

บทความเรื่อง เภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Pharmacist in Palliative care)



หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

รหัส 5002-1-000-003-03-2562

จำนวนหน่วยกิต 2 หน่วยกิต

วันที่รับรอง 5 มีนาคม 2562

วันที่หมดอายุ 4 มีนาคม 2563

ชื่อ- นามสกุล ผู้เขียน ภญ. ปกัสร่า วรรณทอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงแนวคิด และหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
2. เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือ Palliative care ในผู้ป่วยระยะท้าย เป็นรูปแบบการดูแลที่ไม่มีเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ แต่เป็นการดูแลรักษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้มักทำร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเภสัชกรถือเป็นส่วนสำคัญในทีม เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยนั้นต้องมีการดูแลที่เชี่ยวชาญเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ ทรมานต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับเภสัชกรยังถือเป็นงานใหม่ เภสัชกรบางส่วนยังไม่เข้าใจถึงหลักการ หรือแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ถึงแม้จะมีองค์ความรู้ทางการบริหารเภสัชกรรมอย่างดีก็ตาม ดังนั้นหากเภสัชกรทราบถึงหลักการ และแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแล้วจะทำให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างดี โดยยึดเป้าหมายเดียวกันคือ ทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

คำสำคัญ บทบาทเภสัชกร, การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะท้าย

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือ Palliative care เป็นการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างจากการให้การรักษามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยหายขาดไป เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้มีเป้าหมายมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากการเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

สังคม และจิตวิญญาณ ปัจจุบันในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคนทั่วโลก แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO)¹ คาดว่าปัญหา และอุปสรรคที่สำคัญในการทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงการรักษาแบบประคับประคองได้น้อย อาจเนื่องมาจากนโยบายทางด้านสาธารณสุขในบางประเทศยังไม่ครอบคลุมการดูแลแบบประคับประคอง การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในบุคลากรแต่ละวิชาชีพยังไม่เพียงพอ รวมไปถึงการเข้าถึงการรักษาอาการปวดด้วยกลุ่มยา Opioids ของผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอต่อความจำเป็นในการรักษา

สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการให้ความสำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการดูแลผู้ป่วยในมิติต่างๆ ด้านองค์ความรู้ในการจัดการกับอาการทุกข์ทรมาน การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด รวมไปถึงการพัฒนากระบวนการบริการ Palliative care ทั้งนี้เริ่มมีการสร้าง Hospice ซึ่งเป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ โดยเภสัชกรก็เป็นส่วนสำคัญในทีม เนื่องจากการรักษาแบบประคับประคองต้องมีการดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ทรมาน ซึ่งเภสัชกรควรมีบทบาทในการดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้ให้สมเหตุสมผล ผู้ป่วยควรได้รับยาที่จำเป็นต้องได้รับ และลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็นต้องได้รับซึ่งเป็นยาที่ไม่ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ เภสัชกรเองควรเข้าใจแนวทาง และหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้เภสัชกรเข้าใจ และเข้าถึงผู้ป่วย สามารถสื่อสารและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิด และหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยระยะท้าย² หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาพการป่วยนั้นเป็นระยะลุกลาม หรือเรื้อรัง เข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค โดยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมากมักมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเรามักใช้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ความหมายของ Palliative care ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)¹ หมายถึง วิธีการดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วย (ทั้งเด็กและผู้ใหญ่) และครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening illness) มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการป้องกัน และบรรเทาความทุกข์ ทรมาน ด้วยการค้นหา ประเมิน และรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

สำหรับในประเทศไทยยังมีการให้ความหมายของ Palliative care หรือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอีกหลายความหมาย เช่น

