



เวชศาสตร์ฉุกเฉินกับผู้ป่วยระยะท้าย: การตัดสินใจของแพทย์ท่ามกลางวิกฤตเวลาและความคาดหวัง

08.06.62

ปองมล สุรัตน์

ห้องฉุกเฉิน สถานที่ที่ความเป็น-ความตายถูกแบ่งกันด้วยเส้นบางๆ เต็มไปด้วยความคาดหวัง ความกดดันที่ต้องทำงานแข่งกับเวลา ผู้ป่วยที่เข้ามารักษามีทั้งประสบอุบัติเหตุ อากาศวิกฤตจากโรคคุกคามชีวิต ซึ่งหลายครั้งผู้ป่วยเรื้อรัง-ผู้ป่วยระยะท้ายก็กลายเป็นผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินด้วย เหตุเพราะภาวะแทรกซ้อน ญาติกังวลหรือตระหนกกับอาการผู้ป่วย รวมทั้งบางกรณีที่ไม่ได้วางแผนสุขภาพมาก่อน ทำให้เกิดการตัดสินใจอย่างฉับพลัน เลือกกู้ชีพผู้ป่วยระยะท้าย

การครองเตียงในห้องฉุกเฉินจึงมีทั้งผู้ป่วยวิกฤต (คือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาการไม่คงที่และเปลี่ยนแปลงไปในทางทรุดลง มีโอกาสเสียชีวิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด) และผู้ป่วยระยะท้าย (ที่อาการวิกฤตและไม่วิกฤต) ซึ่งต่างมาพร้อมความคาดหวังต่อการแพทย์ฉุกเฉิน

รศ. พญ. ยุวเรศมศรี ลิทธิชาญบัญชา แพทย์ประจำศูนย์ ‘รามาริบัติภิบาล’ โรงพยาบาลรามาริบัติ วิทยากรหัวข้อความสุขสุดท้ายคือได้กลับบ้าน อีกหนึ่งวิชาชีวิตบทสุดท้าย-The Last Life Lesson จะเป็นผู้เล่าเรื่องราวการรักษาในห้องฉุกเฉินจากมุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่ผันตัวมาทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นในภายหลัง

ความหมายของห้องฉุกเฉิน

ห้องฉุกเฉินตามคำจำกัดความ คือห้องที่มีเอาไว้รักษาผู้ป่วยที่ป่วยแบบไม่คาดคิด ฉับพลันกะทันหันและรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว

“ห้องฉุกเฉินต้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลัก ‘เวลา’ เป็นสิ่งที่มีค่าสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ถ้าได้รับการดูแลเข้าไปแค่นิดเดียว อาจไม่มีชีวิตอยู่ต่อ เวลาจึงมีผลต่อพวกเขาจริงๆ” หมอยูเรสมัคส์ ย้ำหนักแน่น

อย่างไรก็ตาม สภาพในห้องฉุกเฉิน อาจพบผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง พวกเขามีอาการบางอย่างที่ทำให้ต้องไปห้องฉุกเฉินได้เช่นกัน ปัญหาก็คือความวิตกกังวลในผู้ป่วยแต่ละเคสไม่เท่ากันและหมอมองต้องเลือกช่วยชีวิตเคสวิตกกังวลที่สุด สิ่งที่มาคือผู้ป่วยหรือญาติร้องเรียนบ่อยๆว่าหมอดูแลล่าช้า ทั้งที่เป็นห้องฉุกเฉิน

หมอยูเรสมัคส์เปรียบเทียบให้ฟังว่า “ถ้าในห้องฉุกเฉินมีคนไข้สองเคสมาพร้อมกัน คนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาการโดยรวมคงที่แต่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ญาติไม่สบายใจและพามาห้องฉุกเฉิน ส่วนคนไข้อีกคนหัวใจหยุดเต้น จำเป็นต้องได้รับการกู้ชีพก่อน หมอไปดูแลผู้ป่วยเรื้อรังช้า 5-10 นาที ญาติอาจไม่พอใจ”

