึ่งมีขนาดเล็ก ๆ ได้ และยังสามารถบอกได้ว่าก้อนมะเร็งติดหรือลุกลามเข้าไปในหลอดเลือดหรือไม่ การใช้ CT-guided Fine-needle aspiration (FNA) สามารถช่วยในการพิสูจน์เซลล์มะเร็งได้ แต่วิธีการนี้ต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ทางรังสีร่วมรักษา (Interventional radiologist)

การพิสูจน์ชิ้นเนื้อที่มีประสิทธิภาพ คือ การตัดชิ้นเนื้อผ่าน Endoscope (ERCP-endoscopic retrograde cholangiopancreatography) วิธีนี้ยังสามารถช่วยให้ได้ภาพทางรังสีซึ่งแสดงถึงการอุดตันของท่อน้ำดี และท่อตับอ่อน และช่วยในการรักษาแบบประคับประคอง โดยการใส่ End biliary stent เพื่อลดอาการดีซ่าน ปัจจุบันมีการใช้ Endoscopic ultrasound และการใช้ Endoscopic ultrasound-directed FNA เพื่อทำให้การวินิจฉัยแม่นยำขึ้น MRI มีบทบาทในมะเร็งตับอ่อนน้อยกว่า CT scan แต่มีข้อได้เปรียบคือ สามารถทำ MR cholangiography เพื่อช่วยในการดูทางเดินน้ำดีได้โดยไม่ต้องทำ ERCP แต่ข้อเสีย คือใช้เวลาในการทำ (Image acquisition) ค่อนข้างนาน หาก Imaging ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าก้อนมะเร็งอยู่ในระยะผ่าตัดได้หรือไม่ การทำ Laparoscope หรือทำ Laparotomy จึงเป็นสิ่งที่ช่วยดูก้อนมะเร็งได้ดีที่สุด (ซวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2566)

ชนิดของโรคมะเร็งตับอ่อน

โรคมะเร็งตับอ่อนมีหลายชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดที่เกิดจากเซลล์ท่อตับอ่อน (Ductal Adenocarcinoma) โดยมีส่วนน้อยที่เกิดจากเซลล์ที่สร้างฮอร์โมนต่าง ๆ หรือบางชนิดมีลักษณะเป็นถุงน้ำ โดยแบ่งได้ ดังนี้

1. **Adenocarcinoma** โรคมะเร็งตับอ่อนชนิดนี้ พบมาก 90-95% เกิดจากเซลล์ต่อมมีท่อ โรคมะเร็งเริ่มต้นในเซลล์เยื่อบุในท่อของตับอ่อน ซึ่งเป็นท่อลำเลียงเอ็นไซม์เข้าสู่ลำไส้เล็ก
2. **Endocrine pancreatic tumors หรือ Neuroendocrine tumors** ชนิดนี้พบน้อยมากและรักษายากกว่าชนิดแรก โรคมะเร็งตับอ่อนชนิด Endocrine นี้ แบ่งย่อยเป็นอีกหลายชนิด เช่น Gastrinoma, Insulinoma และ Glucagonoma ทั้งนี้โรคมะเร็งตับอ่อนชนิด Endocrine ยังมีได้ทั้งชนิด ไม่สร้างฮอร์โมน และชนิดที่สร้างฮอร์โมน
3. **Lymphoma of the pancreas** เป็นเซลล์มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เกิดในตับอ่อน โรคมะเร็งชนิดนี้พบน้อยมาก

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งตับอ่อน

โดยใช้วิธีการแบ่งตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) ปี 2002 (ตามตาราง ที่ 1 และตารางที่ 2) ซึ่งบอกการพยากรณ์โรคได้ดี โดยแบ่งโรคมะเร็งตับอ่อนเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งลุกลามอยู่ในตับอ่อนหรืออาจเริ่มลุกลามเข้าลำไส้เล็กส่วนที่อยู่ติดกัน

ระยะ IA ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และ

ระยะ IB ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร

ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามออกนอกตับอ่อนเข้ากระเพาะอาหาร และ/หรือม้าม และ/หรือตับอ่อนและอาจแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

ระยะ IIA ยังไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

ระยะ IIB มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามออกนอกตับอ่อน และเข้าสู่หลอดเลือดใหญ่ที่อยู่ใกล้ตับอ่อน อาจมีหรือไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มะเร็งอาจมีขนาดโตก็ได้ และมีการลุกลามไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกลออกไป เช่น ตับ ปอด ช่องท้อง ที่พบได้บ่อยคือ ตับ และอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียงตับอ่อนหรือแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

การแบ่งระยะโรคมะเร็งโดย (Kawarada and Isaji, 1998) มีประโยชน์ในการวางแผนการรักษามากกว่า โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม (ขวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2566) คือ

กลุ่มแรก ระยะที่ผ่าตัดก้อนมะเร็งได้

กลุ่มที่สอง ระยะเป็นมากหรือรุนแรงขึ้น แต่ยังคงอยู่เฉพาะที่

กลุ่มที่สาม ระยะมะเร็งแพร่กระจาย

เกณฑ์ในการวินิจฉัยมะเร็งระยะที่ผ่าตัดได้ คือ

1. ไม่มีการกระจายของมะเร็ง
2. ก้อนมะเร็งไม่โอบรอบเส้นเลือดแดง Celiac หรือ Superior mesenteric
3. ก้อนมะเร็งไม่โอบรอบเส้นเลือดดำ Superior mesenteric และ Portal

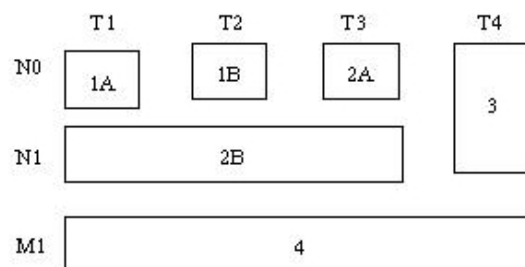
ตารางที่ 1 TNM Classification ของโรคมะเร็งตับอ่อน

Primary tumor (T)	
Tx	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor limited to the pancreas 2 cm or less in greatest dimension
T2	Tumor limited to pancreas, more than 2 cm in greatest dimension
T3	Tumor extends beyond the pancreas but without involvement of the celiac axis or the superior mesenteric artery
T4	Tumor involves the celiac axis or the superior mesenteric artery (unresectable primary tumor)
Regional lymph nodes (N)	

Nx	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Regional lymph node metastasis
Distant metastasis (M)	
Mx	Distant metastasis cannot be assessed
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis

ที่มา: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29125367/>

ตารางที่ 2 AJCC Stage grouping ของมะเร็งตับอ่อน



ที่มา: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29125367/>

การพยากรณ์โรค

ขนาดของก้อนมะเร็ง การลุกลามของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง การลุกลามไปยังปลายประสาท การผ่าตัดเพื่อให้ได้ขอบเขตที่เพียงพอ การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และผลทางพยาธิวิทยา มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนหลังการทำผ่าตัด

Pancreaticoduodenectomy

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย	อัตราการรอดชีวิต		มัธยฐานเวลาการอยู่รอด	P-value
		1 ปี	5 ปี		
Margin					
Negative	423	69	21	19	< 0.0001

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย	อัตราการรอดชีวิต		มัธยฐานเวลาการอยู่รอด	P-value
		1 ปี	5 ปี		
Positive	184	49	6	12	
ต่อมน้ำเหลือง					
Negative	166	68	22	20	< 0.006
Positive	441	61	14	16	
ขนาดของก้อนมะเร็ง					
< 3 ซม.	268	72	22	21	< 0.0001
≥ 3 ซม.	325	56	12	14	
Poorly differentiation					
No	380	67	18	19	0.0003
Yes	216	56	13	14	
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย					
< 750 มล.	294	71	20	20	0.003
≥ 750 มล.	295	55	14	14	

ที่มา: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29125367/>

การรักษาโรคมะเร็งตับอ่อน

ระยะที่ 1-2 แนวทางการรักษา มีดังนี้

1. การรักษาโดยการผ่าตัด แล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด หรือ
2. การผ่าตัดแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดรวมกับการใช้รังสีรักษา หรือ
3. การให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy) การให้ยาเคมีบำบัด

ร่วมกับยารักษาชนิดมุ่งเป้า (Targeted therapy) หรือ

4. การให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือการใช้รังสีรักษา ก่อนการผ่าตัด

ระยะที่ 3 แนวทางการรักษา มีดังนี้

1. การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative surgery) หรือ
2. การให้ยาเคมีบำบัด แล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดรวมกับการใช้รังสีรักษา หรือ
3. การให้ยาเคมีบำบัดรวมกับการใช้รังสีรักษาแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด หรือ
4. การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับ หรือไม่ร่วมกับยารักษาชนิดมุ่งเป้า (Targeted therapy) หรือ
5. การใช้รังสีรักษาแบบภายใน (Internal radiation therapy)

ระยะที่ 4 แนวทางการรักษา มีดังนี้

1. การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อบรรเทาอาการปวด หรือ
2. การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative surgery) หรือ
3. การให้ยาเคมีบำบัด ร่วมกับ หรือไม่ร่วมกับยารักษาชนิดมุ่งเป้า (Targeted therapy)

มะเร็งตับอ่อนระยะที่ผ่าตัดได้ (Resectable pancreatic cancer)

เนื่องจากการกำเริบของมะเร็งเฉพาะที่ และการกระจายของโรคมะเร็งยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว มีความพยายามปรับปรุงการรักษาโดยหวังผลเพิ่มอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ และอัตราการรอดชีวิต เช่น การผ่าตัดที่กว้างขึ้น (Extended surgical resection) การฉายรังสีระหว่างผ่าตัด (Intraoperative radiotherapy: IORT) การให้รังสีเคมีบำบัด (Radiochemo-therapy) การให้ยาเคมีบำบัดในช่องท้อง (Intraperitoneal chemotherapy) และการให้รังสีป้องกันการลุกลามบริเวณตับ (Prophylactic hepatic irradiation) จากการติดตามผลการรักษาพบว่า มีเพียงการให้รังสีเคมีบำบัด และ IORT เท่านั้น ซึ่งจากรายงานการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการให้รังสีเคมีบำบัดเสริมหลังจากทำการผ่าตัดว่า สามารถช่วยลดอัตราการกำเริบเฉพาะที่ แต่การกระจายของมะเร็งไปที่ตับยังเป็นสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวในการรักษา ซึ่งยังต้องรอผลการศึกษาวិธีการป้องกันการลุกลามในอนาคต

มะเร็งตับอ่อนที่กำลังจะผ่าตัดได้หรือไม่ (Marginally unresected tumor)

นอกจากรังสีเคมีบำบัด สามารถใช้เป็นการรักษาเสริม ยังมีประโยชน์ในการให้การรักษาเสริมก่อนการผ่าตัด (Neo adjuvant Radio chemotherapy) ทั้งในผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งที่กำลังจะผ่าตัดได้ และก้อนมะเร็งที่ใหญ่เกินกว่าจะผ่าตัดได้ ซึ่งการให้การรักษาเสริมก่อนผ่าตัดมีข้อได้เปรียบ คือ

1. ก้อนมะเร็งที่มีเลือดหล่อเลี้ยงดี ซึ่งทำให้รังสีรักษาได้ผลดี
2. สามารถป้องกันการกระจาย หรือการฝังตัวในบริเวณที่จะได้รับการผ่าตัด
3. ทำให้ก้อนมะเร็งยุบตัวลง และอาจทำให้ผ่าตัดได้ง่ายขึ้น

4. ผู้ป่วยประมาณ 25% อาจมีการกระจายของมะเร็งหลังจากได้รังสีเคมีบำบัดนำ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี และอาจไม่จำเป็นต้องทำผ่าตัด

5. การให้รังสีเคมีบำบัด สามารถให้ได้เต็มที่ ไม่ยึดเยื่อเมื่อนกรณิให้รังสีเคมีบำบัดหลังผ่าตัด ซึ่งต้องรอให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากผ่าตัดก่อน

การผ่าตัด Whipple procedure หรือ Pancreaticoduodenectomy (PD)

เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งนี้เนื่องจากมีอวัยวะสำคัญที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณผ่าตัด เช่น เส้นเลือดดำใหญ่อุ้งนินพีเรียเวนาคาวา (Inferior vena cava) เส้นเลือดดำพอร์ทัล (Portal vein) และแขนงเส้นเลือดดำข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อน เนื้องอกตับอ่อนชนิด Pancreatic neuroendocrine (PNETs) เนื้องอกลำไส้ชนิด Gastrointestinal stromal tumor (GIST) เนื้องอกชนิด Intraductal papillary mucinous neoplasms (IPMN) มะเร็งชนิด Cholangiocarcinoma บริเวณ Periapillary และท่อน้ำดีส่วนปลาย (DBDC) มะเร็งชนิด Adenocarcinoma ที่แอมพูลลาของวาเตอร์ (Ampulla of Vater) มะเร็งชนิด Adenocarcinoma ของลำไส้เล็กดูโอดินัม (Duodenum) ยังใช้ในการผ่าตัดกรณีตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ร่วมกับมีก้อนที่บริเวณส่วนหัวของตับอ่อน และกรณีที่มีการเกิดการบาดเจ็บที่ตับอ่อนอย่างรุนแรง การผ่าตัด Whipple procedure นั้นต้องตัดบางส่วนของอวัยวะทั้งหมด 5 อวัยวะโดยตัดหัวของตับอ่อน พร้อมทั้งตัดลำไส้เล็กส่วนบน ร่วมกับท่อน้ำดี ถุงน้ำดีและบางส่วนของกระเพาะอาหาร ไปพร้อมกัน จากนั้นเชื่อมต่อ (Anastomosis) อวัยวะทั้งหมด 3 จุด ได้แก่ ตับหรือท่อน้ำดีต่อกับลำไส้เล็กเจจูนัม (Jejunum) กระเพาะอาหารกับลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม และตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม

เนื่องจากการกำเริบเฉพาะที่ และการกระจายของโรคมะเร็งยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้วจึงมีความพยายามให้ปรับปรุงการรักษาโดยหวังผลเพิ่มอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่

และอัตราการรอดชีวิต เช่น การผ่าตัดกว้างขึ้น (Extended surgical resection) การฉายรังสีระหว่างผ่าตัด (Intraoperative radiotherapy; IORT) การให้รังสีเคมีบำบัด การให้ยาเคมีบำบัดในช่องท้อง (Intraperitoneal chemotherapy) และการให้รังสีป้องกันการลุกลามบริเวณตับ (Prophylactic hepatic irradiation) (D'Cruz et al., 2024; เพิ่มสุข พุฒคำสิงห์, 2566)

มะเร็งตับอ่อนระยะที่ผ่าตัดไม่ได้ (Unresectable pancreatic tumor)

ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะที่ผ่าตัดไม่ได้ ได้แก่ ก้อนมะเร็งซึ่งมีการลุกลามไปยังเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำที่อยู่ใกล้เคียงและบริเวณ Mesenteric root ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เป็นกลุ่มที่อาจมีการใช้รังสีปริมาณสูงถึง 65-75 Gy โดยการฉายรังสีแบบปกติไม่สามารถกระทำได้อาจเนื่องจากอวัยวะสำคัญซึ่งอยู่ข้างเคียงไม่สามารถที่จะทนต่อรังสีปริมาณสูงได้ จึงมีความพยายามหาวิธีการรักษาวิธีต่างๆ คือ การใช้รังสีเคมีบำบัด การฉายรังสี 3 มิติ (Conformal radiation therapy) การฉายรังสีในท้องผ่าตัด (IORT) การฝังแร่ระยะใกล้ (Brachytherapy) เพื่อให้ก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสีสูงและเกิดผลข้างเคียงต่ออวัยวะข้างเคียงน้อยที่สุด

ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และมักจะไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ รังสีเคมีบำบัดมีบทบาทในการช่วยควบคุมโรคเฉพาะที่และช่วยในการรักษาแบบประคับประคอง ยาเคมีบำบัดที่ใช้เป็นมาตรฐานเมื่อให้ร่วมกับรังสีรักษา คือ 5FU สำหรับยาเคมี Gemcitabine ซึ่งมีบทบาทในมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลาม กำลังได้รับการศึกษาเพื่อนำมาใช้ร่วมกับรังสีรักษา ผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งอยู่ในระยะผ่าตัดได้ จะได้รับการรักษาเสริมโดยรังสีเคมีบำบัด เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการควบคุมโรค และอัตราการรอดชีวิต อย่างไรก็ตามแนวทางการรักษาในยุโรปเชื่อว่าการให้ยาเคมีบำบัดเสริมอย่างเดียวเพียงพอในการรักษาเสริม

ภาวะมูกในช่องท้อง (Pseudomyxoma peritonei : PMP) (ชญาณิชฐ์ ศิริไสย, ม.ป.ป.)

เป็นภาวะที่มีการผลิตเมือก หรือน้ำมูกน้ำในช่องท้อง ทำให้เกิดมีการกดเบียดอวัยวะภายใน ขัดขวางการย่อยอาหาร และการทำงานของอวัยวะต่างๆ หากปล่อยทิ้งไว้จะทำให้มีภาวะลำไส้อุดตัน การทำงานของตับแยลงได้ จึงเป็นโรคนี้ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เนื่องจากเป็นโรคที่การดำเนินโรคช้า อุบัติการณ์ต่ำเพียง 1 ในล้านประชากร ไม่มีอาการ หรือมีอาการอึดแน่นท้องเล็กน้อยเท่านั้น จึงทำให้วินิจฉัยได้ช้า ผู้ป่วยมักมาพบเมื่อท้องโต รับประทานอาหารได้น้อย และขาดสารอาหารแล้ว

สาเหตุการเกิดภาวะมูกในช่องท้อง

80 % เกิดจากการแตกของเนื้องอกไส้ติ่ง อาจพบเป็นมะเร็งไส้ติ่งได้เล็กน้อย ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ มะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมะเร็งตับอ่อน

การวินิจฉัยภาวะมูกในช่องท้อง

มักเป็นโรคที่พบโดยบังเอิญ จากการผ่าตัดช่องท้อง หรือไส้ติ่งอักเสบการตรวจวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) สามารถตรวจพบมูกในช่องท้องได้ตั้งแต่ในปริมาณเล็กน้อย

การรักษาภาวะมูกในช่องท้อง

ปัจจุบันการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดคือการรักษาด้วยการผ่าตัดลดจำนวนมะเร็ง (Cytoreductive surgery: CRS) ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดอุณหภูมิสูงในช่องท้อง (Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: HIPEC)

การผ่าตัดลดจำนวนมะเร็ง (Cytoreductive surgery: CRS)

การผ่าตัดลดจำนวนมะเร็ง จุดประสงค์เพื่อกำจัดมะเร็งที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าออกให้ได้มากที่สุด โดยให้เหลือรอยโรคน้อยกว่า 2.5 มิลลิเมตร ประกอบด้วย

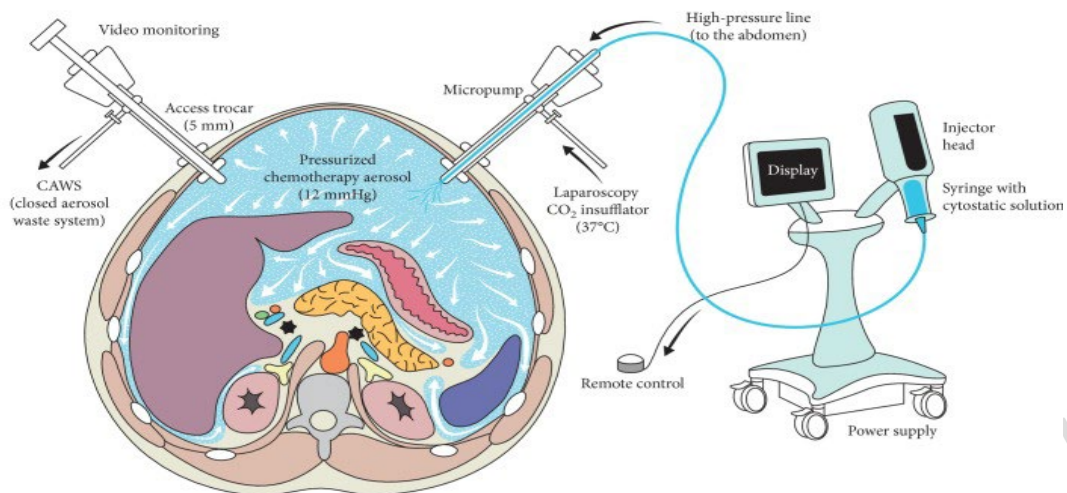
1. การผ่าตัดอวัยวะที่มีรอยโรคออก เช่น ไส้ติ่ง
2. การผ่าตัดอวัยวะอื่นที่ถูกมุก หรือเมือกกลุกลามไปกด เช่น ลำไส้เล็ก มดลูก รังไข่ ม้าม กระเพาะอาหาร ผนังลำไส้
3. การผ่าตัดเลาะเยื่อช่องท้องทั้งหมด (Total peritonectomy) เนื่องจากมุกที่เกาะที่เยื่อช่องท้องเป็นสาเหตุหลักของการกลับเป็นซ้ำมากที่สุด

Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC)

คือ การรักษามะเร็งระยะแพร่กระจายในช่องท้อง ด้วยวิธีการให้เคมีบำบัดที่มีอุณหภูมิประมาณ 42-43 องศาเซลเซียสไหลผ่านในช่องท้อง เพื่อช่วยในการทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ภายในช่องท้อง ซึ่งทำหลังจากการผ่าตัด CRS (Cytoreductive surgery) เสร็จสิ้นทันที โดยการไหลเวียนสารละลายเคมีบำบัดที่มีอุณหภูมิสูงไหลผ่านในช่องท้องของผู้ป่วย ผ่านเครื่องควบคุมอุณหภูมิเป็นเวลานาน 60-90 นาที ทำให้มีผลในการทำลายเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือมีขนาดน้อยกว่า 2.5 มิลลิเมตร ที่กระจุกกระจายอยู่ภายในช่องท้องได้ดี (ชญา นิษฐ์ ศิริไสย, 2562)

Pressurized Intra-Peritoneal Aerosol Chemotherapy : PIPAC

PIPAC คือ การทำหัตถการผ่านการส่องกล้อง โดยการปล่อยไอระเหยเป็นก๊าซช่วยให้ยาเคมีบำบัดกระจายตัวเป็นเนื้อเดียวกันภายในช่องท้อง เป็นการบริหารยาเคมีภายใต้ความดัน (ตามมาตรฐานในการผ่าตัดผ่านกล้อง) ใช้ละอองแรงดันสูงในการผลักยาเคมีเข้าไปในเนื้องอก ยาเคมีบำบัดจะกระจายตัวเป็นละออง แรงดันลอยอยู่ภายในช่องท้องที่มีแรงดัน เพิ่มการแทรกซึมของยาเข้าสู่โมเลกุลของเนื้องอก วิธีนี้ช่วยให้ยาเข้าถึงเซลล์เนื้องอกได้มากกว่าเคมีบำบัดมาตรฐาน เป็นการรักษาโดยมุ่งเป้าไปที่มะเร็งระยะเริ่มต้นหรือแพร่กระจายไปยังเยื่อช่องท้อง เป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อช่วยควบคุมอาการ (Moncivais, 2023)



ภาพที่ 4
PIPAC:

Pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy

ที่มา : <https://www.linkedin.com/pulse/pipac-pressurized-intraperitoneal-aerosol-oncologie-medicale>

ความเสี่ยงและผลข้างเคียงจากการทำ PIPAC (Moncivais, 2023)

- ไข้ (Fever)
- ความรู้สึกไม่สบายทั่วไป (General discomfort)
- การติดเชื้อ (Infection)
- การบาดเจ็บที่ลำไส้ (Intestinal injury)
- ปวดท้องเล็กน้อย (Mild abdominal pain)
- คลื่นไส้ (Nausea)
- ปฏิกิริยาทางผิวหนัง (Skin reaction)
- การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตำแหน่งใหม่ (Spread of cancer to new sites)

ภาวะแทรกซ้อนของมะเร็งตับอ่อน/ผลกระทบจากการรักษาและระยะท้าย

หากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้นจนไปกดทับอวัยวะข้างเคียง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ดังนี้

- **มีอาหารติชาน** หากก้อนมะเร็งไปปิดกั้นท่อน้ำดีในตับ อาจทำให้เกิดอาการติชาน เช่น ผิวน้ำตาเหลือง ปัสสาวะมีสีเข้ม หรืออุจจาระมีสีซีด เป็นต้น

- **ปวดท้องอย่างรุนแรง** เนื่องจากก้อนมะเร็งไปกดทับเส้นประสาทในช่องท้อง

- **ลำไส้อุดตัน** ในกรณีที่ก้อนมะเร็งลุกลามหรือกดทับลำไส้เล็กส่วนต้น จะทำให้มีอาการไม่สามารถเคลื่อนเข้าสู่ลำไส้ส่วนปลายได้

- **น้ำหนักตัวลดลง** ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัย เนื่องจากก้อนมะเร็งไปกดทับลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง หรืออาจเกิดจากตับอ่อนผลิตน้ำย่อยได้น้อยลง ส่งผลให้ร่างกายย่อยอาหารและดูดซึมสารอาหารได้น้อยลงไปด้วย

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลแบบประคับประคอง คือ กระบวนการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาด้านการเจ็บป่วย ที่อันตรายถึงชีวิต รวมไปถึงการป้องกัน และการบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการค้นหา และประเมินปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น และให้การบำบัดรักษาอาการปวด อาการรบกวนอื่น อีกทั้งปัญหาด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษาด้านจิตวิญญาณ อาสาสมัคร แนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการบูรณาการ สามารถดูแลตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย โรคลุกลามแล้ว โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการดูแลสามารถให้ไปพร้อมกับการรักษาโรคหลัก และควรให้การดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค เป็นการดูแลและให้บริการแบบองค์รวม เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยในทุกมิติ นอกจากนี้ความยินยอมของผู้ป่วยเป็นเรื่องจำเป็น จึงควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา ผู้ทำการรักษาต้องให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่

ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ และยอมรับข้อแนะนำต่าง ๆ

การดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยโรคมะเร็ง)

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ กระบวนการดูแลด้านสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่เฉพาะเจาะจงในการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนอื่น ๆ รวมถึงด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว คุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม โดยมีวัตถุประสงค์คือการคาดการณ์ล่วงหน้า การป้องกัน และลดความทุกข์ทรมาน การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งพิจารณาถึงระยะของโรค หรือความจำเป็นสำหรับการรักษาอื่น ๆ ด้วย การดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่วินิจฉัยโรค และควรมีบริการด้านประคับประคองควบคู่ไปกับการดูแลรักษาโรคมะเร็งด้วย เช่น

ผ่าตัด เคมี ฉายแสง) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้ เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวินัยรักษาให้หายได้ โดยมาก จะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 ปี

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

มาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง

ในองค์กรควรมีการพัฒนากระบวนการในการบูรณาการดูแลแบบประคับประคองรวมเข้าไปในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งในส่วนที่เป็นงานประจำและในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยทีมบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองด้วย

ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายควรที่จะมีการคัดกรองแบบประคับประคองเพื่อค้นหาความต้องการ ตั้งแต่ตอนเริ่มต้นรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสม และตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการให้ข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง รวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาโรคมะเร็ง ที่มีการพิจารณาถึงความเข้าใจ ความรู้ ทักษะที่ดีที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็ง โปรแกรมการให้ความรู้ควรจัดให้กับบุคลากรด้านสุขภาพ และผู้ดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ

การดูแลแบบประคับประคองโดยผู้เชี่ยวชาญและทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองและแพทย์ในเวชปฏิบัติทั่วไป นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม ทั้งพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักโภชนาการ เป็นทีมร่วมให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความต้องการ และควรมีนโยบายและการติดตามคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การคัดกรองและการประเมินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

การคัดกรองเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในทีมผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยมะเร็ง ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยทุกคนที่มาพบทุกครั้งในหัวข้อต่อไปนี้คือ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561)

1. อาการที่จัดการควบคุมไม่ได้
2. ความทุกข์ (โดยใช้ Thermometer distress) ระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการ วินิจฉัย และการรักษาโรคมะเร็ง

3. โรคร่วมหรือภาวะผิดปกติที่รุนแรงของร่างกาย จิตใจ และสังคม
4. ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย
5. การคาดว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดนานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน
6. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรค และการตัดสินใจเรื่องโรคมะเร็ง
7. มีการร้องขอให้มีการดูแลแบบประคับประคองจากผู้ป่วยหรือครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยมีลักษณะดังกล่าวและผู้ที่มีการร้องขอการดูแลแบบประคับประคองเป็นพิเศษ สมควรที่จะได้รับการประเมินการดูแลแบบประคับประคองเต็มรูปแบบ สำหรับผู้ป่วยไม่มีลักษณะดังกล่าวที่เข้าเกณฑ์ ควรมีการคัดกรองใหม่ในครั้งต่อไปทุกครั้ง และควรให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงการบริการการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการพูดคุยปรึกษาถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในอนาคต และการป้องกันอาการที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงเริ่มกำหนดการวางแผนชีวิตล่วงหน้าไว้ด้วย

การประเมินเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยที่มีลักษณะเข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองสมควรได้รับการประเมินให้ครอบคลุม โดยทีมผู้ดูแลหลัก โดยประเมินผลดีผลเสีย ผลข้างเคียงและภาวะจากการรักษามะเร็ง อาการของผู้ป่วย ปัญหาและความทุกข์ทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป้าหมาย คุณค่า และความคาดหวังของผู้ป่วย ความต้องการทราบข้อมูล และการให้ความรู้และปัจจัยทางวัฒนธรรม ประเพณีและศาสนาที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย การประเมินผลดีผลเสีย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561)

การประเมินผลดีผลเสีย ผลข้างเคียงและภาวะจากการรักษามะเร็ง

อาการส่วนมากของโรคมะเร็งสามารถบรรเทาได้จากการควบคุมรักษาโรคมะเร็ง การประเมินข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียงและภาวะจากการรักษามะเร็งอยู่บนพื้นฐานรายละเอียด และการดำเนินโรคของมะเร็งแต่ละชนิด ความเข้าใจของผู้ป่วยในการพยากรณ์โรค เป้าหมายและความหมายของการรักษามะเร็งต่อผู้ป่วยและ ครอบครัว ความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกาย (Performance status) และโรคร่วมที่สำคัญ

การประเมินเป้าหมาย คุณค่าและความคาดหวังส่วนตัว

ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการสอบถามถึงเป้าหมาย คุณค่าและความคาดหวังส่วนตัว มีการประเมินลำดับความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งการรับรู้ถึงความหมายของการรักษา การให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนจนการค้นหาเป้าหมายและความคาดหวังที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีต่อการรักษา โดยรูปแบบของการให้การดูแลแบบประคับประคองอาจเป็นแบบ Hospice care และเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม อาจจะประเมินซ้ำในเรื่องความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการเป็นโรคอีกครั้ง รวมไปถึงอัตราการรอดชีวิตด้วย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561; สุริพร ธนศิลป์, 2563)

การประเมินด้านอาการทางกาย

อาการที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ผอมแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ลำไส้อุดตันจากโรคมะเร็ง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ/ง่วงซึม และเพ้อ (Delirium)

การประเมินด้านจิตใจและสังคม

การประเมินด้านจิตใจและสังคมควรเน้นความกังวลใจประเด็นด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และ ประเด็นที่ยังเป็นปัญหาอยู่ ปัญหาในการดูแลด้านสังคม ทรัพยากร (บ้าน ครอบครัว ชุมชน หรือปัญหาทางการเงิน) ด้วย

การประเมินด้านความต้องการของการศึกษาข้อมูล และวัฒนธรรม ประเพณี ที่ส่งผลต่อการดูแล ควร มีการประเมินคุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัวและลำดับความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อมูลและการสื่อสาร ที่มึรักษา ผู้ป่วยมะเร็งควรสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรม ประเพณีที่ส่งผลต่อการดูแลและการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อ ด้วย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยระยะท้ายเป็นกระบวนการสื่อสารและวางแผนร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อการพูดคุยกันถึงความต้องการการดูแลทางการแพทย์ในแนวทางที่ผู้ป่วย ต้องการ ในกรณีที่บุคคลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ เป็นกระบวนการที่มีความ สำคัญ และนำไปสู่การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีความจำเป็นที่ทีม สุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องจัดให้มีการพูดคุยในหัวข้อนี้ เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาที่ตรงตามความ ประสงค์ของผู้ป่วย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)

คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจ หรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการโดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษา ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษา สมาชิกครอบครัว หรือปรึกษานักจิตวิทยา (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance directive or Living will)

คือ หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืด การตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate decision maker)

คือ บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการ ของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีการมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดจะได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน

หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/durable power of attorney)

คือ เอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ ตัดสินใจแทน (Surrogate decision maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตและหมดความสามารถในการ ตัดสินใจซึ่งอาจระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Advance directive or Living will) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้

บุคคลที่ควรทำแผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้ที่ควรทำแผนการดูแลล่วงหน้าได้แก่ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยด้วยโรคที่คุกคามกับชีวิต หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงที่ จะเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันที่ไม่คาดคิด ซึ่งได้แก่บุคคลเหล่านี้

1. ผู้ที่เสี่ยงกับการเกิด Strokes (ผู้ที่มี Hypertension)
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Early dementia
3. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกับอุบัติเหตุทางสมอง

4. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง และมีโอกาสเป็นซ้ำ
5. ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลใน Long-term care
6. อย่างไรก็ตามบุคคลที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคภัยเรื้อรังก็สามารถที่จะทำแผนดูแลล่วงหน้าได้

ข้อดีของการทำแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะทำให้เกิดการพูดคุยกันอย่างเปิดเผยระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วย และ ครอบครัว ก่อให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการทำงานเป็นทีม การพูดคุยทำให้ทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยรู้ความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ หลีกเลี่ยงความสับสน หรือความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้น คือ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ในเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ
2. ลดปัญหา Over หรือ Under-treatment
3. ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและความขัดแย้งกับทีมสุขภาพ
4. ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลในแบบที่ต้องการได้ ช่วยลดความวิตกกังวล และลดภาวะที่ตนเองรู้สึกไร้พลังอำนาจ
5. ลดการเป็นภาระให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน

ความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide ideation) (Beck et al., 1988)

ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นการแสดงออกถึงความต้องการ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดทางจิตใจ เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในลักษณะที่ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ซึ่งมีแนวโน้มมาจากภาวะซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์หรือแผนการที่ต้องการทำร้ายตนเองให้เสียชีวิตโดยรู้ตัว สมครใจ แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่แสดงออกถึงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายเพื่อจบชีวิตตนเอง ซึ่งความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายจะเป็นตัวบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนว่าบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงในการกระทำการฆ่าตัวตายได้

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidality) (Fortinash and Worret, 2011)

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เกิดจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัจจัยภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านความเครียด ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านครอบครัว เป็นต้น สามารถแบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในลักษณะของการพูด การเขียน แต่ไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำจริง
2. ชูจะฆ่าตัวตาย (Suicidal threat) การพูดหรือการเขียนที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่เกิดการกระทำใด ๆ
3. แสร้งว่ากระทำการฆ่าตัวตาย (Suicide gestures) เป็นพฤติกรรมการทำร้ายตนเองให้เหมือนการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ผู้กระทำไม่ได้มีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายเพื่อจบชีวิตตนเอง แต่เป็นการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น ซึ่งการกระทำมักไม่รุนแรงและมีความตั้งใจที่จะกระทำน้อย

4. พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีที่รุนแรงเพราะมีความต้องการที่อยากตาย ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or Successful suicides) การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองและกระทำสำเร็จในขณะมีสติสัมปชัญญะ แต่ในบางครั้งผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นการกระทำโดยขาดสติสัมปชัญญะ

เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือน (Cognitive Behavior Therapy: CBT) (Beck, 1995)

เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือน เป็นเทคนิคการบำบัดทางความคิดหรือการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) โดยมีแนวคิดที่ว่า ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งก็จะมีผลต่อองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจึงเป็นระบบบำบัดทางจิตที่พยายามลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Excessive emotional reactions) พฤติกรรมที่ทำร้ายตนเอง (Self-defeating) และความคิดในแง่ลบ (Negative cognition) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อน บิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสม และเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมา การบำบัดจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดด้านลบ และเปลี่ยนแปลงความคิดให้สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติดังกล่าวเป็นระบบ ชี้แนะให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่บิดเบือน (Dysfunctional thinking) และพฤติกรรมที่ผิดปกติ

เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือนนี้ทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง แล้วสามารถประเมินความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริง หรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ อาการเกี่ยวกับอารมณ์ (Emotion) และพฤติกรรม (Behavior) ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น รูปแบบความคิดที่บิดเบือนมีหลายรูปแบบทั้งที่เป็นความคิดอัตโนมัติและความเชื่อ มีดังนี้

1. การด่วนสรุป (Assuming) เป็นการสรุปเอาความคิดคนอื่นในแง่ลบไปก่อนโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน เช่น มองตาก็มองว่าเขาเกลียดฉัน

2. ความคิดสุดขั้วในด้านใดด้านหนึ่ง (All-or-Nothing Thinking) การคิดทุกอย่างเป็นขาวหรือดำ เป็นบวกหรือลบ เป็นดีหรือร้ายเท่านั้น โดยลืมหรือไม่ได้มองในจุดที่สามารถเป็นกลางได้ เช่น ฉันเผลอพูดอะไรที่ไม่ดีไปฉันเป็นคนไม่ดีเลย

3. การยึดติดกับเหตุการณ์ในอดีต (Dwelling on Pain) เป็นการยึดติดกับสถานการณ์ เหตุการณ์หรือพฤติกรรมภายนอกที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดในอดีต เช่น ทหารผ่านศึกที่เคยออกรบ และประสบเหตุการณ์สะเทือนใจในอดีต ก็จะฝังใจอยู่กับเรื่องนั้น

4. การสรุปแบบเหมารวม (Overgeneralization) เป็นการด่วนสรุปอย่างไม่มีหลักฐานที่เพียงพอหรือมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย เช่น เมื่อไปงานเลี้ยงแล้วรู้สึกอึดอัด ฉันเป็นคนที่มีปัญหามนุษยสัมพันธ์

5. การอ่านใจ (Mind reading) เป็นการคาดคะเนความคิด ความรู้สึก และเหตุผลของการกระทำของผู้อื่น โดยที่ไม่มีอะไรยืนยันว่าสิ่งนั้นเป็นจริงหรือไม่

6. การตีตราตนเองในเชิงลบ (Negative self-labeling) เป็นการตีตราตนเองในเชิงลบไม่ว่าจะทำอะไรก็มักจะยึดติดกับความรู้สึกที่ได้ตีตราตนเองไว้แล้ว เช่น พ่อแม่บอก ว่าฉันเป็นคนโง่ ฉันก็จะไม่เก่งตลอดไป

7. การลดทอนคุณค่าของสิ่งที่ดี (Disqualifying the positive) เป็นการลดทอนคุณค่าของสิ่งที่ดีต่าง ๆ รู้ว่ามีเรื่องที่ดีที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น ๆ แต่ไม่นับและไม่สนใจเท่าเรื่องที่ไม่ดีที่เกิดขึ้น มักเป็นการเลือกที่จะเชื่อในความเชื่อแง่ลบโดยไม่ได้คำนึงถึงความเป็นไปได้ของสิ่งที่ดีที่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้น