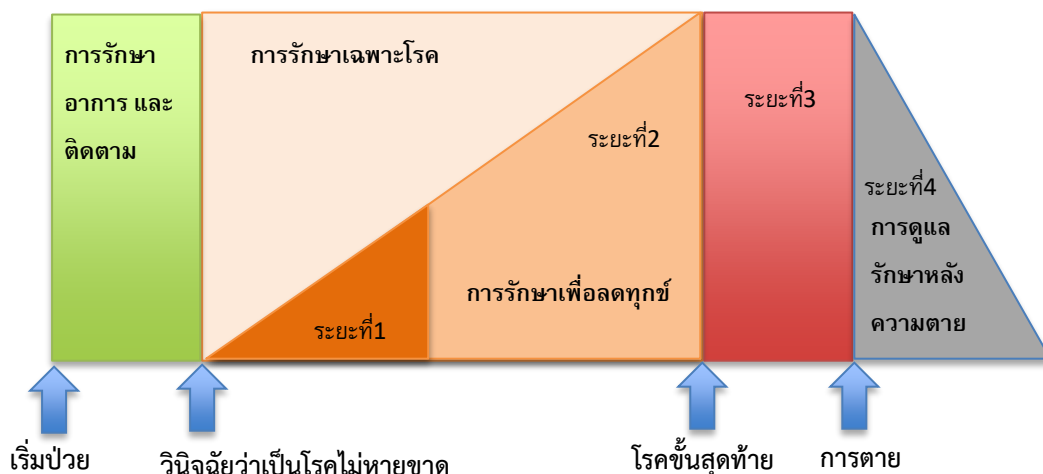
การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)³ หมายถึง การดูแลทางการแพทย์ทุกชนิดตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการดูแลจะรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วย และครอบคลุมตลอดช่วงเวลาการป่วยไข้ของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังการตายของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)² หมายถึง การดูแลทางการแพทย์ การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งมีปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายคือ การดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บป่วย โดยมีการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) และให้การดูแลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นลักษณะการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการบูรณาการองค์ความรู้ต่างๆร่วมกัน มุ่งให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากกว่าระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย โดยดูแลตั้งแต่เริ่มแรก que ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้าย มีการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอไปจนถึงระยะหลังความตาย



ภาพที่ 1 แผนภูมิแนวทางการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยระยะท้าย

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบ่งออกเป็น 4 ระยะ⁴ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยรู้ความจริง เป็นช่วงที่ผู้ป่วยทราบความจริงว่าตนเป็นผู้ป่วยระยะท้าย แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

ระยะที่ 2 ระยะที่มีอาการป่วย ช่วงนี้ผู้ป่วยมักมีอาการเศร้าหมอง เนื่องจากร่างกายเริ่มเสื่อมโทรม เป็นระยะที่ผู้ป่วยมักยอมรับได้ว่าตนเองป่วยหนัก

ระยะที่ 3 ระยะสุดท้าย เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในอาการช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last hours of life) ซึ่งญาติ และผู้ดูแลควรทราบลักษณะอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย ง่วงซึม รับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำลดลง ปากแห้ง และนัยน์ตาแห้ง เจ็บปวดลดลง กระสับกระส่าย หรือประสาทหลอน หายใจไม่เป็นจังหวะ ส่งเสียงส่ายในคอ มือเท้าเย็น ผิวเป็นจ้ำ ตาเบิ่ง ไร้วแว

ระยะที่ 4 หลังการตาย เป็นการดูแลจัดการครอบครัว หรือผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยว่ามีความเป็นอยู่อย่างไร มีที่พึ่งหรือไม่ เพื่อเป็นการให้กำลังใจให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติ

ผู้ป่วย และครอบครัวจะได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาทั้ง 4 ระยะ อย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สำคัญคือหลัก “4C”⁵กล่าวได้ว่าเป็นหัวใจหลักของ Palliative care

หลัก “4C”

หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

1. Centered at patient and family

ดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาให้มากที่สุด

2. Comprehensive

ดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเภสัชกรควรระลึกเสมอว่า มุมมองทางการแพทย์เป็นเพียงหนึ่งในมุมมองของมิติทางสังคม ดังนั้นการมองเพียงมุมมองทางการแพทย์จึงไม่สามารถอธิบายหรือแก้ปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัวได้

3. Coordinate

เป็นการดูแลร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม ซึ่งเป็นสถาบันที่มีส่วนช่วยสนับสนุน และเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วย และครอบครัว

4. Continuous

เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้ง 4 ระยะตั้งแต่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายดังที่กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้การดูแลต้องมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

ทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ทักษะที่สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์พึงมีเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลสูงสุด ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม, การวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ทักษะการสื่อสาร

