

เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์ และการดูแลแบบประคับประคอง ในพื้นที่ห่างไกล

แพทย์หญิงภรณ์รัตน์ ศรีธาราธิคุณ

นายแพทย์ปฏิบัติการ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ. แม่สลอด จังหวัดตาก

E-mail: pamornrut.mu@gmail.com

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม เข้าถึงการดูแลและยาโอปิออยด์ได้ กรณีศึกษารายนี้เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 19 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติกะเหรี่ยง ภูมิลำเนาอยู่ในเขตชนบทในพื้นที่ห่างไกล เดินทางลำบาก ที่ประสบกับอาการทุกข์ทรมานทางกาย ปัญหาทางเศรษฐกิจและเกิดภาวะโศกเศร้าในครอบครัว (bereavement) ทีมหมอครอบครัวจึงแก้ปัญหาโดยใช้เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์ผ่าน line application (FCT line group) และสร้างเครือข่ายในพื้นที่ทั้งบุคลากรสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วม ทำให้สามารถจัดการอาการทุกข์ทรมานได้ ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายมากขึ้น ตลอดจนสามารถดูแลในช่วง End of life care ที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุง คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรมีบทบาทหน้าที่ในการเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: การดูแลประคับประคอง, เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์, พื้นที่ห่างไกล



Social Media and Palliative Care Challenge in Rural Primary Care

Phamonrut Sritharathikun, MD

Department of Social Medicine

Maesod General Hospital

E-mail: pamornrut.mu@gmail.com

Abstract:

Palliative care for people near the end of life needs close holistic medical care which includes access to opioid medication. This case study demonstrates care for a 19-year-old Thai man, Karen ethnicity, living in a rural area, suffering from not only the pain and discomfort from his disease but poverty. Through this suffering the family also experienced loss and grief. The Family Care Team used an online technology (LINE application) called FCT line group and established a network of care involving health and local authorities to improve access to care, successfully providing end of life care at home. This case study suggests that a family physician has a key role in strengthening the capacity of local health professionals supporting end of life care at home.

Keywords: Palliative Care, online technology, rural area



บทนำ

การดูแลประคับประคองในบริบทปฐมภูมิเป็นการดูแลแบบองค์รวม⁽¹⁾ ทั้งการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ องค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้การดูแลดังกล่าวประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยองค์ความรู้พื้นฐานการดูแลประคับประคองในบุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับ (palliative care approach)⁽²⁾ ยิ่งกว่านั้นการที่ระบบปฐมภูมิสามารถเข้าถึงยาโอปิออยด์มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการให้คำปรึกษาส่งต่อและประสานงานตั้งแต่ระดับการดูแลที่บ้าน ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ และความร่วมมือในทุกระดับทุกภาคส่วน ย่อมส่งผลดีต่อทั้งมิติคุณภาพและการเข้าถึงบริการประคับประคอง

กรณีศึกษานี้แสดงบทบาทของทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยมะเร็งกระดูกระยะท้าย (osteosarcoma) ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เดินทางลำบาก ที่ประสบกับอาการทุกข์ทรมานทางกาย ปัญหาทางเศรษฐกิจและเกิดภาวะโศกเศร้าในครอบครัว (bereavement)

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทยคู่ เชื้อสายกะเหรี่ยง อายุ 19 ปี ภูมิลำเนา อำเภอมะนัง จังหวัดตาก อาชีพ รับจ้างทั่วไป

อาการสำคัญ: มีก้อนและปวดเข้าซ้ายรุนแรงมา 6 เดือน

ประวัติปัจจุบัน:

6 เดือนก่อน มีอาการปวดเข้าซ้าย ให้ประวัติหกล้มเข้า

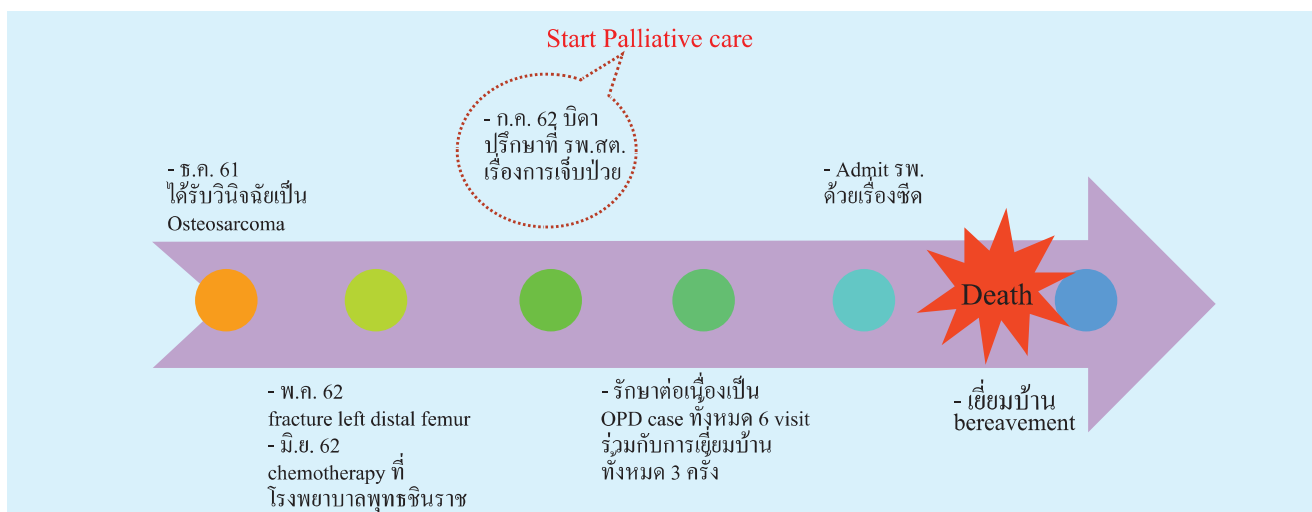
ซ้ายกระดูกสันหลัง มีอาการปวด บวมเล็กน้อย เดินได้ปกติ มาตรวจที่โรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยกล้ามเนื้ออักเสบ ได้ยาไปรับประทาน

5 เดือนก่อน อาการปวดเข้าเป็นมากขึ้น เข้าซ้ายบวมมากยิ่งขึ้น เดินได้ลำบากมากขึ้นจึงไปตรวจที่คลินิก แพทย์สงสัยว่าเป็นมะเร็งกระดูก จึงส่งตัวไปโรงพยาบาลศูนย์ ได้รับการวินิจฉัยเป็น osteosarcoma เข้ารับเคมีบำบัด 1 cycle แล้วอาการทรุดลง อ่อนเพลียมากขึ้น ไม่สามารถดำเนินการรักษาต่อไปได้ จึงขอกลับมาทำการรักษาที่บ้าน

2 เดือนก่อน หกล้มอีกครั้ง เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่สอด ตรวจพบ Pathologic fracture left distal femur ทางแผนกศัลยกรรมกระดูกแนะนำให้รักษาตามอาการที่บ้าน

1 วันก่อน บิดามาปรึกษาที่ รพ. สต. เรื่องการเจ็บป่วยทางเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทางกลุ่มไลน์ (Family Care Team line group: FCT line) อาการปวดเข้าซ้ายเป็นมากขึ้น pain score 9/10 ปวดมากขึ้นในตอนกลางคืน จนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องนอนเป็นส่วนใหญ่ กินได้น้อยลง และอ่อนเพลียมากขึ้น บิดาไปซื้อยาแก้ปวดที่คลินิกมาให้รับประทาน อาการปวดลดลงจาก 9/10 เหลือ 4/10 แต่เนื่องจากยามีราคาแพง จึงไม่มีเงินที่จะซื้อยารับประทานต่อ

ในวันต่อมา บิดาเป็นผู้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หลังจากทำการพูดคุยและซักประวัติกับทางบิดาของผู้ป่วยแล้ว จากข้อจำกัดของผู้ป่วยที่มีอาการปวด เข้าขาบวมมาก เคลื่อนไหวลำบาก และไม่มีรถส่วนตัว เป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล



รูปที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันตามช่วงเวลา

Management plan

1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก โดยให้บิดาประเมินอาการและมารยาแทน เนื่องจากผู้ป่วยเดินไม่ได้และอยู่ในพื้นที่ห่างไกลโรงพยาบาล
2. เยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอาการและความทุกข์ทรมานจากโรคและผลการตอบสนองต่อการรักษา ประเมินศักยภาพผู้ดูแล รวมถึงสภาวะทางจิตใจของครอบครัว และนำอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยส่งให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของทีมหมอครอบครัว

Setting	Management
Palliative OPD 5 ครั้ง	Symptom control: - Control pain โดยใช้ strong opioid start dose Morphine Sulfate Tablet: MST (10) 1-tab po q 8 hr., Morphine syrup 2.5 ml po prn q 2-4 hr. adjust dose q 1-2 wk. - Malignant wound care: bleeding and odor issue, wet dressing with normal saline, metronidazole powder Psychosocial Grief assessment and bereavement support: พูดคุย ประเมินความรุนแรง ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้เกิดการพูดเพื่อระบายความรู้สึก Financial: สนับสนุนค่าใช้จ่ายในเรื่องของการดูแล และจัดเตรียมอุปกรณ์ สำหรับการดูแลโดยเฉพาะเรื่องแผล และขอความร่วมมือจาก รพ.สต. ใกล้บ้าน และสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางจาก “กองทุนคนรักพ่อ”
Home visit	กำหนดการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 - ประเมิน และแก้ปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ทั้งเรื่องการใช้ morphine แก้ไขความเข้าใจผิดเรื่อง morphine ที่ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาบ่อยตามอาการเนื่องจากกลัวว่าจะติดยา - สอนผู้ป่วย และภรรยาทำแผลที่ถูกต้อง ครั้งที่ 2 - เน้นเรื่องการดูแลญาติและผู้ดูแล พูดคุยปัญหา ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้กำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ครั้งที่ 3 - ดูแลเรื่อง bereavement - แนะนำภรรยาของผู้ป่วยเรื่องทำงาน และสนับสนุนให้ทำงานที่ตรงตามความสามารถ
Hospitalization	- Admit 31/8/2562–7/9/2562 เรื่องซีดจากแผลที่มีเลือดซึมตลอดเวลา เพื่อให้เลือด - ปรับยาแก้ปวดจากรับประทานเป็น fentanyl patch (12 mcg/hr) 1patch Transdermal q 72 hr.

การประเมินตามหลัก Patient-centered medicine approach

Whole person approach

ผู้ป่วยทราบอาการป่วย และการวินิจฉัยโรคของตัวเองดี เข้าใจการพยากรณ์โรค พยายามทำใจหาวันหนึ่งจะต้องเสียชีวิต เป็นห่วงครอบครัวมากที่สุด ความหวังที่จะสร้างบ้านคงจะไม่ได้แล้ว การป่วยครั้งนี้ทำให้ไม่สามารถทำงานได้แล้ว สงสารพ่อที่ต้องรับภาระทั้งหมด ความหวังในตอนนี้คือ ไม่อยากปวดแบบนี้อีก

ปัญหาทางกาย

Pain left leg:

Pain type: nociceptive and bone pain, Pain score average 9/10 เดิมได้รับยา Ultracet วันละ 3 ครั้ง (Tramadol 112.5 mg ต่อวัน) ยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดให้ดีขึ้นได้ จึงพิจารณาให้การรักษาด้วย strong opioid และทำการปรับขนาดของมอร์ฟีนที่ได้เป็นรายสัปดาห์ จนกว่าจะสามารถควบคุมอาการปวดได้ดี

Malignant wound care

แผลที่บริเวณขาซ้าย มีปัญหาเรื่องเลือดซึมออกจากแผล และแผลมีกลิ่นเหม็น ผู้ดูแลคือ ภรรยา ทางทีมได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีทักษะ และเสริมกำลังใจให้เกิดความมั่นใจในการร่วมดูแลผู้ป่วย โดยมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ช่วยสนับสนุนเครื่องมือ และเป็นที่ปรึกษาเวลาเกิดปัญหา