8. ความไม่พอใจในสิ่งที่เป็นอย่างหรือมีอยู่ในปัจจุบัน (Disqualifying the present) เป็นการที่ไม่อยู่กับความรู้สึก ความคิด หรือสภาวะในความเป็นจริงในปัจจุบัน โดยหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่ผ่านไปแล้ว หรือห่วงกังวลในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง (Posner et al., 2008)

9. การคาดหวัง (Should thinking) เป็นการคิดหรือคาดหวังให้ตัวเอง หรือผู้อื่นทำ บางอย่างด้วยความคิดว่า "ควรจะ", "น่าจะ" หรือ "ต้องทำ" ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามที่ตนเองต้องการ

10. การมองโลกแต่ในแง่ร้าย (Pessimism) เป็นการมองทุกอย่างที่เกิดขึ้นในเชิงลบ ทุกสิ่งทุกอย่างต้องแย่ไปหมด ซึ่งทำให้ไม่สามารถเห็นเหตุและผลตามความเป็นจริงได้

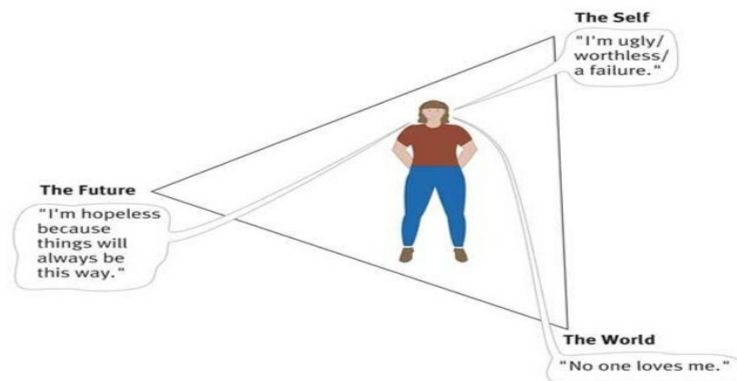
11. การตำหนิหรือการลงโทษ (Blaming others) เป็นการชอบโทษสิ่งต่าง ๆ โดยที่ไม่มองว่าตนเองเป็นต้นเหตุหรือไม่ เป็นการโทษคนอื่นหรือสิ่งอื่น ๆ เสมอไว้ก่อน เช่น ผลการเรียนไม่ดี กลับโทษอาจารย์ว่า ออกข้อสอบไม่ดี แต่ไม่ได้มองว่าตนเองอาจจะไม่ได้ตั้งใจอ่านหนังสือมากพอ

12. การอยากได้การยอมรับที่เกินความจำเป็น (Excessive need for approval) เป็นการที่อยากให้ผู้อื่นยอมรับตนเองมากเกินไป แต่พอไม่ได้รับการยอมรับตามที่คาดหวังไว้ก็เป็นทุกข์

13. การมองทุกอย่างเป็นหายนะ (Catastrophizing) เป็นการด่วนสรุปแบบเหมารวมอย่างรุนแรง ความคิดที่ว่าสถานการณ์หรือเรื่องราวที่มีความรุนแรงสุดขีด หรือถึงขั้นหายนะ เช่น ถ้าฉันไม่หายปวดหลัง ฉันต้องไม่มีความสุขตลอดไปแน่นอน

ความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ (Automatic thoughts) (Beck, 1979)

ความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นเองในขณะนั้น อาจเกิดจากการที่มีสถานการณ์มากระตุ้นความเชื่อทำให้เกิดความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้นเป็นความคิดที่เกิดขึ้นมาอย่างอัตโนมัติก่อนที่จะผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล มักเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว ไม่ได้ตระหนักในการคิดอัตโนมัติของตนเอง จนนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติเชิงลบ (Negative automatic thoughts) ซึ่งความคิดอัตโนมัติในเชิงลบสามารถ สะท้อนได้ 3 ลักษณะ (The cognitive triad) ดังภาพที่ 5



ที่มา : <https://www.simplypsychology.org/cognitive-therapy.html>

1. การมองตนเองในแง่ลบ (Negative view of the self) การมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ มีความคิดว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการเนื่องจากความบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นมาเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดโดยคิดว่าความผิดพลาดทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้สูญเสียพลังงานและแรงจูงใจ เช่น ฉันไม่มีค่าสำหรับ ทุก ๆ คน ที่ผ่านมาในชีวิตฉันไม่เคยทำอะไรสำเร็จในทุก ๆ เรื่อง เป็นต้น

2. การมองเหตุการณ์ที่เผชิญในทางลบ (Negative view of the world) เป็นการแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ รู้สึกถูกบีบบังคับและถูกเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด โดยมองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้และการถูกลดโทษ ส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบต่อสิ่งแวดล้อม ในลักษณะของความเดือดดาลหรือหึง มีแรงปรารถนาหรือแรงกระตุ้นให้คิดอยากทำร้ายคนอื่นหรือทำลายข้าวของ เช่น โลกนี้ไม่มีใครต้องการฉัน เวลาฉันทุกข์ใจไม่มีใครอยากช่วยฉัน ฉันเป็นภาระของครอบครัว เป็นต้น

3. การมองอนาคตในทางลบ (Negative view of the future) เป็นการคิดและทำนายว่าความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปในอนาคตก็จะพบแต่ชีวิตที่ลำบาก มีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคต ส่งผลให้หมดความมั่นใจ คิดว่าไม่สามารถ (Zhang et al., 2011) เปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ เช่น ในอนาคตฉันไม่มีทางที่จะประสบความสำเร็จได้แน่ ๆ ฉันไม่มีทางหายจากโรคมะเร็ง ชีวิตฉันคงไม่มีความสุขได้อีก เป็นต้น

โรคมะเร็งและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย (อรพรรณ แอบไธสง, 2561)

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์มีการแสดงออกของกลุ่มอาการและอาการที่แปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีสาเหตุทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง และจากการประสบปัญหา ด้านจิตสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรังและเกิดซ้ำได้บ่อยซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องจะทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงประเทศชาติ

กลุ่มเสี่ยงที่ควรคัดกรองโรคมะเร็ง

1. ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เลือด CVA
2. ผู้ป่วยสูงอายุ
3. ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือหลังคลอด
4. ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด
5. กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน มีอาการท้อแท้ ทุกข์ทรมานใจ
6. ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรัง หลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากตัวโรค โรคในระยะสุดท้าย ภาวะติดเชื่อ HIV เป็นต้น

7. กลุ่มที่มีการสูญเสีย (คนที่รักหรือ สิ้นทรัพย์จำนวนมาก)

ลักษณะผู้ที่มีแนวโน้มทำร้ายตนเอง

1. มีปัญหาทุกซีก ประสบเหตุการณ์ร้ายในชีวิต ท้อแท้หมดหวัง ไม่มีที่พึ่ง หมดหนทางในชีวิต คิดว่าชีวิตไม่มี ความหมาย มีความวิตกกังวลสูง

2. เคยมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะพวกหวาดระแวง หรือหูแว่ว
3. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
4. ใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยานอนหลับ ยาบ้า
5. มีบุคลิกภาพอ่อนแอ ใจน้อย ต้องพึ่งพิงคนอื่น

สัญญาณเตือน (Warning signs) ในผู้ที่ฆ่าตัวตาย จะพบได้มากกว่า 1 อาการ

1. แยกตัวไม่พูดกับใคร
2. มีคนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตายมาก่อน
3. เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว เช่น กินยานอนหลับ กินสารเคมี กระโดดจากที่สูง แขนงคอตาย ยิงตัวตาย วิธืรมควันฆ่าตัวตาย เป็นต้น
4. มีแผนฆ่าตัวตายที่แน่นอน โดยดูได้จากแจกจ่ายของรักของหวง พุดจาฝากฝังคนข้างหลัง จัดการงาน หรือทรัพย์สินให้เรียบร้อย
5. เวลาพูดมีน้ำเสียงวิตกกังวล สีหน้าเศร้าหมอง
6. ติดเหล้า หรือยาเสพติด
7. ทรมานจากโรค จนต้องพึ่งยารักษาประจำ และนอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ
8. ชอบพูดเปรย ๆ ว่าอยากตายไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่มีค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครสนใจ
9. ประสบปัญหาชีวิต เช่น ล้มละลาย สูญเสียคนรักกะทันหัน เป็นโรคเรื้อรัง พิการจากอุบัติเหตุ
10. มีอารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ ที่ต้องระวัง คือ เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นตรงกันข้ามจากซึมเศร้า หรือหงุดหงิดมานาน กลับดูสบายใจเหมือนอาการดีขึ้น ช่วงนี้แสดงว่าอาจมีการรวบรวมความกล้าและตัดสินใจแน่นอนแล้วว่า จะฆ่าตัวตาย
11. ไปเยี่ยมเยียนคนรู้จัก โดยที่ไม่เคยได้ทำมาก่อน เหมือนไปบอกลา
12. การทำพินัยกรรมในเวลาที่ยังไม่สมควร

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 3

การพยาบาล และ ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย รวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาล และปรับใช้ทฤษฎี ของ Kübler-Ross's Five Stages of Grief เป็นการอธิบายกระบวนการที่คนได้รับความรู้สึกและตอบสนองต่อการสูญเสียหรือความตาย การคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Depression and Risk of suicide) การประเมินจิตวิญญาณ แนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของคอร์เนเลีย รูแลนด์ และเซอร์เลย์ มอร์ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาผู้ป่วยรายนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิดของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพรวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติพิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุ และเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายใน บางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในเลือด โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึง การดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้ (พรศิริ พันธสี, 2564)

- แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and management pattern)
- แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional metabolic pattern)

- แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination-excretion patterns)
- แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity exercise pattern)
- แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep rest pattern)
- แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern)
- แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self-perception/self-concept Emotional status pattern)
- แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role relationship pattern)
- แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality reproductive pattern)
- แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด (Coping-stress tolerance pattern)
- แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ (Value-belief pattern)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ Health perception and management pattern)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน เป็นต้น เกณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ข้อจำกัด เจ็บป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพเช่น ข้อจำกัดทางกายฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น โดยประเมินในประเด็นการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่ทำให้มีการรับรู้สุขภาพนั้น การปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ภาวะสุขภาพที่ผ่านมา ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยที่ผ่านมาและจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ การรับรู้อันตรายต่อสุขภาพจากการใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยการรับรู้การเจ็บป่วยครั้งนี้ การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก การรับรู้การแพทย์ แพ้อาหาร แพ้อาหารเคมีและอื่นๆ สุขอนามัยส่วนบุคคลสิ่งแวดล้อม และการเคยตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional metabolic pattern)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อมหรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมอง (ความคิด) ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่นการดื่มเหล้า การรับประทานอาหารขยะ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องโภชนาการ เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่นการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร เป็นต้น ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถรับประทานอาหารที่ตนเองเคยชอบ หรือไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวลว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร (ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผม เล็บ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กดเจ็บหรือไม่ ต่อมไทรอยด์ ต่อมไทรอยด์ การหายใจของแผล) และประเมินจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination-excretion patterns)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ปัญหาที่เน้นในการประเมิน คือ อาการท้องผูก (Constipation) ความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย (Incontinence) และ อาการท้องเสีย (Diarrhea) โดยประเมินลักษณะปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กทรอนิกส์ อาการเหงื่อออกมากผิดปกติ รวมถึงปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขับถ่าย การเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย และประเมินจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity exercise pattern)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ มุมมองในการออกกำลังกายของผู้ป่วย เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเหงื่อออกเป็นการออกกำลังกายในมุมมองของผู้ป่วย ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และปัญหาในการเคลื่อนไหว การก้าวเดิน และการประสานกันของกล้ามเนื้อ การต้องใช้เครื่องช่วยพยุงหรือใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนไหวร่างกาย และประเมินกิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น จากผลการตรวจร่างกายระบบหายใจ ผลการตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ชีพจรที่ครั้ง/นาที จังหวะเสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท่าไร สีผิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่ ผลการตรวจร่างกายระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวการทรงตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep rest pattern)

เป็นการประเมินการนอนหลับ (Sleep) และการพักผ่อน (Relax) แบบแผนการนอนปกติของผู้ป่วย ประเมินภาวะ Hypersomnia, Insomnia ปัญหาในการนอน ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ต้องใช้อุปกรณ์หรือยาที่ช่วยในการนอนหลับ ชั่วโมงในการนอนหลับ และความรู้สึกเมื่อตื่นนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ วิธีการปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่อง การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรสและการสัมผัส ความสามารถในการจัดการแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหา ด้านสุขภาพ ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ ความจำการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่และเวลา ลักษณะการตอบโต้ การใช้ภาษาการได้ยิน การมองเห็นการได้กลิ่นการสัมผัส อาการเหน็บชา เจ็บปวด ระดับความรู้สึกตัวรวมถึงอาการทางระบบประสาท (Neurological signs)

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์ (Self-perception/self-concept emotional status pattern)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ เป็นต้น ทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวังการเห็นคุณค่าของตนเอง (Self-esteem) และสภาพอารมณ์ (Emotional status)

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role relationship pattern)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัว และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัว ลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย ขณะที่ไม่สบายอยู่นี้ใครรับผิดชอบงานแทน ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยครั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย ขณะป่วยนี้กระทบต่ออาชีพการงานหรือไม่ อย่างไร

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality reproductive pattern)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง ได้แก่ เพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีแต่งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร) เพศหญิง (ประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาวตกเลือดเป็นหนองอาการคัน สารคัดหลั่ง และการคุมกำเนิด) เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์เป็นหนอง อาการคัน ต่อมลูกหมากโต ไส้เลื่อน) พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตจากปฏิกิริยา ท่าทาง การแต่งกายคำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ) ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ (เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิง ตรวจเต้านมและอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ) แบบแผนการเจริญพันธุ์ประเมินความต้องการมีบุตร

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด (Coping-stress tolerance)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทั้งทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ตลอดจนความสามารถในการปรับตัววิธีการจัดการกับความเครียด การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

แบบแผนที่ 11 คุณค่า ความเชื่อ และ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Value-belief spiritual pattern)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ การกำหนดเป้าหมายในชีวิตความหวัง ความสุขทางด้านจิตวิญญาณ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย จากขอบเขตของแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ อาจแบ่งเป็นแบบแผนย่อยคือ คุณค่าและสิ่งยึดเหนี่ยวของบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพเช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัยอันตราย การงดเว้นของแสลง เพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆ เชื่อว่าจะทำให้อาการหรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น ต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่เลือกบูชา เช่น คล้องพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

2. ทฤษฎีเรื่องปฏิกิริยาทางจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทฤษฎี ของ Kübler-Ross's Five Stages of Grief เป็นการลำดับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ต่อความสูญเสียในชีวิต โดย Elisabeth Kubler-Ross นักจิตวิทยาชาวสวิส-อเมริกัน และ David Kessler ได้นำเสนอแนวคิดที่ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่หรือผู้ป่วยหนักที่ใกล้จะเสียชีวิต และผู้ที่สูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก จะผ่านสภาวะอารมณ์ 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะปฏิเสธ (Denial) ไม่ยอมรับกับเรื่องที่เกิดขึ้น 2) ระยะโกรธหรือโมโห (Anger) เพื่อระบายความอัดอั้น 3) ระยะต่อรอง (Bargaining) เพื่อแลกกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น 4) ระยะโศกเศร้าเสียใจ (Depression) สิ้นหวัง ท้อแท้ อาจเกิดเป็นอารมณ์เศร้าเล็กๆ ที่อยู่ภายใน จนถึงระดับความเศร้ารุนแรงที่สามารถพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ และ 5) ระยะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต (Acceptance) เป็นขั้นสุดท้ายในการยอมรับได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นคืออะไร การสูญเสียเป็นหนึ่งสิ่งที่ไม่ได้เลือกไม่ได้ ไม่ว่าจะวันใดวันหนึ่งก็สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิต ซึ่งก็เป็นเรื่องธรรมชาติ แนวคิดนี้ได้ถูกตีพิมพ์ในหนังสือเรื่อง On Death and Dying ในปี พ.ศ. 2512 โดย แพทย์หญิง Elisabeth Kübler-Ross กล่าวถึงสภาวะอารมณ์ 5 ระดับมีชื่อเรียกว่า “5 stages of grief” หรือ “Kübler-Ross model” ปัจจุบันมีการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์อื่น ๆ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียงาน เป็นต้น ผู้ป่วยแต่ละคนจะผ่านสภาวะทางอารมณ์เหล่านี้โดยมีระยะเวลาที่แตกต่างกันในแต่ละระดับ บาง คนอาจถึงสภาวะยอมรับได้เร็วกว่าอีกคนหรือบางคนอาจไม่เคยถึงสภาวะการยอมรับเลยก็เป็นได้ Elisabeth Kubler-Ross ได้ให้ข้อสังเกตเพิ่มเติมในช่วงท้ายชีวิตว่า สภาวะทางอารมณ์ในขั้นตอนทั้งห้า ไม่ได้มีลักษณะเป็นเส้นตรงและไม่สามารถคาดหมายได้ว่าแต่ละขั้นตอนจะคงอยู่กับบุคคลนานเท่าไรก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงสู่ขั้นต่อไปซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการยอมรับความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะมาถึง (Kubler-Ross, 1969; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ผลลำดับความรู้สึกของคนใกล้ตายและของผู้สูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก

Elisabeth Kubler-Ross ได้อธิบายลำดับความรู้สึกของผู้ป่วยหลังจากทราบว่าต้องตายในไม่ช้า ต่อมาได้นำมาประยุกต์ใช้กับความรู้สึกของผู้ต้องสูญเสียสิ่งหรือบุคคลอันเป็นที่รักด้วยเพราะกระบวนการความรู้สึกที่เกิดขึ้น มีลำดับคล้ายกัน ลำดับความรู้สึกนี้เรียกเป็นคำย่อตามอักษรตัวแรกว่า DABDA (Denial-Anger-Bargaining- Depression- Acceptance) ดังนี้

ลำดับความรู้สึกที่ 1 ระยะปฏิเสธไม่ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น (Denial)

ความเศร้าโศก (Grief) เป็นอารมณ์ที่ท่วมทับเข้ามา การหลอกตัวเองว่าข่าวร้ายนั้นไม่ได้เกิดขึ้น โดยสิ้นเชิงคงเป็นเรื่องยาก แต่การปฏิเสธในลักษณะเชื่อครึ่งไม่เชื่อครึ่ง จะช่วยให้ผู้ได้รับข่าวมีเวลามากขึ้นในการค่อยๆ ดูดซับอารมณ์ไม่ให้จมเข้าสู่จิตใจอย่างรุนแรงและรวดเร็วเกินไป เป็นกลไกการปกป้องตนเองตามธรรมชาติที่เกิดพร้อมกับความรู้สึกซ้อค มินงง รับประทานไม่ได้กับสิ่งที่เกิดขึ้น แม้ว่าการปฏิเสธข่าวร้ายจะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเยียวยาจิตใจ แต่ก็มีผลอยู่ได้เพียงช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นเพราะความจริงย่อมปรากฏในที่สุด เมื่อถึงเวลานั้น ความเศร้าโศกก็อาจจะกลับเข้ามามีผลกระทบต่อจิตใจและความรู้สึกอีก การปฏิเสธข่าวร้ายจะเกิดขึ้นพร้อมกับการสร้างเหตุผลขึ้นมาเข้าข้างตนเองเพื่อให้ตนรู้สึกดีขึ้น เช่น สภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้เตรียมใจมาฟังข่าวร้าย โดยเฉพาะโรคที่มีโอกาสเสียชีวิตสูง เช่น โรคมะเร็ง หรือโรคที่มีโอกาสต้องรักษาไปตลอดชีวิต โรคกลุ่มภูมิคุ้มกันทำร้ายตัวเอง (Autoimmune disease) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยบางรายรับประทานไม่ได้กับสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อแพทย์แจ้งว่าผลการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะการไม่รู้รู้ข้อความหรือคำอธิบายของแพทย์หลังจากนั้นอีก เพราะจิตใจเกิดความเศร้าไปแล้ว กลไกการปกป้องตัวเองด้วยการปฏิเสธ และอาจคิดว่าผลการตรวจอาจจะผิด อาจไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่น ไปหาความเห็นจากแพทย์อื่น (Second opinion) กว่าจะได้รับ การรักษาทำให้อาการของโรคแย่ลงไปอีก ดังนั้น การปฏิเสธข่าวร้ายจะมาพร้อมกับการสร้างเหตุผลเพื่อสนับสนุนความคิดตัวเองว่าเรื่องดังกล่าวไม่ใช่เรื่องจริง

ลำดับความรู้สึกที่ 2 ระยะโกรธเพื่อระบายความอัดอั้น (Anger)

เมื่อรู้ว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงนั้นได้อีกต่อไป สภาวะอารมณ์ต่อไปคือการโกรธหรือโมโห ความโกรธเป็นอารมณ์แรก ๆ ที่อาจแสดงออกมาผ่านทางความคิด พฤติกรรม หรือคำพูดเพื่อระบายอารมณ์ ภายใต้ความโกรธอาจมีอารมณ์อื่น ๆ ปะปนกันอยู่ภายใน เช่น ความกลัว ความเศร้า ความสับสน ความรู้สึกผิด ความเจ็บปวดจากความสูญเสียที่อัดอั้นอยู่ ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธที่เกิดขึ้น ความโกรธเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเยียวยา เป็นการปลดปล่อยอารมณ์ไม่ให้อัดแน่นอยู่ภายใน ยังมีอารมณ์อื่นอีกหลายแบบที่เกิดขึ้นในสภาวะอารมณ์นี้ เช่น การพึมพาย ความโกรธจะเป็นอารมณ์ที่พบเห็นได้บ่อยที่สุด ผู้ใกล้ชิดควรรับทราบถึงความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยหรือผู้สูญเสียจะมีความโกรธและอารมณ์รุนแรงอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน ช่วงระยะเวลาแห่งความโกรธ จะเกิดขึ้นพร้อมกับการกล่าวโทษผู้ที่เป็นสาเหตุของความสูญเสีย จะโทษทุกอย่างรอบตัว หรืออาจแสดงออกกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือคนที่แจ้งข่าวร้าย คนรอบข้าง คนในครอบครัว สัตว์ สิ่งของ หรือแม้แต่กับตัวเอง เพื่อระบายความเศร้า ความเครียดที่เก็บอยู่ในใจ เพราะฉะนั้นการเข้าใจและรู้ทันอารมณ์ของผู้ป่วยจะทำให้สามารถรับกับสภาวะนี้ได้ และประคับประคองจิตใจเพื่อให้ผ่านพ้นสภาวะทางอารมณ์นี้ไปให้ได้

ลำดับความรู้สึกที่ 3 ระยะต่อรองเพื่อแลกกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (Bargaining)

หลังจากผ่านสภาวะอารมณ์โกรธไปได้ ผู้ป่วยจะเริ่มคิดต่อรองว่าโรคหรือเหตุการณ์นี้ไม่น่าเกิดขึ้นกับเขา อยากย้อนเวลากลับไปเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสิ่งเลวร้ายเหล่านี้ขึ้นมา สภาวะอารมณ์นี้เป็นการดำเนินตัวเองหรือโทษตัวเองว่าโรคหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยหรือผู้สูญเสียจะมองสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นความผิดพลาดที่ไม่น่าเกิดขึ้น ทั้งผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้สูญเสียสิ่งหรือบุคคลอันเป็นที่รัก รู้สึกอยากย้อนกลับไปแก้ไขอะไรบางอย่าง จนอาจเกิดเป็นความยำคิดยำทำ นำไปสู่ภาวะความซึมเศร้าในที่สุดได้ สำหรับผู้ที่หายจากอาการซ้อค จะเริ่มมองหาโอกาสต่อรอง เช่น อ้อนวอนพระเจ้า บอนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือ หาวีธีการ อื่น ๆ ในการจัดการขอความคิดเห็นต่าง ๆ จากคนอื่นเพื่อให้ใจรู้สึกได้ว่ายังมีอะไรที่สามารถควบคุมได้บ้าง ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยภายในใจ

ลำดับความรู้สึกที่ 4 ระยะสิ้นหวังท้อแท้ โศกเศร้าเสียใจ หรือความซึมเศร้าครอบงำ (Depression)

หลังจากผ่านสภาวะอารมณ์ข้างต้นที่เป็นการโทษตัวเองมาแล้ว และมีการต่อรองต่างๆ อาจทำให้ผู้ป่วยหรือผู้สูญเสียมีความรู้สึกมีความหวัง คือได้แสดงออกถึงความรู้สึกที่อัดอั้นอยู่ในภายใน และความหวังที่จะได้รับโอกาสจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ที่ตนเคารพนับถือ แต่เมื่อไม่มีปาฏิหาริย์ใด ๆ เกิดขึ้น ผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้สูญเสีย จะอยู่ในภาวะเศร้า บางคนเก็บตัว ไม่รับประทานอาหาร ไม่พูดคุยกับใคร ร้องไห้คนเดียว สิ้นหวังท้อแท้ ไร้อิทธิเดช เหนี่ยว อยู่ไปก็รักษาไม่ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่างเปล่า ไม่เห็นเป้าหมายที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป เหมือนรอวันเสียชีวิต ความสิ้นหวัง มักประกอบด้วยคำถามกับตนเองว่าจะทำอะไรต่อไปเพราะไม่มีทางออกของชีวิต อาจเกิดเป็นอารมณ์เศร้า จนถึงระดับความเศร้ารุนแรงที่สามารถพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ที่แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 2 ระดับ คือ เสียใจเศร้าอยู่เพียงแค่ช่วงเวลาหนึ่งแต่สามารถดึงตัวเองกลับมาเหมือนเดิมได้ หรือ เสียใจซึมเศร้าถึงขั้นรุนแรง มองโลกในแง่ลบ นอนไม่หลับ และอยากตาย หลายคนอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยหลายรายจึงจบชีวิตตัวเองในสภาวะอารมณ์นี้

ดังนั้นในระยะนี้ การมีคนคอยดูแลสภาวะจิตใจและคอยให้กำลังใจผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว ผู้ใกล้ชิดจำเป็นต้องคอยปลอบและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้สูญเสีย ใช้ชีวิตผ่านช่วงเวลานี้ไปได้

ลำดับความรู้สึกที่ 5 ระยะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต (Acceptance)

การยอมรับ ซึ่งเป็นลำดับสุดท้ายของอารมณ์เศร้าโศก หมายถึง การยอมรับความจริงว่าสิ่งนี้ได้เกิดขึ้นแล้วกับชีวิต เป็นสิ่งที่เกิดได้กับทุกคน การเกิดขึ้นนี้ไม่ได้แปลว่าเหตุการณ์หรือโรคที่เกิดขึ้นจะหายไป จึงเรียนรู้ที่จะอยู่และเผชิญหน้ากับสถานการณ์ เป็นสภาวะที่ผู้ป่วยยอมรับถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต เริ่มยอมรับเริ่มสงบ เริ่มเข้าใจสถานการณ์ เริ่มปล่อยวาง เริ่มหาทางออกได้ คนใกล้ตายจะเข้าถึงสัจธรรมข้อนี้ได้ดีกว่าคนปกติทั่วไป ปล่อยวางกับทุกสิ่งที่จะเกิดขึ้น สภาวะอารมณ์นี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับคนทุกคน ไม่มีใครบอกได้ว่าต้องใช้เวลาเท่าไร เพราะเป็นเรื่องที่ปัจเจกบุคคล การยอมรับ มักประกอบด้วย การสรุปสัจธรรมของชีวิตเพื่อให้เห็นได้จากไปอย่างสงบ หรือสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปแม้จะต้องพบกับความสูญเสียสิ่งหรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของตน เช่น หากผู้ป่วยรู้ว่า จะเสียชีวิต ยัง

สามารถคิดได้ว่ายังมีเวลาที่จะทำในสิ่งที่อยากทำก่อนเสียชีวิตได้

อย่างไรก็ดี หากไม่สามารถผ่านพ้นระยะเหล่านั้นไปได้ด้วยตัวเอง การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เช่นจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด นับเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถเลือกได้ เพราะมนุษย์ไม่จำเป็นต้องผ่านพ้น ทุกปัญหาไปด้วยตัวเอง

ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียในแต่ละระยะอาจใช้เวลาไม่เท่ากัน ไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับจากระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 5 แต่อาจจะเกิดกลับไปกลับมาหรือเกิดพร้อมกัน หรือเกิดทีละระยะ และยังมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรมเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น โดยแต่ละระยะอาจมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่แตกต่างกัน ต้องการความเข้าใจและการประเมินปัญหาเพื่อการวางแผนการพยาบาล ให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้สูญเสียสามารถปรับตัวยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ (ทิพย์สุตา สำเนียงเสนาะ, 2556)

3. การคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale : HADS)

HADS เป็นแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นคำถามถึงอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ที่ได้พัฒนาขึ้นจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith เป็นแบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางที่สุดฉบับหนึ่ง และแม้ว่าจะเริ่มพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล ต่อมาพบอีกว่าสามารถใช้ในการสำรวจปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ในกลุ่มประชากรทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวชได้ดีเช่นกัน

ผลการศึกษา Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทยที่ได้พัฒนาขึ้น สมควรจะนำมาใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ดี เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้น กระทัดรัด และมีค่าความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

เนื่องจาก HADS เป็นเครื่องมือที่สั้น กระทัดรัด และมีค่าความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี จึงเหมาะแก่การใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นในทางคลินิกว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชอยู่ในกลุ่มอาการวิตกกังวลหรือกลุ่มอาการซึมเศร้า (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2539)

Thai HADS เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14)

การคิดคะแนน

ในกลุ่มอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน

ในกลุ่มอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน

ค่าคะแนนรวมในกลุ่มอาการใดที่ เกินกว่า 11 คะแนน บ่งถึงความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มนั้น

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

คำชี้แจง เป็นแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นคำถามถึงอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าอารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือ และดูแลท่านได้ดียิ่งขึ้น

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุดและกรุณาตอบทุกข้อ

	คะแนน		คะแนน
1. ฉันรู้สึกตึงเครียด		2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้	
() เป็นส่วนใหญ่	3	() เหมือนเดิม	0
() บ่อยครั้ง	2	() ไม่มากเท่าแต่ก่อน	1
() เป็นบางครั้ง	1	() มีเพียงเล็กน้อย	2

	คะแนน		คะแนน
() ไม่เป็นเลย	0	() เกือบไม่มีเลย	3
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น		4. ฉันสามารถหัวเราะ และมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้	
() มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	3	() เหมือนเดิม	0
() มี แต่ไม่มากนัก	2	() ไม่มากนัก	1
() มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	1	() มีน้อย	2
() ไม่มีเลย	0	() ไม่มีเลย	3
5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล		6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	
() เป็นส่วนใหญ่	3	() ไม่มีเลย	3
() บ่อยครั้ง	2	() ไม่บ่อยนัก	2
() เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	1	() เป็นบางครั้ง	1
() นานๆครั้ง	0	() เป็นส่วนใหญ่	0
7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย		8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไรทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม	
() ได้ดีมาก	0	() เกือบตลอดเวลา	3
() ได้โดยทั่วไป	1	() บ่อยมาก	2
() ไม่บ่อยนัก	2	() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่ได้เลย	3	() ไม่เป็นเลย	0
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง		10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง	
() ไม่เป็นเลย	0	() ใช่	3
() เป็นบางครั้ง	1	() ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร	2
() ค่อนข้างบ่อย	2	() ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน	1
() บ่อยมาก	3	() ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม	0
11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้		12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ	
() เป็นมากที่สุด	3	() มากเท่าที่เคยเป็น	0
() ค่อนข้างมาก	2	() ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น	1
() ไม่มากนัก	1	() น้อยกว่าที่เคยเป็น	2
() ไม่เป็นเลย	0	() เกือบจะไม่มีเลย	3
13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน		14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์	

	คะแนน		คะแนน
		หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคยเพลิดเพลินได้	
() บ่อยมาก	3	() เป็นส่วนใหญ่	0
() ค่อนข้างบ่อย	2	() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่บ่อยนัก	1	() ไม่บ่อยนัก	2
() ไม่มีเลย	0	() น้อยมาก	3

ที่มา : นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

การคิดคะแนน

อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมคะแนน..... คะแนน

อาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมคะแนน..... คะแนน

■ ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น

■ การวินิจฉัย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

0-7 คะแนน เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช

8-10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรือ อาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน

11-21 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรือ อาการซึมเศร้า ในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

4. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Depression and Risk of suicide)

4.1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (อ้างอิงจาก สมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th ed: DSM-V) คือ (American Psychiatric Association, 2013; จตุรพร แสงกล, 2561)

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ ที่ เปลี่ยนไปจากเดิมในช่วงไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ โดยอย่างน้อย ต้องมีอาการดังข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

1. มีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวัน เกือบทุกวัน (เช่น รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า สิ้นหวัง) จนตัวเองรับรู้ได้หรือ คนอื่นสังเกตเห็น (เช่น ร้องไห้อย่างมาก)

2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจใน กิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมด หรือแทบจะทั้งหมดลดลง อย่าง มากแทบทั้งวัน เกือบทุกวัน (จนตัวเองรับรู้หรือ คนอื่นสังเกตเห็นได้)

3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็น ได้ชัดโดยไม่เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร (เปลี่ยนแปลง มากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน) หรือเบื่ออาหาร หรืออยาก อาหารมากขึ้นเกือบทุกวัน

4. นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ เกือบทุกวัน

5. การเคลื่อนไหวช้าลง หรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข เกือบทุกวัน จนคนอื่นสังเกตเห็นได้

6. เหนื่อย อ่อนเพลีย หรือไม่มีแรงเกือบ ทุกวัน

7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากเกินไป ไม่สมเหตุสมผลเกือบทุกวัน
8. ความสามารถในการคิด หรือสมาธิ หรือการตัดสินใจลดลงเกือบทุกวัน (จนตัวเองรับรู้หรือ คนอื่นสังเกตเห็นได้)
9. มีความคิดเรื่องการตายซ้ำ ๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย

B. อาการเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยทุกข์ ทรมาน หรือการทำหน้าที่ทางสังคม หน้าที่การงานบกพร่อง

C. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย สารเสพติด หรือยารักษาโรค

D. อาการไม่ได้เกิดจากโรคจิตเภทหรือ โรคจิตอื่น ๆ เช่น Schizoaffective disorder, Schizophreniform disorder, Delusion disorder เป็นต้น

E. ไม่เคยมีอาการในระยะ Mania หรือ Hypomania

4.2 การประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (2Q plus)

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ * (ตอบ มี อย่างน้อย 1 ข้อ = เสี่ยงซึมเศร้า)

1. ไม่สบายใจ เซ็ง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
2. เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ * (ตอบ มี = เสี่ยงฆ่าตัวตาย)

ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
---	--------------------------------	-----------------------------

ถ้าเสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ส่งพบบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินเพิ่มเติม

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็น ทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือ หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็น ทุกวัน
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ ครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซา ทำอะไรช้าลงจนคุณสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่ เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				
คะแนนรวม	การแปลผล			
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศรียรระดับน้อยมาก			
7-12	มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับน้อย			
13-18	มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับปานกลาง			
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับรุนแรง			

คะแนน 9Q > 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ในเดือนที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่า คิดเกี่ยวกับการ ฆ่าตัวตายให้ถามต่อ.....)	0	6
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้น ได้ หรือไม่ หรือ	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้	0	8
4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียม การจะฆ่า ตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
รวมคะแนน		

หมายเหตุ ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้
 คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ระดับน้อย
 คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง
 คะแนน ≥ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ระดับรุนแรง

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย แนวทางการจัดการตามระดับค่าคะแนน ดังนี้
คะแนน 8Q = 1- 8 คะแนน 1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว 2. ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยแนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิด
คะแนน 8Q = 9 -16 คะแนน 1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว 2. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อที่เร่งด่วน 3. แนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิดและให้ความรู้แก่ญาติเรื่องวิธีการช่วยเหลือและเฝ้าระวังที่ถูกต้อง 4. ติดตามประเมินอาการทุกสัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นให้ปรึกษาโรงพยาบาลเครือข่าย
คะแนน 8Q > 17 คะแนน 1. ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง 2. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว 3. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อที่เร่งด่วน 4. หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ลดลง พิจารณาปรึกษาหรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.)

5. การประเมินจิตวิญญาณ

ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับปรัชญาชีวิต เป้าหมายชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าสูงทางจิตใจเป็นสิ่งสำคัญกับชีวิต ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเองนับถือ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะคงไว้ในเรื่องความผูกพันกับพระเจ้าของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งชั่ว เช่น (สุวคนธ์ กุรัตน และ พัชรี ภาระโช และ สุวีริยา สุวรรณโคตร, 2556)

- ความต้องการความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness) การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่โรงพยาบาล ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ยิ่งรับรู้ว่าเป็น

โรคที่รักษาไม่หายและกำลังจะตายจึงรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ และท้อแท้ยอมต้องการความรักและความสัมพันธ์ที่ดีจากทั้งญาติและแพทย์ พยาบาลผู้ดูแล

- ความต้องการค้นหาความหมายชีวิตและการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness) ทุกคนต้องการอยู่อย่างมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนเองรักหรือทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ดำรงอยู่ เมื่อยามเจ็บป่วยจะใช้วิถีชีวิตในครั้งนี้นี้ค้นหาความหมายของชีวิตว่าจะใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างไรก่อนตายการตระหนักถึงความหมายของชีวิตในขณะที่เหลืออยู่มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วย เช่นในขณะนี้ผู้ป่วยมีชีวิตเพื่อใคร เป็นต้น ผู้ป่วยระยะนี้อาจจะตั้งคำถามที่สำคัญๆที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมานและความตาย เช่น ทำไมต้องเกิดความทุกข์ทรมานกับตนเอง ชีวิตข้างหน้าจะเป็นอย่างไร

- ความต้องการการอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness) บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและอยู่ในระยะท้าย มักจะพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาทั้งเรื่องราวของความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นที่ยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่คิดว่าตนเองคงไม่มีโอกาสได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชยเพราะเวลาเหลือน้อยเต็มที จะทำให้มีความทุกข์และซึมเศร้าใจมาก ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มองย้อนกลับในอดีตบางครั้งสับสนและขัดแย้งในระยณะนี้ผู้ป่วยมีโอกาสสำนึกผิดได้ง่าย ต้องการสารภาพผิดของตนเพื่อการให้อภัย ต้องการพบบุคคลที่ตนเองต้องการกลับคืนดี การอโหสิกรรมแก่ผู้ที่เคยเป็นศัตรูกันมาก่อนต้องการได้ขอโทษหรือได้รับการให้อภัย (อโหสิกรรม) การขออโหสิกรรมของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ หรือการได้สารภาพบาปในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์นั้น เป็นการกระทำที่มีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก

- การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (Religious practice) การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายนั้น การปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนามีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม การมีสติหรือรู้ตัวก่อนตาย และการได้ระลึกถึงคุณความดี กุศล หรือการสวดมนต์ให้จิตใจสงบ สภาพจิตใจที่ดีงามจะส่งผลให้ชีวิตหลังการตายไปของผู้ป่วยสุภภูมิที่ดี

- ความต้องการความหวัง (Hope) การมีความหวังเป็นความต้องการและเป้าหมายชีวิตในทางบวก ได้แก่หวังในสิ่งที่เป็นรูปธรรม (Concrete hope) เช่น ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความคาดหวังว่าโรคของตนเองคงไม่ทรุดลงไปกว่านี้ อาการคงดีขึ้น หวังว่าจะช่วยเหลือตนเองได้ อยากกลับบ้านไปอยู่กับลูกหลาน หวังได้ทำบุญหรือทำภารกิจที่สำคัญให้สำเร็จได้ และ ความหวังหรือความปรารถนาที่เป็นนามธรรม (Abstract hope) เป็นความหวังที่เป็นปรัชญา เช่น จะได้เกิดมาร่วมกับครอบครัวเดิม หรือพบเจอกันในภพภูมิหน้า หรือ วาดหวังจะไปสู่สวรรค์

- ความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้าย เป็นผู้ที่มีสติที่ตนเองถูกคุกคามทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ จากวิธีการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใช้เครื่องมือต่างๆที่ทันสมัย ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลในฐานะบุคคลที่มีคุณภาพชีวิต (Quality of life) ในช่วงชีวิตของตนเองที่กำลังเหลืออยู่

- ความต้องการที่จะสิ้นชีวิต ผู้ป่วยต้องการที่จะสิ้นชีวิตอย่างมีความสุข หรือตายดีคือตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ได้ทำกิจกรรมที่ต้องการที่เกี่ยวข้องกับบุญกุศล ความดีงาม และเมื่อผู้ป่วยมีความสุขใจก็สามารถที่จะลาจากโลกนี้ไปอย่างสงบ

สรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ มีความรู้สึกที่ปลอดภัย ต้องการได้รับการยอมรับ สามารถให้และได้รับความรัก ไม่ถูกมองว่าเป็นภาระของญาติมิตรหรือบุคลากรทางการแพทย์

การแพทย์ สามารถได้รับการอธิบายถึงอาการที่เป็นอยู่และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พยาบาลต้องทำความรู้จักผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยแต่ละคนในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อจะได้สามารถให้การดูแลประคับประคองใจที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การซักประวัติครอบคลุม 4 ด้านของมิติจิตวิญญาณ ใช้คำย่อว่า FICA ดังนี้

แบบประเมินด้านจิตวิญญาณ FICA

FICA ย่อมาจาก F : Faith and belief, I : Importance, C : Community, A : Address in care
แบบประเมินด้านจิตวิญญาณ FICA เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยแพทย์ Dr. Puchalski และทีม เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถค้นหา Spiritual history ของแต่ละคน ประเมินค้นหาความเชื่อและศรัทธา โดยมีแนวคำถาม คือ (สุธีรา พิมพ์รส, 2560)

F : Faith and belief ประเมินความเชื่อและความศรัทธา

ตัวอย่างคำถาม

1. สิ่ง чтоช่วยให่ท่านเผชิญกับความเครียดและโรค คืออะไร ?
2. อะไรที่มีความหมายต่อชีวิตของท่าน ?
3. คุณมีความเชื่อหรือมีที่พึ่งทางใจคืออะไร ที่จะช่วยเยียวยาให้ผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากไปได้

I : Importance ประเมินสิ่งสำคัญในความเชื่อของบุคคล

1. ใครคือคนที่ให้กำลังใจท่าน ?
2. ใครคือคนสำคัญที่สุดในชีวิต ?
3. เมื่อเกิดปัญหา ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวอะไรบ้าง ?
4. ความเจ็บป่วยของท่านมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือไม่ ?
5. ความเชื่อของท่านมีผลต่อการดูแลสุขภาพหรือความเจ็บป่วยหรือไม่ ?