เป็นทักษะที่สำคัญ เนื่องจากต้องมีการแจ้งข่าวร้ายให้ผู้ป่วย และครอบครัวทราบตั้งแต่เริ่มระยะที่ 1 นอกจากนี้การสื่อสารตลอดช่วงการดูแลรักษายังมีส่วนสำคัญในการทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ โดยเภสัชกรอาจใช้เทคนิค “CLASS”⁶ ในการพูดคุย หรือสัมภาษณ์ผู้ป่วย และครอบครัว

C - CONTEXT คือการจัดสถานที่ให้เหมาะสม รวมไปถึงท่าทาง การใช้วัจนภาษาที่เหมาะสม

L – LISTENING SKILLS คือการฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิด มีการทวนความ และสรุปความเป็นระยะ

A – ACKNOWLEDGE คือการรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วย รับรู้สาเหตุของอารมณ์ และสะท้อนออกมาอย่างเหมาะสม เช่น “ผู้ป่วยส่วนมากจะรู้สึกผิดหวังกับสิ่งนี้ที่เกิดขึ้น” ทั้งนี้ต้องระวังไม่ให้ตัวเภสัชกรเองรู้สึกเหมือนผู้ป่วย

S – STRATEGY คือกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการดูแลรักษา ต้องมีการประเมินความคาดหวังของผู้ป่วย และครอบครัวจากการรักษาที่จะได้รับ และต้องมีการตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมร่วมกันระหว่างทีมผู้ป่วย และครอบครัว

S – SUMMARY คือการสรุปประเด็นสำคัญ ทวนความเข้าใจของผู้ป่วย และการนัดติดตาม

ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม

เนื่องจากต้องมีการทำงานเป็นทีม ซึ่งส่วนมากประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุข และเภสัชกร ดังนั้นการดูแลร่วมกันต้องมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เนื่องจากแต่ละคนมีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน และต้องมีการอภิปรายร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย หรือ Advance care plan เป็นทักษะในการวางแผนดูแลผู้ป่วยของทีม โดยทีม และครอบครัวเองต้องทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองได้แล้ว เราอาจทราบได้จากหนังสือที่แสดงความต้องการเกี่ยวกับความไม่ประสงค์รับบริการทางการแพทย์ในวาระสุดท้าย ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วย หรือบุคคลทั่วไปเองก็สามารถทำหนังสือนี้ได้ โดยเป็นไปตามพระราชบัญญัติ

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 1 หมวด 12 ความว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย” ซึ่งเราอาจเรียกหนังสือนี้ว่า “Living will” ทั้งนี้ Living will เป็นเอกสารที่ไม่มีแบบฟอร์ม เพียงแต่ผู้ป่วยต้องระบุข้อความที่สามารถสรุปได้ว่าเมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต จะขอใช้สิทธิจากไปตามธรรมชาติ โดยไม่ถูกยืดความตายด้วยเครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่ได้ทำ “Living will” ไว้ ทีมอาจทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้จาก Proxy decision maker หรือบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งสามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ผู้ป่วยมีนิสัยใจคอเป็นอย่างไร และผู้ป่วยจะตัดสินใจอย่างไรเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง

การจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

อาการไม่สุขสบาย หรืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานนั้นมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลแบบประคับประคองนั้นคือ การดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ต้องมีการติดตาม และประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถตั้งเป้าหมายในการรักษาให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้ โดยใช้เครื่องมือในการติดตามร่วมกันในทีม

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการ

- ESAS (Edmonton Symptom Assessment Systems)⁷

เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินอาการ 9 ประการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่ป่วยด้วยโรคอื่นๆได้ อาการทั้ง 9 ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ โดยประเมินความรุนแรงที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น ของแต่ละอาการออกมาเป็นระดับคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการนั้นๆเลย และ 10 คะแนน หมายถึง อาการมีความรุนแรงที่สุด

ภาพที่ 2 แบบประเมิน ESAS ฉบับภาษาไทย

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด											มีอาการปวดรุนแรงที่สุด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย											มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการคลื่นไส้											มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการซึมเศร้า											มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่วิตกกังวล											วิตกกังวลมากที่สุด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการง่วงซึม/ง่วงนอน											มีอาการง่วงซึม/ง่วงนอนมากที่สุด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เบื่ออาหาร											เบื่ออาหารมากที่สุด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สบายดีทั้งกายและใจ											ไม่สบายกายและใจเลย										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ											มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปัญหาอื่นๆ ใดก็ได้																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