นี่เป็นความขัดแย้งที่พบบ่อยๆในห้องฉุกเฉิน สถานการณ์เหล่านี้ทำให้ห้องฉุกเฉินไม่ใช่เพียงถูกใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตให้รอดตายหรือให้ร่างกายเสียหายน้อยที่สุด แต่เป็นที่พึ่งสำหรับญาติผู้ป่วยเรื้อรัง-ผู้ป่วยระยะท้ายที่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเร่งด่วนเช่นกัน โดยเฉพาะช่วงท้ายของชีวิต ที่ผู้ป่วยจะถูกพามาห้องฉุกเฉินบ่อยขึ้น

“ตามธรรมชาติ 2 สัปดาห์สุดท้ายของชีวิต คนจะมาห้องฉุกเฉินบ่อยขึ้น เพราะอาการต่างๆจะคุกคามมากขึ้น เวลาคนเราจะเข้าสู่ภาวะสุดท้าย จะไม่เหมือนการไล่ปิดสวิสซ์ไฟแล้วค่อยๆดับ มันไม่สมูทแบบนั้น แต่จะมีการคุกคามมากขึ้น เช่น เหนื่อยมากขึ้น ปวดมากขึ้น แล้วอาการที่ไม่สุขสบายเหล่านี้จะส่งผลต่อคนไข้และครอบครัว ทำให้ต้องมาห้องฉุกเฉิน ซึ่งไม่ใช่เรื่องผิด ญาติพาคนไข้มาได้เลย แต่ต้องเข้าใจบริบทของห้องฉุกเฉินด้วยว่า อาจไม่สามารถตอบสนองได้ตรงตามที่ต้องการทั้งหมด”

ระดับความสำคัญ	ลักษณะผู้ป่วย	หอผู้ป่วยที่เหมาะสม
ระดับที่ 1	ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ด้วยการรักษาทดแทนอวัยวะที่ล้มเหลวอย่างเฉียบพลันในภาวะวิกฤต และด้วยการติดตามอาการที่ทำได้เฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก เช่น การช่วยหายใจ การติดตามและรักษาระดับประคองอาการทางระบบไหลเวียนเลือด	หอผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit)
ระดับที่ 2	เป็นผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยระดับที่ 1 แต่โอกาสหายหรือรอดชีวิตต่ำกว่า เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมะเร็งแพร่กระจาย แต่เกิดการเจ็บป่วยอื่นจนถึงขั้นวิกฤต ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสรอดชีวิตได้ ต้องการการรักษาเต็มที่ แต่ถ้ามี cardiac arrest มักไม่มีการทำ cardio-pulmonary resuscitation	หอผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit)
ระดับที่ 3	เป็นผู้ป่วยที่มีอวัยวะล้มเหลวอย่างเฉียบพลันที่ต้องการรักษาและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แต่ความรุนแรงของโรคน้อยกว่ากลุ่มแรก เช่นผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ที่ต้องมีการเฝ้าระวัง หรือผู้ป่วยการหายใจล้มเหลวที่ใช้ noninvasive positive pressure ventilation	หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (intermediate unit) หรือหอผู้ป่วยวิกฤต ในผู้ป่วยอาการรุนแรง หรือในที่ไม่มีหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต
ระดับที่ 4	เป็นผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยระดับที่ 3 แต่โอกาสหายหรือรอดชีวิตต่ำกว่า เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมะเร็งแพร่กระจาย และไม่ประสงค์ให้ทำการใส่ท่อหายใจหรือ CPR	หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (intermediate unit)
ระดับที่ 5	เป็นผู้ป่วยโรคระยะท้ายที่ไม่มีโอกาสจะรักษา เช่นมะเร็งระยะท้าย หรือผู้ป่วยสมองตาย (ยกเว้นเป็น organ donor)	หอผู้ป่วยโรคระยะท้าย (palliative care unit)

การคัดแยกผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน ตามลำดับความสำคัญ