C : Community ประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน

1. ท่านมีส่วนร่วมในการประกอบพิธีทางศาสนาของชุมชนหรือไม่ ?
2. องค์กรศาสนาหรือชุมชนมีบทบาทสำคัญในชีวิตของท่านหรือไม่ ?
3. องค์กรศาสนาหรือชุมชนมีส่วนช่วยเหลือท่านอย่างไร ?

A : Address in care ประเมินความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคคลอื่น

1. ขณะที่ท่านเจ็บป่วยท่านต้องการใครมาช่วยดูแล ?
2. มีอะไรบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกมีความสุขและสบายใจ ?
3. ท่านต้องการให้ทีมสุขภาพปฏิบัติต่อท่านอย่างไร ?
4. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อทีมสุขภาพที่ดูแลท่าน

6. แนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) (Ruland and Moore, 1998)

ทฤษฎีนี้พัฒนามากจากมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วย ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการทบทวนเอกสารและจากความรู้ส่วนบุคคล ร่วมกับประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เก็บข้อมูลและวิเคราะห์โดยทำ Factor analysis ทำให้เกิดโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลของการดูแล (Outcomes)

จากนั้นก็นำมาพัฒนาเป็นทฤษฎีที่ประกอบไปด้วยแนวคิดหลักต่าง ๆ ที่สามารถใช้อธิบายได้อย่างกว้างขวาง และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ถูกเสนอร่างขึ้นมาในปี ค.ศ. 1998 พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีชีวิตที่สงบได้ ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม

ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการดูแลให้บุคคลมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีหลักการดูแลที่สำคัญ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยมีจุดเน้นที่ทำให้ชีวิตที่สงบและอยู่อย่างมีความหมายในเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่สำหรับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเฉพาะช่วงเวลาใกล้ตายเพียงอย่างเดียว

6.1 องค์ประกอบของแนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

แนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ มีหลักการดูแลที่สำคัญ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

6.1.1 ไม่อยู่ในความเจ็บปวด (Not being in pain)

หมายถึง ไม่มีประสบการณ์ของความเจ็บปวด หรือประสบการณ์ทางด้านที่ไม่เป็นที่น่าพอใจ (Unpleasant) รวมถึงความรู้สึก (Sensory) และอารมณ์ (Emotional) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ การติดตามและบรรเทาอาการเจ็บปวด และการประยุกต์กิจกรรมทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาในการบรรเทาอาการเจ็บปวด

6.1.2 มีประสบการณ์ของการสุขสบาย (Experience of comfort)

หมายถึง การบรรเทาจากความไม่สุขสบาย ให้อยู่ในภาวะของความสุขและความสงบ มีชีวิตที่เรียบง่ายและเป็นที่น่าพอใจ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ (1) การป้องกัน ติดตาม และบรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกาย (2) การจัดให้มีการพักผ่อน และ (3) ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

6.1.3 มีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (Experience of dignity)

หมายถึง การได้รับความเคารพ ให้คุณค่าอย่างคนที่มีชีวิตปกติ ไม่ละเมิดความเป็นตัวตน และได้แสดงเจตนาารมณ์ที่ต้องการตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ (1) การให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพ และ (3) การให้ความสนใจและตอบสนองต่อเจตนาารมณ์ ความต้องการ ความปรารถนาของผู้ป่วย

6.1.4 อยู่ในความสงบ (Being at peace)

หมายถึง ความรู้สึกสงบ สมดุล และ ความสุขขรรวม ถึงไม่มีความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย หรือความกลัว ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์
- 2) การติดตามและการให้ยาคลายกังวลตามที่ต้องการ
- 3) การสร้างความไว้วางใจ
- 4) การให้คำแนะนำในการปฏิบัติกรต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย/คนที่มีความสำคัญทั้งหลาย
- 5) การให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากต้องการ

6.1.5 มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (Closeness to significant others)

หมายถึง การมีความรู้สึกของความผูกพัน หรือเกี่ยวข้องกับญาติมิตรและบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแล

- 2) การใส่ใจดูแลภาวะเศร้าโศก รวมถึงความกังวล และ
- 3) การเปิดโอกาส รับผิดชอบต่อชีวิตได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตามต้องการ

6.2 การตายอย่างสงบ (Peaceful death)

การตายอย่างสงบ (Peaceful death) หรือ การตายดี (Good death) เป็นคำที่สามารถใช้แทนกันได้ มีความหมายใกล้เคียงกัน

6.2.1 ความหมายของการตายสงบ

การตายอย่างสงบ (Peaceful death) หรือ การตายดี (Good death) หมายถึง การตายที่ผู้ป่วยปราศจากความปวด ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณตรงกับ ความเชื่อ ศาสนา ได้ทำสิ่งที่ค้างคาในใจ สามารถแสดงความปรารถนาและเจตนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลรักษาอย่างไรในระยะท้าย มีการเตรียมความพร้อมของตนเองและครอบครัวเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และได้อยู่ท่ามกลางครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลที่รักในช่วงชีวิตสุดท้าย อย่างไรก็ตามคำว่า การตายอย่างสงบ หรือการตายดีเป็นคำที่สื่อความหมายคล้ายคลึงกันสามารถใช้แทนกันได้

จากการนิยามความหมายของการตายสงบนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป ซึ่งความแตกต่างนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะทางวัฒนธรรม ประสบการณ์เดิม ความเชื่อ ศาสนา และสังคม แต่ในด้านคุณลักษณะของการตายสงบนั้นยังมีส่วนที่คล้ายคลึงกันสามารถแบ่งได้ดังนี้

6.2.2 คุณลักษณะการตายอย่างสงบตามการรับรู้

การรับรู้การตายอย่างสงบของแต่ละบุคคลมีความเหมือน และมีความแตกต่างกัน โดยผ่านทางมุมมองของผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งให้ความหมายไว้ ดังนี้

1) คุณลักษณะการตายสงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย

จากการศึกษาการตายอย่างสงบในมุมมองของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งในประเทศญี่ปุ่นของ อาเคชิ และคณะ (Akechi et al., 2012) ได้ศึกษาถึงแนวคิดการตายอย่างสงบในผู้สูงอายุพบว่าในมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุการตายสงบ คือ การตายที่มีความสุขสงบทางกาย และทางใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและทีมสุขภาพ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น ความเป็นส่วนตัว ในประเทศไทยมีการศึกษาของวัลภา คุณทรงเกียรติ (2554) ที่ศึกษาการรับรู้การตายดีในผู้ป่วยพบว่า การรับรู้การตายดีของผู้ป่วย ได้แสดงคุณลักษณะการตายดี เป็น 3 ด้านหลัก คือ

- ด้านความหมายของการตายดีหรือตายสงบ เป็นการตายที่เป็นการหลับโดยปราศจากความเจ็บปวดไม่ทุกข์ทรมาน และไม่มี ความกังวล เป็นการตายอย่างสงบ การตายดีนั้นขึ้นอยู่กับ การดูแล ประกอบไปด้วย 6 ด้าน คือ (1) การดูแลผู้ป่วยก่อนตาย (2) การเตรียมพร้อมผู้ป่วย (3) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (4) ดูแลจัดการอาการและกิจวัตรประจำวัน (5) การดูแลแบบองค์รวม และ (6) ได้ทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

- ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนการตายดี ตายสงบ เป็นการเตรียมพร้อมในผู้ป่วยเพื่อการยอมรับให้พร้อมก่อนเพื่อการตายดี โดยมีการเตรียมความพร้อมทั้งตนเองและครอบครัว โดยทางด้านการเตรียมความพร้อมในตัวผู้ป่วยเองนั้น เป็นการเตรียมความพร้อมในการยอมรับในการตายว่าเป็นธรรมชาติที่ทุกคนพึงต้องเจอไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงหนีความตายได้ แต่สามารถที่จะเลือกการตายได้ว่าต้องการตายอย่างไร การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะสามารถช่วยในการเตรียมพร้อมและการตัดสินใจได้สำหรับการเตรียมความพร้อมด้าน

ครอบครัว เป็นการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยให้เกิดการยอมรับในการตายที่จะเกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวนั้นเกิดความเศร้าโศก หรือทุกข์ทรมานใจจากการจากไปของผู้ป่วย และมีการเตรียมความพร้อม หากสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องมีการเตรียมพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ เพื่อไม่ให้เป็นการระงับของครอบครัวในภายหลัง

- ด้านความปรารถนาเพื่อการตายดีหรือตายสงบ คือ ความต้องการในการตายสงบเพื่อนไปสู่การตายที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต เป็นการได้อยู่กับครอบครัว ได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นที่ที่มีความผูกพัน ตั้งแต่เด็กอยู่แล้วรู้สึกอบอุ่นหัวใจ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้ายศพ อีกทั้งความปรารถนาในช่วงท้าย คือการไม่ถูกยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพียงเพื่อยืดระยะเวลา แต่ไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านอื่น

2) คุณลักษณะการตายอย่างสงบตามการรับรู้จากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยที่

ใกล้ชิด

จากการศึกษาของสิริลักษณ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาการดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ พบว่าการตายอย่างสงบต้องได้รับการดูแล แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ การดูแลระยะสุดท้ายแบบทั่วไป การดูแลในช่วงที่ใกล้ตายและในขณะตาย และการดูแลหลังความตาย โดยการช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีสติและยอมรับกับการตายโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล การศึกษาการตายดี ตามการรับรู้จากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิดเป็นการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวว่าความตายกำลังจะมาถึงเกิดการยอมรับในความตาย เตรียมใจให้พร้อมต่อการจากไปของสมาชิกในครอบครัว และปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักก่อนที่จะเสียชีวิต (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2560)

3) คุณลักษณะการตายสงบตามการรับรู้จากทีมสุขภาพการศึกษาการตายสงบตามการรับรู้จากทีมสุขภาพ

ยังมีไม่ชัดเจนแต่มีการศึกษาถึงคุณลักษณะการตายดีตามการรับรู้จากทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ได้ระบุว่าความตายดี คือ การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด มีการดูแลบรรเทาและจัดการอาการที่ไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลตามความต้องการมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์มีการยอมรับกับความตายในทุกฝ่าย รวมทั้งครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ มีการเคารพและให้เกียรติผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาและผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่โดดเดี่ยวและมีจิตที่สงบก่อน

กล่าวโดยสรุป คือ คุณลักษณะการตายสงบ หรือการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว และ ทีมสุขภาพนั้นจะให้ความสำคัญที่การปราศจากความทุกข์ทรมานได้รับการบรรเทาอาการที่ไม่สุขสบาย เกิดการยอมรับในความตายทั้งญาติ ครอบครัวและทีมสุขภาพ มีการตกลงร่วมกันในการรักษา มีการเตรียมตัวก่อนตาย มีสัมพันธภาพอันดีให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการยื้อชีวิตโดยเทคโนโลยีโดยไม่จำเป็น ให้ผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก และไม่เป็นภาระในการดูแลและเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ

6.2.3 องค์ประกอบของการตายอย่างสงบ (Chan and Epstein, 2012)

การตายอย่างสงบนั้นจะเกิดขึ้นได้ ย่อมขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคนที่แตกต่างกันไป แต่สามารถสรุปเป็นองค์ประกอบได้ 10 ข้อ ดังนี้

1) การไม่ประสบอาการปวดและจัดการความไม่สุขสบายของร่างกาย นับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะนำไปสู่การตายอย่างสงบ (Peaceful death) คือ ก่อนที่บุคคลหนึ่งจะเสียชีวิต การจัดการอาการปวด หรือความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายต่าง ๆ ได้รับการบรรเทาจนสามารถควบคุมอาการปวดและมีความสุขสบายเกิดขึ้น

2) การรับรู้ภาวะใกล้ตายเป็นการตายที่มีสติ และมีจิตใจที่สงบก่อนตายการรับรู้ภาวะใกล้ตาย หมายถึง การรับรู้เมื่อถึงในขณะที่ใกล้เสียชีวิตแล้วผู้ป่วยยังมีสติ สัมผัสสัญญาณ สามารถรับรู้ทุกการกระทำ รับรู้ว่าต้องจากไป และพร้อมที่จะจากไป ได้จัดการตามสิ่งที่วางไว้และจากไปอย่างสงบ ไม่ทรมาน พร้อมทั้งยอมรับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ สามารถยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญกับความตายได้อย่างกล้าหาญและสามารถใช้ชีวิตในช่วงที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข

3) การให้เกียรติเคารพความเป็นบุคคลกร หมายถึง การดูแลและทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง สามารถดูแลจัดการหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่สามารถทำได้อยู่เดิมได้ด้วยตนเอง แม้จะอยู่ในระยะท้าย รวมถึงการให้ความเคารพความเป็นบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยการแจ้งหรือ สอบถามถึงความพร้อม และความต้องการโดยสมัครใจไม่บังคับ คำนึงถึงความรู้สึกในศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลอยู่ตลอดเวลา และสามารถได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนเองเคารพนับถือ ซึ่งจะส่งผลต่อความสุขทางจิตวิญญาณต่อเนื่องไป

4) มีการยอมรับความตาย และได้เตรียมความพร้อมก่อนตาย การเตรียมความพร้อมก่อนตาย เป็นการเตรียมตัวทั้งตนเอง และครอบครัวเพื่อเกิดการยอมรับในความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ ต้องเกิดขึ้นกับทุกคน และต้องเข้าใจพร้อมทั้งยอมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น การเตรียมพร้อมก่อนตาย จะทำให้เกิดการปล่อยวาง และจากไปอย่างสงบ ไม่มีสิ่งที่ค้างคาใจ

5) การตายตามธรรมชาติไม่มีการยืดชีวิต หมายถึง การตายอย่างสงบ ตามการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่ มากกว่าการยืดชีวิตในช่วงท้าย ไม่ว่าจะเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการใส่สายระบายต่าง ๆ เพื่อยืดชีวิตให้นานขึ้น โดยปราศจากผลประโยชน์ใด ๆ และเกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย

6) การเตรียมบุคคลเมื่อใกล้เสียชีวิต หรือได้อยู่กับบุคคลที่รัก ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว หมายถึง การเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยระยะท้าย ว่ามีความต้องการที่จะอยู่กับใคร อยากทำอะไร สามารถมีเวลา ที่มากพอที่จะให้ครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยนั้นเลือกมาอยู่ในระยะท้าย เพื่อช่วยในการดูแลและจัดการถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือยังกังวลเพื่อไม่ให้เกิดความห่วง เกิดการปล่อยวางที่ได้รับการจัดการตามสิ่งที่ต้องการ และได้รับการตอบสนองจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยนั้นจากไปอย่างสงบ อบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว

7) ได้พูดอำลาบุคคลที่รัก หรือใกล้ชีวิต ก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไปได้กล่าวอำลา หรือบอกกล่าวในสิ่งที่ค้างคาใจ หรือในสิ่งที่ยังไม่ได้จัดการ เพื่อให้บุคคลที่รัก หรือที่ไว้วางใจช่วยจัดการแทนให้ ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันและไม่เหลือสิ่งที่ค้างคาใจ เป็นผลให้เกิดการตายที่สงบขึ้นได้

8) เป็นการตายที่ได้ทำบุญ หรือได้สะสมบุญไว้ก่อนตาย ก่อนการเสียชีวิตได้นึกถึงบุญกุศล และสิ่งต่าง ๆ ที่ดี ที่เคยกระทำไว้จะส่งผลให้ผู้ป่วยนั้นตายอย่างสงบ โดยศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าการนึกถึงสิ่งที่ดี สิ่งที่เป็นกุศลก่อนตายจะช่วยชักนำให้เกิดการตายอย่างสงบและนำไปสู่สุคติ หรือภพภูมิที่ดีต่อไป

9) เป็นการจากไปเสมือนคนนอนหลับ การตายอย่างสงบเป็นการจากไปอย่างรวดเร็ว แต่ยังคงมีสติรับรู้ได้ ไม่มีความเจ็บปวด หมดท่วงและกังวล ไม่กลัวความตายที่ใกล้เข้ามา เสมือนคนนอนหลับไปโดยไม่กลัวความตาย

10) เป็นการตายที่บ้านของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การอยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย หรือที่ผูกพันกับผู้ป่วย ก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วยนั้นเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่น โดยเฉพาะที่บ้าน ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย เป็นไปตามความเชื่อทางศาสนาซึ่งแตกต่างกันออกไป ไม่เหมือนกันในแต่ละครอบครัว (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2557)

6.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตายสงบ

การตายสงบนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่ก็มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการตายอย่างสงบหรือเป็นสิ่งที่ทำให้การรับรู้ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตายอย่างสงบสามารถสรุปได้ ดังนี้

1) **ประสบการณ์เดิม** กล่าวคือ การรับรู้การตายสงบของแต่ละบุคคล ประสบการณ์เดิมหรือสิ่งที่บุคคลพบเจอมาก่อน จะเป็นเสมือนภูมิหลังในการจัดการ หรือตอบสนองในสิ่งที่จะทำ เช่น ในครอบครัวที่มีบุคคลที่จากไปด้วยโรคมะเร็ง และมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดมาก่อนที่จะเสียชีวิต ทำให้บุคคลเมื่อถึงในระยะท้ายก็มีความกลัวว่าจะมีอาการทุกข์ทรมาน เช่นเดียวกับที่เคยพบ เป็นผลให้การตอบสนองหรือการรับรู้ที่จะมีการตายที่สงบการตายที่ลดลง แต่ในขณะที่อีกคนหนึ่งได้อยู่ในแวดล้อมและพบเจอผู้ป่วยระยะท้ายที่สามารถจัดการกับอาการทุกข์ทรมานได้และมีการจากไปที่สงบ บุคคลเหล่านั้นก็จะไม่กลัวต่อการอาการทุกข์ทรมานในระยะท้าย และสามารถที่จะยอมรับและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมเป็นผลให้ สามารถมีระยะท้ายที่สงบและมีการตายที่ดีได้ และหากบุคคลใดที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายได้พบเจอเห็นถึงกระบวนการตายมาก่อนย่อมมีการยอมรับและสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ

2) **เพศ** ในเพศหญิง และเพศชาย จะมีการรับรู้ในการตายที่แตกต่างกัน เพศหญิงจะรับรู้และมีการยอมรับในความตายได้มากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากพื้นฐานจิตใจ การเข้าสังคมหรือการปฏิบัติตนตามสิ่งแวดล้อมที่อาศัย และการทำตามความเชื่อหรือ สิ่งที่น่าเชื่อถือ การเข้าทางศาสนา ย่อมมีการหล่อหลอมจิตใจให้ยอมรับและเข้าใจในความตายได้ดีกว่าเพศชาย ที่มีสังคมอีกลักษณะหนึ่งที่ไม่เหมือนกับเพศหญิง

3) **ช่วงอายุ** การรับรู้การตายสงบ หรือการตายดี โดยช่วงอายุก็มีผล คือ ช่วงอายุที่สามารถรับรู้ถึงการตายสงบได้ดีที่สุด คือ ช่วง 40 - 65 ปี ซึ่งมีความแตกต่างกันในกลุ่มอายุช่วง 19 - 39 ปีที่มีการรับรู้การตายดีได้น้อยกว่ากลุ่มช่วงอายุ 40 - 69 ปี และ 70 - 79 ปี ที่มีการรับรู้การตายดีที่ไม่แตกต่างกันเนื่องมาจาก ในวัยผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์ของการสูญเสียมาก่อน เป็นผลให้สามารถยอมรับกับกระบวนการตายและสามารถเผชิญความตายได้ดีกว่าในวัยรุ่นหรือบุคคลที่อายุน้อย

4) **สังคม ศาสนาและ วัฒนธรรม ในสังคม** วัฒนธรรมและความเชื่อในสังคมที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อการตายสงบ หรือการตายดีที่ไม่เหมือนกัน เพราะแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกันแต่การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา หรือวัฒนธรรมและสังคมที่ตนนั้นนับถือ หรือยึดเหนี่ยว ถือเป็น การตอบสนองทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย หรือบุคคลนั้นๆ ทำให้รู้สึกถึงการปล่อยวาง สงบ และมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่การตายที่สงบได้ เช่น การนับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าผู้ป่วยหรือบุคคลที่จากไป โดยปราศจากความเจ็บปวด ทรมานและตายอย่างสงบไม่มีเรื่องค้างคาใจให้กังวล ไม่กลัวความตายย่อมนำไปสู่สภาวะดีหรือภพภูมิที่ดี

5) **ระบบการดูแลรักษาที่ล่าช้า และการรักษาที่รุนแรงหรือมากเกินไป (Aggressive treatment)** เช่น การรักษาโดยการรับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องแม้จะไม่มีผลที่มากพอในการรักษา หรือ การ

รักษาเพียงเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้นด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้เกิดความทรมานจากการรักษาเพิ่มขึ้นก็ล้วนส่งผลต่อการตายสงบ หรือการตายดีได้

6) **การสนับสนุนทางสังคม** คือ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือในการสนับสนุนการดูแลในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าในครอบครัว และเป็นภาวะกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการได้รับข้อมูลทางสุขภาพจากทีมสุขภาพในการช่วยเหลือเพื่อดูแลในระยะท้ายอย่างเพียงพอ และตรงตามความเป็นจริง เพื่อที่จะสามารถวางแผนในการใช้ชีวิตหรือ เตรียมตัวเพื่อที่จะเข้าสู่การตายได้อย่างสงบและสง่างาม

7) **ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย** คือ การที่ผู้ป่วยหรือบุคคลเกิดความกังวลใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการเผชิญกับความตาย ก็จะมีผลต่อฮอร์โมนเอพิเนฟริน (Epinephrin) ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้การรับรู้ หรือการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายนั่นน้อยลง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตายสงบ ยังมีผลต่อการรับรู้การตายอย่างสงบอีกด้วย เนื่องจากสถานการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นนั้นถือเป็นสิ่งเร้า กระตุ้นการรับรู้ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นหากต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีให้เกิดการรับรู้การตายสงบ หรือการตายที่ดีที่สงบก็ต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมและสามารถจัดการดูแลให้ตรงตามปัจจัยข้างต้น ก็สามารถที่จะนำไปสู่การตายอย่างสงบ (Peaceful death)

7. บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ผู้ป่วยระยะท้าย

การดูแลแบบประคับประคองมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยซึ่งอาจใช้การรักษาแบบ Curative ร่วมด้วย เช่นการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด หรือฉายแสง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ต้องการที่จะยืดชีวิตหรือเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ครอบคลุมความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยอมรับการตายเป็นกระบวนการธรรมชาติ เป็นการดูแลโดยทีมผู้ดูแลที่ประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพ มีการใช้แหล่งประโยชน์และระบบเข้ามาร่วมในการดูแล การดูแลแบบประคับประคองมีความหมายครอบคลุมการดูแลแบบ Supportive care (การดูแลรักษาตามอาการ ตามมาตรฐานการดูแล) การดูแลระยะสุดท้าย (การดูแลในระยะที่เสียชีวิต) และการดูแลแบบฮอสปิซ (Hospice: การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะใกล้เสียชีวิตจนถึงภายหลังการเสียชีวิต)

การบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองจะมีคุณภาพได้นั้นควรต้องมีระบบที่ดี การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในกลุ่มประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของการเจ็บป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Principles of palliative care) และมีทักษะการพยาบาลในการจัดการอาการเพื่อบรรเทาความปวด ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัวได้

ผู้ป่วยระยะประคับประคองย่อมต้องการการการรักษและการดูแลที่ดีไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรคในระยะสุดท้าย มีขวัญกำลังใจในการเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบ พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยเหล่านี้ มีโอกาสได้เห็นถึงกระบวนการตายและรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและ

ครอบครัว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลที่มีคุณภาพ นับเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย (จอนผจง เพ็งจาด, 2557)

7.1 บทบาทด้านการบริหารจัดการ

การบริการสุขภาพแบบประคับประคองจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลแบบที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยได้ตามปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลที่ดีจะช่วยให้ผู้บริการรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ การประสานงานเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพโดยเน้นการทำงานเป็นทีม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างทีมการดูแลที่เข้มแข็ง โดย

7.1.1 จัดการให้มีการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนการแสดงบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมทีม

7.1.2 จัดให้มีการทบทวนตามแนวทางปฏิบัติในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ หรือความผิดพลาดที่ผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล

7.1.3 ประชุมปรึกษาในกรณีที่เกิดปัญหาการสื่อสาร หรือเกิดสถานการณ์ยุ่งยาก

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีคุณภาพ ดังนี้

1) สร้างระบบการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นในนโยบายการดูแลของหน่วยงาน

2) พยาบาลเป็นสมาชิกในการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในหน่วยงาน ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือ ร่วมวางแผนการดูแล ค้นหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนามาตรฐานการดูแล ในเรื่องการจัดกรความปวด การควบคุมอาการ การดูแลแบบองค์รวม การสนับสนุนด้านจิตสังคม และการบริหารจัดการระบบการดูแล

3) ชี้แนะปัจจัยที่ก่อให้เกิดการคุกคามต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลที่ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี

4) บันทึกและรายงานถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและค้นหาอุปสรรคต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่มาจากบุคคล วิชาชีพ องค์กร และสังคม

5) สนับสนุนให้เกิดการดูแลที่เป็นระบบมีมาตรฐาน และครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม เช่น การมี Professional guideline protocol และ standard เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

6) มีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร

7) ร่วมมือกับผู้ป่วยในการทำให้บุคลากรทางการแพทย์ และสังคมทั่วไป เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

8) สนับสนุนระบบการดูแลที่คำนึงถึงค่านิยมความเชื่อ ทั้งของวิชาชีพ บุคคล และครอบครัว ในการตัดสินใจ และการปฏิบัติที่เหมาะสมอยู่บนพื้นฐานจริยธรรม

7.2 บทบาทการให้การพยาบาล (Providing nursing care)

การพยาบาลที่มีคุณภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หรืออาการ

ของโรคระยะสุดท้ายสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่เผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบ

การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง การพยาบาลที่มีคุณภาพมีผลจากปัจจัยสำคัญคือ ทักษะ (Attitude) เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแล (Caring) ทักษะของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพประกอบด้วย การรับรู้ความรู้สึกผู้อื่น การเข้าใจและสนใจในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในทุกด้าน มีความเสียสละและอุทิศตนในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ให้การยอมรับและนับถือการเป็นบุคคล ให้การดูแลบุคคลมิใช่การดูแลโรค และการยอมรับถึงปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และปัจจัยทางวัฒนธรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ส่วนการดูแลเน้นการดูแลแบบองค์รวม มีการสื่อสารที่ดีเพื่อสร้างแนวร่วมในการดูแล การบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามมาตรฐานการรักษา การดูแลมีคุณภาพที่ผู้ใช้บริการพึงพอใจ มีแผนการรักษาที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรหลายสาขา มีการประเมินผลการดูแล มีความต่อเนื่องของการดูแล และมีในการป้องกันภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมประกอบด้วย

7.2.1 การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางกาย (Physical care)

ผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคในระยะรุนแรง มีการลุกลามของโรคไปส่วนต่างๆของร่างกาย เกิดความทุกข์ทรมานก็อาการเจ็บป่วยและสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องอืด เหงื่อออก เหนื่อยล้า และซึมเศร้า เป็นต้น พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ควบคุมจัดการกับอาการต่างๆที่ทำให้เกิดความ ไม่สุขสบาย ช่วยเหลือการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดูแลให้เกิดความสุขสบาย ประเมินอาการและเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง

7.2.2 การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care)

ผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น พยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจภาวะที่มีการเจ็บป่วยระยะท้าย สามารถจัดการกับความรู้สึกเศร้า เสียใจ สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ โดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายในสิ่งที่คับข้องใจ ความกลัว หรือความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นในระยะนี้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคและแผนการรักษา เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ส่วนการพยาบาลที่ต้องการ คือการดูแลที่ช่วยควบคุมความปวด และความทุกข์ทรมาน พยาบาลต้องใช้เทคนิคการสื่อสารที่เป็นกลวิธีในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึก พยาบาลต้องใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว แสดงความเห็นใจ ให้การสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับ และมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับความตายที่จะเกิดขึ้น การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจที่มีคุณภาพประกอบด้วย

- 1) การประเมินและสอบถามความรู้สึกผู้ป่วยเป็นระยะสอบถามความต้องการ แหล่งสนับสนุน และปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการสูญเสียและความตาย
- 2) ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้สึก ซักถามปัญหา พุดคุยถึงความหวัง ความต้องการ การเตรียมตัวเผชิญกับความตาย สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกกับครอบครัว หรือบุคคลที่ไว้วางใจ
- 3) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจ
- 4) ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และความรู้ในการดำเนินของโรค การรักษาและการดูแล

5) ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังตามที่เป็นจริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก

บทบาทการดูแลด้านจิตใจนี้พบว่าเป็นบทบาทที่ทำได้ยาก ในภาวะที่ขาดแคลนบุคลากรพยาบาลมักจะยุ่งกับงานประจำจนไม่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วย และพยาบาลบางคนอาจขาดความมั่นใจในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์เนื่องจากขาดทักษะ หรือไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย แลการแสดงออกให้ผู้อื่นรับทราบ ในสภาพการดูแลในปัจจุบันของประเทศไทย สอดคล้องกับรายงานวิจัยต่างประเทศ ที่พบว่าพยาบาลมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ช่วยพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลทั่วไป ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยมากกว่าพยาบาลบุคลากรเหล่านี้จึงมีโอกาสได้รับฟังความรู้สึกและรับรู้การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยมากกว่าพยาบาล ดังนั้น การที่พยาบาลจะได้รับรู้และให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลต้องใช้เวลาให้ผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเวลาที่ต้องการ รับฟังและให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

7.2.3 การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)

การดูแลด้านจิตวิญญาณนับเป็นการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้เพื่อการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการของมนุษย์ที่เป็นองค์รวมการดูแลด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้วาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยมีความหมาย ประกอบด้วยความรักและสงบสุข พยาบาลจึงไม่ควรมองข้ามความต้องการด้านนี้ของผู้ป่วย และในบางครั้งผู้ป่วยเองอาจไม่ตระหนักถึงความต้องการของตนเอง พยาบาลอาจต้องช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการสะท้อนคิดถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยอาจสังเกตความรู้สึก อารมณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ความรู้สึกเจ็บปวดด้านจิตใจ กลัวกับการเผชิญกับความตาย รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกโดดเดี่ยวขาดความมั่นใจ มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ และรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ ในวาระสุดท้ายของชีวิต บุคคลทุกคนมีความต้องการที่จะมีโอกาสได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมา ทำภารกิจที่ค้างค้างให้แล้วเสร็จ ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อเพื่อให้มีจิตใจที่สงบ เตรียมตัวให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตาย และเมื่อเวลานั้นมาถึงต้องการปราศจากความทุกข์ทรมาน เจ็บปวดปรารถนาที่จะอยู่ท่ามกลางคนที่ตนเองรักและรู้จัก พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. เต็มใจที่จะพูดคุยเรื่องความเชื่อ ความต้องการในการปฏิบัติตามความเชื่อนั้นๆกับผู้ป่วย
2. ให้ความสนใจและเคารพในความเชื่อ และสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ
3. ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือความเชื่อของผู้ป่วย

นอกจากนี้พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมกับการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณดังนี้คือ ทักษะการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ที่อบอุ่น การแสดงความเห็นใจ การจริงใจ การช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ การช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

7.3 บทบาทในการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Patient advocacy)

บทบาทนั้นนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในภาวะที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในสถานการณ์ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูล หรือเป็นผู้แทนในบางโอกาส เพื่อแสวงหาแหล่งสนับสนุนและข้อมูลสำคัญเพื่อก่อกัดตัดสินใจต่างๆ ที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับ

ผู้ป่วยและร่วมปกป้องการถูกละเมิดสิทธิต่างๆ บทบาทนี้ประกอบด้วยการทำงานประสานงานกับแพทย์และทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

- 7.3.1 สนับสนุนให้ได้รับการดูแลรักษาเพื่อการควบคุมอาการที่เหมาะสม
- 7.3.2 ค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วย
- 7.3.3 สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่
- 7.3.4 ประสานงานในการใช้บริการและประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนที่มี

7.4 บทบาทการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (Nurse's role in palliative home care)

การดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน เป็นบริการที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล และลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการดูแลที่บ้าน พยาบาลต้องทำความเข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านไม่ใช่เป็นบทบาทเฉพาะของพยาบาลในชุมชนเท่านั้น แต่เป็นบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลด้วยกัน โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน พยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือจัดการ และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อช่วยเหลือเตรียมการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านได้อย่างสงบ ครอบคลุมมีแหล่งสนับสนุนและมีศักยภาพ สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ประเด็นเรื่องสถานที่เสียชีวิตเป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยเฉพาะระยะสุดท้าย ในสังคมวัฒนธรรมไทย ในอดีตการเสียชีวิตที่บ้านถือเป็นเรื่องปกติ โดยเฉพาะการเสียชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่บ้าน ในปัจจุบันแม้ว่าการเสียชีวิตที่บ้านจะเป็นความต้องการของประชาชนจำนวนมาก แต่เมื่อถึงเวลานั้นจริงผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในที่สุด มีการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับสถานที่เสียชีวิต พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

- 7.4.1 ชนิดของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น
- 7.4.2 ความต้องการของผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มีการบอกความต้องการและต้องการการเสียชีวิตที่บ้าน จะได้รับการตอบสนองจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์
- 7.4.3 ความเพียงพอของโรงพยาบาลในชุมชน และการมีจำนวนเตียงที่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล
- 7.4.4 การมีครอบครัวและผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัวพร้อมดูแลผู้ป่วย และจัดการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน
- 7.4.5 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม การยอมรับของชุมชน
- 7.4.6 มินโยบายสุขภาพที่กำหนดให้มีการดูแลที่บ้านที่สนับสนุนการเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายการสนับสนุนครอบครัว มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ

การพูดถึงความตายเป็นเรื่องที่ยาก การสอบถามถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตยิ่งยากกว่า และยังเป็นสิ่งที่ถกเถียงกันถึงความเหมาะสมที่พูดถึงเรื่องนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว ล่อแหลมต่อจริยธรรมในปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรต้องดูความเหมาะสมของสภาพการเจ็บป่วยและเวลาที่กล่าวถึงเรื่องนี้ และบางครั้งผู้ป่วยและญาติอาจแปลความหมายถึงการเร่งให้ผู้ป่วยกลับบ้าน หากโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องจำนวนเตียงรักษาพยาบาล ดังนั้นการกล่าวถึงเรื่องนี้ควรทำเมื่อแน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับ มีสัมพันธภาพอันดี และ

ยอมรับกับแผนการรักษาแบบประคับประคอง และไม่ควรถามคำถามโดยตรงแต่อาจใช้ช่วงโอกาสที่ผู้ป่วยพูดถึงความต้องการต่างๆ อย่างไรก็ตาม ความต้องการนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยอาการหนัก และครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้านเป็นเรื่องที่ผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และผ่านการฝึกทักษะมาเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ให้การดูแล เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้

7.5 บทบาทเรื่องการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการยอมรับต่อการตาย

พระไพศาล วิสาโล (2547) กล่าวว่า การตายอย่างสงบ เป็นเรื่องที่ดีที่ฝึกได้ เตรียมได้ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสงบได้นั้น พยาบาลควรต้องมีการเตรียมผู้ป่วย โดยการจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย ความรุนแรง การรักษาพยาบาล และโอกาสของการเสียชีวิต จากแพทย์ผู้ให้การรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตตนเองในอดีตจนปัจจุบัน การยอมรับธรรมชาติของการตาย การเตรียมจัดการด้านทรัพย์สินและมรดกที่ให้กับครอบครัว และการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาที่ต้องการและการจัดการภายหลังเสียชีวิต (จอณผจง เพ็งจาด, 2557)

7.6 บทบาทการดูแลครอบครัวในระยะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต (Bereavement care)

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เป็นการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย เน้นการดูแลด้านจิตใจ การช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จัดการกับอารมณ์เศร้าโศก สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ พยาบาลใช้ความรู้ความสามารถด้านการสร้างสัมพันธ์กับครอบครัวเพื่อสามารถประเมินครอบครัวได้ก็สัมพันธ์ภาพ ความสำคัญของผู้ป่วยของผู้เสียชีวิตต่อครอบครัว การเผชิญปัญหาของครอบครัว ความสำคัญของผู้ป่วยกับครอบครัว และประสบการณ์การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น การช่วยเหลือโดยการรับฟัง การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความรู้สึก การให้ข้อมูลและแหล่งสนับสนุนทางสังคม การช่วยค้นหาเป้าหมายของครอบครัวภายหลังการสูญเสีย