พบว่าเมื่อทำการรักษาแล้ว แผลดีขึ้นในแง่ของกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ แต่ขนาดของแผลก็ใหญ่มากขึ้น และยังคงมีเลือดไหลซึมออกจากแผลอยู่เช่นเดิม เกินความสามารถของภรรยาผู้ดูแล ไม่สามารถทำแผลเองที่บ้านได้ จึงขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ช่วยทำแผลโดยทางทีมหมอบรรอบครัวได้สนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมืออย่างเต็มที่

Fatigue

อาการอ่อนเพลีย เกิดจากภาวะซีด จากการที่แผลมีเลือดซึมต่อเนื่องเป็นเวลานาน ได้ทำการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้เลือด ทำให้อาการอ่อนเพลียของผู้ป่วยดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้⁽³⁾

ปัญหาทางจิตใจและจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยรับทราบอาการป่วยของตนเองเป็นอย่างดี แต่ยังทำใจยอมรับไม่ได้ ไม่ได้กลัวว่าตัวเองจะเสียชีวิต แต่ห่วงภรรยา และลูกสาว ก่อนหน้านี้ได้วางแผนว่าจะสร้างบ้านใหม่ แต่ไม่สามารถทำได้แล้ว สำหรับการวางแผนการรักษาในอนาคตนั้น เข้าใจดีว่าโรครักษาไม่หายขาด จึงขอแค่รักษาตามอาการ ไม่ทรมาน หากอาการแยลงก็ไม่อยากกระทำการใด ๆ เพื่อเป็นการยืดชีวิต ขอให้เสียชีวิตที่บ้าน พร้อมหน้าครอบครัว และเพื่อน ๆ

การเยี่ยมบ้าน

ประเมินตามหลักการของ INHOMESSS ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินผู้ป่วย ตามแนวทาง INHOMESSS

หัวข้อ	ผลการประเมิน
I: Immobilization	- Activity daily of living: ประเมิน ADL = 8 (ภาวะพึ่งพารุนแรง) ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่สามารถช่วยตัวเองได้บ้าง ไม่สามารถพลิกตัวเองได้ปกติ ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา - Instrumental ADL: ผู้ป่วยสามารถใช้อุปกรณ์ได้ตามปกติ หากมีผู้นำมาวางไว้ใกล้ๆ - Palliative Performance Scale: PPS 40% - Balance/ gait problem: ไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ - Sensory impairment: ปกติ
N: Nutrition	- ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง เป็นบางครั้ง แต่ส่วนมากกรรยาจะเป็นคนป้อนมากกว่า - ปฏิเสธการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ - ผู้จัดหาอาหารคือ ภรรยา โดยอาหารทุกมื้อต้องซื้อเองทั้งหมด
H: Housing	- ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้แฝง ชั้นเดียว ใต้ถุนสูง มีแสงสว่างพอเพียง และอากาศภายในห้องถ่ายเทได้ค่อนข้างดี - บริเวณที่นอนของผู้ป่วยอยู่บริเวณหน้าบ้าน จัดที่นอนโดยใช้ฟูกนอน กางมุ้งเรียบร้อยดี แต่ไม่สะดวกต่อการพลิกตัว ขยับตัว หรือลุกขึ้นนั่ง
O: Other people	- Social support: รพ.สต. ช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ทำแผล - Financial support: บิดาเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัวในขณะนี้ และใช้เงินจากการขายที่ดินมรดกไป - Living will: No CPR, No ET-tube, No medication - Caregiver: ภรรยา - Power of attorney: บิดา
M: Medication	- MST (10) 1 tablet po q 8 hrs. และ Morphine syrup 2 ml po prn q 4 hrs. for severe pain
E: examination	- Vital sign: Blood Pressure = 105/49 mmHg, Heart Rate = 125 beat/min, Respiratory Rate = 18 beat/min, Body temperature = not measured, DTX = 98 mg% - Good conscious, markedly pale, drowsy, no jaundice - A bed sore ulcer is grade 1 in size 4 x 8 cm at coccyx - Left leg: large mass at knee about 20 cm in diameters, with redness and hyper-vascularity, moderate tender limit ROM all direction
S: Safety	- บ้านไม้พังกาที่ไม่เหมาะสมในการเคลื่อนไหวน อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หากผู้ป่วยเริ่มประครองตัว ลุกนั่งหรือยืนได้ - การจัดเก็บสิ่งของภายในบ้านค่อนข้างไม่เป็นระเบียบ
S: Spiritual health	- ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธตามบิดา ทำบุญบ้างตามโอกาส - สิ่งที่เป็นแรงบันดาลใจในการมีชีวิตอยู่คือ ครอบครัว
S: Services	- รพ.สต. ใกล้บ้านช่วยสนับสนุนในเรื่องยา และอุปกรณ์ทำแผล - โรงพยาบาลแม่สอด