ที่มา : เอกสารการประชุมวิชาการ 100 ปี อายุรศาสตร์ศิริราช 2560

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ห้องฉุกเฉิน ไม่ใช่สถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง-ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤต

ตามธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยและญาติทุกคนย่อมเห็นความยากลำบากและความจำเป็นในการรับการรักษาของตนก่อนทุกคนที่ชีวิตของคนที่เรารักสำคัญเสมอ แต่ในห้องฉุกเฉินมีผู้ป่วยหลากหลายที่ต้องการความช่วยเหลือ แพทย์ต้องรักษาตามสภาพวิกฤตและให้โอกาสรอดชีวิตกับผู้ป่วยที่สามารถฟื้นคืนได้ หากได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา

นั่นหมายความว่า ห้องฉุกเฉินไม่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่อาการไม่วิกฤต และมีทางเลือกการดูแลแบบอื่นที่ดีกว่า นอกจากนี้ ห้องฉุกเฉินมีรูปแบบให้บริการแบบผู้ป่วยนอก สภาพแวดล้อมวุ่นวาย เต็มไปด้วยเครื่องมือการแพทย์ ไม่ใช่บรรยากาศที่ดีต่อการตอบสนองด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยระยะท้ายเท่าใดนัก

“ห้องฉุกเฉินไม่ใช่สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะท้าย เพราะเรามีเวลาจำกัด แต่คนไข้กลุ่มนี้เขาต้องการการดูแลที่มากกว่าการรักษาทางกาย คนไข้ที่ป่วยเรื้อรังและญาติจะทุกข์มาก เขามีประเด็นทางด้านจิตใจจิตวิญญาณ สังคมหลายอย่างที่ควรได้รับการดูแลนอกจากการรักษาทางกาย ในขณะที่ในห้องฉุกเฉิน เราต้องทำงานแข่งกับเวลา ห้องฉุกเฉินจึงไม่สามารถตอบสนองได้ดีที่สุดส่วนใหญ่ ที่ๆคนไข้อยากอยู่มากที่สุดคือบ้าน อยู่โรงพยาบาลแทบไม่ได้นอนจากเสียงเครื่องมือ เสียงแพทย์พยาบาลเปิดๆปิดๆประตูเสียงดัง”

นอกจากนี้ หมอยังเจตนาดีที่ขอให้ปมหัวใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่บ่อยๆ ทั้งที่ร่างกายผู้ป่วยไม่อาจมีชีวิตต่อไปได้ยาวนานอีกแล้ว “หมอในห้องฉุกเฉินไม่ควรทำหน้าที่ในการปมหัวใจผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งจริงๆ แล้วไม่ควรทำแบบนั้น เพราะคนไข้จะเจ็บปวด การทำหัตถการทุกอย่างเจ็บปวด”

การตัดสินใจรักษาตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์

หมอยุวเรศมศรั้งกล่าวถึงหลักจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical ethics) ที่ใช้พิจารณาการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยว่ามี 4 หลักใหญ่ๆ คือ

1. หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy) คือการยอมรับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน มาจากหลักคิดที่ว่าคนเราควรมีได้ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ตัวเองต้องการ โดยการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะทำให้ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาของตน ไม่ไข่มอบสิทธิในการตัดสินใจให้แพทย์เพียงผู้เดียว
2. หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) คือ สิ่งที่ต้องเป็นประโยชน์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย
3. หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายของผู้ป่วย (Non-maleficence) คือ สิ่งที่ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยแ่ลง หรือเกิดอันตราย ไม่ว่าจะโดยจงใจหรือประมาท
4. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ การรักษาอย่างเท่าเทียม ให้ความยุติธรรมในการรักษากับผู้ป่วย ให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยสมควรได้รับโดยจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เหล่านี้เป็นหลักที่บอกว่าอะไรควร/ไม่ควรทำในทางการแพทย์ เพื่อการบำรุงส่งเสริมสุขภาพที่ดีของมนุษย์ทุกคน