7.7 การบำบัดทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะใช้การบำบัดทางเลือกเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวด ไอ หายใจเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน ฯลฯ เป็นต้น รวมทั้งภาวะอารมณ์ที่หงุดหงิด ความเครียด ความวิตกกังวล กลัวตาย ภาวะความไม่สุขสบายมีความซับซ้อนจากสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุดคือการประเมิน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือการนำวิธีการบำบัดทางเลือกที่เชื่อถือได้ไปใช้อย่างถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม คำนึงถึงความปลอดภัย ประโยชน์ และความเสีย เนื่องจากความรู้การบำบัดทางเลือกมีจำนวนมาก จึงขอแนะนำเฉพาะการบำบัดทางเลือก ที่ใช้ช่วยในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

7.7.1 กลุ่ม Mind-Body Interventions เป็นวิธีการเพิ่มความสามารถทางจิต การทำหน้าที่ของร่างกาย และ อารมณ์เพื่อการผ่อนคลายและสุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional well-being) ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด Biofeedback, Cognitive therapy จิตบำบัด สะกดจิต สมาธิบำบัด และการฝึกผ่อนคลาย เทคนิคเหล่านี้ผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความวิตกกังวล ซึมเศร้าอารมณ์แปรปรวน และมีปัญหาในการเผชิญความเครียด

1) **สมาธิบำบัด (Meditation)** คือ การทำจิตใจให้อยู่ในอารมณ์สงบ และจะส่งผลต่อการทำงานของร่างกาย ร่างกายได้พัก การฝึกสมาธิเป็นการเปลี่ยนคลื่นความถี่ที่หายไปสู่ความละเอียด เมื่อใจสงบ จะเกิด

สติ อยู่กับปัจจุบัน จิตจะมีหน้าที่แค่รู้ เป็นกระบวนเผ่าดู รู้เห็น รู้ทันตามความเป็นจริง เป็นการเปลี่ยนจาก “ผู้เป็น” มาเป็น “ผู้ดู” และจะสามารถแยกกาย แยกใจได้ สามารถปฏิบัติได้หลายวิธี เช่น การกำหนดลมหายใจ ลมหายใจ เป็นสะพานเชื่อมกายและใจ จึงสัมพันธ์กับอารมณ์ เมื่อรู้สึกสงบลมหายใจจะละเอียดและยังช่วยขับไล่ความรู้สึก เลวร้ายต่างๆ เช่น โกรธเศร้า เหนื่อย วิตกกังวล กลัว การเคลื่อนไหวช้าๆ เดินจงกรม ทุกครั้งที่เคลื่อนไหว รู้สึกตัว มีสมาธิ การฝึกสมาธิในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ความเจ็บปวดน้อยลง การทำสมาธิกำหนดจิตให้จดจ่ออยู่กับลมหายใจ ช่วยรวมใจให้เป็นหนึ่ง ทำให้ใจไม่รับรู้เรื่องอื่นๆ อารมณ์อื่นๆ รวมถึงเรื่องราวที่ทำให้เกิดความทุกข์ ความปวดด้วย การช่วยให้จิตได้สงบนิ่งจะทำให้ร่างกายผ่อนคลาย การทำสมาธิร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยหรืออาการปวด รวมทั้งความวิตกกังวลก็จะค่อย ๆ ลดลงไป

2) โยคะ (Yoga) เป็นการบริหารร่างกายและบริหารลมหายใจโดยมีหลักการ คือ อาหารดี ออกกำลังกายดี ทำเหมาะสมกับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วย อากาศดี อารมณ์ดี ผ่อนคลายโดยเฉพาะท่าศพ อาสนะ (การนอนลงที่พื้นเหมือนศพ) ช่วยกำจัดความเหนื่อยล้าและให้จิตใจได้พักผ่อน โดยหายใจเข้า ลึกๆ และหายใจออกยาวๆ อย่างช้าๆ 30-40 รอบหายใจ การฝึกโยคะในผู้ป่วยระยะท้าย จะเลือกท่าง่ายๆ เท่าที่สามารถทำได้ เน้นการกำหนดลมหายใจ และการผ่อนคลายให้เกิดสมาธิร่วมด้วย

3) ชี่กง (Qigong) คือ การบริหารร่างกาย ซึ่งมีหลัก 3 ข้อ คือ การหายใจ เคลื่อนไหวกาย และจิตที่สงบนิ่ง เกิดสมาธิ ทำให้สมองปลอดโปร่ง ลดการทำงานของหัวใจ ความดันเลือดลดลง เนื่องจากการขยายของหลอดเลือดฝอย ผ่านระบบประสาทอัตโนมัติ ภูมิคุ้มกันที่ทำงานสมดุล มีการเพิ่มของเม็ดเลือดขาว ระบบฮอร์โมนของต่อมใต้สมองไป จนถึงต่อมหมวกไต เกิดความสมดุล กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง

4) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) เป็นวิธีช่วยเสริมในการบรรเทาอาการปวดโดยการยืดเหยียดและเกร็งกล้ามเนื้อ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Tension relaxation) และการบริหารการหายใจ (Relaxation with breathing) โดยจัดให้อยู่ในสถานที่ที่สงบ และอยู่ในท่าที่สุขสบาย กำหนด การหายใจเข้าให้ลึก แล้วผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับอารมณ์ และช่วยในการเบี่ยงเบนความสนใจได้จากความปวด

5) การสร้างจินตภาพ (Guided Imagery /Imagination) เป็นการบำบัดอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดได้ การสร้างจินตภาพ เป็นการจินตนาการถึงภาพที่ต้องการ โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานที่ที่มีความสุขเพลิดเพลิน และผ่อนคลาย ร่วมกับใช้การผสมผสานของเสียงดนตรีบรรเลงเสียงธรรมชาติ การผ่อนคลายและการสร้างจินตภาพ ทำให้เกิดการผ่อนคลายซึ่งมีผลต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยา โดยการส่งข้อมูลไปยังจิตใต้สำนึก จิตใต้สำนึกจะยอมรับข้อมูล หรือภาพลักษณ์นั้นแจ่มชัดขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของสมอง ฮอริโมน และลดอาการที่ไม่พึงปรารถนา เช่น เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้การสร้างจินตภาพเป็นการบำบัดทางเลือกในการจัดการความปวดได้

7.7.2 สุนทรบำบัด (Aromatherapy) เป็นการใช้น้ำมันหอมจากน้ำมันหอมระเหยที่ได้จากธรรมชาติ มาใช้ในการดูแลช่วยให้จิตใจ อารมณ์ และร่างกายนั้นผ่อนคลาย เพิ่มความผาสุก บรรเทาอาการไม่สุขสบาย เครียดอ่อนล้า ซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล โดยกลิ่นหอมนั้นจะไปกระตุ้นการหลั่งสารเอนโดฟินในร่างกายทำให้เกิดการผ่อนคลาย โดยเฉพาะน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์จะช่วยในการคลายเครียด และลดอาการปวดและการอักเสบได้ โดยการสูดดม วิธีการนำน้ำมันหอมระเหยไปใช้ สามารถใช้ได้หลายวิธี เช่น การสูดดม แช่มือ แช่

เท้า อาบน้ำ นวดตัว ประคบร้อน/เย็น เป็นต้น ห้ามสูดดมโดยตรง และห้ามสัมผัสผิวหนังโดยตรง ในผู้ป่วยมะเร็ง จะแนะนำการใช้น้ำมันหอมระเหยคู่กับการนึ่งสมาธิ หรือ การนวดจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดได้เพิ่มมากขึ้น

7.7.3 สมุนไพร (Herbal) หมายถึง พืชที่ใช้ทำเป็นเครื่องยา ส่วนยาสมุนไพร หมายถึง ยาที่ได้มาจากส่วนของพืช สัตว์ และแร่ธาตุ ซึ่งยังไม่ได้ผสมปรุงหรือแปรสภาพ การนำรูปลักษณะของส่วนต่างๆ ของพืชมาใช้เป็นสมุนไพร ได้แก่ ราก เช่น กระจับปี่ ขมิ้นชัน ขิง ข่า ลำต้น ใบ เช่น กานพลูมะขามแขก และดอก ผล

7.7.4 การนวด (Massage) ปฏิบัติการของร่างกายที่ตอบสนองต่อการนวด มีผลทางกลศาสตร์เกิดการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อและข้อต่อ ระบบประสาทและรีเฟล็กซ์ รวมถึงผลต่อจิตใจ การนวดเป็นการเยียวยา สื่อสารความรู้สึกอันไร้คำพูด การสัมผัสมือ และลูบแขนผู้ป่วยอย่างอ่อนโยนจะช่วยให้รู้สึกสบาย และผ่อนคลาย รู้สึกดีขึ้นได้ การนวดช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียน ระบบกล้ามเนื้อที่ยึดเกร็งจากความปวดคลายออก และระบบประสาท ความเจ็บปวด จะบรรเทาผ่อนคลาย ทำให้ความวิตกกังวลลดลง การควบคุมอาการด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การนวดเป็นการบำบัดทางเลือกหนึ่ง ที่ใช้บำบัดเสริมกับการแพทย์แผนตะวันตก โดยเฉพาะการนวดจากบุคคลในครอบครัว เพิ่มความใกล้ชิด สื่อความรักความห่วงใยต่อกัน ในภาพรวมการนวดมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนในการลดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่แยกตัวออกจาก สังคม

7.7.5 ดนตรีบำบัด (Music therapy) เป็นการใช้ดนตรีเพื่อลดอาการปวด เป็นดนตรีประเภทผ่อนคลาย หลักการใช้ดนตรีบำบัด คือ องค์ประกอบของดนตรี ได้แก่ ทำนอง ระดับเสียง ความเข้มของ เสียง และจังหวะ ดนตรีบำบัดจะต้องออกแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ดังนี้ คือ ประเมินผู้รับการบำบัด ประวัติส่วนตัว ปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการบำบัด และประเมินสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วางแผนการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม โดยยึดเป้าหมายเป็นสำคัญ มีรูปแบบผสมผสานกระบวนการต่างๆทางดนตรี ลักษณะดนตรีไม่มีเนื้อร้อง เพื่อผู้ฟังไม่ต้องคิดถึงเกี่ยวกับเนื้อเพลง เป็นเพลงที่ใช้ความถี่จังหวะต่ำ จังหวะสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยอารมณ์ให้คล้อยตาม รู้สึกผ่อนคลาย ลดปวด ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนจากความปวด สำหรับการดำเนินการโดยสร้างสัมพันธ์ภาพใช้ดนตรีเป็นสื่อบูรณาการรวมกับการดูแลรูปแบบอื่น ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและปรับแผนการบำบัดให้เหมาะสม

7.7.6 ศิลปะบำบัด (Art Therapy) คือ การใช้ศิลปะเป็นสื่อกลางกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึก อารมณ์ ความคิด ความฝัน ความหวัง เป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ออกมาให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ศิลปะบำบัดในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ค้นหา รู้จักตัวตนในมุมมองต่าง ๆ และเปิดใจรับกับสภาวะอารมณ์ของตัวเอง ดูแลจัดการความเครียด, ความเศร้า เกิดความภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น (Self-esteem) หรือได้ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เป็นปัญหามากขึ้น

7.7.7 กลุ่มพลังบำบัด เช่น การสวดมนต์บำบัด (Vibrational therapy) เป็นการใช้น้ำเสียงที่มีความสม่ำเสมอ เข้าไปกระตุ้นร่างกายให้เกิดการเยียวยา คลื่นเสียงช้า ๆ สม่ำเสมอประมาณ 15 นาทีขึ้นไปจะทำให้เซลล์ประสาท ส่งเคราะห์สารสื่อประสาทหลาย ๆ ชนิด เช่น ซีโรโทนิน โดปามีน นอกจากนี้ปริมาณของ ซีโรโทนินมีความสัมพันธ์ต่อการกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น อะเซทิลโคลีนช่วยในกระบวนการเรียนรู้และความจำ ช่วยขยายเส้นเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง และยังช่วยลดปริมาณ อาร์จินิน วาโซเพรสซิน ซึ่งมีหน้าที่

ควบคุมความก้าวร้าว รักษาความสมดุลของน้ำ การสวดมนต์บำบัดใน ผู้ป่วยระยะท้ายช่วยให้เกิดสมาธิ โดยต้อง สวดเสียงดัง เพื่อให้ได้ยินเสียง และจิตใจจดจ่ออยู่กับเสียงสวด หรืออาจเปิดเทปสวดมนต์

การบำบัดทางเลือกเป็นการดูแลเสริมการรักษาแผนปัจจุบันเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ของ ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับศาสตร์บำบัด ทางเลือก มีการติดตามความก้าวหน้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสามารถให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสม สม กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างรอบด้าน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ในการตัดสินใจเลือกใช้การบำบัดทางเลือก ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการเสริมผลการรักษาปัจจุบัน และไม่ก่อให้เกิด อันตรายใดๆ เพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีขึ้น และจากไปอย่างสงบ

8. การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในภาวะสูญเสียและทุกข์โศก (Loss & Grief) (ศิริรัตน์ จำปีเรือง, 2556)

การสูญเสีย (Loss) หมายถึง สภาพการณ์ที่บุคคลต้องแยกจาก สูญหาย หรือต้องปราศจากบางสิ่ง บางอย่างที่เคยมีอยู่ในชีวิต อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือค่อยเป็นค่อยไป คาดการณ์ได้ หรือไม่สามารคาดการณ์ได้ และอาจทำให้เกิดความชอกช้ำ เจ็บปวดอย่างมากหรือเพียงเล็กน้อย ได้สรุปไว้ดังนี้

1. มีการแยกจากหรือปราศจากบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีอยู่
2. มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการที่ทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย
3. บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของสิ่งที่สูญเสียหรือคิดว่ากำลังจะสูญเสีย
4. ประสบการณ์การสูญเสียในอดีตมีผลต่อการแสดงออกในปัจจุบัน

ปฏิกริยาการตอบสนองต่อการสูญเสียของแต่ละบุคคลมีไม่เหมือนกัน ความแตกต่างของระดับความ รุนแรงและรูปแบบของการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการดังนี้

1. ความรู้สึกรู้สึกต่อสิ่งที่สูญเสีย การให้คุณค่าและความสำคัญกับสิ่งสูญเสียนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคล แสดงปฏิกริยาได้ตอบที่รุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป

2. ประสบการณ์การสูญเสีย ปรากฏการณ์การสูญเสียเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลทุกวัย การเรียนรู้การเผชิญ และแก้ปัญหาที่เกิดจากการสูญเสียได้อย่างเหมาะสมในอดีตย่อมเป็นประสบการณ์สำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถ พบความสำเร็จในการปรับตัวต่อการสูญเสีย

3. บุคลิกภาพและความพร้อม บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพเข้มแข็ง ย่อมสามารถผ่านกระบวนการสูญเสีย ได้ดีกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพไม่แข็งแรง หรือรู้สึกว่าการสูญเสียนี้คุกคามชีวิต

ประเภทของการสูญเสีย มี 4 ประเภท คือ (ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, 2556)

(1) **การสูญเสียสิ่งของภายนอก (Loss of external object)** คือการสูญเสียสิ่งของต่าง ๆ ภายนอก ร่างกาย เช่น ทรัพย์สินเงินทอง เครื่องประดับ บ้าน หรือการถูกแยกจากสภาพแวดล้อมเดิมชั่วคราวและถาวร เช่น การย้ายที่อยู่ การเปลี่ยนที่ทำงาน ซึ่งทำให้เกิดความไม่มั่นคง ส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของ ตนเองได้ เป็นต้น

(2) **การสูญเสียตามวัยต่าง ๆ (Maturational loss)** เช่น เด็กที่ต้องหย่านมแม่ การต้องออกจาก โรงเรียนเมื่อสำเร็จการศึกษา ออกจากครอบครัวเมื่อไปใช้ชีวิตคู่ การสูญเสียบทบาทครอบครัวเมื่อต้องมีลูกหลาน

การเปลี่ยนแปลงบทบาทเมื่อแต่งงาน การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระตามวัยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นการสูญเสียจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เลี่ยงไม่ได้

(3) การสูญเสียภาพลักษณ์หรืออัตมโนทัศน์ (Loss of body image or some aspect of self) เป็นการสูญเสียด้านร่างกาย หรือจิตสังคม เช่น การสูญเสียอวัยวะในร่างกาย หรือการสูญเสียการทาหน้าที่ของร่างกาย อาจจากโรคมะเร็งไข้เจ็บหรืออุบัติเหตุ ซึ่งการการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย เช่น เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการสูญเสียความสามารถด้านกิจกรรมประจำวัน ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถจัดการตนเองได้ และมักจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

(4) การสูญเสียบุคคลสำคัญหรือบุคคลอันเป็นที่รัก (Loss of a love or A significant other) เช่น การตายของบิดา มารดา ญาติพี่น้อง คู่สมรส บุตร เพื่อนสนิท ซึ่งอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกตินั้นจะเกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดอย่างมาก ประกอบกับ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก พบได้บ่อยครั้งว่านำไปสู่อารมณ์เศร้าโศก ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงจนเกิดอาการซึมเศร้าตามมา

ความเสียใจและทุกข์โศก (Grief) เป็นการตอบสนองทางจิตใจต่อการสูญเสียจะมีความเกี่ยวข้องกับการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความมีคุณค่าเอกลักษณ์ หรือความรู้สึกผิด เช่น ผู้ที่ได้รับการผ่าตัด มารดาที่คลอดทารกมีปัญหา เด็กที่ต้องเปลี่ยนโรงเรียน ผู้ที่ถูกข่มขืน ถูกกระทำรุนแรง บุคคลที่ออกหักว่างงาน หรือเกษียณอายุ

ความเสียใจและทุกข์โศก (Grief) หมายถึง ความรู้สึกเสียใจ (Sad) ที่เกิดขึ้นเมื่อคาดว่าจะมีการสูญเสียหรือรับรู้ตนเองสูญเสีย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกทั้งสรีระและอารมณ์มีความหมายเดียวกับ “ Mourning ” และ “ Bereavement ” คำว่า “ Mourning ” หมายถึง กระบวนการแสดงออกของบุคคลที่มีอารมณ์จากการสูญเสีย ขณะที่ “ Bereavement ” คือ ระยะเวลาในกระบวนการเสียใจและทุกข์โศกไปจนถึงการปรับตัวกลับคืนสู่ภาวะปกติ ใช้เวลาประมาณ 1 ปี

ลักษณะที่แสดงออกเมื่อเกิดความโศกเศร้าจากการสูญเสีย (ศรีนรัตน์ วัฒนธรรนนท์, 2560)

อาการและพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดความโศกเศร้าจากการสูญเสียของแต่ละบุคคลนั้นจะ มีความแตกต่างกันไป โดยส่วนใหญ่จะพบการ แสดงออกของภาวะโศกเศร้า 4 ด้าน คือ ความรู้สึก อาการทางกาย ความคิด และพฤติกรรม อาการและพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละบุคคล

1. ด้านความรู้สึก

เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะเกิดอารมณ์โศกเศร้า เสียใจ มึนงง ตกใจ รู้สึกโกรธ สับสน ไม่สามารถช่วยอะไรได้ รู้สึก หมดหวังหรือไม่สามารถอยู่คนเดียวได้โดยไม่มีผู้ เสียชีวิต บางคนมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม จะโกรธหรือโทษบุคคลอื่น (Displacement) เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ญาติคนอื่น หรือพระเจ้า บางคนอาจโกรธตัวเอง บางคนคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย บางคนอาจมีความรู้สึกโล่งใจ (Relief) อยู่เล็กๆ ที่ผู้ป่วยเสียชีวิต พันความทรมานจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บางคนรู้สึกปลดปล่อย (Emancipation) ที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะเดิมผู้เสียชีวิตอาจสร้างความลำบาก หรือความทุกข์ทรมานไว้ให้

2. ด้านร่างกาย

ผู้สูญเสียอาจเกิดอาการที่ตนเองรู้สึกผิดปกติ เช่น ปวดท้อง แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นแรง จุกแน่นในลำคอ คลื่นไส้อาเจียน ความอยาก อาหารลดลง มีอาการปากแห้ง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการอ่อนล้า รู้สึกไวต่อ เสียงมากขึ้น บางรายอาจดื่มสุรามากขึ้นสูบบุหรี่ มากขึ้น

3. ด้านความคิด

อาการในด้านความคิดนี้มักเป็นอยู่ไม่นาน และความคิดมักจะสัมพันธ์กับอารมณ์ทำให้เศร้า หรือกังวล เช่น การปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับ และไม่เชื่อว่ามี การสูญเสียเกิดขึ้นจริง เกิดความ ลังเล ไม่มั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้ รู้สึกสับสนคิดว่าผู้เสียชีวิตน่าจะฟื้นคืนกลับมาได้ บางคนฝันถึงผู้เสียชีวิต รู้สึกว่าผู้เสียชีวิตยังอยู่กับตนเองบางคน อาจมีประสาทหลอน เช่น ได้ยินเสียงของผู้เสียชีวิต หรือเห็นภาพผู้เสียชีวิต

4. ด้านพฤติกรรม

มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและชีวิตประจำวัน เช่น อยู่คนเดียวไม่ได้ พึ่งพาคนอื่นแม้เรื่องง่ายๆ มีอาการเหม่อ ใจลอย เก็บตัวไม่ยอมพบผู้คน แยกตัวออกจากสังคมหรือกิจกรรมที่เคยชอบทำ นึกถึงหรือฝันถึงผู้เสียชีวิต ทั้งแบบปกติและฝันร้าย มีพฤติกรรมโหยหา เรียกร้องให้ ถอนหายใจ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เดินทางไปยังสถานที่ที่ทำให้นึกถึงผู้เสียชีวิต หรือนำสิ่ง ของของผู้เสียชีวิตติดตัวไว้เพื่อเตือนให้นึกถึงผู้เสียชีวิต แต่บางคน อาจหลีกเลี่ยงสถานที่ หรือสิ่งของ ที่เตือนให้นึกถึงผู้เสียชีวิต อาจร้องขอไม่ให้มีใคร กล่าวถึงผู้เสียชีวิตเลย ถ้า เป็นมากจะแสดงพฤติกรรม การทิ้งสิ่งของทุกอย่างที่ เกี่ยวข้องและไม่ไปย ังสถานที่ที่ผู้เสียชีวิตเคยไป พยายาม หลีกเลี่ยงบรรยากาศ ที่เคยมีผู้เสียชีวิตอยู่ด้วย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ อาจนำไปสู่ความโศกเศร้าแบบผิดปกติ ได้

พฤติกรรมการแสดงออก ของความเศร้าโศกนั้นแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1. ความเศร้าโศกปกติ (Normal grief reaction) ซึ่ง Engel (1964) และ Kubler – Ross (1969) กล่าวถึงระยะของปฏิกิริยาการสูญเสียจากการตายของบุคคลที่รัก ซึ่งเรียกว่าขั้นตอนของความเศร้า โศก (Phases of Mourning) ซึ่งสรุปได้ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การขาดความสมดุล (Disequilibrium) บุคคลจะปฏิเสธการรับรู้ ปฏิเสธการยอมรับเกี่ยวกับการสูญเสีย ซ็อก ไม่เชื่อว่ามี การสูญเสียเกิดขึ้น และมีความหวังว่าการสูญเสียนั้นจะไม่เป็นความจริง อารมณ์ที่เป็น ลักษณะเด่นคือ ร้องไห้ฟูมฟาย (Weeping) และความโกรธ (Anger) การร้องไห้เป็นการยอมรับการสูญเสียว่า เกิดขึ้นจริง ส่วนความโกรธเป็นลักษณะอารมณ์ของผู้ที่ผ่านการสูญเสียในระยะแรก อาจโกรธต่อพยาบาล บุคคล ใกล้ชิด หรือตนเอง ระยะเวลาในการปฏิเสธ อาจ 2-3 นาที หลายชั่วโมงเป็นวันหรือเดือน ถ้านานเป็นเดือนก็จะ เป็นความผิดปกติ

ระยะที่ 2 ความวุ่นวาย (Disorganization) เมื่อบุคคลประสบการสูญเสียยอมรับว่าการสูญเสียนั้น เกิดขึ้นจริงจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความทุกข์ทรมาน มีความ เจ็บปวดทางจิตใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ รู้สึกไร้ค่า อาจใช้กลไกแบบปฏิเสธความเป็นจริง (Denial) เพื่อป้องกันตนเอง อาจมีอาการหายใจขัด อ่อนเพลีย ตัวชา หน้ามืด คอแห้ง คลื่นไส้ วิงเวียน รู้สึกเลือนลอยไม่ยอมรับความจริงเป็น ครั้งคราว ไม่ผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่น หมกมุ่นอยู่กับความคิด สิ่งของสัญลักษณ์ เช่น รูปถ่าย เสื้อผ้าของผู้ที่จาก ไป บางคนอาจจะมีประสาทหลอน (Illusion) หรือประสาทหลอน (Hallucination) พฤติกรรมจะพบใน 20-60 วัน แรก

ระยะที่ 3 การกลับคืนสู่ปกติ (Reorganization) ผู้ประสบการสูญเสียจะพบความจริงว่า การสูญเสีย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงไม่สามารถเรียกร้องกลับคืนได้ จึงพยายามตัดความสัมพันธ์กับสิ่ง ของหรือบุคคลที่สูญเสียไปได้ เริ่มตั้งจุดมุ่งหมายใหม่ สร้างความสัมพันธ์ใหม่ และพฤติกรรมใหม่ ๆ ซึ่งถ้าสามารถทำได้สำเร็จก็ถือเป็นการสิ้นสุด ระยะของความเศร้าโศก จะใช้เวลา 6 เดือน -1 ปี

ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวให้เป็นไปตามระยะดังกล่าวได้จะถือว่าเป็นความเศร้าโศกที่ผิดปกติ

2. ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Pathological grief) เนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับสภาพจิตใจให้เป็นไปตามกระบวนการของความเศร้าโศกได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ

2.1 การทุกข์โศกยาวนาน (Prolonged grief) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความทรงจำเก่า ๆ ไม่สามารถจัดความรู้สึกหม่นหมอง เสียใจจากการสูญเสียไปได้เป็นเวลาหลายปี

2.2 ปฏิกริยาล่าช้า (Delayed reaction) ลักษณะผิดปกติของการแสดงออก ทำให้กระบวนการของความเศร้าโศกไม่เริ่มต้น และไม่สิ้นสุด เกิดจากการที่บุคคลใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความเป็นจริง(Denial) และเก็บกด (Suppression) เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงความเศร้าโศก อาจเกิดได้เป็นหลาย ๆ ปี บางรายความรู้สึกต่าง ๆ ถูกกระตุ้นขึ้นมาอีกเมื่อประสบความสูญเสียซ้ำอีก

2.3 ปฏิกริยาที่บิดเบือน (Distorted reaction) ไม่สามารถปรับตัวตามกระบวนการเศร้าโศกได้ และเกิดความรู้สึกที่รุนแรง เช่น ความวิตกกังวลสูงมาก (Severe anxiety) กลัว (Fear) ละอายใจ (Guilt) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Helplessness) โกรธ (Anger) มีความขัดแย้งเกิดขึ้น และมีความเศร้าโศกเป็นเวลานานเกินไป ผลที่เกิดตามมา คือ ภาวะซึมเศร้า (Depression)

การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในภาวะการสูญเสีย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. การป้องกันระยะที่ 1 (Primary prevention) เป้าหมายเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ บทบาทพยาบาล คือ การให้ความรู้ ให้การปรึกษา ก่อนที่การสูญเสียเกิดเพื่อเตรียมตัว โดยให้บุคคลครอบครัวพูดถึงการสูญเสียที่เกิดขึ้นทุกระยะในชีวิต การพยาบาล คือ

1.1 แจ้งข่าวการตาย ให้แก่สมาชิกครอบครัวทั้งกลุ่ม แทนที่จะแจ้งแก่สมาชิกคนใดคนหนึ่งในสถานที่เหมาะสม เพื่อกลุ่มคนจะได้ประคองจิตใจกันและแสดงความเศร้าโศกได้

1.2 เปิดโอกาสให้ญาติได้กระทำตามต้องการหากเป็นไปได้ จะช่วยให้ยอมรับง่ายขึ้น

1.3 ยอมรับการแสดงความโกรธของญาติว่าเป็นปฏิกริยาต่อการสูญเสีย

2. การป้องกันระยะที่ 2 (Secondary prevention) เป้าหมายเพื่อลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้า ผู้ป่วยอาจจะยังปฏิบัติกริยาการแสดงความรู้สึกเศร้าโศกได้ พยาบาลต้องให้กระบวนการเศร้าโศกเกิดขึ้นปฏิบัติกริยาความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Pathological grief reaction) อาจมีอาการ ดังนี้

อารมณ์เศร้า อาฆาตมาดร้ายรุนแรง ความรู้สึกเฉยชา ว่างเปล่าเป็นเวลานานไม่สามารถแสดงหรือระบายความเศร้าโศกออกมา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความฝืนเกี่ยวกับการสูญเสียหรือบุคคลที่สูญเสียเสมอ ๆ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อกระตุ้นให้ระลึกถึงการสูญเสียนั้น ๆ

3. การป้องกันระยะที่ 3 (Tertiary prevention) เป้าหมายเพื่อลดการเกิดอาการเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่เศร้านาน ๆ มักแยกตัว ไม่มีความหวังในชีวิต การพยาบาลระยะนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงการสูญเสีย รับรู้พฤติกรรม ความรู้สึกที่แสดงออก ให้หาแนวทางเผชิญความรู้สึกอย่างเหมาะสม

การประเมินครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ตารางที่ 4 การประเมินผลกระทบของการสูญเสียต่อคุณภาพชีวิต Brief Grief Questionnaire (BGQ)

No	คำถาม	1 st . วันที่			2 nd . วันที่		
		ไม่เคย (0)	เล็กน้อย (1)	มาก (2)	ไม่เคย (0)	เล็กน้อย (1)	มาก (2)

1	ท่านรู้สึกยากต่อการยอมรับว่าสูญเสียคนที่รักไปแล้วมากเพียงไร						
2	ท่านรู้สึกว่า การสูญเสียคนที่รักกระทบต่อชีวิตท่านเพียงไร						
3	ความทรงจำต่อการเสียชีวิตของคนที่รักซึ่งจากไปอยู่ช้ำๆจนรบกวนการใช้ชีวิตเพียงใด						
4	เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ท่านต้องหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เคยทำตอนผู้ป่วยมีชีวิตหรือไม่ กระทบต่อท่านมากเพียงใด						
5	ท่านรู้สึกแปลกแยกจากสังคม จากเพื่อนฝูง หลังจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือไม่						
รวมคะแนน							

หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ข้อ ควรส่งปรึกษาทีมจิตแพทย์เพื่อช่วยประเมินสภาพจิตใจ
 ที่มา: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Old_Content/dmsplanv2/publish/publish12072017020755.pdf

ข้อสังเกตในการแยกภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) กับโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

ตารางที่ 5 ข้อสังเกตในการแยกภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) กับโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

หัวข้อที่ประเมิน	ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)	โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)
อาการ	มีอาการซึมเศร้าแต่มักไม่มีความรู้สึกผิดอย่างมาก ไม่มีรู้สึกสิ้นหวังอย่างมาก ไม่คิดอยากตาย หรือไม่เคลื่อนไหวซ้่าอย่างมากผิดปกติ	ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5
ความคิด	ตระหนักว่าตนเองสูญเสีย เสียใจ	ตระหนักว่าตนเองอ่อนแอ บกพร่อง แ่
สิ่งกระตุ้น	อารมณ์ที่ไม่เป็นปกติกระตุ้นจากความคิดหรือ สิ่งเตือนให้นึกถึงผู้เสียชีวิต	อารมณ์ที่ผิดปกติเป็นขึ้นมาเอง และไม่จำเป็นต้องเกี่ยวกับการทำให้นึกถึงผู้เสียชีวิต
เริ่มเป็น (Onset)	ภายใน 2 เดือนของการจากไป	เป็นเมื่อใดก็ได้

ระยะเวลา	ระยะเวลาของอาการซึมเศร้า น้อยกว่า 2 เดือน	อาการซึมเศร้านั้นมักเป็นเรื้อรัง เป็นช่วงๆ
การเสียความสามารถในการทำงานและความสัมพันธ์	สูญเสียความสามารถในการทำงาน/ การเข้าสังคมไม่มากและเป็นเพียงชั่วคราว	เสียความสามารถในการทำงาน/ การเข้าสังคมอย่างเห็นได้ชัด
ประวัติอื่น ๆ	ไม่มีประวัติส่วนตัว หรือประวัติครอบครัวว่าเป็นโรคซึมเศร้า	เคยมีอาการของโรคซึมเศร้ามามาก่อน หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า

ที่มา: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Old_Content/dmsplanv_2/publish/publish12072017020755.pdf

บทที่ 4 กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป :

เพศ ชาย อายุ 59 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

สถานภาพ สมรส อาชีพ รับราชการ การศึกษา ปริญญาตรี ที่อยู่ จังหวัดสระแก้ว
รายได้ เพียงพอ เหลือเก็บ สิทธิการรักษา ต้นสังกัด กรมบัญชีกลาง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 16 สิงหาคม 2566 ถึง 25 กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 41 วัน

วันที่รับไว้ในความดูแล: 23 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 25 กันยายน 2566 (ผู้ป่วยถึงแก่กรรม)
รวมระยะเวลา 34 วัน

2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย :

การวินิจฉัยโรค Pancreatic cancer with retroperitoneal and peritoneal metastasis with ascites
การรักษาในการ admit ครั้งนี้ Palliative treatment with Pressurized intra peritoneal aerosol chemotherapy (PIPAC) procedure

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการอ่อนเพลียมาก จุกแน่นท้อง หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียนวันละ 2-3 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มีนาคม 2563 ท้องอืด แน่นท้องเวลารับประทานอาหาร ปวดท้องมาก ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนได้ยา

- มารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น
- เมษายน 2563 ไปตรวจที่โรงพยาบาลรามาริบัติ แพทย์สั่งทำ CT WHOLE ABDOMEN พบเป็นมะเร็งตับอ่อน
- 25 พฤษภาคม 2563 ทำผ่าตัด Whipple operation ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และให้ยาเคมี สูตร (Cisplatin/Gemcitabine) ต่อ จำนวน 12 cycle ผู้ป่วยรับยาเคมีครบตามแผนการรักษา เดือนตุลาคม 2563 และไปรับการตรวจติดตาม ตามแพทย์นัดทุกครั้ง
- กุมภาพันธ์ 2566 เกิด Ascites พบแพทย์ เจาะท้อง ส่ง Ascites fluid ตรวจ Cytology และนัดทำ CT Chest +Whole Abdomen
- 25 เมษายน 2566 ฟังผลตรวจ พบว่าผลตรวจ CT Chest + Whole Abdomen: Possibly peritoneal metastasis ผลตรวจ Cytology (Ascites fluid): Consistent with metastasis poorly differentiated adenocarcinoma
- 2 พฤษภาคม 2566 ได้รับยาเคมีบำบัด Cisplatin/Gemcitabine cycle 1 ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ
- 15 พฤษภาคม 2566 นัดรับยาเคมี Cycle 2 แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปรับยาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ เนื่องจากได้ไปสืบค้น ข้อมูลการรักษาด้วยตนเองทางสื่อ Internet และมีความประสงค์จะมาปรึกษาแพทย์ ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติเรื่องการรักษาด้วยวิธี Hyper thermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC)
- 19 พฤษภาคม 2566 นำประวัติมาปรึกษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เรื่องต้องการรักษาด้วยวิธี HIPEC ได้วันนัด เพื่อพบแพทย์ 2 มิถุนายน 2566
- 22 พฤษภาคม 2566 มีอาการแน่นท้องมาก ได้กลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติอีกครั้ง แพทย์ทำ Abdominal tapping 2,000 ml.
- 2 มิถุนายน 2566 มาพบแพทย์ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติตามนัด ปรึกษาเรื่องทำ HIPEC แพทย์อธิบาย ข้อดี และข้อจำกัดต่างๆของการทำ HIPEC และแจ้งว่าเงื่อนไขภาวะโรคมีข้อบ่งชี้ไม่ชัดเจน กับการทำHIPEC จึงแนะนำทางเลือกให้ผู้ป่วยคือการทำ Pressurized Intraperitoneal Aerosolized Chemotherapy (PIPAC) เพื่อช่วยควบคุมการลุกลามของมะเร็ง ในเยื่อช่องท้อง โดยวางแผนทำ PIPAC หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด cycle 2 ที่โรงพยาบาลรามาริบัติแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์ นัดทำ PIPAC ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ วันที่ 27 มิถุนายน 2566
- 6 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยกลับไปรับยาเคมีบำบัด Cisplatin/Gemcitabine cycle 2 ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ
- 9 มิถุนายน 2566 มาตรวจตามนัดที่คลินิกทางเดินอาหารและตับ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์ส่งปรึกษา หน่วยเคมีบำบัด เพื่อพิจารณาให้ยาเคมีต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยนัดพบแพทย์เคมีบำบัด วันที่ 16 มิถุนายน 2566
- 12 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย ท้องบวมโต ตาตัวเหลือง มาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ก่อนวันนัด ผลเลือด Alk. phosphatase (ALP) > 800 U/L (ค่าปกติ 30-126 U/L) แพทย์ทำ abdominal tapping และนัดทำ CT Abdomen

- 16 มิถุนายน 2566 มาตรฐานตามนัดคลินิกเคมีบำบัด ผล lab: Hct=28.3, Hb=9.8, Alb=3.4 แพทย์สั่งให้ LPRC 1 unit นัดให้ยาเคมีบำบัดแบบ Palliative chemotherapy cycle 3 วันที่ 11 กรกฎาคม 2566
- 26 มิถุนายน 2566 Admit ที่หอผู้ป่วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อทำ PIPAC วันที่ 27 มิถุนายน 2566 และจำหน่ายวันที่ 29 มิถุนายน 2566 รวมเวลา 3 วัน
- 11 กรกฎาคม 2566 รับยาเคมีบำบัด cycle 3 ตามนัด Cisplatin/Gemcitabine ที่ศูนย์บริหารยาเคมีบำบัด แบบ OPD case มีนัดให้ยาเคมีครั้งต่อไป วันที่ 19 กรกฎาคม 2566
- 14 กรกฎาคม 2566 มาตรฐานตามนัดที่คลินิกทางเดินอาหารและตับ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง+แน่นอึดอัดท้อง เป็นบางครั้ง แพทย์ทำ Abdominal tapping under ultrasound = 1200 ml. และ นัดทำ PIPAC ครั้งที่ 2 วันที่ 4 สิงหาคม 2566
- 19 กรกฎาคม 2566 มารับยาเคมีบำบัด cycle 3 (Cisplatin/Gemcitabine) ที่ศูนย์บริหารยาเคมีบำบัด แบบ OPD case แพทย์นัดตรวจติดตามวันที่ 21 กรกฎาคม 2566
- 21 กรกฎาคม 2566 มาตรฐานติดตาม ตามนัดที่คลินิกเคมีบำบัด ผล lab: Hb=9, Hct=25.4, Na=131, K=3.5, Cl=89, HCO3=31, Mg=2, Ca=8.9 แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อ Supportive + Hydration จำหน่ายวันที่ 23 กรกฎาคม 2566
- 3 สิงหาคม 2566 Admit ที่หอผู้ป่วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อทำ PIPAC ครั้งที่ 2 วันที่ 4 สิงหาคม 2566 จำหน่าย วันที่ 7 สิงหาคม 2566 รวม 3 วัน
- 16 สิงหาคม 2566 มาสถาบันมะเร็งแห่งชาติก่อนวันนัด ด้วยอาการอ่อนเพลีย จุกแน่นท้องมาก หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียนวันละ 2-3 ครั้ง มา 1 สัปดาห์ แพทย์รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล (admit ที่หอผู้ป่วย) plan ทำ Esophagogastroduodenoscopy (EGD)
- 23 สิงหาคม 2566 แพทย์เจ้าของไข้เปลี่ยนแผนการรักษาเป็น Palliative care ส่งปรึกษาทีม Palliative care