– PPS (Palliative Performance Scale)⁸

เป็นเครื่องมือที่ใช้ติดตามผลการรักษา ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว คะแนน PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ความสามารถ 100% คือสามารถทำทุกด้านได้อย่างปกติ ลงไปถึง 0% คือไม่มีความสามารถในการทำงานด้านต่างๆเลย

วิธีการประเมิน PPS ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวนองไล่จากซ้ายไปขวา อ่านจากการเคลื่อนไหวแล้วจึงอ่านคอลัมน์ถัดไป คอลัมน์ซ้ายสุดจะเป็นตัวกำหนดว่า ไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไปสูงกว่านี้ได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนเรื่องการเคลื่อนไหวในระดับ 40% ดังนั้นคะแนนรวมจะไม่เกิน 40% แม้ว่าคะแนนช่องถัดไปจะเกิน 40%

ตัวอย่างการประเมิน PPS ผู้ป่วยมะเร็งปอดนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น กินข้าวได้ลดลง แต่ยังรู้สึกตัวดี และตอบสนองต่อผู้ดูแลได้ จากการประเมิน PPS ในผู้ป่วยรายนี้คือ PPS ร้อยละ 30

เมื่อสามารถใช้ และเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และติดตามอาการที่ใช้ร่วมกันระหว่างทีม อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือ การจัดการอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ ทรมาน ซึ่งการจัดการอาการนี้จะนำไปตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในปี พ.ศ.2560⁹ พบว่าบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรที่มีการปฏิบัติกันมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นทางกาย ซึ่งจากงานวิจัยพบว่าเภสัชกรยังมีความสามารถในการดูแลทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณได้น้อยกว่าทางกาย เช่น การหาสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับอาการทางกายที่ทำให้ทุกข์ ทรมานที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยระยะท้าย คือ อาการปวด (Pain), อาการเหนื่อย (Dyspnea), อาการวิตกกังวล (anxiety), ภาวะเบื่ออาหาร (Anorexia), อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting) และอาการแสดงก่อนตาย (Signs of dying) ซึ่งแต่ละอาการอาจมีวิธีการจัดการที่ไม่พึ่งยา และอาการที่จำเป็นต้องใช้ยาในการจัดการ โดยอาการที่ต้องใช้ยาในการจัดการนั้นเภสัชกรจะเข้ามามีบทบาท ซึ่งพบว่าอาการที่เภสัชกรเข้ามามีบทบาทมากที่สุดในปัจจุบันคือ การจัดการอาการปวด โดยทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ได้อย่างเหมาะสม

ภาพที่ 3 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกรู้ตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกรู้ตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ผศ. พญ. นุชยามาส ชีวสุตยง และคณะกรรมการ
Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนครธนราชนครเชียงใหม่)

จากการที่เภสัชกรมีความรู้ทางด้านเภสัชกรรมมากที่สุดในทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นในการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายจึงเป็นบทบาทที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการทุกข์ ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมตามสภาวะร่างกายของผู้ป่วย และลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น

ประเด็นที่เภสัชกรควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย¹⁰ คือ

- **Excessive Medication**

ในผู้ป่วยบางรายมีการใช้ยาในหลายรายการซึ่งอาจนำมาสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse events) ได้ ดังนั้นเภสัชกรควรพิจารณาถึงความเหมาะสม และความจำเป็นในการใช้ยาแต่ละรายการ เพื่อให้ผู้ป่วยลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยภาวะนี้ ดังนั้นกิจกรรมที่เภสัชกรอาจเลือกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย คือ การทำ Medication reconciliation, การทำให้ผู้ป่วย และครอบครัว เข้าใจถึงการใช้ยาที่เหมาะสม และการให้คำปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ

- **Nontraditional Administration Routes**

ผู้ป่วยระยะท้ายอาจจำเป็นต้องมีการบริหารยาในวิธีที่อื่นนอกเหนือจากที่ใช้ในผู้ป่วยทั่วไป เช่น การใช้ยาเม็ด Lorazepam ทาง sublingual ในการรักษาอาการเหนื่อย (Dyspnea) ที่มีความกังวล (anxiety) ร่วมด้วย ซึ่งมีงานวิจัยพบว่าการให้ยาทาง sublingual สามารถดูดซึมได้อย่างสมบูรณ์¹¹(1) ออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการได้รับยาทางปาก¹²(2) และตัวอย่างการใช้ 1% Atropine ophthalmic drops¹³ (3) โดยให้หยด 2-4 หยด บริเวณใต้ลิ้น ทุก 4-6 ชั่วโมง ในวาระสุดท้ายผู้ป่วยจะมีการส่งเสียงสั่นในคอ (Death rattle) ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อในการกลืนอ่อนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ทำให้เกิดเสียง ดังนั้นจึงมีการใช้ฤทธิ์ Anticholinergic ของ Atropine ในการลดสารคัดหลั่ง