หมอยุวเรศมศรั้งกล่าวว่า “ความยุติธรรมเป็นหลักที่สำคัญมาก เช่น ถ้าหมอไปดูคนไข้ระยะสุดท้าย แต่มีคนไข้หัวใจหยุดเต้นเข้ามา หมอไม่สามารถตอบสนองหลัก *Autonomy* เคสผู้ป่วยระยะท้ายเคสเดียว เพราะปล่อยให้คนไข้อีกคนเสียชีวิตไม่ได้ และตามหลักกฎหมายพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินต้องดูแลคนไข้ฉุกเฉินตามความหนักเบา ในสถานการณ์นี้หมอจึงต้องยึดหลัก *Justice* ให้โอกาสรอดชีวิต การมาห้องฉุกเฉินต้องแชร์ความยุติธรรมกัน”

อย่างไรก็ตาม กรณีผู้ป่วยเรื้อรัง-ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้มีอาการวิกฤตในขณะนั้น อาจถูกพามาห้องฉุกเฉินจากการที่ญาติไม่สามารถรับมือ ไม่สบายใจกับอาการผู้ป่วย ทำอะไรไม่ถูก หรือบางรายอาจพยายามยืดชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้นจากการรักษา โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือมีชีวิตได้ยาวนาน การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกการรักษาที่ช่วยตอบโจทย์ผู้ป่วยเรื้อรัง-ผู้ป่วยระยะท้ายและญาติได้ดีกว่า หากคัดกรองถี่ถ้วนตามเกณฑ์แล้วผู้ป่วยรายนั้นสมควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง



รศ.พญ. ยูวเรศมค์ร์ สิทธิชาณัฐญา

ที่มา: <https://adaybulletin.com/talk-conversation-the-last-life-lesson-02-yuwares-sittichanbuncha/33569>

การดูแลแบบประคับประคอง: ทางเลือกการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อลดความทรมานที่ไม่จำเป็นในห้องฉุกเฉิน

จากเดิมที่เป็นหมอในห้องฉุกเฉิน มีหน้าที่กู้ชีพเป็นหลัก แต่หมอยูวเรศมค์ร์พบว่า ห้องฉุกเฉินถูกร้องเรียนจากคนไข้และญาติของคนไข้ที่ป่วยเรื้อรังอยู่บ่อยๆ เพราะลักษณะงานในห้องฉุกเฉินไม่ได้ถูกออกแบบให้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ดังที่คนไข้มะเร็งรายหนึ่งถูกจำหน่ายจากหอผู้ป่วยใน เพื่อมาฟังผลตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งทีมฉุกเฉินมองว่าไม่ใช่หน้าที่โดยตรง ในการอธิบายผลการตรวจโรคเรื้อรังกับเคสลักษณะนี้ เมื่อญาติผู้ป่วยเห็นสถานการณ์ก็รู้สึกไม่พอใจ

“ญาติคนไข้รู้สึกว่พ่อชั้นเป็นมะเร็งก็น่าสงสารอยู่แล้ว ทำไมคุณถึงโยนกันไปโยนกันมา ญาติไม่ยอมมองหน้า หันแต่ด้านข้างให้ แล้วบอกว่าพวกคุณนะใจดำ คงไม่เคยมีพ่อเป็นมะเร็งเหมือนฉัน..”

“เราบอกว่า ‘มีคะ’ เขาก็เริ่มหันหน้ามาฟังบ้าง พ่อหมอเสียชีวิต 20 ปีแล้ว ไม่ได้บีม ไม่ใส่ท่อ เพราะทำตามความต้องการของพ่อที่อยากให้ศพดูดี ได้อยู่ที่บ้านท่ามกลางอ้อมกอดครอบครัว แต่ถ้ามาอยู่โรงพยาบาลก็ไม่ได้รับสิ่งเหล่านี้เลย พอเราเจอคนไข้ตำหนิเราบ่อยๆว่าใจดำ เราคิดว่าเราอาจทำให้คนไข้ปลอดภัยได้ แต่สิ่งที่ไม่ได้ทำคือช่วยด้านจิตใจ ก็เลยเริ่มพัฒนาระบบดูแลแบบประคับประคองขึ้นมา”