ประวัติสุขภาพในอดีต

- ต่อมลูกหมากโต 3 ปี (วินิจฉัยเมื่อ ตุลาคม 2564) รักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดี รับประทานยาประจำ
- โรคซึมเศร้า (วินิจฉัยเมื่อ ตุลาคม 2564) รักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง รับประทานยาประจำ
- ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรง
- ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นครั้งคราว เมื่อต้องเข้าสังคม
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร และสารเคมีใดๆ

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรง และโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัว (ข้อมูลจากผู้ป่วยและบุตรสาว)

ผู้ป่วยเกิดที่จังหวัดพัทลุง มีพี่น้อง 10 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 3 บิดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเมื่ออายุ 45 ปี มารดาอายุ 83 ปี สุขภาพแข็งแรงดี ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เดิมทำงานเป็นหัวหน้าอุทยานแห่งหนึ่ง เมื่อป่วยต้องเข้ามารักษาตัวในกรุงเทพมหานคร จึงย้ายเข้ามาทำงานที่ส่วนกลาง ในกรุงเทพมหานคร ภรรยารับราชการอยู่ต่าง มีบุตรสาว 2 คน บุตรสาวคนโตอายุ 32 ปี แต่งงานมีครอบครัวแล้วกำลังตั้งครรภ์ บุตรสาวคนเล็ก

อายุ 30 ปี รับราชการ กำลังจะแต่งงาน ผู้ป่วยปกติเป็นคนหนึ่งๆ ค่อนข้างเงียบขรึม จริงจังกับการทำงาน ดูเหมือนคนดู แต่ไม่ดู อธิบายดี ใจดี พุดจาสุภาพ เป็นที่รักใคร่ของทุกคนในครอบครัว เป็นที่รักและเคารพของผู้ใต้บังคับบัญชา รวมถึงผู้ร่วมงานทุกคน

แหล่งที่มาของข้อมูลได้จาก : ผู้ป่วย/ บุตรสาวคนเล็ก/ เวชระเบียนผู้ป่วย

สรุปภาวะสุขภาพและการเข้ารับไว้ในความดูแล (วันที่ 23 สิงหาคม 2566 ที่หอผู้ป่วยพิเศษ)

ผู้ป่วยชายไทย ผสมสันเกรียน ผิวขาว รูปร่างผอม สันทัด รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ถามตอบได้ชัดเจน สีหน้าครุ่นคิด กังวล ช่วยเหลือตัวเองได้ นั่งนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ดูอ่อนเพลีย มีตาตัวเหลืองเล็กน้อย ท้องโตปวดแน่นอึดอัดท้อง Pain score = 4 คะแนน มีคลื่นไส้อาเจียน On Nasogastric tube ต่อ suction แบบ Intermittent suction มี content ออกเป็นน้ำสีเขียวเข้ม จำนวน 400 ml. แพทย์สั่งให้รับประทานยาและจิบน้ำได้ทางปาก, ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Kabiven) ทาง Central line (Port A Cath) ปัสสาวะ/อุจจาระเองได้ในห้องน้ำ โดยมีบุตรสาวคอยช่วยเหลือประคองเดินเข้าห้องน้ำและทำกิจกรรมต่างๆ

Vital sign: - อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation) = 98 % น้ำหนัก 47 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = 17.28 kgs/m² PPS V2 = 50 %, ECOG = 3

3. การประเมินภาวะสุขภาพ และการตรวจร่างกาย

3.1 การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน (Functional health patterns)

ตารางที่ 6 การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน (Functional health patterns)

แบบแผนสุขภาพ	การซักประวัติ / การสังเกต / การตรวจร่างกาย
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	<p>1.1 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน</p> <p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วย เนื่องจากลักษณะงานของผู้ป่วยเป็นเจ้าหน้าที่พิทักษ์ป่าไม้ ของอุทยานแห่งชาติ ซึ่งต้องมีสุขภาพแข็งแรง จึงตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมาก ทั้งเรื่องเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราบ้างเล็กน้อยเมื่อมีงานสังสรรค์ ผู้ป่วยบอกว่า ต้องระมัดระวังตนเอง ไม่ให้ดื่มมากจนขาดสติ เพราะงานพิทักษ์ป่าทำให้มีปัญหากับผู้ที่มีอิทธิพล จึงต้องระมัดระวังตัว และต้องดูแลสุขภาพให้พร้อม โดยการออกกำลังกายทุกวัน ไม่เคยเจ็บป่วยแบบต้องเข้านอนโรงพยาบาลมาก่อน</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งระดับอ่อน ไม่ทราบสาเหตุที่ตนเองเป็น แต่ผู้ป่วยคาดว่าน่าจะมาจากความเครียดจากงานที่ต้องเสี่ยงภัยหลายๆอย่าง ได้รับการรักษาโรคมะเร็งด้วยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดจนครบ 12 ครั้ง ที่โรงพยาบาลรามธิบดี พยายามปฏิบัติตัวตามที่แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำและมาตรวจติดตามตามแพทย์นัดทุกครั้ง</p>

แบบแผนสุขภาพ	การช้กประวัติ / การสังเกต / การตรวจร่างกาย
	<p>4 เดือนก่อน มีน้ำในช่องท้อง เจาะน้ำตรวจและทำ CT แพทย์แจ้งผลว่า มีการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง และลูกกลมไปในช่องท้อง แพทย์วางแผนการรักษา โดยให้ยาเคมีอีกครั้ง ได้รับยาเคมี 1 ครั้ง ขณะรับการรักษามีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากคนรู้จัก อินเทอร์เน็ต หนังสือต่างๆ มีผู้แนะนำเกี่ยวกับการทำ HIPEC จึงมีความคาดหวังว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการทำ HIPEC จะทำให้อาการดีขึ้นเรื่อยๆจนหาย สามารถกลับมารับประทานอาหารได้ ไปทำงานได้ กลับมาใช้ชีวิตปกติได้อีกครั้ง จึงได้ปรึกษากับแพทย์และขอประวัติการรักษามาปรึกษาเรื่องการทำ HIPEC ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาจากการทำ HIPEC เป็น PIPAC เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่เกินไปตามข้อบ่งชี้ในการรักษา และให้ยาเคมีแบบ Palliative chemotherapy ต่อผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี เพราะอยากหายกลับไปทำงานได้</p> <p>ภรรยาและบุตรสาว 2 คน รับรู้ว่าคุณป่วยเป็นมะเร็งตับอ่อน มีการกลับเป็นซ้ำและการแพร่กระจายของโรคไปที่ช่องท้อง มีความคาดหวังเหมือนผู้ป่วยว่า การรักษาด้วยวิธีทำ HIPEC จะช่วยให้บิดาหายจากอาการปวดแน่นท้องได้ ครอบครัว(ภรรยาและบุตรสาว2คน) ผลัดกันมาดูแล โดยบุตรสาวคนที่2/2 เป็นผู้ดูแลหลัก มีมารดาของผู้ป่วย(83ปี) ญาติพี่น้อง และเพื่อนร่วมงาน มาเยี่ยมหรือโทรศัพท์มาให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้ยาสมุนไพร</p> <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Denial stage : ยังคาดหวังเกี่ยวกับการรักษาว่า จะหายและกลับไปทำงานได้)</p>
<p>2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร</p>	<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยรูปร่างสัทัด มีกล้ามเนื้อแข็งแรง ตามลักษณะของนักวิ่งมาราธอน พยายามเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แต่ไม่ค่อยตรงเวลาตามมื้ออาหาร เนื่องจากจะทำงานให้เสร็จเรียบร้อยก่อนจึงจะรับประทานอาหาร</p> <p>ช่วงวัยหนุ่ม การทำงานส่วนใหญ่ต้องลงพื้นที่หรือทำงานในป่าจะรับประทานอาหารไม่ครบมื้อ ไม่ตรงเวลา บางวันรับประทานมื้อเดียว บางครั้งเป็นอาหารลักษณะแห้งๆรับประทานง่ายๆ เช่น ข้าวเหนียวกับเนื้อเค็มห่อใบตอง บางครั้งต้องรับประทานร่วมกับชาวบ้านในพื้นที่ เป็นอาหารสุกๆดิบๆ ที่คนในท้องถิ่นปรุงให้รับประทาน เช่น ลาบก้อย ต้มเครื่องใน เป็นต้น มีการดื่มสุราร่วมด้วย ส่วนใหญ่เป็นเหล้าที่ชาวบ้านต้มเอง หรือเหล้าขาว เมื่ออายุมากขึ้น มีตำแหน่งสูงขึ้น จะระมัดระวังเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมากขึ้น โดยจะเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และดื่มสุราบ้างเมื่อเข้าสังคม ซึ่งจะดื่มอย่างมีสติ เนื่องจากลักษณะงานทำให้ต้องระวังตัว</p>

แบบแผนสุขภาพ	การซักประวัติ / การสังเกต / การตรวจร่างกาย
	<p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ช่วงที่โรคกลับเป็นซ้ำและมีการลุกลามไปในช่องท้อง ผู้ป่วยมีภาวะท้องมาน มีอาการปวดแน่นอึดท้อง รับประทานอาหารได้น้อยลง แต่มีอาหารทางการแพทย์ชงดื่มเสริมระหว่างมื้อครั้งละ 100 ml.จำนวน 5-6 ครั้งต่อวัน เมื่อการดำเนินของโรคมามากขึ้น ปริมาณการรับประทานอาหารของผู้ป่วยก็ลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากภาวะของโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา มีอาการปวดบิดในท้อง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ท้องโต แน่นอึดอึดท้องมากขึ้น มีคลื่นไส้อาเจียนเป็นน้ำสีเขียวคล้ำๆออกวันละ 500-1000 ml. (ช่วงเข้านอนในโรงพยาบาล 5 วันแรก; วันที่ 16-20 สิงหาคม 2566) ต่อมาแพทย์สั่งให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral nutrition :TPN) ทาง central line และใส่สายอาหารแบบผ่านรูจมูกลงไปยังกระเพาะอาหาร(Nasogastric Tube) ต่อลงถุงเพื่อระบายของเหลว สลับกับการต่อกับเครื่องดูดของเหลวจากกระเพาะอาหารแบบเว้นระยะ (Intermittent suction) โดยให้รับประทานยาและจิบน้ำได้ทางปาก มีของเหลว (content) เป็นน้ำสีเขียวออกประมาณ 1500-2000 ml./day</p> <ul style="list-style-type: none"> - จากการสังเกตและตรวจร่างกาย ลักษณะซบผอม เปลือกตาล่างซีด ตาขาวสีออกเหลือง แก้มตอบเล็กน้อย ปากแห้งเป็นร่อง กล้ามเนื้อแขนและขาเป็นมัดชัดเจน แต่ไม่ตึงตัว ดูหยาบยานและลีบเล็กลง ผิวหนังแห้ง บริเวณแขนและหน้าแข้งแห้ง เป็นขุยเล็กน้อย - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าฮีโมโกลบิน = 12.7 g/dl ฮีมาโตคริต= 35.2 % อัลบูมินในเลือด 3.6 g/dl - ประเมินดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) - ข้อมูลจากการประเมินของงานโภชนาการพบ ภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง <p>แรกรับ (ประเมินวันที่ 16 สิงหาคม 2566) น้ำหนัก 47 kg ส่วนสูง 165 cm, BMI = 17.28 kgs/m² วันที่รับไว้ในการดูแล (ประเมินวันที่ 23 สิงหาคม 2566) น้ำหนัก 45 ส่วนสูง 165 cm, BMI = 16.54 kgs/m²</p> <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยมีปัญหาด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร</p>
3. การขับถ่าย	<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>การปัสสาวะและอุจจาระปกติ สามารถขับถ่ายได้ด้วยตนเองในท้องน้ำ เฉลี่ยปัสสาวะวันละ 3- 4 ครั้ง อุจจาระ 1-2 วัน/ครั้ง เมื่อ 3 ปีก่อนมีปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัด ไหลออกช้า ไปตรวจที่โรงพยาบาลพบเป็นโรคต่อมลูกหมากโต เฉลี่ยปัสสาวะวันละ 6-7 ครั้ง มีปัสสาวะนาน ไหลออกช้าๆ สะดุดเป็นช่วงๆ บางครั้งกลั้นปัสสาวะไม่อยู่</p>

แบบแผนสุขภาพ	การซึบประวัติ / การสังเกต / การตรวจร่างกาย
	<p>การซึบเหงื่อปกติ จะมีเหงื่อออกมาก ช่วงเวลาที่ออกกำลังกาย อยู่กลางแจ้ง วันที่มีแดดจัด มีอากาศร้อนอบอ้าว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง วันละ 6-7 ครั้ง ใช้เวลาปัสสาวะนาน บางครั้งกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ช่วงแรกที่พักอยู่ที่หอผู้ป่วยปกติ ในเวลากลางวันจะให้ญาติพุงเดินไปปัสสาวะในห้องน้ำ เวลากลางคืนจะลงมายืนปัสสาวะใส่กระบอกปัสสาวะตรงข้างเตียง ช่วงที่นอนอยู่หอผู้ป่วยหนัก ใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุงปัสสาวะ มีอาการท้องผูก จากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง และได้รับแก้ปวดกลุ่ม Strong Opioid - ถ่ายอุจจาระสีออกซีด เกือบทุกวัน ปริมาณไม่มากเท่าเดิม - ใส่สายอาหารแบบผ่านรูจมูกลงไปยังกระเพาะอาหาร (Nasogastric Tube) ต่อลงถุงเพื่อระบายของเหลว สลับกับการต่อกับเครื่องดูดของเหลวจากกระเพาะอาหารแบบเว้นระยะ (Intermittent suction) มีของเหลว (content) เป็นน้ำสีเขียวออกประมาณ 1500-2000 ml./day <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการซึบถ่าย ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการซึบถ่าย</p>
<p>4.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</p>	<p>ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเองได้ตามปกติ ขับรถไปทำงานได้ สามารถเดินป่าได้เป็นวัน ชอบออกกำลังกาย เป็นตัวแทนนักกีฬาของหน่วยงานไปแข่งวิ่งมาราธอน ได้ด้วยรางวัลและเหรียญรางวัลมากมายหลายสนามแข่ง</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วงเริ่มเจ็บป่วยและหลังครบการรักษาในช่วงแรกยังสามารถออกกำลังกายได้ ผู้ป่วยจะเดินรอบๆ สวนสาธารณะ - ช่วงที่โรคกลับเป็นซ้ำต้องนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ แต่จะพยายามช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น ลุกเดินเข้าห้องน้ำเอง โดยมีญาติคอยดูแลช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ - ช่วงอยู่หอผู้ป่วยหนัก ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา รู้สึกเครียด อึดอัดใจ ต้องการลุกขึ้นมา นั่ง ห้อยขา ต้องการลงจากเตียงเพื่อให้เท้าได้สัมผัสพื้นและลงน้ำหนัก กลัวขาลีบ อ่อนแรง กลัวเดินไม่ได้ ส่งผลกระทบให้เครียดมากจนมีความคิดฆ่าตัวตาย - ช่วง 1 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ อ่อนเพลียมากขึ้น เหนื่อย แน่นท้องมากขึ้น เท้าบวม ขาบวมทั้ง 2 ข้าง +3 ลูกเดินไม่ได้ นอนหลับเป็นส่วนใหญ่ โดยมีญาติคอยช่วยเหลือตลอดเวลา <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีปัญหาด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย</p>

แบบแผนสุขภาพ	การช้กประวัติ / การสังเกต / การตรวจร่างกาย
<p>5.การพักผ่อนนอนหลับ</p>	<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดิมผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืนประมาณ 5-7 ชั่วโมงต่อวัน (เข้านอนเวลา 22.00-24.00 น. ตื่นนอนเวลา 4.00-05.00 น.) นอนหลับสนิท ปฏิเสธปัญหาเรื่องการนอนหลับ ไม่เคยนอนพักช่วงกลางวันเนื่องจากต้องทำงาน - ช่วง 4-5 ปี ก่อนเจ็บป่วย มีปัญหาเรื่องแบบแผนการนอน เนื่องจากมีปัญหาขัดแย้งกับนั้กการเมือง ซึ่งเป็นผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ โดยทำหน้าที่จับกุมและขัดขวางการบุกรุกป่าไม้ ทำให้นั้กการเมืองโกรธแค้นและมุ่งหมายเอาชีวิต ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนที่นอนบ่อยๆ ทำให้นอนหลับได้ไม่สนิท จนชินและติดเป็นนิสัย ถึงแม้ว่าจะเปลี่ยนที่ทำงานไปอีกพื้นที่หนึ่ง ผู้ป่วยยังคงนอนหลับยากและหลับไม่สนิท แต่ผู้ป่วยจะใช้วิธีสวดมนต์และนั่งสมาธิก่อนนอนทุกวัน ซึ่งช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้นบ้าง <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>มีปัญหาในการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนหลับได้ไม่สนิท หลับได้ช่วงสั้นๆ หลับๆ ตื่นๆ หลับได้ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่น อึดอัดท้องและหลัง หลังจากได้รับยาฉีดแก้ปวดแล้วก็จะหลับได้ ประมาณ 2-3 ชั่วโมง ส่วนใหญ่หลับได้ในช่วงใกล้รุ่งเช้า ในช่วงกลางวันนอนหลับพักผ่อนพอได้บ้าง ผู้ป่วยบอก “ตอนนี้ไม่สามารถสวดมนต์ได้เลย สวดไม่ไหวเพราะไม่มีสมาธิ” จากการสังเกต ผู้ป่วยสีหน้าดูอ่อนล้า แหวงตากังวล เนื่องจากอาการแสดงของโรคมามากขึ้น ผู้ป่วยกังวลว่าจะรักษาไม่หาย รู้สึกว่า “ยิ่งรักษาอาการยิ่งแย่ลง” “มีวิธีไหนที่รักษาให้หายได้บ้าง” บุตรสาวบอกว่า “พ่อชอบคิดมาก ห่วงงานมากกว่าห่วงตัวเอง ความกังวลเรื่องงานเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พ่อนอนไม่หลับ”</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยหลับมากขึ้นในช่วงกลางวัน แต่จะตื่นในช่วงกลางคืน <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ</p> <p>ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการพักผ่อนและนอนหลับ</p>
<p>6.สติปัญญาและการรับรู้</p>	<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยมีสติปัญญาดี ความคิด ความจำและการตัดสินใจปกติ ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้วัน เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง</p> <p>การรับรู้รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส ปกติ สามารถรับรู้กลิ่นและรสชาติได้ถูกต้อง ได้ยินเสียงปกติ ไม่ใช่เครื่องช่วยฟัง</p> <p>ผู้ป่วยมีลักษณะของความเป็นผู้นำ มีความชัดเจน การตัดสินใจเด็ดเดี่ยว เด็ดขาด เวลาพูดคุยดูเป็นคนมีหลักการและเหตุผลที่ดี การแสดงออกเป็นผู้มีวุฒิภาวะดี ชอบแสวงหาความรู้ ประสบการณ์ใหม่ๆ</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p>

แบบแผนสุขภาพ	การช้กประวัติ / การสังเกต / การตรวจร่างกาย
	<p>มียังคงมีสติปัญญาดี พุดคุยถามตอบ สื่อสารได้ถูกต้อง ความจำดี เล่าเรื่องในอดีตสมัยวัยเด็กที่เข้ามากรุงเทพฯ เพื่อสอบเข้าเรียนต่อที่โรงเรียนป่าไม้ ได้อย่างภาคภูมิใจ การได้ยินชัดเจน รับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากรับรู้เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคจากแพทย์ มีการแสวงหาข่าวสาร ความรู้เกี่ยวแนวทางการรักษาให้ตนเองเช่นการทำ HIPEC จากช่องทางต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต เพื่อน สอบถามผู้รู้ต่างๆ เป็นต้น เมื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยก็ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี</p> <p>ระดับความรู้สึกรู้ตัว Glasgow Coma Scale = E4V5M6 Conscious = 1, Sedation score = 0</p> <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการรู้คิด การรับรู้ การสื่อสาร ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านสติปัญญา การรับรู้และการสื่อสาร</p>
<p>7.การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์</p>	<p>ก่อนเจ็บป่วย รับรู้ว่าตนเองแข็งแรง เนื่องจากเป็นนักกีฬา ทำงานเกี่ยวกับการพิทักษ์ผืนป่าไม้/อนุรักษ์สัตว์ป่าและพันธุ์พืชในประเทศไทย เป็นหัวหน้าชุดเหยี่ยวดงที่คอยปราบปรามผู้ลักลอบตัดไม้และตามทวงพื้นที่คืนจากนายทุนผู้บุกรุก ป่าไม้ มีความภาคภูมิใจในงาน การทำหน้าที่ และความซื่อสัตย์ของตนเอง จนได้รับคำชมเชยว่าเป็น“ข้าราชการน้ำดี”ของกรมป่าไม้ และมีความภาคภูมิใจที่ได้รับรางวัลข้าราชการดีเด่น ปี 2557 จากกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกคับข้องใจ ว่า ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงกว่าคนอื่นๆในวัยเดียวกัน เพราะเป็นนักกีฬา ออกกำลังกายตลอด ดูแลตนเองอย่างดี ทำไมจึงป่วยเป็นมะเร็งได้ “ทำไมคนที่กินเหล้าสูบบุหรี่มาทั้งชีวิตไม่เห็นเป็นอะไรเลย” - รับรู้จากแพทย์ว่าตนเองมีการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งระดับอ่อนลุกลามไปในช่องท้อง จึงแสวงหาทางเลือกในการรักษา และพบว่าวิธีการรักษาแบบ HIPEC จะช่วยรักษาโรคให้ดีขึ้นได้ ช่วงแรกที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยคาดหวังว่าจะหายและกลับไปทำงานได้ แต่เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น มีความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคที่ลุกลามไปอวัยวะต่างๆ และอาการข้างเคียงจากการรักษา มีอาการปวดและอาการรบกวนมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง เสียคุณค่าในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง เริ่มไม่มั่นใจว่าจะหายจากการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกท้อแท้ /สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ประเมิน 8Q=9 คะแนน มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตายระดับปานกลาง จึงรายงานแพทย์ ส่งปรึกษาหน่วยพยาบาลให้การปรึกษา (Counseling) และเยี่ยมติดตามดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยสม่ำเสมอ และช่วยประคับประคองจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและมีการปรับตัวที่เหมาะสมได้

แบบแผนสุขภาพ	การช้กประวัติ / การสังเกต / การตรวจร่างกาย
	<p>ช่วง 2 สัปดาห์สุดท้าย ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจและทำใจยอมรับกับวาระสุดท้ายมากขึ้น มีการประชุมพูดคุยเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลรักษาและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีการประเมินค้นหาความปรารถนาครั้งสุดท้าย (last wish) พบว่าผู้ป่วยอยากไปร่วมงานแต่งงานบุตรสาวคนเล็กที่จะจัดขึ้นในอีก 2 เดือนข้างหน้า แต่สภาพร่างกายของผู้ป่วยทรุดลงมาก ต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา จึงได้มีการพูดคุยปรึกษากับครอบครัวเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยจะร่วมกันจัดงานแต่งงานเล็กๆให้ผู้ป่วยได้อย่างพรให้บ่าวสาวตามต้องการ แต่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงก่อนวันดำเนินการ จึงทำได้เพียงให้บุตรสาวและบุตรเขยไหว้ขอพรผู้ป่วยที่เตียง หลังจากนั้น 1 วัน ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก</p> <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์ ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์</p>
<p>8. บทบาทและสัมพันธภาพ</p>	<p>ก่อนเจ็บป่วย สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวดี ผู้ป่วยสถานภาพสมรส รับราชการอยู่กรมป่าไม้ ย้ายไปประจำตามจังหวัดต่างๆ ภรรยารับราชการ เป็นนักวิชาการ สังกัดหน่วยราชการแห่งหนึ่ง โดยวันหยุดสุดสัปดาห์ ผู้ป่วยจะขับรถกลับมาอยู่กับครอบครัวที่กรุงเทพมหานคร มีบุตรสาว 2 คน บุตรสาวคนโตเป็นเภสัชกร มีธุรกิจร้านขายยาของตนเอง แต่งงานแล้ว ยังไม่มีบุตร บุตรสาวคนเล็กรับราชการ เป็นสัตวแพทย์ สังกัดหน่วยราชการแห่งหนึ่ง ก่อนการเจ็บป่วยมีบทบาทเป็นผู้ดูแลครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน มีบทบาทเป็นหัวหน้าหน่วยงาน เมื่อป่วยต้องย้ายมาทำงานบริหารในหน่วยราชการส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีภรรยาและบุตรสาวคนเล็กเป็นผู้ดูแลหลัก และมีญาติพี่น้องผลิตกันมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลตลอด มารดาเดินทางมาจากพัทลุงและพักอยู่กับน้องสาวผู้ป่วยที่กรุงเทพมหานคร เพื่อจะมาเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยทุก ๆ 2-3 วัน - ผู้ป่วยไม่สามารถไปทำงานได้เหมือนเดิมเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง จากการสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการทำงาน ไม่สามารถรับผิดชอบงานสำคัญได้เหมือนเดิม - ไม่พร้อมที่จะแจ้งข่าวการเจ็บป่วยกับเพื่อนร่วมงาน ไม่ต้องการให้เพื่อนร่วมงานมาเยี่ยม เนื่องจากไม่ต้องการให้เพื่อนร่วมงานเห็นภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อยากให้ลูกน้องจดจำแต่ภาพของตนเอง ว่าเป็นหัวหน้าที่แข็งแกร่ง เข้มแข็ง มีความเป็นผู้นำจัดการได้ทุกเรื่อง ไม่ต้องการให้เพื่อนร่วมงานเห็นว่าตนเองอ่อนแอ ไม่สมบูรณ์แบบเหมือนเดิม

แบบแผนสุขภาพ	การซักประวัติ / การสังเกต / การตรวจร่างกาย
	<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>ผู้ป่วยมีปัญหาด้านบทบาทและสัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงในด้านสังคม หน้าที่การงานและภาพลักษณ์</p>
9.เพศและการเจริญพันธุ์	<p>ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศสภาพของตน ประเมินผู้ป่วยไม่พบมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือมีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่เป็นโรคเอดส์ เป็นโรคต่อมลูกหมากโต 3 ปี</p> <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์</p>
10.การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยเป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็นที่รักของผู้ร่วมงานทุกคน เป็นคนจริงจัง เวลาส่วนใหญ่อุทิศให้กับการทำงาน ลักษณะงานที่ทำค่อนข้างเสี่ยง ต้องระมัดระวังตัว ทำให้ต้องเผชิญความเครียดสะสม ตลอดเวลา ในช่วงที่เป็นหัวหน้าหน่วย ประจำอยู่ต่างจังหวัด ต้องทำหน้าที่จับกุมกับนักการเมืองซึ่งเป็นผู้มีอิทธิพลในท้องถิ่นที่บุกรุกป่าไม้ ล่าสัตว์ป่า และทำผิดกฎหมาย ทำให้ถูกขู่จะฆ่า จึงต้องคอยระมัดระวังตัวตลอดเวลา</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งตับอ่อน รู้สึกเหมือนถูกซ้ำเติม เครียด เศร้า ผิดหวัง พบว่าเป็นโรคมะเร็ง แต่ไม่เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย ไปรับการรักษาโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้ยอมรับประทานประจำอาการดีขึ้น จึงตัดสินใจย้ายเข้ามาทำงานที่ส่วนกลาง ในกรุงเทพมหานคร และเพื่อให้พ้นออกมาจากสิ่งแวดล้อมเดิมและสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษาโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง - เมื่ออยู่ที่ทำงานใหม่ลักษณะงานที่ทำเป็นงานบริหาร ต้องประชุม เช่นเอกสาร ผู้ป่วยจึงต้องปรับตัวใหม่ ซึ่งสามารถปรับตัวได้ดี สามารถเข้าร่วมประชุมกับองค์กรต่างๆทั้งในระดับหน่วยงานภายในประเทศและระดับสากลในต่างประเทศได้ - เมื่อรับรู้โรคมะเร็งมีการกลับเป็นซ้ำของโรคและกระจายไปในช่องท้อง ผู้ป่วยมีความเครียดกังวลเกี่ยวกับการรักษา พยายามค้นหาแนวทางการรักษาใหม่ให้ตนเอง มีความคาดหวังในการรักษาเต็มที่ว่าจะหายได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี - ช่วงนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง บางครั้งถูกผูกยึดมือไว้กับข้างเตียงในช่วงกลางคืนเนื่องจากภาวะสับสน ทำให้ผู้ป่วยเครียดมาก รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าตนเองหมดสภาพ อดอยาก อดนอน อดไปต้องเป็นภาระของครอบครัว มีความคิดฆ่าตัวตาย <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด</p>

แบบแผนสุขภาพ	การซักประวัติ / การสังเกต / การตรวจร่างกาย
	ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปรับตัวทนต่อความเครียดและการจัดการกับความเครียด
11.ความเชื่อ	<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เคยบวชพระมาแล้ว สวดมนต์ก่อนนอนทุกวัน ไปวัดทำบุญบ้างตามเทศกาลหรือเมื่อมีโอกาส มีความเชื่อในเรื่องบาป-บุญคุณโทษ “ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” ผู้ป่วยมีความศรัทธาเลื่อมใสหลวงปู่ทวด มีพระหลวงปู่ทวดแขวนคอไว้ตลอดตั้งแต่เด็ก ช่วงที่ทำงานในพื้นที่ป่าไม้</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกผิดหวัง คิดว่า“ทำดีมาตลอดชีวิต ทำไมต้องเป็นโรคที่รักษาไม่หาย” “ผมเป็นนักกีฬาร่างกายแข็งแรงไม่เคยป่วยเลยทำไมเป็นมะเร็งได้ ส่วนคนที่กินไม่เลือก ทั้งกินเหล้าสูบบุหรี่ทุกวัน ไม่เห็นเป็นอะไรเลย” - ได้รับความกังวลใจจากครอบครัวญาติพี่น้อง ทำให้อดทนต่อสู้กับโรคและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ อยากให้มีปาฏิหาริย์เกิดขึ้นอยากหายกลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม - ไม่สามารถสวดมนต์นั่งสมาธิได้เหมือนเดิม เนื่องจากอาการรบกวนทางกาย และความเครียดกังวลเนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ยอมรับเกี่ยวกับภาวะของโรค บอก “ไม่มีสมาธิ ลองพยายามสวดมนต์แล้วแต่ทำไม่ได้” <p>สรุปผลการประเมินแบบแผนคุณค่า ความเชื่อและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ</p> <p>ผู้ป่วยมีปัญหาในด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง</p>

3.2 การตรวจร่างกายตามระบบ (Review of systems) (วันที่ 23 สิงหาคม 2566)

อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 107/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือด (o2 saturation) 98 %

น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 16.54 kgs/m²

ระบบประสาทและความรู้สึก

ระดับความรู้สึกตัวดี พูดจาโต้ตอบได้ปกติ ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ปกติ การรับรู้ตามสภาพความเป็นจริง ไม่มีประสาทหลอนหรือแปลภาพผิด การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ กล้ามเนื้อแขน 2 ข้าง กำลังปกติ ขาทั้ง 2 ข้าง บวมเล็กน้อย

ผิวหนัง

ผิวซีดเหลือง เป็นสีของน้ำดีเล็กน้อย ผิวค่อนข้างแห้ง แขนเป็นกระเล็กน้อยทั้ง 2 ข้าง ไม่มีผื่น เล็บมือ เล็บเท้าสะอาด ไม่มีนิ้วบวม

ศีรษะ ใบหน้าและคอ

ศีรษะ ได้รูป ขนาดปกติ ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุหรือผ่าตัดบริเวณศีรษะ การเคลื่อนไหวของศีรษะปกติ

ผม ผมสั้นเกรียน เส้นค่อนข้างใหญ่ สีดำ มีสีขาวยแซม ลักษณะมัน หนังศีรษะไม่มีรังแค

ใบหน้า สมมาตร เท่ากันทั้งสองข้าง

ตา มองเห็นชัดเจนดี ทั้ง 2 ข้าง ไม่มีต้อเนื้อหรือต้อกระจก รูม่านตาตามขนาด 3 มิลลิเมตร

มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง ขนตาและคิ้วสีดำสม่ำเสมอ เปลือกตาล่างซีด
Sclera สีเหลือง

ใบหู สมมาตร ลักษณะปกติ ได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีแผล ไม่มีก้อน ไม่มี Discharge ไหลออกจากหู ต่อมน้ำเหลืองหลังหูไม่โต ไม่มีกดเจ็บ

จมูก สมมาตร สันจมูกอยู่ในแนวตรง สันกลางไม่คด รับกลิ่นได้ปกติ ไม่มีแผล ไม่มี Discharge ไหลออกจากจมูก On NG tube ที่จมูกด้านขวา

ลำคอ รูปร่างสมมาตร ขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ต่อมไทรอยด์ทั้ง 2 ข้างไม่โต ไม่มีเส้นเลือดดำโป่งพองที่คอ

ริมฝีปากและช่องปาก ริมฝีปากซีด ปากแห้ง ลิ้นมีสีขาว ไม่มีรอยแตก ไม่มีแผล กระดกลิ้นได้ปกติ ไม่มีฟันผุ ไม่ใส่ฟันปลอม

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก

ทรวงอกรูปร่างปกติ เท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีก้อนบุ๋ม ออกถึง ออกไก่ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง การหายใจค่อนข้างเบา และตื้น เนื่องจากมีภาวะท้องมาน แน่นท้อง ฟังเสียงปอดไม่ที่เสียงหวีด หรือเสียงกรอบแกรบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เสียงหัวใจปกติ ไม่มี murmur ซี่พจรที่คอ แขน ขาหนีบ และหลังเท้าแรงสม่ำเสมอ อัตรา 96 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/69 มิลลิเมตรปรอท

ระบบทางเดินอาหาร

ท้องโตตึง (Ascites) อืดอืดแน่นท้อง ปวดท้องแบบ Visceral pain score 5-8 คะแนน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก แพทย์ใส่สายเพื่อดูดของเหลวในกระเพาะอาหาร (Nasogastric tube for intermittent suction) และให้สารอาหารผ่านทางหลอดเลือดดำใหญ่ (Total parenteral nutrition)

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

รูปร่างผอมบาง แขน 2 ข้างเคลื่อนไหวได้ปกติ ขา 2 ข้างพ้อมีแรงเดินไปห้องน้ำใกล้ๆได้ เท้า 2 ข้างบวม กด บวม +1 มีปวดเมื่อยขาข้างขวาช่วงกลางคืน pain score 1-3 คะแนน บริเวณต้นแขน ต้นขามีมัดกล้ามเนื้อให้เห็น ชัดเจนตามลักษณะของนักวิ่งมาราธอนแต่กล้ามเนื้อลีบเล็กลง และหย่อนคล้อย ไม่มีปัญหาเรื่องของกระดูกผิดปกติ

ระบบต่อมไร้ท่อ

ไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคของระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

เป็นโรคต่อมลูกหมากโต สามารถปัสสาวะเองได้เอง ปัสสาวะบ่อย ใช้เวลานาน ปัสสาวะออกน้อย สีขุ่น ไม่ขุ่น อวัยวะสืบพันธุ์ลักษณะทั่วไปปกติ

3.3 การประเมินด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วันที่ 23 สิงหาคม 2566 และ 4 กันยายน 2566)

3.3.1 ประเมินด้านจิตใจและอารมณ์

- มีความวิตกกังวลเรื่องโรคที่เป็นอยู่ มีความคาดหวังว่ารักษาครั้งนี้อาการจะดีขึ้น และกลับไปเข้าสู่กระบวนการรักษาตามแผนการรักษา ด้วยการทำ PIPAC ครั้งที่ 3 ได้ ซึ่งจะทำให้สามารถรักษาโรคให้หายได้ แต่เนื่องจากการดำเนินของโรคและอาการแสดงของโรคมามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดกังวลว่าจะไม่มีโอกาสรักษาโรคให้หายได้

- รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ต้องเป็นภาระให้กับครอบครัว
- รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่น ขาดความมั่นใจในตนเอง เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงการพบปะกับเพื่อนร่วมงาน ไม่ต้องการให้เพื่อนร่วมงานมาเยี่ยม ไม่ต้องการให้เห็นในสภาพที่เจ็บป่วยอ่อนแอ
- มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (4 ก.ย.2566) เนื่องจากรู้สึกชีวิตไร้คุณค่า หมดความหมาย บอก“ตอนนี้มีชีวิตอยู่ หรือไม่อยู่มีค่าเท่ากัน”

การประเมินโดยใช้เครื่องมือ

- (1) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q, 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต
- (2)แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale : THAI HADS)

ผลการประเมินด้านจิตใจก่อนและหลังทำกิจกรรมศิลปะบำบัดระหว่างการดูแล 2 ครั้ง

ตารางที่ 7 ผลการประเมินด้านจิตใจก่อนและหลังทำกิจกรรมศิลปะบำบัดระหว่างการดูแล 2 ครั้ง

วันที่	เครื่องมือประเมิน	คะแนนก่อนทำกิจกรรม	การแปลผล	คะแนนหลังทำกิจกรรม	การแปลผล
25 สิงหาคม 2566	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q, 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต				
	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q	มี 2 ข้อ	มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	ไม่มี	ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q	12	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	4	ไม่มีมีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก
	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 8Q	0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
	แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (THAI HADS)				
	แบบประเมิน THAI HADS อาการวิตกกังวล ข้อคี่	14	มีอาการวิตกกังวลมากในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช	2	ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช
	อาการซึมเศร้า ข้อคู่	8	มีอาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช	5	ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช
4	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q, 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต				
	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q	มี 2 ข้อ	มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	ไม่มี	ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q	14	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	4	ไม่มีมีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก
	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 8Q	3	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย	1	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
	แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (THAI HADS)				

กัณยาน 2566	แบบประเมิน(THAI HADS) อาการวิตกกังวล ข้อดี	11	มีอาการวิตกกังวลมาก ในขั้นที่ถือว่าผิดปกติ ทางจิตเวช	3	ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช
	อาการซึมเศร้า ข้อคู่	12	มีอาการซึมเศร้าในขั้นที่ ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช	5	ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช

3.3.2 ประเมินด้านสังคม

- สูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม ด้านอาชีพการงาน ไม่สามารถไปทำงานได้เนื่องจากภาวะเจ็บป่วย

3.3.3 ประเมินด้านจิตวิญญาณ

(1) ประเมินโดยใช้ แบบประเมิน FICA Spiritual History Tool ซึ่งเป็นการซักประวัติครอบคลุม 4 ด้านของมิติจิตวิญญาณ ประกอบไปด้วย F : Faith and belief, I : Importance, C : Community, A : Address in care

ผลการประเมินมิติที่ 1 ความศรัทธาและความเชื่อ (Faith and belief)

ผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าอาการปวดแน่นท้อง และอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เป็นอยู่จะค่อยๆบรรเทาและสามารถกลับมารับประทานอาหารได้ กลับบ้านได้ และกลับไปทำงานได้ ผู้ป่วยให้ความสำคัญและคุณค่าความหมายของชีวิตกับเรื่องของหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบในการพิทักษ์รักษาผืนป่าไม้มาก ในระหว่างรับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัด หลังได้รับยาเคมีผู้ป่วยจะพักเพียง 1 วัน แล้วกลับไปทำงานต่อ ในช่วงที่พบว่าโรคมียการแพร่กระจายและมีการรักษาต่อ ผู้ป่วยได้ย้ายเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยราชการส่วนกลาง ที่กรุงเทพมหานคร และยังพยายามไปทำงานทุกวัน

บุตรสาวบอกว่า “คุณพ่อรักงานมาก หายใจเข้าออกเป็นงาน เค้ไม่เคยยอมพักเลย ยังพยายามเข้าไปทำงานจนหัวหน้าบอกให้พักรักษาตัวให้หายดีก่อนค่อยมาทำ เค้ก็ไม่ยอม พยายามเข้าไปทุกวัน ทั้ง ๆ ที่ปวดท้องอยู่” ซึ่งตรงกับข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกว่า “ผมอยากหายกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม เพราะผมยังสามารถทำประโยชน์ให้ประเทศชาติได้อีกมากมาย” มีความเชื่อว่า “ค่าของคนอยู่ที่ผลของงาน” “ใครๆก็บอกว่าผมทำงานทุ่มเทขนาดนี้สมควรได้รับตำแหน่งข้าราชการดีเด่นไปเลย แล้วปีนั้น ผมก็ได้รับรางวัลเป็นข้าราชการดีเด่นจริงๆ”

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในเรื่องของการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว แขนงพระหลวงปู่ทวดที่ค่อ มีความเชื่อว่าบารมีของหลวงปู่ทวดช่วยคุ้มครองให้ตนเองปลอดภัยจากอันตรายต่างๆและทำให้รอดตายมาถึงทุกวันนี้ มีการสวดมนต์ก่อนนอน โดยเฉพาะ บทชินะบัญชร เพื่อปกป้องคุ้มครองตนเองให้ปลอดภัย มีการนั่งสมาธิแผ่เมตตาทุกวัน “เพื่อปกป้องคุ้มครองสัตว์ป่า ให้ปลอดภัยจากคนใจร้ายที่ชอบเข้าป่าล่าสัตว์”

ผลการประเมินมิติที่ 2 การรับรู้สภาพและความรู้สึกของตนเอง การมีคุณค่า เป็นที่รักและบุคคลที่รัก (Importance)

รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่ากับครอบครัว และประเทศชาติ เป็นที่รักของครอบครัว เพื่อนร่วมงานทุกคน มีความภาคภูมิใจในงาน ผลงานและความซื่อสัตย์ของตนเองมาก

สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Lack of self-esteem) ขาดความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย ทำให้ต้องปฏิเสธการพบปะกับเพื่อนร่วมงาน ไม่ต้องการให้มาเยี่ยม เพราะกลัวเพื่อนร่วมงานเห็นภาพลักษณ์ที่ทรุดโทรม อ่อนแอ ไม่สมบูรณ์แบบเหมือนเดิม

ผลการประเมินมิติที่ 3 การมีส่วนร่วมในชุมชน (Community)

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาบ้างเมื่อมีโอกาส ใส่บาตรทำบุญตามประเพณีในวันเทศกาลสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ วันเข้าพรรษา เป็นต้น ช่วงที่ทำงานในพื้นที่ภาคเหนือ ผู้ป่วยเคยร่วมในพิธีกรรมทางศาสนาที่บ้านที่จัดพิธีบวชป่าขึ้นเพื่อให้ประชาชนรู้จักคุณค่าและความสำคัญของป่าไม้ทุกปี

ผลการประเมินมิติที่ 4 การแสดงออกถึงความรู้สึกและความต้องการการช่วยเหลือ (Address in care)

ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว บุตรสาว 2 คน จะเปลี่ยนกันมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยในช่วงวันธรรมดา ภรรยาจะมาดูแลในช่วงวันหยุด มีพี่น้องของผู้ป่วยสลับกันมาเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยสามารถพูดคุยบอกความต้องการให้ภรรยาและบุตรช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์และให้ความร่วมมือในการตอบคำถามดี แต่แววดาตุครุ่นคิดกังวล บอกรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังไว้ว่าจะได้ทำการรักษาด้วยวิธี PIPAC ครั้งที่ 3 แต่เนื่องจากการดำเนินของโรคมามากขึ้น แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาเป็นประคับประคอง รู้สึกคับข้องใจ ต้องการนำผลการรักษาไปปรึกษาที่อื่น

(2) ประเมินภาระค่าใช้จ่าย/ปรารถนาครั้งสุดท้าย (Last wish)

ประเมินความคาดหวังหรือความปรารถนาที่มีอยู่ในความคิด พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการอยากไปร่วมอวยพรในงานแต่งงานของลูกสาวคนเล็ก ที่จะจัดในเดือนพฤศจิกายน 2566 (อีก 2 เดือนนับจากวันสนทนากับผู้ป่วย)



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา และการตรวจพิเศษต่างๆ

4.1 การตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิก

ตารางที่ 8 ผลการตรวจทาง Hematology

รายการ	ค่าปกติ	หน่วย นับ	ผลการตรวจ				
			23/8/66	29/8/66	1/9/66	15/9/66	24/9/66 ก่อนเสียชีวิต 1 วัน
WBC Count	4.00-10.00	10 ³ /uL	8.91	8.69	7.62	8.86	↑ 10.34
RBC Count	4.50-6.00	10 ⁶ /uL	↓ 4.43	↓ 4.29	↓ 4.42	↓ 4.34	↓ 3.50
hemoglobin	13.00-18.00	g/dL	↓ 12.7	↓ 10.6	↓ 12.3	↓ 12.1	↓ 9.6
Hematocrit	40.00-54.00	%	↓ 35.2	↓ 33.2	↓ 35.6	↓ 32.9	↓ 27.0
Platelet count	150.00- 450.00	10 ³ /uL	150	↓ 147	341	↓ 65	↓ 53
Neutrophil%	40.00-74.00	%	59.8	59.9	54.7	66.4	74.0
Lymphocyte%	19.00-48.00	%	19.8	19.3	21.6	19.1	↓ 17
Monocyte%	3.00-9.00	%	4.3	4.6	3.6	3.9	↓ 2.9
Eosinophil%	0.00-7.00	%	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0
Basophil%	0.00-1.50	%	0.4	0.3	0.1	0.0	0.0
Total%(diff)		%	100.0	100	100	100	100
ANC	1.50-99.00	10 ³ /uL	6.22	5.37	5.32	8.38	7.85
mcv	80.00-99.00	fL	91.5	95.6	80.5	85.2	↓ 79.1
MCH	27.00-31.00	pg	29.5	29.4	27.8	27.7	27.4
MCHC	33.00-37.00	g/dL	35.6	34.7	33.5	33.1	↓ 30.7
RDW	11.50-14.50	%	13.2	13.4	14.1	14.5	↑ 15.1

การแปลผล

1. กลุ่มผลการตรวจที่บ่งชี้เกี่ยวกับความสมบูรณ์ของเลือด (พบวันที่ 23 สิงหาคม 2566 ถึง 25 กันยายน 2566)

ค่าเม็ดเลือดแดง (RBC Count) โปรตีนในเม็ดเลือดแดง(hemoglobin) การวัดปริมาตรของเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) เกล็ดเลือด(Platelet count) มีค่าต่ำกว่าปกติ หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (anemia) ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีภาวะ ascites รวมทั้งผลจากพยาธิสภาพ ที่ Head of pancreas มีการลุกลามไปอุดตันท่อน้ำดี มีผลทำให้ระบบการย่อยอาหารและการดูดซึมในส่วนของลำไส้เล็กไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอส่งผลต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง (ข้อมูลจากการประเมินของงานโภชนบำบัด)

2. กลุ่มผลการตรวจที่บ่งชี้เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (พบก่อนเสียชีวิต 1 วัน)

ค่าเม็ดเลือดขาว (WBC Count) มีค่าสูงกว่าปกติ หมายถึง ผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสต่างๆในร่างกายชนิดของเม็ดเลือดขาว: ค่า Lymphocyte, Monocyte มีค่าต่ำกว่าปกติ หมายถึงผู้ป่วยกำลังมีภาวะไตวาย

ชนิดของเม็ดเลือดแดง : ค่า MCV, MCHC มีค่าต่ำกว่าปกติ /ค่า RDW มีค่าสูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางอย่างมาก

ตารางที่ 9 ผลการตรวจทาง Clinical Chemistry

รายการ	ค่าปกติ	หน่วยนับ	ผลการตรวจ				
			23/8/66	29/8/66	1/9/66	16/9/66	24/9/66 ก่อนเสียชีวิต 1 วัน
BUN	6.00-20.00	mg/dL	15	19	19.4	↑ 20.1	↑ 99
Cr	0.51-0.95	mg/dL	0.58	0.64	0.69	0.88	↑ 2.15
EGFR	90-100	mL/min/1.73m ²	99	93	94	90	↓ 26
Total protein	6.6-8.7	g/dL	7.0	7.6	8.1	↓ 6.5	↓ 4.3
Albumin	3.5-5.2	g/dL	3.6	3.5	3.6	↓ 3.2	↓ 2.9
Total bilirubin	0.0-1.2	mg/dL	↑ 2.02	↑ 2.53		↑ 4.03	↑ 12.19
Direct bilirubin	0.0-0.3	mg/dL	↑ 1.52	↑ 1.70		↑ 2.47	↑ 4.26
AST (SGOT)	0.0-50.0	U/L	14	30		41	↑ 74
ALT (SGPT)	0.0-50.0	U/L	11	22		28	32
ALP (Alkaline phosphatase)	40.0-129.0		↑ 157	↑ 164		↑ 497	↑ 812
Na	136.0-145.0	mmol/L	↓ 135	↑ 148	143	136	↓ 125
K	3.5-5.1	mmol/L	4.0	↓ 3.15	4.90	4.10	3.74
Cl	98.0-107.0	mmol/L	↓ 92	↓ 81	100	106	103
CO ₂	22.0-29.0	mmol/L	28	26.0	23.0	22.4	↓ 18.8
Ca	8.6-10.0	mg/dL	8.9	9.3	8.92	↓ 8.17	↓ 6.31
PO ₄	2.5-4.5	mg/dL	3.47	4.13	4.39	↑ 4.57	↑ 5.63
Mg	1.60-2.60	mg/dL	2.25	2.34	2.11	2.33	↓ 1.40

การแปลผล

1. กลุ่มผลการตรวจที่บ่งชี้เกี่ยวกับการทำงานของตับ (พบวันที่ 23 สิงหาคม 2566 ถึง 25 กันยายน 2566)

1.1 Total protein, Albumin มีค่าที่ต่ำกว่าปกติ เกิดจากกลไกการดูดซึมของลำไส้ทำงานผิดปกติ การทำงานของตับผิดปกติไม่สามารถผลิตโปรตีนออกมาได้ในระดับที่ควรกระทำ ผู้ป่วยขาดสารอาหารจำพวกโปรตีน

1.2 Total Bilirubin, Direct bilirubin, AST (SGOT), ALP (Alkaline phosphatase) มีค่าที่สูงกว่าปกติ หมายถึง มีการคั่งของน้ำดีในตับ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของท่อน้ำดี หรือความผิดปกติของเซลล์ตับ ทำให้ตับไม่สามารถนำ Bilirubin ออกไปได้ ส่งผลให้น้ำดีคั่งบริเวณใต้ชั้นไขมันในผิวหนังของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการตาและตัวเหลือง

2. กลุ่มผลการตรวจที่บ่งชี้เกี่ยวกับการทำงานของไต (พบก่อนเสียชีวิต 1 วัน)

BUN, Cr, มีค่าที่สูงกว่าปกติ และ EGFR มีค่าที่ต่ำกว่าปกติ หมายถึง การทำงานของไตที่ลดสมรรถภาพลง จนไม่สามารถขับเอาออกเสียในเลือดออกได้หมด ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไตวาย

3. กลุ่มผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ในเลือด

Hyponatremia (พบวันที่ 23 สิงหาคม 2566 และวันที่ 24 กันยายน 2566 ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต 1 วัน) เกิดจากการเสียน้ำ มากเกินไป มีผลทำให้เกิดอาการของสมองบวม ถ้ารุนแรงขึ้นจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการชัก และเกิดโคม่า

Hypernatremia (พบวันที่ 29 สิงหาคม 2566) ร่างกายเสียน้ำจากการอาเจียนมากเกินไป มีผลกระทบต่อสมอง และระบบประสาท ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง (มีผลทำให้ผู้ป่วยย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก)

Hypokalemia (พบวันที่ 29 สิงหาคม 2566) เกิดจากการสูญเสียโปตัสเซียมจากการอาเจียนมากเกินไป มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องผูก อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง

Hyperphosphatemia, Hypocalcemia, Hypocapnia, Hypomagnesemia (พบวันที่ 24 กันยายน 2566 ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต 1 วัน) บ่งชี้ว่า การทำงานของไตลดลง เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวายและเสียชีวิต

4.2 การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ (การตรวจทางรังสี การส่องกล้อง (Endoscopy) การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ เช่น CT scan, MRI, PET scan)

ตารางที่ 10 การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ

วันที่ตรวจ	การตรวจ	ผลการตรวจ	แปลผลการตรวจ
16/8/2566	CT Chest & Whole Abdomen	-Moderate ascites with focal nodular thickening & enhancing peritoneum, -Associated with omental cake, possibly peritoneal metastasis, multiple mesenteric LN.	พบมีน้ำในช่องท้อง ก้อนเนื้องอกและเยื่อหูในช่องท้องหนาตัวและเพิ่มมากขึ้น น่าจะเป็นการกระจายมาจากเยื่อหูช่องท้องในชั้นไขมัน จากในช่องท้องและต่อมน้ำเหลืองในลำไส้ใหญ่ส่วนต้น

22/8/2566	CT Whole Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - Newly seen focal small bowel dilatation at mid abdomen adjacent to pancreatic head region with evidence of CBD/bilateral IHD dilatation, - Tiny non-specific cysts in liver segment 7&6, mild splenomegaly with dilated splenic vessels - Multiple intra-abdominal lymphadenopathy - Decrease amount ascites fluid - Newly detected moderate left pleural effusion 	<p>ตรวจพบลำไส้เล็กที่อยู่ติดกับส่วนหัวของตับอ่อนบริเวณช่องท้องส่วนกลางมีการขยายใหญ่ขึ้น ท่อทางเดินน้ำดีรวม/ท่อทางเดินน้ำดีภายในตับทั้งสองข้างมีการขยายตัวใหญ่ขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พบถุงน้ำขนาดเล็ก บริเวณตับในส่วนที่ 7 และ 6, มีม้ามโตเล็กน้อย และพบการขยายตัวของหลอดเลือดของม้าม - ต่อม้ำเหลืองโตกระจายทั่วช่องท้องโตหลายจุด - ปริมาณน้ำในช่องท้องลดลง - พบมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย เกิดขึ้นใหม่ในระดับปานกลาง
วันที่ตรวจ	การตรวจ	ผลการตรวจ	แปลผลการตรวจ
9/9/66	Chest (PA,UPRIG HT)	<ul style="list-style-type: none"> - A linear opacity at LLL overlying on left anterior 7th rib. DDx. summation shadow, pulmonary nodule or bone lesion. Spot LLL view is advised 	พบรอยโรคบริเวณปอดด้านล่างซ้าย ลักษณะเป็นเส้นทึบ อยู่บริเวณด้านหน้าฝักซ้ายของกระดูกซี่โครงคู่ที่ 7 คาดว่าน่าจะเป็นเงาจากก้อนที่ปอดหรือมีรอยโรคที่กระดูก แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติมเฉพาะจุดที่บริเวณปอดด้านล่างซ้าย

5 สรุปแผนการรักษาที่ได้รับ

ช่วงที่รับไว้ในการดูแล (วันที่ 23 สิงหาคม ถึง วันที่ 25 กันยายน 2566 ผู้ป่วยถึงแก่กรรม)

ตารางที่ 11 สรุปแผนการรักษาที่ได้รับ

วันที่	แผนการรักษาที่ได้รับ
16 สิงหาคม 2566	admit set ทำ Esophagogastroduodenoscopy: EGD) Medication: 1. Fentanyl TTS 50 mcg/hr. patch apply q 72 hr.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. MO 4 mg IV prn q 3 hr. 3. Pregabalin 75 mg 1 cap hs. 4. Hepalac 30 ml prn hs.
17 สิงหาคม 2566	Central line insertion at right subclavian vein
23 สิงหาคม 2566	Consult Palliative care Team NG ต่อ Intermittent suction ให้แค้จิบน้ำทางปากได้ + รับประทานยาทางปาก
25 สิงหาคม 2566	Lorazepam 1 mg 1 tab hs.
28 สิงหาคม 2566	NPO Medication: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevacid 20 mg. IV OD 2. Onsia (8mg) 1 amp IV prn q 8 hr.
29 สิงหาคม 2566	LPPC 1 unit IV drip 4 hr. PRC 1 unit IV drip 4 hr
วันที่	แผนการรักษาที่ได้รับ
4 กันยายน 2566	Medication: <ol style="list-style-type: none"> 1. Remoron 15 mg 1 tab SL 2. Onsia (8mg) 1 amp IV prn q 8 hr.
15 กันยายน 2566	Abdominal Tapping 2 lit. LPPC 1 unit IV drip Free flow LPRC 1 unit IV drip 4 hr.
18 กันยายน 2566	ปรับเพิ่ม Fentanyl TTS 75 mcg/hr. patch apply q 72 hr.
21 กันยายน 2566	PRC 1 unit IV drip 4 hr

6 วิเคราะห์ ทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ตารางที่ 12 วิเคราะห์ ทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
พยาธิ สรีรวิทยา	โรคมะเร็งตับอ่อนมักพบเมื่อก่อนมี ขนาดใหญ่อาการเริ่มแรกมักไม่จำเพาะ เจาะจง อาจมีเพียงอาการปวดท้อง หรือไม่มีอาการเลย ในรายที่เป็นมะเร็งระยะเป็นมาก เฉพาะที่ (Locally advanced disease) ก้อนมะเร็งที่ส่วนหัวของตับ	เป็นมะเร็งที่ Head of pancreas ลุกลามไปที่ Ampulla of vator และ ไปที่ peritoneum (Multiple intra-abdominal lymphadenopathy) ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องจี๊ดๆ บริเวณท้องส่วนบน และร้าวไปที่หลัง มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนัก ลด ตัวเหลือง ตาเหลือง คลำพบก้อนที่ท้อง

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
	<p>อ่อน จะไปกดที่ทางเดินน้ำดี (Common bile duct) และ Pancreatic duct หรือลูกกลมบริเวณรูเปิด Ampulla of Vater ซึ่งทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือเกิด Exocrine pancreatic Insufficiency ได้ หากก้อนมะเร็ง ลูกกลมบริเวณปมประสาทสามารถทำให้เกิดอาการปวดแบบ Sharp pain ซึ่งร้าวไปที่หลังได้</p>	
<p>สาเหตุ และ ปัจจัย เสี่ยง</p>	<p>สาเหตุยังไม่ชัดเจน เกิดได้จากปัจจัย เสี่ยงหลายปัจจัย ดังนี้</p> <p>สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ มีรายงานความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับอ่อนพบว่าคนสูบบุหรี่มีความเสี่ยง (Relative risk) มากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ ประมาณ 1.6-3.1 เท่า</p> <p>บริโภคเนื้อแดง อาหารแปรรูปและไขมันอิ่มตัวมากเกินไป (อาหารที่มีไขมันสัตว์ในปริมาณที่สูง)</p> <p>ภาวะน้ำหนักเกิน</p> <p>โรคเบาหวาน</p> <p>โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง</p> <p>มีถุงน้ำที่ตับอ่อน (Pancreatic cyst) ใหญ่กว่า 3 ซม.</p> <p>อายุที่มากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 45 ปีและประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 65 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง</p> <p>เบาหวาน ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง หรือ ความผิดปกติทางพันธุกรรม อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งตับอ่อน</p>	<p>ผู้ป่วยบอก ในช่วงวัยหนุ่มที่ทำงานในสวนอุทยานแห่งชาติ ผู้ป่วยเคยดื่มเหล้าขาวและเหล้าที่ชาวบ้านต้มเอง ค่อนข้างบ่อย ไม่สูบบุหรี่</p> <p>BMI</p> <p>ไม่มีประวัติโรคเบาหวาน</p> <p>ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าไม่เคยทราบหรือพบแพทย์เกี่ยวกับเรื่องตับอ่อนอักเสบ</p> <p>ผล CT Whole Abdomen (22/8/2566) ไม่พบถุงน้ำที่ตับอ่อนขนาดใหญ่กว่า 3 ซม.</p> <p>ผู้ป่วยมีอายุ 59 ปี</p> <p>ผู้ป่วยเป็นเพศชาย</p> <p>ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งตับอ่อน มะเร็งเต้านม มะเร็งผิวหนังมาก่อน</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
	เพียงเล็กน้อย โดย 10% ของมะเร็งตับอ่อนมีความผิดปกติของยีน หรือกลุ่มอาการ พันธุกรรม ยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งตับอ่อน เช่น CDKN2A, MLH1, BRCA1, BRCA2, PALB2, ATM ยีน STK11 ที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการ <i>Peutz-Jeghers</i> และ ความผิดปกติของยีน MLH1 และ MSH2 ที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการ Lynch เป็นต้น	ไม่เคยตรวจหาความผิดปกติของยีนส์ หรือกลุ่มอาการทางพันธุกรรม
	การสัมผัสสาร DDTหรืออนุพันธ์ของปิโตรเลียม ล้วนมีโอกาสเสี่ยงมากขึ้นสำหรับรังสี หรือยาเคมีบำบัด อาจเพิ่มความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น	ไม่ได้ทำงานหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องสัมผัสสาร DDTหรืออนุพันธ์ของ ปิโตรเลียม
อาการ และ อาการ แสดงทาง คลินิก	อาการในระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการ มักเกิดอาการเมื่อลุกลามแล้ว อาการจะขึ้นกับตำแหน่งของมะเร็งที่พบ ว่า อยู่ส่วนใดของตับอ่อน อาการของโรคมะเร็งตับอ่อนจึงแบ่งตามตำแหน่งที่เกิด ดังนี้	
	1. มะเร็งจะพบมากที่ส่วนหัวของตับอ่อนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการของตัวเหลือง ตาเหลือง จากการอุดตันของท่อน้ำดี นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะคล้ำได้ก้อนที่ท้อง ตับโต ถุงน้ำดีโต เบื่ออาหาร น้ำหนักลด	พบเป็นมะเร็งในส่วนหัวของตับอ่อน มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง จากการอุดตันของท่อน้ำดี มีการลุกลามของมะเร็งไปที่ช่องท้อง มีอาการท้องโต แน่นท้อง เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด
	2. มะเร็งตับอ่อนที่เกิดขึ้นที่ส่วนตัว และส่วนปลายของตับอ่อน จะมีอาการของการปวดท้องรวมกับปวดหลัง น้ำหนักลด ตับโต หรือมีอาการที่เกิดจากมะเร็ง กระจายไปยังที่อื่น เช่น ต่อม้ำเหลือง ไพบลา ร้า	

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
การวินิจฉัยและผล การตรวจที่สนับสนุน การวินิจฉัย	การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งตับอ่อน ทำได้โดย	ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งตับอ่อน โดยวิธี
	<ul style="list-style-type: none"> การตรวจเลือด 	การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบ
	<ul style="list-style-type: none"> การใช้เทคโนโลยีทาง Imaging ได้แก่ การทำ CT Scan โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำ Helical CT และการฉีดสารทึบรังสี สามารถตรวจพบก้อน มะเร็งซึ่งมีขนาดเล็ก ๆ ได้ 	มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น เช่น การทำงานของเม็ดเลือด การทำงานของตับ
	<ul style="list-style-type: none"> การใช้ CT-guided Fine-needle aspiration (FNA) สามารถช่วยในการพิสูจน์เซลล์มะเร็งได้ แต่วิธีการนี้ต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ทางรังสีร่วมรักษา (Interventional radiologist) 	ทำ CT Whole Abdomen (4/5/63) พบเป็นมะเร็งที่ส่วนหัวของตับอ่อน (ผลตรวจจากโรงพยาบาลรามธิบดี)
	<ul style="list-style-type: none"> การพิสูจน์ผลชิ้นเนื้อ และการประเมินภาวะทางเดินน้ำดีอุดตัน 	
	<ul style="list-style-type: none"> การพิสูจน์ชิ้นเนื้อที่มีประสิทธิภาพ คือ การตัดชิ้นเนื้อผ่าน Endoscope (ERCP-Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography) 	มีการตัดชิ้นเนื้อผ่านการส่องกล้องเพื่อตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography) with biopsy with biliary plastic stent วันที่ 15 พฤษภาคม 2563 ที่ โรงพยาบาลรามธิบดี ตรวจพบ : Pancreatigraphy : -Infiltrative lesion at pancreatic head. Cholangiography: -CBD 1.5 cm. in diameter, abruptly change in caliber at distal CBD
<ul style="list-style-type: none"> การใช้ Endoscopic ultrasound และการใช้ Endoscopic ultrasound-directed FNA เพื่อให้การวินิจฉัยแม่นยำขึ้น 		

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
	<ul style="list-style-type: none"> ■ MRI มีบทบาทในมะเร็งตับอ่อนน้อยกว่า CT scan แต่มีข้อได้เปรียบคือสามารถทำ MR cholangiography เพื่อช่วยในการดูทางเดินน้ำดีได้โดยไม่ต้องทำ ERCP 	
ชนิดของโรคมะเร็งตับอ่อน	โรคมะเร็งตับอ่อนมีหลายชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดที่เกิดจากเซลล์ท่อตับอ่อน (Ductal Adenocarcinoma) โดยมีส่วนน้อยที่เกิดจากเซลล์ที่สร้างฮอร์โมนต่าง ๆ หรือบางชนิดมีลักษณะเป็นถุงน้ำ โดยแบ่งได้ ดังนี้	
	<p>1. Adenocarcinoma โรคมะเร็งตับอ่อนชนิดนี้ พบมาก 90-95% เกิดจากเซลล์ต่อมมีท่อ โรคมะเร็งเริ่มต้นในเซลล์เยื่อบุในท่อของตับอ่อน ซึ่งเป็นท่อลำเลียงเอนไซม์เข้าสู่ลำไส้เล็ก</p>	<p>ผู้ป่วยเป็นมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัว ชนิด Adenocarcinoma ที่มีการเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของ</p> <p>เซลล์มะเร็งอยู่ในระดับกลาง และมีการลุกล้ำเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้เล็กส่วนต้น ไม่พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง</p> <p>ผล Pathology 25/5/63 : Adenocarcinoma, moderate-differentiated, invading duodenal muscularis propria, part of head of pancreas, LN 0/14</p>
	<p>2. Endocrine pancreatic tumors หรือ Neuroendocrine tumors ชนิดนี้พบน้อยมากและรักษายากกว่าชนิดแรก โรคมะเร็งตับอ่อนชนิด Endocrine นี้ ยังมีแบ่งย่อยเป็นอีกหลายชนิด อาทิ Gastrinoma, Insulinoma และ Glucagonoma</p>	

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
	<p>ทั้งนี้โรคมะเร็งตับอ่อนชนิด Endocrine ยังมีได้ทั้งชนิด ไม่สร้างฮอร์โมน และชนิดที่สร้างฮอร์โมน</p>	
	<p>3. Lymphoma of the pancreas เป็นเซลล์มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เกิดในตับอ่อน โรคนี้นี้พบน้อยมาก</p>	
ระดับความรุนแรงของโรค	<p>การแบ่งระยะของโรคมะเร็งตับอ่อน โดยแบ่งโรคมะเร็งตับอ่อนตาม TNM System เป็น 4 ระยะ ได้แก่</p>	
	<p>ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งลุกลามอยู่ในตับอ่อนหรืออาจเริ่มลุกลามเข้าลำไส้เล็ก ส่วนที่อยู่ติดกันระยะ IA มะเร็งมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และระยะ IB มะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 2 ซม.</p>	
	<p>ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามออกนอกตับอ่อนเข้ากระเพาะอาหาร และ/หรือ ม้าม และ/หรือตับอ่อนและอาจแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง ระยะ 2A ยังไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง ระยะ 2B มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง</p>	<p>เมษายน 2563 ตรวจพบครั้งแรก เป็นมะเร็งตับอ่อน ระยะ 2A มะเร็งลุกลามออกนอกตับอ่อนเข้าไปในลำไส้เล็กส่วนต้นยังไม่พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง</p>
	<p>ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามออกนอกตับอ่อน และเข้าสู่หลอดเลือดใหญ่ที่อยู่ใกล้ตับอ่อน อาจมีหรือไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง</p>	
	<p>ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ มะเร็งอาจมีขนาดโตก็ได้ และมีการลุกลามไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกลออกไป เช่น ตับปอด ช่องท้อง ที่พบได้บ่อยคือ ตับและอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและ</p>	<p>พฤษภาคม 2566 ตรวจพบเป็นมะเร็งตับอ่อนระยะที่ 4 มีการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งลุกลามเข้าไปในช่องท้องและแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
	อวัยวะใกล้เคียงตับอ่อนหรือแพร่ กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง	
การรักษาโรค	<p>ระยะที่ 1-2 แนวทางการรักษา มีดังนี้</p> <p>(1) การรักษาโดยการผ่าตัด แล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด หรือ</p> <p>(2) การผ่าตัดแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้รังสีรักษา หรือ</p> <p>(3) การให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy) การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับยารักษาชนิดมุ่งเป้า (Targeted therapy) หรือ</p> <p>(4) การให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือการใช้รังสีรักษา ก่อนการผ่าตัด</p>	<p>พฤษภาคม 2563</p> <p>เป็นมะเร็งตับอ่อน ระยะ 2A ทำผ่าตัด Whipple operation (25/5/63) ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นการผ่าตัดแบบที่ตัดส่วนหัวของตับอ่อนพร้อมทั้งตัดลำไส้เล็กส่วนบนออกพร้อมกับท่อน้ำดี ถุงน้ำดีไปพร้อมกัน และตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณที่มีเนื้องอกออกด้วย และได้รับยาเคมี Cisplatin/Gemcitabine ต่อ จำนวน 12 cycle ผู้ป่วยรับยาเคมีครบตามแผนการรักษา เมื่อเดือนตุลาคม 2563 และมาตรวจติดตามตามนัดตลอด</p>
	<p>ระยะที่ 3 แนวทางการรักษา มีดังนี้</p> <p>(1) การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative surgery) หรือ</p> <p>(2) การให้ยาเคมีบำบัด แล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้รังสีรักษา หรือ</p> <p>(3) การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้รังสีรักษาแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด หรือ</p> <p>(4) การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับ หรือไม่ร่วมกับยารักษาชนิดมุ่งเป้า (Targeted therapy) หรือ</p> <p>(5) การใช้รังสีรักษาแบบภายใน (Internal radiation therapy)</p>	
	<p>ระยะที่ 4 แนวทางการรักษา มีดังนี้</p> <p>(1) การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อบรรเทาอาการปวด หรือ</p>	<p>25 เมษายน 2566</p> <p>ตรวจพบเป็นมะเร็งตับอ่อน ระยะที่ 4 มีการลุกลามของโรคไปในช่องท้อง และแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง</p> <p>2 พฤษภาคม 2566</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
	<p>(2) การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative surgery) หรือ การให้ยาเคมีบำบัด ร่วมกับ หรือไม่ ร่วมกับยารักษาชนิดมุ่งเป้า (Targeted therapy)</p>	<p>ให้ยาเคมีบำบัด Cisplatin/Gemcitabine 1 cycle ที่โรงพยาบาลรามามาธิบดี</p> <p>19 พฤษภาคม 2566</p> <p>-นำประวัติมาปรึกษาและมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ด้วยวิธีทำ Pressurized Intraperitoneal Aerosolized Chemotherapy (PIPAC) ซึ่งเป็นการให้ยาเคมีบำบัดในช่องท้องด้วยวิธีส่องกล้อง โดยยาเคมีจะถูกทำให้ระเหยในรูปของละอองลอยและกระจายตัวเป็นเนื้อเดียวกันในช่องท้องจำนวน 2 ครั้ง</p> <p>16 สิงหาคม 2566</p> <p>มีอาการปวดและคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น แพทย์ admit เพื่อส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy: EGD)</p>
<p>การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการและดูแลระยะท้ายของโรค</p>	<p>การดูแลแบบประคับประคอง คือ กระบวนการดูแลด้านสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่เฉพาะเจาะจงในการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ รวมถึง ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว คุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม โดยมีวัตถุประสงค์คือการคาดการณ์ล่วงหน้า การป้องกัน และลด ความทุกข์ทรมาน การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ซึ่งพิจารณาถึงระยะของโรคหรือความจำเป็นสำหรับการรักษาอื่นๆ</p> <p>ด้วย การดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่วินิจฉัยโรคและควรมีบริการด้านประคับประคองควบคู่ไปกับการดูแลรักษาโรคมะเร็งด้วย เช่น ผ่าตัด เคมี ฉายแสง</p>	<p>-หลังส่องกล้อง แพทย์ตรวจพบว่าโรคมะเร็งมีการแพร่กระจายไปทั่วช่องท้อง ค่าผลเลือดทางห้องปฏิบัติการไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และประเมินจากสภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถรักษาด้วยวิธีทำ PIPAC ครั้งที่ 3 ได้อีก</p> <p>23 สิงหาคม 2566</p> <p>แพทย์วางแผนการรักษาเป็นแบบประคับประคอง และส่งปรึกษา Palliative care Team</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
ลำดับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ต่อ	แนวคิดของ Kübler-Ross's "Five Stages of Grief" ปฏิบัติการตอบสนองต่อการสูญเสียของบุคคลใกล้ตาย และการสูญเสียบุคคลที่รัก 5 ระยะ	จากการประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดของ Kübler-Ross's พบดังนี้
ความสูญเสียในชีวิตตามแนวคิดของ Kübler-Ross's Five Stages of Grief	<p>1.ระยะปฏิเสธ (Denial) การไม่ยอมรับและไม่เชื่อว่าเหตุการณ์หรือข้อมูลนั้นเป็นจริงหรือรู้สึกช็อกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ภายในใจยังเต็มไปด้วยความสับสนมึนงงยากจะหาทางออกได้ด้วยตัวเอง</p>	<p>1.ปฏิเสธ (Denial) (เริ่มให้การดูแล ในสัปดาห์ที่ 1)</p> <p>หลังแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาเป็นแบบประคับประคอง ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่า โรคนั้นสามารถรักษาให้หายได้ รู้สึกเสียใจ คับข้องใจ ต้องการนำผลการรักษาไปปรึกษาที่โรงพยาบาลอื่น มีอาการแสดงออกทางกาย คือ ปวดจุกแน่นท้องมากขึ้น อาเจียนมากขึ้น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ บุตรสาวบอกว่า “พ่อยังทำงานอยู่ พูดว่ายังไงก็ต้องหาทางรักษา ถ้ารักษาไม่หายแล้วจะไปทำงานได้ยังไง” “ตอนนี้พ่อจะเล่นโทรศัพท์ตลอดเลย ค้นหาข้อมูลเอง จากอินเทอร์เน็ตว่ามีวิธีรักษาอย่างไรบ้าง”</p>
	<p>2.ระยะโกรธ (Anger) เมื่อรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิเสธการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดความรู้สึกโกรธที่ตนต้องเผชิญกับการสูญเสีย อาจแสดงความโกรธออกมากับคนใกล้ชิดญาติ เพื่อนสนิท กล่าวโทษพระเจ้าหรือเทวดาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่คิดว่าควรจะช่วยเหลือตนเองได้ เกิดความรู้สึกว่าไม่ยุติธรรมที่มีการสูญเสียเกิดขึ้นกับตนเอง</p>	<p>2.โกรธ (Anger) (สัปดาห์ที่ 1)</p> <p>เมื่อบุตรสาวนำผลการรักษาไปปรึกษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ให้คำตอบว่าไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ จะรักษาแบบประคับประคองเหมือนกัน ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวัง “ทำดีมาทั้งชีวิต ทำไมพระไม่คุ้มครองคนดี” “ทำไมต้องมาเป็นโรคที่รักษาไม่หาย” ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวใส่บุตรสาวคนเล็กที่ดูแลประจำ จนบุตรสาวเครียด ร้องให้ มาขอคำปรึกษา บอก”พ่อบ่นมากขึ้น หงุดหงิด ทำอะไรก็ไม่ถูกใจ ตอนนี้หนูดูแลไม่ไหวแล้วจริงๆ” และเปลี่ยนให้ภรรยาผู้ป่วยกับบุตรสาวคนโตมาช่วยสลับกันดูแล มารดาผู้ป่วยและญาติพี่น้องจะมาเยี่ยมบ่อยขึ้น และช่วยกันค้นหาโรงพยาบาลที่สามารถรักษาโรคได้ ผู้ป่วยจะนอนไม่หลับช่วงกลางคืน แต่จะนอนหลับในช่วงเช้ามีดี</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
	<p>3.ระยะต่อรอง (Bargaining) เป็นระยะที่เริ่มยอมรับต่อการสูญเสียได้มากขึ้นรับรู้ชะตากรรมของตนเอง แต่ไม่ต้องการจะตายในเวลานี้ ยังมีความพยายามต่อรองด้วยการแสดงความหวัง เช่น การสวดมนต์อ้อนวอน</p>	<p>3.ต่อรอง (Bargaining) (สัปดาห์ที่ 2) เมื่ออาการของโรคมะเร็งร้าย ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ มีภาวะซีด สารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล เกิดภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยซึมลง หลับมากขึ้น ความดันโลหิตลดลง แพทย์พูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจการรักษาในภาวะวิกฤติ บุตรสาวสอบถามผู้ป่วย ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธี ย้ายไปดูแลในหอผู้ป่วยหนัก “พ่ออย่าไหว อยู่ใกล้หมอแล้วน่าจะดีขึ้น ไม่ต้องห่วงพ่อ เราเป็นคนดีพระเจ้าต้องคุ้มครองคนดี”</p>
	<p>4. ระยะซึมเศร้า (Depression) เป็นช่วงที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียอย่างรุนแรง และมีผลกระทบต่อความรู้สึกมากที่สุด โดยจะแสดงออกผ่านอาการหรือพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น หดหู่ สิ้นหวัง ไม่มีเรี่ยวแรง นิ่งเงียบ ไม่พูดคุย และชอบแยกตัวอยู่คนเดียว บางคนอาจร้ายแรงถึงขั้นคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายได้</p>	<p>4.ซึมเศร้า (Depression) (สัปดาห์ที่ 2) ขณะพักรักษาตัวอยู่หอผู้ป่วยหนัก แพทย์สั่งงดอาหารและน้ำทุกชนิด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาซึมเศร้า ผู้ป่วยมีอาการเพื่อ สับสนเป็นพักๆ จึงขออนุญาตครอบครัวในการใส่ปลอกมือและผูกมัดไว้กับราวกันเตียง เพื่อป้องกันการดึงสายต่าง ๆ และให้ญาติเข้าเยี่ยมตามเวลา เมื่ออาการพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยเริ่มมีความเครียด สีหน้าเศร้าหมอง บอก “เบื่อ รู้สึกมองไปทางไหนก็ดูหดหู่ไปหมด” รู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการปวดแน่นท้องที่ไม่หายขาด ท้อแท้สิ้นหวังกับการรักษาที่ไม่ทำให้ดีขึ้น เป็อหน่วยที่ต้องนอนคนเดียวอยู่บนเตียงและห้องแคบๆ ต้องการให้ญาติมาดูแลใกล้ชิด พาลงจากเตียง พาไปเดินกลั้วกล้ำเนื้อขาลีบ บอก “ตอนนี้มีชีวิตอยู่หรือไม่อยู่มีค่าเท่ากัน” ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตไร้คุณค่าหมดความหมาย มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่มีการวางแผนฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินพบ แพทย์ให้รับประทานยาต้านเศร้า(ยาประจำตัว) ตามเดิม และให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักกลับไปอยู่หอผู้ป่วยพิเศษตามเดิม</p> <p>ซึมเศร้า(Depression) และต่อรอง (Bargaining) สัปดาห์ที่ 3</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
		<p>เมื่ออาการของโรคคงที่ อาการปวดแน่นท้องไม่ได้ขึ้นตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง และไม่สามารถเอาสาย NJ tube suction ออกได้เนื่องจาก Content ยังออกมาก 1500-2000 ml./day</p> <p>ผู้ป่วยสีหน้าเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ บอก “อยากไปงานแต่งงานลูกสาวคนเล็ก ที่จะจัดในอีก 2 เดือนนี้ ถ้ายังเป็นอย่างนี้อยู่ จะไปได้ยังไง สายยังคาจมูกอยู่เลย” “ตอนนี้ผมรู้สึกที่ตัวเองเป็นภาระ ลูกต้องมาดูแล แทนที่เค้าจะมีเวลาไปเตรียมงาน ก็ต้องมาดูแลผมอีก”</p> <p>“ถ้าเป็นไปได้ ขอปาฏิหาริย์ให้ได้ไปร่วมอวยพรงานแต่งงานให้ลูกคนเล็กอีกสักคน หลังจากนั้นจะเป็นยังไงก็แล้วแต่โชคชะตาแล้วกัน”</p>
	<p>5.ระยะยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่เข้าใจและปรับตัวยอมรับกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น และกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้</p>	<p>ระยะยอมรับ (Acceptance) และ ต้อรอง (Bargaining) (สัปดาห์ที่ 3)</p> <p>ผู้ป่วยเริ่มมีความหวังและกำลังใจขึ้นหลังจากพ้นภาวะวิกฤติ คิดว่า “ปาฏิหาริย์มีจริง” เริ่มยอมรับกับภาวะของโรคมมากขึ้น ว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่ยังหวังปาฏิหาริย์ว่าจะสามารถจัดการอาการปวดและคลื่นไส้อาเจียนได้ สามารถเอาสายNG ออกและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้</p> <p>5.ระยะยอมรับ (Acceptance) (สัปดาห์ที่ 4)</p> <p>ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับกับภาวะของโรคได้มากขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของโรค มีการหลบลู่คล้ำที่ท้องและขาที่บวมมากขึ้นบอก “มันคงไม่มีทางดีขึ้นไปกว่านี้ ความตายคงอยู่ไม่ไกล จริง ๆ ผมไม่ได้กลัวตายนะ ผมกลัวทรมาณก่อนตายมากกว่า” “ผมไม่มีภาระอะไรต้องห่วง ลูกโตมีงานทำกันหมดแล้ว ถ้าถึงเวลาต้องไปจริงๆ ก็พร้อมไปไม่ห่วงอะไร” สามารถพูดคุยกับ ผู้ป่วยเรื่องของสัจธรรมของชีวิต การเดินทางไกล การ</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
		<p>วางแผนชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายที่กำลังจะมาถึงได้ ต่อมาได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Plan)กับผู้ป่วย ภรรยา บุตรสาวคนเล็ก ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับว่าการดำเนินของโรคมามากขึ้น ตนเองมีเวลาเหลือน้อยลง มีการพูดคุยเสี่ยงภัยกับ ภรรยาและบุตรสาวไว้บ้างแล้ว มีการทำนิติกรรมบางอย่างไว้แล้ว ในเรื่องการรักษา ขอตัดสินใจด้วยตนเองให้วาระสุดท้ายเป็นไปตามธรรมชาติ ปฏิเสธการยื้อชีวิต โดยทำหนังสือแสดงเจตนาเลือกแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าในช่วงระยะท้ายของชีวิตไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร ภรรยาและบุตรสาวยอมรับกับการตัดสินใจของผู้ป่วย</p>
ทฤษฎี ระยะท้าย ของชีวิตที่ สงบ	<p>1. ไม่อยู่ในภาวะเจ็บปวด (Not being in pain)</p>	<p>1.ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดโดยการให้ยา fentanyl patch และ morphine ชนิดฉีด -ประยุกต์ใช้กิจกรรมศิลปะบำบัด(ครั้งที่1) ในการบำบัดความปวด โดยให้ผู้ป่วยดูหนังสือนิยายสารต่างๆและเลือกรูปที่ต้องการโดยช่วยตัดรูป ให้ผู้ป่วยนำไปติดในแผ่นกระดาษและตกแต่งระบายสีเพิ่มเติมอย่างเป็นอิสระ พร้อมพูดคุยเรื่องราวต่างๆเกี่ยวกับภาพที่ประดิษฐ์ขึ้น ผู้ป่วยเลือกภาพต้นไม้ นก และสัตว์ต่างๆ บอก “นี่ถึงตอนอยู่ในป่า ได้ยินเสียงนกร้อง เสียงน้ำตกแล้วทำให้จิตใจสงบ มีความสุข อยากกลับไปทำงานในป่าอีกครั้ง”</p> <p>- ความรู้สึกขณะทำศิลปะ “รู้สึกเพลิดเพลิน ลืมความเจ็บปวดที่เป็นอยู่ไปเลย ได้ทำบ่อยๆจะดี”</p>
	<p>2.มีประสบการณ์ของความสบาย (Experience of comfort)</p>	<p>2.ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมติดตามสม่ำเสมอ เพื่อประเมิน และให้การดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ เพื่อให้สบาย ลดความทุกข์ทรมาน สามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
		<p>- มีการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำ สอน สาธิต เกี่ยวกับการดูแลในเรื่องของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การดูแลเรื่องสุขอนามัยต่าง ๆ เป็นต้น</p>
	<p>3.มีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี (Experience of dignity)</p>	<p>3.ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของตนเอง</p> <p>- ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความภาคภูมิใจของตนเอง ใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ให้กำลังใจเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น</p> <p>- ให้การตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว</p>
	<p>4.อยู่ในความสงบ (Being at peace)</p>	<p>4. มีการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ติดตามเยี่ยมสม่ำเสมอเพื่อประเมินและให้การดูแลภาวะซึมเศร้า ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการทำร้ายตนเองของผู้ป่วย</p> <p>- ประยุกต์ใช้กิจกรรมศิลปะบำบัด(ครั้งที่2) ในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางด้านจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง ด้วยกิจกรรมทำตุ๊กตาริษฐาน โดยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับมารดาผู้ป่วย มีภรรยาและญาติพี่น้องให้กำลังใจอยู่ข้างๆเพียง (วิธีการ : ใช้เส้นด้ายไหมพรมพันกับไม้รูปกากบาทวนไปรอบๆ สลับสีตามความต้องการและริษฐานขอพร 3 ประการ)ขณะพันไหมพรมผู้ป่วยดูสงบนิ่ง ตั้งใจ สีหน้าผ่อนคลาย มีความสุข สีไหมพรมที่เลือกใช้เป็นสีสว่างสดใสหลากหลายสีส้น หลังเสร็จกิจกรรมมีการถ่ายรูปผลงานร่วมกัน ผู้ป่วยและมารดาถือผลงานศิลปะ</p>


ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
		<p>ถ้ายรูปคู่กันบนเตียงผู้ป่วย ผู้ป่วยยิ้มกว้าง สีหน้า ผ่องใส สดชื่น แววตาเปล่งประกาย มีความสุข จากการประเมินผลจากแบบสอบถามผู้ป่วยหลัง การทำกิจกรรม คำตอบของผู้ป่วยคือ ได้เรียนรู้ การฝึกสมาธิ ลืมความเจ็บปวด ผ่อนคลาย ความเครียดกังวล เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้มีกำลังใจต่อสู้กับโรค</p>
	<p>5.มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและ บุคคลที่รักและผูกพัน (Closeness to significant other)</p>	<p>5.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว โดยจัดให้ภรรยาและบุตรสาวได้เฝ้าดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด มารดาและญาติพี่น้องสามารถเยี่ยม ให้กำลังใจได้ตามต้องการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินภาวะสูญเสียและความโศกเศร้า เสียใจของญาติก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตาม ดูแลเกี่ยวกับการปรับตัวยอมรับความโศกเศร้า เสียใจหลังเสียชีวิต โดยการโทรศัพท์ติดตาม ประเมินปฏิกิริยาที่เกิดจากความโศกเศร้า 5 ระยะเวลา และการแสดงออกของภาวะโศกเศร้าจาก การสูญเสีย 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก ด้าน ร่างกาย ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม - ให้การดูแลโดยเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ ในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ญาติปรับตัว ยอมรับและกลับมาใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้
<p>การเตรียม ความพร้อม/ การยอมรับ ก่อน เสียชีวิต</p>	<p>การเตรียมบุคคลเมื่อใกล้เสียชีวิต หรือ ได้อยู่กับบุคคลที่รัก ไม่ตายอย่างโดด เดี่ยว หมายถึง การเตรียมความพร้อม ในผู้ป่วยระยะท้าย ว่ามีความต้องการที่จะ อยู่กับใคร อยากทำอะไร สามารถมี เวลาที่มากพอที่จะให้ครอบครัวหรือ บุคคลที่ผู้ป่วยนั้นเลือกมาอยู่ในระยะ ท้าย เพื่อช่วยในการดูแลและจัดการถึง สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือยังกังวลเพื่อ ไม่ให้เกิดความห่วง เกิดการปล่อยวางที่ ได้รับการจัดการตามสิ่งที่ต้องการ และ ได้รับการตอบสนองจนถึงวาระสุดท้าย</p>	<p>ช่วงสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยมีการยอมรับเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เริ่มพูดคุยถึงความตาย จึงชวนผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับสัจธรรมของชีวิต การเดินทางไกล การวางแผนชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายที่กำลังจะมาถึงได้ โดยให้สมุดเบาใจไว้กับผู้ป่วย และพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับ สุขภาพช่วงสุดท้ายและการตายดีในความหมายของผู้ป่วย ต่อมาทีมผู้ดูแลได้มีการประชุมพูดคุยเกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Plan)กับผู้ป่วย ภรรยา บุตรสาวคนเล็ก ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับว่าการดำเนินของโรคมามากขึ้น</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
	<p>ของชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยนั้นจากไปอย่างสงบ อบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว</p>	<p>ตนเองมีเวลาเหลือน้อยลง มีการพูดคุยสั่งเสียกับภรรยาและบุตรสาวไว้บ้างแล้ว มีการทำนิติกรรมบางอย่างไว้แล้ว ในเรื่องการรักษาขอตัดสินใจด้วยตนเอง ให้วาระสุดท้ายเป็นไปตามธรรมชาติ ปฏิเสธการยื้อชีวิต โดยทำหนังสือแสดงเจตนาเลือกแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ในช่วงระยะท้ายของชีวิตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ทีมผู้ดูแลและครอบครัวร่วมกันการจัดพิธีแต่งงานเล็กๆ ให้บุตรสาวคนเล็กข้างเตียงเพื่อตอบสนองตามความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยที่ต้องการไปร่วมงานแต่งงานและอวยพรให้บุตรสาว</p> <p>ผู้ป่วยหมดหวัง ไม่มีสิ่งค้างคาใจ จากไปอย่างสงบท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก</p>
<p>การประเมิน Loss & Grief ของญาติ ผู้ดูแลก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต</p>	<p>ปฏิกิริยาความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนั้นจะมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความผูกพันที่มีต่อกัน 2. ลักษณะการเสียชีวิต การได้ข้อมูลในการเตรียมตัวเตรียมใจ 3. ประสบการณ์การสูญเสียและการปรับตัวที่ผ่านมาในอดีต 4. ความแตกต่างในการปรับตัวของแต่ละบุคคล 5. ปัจจัยด้านความผูกพันกันดีในครอบครัว หรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี 6. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ 	<p>ประเมิน Loss & Grief ของบุตรสาวคนเล็ก เนื่องจากเป็นผู้ดูแลหลัก และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่บ้าน ในช่วงระหว่างการรักษาและขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเกิดปฏิกิริยาความโศกเศร้าเสียใจปกติ ในระยะแรก ช่วง 4-8 สัปดาห์ กับบุตรสาวคนเล็ก เนื่องจากปัจจัยดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นการสูญเสียบุคคลสำคัญ คือบิดาอันเป็นที่รักและมีความผูกพันใกล้ชิดกันมาก เนื่องจากเป็นผู้ดูแลหลัก และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่บ้าน 2 คน (ภรรยาผู้ป่วยทำงานอยู่ต่างจังหวัด บุตรสาวคนโตมีครอบครัวแยกอยู่คนละบ้าน) และดูแลผู้ป่วยตลอด 2. เป็นการสูญเสียจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ได้รับรู้ข้อมูลการพยากรณ์โรคจากแพทย์เป็นระยะ ทำให้สามารถมีเวลาในการเตรียมตัวเตรียมใจไว้บ้าง 3. ยังไม่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลในครอบครัวที่เป็นคนสำคัญในชีวิตและมีความรักความผูกพันมากมาก่อน

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
		<p>4. บุตรสาวอยู่ในวัยทำงาน มีการศึกษาที่ดี มีวุฒิภาวะและการแสดงออกที่เหมาะสม อยู่ระหว่างปรับตัวยอมรับกับภาวะสูญเสียที่จะเกิดขึ้น</p> <p>5. ครอบครัวมีความใกล้ชิด ความรักใคร่ผูกพันกันดี ทั้งในครอบครัวและเครือญาติ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจให้การดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ทำให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียและปรับตัวยอมรับความเป็นจริงได้</p> <p>6. นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในเรื่องของการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา หรือได้ปฏิบัติตามประเพณี เช่น การจัดพิธีศพ การทำบุญ มีความเชื่อว่า การกตัญญูรู้คุณพ่อแม่ จะทำให้ตักน้ำไม่ไหล ตกไฟไม่ไหม้ จึงได้อาสาสมัครกับพี่สาวเพื่อมาดูแลบิดาจนถึงวาระสุดท้าย เชื่อมมั่นว่าตนเองได้ทำให้พ่อเต็มที่และทำดีที่สุดแล้ว จึงไม่รู้สึกราวมีอะไรติดค้างคาใจ ทำให้สามารถปรับตัวยอมรับกับการสูญเสียได้ดี ต่อความโศกเศร้าได้ดี</p>
<p>การเปลี่ยนแปลงและการดูแลในระยะสุดท้าย</p>	<p>1. ด้านร่างกาย</p> <p>1.1 อาการอ่อนเพลีย</p> <p>1.2 การกินอาหาร การดื่มน้ำลดลง การกลืนลำบาก</p> <p>1.3. การหายใจผิดปกติ</p> <p>1.4. การร้องครวญคราง</p> <p>1.5. มือเท้าเย็น หรือมีผิวหนังเป็นจ้ำ</p>	<p>อ่อนเพลีย ท้องโตขึ้น ตาและตัวเหลืองมากขึ้น มีอาการเพ้อ สับสนตอนกลางคืน ขาทั้งสองข้างบวม 3+ ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกน้อยลง ก่อนเสียชีวิต 1 วัน ผู้ป่วยซึมลง นอนหลับมากขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow Coma Scale = E4V1M1 หายใจมีเสียง death rattle ไม่มีปัสสาวะออก ปลายมือ ปลายเท้าเย็นลง ความดันโลหิตลดลง</p>
	<p>2.ด้านจิตใจ</p> <p>2.1) กลัวความตายโดยตรง กลัวการสูญเสียทุกสิ่งที่มีอยู่ กลัวต้องจากบุคคลอันเป็นที่รัก</p> <p>2.2) กลัวต่อกระบวนการก่อนตาย ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด เป็นต้น</p>	<p>ผู้ป่วยมีความกลัวต่อกระบวนการก่อนตายคือ กลัวต้องตายอย่างทุกข์ทรมาน หลังให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอาการปวดและอาการรบกวนต่าง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับจัดการอาการปวดและอาการรบกวนที่เกิดขึ้น มีการประเมินผลอาการทุกครั้งที่ยื่นเยี่ยมประเมิน นำเทคนิคการพยาบาลแบบไม่ใช้ยามาใช้ในการจัดการ</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
		<p>อาการปวดและอาการรบกวนเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ทำให้อาการทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนบรรเทา ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น สามารถปรับตัวในการเผชิญความกลัวได้อย่างเหมาะสม</p>
	<p>3.ด้านสังคม</p>	<p>-ครอบครัวซึ่งมีภรรยา บุตรสาวและบุตรเขยทั้งสองคน รวมถึงพี่น้องอีก 5 คนของผู้ป่วย ผลัดกันมาเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ มารดามาจากจังหวัดพัทลุงมาพักกับบุตรสาว และมาเยี่ยมให้กำลังใจเกือบทุกวัน ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยพร้อมหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดลมหายใจและจากไปอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิต</p>
	<p>4.ด้านจิตวิญญาณ</p>	<p>-ได้ทำตามความปรารถนาครั้งสุดท้าย ที่ต้องการไปอวยพรในงานแต่งงานบุตรสาวคนเล็ก มีการวางแผนจัดพิธีแต่งงานเล็กๆในห้อง โดยการยกน้ำชา ผูกข้อมือและกล่าวคำอวยพรกับบุตรสาวและบุตรเขยที่ข้างเตียง ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต 2 วัน ผู้ป่วยดูมีความสุขมาก สามารถพูดคุยกับครอบครัว ญาติพี่น้อง</p> <p>-ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวอย่างมีความสุข ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิต</p>
<p>Bereave ment care</p>	<p>หมายถึง ความทุกข์โศกจากการพลัดพราก จากบุคคลที่รักและผูกพัน เนื่องจากการตาย อาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือค่อยเป็นค่อยไป เช่น การตายจากอุบัติเหตุ ญาติไม่มีโอกาสตั้งตัวหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเข้าสู่ระยะสุดท้าย</p>	<p>ญาติผู้ดูแล(บุตรสาวคนเล็ก) มีภาวะโศกเศร้า เสียใจหลังผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>ในสัปดาห์แรก (โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 หลังผู้ป่วยเสียชีวิต 7 วัน) ยังรู้สึกมึนงง สับสน ไม่คิดว่าผู้ป่วยจากไปแล้วจริงๆ รู้สึกเหมือนผู้ป่วยไปทำงานต่างจังหวัด ยังไม่กลับบ้าน</p> <p>สัปดาห์ที่ 2 (โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 หลังผู้ป่วยเสียชีวิต 1 เดือน) หลังเสร็จจากงานศพ ญาติๆ กลับบ้านหมดแล้ว เริ่มรู้สึกว่าพอหายไปไหน</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
		<p>ทำไม่ยังไม่กลับบ้าน เริ่มคิดได้ว่าไม่มีพ่ออยู่แล้ว จริงๆ จะร้องไห้ทุกครั้งทีนี้ถึง</p> <p>โดยประเมินการแสดงออกของภาวะเศร้าโศก 4 ด้าน ดังนี้</p> <p>ด้านความรู้สึก รู้สึกเหงา เศร้า คิดถึง จิตใจหดหู่</p> <p>ด้านร่างกาย เบื่ออาหาร กินไม่ได้ น้ำหนักลดลง 3 กิโลกรัม นอนไม่ค่อยหลับ สะดุ้งตื่นบ่อยๆ ทำให้บางวันไม่มีแรงไปทำงาน</p> <p>ด้านความคิด การคิด การตัดสินใจช้าลง ช่วงจัดเตรียมงานแต่งงานคิดอะไรไม่ออก จนญาติพี่น้องทางพ่อและแม่แฟนต้องมาช่วย</p> <p>ด้านพฤติกรรม ไม่สามารถอยู่บ้านคนเดียวได้ เพราะคิดถึงพ่อ “มองไปตรงที่พ่อเคยนั่ง ไม่เจอก็ร้องไห้” (บุตรสาวคนเล็กอยู่บ้านที่กรุงเทพมหานครกับผู้ป่วย 2 คน มารดาและแฟนทำงานอยู่ต่างจังหวัด) ปรับวิถีชีวิตโดยไปอยู่บ้านพี่สาว 1 เดือนหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และให้พี่สาวมาอยู่เป็นเพื่อนที่บ้านอีก 1 เดือน</p> <p>การโทรติดตามเยี่ยม 3 ครั้ง มีการประเมินความโศกเศร้าเสียใจ โดยสังเกตจากการพูดคุยและการสอบถาม โดยใช้แบบประเมิน Brief Grief Questionnaire (BGQ) และเปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุย เล่าระบายความรู้สึก รับฟังอย่างสงบ และตั้งใจเข้าใจความรู้สึก ช่วยให้คำปรึกษาให้กำลังใจ ทุกครั้ง</p> <p>โทรติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 1 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาประมาณ 2 เดือน หลังผู้ป่วยเสียชีวิต) บุตรสาวเริ่มปรับตัวยอมรับได้มากขึ้น พูดคุยน้ำเสียงแจ่มใสขึ้น บอก “ตอนนี้ดีขึ้นมากแล้ว กลับมากินได้ นอนหลับได้เป็นปกติเหมือนเดิม น้ำหนักกลับมาเท่าเดิมแล้ว หลังแต่งงานมีสามีมาอยู่เป็นเพื่อนที่บ้านด้วย</p> <p>-สอบถามถึงการปรับตัวยอมรับกับการสูญเสียของภรรยาผู้ป่วยและบุตรสาวคนโต</p>

ประเด็น	ทฤษฎี/ข้อมูลวิชาการ	กรณีศึกษา
		<p>ภรรยาผู้ป่วย ทำใจยอมรับได้ เนื่องจากลักษณะการทำงานแยกอยู่คนละจังหวัด ทำให้สามารถปรับตัวได้ง่ายขึ้น มีโชคเคราะห์เสียใจร้องไห้ กินไม่ได้ในช่วงแรก ประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นเริ่มดีขึ้น มีเพื่อนๆในที่ทำงานคอยให้กำลังใจ ลูกๆ จะผลัดเปลี่ยนกันโทรศัพท์ไปพูดคุยทุกวัน ทำให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติภายใน 2 เดือนมีการวางแผนอนาคตว่า ปีหน้าจะลาออกจากงานประจำ มาช่วยดูแลธุรกิจร้านขายยาของบุตรสาวคนโต</p> <p>บุตรสาวคนโต มีครอบครัวสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจและมีภาระในการทำธุรกิจร้านขายยา ทำให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียและปรับตัวยอมรับกับความเป็นจริงได้ดี สามารถปรับตัวยอมรับได้ภายใน 1 เดือน</p>

<p>Bereave ment care</p>	<p>หมายถึง ความทุกข์โศกจากการพลัดพราก จากบุคคลที่รักและผูกพัน เนื่องจากการตาย อาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือค่อยเป็นค่อยไป เช่น การตายจากอุบัติเหตุ ญาติไม่มีโอกาสตั้งตัวหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเข้าสู่ระยะสุดท้าย</p>	<p>ญาติผู้ดูแล(บุตรสาวคนเล็ก) มีภาวะโศกเศร้าเสียใจหลังผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>ในสัปดาห์แรก (โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 หลังผู้ป่วยเสียชีวิต 7 วัน) ยังรู้สึกมึนงง สับสน ไม่คิดว่าผู้ป่วยจากไปแล้วจริงๆ รู้สึกเหมือนผู้ป่วยไปทำงานต่างจังหวัด ยังไม่กลับบ้าน</p> <p>สัปดาห์ที่ 2 (โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 หลังผู้ป่วยเสียชีวิต 1 เดือน) หลังเสร็จจากงานศพ ญาติฯ กลับบ้านหมดแล้ว เริ่มรู้สึกว่าพ่อหายไปไหน ทำไมยังไม่กลับบ้าน เริ่มคิดว่าไม่มีพ่ออยู่แล้วจริงๆ จะร้องไห้ทุกครั้งทีนี้ถึง</p> <p>โดยประเมินการแสดงออกของภาวะเศร้าโศก 4 ด้าน ดังนี้</p> <p>ด้านความรู้สึก รู้สึกเหงา เศร้า คิดถึง จิตใจหดหู่</p> <p>ด้านร่างกาย เบื่ออาหาร กินไม่ได้ น้ำหนักลดลง 3 กิโลกรัม นอนไม่ค่อยหลับ สะดุ้งตื่นบ่อยๆ ทำให้บางวันไม่มีแรงไปทำงาน</p>
---------------------------------	---	---

	 <p>Thai Cancer Institute</p> <p>สถาบันมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Institute</p> <p>ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ</p>	<p>ด้านความคิด การคิด การตัดสินใจช้าลง ช่วงจัดเตรียมงานแต่งงานคิดอะไรไม่ออก จนญาติพี่น้องทางพ่อและแม่แฟนต้องมาช่วย ด้านพฤติกรรม ไม่สามารถอยู่บ้านคนเดียวได้ เพราะคิดถึงพ่อ “มองไปตรงที่พ่อเคยนั่ง ไม่เจอก็ร้องไห้” (บุตรสาวคนเล็กอยู่บ้านที่กรุงเทพมหานครกับผู้ป่วย 2 คน มารดาและแฟนทำงานอยู่ต่างจังหวัด) ปรับวิถีชีวิตโดยไปอยู่บ้านพี่สาว 1 เดือนหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และให้พี่สาวมาอยู่เป็นเพื่อนที่บ้านอีก 1 เดือน</p> <p>การโทรติดตามเยี่ยม 3 ครั้ง มีการประเมินความโศกเศร้าเสียใจ โดยสังเกตจากการพูดคุยและการสอบถาม โดยใช้แบบประเมิน Brief Grief Questionnaire (BGQ) และเปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุย เล่าระบายความรู้สึก รับฟังอย่างสงบ และตั้งใจเข้าใจความรู้สึก ช่วยให้คำปรึกษาให้กำลังใจ ทุกครั้ง</p> <p>โทรติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 1 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาประมาณ 2 เดือน หลังผู้ป่วยเสียชีวิต) บุตรสาวเริ่มปรับตัวยอมรับได้มากขึ้น พูดคุยน้ำเสียงแจ่มใสขึ้น บอก “ตอนนี้ดีขึ้นมากแล้ว กลับมากินได้ นอนหลับได้เป็นปกติเหมือนเดิม น้ำหนักกลับมาเท่าเดิมแล้ว หลังแต่งงานมีสามีมาอยู่เป็นเพื่อนที่บ้านด้วย</p> <p>-สอบถามถึงการปรับตัวยอมรับกับการสูญเสียของภรรยาผู้ป่วยและบุตรสาวคนโต</p> <p>ภรรยาผู้ป่วย ทำใจยอมรับได้ เนื่องจากลักษณะการทำงานแยกอยู่คนละจังหวัด ทำให้สามารถปรับตัวได้ง่ายขึ้น มีโศกเศร้าเสียใจร้องไห้ กินไม่ได้ในช่วงแรก ประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นเริ่มดีขึ้น มีเพื่อนๆ ในที่ทำงานคอยให้กำลังใจ ลูกๆ จะผลัดเปลี่ยนกันโทรศัพท์ไปพูดคุยทุกวัน ทำให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติภายใน 2 เดือนมีการวางแผนอนาคตว่า ปีหน้าจะลาออก</p>
--	---	---

		<p>จากงานประจำ มาช่วยดูแลธุรกิจร้านขายยาของ บุตรสาวคนโต</p> <p>บุตรสาวคนโต มีครอบครัวสนับสนุนช่วยเหลือ ด้านจิตใจและมีภาระในการทำธุรกิจร้านขายยา ทำให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียและปรับตัว ยอมรับกับความเป็นจริงได้ดี สามารถปรับตัว ยอมรับได้ภายใน 1 เดือน</p>
--	--	---

7. สรุปรายการปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่อยู่ในช่วงที่รับไว้ใน การดูแล

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 16 สิงหาคม 2566 - 25 กันยายน 2566 (ผู้ป่วยถึงแก่กรรม) รวม 41 วัน

วันที่รับไว้ใน การดูแลวันที่ วันที่ 23 สิงหาคม 2566 - 25 กันยายน 2566 (ผู้ป่วยถึงแก่กรรม) รวม 34 วัน

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ปวดเนื่องจากพยาธิสภาพและการลุกลามของโรคมะเร็ง
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ไม่สุขสบาย เนื่องจากอาการแน่นอึดอัดท้อง สาเหตุจากโรคมะเร็ง แพร่กระจายเข้าไปในเยื่อช่องท้อง เกิดภาวะท้องมาน (Ascites)
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 นอนไม่หลับ เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษา
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ความรู้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงและ รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจาก อาเจียนและมีการใส่สายยางผ่านทางจมูกเพื่อระบายของเหลวออกจาก กระเพาะอาหาร
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 มีภาวะซีด จากการขาดสารอาหาร สาเหตุจากการลุกลามของโรคทำให้ ระบบย่อยอาหารและระบบการดูดซึมของร่างกายผิดปกติ
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 มีภาวะท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลงและผลข้างเคียงของ ยาแก้ปวด Opioid
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9 ค้นบริเวณผิวหนัง เนื่องจากมีการคั่งของ Bilirubin ในกระแสเลือด สาเหตุจากมีการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดีตับ
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10 ญาติผู้ดูแลมีความเครียด จากการเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรม ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 11 ส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan)
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 12 ส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 1 ปวดเนื่องจากพยาธิสภาพและการลุกลามของโรคมะเร็ง

พบปัญหาระหว่างวันที่ 23 สิงหาคม 2566 ถึง วันที่ 25 กันยายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน :

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดท้องช่วงบนด้านขวามาก รู้สึกปวดลึกๆร้าวไปที่หลัง”

บุตรสาวบอกว่า “ตอนพ่อปวดมาก ตัวจะงอไปหมด หลับไม่ได้เลย”

Objective data : Pain Score = อยู่ระหว่าง 7-10 คะแนน

สีหน้าไม่สดชื่น ขมวดคิ้วตลอดเวลา พักผ่อนน้อย

ได้รับยาแก้ปวด Fentanyl TTS 50 mcg และ Morphine 3 mg IV prn ทุก 6 ชม.

วัตถุประสงค์

1. อาการปวดลดลง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย สามารถหลับพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลง Pain Score น้อยกว่า 4
2. ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้ ไม่แสดงอาการเจ็บปวด มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะอาการปวด โดยใช้ Verbal Numeric Rating Scales (VNRS) โดยแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (Mild) ค่าคะแนนความเจ็บปวด 1-3 ระดับปานกลาง (Moderate) ค่าคะแนนความเจ็บปวด 4-6 และระดับรุนแรง (Severe) ค่าคะแนนความเจ็บปวด 7 - 10 และแบบประเมินอาการรบกวนในผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อประเมินระดับความรุนแรง ผลกระทบและตำแหน่งของการปวด อาการไม่สุขสบายอื่น ๆ และความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย

2. ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาแก้ปวด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ แนวทางการดูแลและจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสาเหตุของอาการปวด และการจัดการกับความปวดอย่างถูกวิธี ประเมินความครบถ้วนของการได้รับยาแก้ปวดและยาบรรเทาอาการต่างๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามประเมินความปวดหลังการใช้ยา ติดตามผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น โดยประเมินจากกรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนและการสอบถามผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแล เพื่อส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยรายงานแพทย์ในการพิจารณาปรับขนาดของยาแก้ปวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดที่เหมาะสมเพียงพอที่จะควบคุมความเจ็บปวดได้

ยาแก้ปวดที่ได้รับตามแผนการรักษามีดังนี้

- Fentanyl TTS 50 mcg per hr. Apply 72 hr.
- Morphine 3 mg IV prn ทุก 6 ชม.

3. จัดท่านอนศีรษะสูง Fowler's position (45-60 องศา) หรือจัดท่าที่ผู้ป่วยสุขสบาย เช่น จัดท่านอนตะแคง เพื่อช่วยให้ลดอาการปวด

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดการกระตุ้นความเจ็บปวด

5. ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยวิธีอื่นๆ ร่วมกับการให้ยา เช่น การดูทีวี หรือหนังเรื่องที่ชอบ การอ่านหนังสือ ฟังดนตรี การคุยกับคนในครอบครัว หรือการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เช่นการทำ SKT ท่าที่ 1 เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

ประเมินผลการพยาบาล

1. ระดับความปวดลดลงจากเดิม Pain Score อยู่ระหว่าง 2-3 คะแนน
2. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่แสดงถึงความเจ็บปวด ไม่มีอาการกระสับกระส่าย มีสีหน้าสดชื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการแน่นอึดอัดท้อง สาเหตุจากโรคมะเร็ง
แพร่กระจายเข้าไปในเยื่อช่องท้อง เกิดภาวะท้องมาน (Ascites)

พบปัญหาระหว่างวันที่ 23 สิงหาคม 2566 ถึง วันที่ 25 กันยายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน :

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “ท้องโตขึ้นมาก เวลากินน้ำลงไปแล้วแน่นท้องมาก อึดอัดไปหมด”
บุตรสาวบอกว่า “พ่อนอนไม่ได้เลย ผลุดลุก ผลุดนั่งทั้งคืน สงสาร ไม่รู้จะช่วยยังไง”

Objective data : ท้องโต แข็งตึง อึดอัดแน่นท้อง

การประเมินโดยใช้แบบประเมิน ESAS ระดับคะแนน = 7-10 คะแนน

สีหน้าไม่สดชื่น ขมวดคิ้วตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรเทาอาการอึดอัดแน่นท้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. สอบถามด้วยแบบประเมิน ESAS ในหัวข้อที่ 10 อาการอื่น ๆ ระดับคะแนนความรุนแรงของอาการอึดอัดแน่นท้องลดลงจากเดิม
2. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะอาการอึดอัดแน่นท้อง ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของอาการ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และ ความต้องการการช่วยเหลือ โดยประเมินจากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน สอบถามผู้ป่วยและ/หรือญาติ ผู้ดูแล และสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การแสดงออกของผู้ป่วย

2. จัดทำท่านอนศีรษะสูง Fowler's position (45-60 องศา) หรือจัดท่าที่ผู้ป่วยสุขสบาย เช่น จัดท่านอนตะแคง ให้ข้อมูลเหตุผลการจัดท่านอนและสอนสาธิตญาติผู้ดูแลในการจัดท่านอนให้ผู้ป่วย เพื่อช่วยบรรเทาอาการอึดอัดแน่นท้อง ในช่วงขึ้นไปเยี่ยมผู้ป่วย

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นอาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

4. ให้คำแนะนำและส่งเสริมให้ ผู้ป่วยทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การดูทีวี หรือหนังเรื่องที่ชอบ การอ่านหนังสือ ฟังเพลง คุยกับคนในครอบครัว เป็นต้น เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ได้ผ่อนคลายขึ้น

5. ประเมินความครบถ้วนของการได้รับยาบรรเทาอาการตามแผนการรักษา จากข้อมูลในเวชระเบียนและการสอบถามผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแล ยาบรรเทาอาการที่ได้รับตามแผนการรักษามีดังนี้

Onsia 4 mg IV prn ทุก 8 hr.:

Prevacid 20 mg. IV OD

6. ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการที่แพทย์สั่งให้ งดอาหารและให้จิบน้ำและกินยาทางปากเท่านั้น

7. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปากบ่อยๆหรือแปรงฟันเพื่อให้ปากชุ่มชื้นเกิดความสุขสบาย

8. ประเมินปริมาณ ลักษณะของของเหลวที่ออกมา และตรวจสอบการทำงานของสายที่ใส่ผ่านจมูกลงสู่ กระเพาะอาหาร (NG tube) ว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องไม่เลื่อนหลุด ระบบการดูดของ suction ทำงานสม่ำเสมอดี ในช่วงขึ้นไปเยี่ยมผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

1. จากการสอบถามผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS ในหัวข้อที่ 10 อาการอื่น ๆ ระดับคะแนนความรุนแรงของอาการอึดอัดแน่นท้องลดลง (จาก 7-10 คะแนน ลดลงเหลือ 3-5 คะแนน)

2. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเนื่องจากภาวะซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียคุณค่าและ ความภาคภูมิใจในตนเอง

พบปัญหาวันที่ 4 กันยายน 2566 สิ้นสุดวันที่ 4 กันยายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data :

ผู้ป่วยบอกว่า “เบื่อ รู้สึกมองไปทางไหนก็ดูหดหู่ไปหมด”

“ตอนนี้มีชีวิตรอยู่ หรือไม่อยู่มีค่าเท่ากัน”

“ตอนนี้รู้สึกชีวิตไร้คุณค่าหมดความหมาย คิดอยากตายไปให้พ้น ๆ”

“รู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการปวดแน่นท้องที่ไม่หายขาด ท้อแท้สิ้นหวังกับการรักษาที่ไม่ทำให้ดีขึ้น เป็ หมายที่ต้องนอนคนเดียวอยู่บนเตียงและห้องแคบ ๆ”

Objective data :

- ผู้ป่วยมีประวัติรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีารับประทานประจำ ช่วงย้ายมาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนัก แพทย์งดอาหาร และน้ำทุกชนิด ผู้ป่วยจึงขาดยา

- ผู้ป่วยมีสีหน้าเคร่งเครียด แหวตาดูเศร้าหมอง

- ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก ลักษณะเป็นห้องแคบกว่าหอผู้ป่วยพิเศษที่ผู้ป่วยเคยอยู่

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพ และคุณค่าของตนเอง สามารถตัดสินใจหรือมีวิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่าง เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ทำร้ายตนเอง
2. ผลคะแนน จากการประเมินด้วยแบบประเมินอยู่ในระดับปกติ ไม่มีแนวโน้มมีความคิดฆ่าตัวตาย
 - แบบประเมินโรควิตกกังวลและซึมเศร้า 2Q, 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต
 - แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (THAI HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงและการวางแผนในการทำร้ายตนเอง ด้วยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง คำพูด พฤติกรรมที่แสดงออก ความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์แวดล้อม
2. ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q, 8Q และ Thai HADS และการพูดคุยซักถามข้อมูลจากผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลแก่ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อให้มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งการปรับแผนให้เหมาะสมกับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย
4. เผื่อระวังอาการผิดปกติ เช่น เศร้ามากขึ้น พฤติกรรมถดถอย คิดฆ่าตัวตาย โดยไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ลำพัง หมั่นตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ
5. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ดังนี้
 - จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงรบกวน แสงสว่างเพียงพอ และอากาศถ่ายเทได้ดี
 - จัดเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตาย เช่น ขงมีคมทุกชนิดอุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นสาย น้ำยาเคมี ยาต่างๆ กระจก กรรไกร เป็นต้น
6. รายงานการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับส่งเวรทุกเวร
7. พูดคุย ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ มั่นคง สุขุม นุ่มนวล ให้ความเคารพ ให้เกียรติและยอมรับในตัวผู้ป่วย ใช้คำพูดที่กระชับ เข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
8. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นในการเข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก
9. เปิดโอกาสได้พูดคุยระบายความคิด อารมณ์ ความรู้สึก รับฟังอย่างสนใจและเข้าใจความรู้สึก
10. ค้นหาศักยภาพ แรงจูงใจ ความภาคภูมิใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความภาคภูมิใจในอดีต รับฟังด้วยความตั้งใจ เสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง
11. ส่งเสริมการสร้างและคงความหวังที่เป็นจริง สนับสนุนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หากความหมายของชีวิต หาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางใจ
12. ให้จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สงบ ผ่อนคลาย ลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น แสงไฟไม่จ้าเกินไป
13. ซักชวนผู้ป่วยให้เข้าร่วมทำกิจกรรมศิลปะบำบัด เพื่อหลีกเลี่ยงความคิดหมกมุ่น ให้รู้สึกผ่อนคลายและสร้างความภาคภูมิใจก่อนการนอน เช่น ฟังเพลงที่ชอบ สวดมนต์ เป็นต้น
14. ส่งปรึกษาหน่วยพยาบาลให้การปรึกษา เพื่อร่วมดูแลให้การปรึกษา
15. ติดต่อประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้ป่วย
16. สนับสนุนให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่มีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินพบปัญหาและ

แจ้งแพทย์รับทราบ แพทย์ให้รับประทานยาต้านเศร้า(ยาประจำตัว) ตามเดิม และให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก กลับไปอยู่หอผู้ป่วยพิเศษตามเดิม ญาติสามารถมาเฝ้าดูแลได้ปกติ ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม พูดคุยมีความสุขขึ้น ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

2. ผลคะแนน

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q, 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต

แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (THAI HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale)

ตารางที่ 14 ผลประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q, 8Q และ Thai HADS (4 กันยายน 2566)

แบบสอบถาม	ก่อนทำกิจกรรม		ก่อนทำกิจกรรม	
	คะแนน	การแปลผล	คะแนน	การแปลผล
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q	มี 2 ข้อ	มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	ไม่มี	ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q	14	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	4	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 8Q	3	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย	1	ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
แบบประเมิน (THAI HADS) อาการวิตกกังวล ข้อ 1	11	มีอาการวิตกกังวลมากในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช	3	ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช
อาการซึมเศร้า ข้อ 2	12	มีอาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช	5	ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 4 นอนไม่หลับ เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษา พบปัญหาวันที่ 25 สิงหาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 26 สิงหาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่ค่อยหลับ” “ชอบฝันร้าย ตกเหวบ้าง ตกต้นไม้บ้าง หลับได้ชั่วโงมเดียวก็สะดุ้งตื่นตลอดเลย ไม่รู้เป็นอะไร” “คิดหลายเรื่อง ถ้าอาการยังเป็นอยู่แบบนี้ คงไม่ได้รักษาต่อแน่ อยากเอาผลการรักษาลองไปปรึกษาที่อื่นได้มัย”

Objective data :

1. ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะปฏิเสธ ไม่ยอมรับเกี่ยวกับการลุกลามของโรคและการรักษาแบบประคับประคอง

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าเคร่งเครียด แววตาดูเศร้าหมอง

3. ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก ลักษณะเป็นห้องแคบกว่าหอผู้ป่วยพิเศษที่ผู้ป่วยเคยอยู่

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าการนอนหลับ ได้มากขึ้นและรู้สึกสดชื่น หลังตื่นนอน
2. ไม่มีสีหน้าอ่อนเพลีย หรือง่วงนอน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินประสิทธิภาพการนอนและปัจจัยรบกวนการนอนหลับ ทั้งในด้านร่างกาย เช่น ปัญหาอาการรบกวนทางกาย หรือจากแสงสว่าง เสียงของอุปกรณ์ต่าง ๆ และในด้านจิตใจ เช่น ความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและการรักษา
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย เล่าระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อสงสัยต่าง ๆ
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคให้ผู้ป่วยทราบตามความเหมาะสมและให้ข้อมูลอาการที่อาจเกิดขึ้น แนวทางการจัดการอาการ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อลดความวิตกกังวล
4. ดูแลให้ได้รับ Lorazepam (1 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน และยาโรคลซึมเศร้า Remeron 1 เม็ด ก่อนนอน ตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ
5. แนะนำญาติ ให้จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การนอนหลับ โดยการจัดบรรยากาศในห้องให้เงียบสงบ แสงไฟไม่จ้าเกินไป
6. แนะนำผู้ป่วยมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนการนอน เช่น ฟังเพลงที่ชอบ สวดมนต์ เป็นต้น
7. วางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อยเกินไป หรือโดยไม่จำเป็นในเวลากลางคืน
8. ทำกิจกรรมศิลปะบำบัด เพื่อบำบัดความปวดและผ่อนคลายความเครียดกังวล ช่วยลดปัจจัยรบกวนการนอนหลับ โดยให้ผู้ผู้ป่วยดูหนังสือนิตยสารต่าง ๆ และเลือกรูปที่ต้องการ โดยช่วยตัดรูปให้ และให้ผู้ผู้ป่วยนำไปปะติดในแผ่นกระดาษวาดเขียนและตกแต่งระบายสีไม้ และสติ๊กเกอร์เพิ่มเติมอย่างเป็นอิสระ พร้อมพูดคุยเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับภาพที่ประดิษฐ์ขึ้น ผู้ป่วยเลือกภาพต้นไม้ นก และสัตว์ต่าง ๆ ที่พบในหนังสือ บอกว่า “นี่ถึงตอนอยู่ในป่า ได้ยินเสียงนกร้อง เสียงน้ำตกแล้วทำให้จิตใจสงบ มีความสุข อยากกลับไปทำงานในป่าอีกครั้ง”

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ต่อเนื่องยาวขึ้นครั้งละ 2 - 3 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยยังอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาการมึนงง ขอบตาไม่เขียวคล้ำ
3. ผู้ป่วยบอกความรู้สึกขณะทำศิลปะว่า “รู้สึกเพลิดเพลิน ผมลืมความเจ็บปวดที่เป็นอยู่ไปเลย ถ้าได้ทำบ่อยๆ คงจะดี”

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 5 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงและรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

พบปัญหาวันที่ 25 กันยายน 2566 สิ้นสุดวันที่ 26 กันยายน 2566

1. ขณะทำกิจกรรม พันใหม่พรมไปรอบไม้กากบาท ผู้ป่วยดูสงบนิ่ง ตั้งใจ สีหน้าผ่อนคลาย มีความสุข ผู้ป่วยเลือกใช้สีของไหมพรมที่เป็นสีสว่างสดใส หลากหลายสีสันทัน หลังเสร็จกิจกรรมมีการถ่ายรูปผลงานร่วมกัน ผู้ป่วยและมารดาถือผลงานศิลปะถ่ายรูปคู่กันบนเตียงผู้ป่วย ผู้ป่วยยิ้มกว้าง สีหน้าผ่อนคลาย สดชื่น แววตาเปล่งประกาย ภูมิใจมีความสุข

2. จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การสิ่งที่ได้จากทำกิจกรรมและประเมินผลจากแบบสอบถาม ผู้ป่วยหลังการทำกิจกรรม ผู้ป่วยบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมมีดังนี้

- ได้เรียนรู้การฝึกสมาธิ
- ลืมความเจ็บปวด
- ผ่อนคลายความเครียดกังวล
- เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง
- ทำให้มีกำลังใจต่อสู้กับโรค

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 6 เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการอาเจียนและมีการใส่สายยางผ่านทางจมูกเพื่อระบายของเหลวออกจากกระเพาะอาหาร

พบปัญหาหาระหว่างวันที่ 29 สิงหาคม 2566 , วันที่ 21-25 กันยายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “กินอะไรเข้าไปก็อาเจียนออกหมดมา 2 อาทิตย์แล้ว”

Objective data :

1. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ปากแห้งเล็กน้อย
2. On NG tube ต่อลงถึง สลับกับต่อ suction มีสารคัดหลั่งสีเขียวออกประมาณ 1500-2000 ml/วัน
3. ผู้ป่วยมีคลื่นไส้อาเจียนตลอด
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 29 สิงหาคม 2566
Sodium (Na) = 148 mmol/L (ค่าปกติ 136-145 mmol/L),
Potassium (K) = 3.15 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L)
Chloride (Cl) = 81 mmol/L (ค่าปกติ 98-107 mmol/L)

วัตถุประสงค์ :

ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์ดังต่อไปนี้
อาการของ Sodium ในเลือดสูง คือ คอแห้ง กระหายน้ำ ปวดศีรษะ อารมณ์หงุดหงิด ความดันโลหิตสูง
อาการของ Potassium ในเลือดต่ำ คือ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง
อาการของ Chloride ในเลือดต่ำ คือ ชักเกร็ง หัวใจเต้นผิดปกติ อาจหยุดหายใจได้
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Sodium อยู่ระหว่าง 136 – 145 mmol/L

Potassium อยู่ระหว่าง 3.5 – 5.1 mmol/L

Chloride (Cl) อยู่ระหว่าง 98-107 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและอาการที่เกิดจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยการสังเกตและซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ดังนี้ อาการโซเดียมในเลือดสูง โปตัสเซียมในเลือดต่ำ คลอไรด์ในเลือดต่ำ ได้แก่ คอแห้ง กระหายน้ำ ปวดศีรษะ เป็นตะคริว อารมณ์หงุดหงิด ความดันโลหิตสูง ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง ชักเกร็ง หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจหยุดหายใจได้ ทวนซ้ำเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสังเกตอาการตนเองจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

2. ประเมิน Vital signs ทุก 4 ชม. หรือตามความจำเป็น

3. ประเมินความครบถ้วนของให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาคือ

Smofkabivien iv drip in 24 ชม. With C-line (วันที่ 23 สิงหาคม 2566 - 21 กันยายน 2566)

4. ประเมินความครบถ้วนของได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ

Onsia 4 mg IV prn ทุก 8 hr. (วันที่ 23 สิงหาคม 2566 - 25 กันยายน 2566)

5. ประเมินภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากบันทึกของเวชระเบียน เกี่ยวกับจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และลักษณะและปริมาณของ ๆ เหลวจากกระเพาะอาหาร

6. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte ทางห้องปฏิบัติการ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและอาการที่เกิดจากภาวะโซเดียมในเลือดสูง โปตัสเซียมในเลือดต่ำ คลอไรด์ในเลือดต่ำ

2. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เป็นช่วงๆ ได้รับการแก้ไขปรับภาวะสมดุลตามคำสั่งของแพทย์ แต่ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 7 มีภาวะชืด จากการขาดสารอาหาร สาเหตุจากการกลูกลามของโรคทำให้ระบบย่อยอาหารและระบบการดูดซึมของร่างกายผิดปกติ

พบปัญหาระหว่างวันที่ 23 สิงหาคม 2566 ถึง วันที่ 25 กันยายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเพลีย ไม่ค่อยมีแรงเลย”

Objective data :

1. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปากแห้งเล็กน้อย

2. มีภาวะชืด Hct 24.1%, HGB 8.1 g/dL

3. ผู้ป่วยมีคลื่นไส้อาเจียนตลอด On NG tube ต่อลงถุง สลับกับต่อ suction มีสารคัดหลั่งสีเขียว

ออกประมาณ 1500-2000 ml/วัน

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 23 สิงหาคม 2566 ถึง วันที่ 25 กันยายน 2566 (ลดลงอย่างต่อเนื่อง)

RBC Count = 4.43 --> 3.50 $10^6/uL$ (ค่าปกติ 4.50-6.00 $10^6/uL$),

Hemoglobin = 12.7 --> 9.6 g/dL (ค่าปกติ 13.00-18.00 g/dL),

Hematocrit = 35.2 --> 27 % (ค่าปกติ 40.00-54.00 %) ได้รับเลือด (PRC) จำนวน 1 unit

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้พักผ่อน และกำหนดกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำได้ ตามความรุนแรงของภาวะช็อคเพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนในร่างกาย

2. ดูแลให้ได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา บริหาร LPRC 2 unit iv drip unit ละ 3 ชั่วโมง ฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการที่ผู้ป่วยได้รับเลือด เช่น อาการไข้หนาวสั่นหายใจลำบากความดันเลือดเปลี่ยนแปลงอาการปวด เช่น ปวดท้อง ปวดหน้าอก ปวดหลัง ปวดบริเวณแทงสายให้เลือดและผื่นผิวหนัง

3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน

4. จัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วย

5. ป้องกันและลดภาวะติดเชื้อ ซึ่งทำให้ร่างกายต้องใช้ออกซิเจน

6. สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น อาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เขียวตามปลายมือปลายเท้า ภาวะหัวใจวาย เป็นต้น

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพปกติ

2. ผู้ป่วยได้รับเลือดเป็นระยะ ๆ เนื่องจากภาวะของโรคทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ หลังทำหลังได้รับเลือด ผู้ป่วยมีผลเลือดที่ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 8 มีภาวะท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลงและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด Opioid

พบปัญหาวันที่ 30 สิงหาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 30 สิงหาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : บุตรสาวบอกว่า “พ่อไม่ถ่ายมา 4 แล้ว ปกติจะถ่ายทุกวัน”

Objective data : ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ซึ่งจะมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการท้องผูก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่เกิดอาการท้องผูก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยถ่ายได้ปกติในทุกวันหรือ 1-3 วันต่อครั้ง
2. ไม่มีอาการของท้องผูก คือ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง รู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะท้องผูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุปนิสัยในการขับถ่ายอุจจาระของของผู้ป่วย ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะท้องผูก คือ ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ผู้ป่วยอาจรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก เพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของภาวะท้องผูกของผู้ป่วย
2. อธิบายผู้ป่วยถึงผลข้างเคียงของการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid เช่น ท้องผูก และการที่ไม่ได้รับประทานอาหารทำให้ไม่มีกากใยอาหารไปกระตุ้นลำไส้ จึงทำให้เกิดอาการท้องผูก
3. ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการทำงานของลำไส้
4. จัดเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลาเดิมตามสุขนิสัยของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยถ่ายทุกครั้งที่ปวดอุจจาระ เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก
5. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบาย Senokot 2 tab oral hs ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อรักษาอาการท้องผูก ช่วยในการขับถ่าย และติดตามผลข้างเคียงหลังการได้รับยา
6. จัดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมส่วนตัวขณะขับถ่ายอุจจาระ ความเป็นส่วนตัวเป็นปัญหาสำคัญในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระให้สม่ำเสมอ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ปกติทุกวัน
2. ไม่มีอาการของท้องผูก คือ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง รู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะท้องผูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 9 มีอาการคันบริเวณผิวหนัง เนื่องจากเกิดการคั่งของ bilirubin ในกระแสเลือด สาเหตุจากมีการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี

พบปัญหาวันที่ 30 สิงหาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 30 สิงหาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “คันไปทั้งตัว รู้สึกเหมือนมีตัวอะไรไต่ยิบๆได้ผิวหนัง”

Objective data :

1. ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง

2. ผู้ป่วยมีรอยเกาบริเวณแขนและขา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย อาการคันลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการคันบริเวณผิวหนังลดลง
2. ไม่พบมีรอยเกาบริเวณแขนและขาเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความไม่สุขสบายจากอาการคันตามร่างกายของผู้ป่วย กรณีคันมาก รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการคัน
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของอาการคันเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดจากท่อน้ำดีอุดตัน เกิดการคั่งของสาร bilirubin ในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ไปกระตุ้นปลายประสาทที่รับความรู้สึกชนิดคัน ทำให้เกิดอาการคันบริเวณผิวหนัง
3. ให้คำแนะนำเพื่อบรรเทาอาการคันตามร่างกายดังนี้
 - แนะนำให้ญาติให้ตัดเล็บให้สั้นและเรียบ
 - แนะนำให้ญาติใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำเช็ดตัวให้ผู้ป่วย และใช้ครีมบำรุงผิวหรือน้ำมันทาผิวทำให้ผู้ป่วยบ่อยๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง ลดอาการคันและสุขสบายขึ้น
 - แนะนำให้ใส่เสื้อผ้าที่ไม่รัดแน่นเกินไป
 - แนะนำให้หากิจกรรมหรืองานอดิเรกอื่นๆทำ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ดูทีวี ฟังเพลง ทำสมาธิ กำหนดลมหายใจ เป็นต้น
 - แนะนำให้ใช้มือลูบๆบริเวณที่คันแทนการเกาที่ผิวหนัง

ประเมินผลการพยาบาล

1. อาการคันบริเวณผิวหนังลดลง
2. ไม่พบมีรอยเกาบริเวณแขนและขาเพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 10 ญาติผู้ดูแลมีความเครียด จากการเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

พบปัญหาวันที่ 25 กันยายน 2566 สิ้นสุดวันที่ 26 กันยายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data :

บุตรสาวคนเล็กซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักบอก ”พ่อบ่นมากขึ้น หงุดหงิด ทำอะไรก็ไม่ถูกใจ ที่เสียใจที่สุดคือ มาตवादและพูดคำหยาบใส่หนู พ่อไม่เคยพูดกับลูกอย่างนี้มาก่อนเลย

“หนูอดสำห้โตดงานมาเฝ้าทุกวัน แล้วมาเจอแบบนี้อีก หนูเครียด ไม่ไหวแล้ว ตอนนี้หนูดูแลไม่ไหวแล้วจริง ๆ”

Objective data :

1. ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะปฏิเสธ ไม่ยอมรับเกี่ยวกับการลุกลามของโรคและการรักษาแบบประคับประคอง
2. บุตรสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลเสียใจ ร้องไห้ เนื่องจากเกิดภาวะของการอ่อนล้าทางอารมณ์ (Burnout) เดินเข้ามาขอคำปรึกษา ที่ห้องให้คำปรึกษา หน่วยพยาบาลแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์

1. บรรเทาความเครียดของญาติผู้ดูแล
2. ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวยอมรับ และเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยได้
3. คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของผู้ป่วยและบุตรสาว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความเครียดของญาติผู้ดูแลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น บอก “สบายใจขึ้น ตอนนี้อารู้สึกดีขึ้น ไม่เครียดแล้ว”
2. ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวยอมรับ และเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยได้
3. ผู้ป่วยและบุตรสาวยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแล มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อญาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่น
2. ประเมินความเครียด ด้วยการพูดคุยซักถามข้อมูล และใช้แบบสอบถาม สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก
3. ประเมินปัญหาของผู้ดูแลและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย วิธีการเผชิญปัญหาที่ผ่านมา
4. ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ซึ่ให้เห็นถึงปฏิกิริยาของผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่และความสามารถของตนเอง รวมถึงความรู้สึกบีบคั้นทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่แสดงออกทางด้านจิตใจ ในลักษณะของอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว เพื่อให้ญาติเข้าใจถึงสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีผลมาจากความเจ็บป่วยทางกาย และมีมุมมองทางบวกกับผู้ป่วย
5. เสริมแรงทางบวก โดยการกล่าวชื่นชมถึงความมกตัญญูและเสียสละร่างกายแรงใจมาเฝ้าดูแลบิดา โดยรับภาระแทนมารดาและพี่สาวมาเป็นผู้ดูแลหลัก และให้การดูแลบิดาอย่างดี
6. เปิดโอกาสให้พูดคุย เล่าระบายความคิดอารมณ์ ความรู้สึกคับข้องใจต่างๆ รับฟังด้วยความใส่ใจและเข้าใจ
7. ให้ข้อมูลแนวทางการดูแลจัดการอาการรบกวนต่างๆ การดูแลความสะอาดทั่วไป การสังเกตอาการผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาการด้านร่างกาย เช่น อาการที่แสดงถึง ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เป็นต้น อาการด้านจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า รู้สึกเศร้ามาก ท้อแท้ หมดหวัง หมดหนทางในชีวิต เป็นต้น เมื่อพบอาการที่ผิดปกติให้รีบแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ
8. แนะนำให้คนอื่นๆในครอบครัวสลับสับเปลี่ยนกันมาดูแลบ้าง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักได้ไปพักผ่อนบ้าง เพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าทางกายและภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์

9.เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสามารถมาพูดคุยขอรับการปรึกษาได้เมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ

10. ชักชวนให้ทำกิจกรรมศิลปะบำบัดร่วมกันกับผู้ป่วยในช่วงบ่าย เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ประเมินผลการพยาบาล

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย สิ้นหวังลดลง บอกรู้สึกดีใจขึ้น “บอก “สบายใจขึ้น ตอนนั้รู้สึกดีขึ้น ไม่เครียดแล้ว”
2. ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวยอมรับ และเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยได้ บอกรู้สึกเข้าใจและสงสารพ่อกมาก ไม่อยากให้พ่อเป็นอะไรตอนนี้ อยากให้พ่ออยู่ด้วยกันไปนาน ๆ อยากใช้เวลาที่เหลืออยู่ดูแลเค้าให้ดีที่สุด”
3. ผู้ป่วยและบุตรสาวยังคงมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน
4. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมทำกิจกรรมศิลปะบำบัดร่วมกันกับผู้ป่วยในช่วงบ่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 11 ส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan)

พบปัญหาวันที่ 19 กันยายน 2566 สิ้นสุดวันที่ 25 กันยายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่อยากทรมาณถ้าต้องไปจริง ๆ ก็ไม่อยากให้ทรมาณ อยากกลับไปเฉย ๆ” “ไม่ได้กลัวตาย เพราะครอบครัวไม่มีอะไรต้องห่วงแล้ว แต่กลัวทรมาณ ไม่อยากตายอย่างทรมาณ”

Objective data :

1. ผู้ป่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยการตัดสินใจด้วยตนเองว่า ขอให้ไปไปตามธรรมชาติ ไม่ต้องการยืดชีวิตด้วยการนวดหัวใจและใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล
2. ภรรยาและบุตรสาวคนเล็ก เห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้ป่วย

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า

เกณฑ์การประเมิน

1. ครอบครัวยอมรับการตัดสินใจ ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีการวางแผนดูแลล่วงหน้าร่วมกัน
3. ผู้ป่วยเขียนเอกสารแสดงความต้องการการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advanced directive)
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานการนัดประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย โดยการสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวว่าจะอนุญาตให้ใครเข้ามาร่วมประชุมบ้าง
2. ประสานทีมสุขภาพและ ครอบครัว แจ้งกำหนดการนัดหมาย วันเวลาสถานที่

3. ทบทวนข้อมูลในเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของโรคของผู้ป่วย ข้อมูลแนวทางการรักษา
4. กำหนดบทบาทในการประชุม แพทย์แจ้งเกี่ยวกับการดำเนินของโรคในปัจจุบัน การพยากรณ์โรค
5. พูดคุยเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแล ให้ข้อมูลแผนการดูแลล่วงหน้า และแนวทางการดูแลจัดการอาการต่าง ๆ สอบถามเกี่ยวกับประเด็นการดูแลและตัดสินใจในภาวะวิกฤติและผู้ตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ ความต้องการเกี่ยวกับพิธีกรรมทางศาสนาของครอบครัว สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการดูแลในวาระสุดท้าย

ประเมินผลการพยาบาล

การประชุมครอบครัวครั้งนี้ มีสมาชิกในการเข้าร่วมประชุม 6 คน คือ ทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำประคอง และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วย ภรรยา และบุตรสาวคนเล็ก ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ในการเลือกเป้าหมายการดูแล การวางแผนการดูแลล่วงหน้า กรณีเกิดภาวะวิกฤติขอให้เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่ขอยื้อชีวิต โดยมีการทำหนังสือรับรองการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร โดยภรรยาและบุตรสาวทั้งสองคนเข้าใจ ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยเห็นด้วยกับผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 12 : ส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พบปัญหาวันที่ 25 กันยายน 2566 สิ้นสุดวันที่ 25 กันยายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : บุตรสาว บอกว่า “พ่อหลับตั้งแต่เมื่อคืน จนถึงตอนนี้ยังไม่ตื่นเลย”

Objective data : ซึมลง มีเสียงหายใจ Death rattle ปลายมือปลายเท้าเย็น ผิวเป็นจ้ำ ปัสสาวะไม่

ออก

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือที่เรียกว่า “ตายดี” (Good death)

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการยอมรับ ภาวะโศกเศร้าเสียใจของครอบครัว ต่อการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น
2. ให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตให้ครอบครัวรับทราบเป็นระยะ ๆ และ เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

3. ดูแลจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะใกล้เสียชีวิต

4. ให้คำแนะนำครอบครัวในการจัดเตรียมเสื้อผ้าชุดที่ผู้ป่วยชอบ การเตรียมเอกสารต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการดำเนินการหลังผู้ป่วยจากไป เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน

บัตรประชาชน

5. ประเมินระดับความปวด ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ดังนี้ Morphine 3 mg iv prn ทุก 4 ชม. และ fentanyl patch (75) 1 patch แปะ ทุก 72 ชั่วโมง ตามความต้องการของครอบครัว
6. จัดบรรยากาศให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยนอนหลับ พักผ่อนในท่าที่สบาย
7. ให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป ดูแลความสะอาดช่องปากให้ชุ่มชื้น ใช้สาลีชุบน้ำ เช็ดบริเวณเหงือก ฟัน ลิ้น
8. อำนวยความสะดวกให้ครอบครัว บุคคลที่รักและผูกพันอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอด และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ วันที่ 25 กันยายน 2566 เวลา 14.00 น. ท่ามกลางภรรยา บุตรสาว และญาติพี่น้องบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่มีสิ่งค้างคาใจ ผู้ป่วยสามารถปล่อยวางและจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ครอบครัวมีความโศกเศร้าเสียใจ อยู่ในระดับที่เข้าใจยอมรับกับความสูญเสียได้

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

วันที่รับไว้ในความดูแล: วันที่ 23 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 25 กันยายน 2566 (ผู้ป่วยถึงแก่กรรม)รวมระยะเวลาที่ทำการศึกษานักศึกษา 34 วัน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องด้านบนขวา มีอาการตาเหลืองมา 2 สัปดาห์ ตรวจที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ทำ Computerized Tomography Scan ตรวจพบเป็นเนื้องอกมะเร็งตับอ่อน รักษาโดยการผ่าตัด Whipple operation เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบเป็น มะเร็งชนิด Adenocarcinoma แพทย์วางแผนการรักษาต่อเนื่องโดยให้ยาเคมีบำบัด สูตร Cisplatin / Gemcitabine จำนวน 12 Cycle ครอบคลุมตามแผนการรักษา-เมื่อตุลาคม 2563 และมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

เมษายน 2566 ตรวจพบว่าโรคกลับเป็นซ้ำและมีการลุกลามไปในเยื่อช่องท้อง และต่อมน้ำเหลือง รักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัด สูตรเดิมต่อ ให้ยาเคมีไป 1 cycle ผู้ป่วยนำประวัติมาปรึกษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เนื่องจากค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษามะเร็งที่มีการแพร่กระจายในช่องท้องแล้วพบว่า สามารถรักษาด้วยวิธีทำ Hyperthermic Intra Peritoneal Chemotherapy (HIPEC) แล้วได้ผลดี แพทย์รับไว้รักษาต่อ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การทำ HIPEC แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการทำ Pressurized

Intraperitoneal Aerosolized Chemotherapy (PIPAC) แทน ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษาตามแผนการรักษา ได้รับการรักษา PIPAC จำนวน 2 ครั้ง ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดตามสูตรเดิม ควบคู่ไปด้วย หลังทำ PIPAC ครั้งที่ 2 และจำหน่ายกลับบ้าน ประมาณ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนวันละ 2-3 ครั้งอ่อนเพลีย จุกแน่นท้องมาก หายใจลำบาก จึงมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด แพทย์รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลและวางแผนรักษาตามอาการ (Symptomatic treatment) และ (Esophagogastroduodenoscopy: EGD) ผลการตรวจ พบมีการแพร่กระจายของโรคไปทั่วช่องท้อง ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และประเมินจากสภาพร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาด้วยวิธีทำ PIPAC ครั้งที่ 3 ได้อีก แพทย์วางแผนการรักษาเป็นแบบประคับประคอง ส่งปรึกษา Palliative care Team แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ ผู้ป่วยขอให้แพทย์สรุปผลการตรวจรักษาเพื่อจะนำไปขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโอกาสในการรักษาและวิธีการรักษาที่เป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลอื่น ๆ

ขณะรับไว้ในการดูแล ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาและความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เป็นผลให้เกิดการขาดสารอาหาร ต้องให้สารอาหารทางหลอดเลือดและรับเลือดทดแทนเป็นระยะ ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางใจ เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวยอมรับต่อภาวะลุกลามของโรคได้ นำไปสู่การแสดงออกถึงภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Emotional distress) มีสถานะบิคับคั้นทางจิตวิญญาณ เป็นผลให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความเครียด ความคับข้องใจ มีความคิดอยากตาย และมีความคิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการรับรู้เกี่ยวกับการตายดีของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

รายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 1 ปวดเนื่องจากพยาธิสภาพและการลุกลามของโรคมะเร็ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 2 ไม่สุขสบาย เนื่องจากอาการแน่นอึดอัดท้อง สาเหตุจากโรคมีการแพร่กระจายเข้าไปในเยื่อช่องท้อง เกิดภาวะท้องมาน (Ascites)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 4 นอนไม่หลับ เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 5 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 6 เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการอาเจียนและมีการใส่สายยางผ่านทางจมูกเพื่อระบายของเหลวออกจากกระเพาะอาหาร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 7 มีภาวะชืด จากการขาดสารอาหาร สาเหตุจากการลุกลามของโรคทำให้ระบบย่อยอาหารและระบบการดูดซึมของร่างกายผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 8 มีภาวะท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลงและผลข้างเคียงของยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 9 มีอาการคันบริเวณผิวหนัง เนื่องจากเกิดการคั่งของ bilirubin ในกระแสเลือด สาเหตุจากมีการอุดตันของท่อน้ำดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 10 ญาติผู้ดูแลมีความเครียด จากการเผชิญกับอารมณ์และ

พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 11 ส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 12 ส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

กรณีศึกษาเรื่องนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี “5 Stages of Grief” ของ Elisabeth Kübler-Ross เพื่อประเมินปฏิกิริยาในการเผชิญข่าวร้ายและความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ให้การพยาบาลแบบประคับประคอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ร่วมกับใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สบาย ลดความทุกข์ทรมาน ให้ครอบครัวทุกมิติแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือที่เรียกว่าการตายดี (Good death)

วิเคราะห์กรณีศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการวิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนระยะท้ายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยรายนี้ยังอยู่ในระยะปฏิเสธ ไม่ยอมรับกับภาวะของโรค ยังพยายามแสวงหาทางรอดในการรักษา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางใจ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า เกิดภาวะซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตาย ปฏิกิริยาการปรับตัวยอมรับกับการสูญเสียของผู้ป่วย ทั้ง 5 ระยะที่เกิดขึ้น แต่ละระยะใช้เวลาไม่เท่ากัน และเกิดกลับไปกลับมา มีพฤติกรรมในการแสดงออกต่างกัน โดยเฉพาะการปรับตัวในระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง มองทุกอย่างในแง่ลบ คิดว่าตนเองไร้ค่า และมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งนอกจากจะเป็นปัจจัยเสี่ยงแล้ว ยังเป็นปัจจัยเสริมให้โรคทางกายหนักขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเพื่อประเมินระยะของการยอมรับของผู้ป่วย นำมาวางแผนการดูแลและให้ข้อมูลการศึกษาผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละระยะได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย และสามารถปรับตัวยอมรับกับวาระสุดท้ายที่กำลังจะมาถึงได้และจากไปอย่างสงบ

ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนเมื่อโรคมะเร็งลุกลามจนเข้าสู่ระยะท้าย จะเกิดอาการและอาการแสดงที่รุนแรง นอกจากอาการปวดแล้วยังมีอาการรบกวนอื่นๆหลายอาการเช่น อึดอัดแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างมาก จนกว่าจะเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีหลักการสำคัญคือ การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้น ดูแลให้ครอบครัวแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ มีความพร้อมยอมรับกับวาระสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบ

ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงควรมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย สามารถใช้หลักการหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่สอดคล้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางที่พัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติการดูแลทางการพยาบาลระยะท้าย ซึ่งจุดเน้นของทฤษฎีคือ การทำให้สงบในชีวิต มีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ มีการดูแลที่ครอบคลุมถึงครอบครัว บุคคลสำคัญของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ตารางที่ 15 ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ลำดับ	ปัญหา /อุปสรรค/ข้อจำกัดที่พบ	การแก้ไขปัญหา
1	ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าภายหลังการรักษาโรคมะเร็งในครั้งแรก ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง เมื่อโรคกลับเป็นซ้ำและได้รับทราบระยะและการพยากรณ์โรคว่าเป็นระยะท้าย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยที่ผู้ป่วยยังไม่ยอมรับเกี่ยวกับโรค ยังมีความคาดหวังกับการรักษาเพื่อให้หายจากโรค ทำให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจยากขึ้น ต้องใช้เวลานาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการรับรู้ ยอมรับ ความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา 2. ประเมินปฏิกริยาและการแสดงออกของผู้ป่วยในการเผชิญข่าวร้าย 5 ระยะ โดยใช้ทฤษฎี “5 Stages of Grief” ของ Elisabeth Kübler-Ross 3. วางแผนการดูแล โดยใช้หลักการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ในการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตามระยะของการปรับตัวยอมรับเกี่ยวกับโรคและความพร้อมในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง 4. เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความเข้าใจ เอาใจใส่ โดยไม่ตัดสิน มีท่าทีที่เป็นมิตร มั่นคง สุขุม นุ่มนวล ยอมรับในตัวผู้ป่วย 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกัน 6. สนับสนุนและให้กำลังใจในการรักษาตามแผนการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องได้รับการพัฒนาทักษะการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สามารถค้นพบหรือดักจับปัญหามาสู่การวางแผนแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของผู้ป่วย

2. พยาบาลต้องได้รับการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communication) และทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication) รวมถึงบทบาทในการประสานงานเพื่อสู่เป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะท้ายรวมถึงการสนับสนุนครอบครัวด้วย

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรคมะเร็ง องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สติ...สร้างสุข*. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลชุมชนสมุทรปราการเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.).คู่มือแบบประเมินคัดกรอง ผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย. <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202301161330193317.pdf>

จตุรพร แสงกล. (2561). *เอกสารคำสอน เรื่อง Approach to depressive and manic patients*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จอนณะจง เพ็งจาด. (2557).บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง (Nurse's Role in Palliative Care). *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชินี* กรุงเทพฯ,30(1),100-109.

ชฎานิชฐ์ ศิริไสย. (2562). การรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายในช่องท้องด้วยการผ่าตัดลดจำนวนเซลล์และให้ยาเคมีบำบัดอุณหภูมิสูงในช่องท้อง. *วารสารโรคมะเร็ง*,39(3),111-118.

ชฎานิชฐ์ ศิริไสย. (มปป). *ภาวะมูกในช่องท้อง*

www.nci.go.th/th/New_web/service/f_download/km_nci/14.pdf

ชวลิต เลิศบุษยานุกุล. (2566). *มะเร็งตับอ่อน*. <https://www.chulacancer.net>

ชัยพิชิต พุทธิพิทักษ์พงศ์. (2561). การดูแลโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 71(2),141-149.

ฉัตรพร ตั้งจิตติพร. (ม.ป.ป.). *Bereavement Care*.

https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Old_Content/dmsplannv_2/publish/publish12072017020755.pdf

ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*,21(7), 658-667.

ธนา นิลชัยโกวิทภัยและคณะ. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 41.(1), 2-17.

พระไพศาล วิสาโล. (2547). *เตรียมตัวตายอย่างมีสติ: เผชิญความตายอย่างสงบ*. กรุงเทพฯ : เครือข่ายพุทธิกา

พรศิริ พันธสี. (2562). *กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ:การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. พิมพ์ครั้งที่ 23. กรุงเทพฯ:คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเซนต์หลุย.

เพิ่มสุข ผุยคำสิงห์. (2566). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Whipple procedure: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย*. โรงพยาบาลมุกดาหาร.1-18.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*,19(2),1-12.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2557). การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย. *วารสารคณะ*

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 23(3), 41-55.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2560) .การพยาบาลเพื่อการตายดีที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลในหน่วย
บริการปฐมภูมิ*.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,25(4),84-94.

ศรินรัตน์ วัฒนธรรนนท์. (2560). ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: บทบาทพยาบาล.
วารสารพยาบาลสภาภาษาไทย,10(1),13-21.

ศิริรัตน์ จำปีเรือง. (2556). การพยาบาลแบบองค์รวมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพสำหรับเด็ก วัยรุ่น
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ผิดปกติ. <https://sirirut2003.blogspot.com/>

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). แนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ:
บริษัท ไชยสถานการพิมพ์ จำกัด.

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หัดกิจ, และกิตติกร นิลมานันต์. (2554). การดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้าย
เพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีไทยพุทธ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา, 9(2), 28-41

สุธีรา พิมพ์รส. (2560). *Training of the Trainers in Palliative Care*. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา

สุธีพร ธนศิลป์. (2563). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่
ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม: สถาบันพระบรมราช
ชนก สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). *มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับ
ประเทศไทย*.

https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ประกาศ-ACP.pdf

Thailand

อรพรรณ แอบไธสง. (2561). *การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย*.

<https://srithanya.go.th/images/file/ECT/ect1.pdf>

Akechi, T., Miyashita, M., Morita, T., Okuyama, T., Sakamoto, M., Sagawa, R., &
Uchitomi, Y. (2012) . Good Death in Elderly Adults with Cancer in Japan
Based on Perspectives of the General Population. *Journal of the American
Geriatrics Society*, 60(2), 271-276. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03895.x

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical
manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. American Psychiatric
Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American cancer society. (2024). *Pancreatic Cancer Risk Factors*.

[https://www.cancer.org/cancer/types/pancreatic-cancer/causes-risks-
prevention/risk-factors.html](https://www.cancer.org/cancer/types/pancreatic-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html)

- Beck, A.T., et al. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY, USA: The Guilford Press 425.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology, 44*(4), 499–505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::aid-jclp2270440404>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::aid-jclp2270440404>3.0.co;2-6)
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York, NY, USA: The Guilford Press. 352.
- Chan, W. C. H., & Epstein, I. (2012). Researching “Good Death” in a Hong Kong Palliative Care Program: A Clinical Data-Mining Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 64*(3), 203-222. doi:doi:10.2190/OM.64.3.b
- D’Cruz, J. R., Misra, S., & Shamsudeen, S. (2024). Pancreaticoduodenectomy (Whipple Procedure). In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Fortinash, K. M., & Worret, P. A. H. (2011). *Psychiatric mental health nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
- Kawarada, Y., & Isaji, S. (1998). Stage classifications of pancreatic cancer: comparison of the Japanese and UICC classifications and proposal for a new staging system. *Pancreas, 16*(3), 255-264.
- Kubler-Ross E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: The Macmillan company.
- Longnecker, Daniel S. 2021. Anatomy and Histology of the Pancreas. Pancreapedia: Exocrine Pancreas Knowledge Base, <https://www.pancreapedia.org/reviews/anatomy-and-histology-of-pancreas>
- Mcleod, S. (2023). Cognitive behavioral therapy (CBT): types, techniques, uses. Simply Psychology. <https://www.simplypsychology.org/cognitive-therapy.html>
- Moncivais, K. (2023). *PIPAC vs. HIPEC: A Patient’s Guide*. <https://www.mesothelioma.com/blog/pipac-vs-hipec/>
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., ... & Mann, J. (2008). Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). *New York, NY: Columbia University Medical Center, 10*, 2008.
- Raymond, E.(2016). PIPAC: Pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy. <https://www.linkedin.com/pulse/pipac-pressurized-intraperitoneal-aerosol-oncologie-medicale>

Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing outlook*, 46(4), 169–175. [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90069-0)

World Health Organization. (2020). *Cancer today*.
https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&types=0

Zhang, W., Yoshida, T., & Tang, X. (2011). A comparative study of TF*IDF, LSI and multi-words for text classification. *Expert Systems with Applications*, 38(2011), 2758-2765. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2010.08.066>.



ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