จะเห็นว่าเภสัชกรต้องมียอดความรู้ทางด้านเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชวิทยาเพื่อเกิดความเข้าใจ และสามารถช่วยในผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- **Individualized Care**

การดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะร่างกายของผู้ป่วยซึ่งอาจมีผลต่อการใช้ยา เช่น การใช้แผ่นแปะ fentanyl ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Cachexia หรือภาวะหนังหุ้มกระดูก กล้ามเนื้อลีบ ทำให้ออกฤทธิ์ได้ลดลง เนื่องจากยา fentanyl สามารถละลายได้ดีในไขมัน เมื่อผู้ป่วยมีชั้นไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้อาการเข้าสู่กระแสเลือดไม่คงที่ ยากต่อการปรับขนาด นอกจากนี้การดูแลจัดการอาการปวด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีการใช้ยาที่แตกต่างกันตามระดับความปวด และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการใช้ยา เช่น ความสามารถในการให้ยาของผู้ดูแลตามเวลา ดังนั้นเภสัชกรต้องสามารถออกแบบการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งขนาดยา และผู้ดูแลสามารถให้ยาแก่ผู้ป่วยได้จริง ทั้งนี้ต้องมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างเภสัชกร ผู้ป่วย และครอบครัว หรือผู้ดูแล

- **Psychological Issues**

ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความเจ็บป่วยทางจิตใจที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับอาการทางกาย เช่น ความ

วิตกกังวล อาการสับสน ซึ่งความเจ็บป่วยทางใจนี้อาจมีความจำเป็นที่ต้องใช้ยาในการดูแลรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตัวอย่างยาที่ใช้ เช่น ยากลุ่ม Benzodiazepines ในการรักษาอาการวิตกกังวล, ยากลุ่ม Antipsychotics ทั้ง conventional และ atypical ในการรักษาอาการสับสน ทั้งนี้เภสัชกรควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วย หรือครอบครัวด้วยทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม

จากประเด็นดังกล่าวที่เภสัชกรควรคำนึงถึง จะทำให้เภสัชกรสามารถดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้บทบาทของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้นอยู่กับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ในทางปฏิบัติเภสัชกรอาจมีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ เช่น งานจ่ายยาผู้ป่วยนอก งานจ่ายยาผู้ป่วยในทั้งขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลและก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน งานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และงานดูแลผู้ป่วยใน Hospices หรือสถานพยาบาลกึ่งบ้านสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเริ่มมีการสร้าง Hospices เพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย สำหรับกิจกรรมที่เภสัชกรทำเพื่อดูแลผู้ป่วยอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท แต่สามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปกิจกรรมของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง^{14,15} (4, 5)

กิจกรรมของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบ่งออกเป็นกิจกรรมที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct patient care), การทบทวนรายการยา (Medication review and reconciliation), การให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ทีม (Education and counselling) และงานบริหารจัดการ (Administrative work)

- Direct patient care

- การจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดกับผู้ป่วย โดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบ patient-centered และดูแลร่วมกับทีมดูแล เช่น การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids, การใช้ยาในการจัดการอาการเหนื่อย (Dyspnea), การใช้ยาเมื่อเกิดอาการแสดงก่อนตาย (Signs of dying)
- การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสมจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย

- Medication review and reconciliation

- การทบทวนรายการยาของผู้ป่วยที่ได้รับ เพื่อพิจารณาความเหมาะสม หาปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น และให้ความคิดเห็นกับแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยระยะนี้
- การดูแลเกี่ยวกับกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละสถานบริการ การจัดการปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- Education and counselling

- การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องเฝ้าระวัง การปรับขนาดยาตามความเหมาะสม การใช้ยาในรูปแบบต่างๆ เช่น ยาฉีดสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ syringe driver, การใช้แผ่นแปะแก้ปวด โดยเภสัชกรให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และทีม