จากหมอและพยาบาลจิตอาสาในกลุ่มหนึ่ง ติดตามคนไข้ตั้งแต่เริ่มป่วย คุยกับคนไข้และญาติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ถามความต้องการว่าอยากให้หมอทำอะไรหรือไม่ทำอะไร ทำความเข้าใจกัน ช่วยลดความทุกข์ของทั้งสองฝ่ายลงไปได้ ญาติมีที่ปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยได้เองที่บ้าน เมื่อถึงระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมาห้องฉุกเฉินน้อยลง ซึ่งเป็นการดูแลช่วงท้ายของชีวิตให้มีคุณภาพ (Quality End of Life Care) นำไปสู่การตายดี (Good Death)

หมอยุเรศมศรีพบว่า เมื่อถึงระยะท้ายของชีวิต สิ่งที่อยู่ระยะท้ายต้องการจริงๆ มีเพียง 4 ด้าน คือ 1) ลดความเจ็บปวดทรมานทางกาย 2) หาที่พึ่งพิงทางใจ มีคนให้คำปรึกษา 3) ตอบสนองเรื่องจิตวิญญาณ 4) จัดการเรื่องทางสังคม เรื่องของครอบครัวและญาติ ซึ่งแต่ละบ้านจะมีปมแตกต่างกัน

ทุกวันนี้ ศูนย์รามาธิบดีภิบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปแล้วกว่าหลานพันคน ในรอบ 10 กว่าปีที่ผ่านมา

Put life on their time ปลอ่ยให้ชีวิตเป็นไปตามช่วงเวลาของมัน

“การประคับประคองจะมีคำว่า *Put life on their time* คือให้ชีวิตเป็นไปตามช่วงเวลาของมันเอง การดูแลแบบประคับประคอง จะช่วยให้ช่วงเวลาของชีวิตมันสวยงามมากขึ้น มีช่วงเวลาที่สุด สงบและสบายมากขึ้น มีการศึกษาพิสูจน์แล้วว่าสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ตั้งแต่รู้ว่าเป็นมะเร็ง เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ที่วันนี้อาจจบชีวิตจากโรคนี้อันได้ คนไข้และญาติที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จะได้รับการประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และสังคม ปกติเราจะให้คนไข้เป็นไปตามภาวะของโรค เป็นไปตามสิ่งที่มันเป็น ไม่ได้มุงยึดชีวิตให้มันยาว ไม่ได้ต้องการหดชีวิตให้มันสั้น”

หมอยุเรศมศรีกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีลักษณะตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้ายได้ดีกว่าห้องฉุกเฉิน ไว้ว่า

1. การดูแลแบบประคับประคองมีการดูแลหลังจากสูญเสีย

การดูแลแบบประคับประคอง มีการดูแลครอบคลุมถึงญาติผู้ป่วย หลังผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นการเยียวยาจิตใจ และช่วยให้ญาติก้าวผ่านความสูญเสียและดำเนินชีวิตต่อไปได้ในที่สุด

“เราจะประเมินคนไข้และญาติ ถ้าพบว่าญาติมีแนวโน้มจะเสียใจเยอะจากการสูญเสียคนไข้ เราจะตามดูแลเขาต่อเนื่อง ตามทฤษฎี คนเราจะเสียใจหนักๆเลยใน 3 เดือนแรก ถ้าเรามีระบบที่ดี เราจะช่วยพุงเป็นกำลังใจกันไปได้”

2. คลายปมขัดแย้ง ลดความรู้สึกผิดของญาติ

หมอยุเรศมศรีเล่าว่าสิ่งที่ติดค้างใจญาติและส่งผลมากที่สุดคือความรู้สึกผิดและเสียใจกับความผิดพลาดที่ไม่ได้ทำหรือทำอะไรบางอย่างลงไป การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยเคลียร์ปมขัดแย้งตรงนี้

“เราใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร ถ้าคนไข้หายใจติดขัด ญาติไม่สบายใจ ก็มีระบบให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมงในช่วง 2 วันสุดท้าย วีดีโอคอลคุยได้ตลอดคืนจนคนไข้เสียชีวิตได้ ทำให้ญาติมีที่ปรึกษา ไม่รู้สึกผิดเพราะเขาทำตามสิ่งที่แพทย์ให้คนแนะนำ ก็จะลดเรื่องความเสียใจไปได้เยอะ ตอนนี้อยู่แลคนไข้มา 10 ปี หลายพันคน ส่วนใหญ่ตายสงบ ญาติรู้สึกว่าได้ดูแลอย่างดีที่สุด”

3. สร้างความมั่นใจ เสริมศักยภาพให้ผู้ดูแล

ให้ศักยภาพของญาติในการดูแลคนไข้ดีขึ้น มีเครื่องมือ มีช่องทางให้คำปรึกษา ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย และถ้าญาติพร้อมดูแล คนไข้ก็จะออกจากห้องฉุกเฉินได้ไวขึ้น ผู้ป่วยได้กลับบ้าน กลับมาห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นน้อยลง

“บางครั้งคนไข้ได้รับยาที่ทำให้ท้องผูกถ่ายไม่ออก เขาไม่มีทางเลือกก็มาห้องฉุกเฉิน แต่ถ้าเรามีระบบดูแล ให้คำปรึกษาได้ว่าจะให้ญาติช่วยเรื่องท้องผูก ให้ยาระบายอย่างไร หรือแม้แต่ล้างอุจจาระคนไข้เองที่บ้าน ญาติที่ได้รับคำปรึกษาก็ทำเองได้ ส่วนหนึ่งที่ญาติพาคนไข้มาโรงพยาบาลเพราะรู้สึกผิดถ้าไม่พามา เราก็อธิบายให้เขาเข้าใจว่า การพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลไม่ใช่ทางออกของทุกสิ่ง เราสามารถดูแลที่บ้านได้”

“บางครั้งครีวียากจน ไม่มีเครื่องอ็อกซิเจน ไม่มีผ้าอ้อมสำเร็จรูป เราก้ตั้งกองทุนเครื่องมือ ทำจนสามารถให้มอร์ฟินคนไข้ที่บ้าน อาการที่คุกคามคนไข้มากที่สุดคือการปวด เหนื่อย มอร์ฟินช่วยให้คนไข้ไม่เหนื่อย คลายปวด ทำให้คนไข้กลับบ้านได้ เคยมีเคสที่อาม่าได้รับมอร์ฟินที่บ้าน ลูกหลานเล่นอยู่ใกล้ๆ ไม่รู้เลยว่าอาม่าจากไปแล้ว ตายเหมือนหลับไป ทำให้ความตายไม่น่ากลัว แต่ถ้าไม่มีการดูแลแบบนี้ อาจต้องพาอาม่ามาห้องฉุกเฉิน กู้ชีพโดยกดหน้าอก ทำให้อาม่าซีโครงหัก ซึ่งการรักษาไม่เคยมีคำว่าปลอดภัยหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน 100% ทุกอย่างมีทั้งนั้น ภาพที่อาม่าซีโครงหัก เลือดกลบปาก ไม่มีลูกหลานที่ไหนอยากมาเห็น”

อย่างไรก็ตาม กรณีผู้ป่วยกลับบ้านไม่ได้จริงๆ เพราะติดปัญหาด้านสังคมและวิถีชีวิตต่างๆ หากหมอประเมินว่าผู้ป่วยน่าจะเสียชีวิต ในอีก 48 ชั่วโมง ทางศูนย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยมานอนหอผู้ป่วยรามาธิติภิบาล และให้ญาติมาอยู่ร่วมกันได้ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต

4. แพทย์พยาบาลให้การดูแลรักษาได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

การจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองให้ดีเป็นประโยชน์มาก ช่วยให้หมอฉุกเฉินทำหน้าที่ตนเองเต็มที่ตามภารกิจ ให้โอกาสรอดชีวิตของเคสฉุกเฉิน ทีมที่ดูแลแบบประคับประคองช่วยให้คนไข้ระยะท้ายได้รับการดูแลที่ดี ตรงกับความต้องการ ครอบคลุม กายจิตสังคม ญาติมีความพอใจมากขึ้น

นอกจากนี้ การลงทุนดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นลงทุนที่ได้ผลคุ้มค่ามากกว่าแต่ใช้งบประมาณน้อยกว่า เพราะไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือจำนวนมากเหมือนการกู้ชีพ แค่ห้องมีสงบ บรรยากาศดี มีอุปกรณ์ที่จำเป็น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและคนไข้ได้ประโยชน์ทุกกลุ่ม สิ่งที่หมอยุคเรศมครุ์อยากให้เกิดขึ้นคือ การสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นทั่วประเทศ เพื่อคนไข้ทุกกลุ่มได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

ในช่วงท้าย หมอยุคเรศมครุ์เปิดใจว่า อยากให้ผู้ป่วยและญาติลดความคาดหวังของตัวเองลงในระดับหนึ่งเมื่อไปห้องฉุกเฉิน

“บางครั้งในห้องฉุกเฉิน คุณอาจเจอหมอจบใหม่อายุ 24 ปีที่เข้าใจหลักการดูแลผู้ป่วยระดับหนึ่ง แต่ความเข้าใจถึงความหมายของชีวิตยังต้องอาศัยประสบการณ์ สังคมมีประเด็นร้องเรียนเยอะมากในห้องฉุกเฉินว่าไม่ได้รับบริการที่ทันใจ ไม่ได้ในสิ่งที่ตัวเองต้องการ ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ ถ้ารู้ก็จะลดความคาดหวัง แล้วจะลดความทุกข์ลง”

นอกจากนี้หมอยุคเรศมครุ์กล่าวว่า หากผู้ป่วยและญาติตรวจพบว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หาย และอาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตจากโรคนี้ในอนาคต และต้องการอยู่ในระบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและญาติควรเริ่มคุยกับหมอตั้งแต่

ระยะแรกที่รู้ข่าว เพื่อช่วยกันวางแผนและหาทางเลือกการรักษาที่ดีที่สุด หากเข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยอาจถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่มีการรักษาแบบประคับประคอง หรือบางครั้งอาจให้คำปรึกษาข้ามโรงพยาบาลได้

ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ที่ห้องฉุกเฉินไม่อาจตอบโจทย์ผู้ป่วยกลุ่มนี้

หมายเหตุ

สรุปเนื้อหาจากงานเสวนา “วิชาชีวิตบทสุดท้าย-The Last Life Lesson” หัวข้อ ความสุขสุดท้ายคือได้กลับบ้าน วันเสาร์ที่ 8 มิถุนายน พ.ศ 2562 ณ. ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

- a day BULLETIN. (2562). รศ.พญ. ยูเวศมคันธ์ สิทธิชาณัญญา เข้าใจแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อไม่พาผู้ป่วยระยะท้ายมายืดความตายยาวนาน. สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2562, จาก <https://adaybulletin.com/talk-conversation-the-last-life-lesson-02-yuwares-sittichanbuncha/33569>
- World Health Organization. (2015). Global Health Ethics. Key issues. Retrieved June 21, 2019, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164576/9789240694033_eng.pdf;jsessionid=CDA36E260BC516702C5026DCC52C16E8?sequence=1
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และ นภาพร อภิวิจิเศรษฐ์. (2560). สิ่งผู้ป่วยและญาติ “ควรรู้ไว้ก่อนไปไอซียู”. เอกสารการประชุมวิชาการ 100 ปี อายุรศาสตร์ศิริราช 2560 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2562, จาก https://www.si.mahidol.ac.th/department/medicine/home/ineternal%20Medicine/3/202/8.30-9.30/1_รู้ไว้ก่อนไป%20ไอ%20ซี%20ยู.pdf