รูปที่ 2 สภาพแวดล้อมในบ้าน และ สภาพก้อนที่ขา

ผู้ป่วยเป็นบุตรชายคนที่ 2 มีพี่ชายต่างบิดา 1 คน 3 ปีก่อน ผู้ป่วยได้แต่งงานกับภรรยาคนปัจจุบัน มีลูกสาว 1 คน ซึ่งเป็นรักในวัยเรียน โดยที่ผู้ใหญ่ฝ่ายหญิงไม่ได้ให้การยอมรับ หลังจากแต่งงานผู้ป่วยดูแลครอบครัวโดยยึดอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่จะไปทำงานกับบิดา ผู้ป่วยเป็นคนขยันขันแข็งและคอยช่วยเหลือครอบครัวอยู่เสมอ

บิดา: คิดว่าคงจะเป็นมะเร็งและรู้ว่ารักษาไม่หาย แต่ลูกชายอายุน้อย “แค่การหกล้มเท่านั้นทำให้เป็นมะเร็งได้ อย่างไร” ลูกชายเป็นคนดี รู้สึกสงสารลูกชาย ไม่อยากให้เขาทรمانแบบนี้ ถ้าแลกได้เขายอมเจ็บยอมตายแทนลูกชาย ตอนนี้ภาระทั้งหมดมาตกอยู่ที่ตัวของบิดา ทั้งเรื่องการดูแลครอบครัว และการหารายได้ทั้งหมด ที่ผ่านมาได้ขายที่ดินเพื่อนำเงินมารักษาลูกชาย และอาจจะขายที่บ้านหากจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อการรักษาอีกครั้ง “เครียดมาก กินไม่ได้ นอนไม่หลับ แต่ไม่คิดจะทำร้ายตัวเอง หรือละทิ้งลูกชายไป”

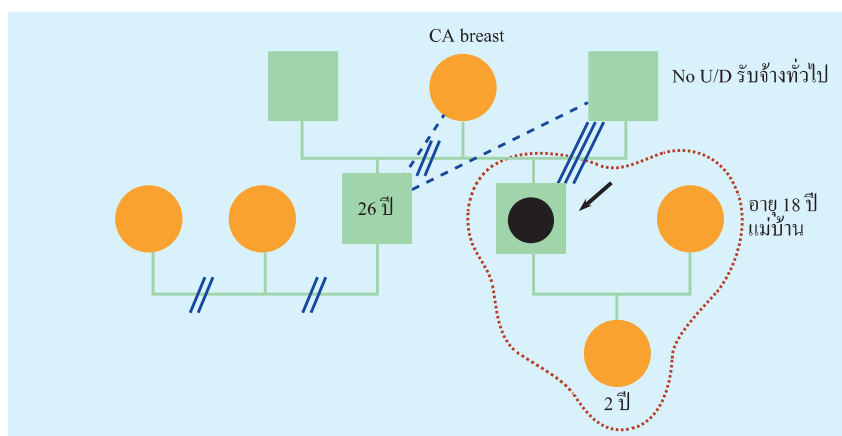
มารดา: มารดามีโรคประจำตัวเป็นมะเร็งเต้านม ปัจจุบันรักษาหายดี ส่วนเรื่องการเจ็บป่วยของลูกชาย ตัวมารดาเองไม่สามารถรับความจริงได้ ใช้การหลีกเลี่ยงไม่ดูแลลูกชาย

ภรรยา: รับทราบเรื่องอาการป่วย และการพยากรณ์โรคเป็นอย่างดี ครั้งแรกที่คุยกับภรรยาประเมินได้ว่า ภรรยายังไม่ยอมรับสภาพของสามีที่เป็น แต่หลังจากการเยี่ยมบ้านและพบปะพูดคุยหลายครั้ง สุดท้ายภรรยาก็สามารถยอมรับความจริง และปรับสภาพจิตใจต่อความเศร้าโศกนี้ได้