- Administrative work

- การจัดการเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบจัดการยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids, ระบบการจัดการการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชน
- การพัฒนาระบบการจัดการด้านยา การจัดทำนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- การสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายที่สามารถให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยด้านยา

อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากกิจกรรมของเภสัชกรที่ทำในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแล้วการมีทัศนคติที่ดีต่องานก็เป็นสิ่งที่เภสัชกรควรมี จากการสำรวจความคาดหวังที่มหาวิทยาลัยวิชาชีพในประเทศไทย⁽⁶⁾ พบว่าคุณลักษณะที่สมาชิกทีมคาดหวังจากเภสัชกรที่จะเข้าร่วมงานมากที่สุด คือเรื่องทัศนคติที่ดีในงานนี้ รองลงมาคือเรื่องของการทำงานเป็นทีม ดังนั้นเภสัชกรจึงควรมีการปรับทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เข้าใจถึงแนวคิด และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น นอกเหนือจากการพัฒนาองค์ความรู้ทางเภสัชกรรมจึงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือ Palliative care เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นลักษณะการดูแลที่เภสัชกรต้องเข้าใจถึงแนวคิดและหลักการที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลอย่างเป็นองค์รวม คือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และดูแลร่วมกันเป็นทีม ประกอบกับทักษะต่างๆที่สำคัญ เช่น ทักษะการสื่อสาร การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทักษะการทำงานเป็นทีม และทักษะการจัดการอาการทุกข์ทรมาน นำมาใช้ร่วมกับองค์ความรู้ทางเภสัชกรรม จึงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนสิ้นลมหายใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Organization WH. Palliative Care 2018 [Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. พรทวี ยอดมงคล. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
3. สถาพร ลีลานันทกิจ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง. โรงพยาบาลสงฆ์, editor. กรุงเทพมหานคร: สันทิวการพิมพ์จำกัด; 2551.
4. สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2551.

5. แสง บุญเฉลิมวิภาส. แนวคิดเกี่ยวกับ Palliative Care และ Hospice. เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เขตสุขภาพที่4; โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา2561.
6. Baile WF. The Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice: The University of Texas MD Anderson Cancer Center; 2014 [Available from: <https://www.mdanderson.org/documents/education-training/icare/pocketguide-texttabscombined-oct2014final.pdf>].
7. กิตติพล นาควิโรจน์. วิธีการประเมินอาการต่างๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 2559 [Available from: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative2th>].
8. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS): ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 2559 [Available from: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative3th>].
9. ศิริทัศน์ กระดานพล และภานุพัฒน์ พุ่มพุกษ์. ความคิดเห็นของเภสัชกรต่อระดับความสามารถของตนเองในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(1):11.
10. Jerry Barbee SK, Jessica Andrews, Amanda Harman. Palliative Care: The Role of the Pharmacist: Pharmacy Times; 2016 [Available from: <https://www.pharmacytimes.com/publications/health-system-edition/2016/november2016/palliative-care-the-pharmacists-role>].
11. Greenblatt DJ, Divoll M, Harmatz JS, Shader RI. Pharmacokinetic comparison of sublingual lorazepam with intravenous, intramuscular, and oral lorazepam. Journal of pharmaceutical sciences. 1982;71(2):248-52.
12. Caille G, Spenard J, Lacasse Y, Brennan J. Pharmacokinetics of two lorazepam formulations, oral and sublingual, after multiple doses. Biopharmaceutics & drug disposition. 1983;4(1):31-42.
13. Protus BM, Grauer PA, Kimbrel JM. Evaluation of atropine 1% ophthalmic solution administered sublingually for the management of terminal respiratory secretions. The American journal of hospice & palliative care. 2013;30(4):388-92.
14. Herndon CM, Nee D, Atayee RS, Craig DS, Lehn J, Moore PS, et al. ASHP Guidelines on the Pharmacist's Role in Palliative and Hospice Care. American Journal of Health-System Pharmacy. 2016;73(17):1351-67.
15. Ise Y, Morita T, Katayama S, Kizawa Y. The Activity of Palliative Care Team Pharmacists in Designated Cancer Hospitals: A Nationwide Survey in Japan. Journal of Pain and Symptom Management. 2014;47(3):588-93.