Family Oriented Approach

◆ Financial problem: อาชีพรับจ้าง ครอบครัวฐานะยากจน

◆ Psychosocial problem: บิดา มารดา และภรรยา เริ่มมีภาวะ caregiver burden และเสี่ยงที่จะเกิด complicated grief ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนที่จะมีการเสียชีวิตของผู้ป่วย (anticipatory grief) โดยเฉพาะบิดาและมารดามีอาการซึมเศร้าเป็นพักๆ สิ้นหวัง กังวล รู้สึกผิด โกรธตัวเองที่ไม่ดูแลลูก โดดเดี่ยว ไม่มีความสุข คิดว่าจะไม่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ เสี่ยงที่จะเกิด complicated grief ตามมาได้ ต้องติดตามอาการและประเมินเป็นระยะ



รูปที่ 3 ผังครอบครัว (genogram)

ผลลัพธ์การดูแล

ทีมหมอครอบครัวดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ ช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติดีขึ้น ความผ่อนคลายในบ้านเริ่มเกิดขึ้น และแม้กระทั่งในวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต แม้ทุกคนจะเศร้าโศก แต่ใช้เวลาเพียงแค่ 1 สัปดาห์ ความโศกเศร้าดังกล่าวเริ่มดีขึ้น

ทีมยังคงติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว โดยการไปเยี่ยมบ้าน พบว่าบิดามีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น กลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ภรรยาผู้ป่วยวางแผนว่าจะยังอาศัยอยู่ที่บ้านเดิมของสามี และช่วยเหลือฝากงานให้กับภรรยาผู้ป่วยได้ทำงานเป็นคนดูแลบ้าน

วิจารณ์

กรณีศึกษานี้ เป็นการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล เช่นเดียวกับการศึกษาในปี 2014 ของ Pesut B⁽⁴⁾ ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับระบบการดูแลแบบประคับประคองในชนบท (Rural Palliative Supportive Services: RPaSS) ที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยทำการฝึกพยาบาล และติดตามอาการผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งประสบความสำเร็จดีและพบว่าพยาบาล 1 คนสามารถดูแลผู้ป่วยได้สูงสุดถึง 25 คน

ในปัจจุบัน การสร้างระบบการดูแลโดยนำเทคโนโลยีและเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมมีความสำคัญ ดังนั้นนอกจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องมีทักษะในการประเมินอาการทุกข์ทรมาน ทักษะ palliative care approach โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลแล้ว จะต้องมีการสร้างเครือข่ายและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้⁽⁵⁾

การจัดการในเชิงระบบในผู้ป่วยรายนี้ มีการรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่โดยผ่าน กลุ่ม FCT line ซึ่งเป็นกลุ่มที่ตั้งขึ้นโดยทีมหมอครอบครัว ผ่าน line application เพื่อใช้ในการรับปรึกษาจากในพื้นที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอแม่สอด มีการตอบคำถามโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่สามารถส่งคำปรึกษาแพทย์ได้ตลอดเวลา ส่วนในด้านของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่นั้น มีการฝึกสอนการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเป็นรายบุคคล ซึ่งเราพบว่าปัญหา คือ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ดังนั้นเห็นควรให้มีการจัดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้เกิด

ความเข้าใจอย่างสม่ำเสมอ⁽¹⁾ และขอความร่วมมือในส่วนท้องถิ่นสนับสนุน ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายจากกองทุน ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง ทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ได้

◆ Symptom management: palliative home care challenge in rural primary care

การจัดการเรื่องความทุกข์ทรมานทางกายของผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ ได้แก่อาการปวดแผล และอ่อนเพลีย ตามแนวทางของการจัดการอาการปวดขององค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ สำหรับยาตัวแรกที่เลือกใช้ใน severe pain คือ strong opioid ขนาดยาเทียบเท่ามาจากขนาดยา Ultracet (weak opioid) และปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นจนสามารถคุมปวดได้ดี⁽⁷⁾ การดูแลแผล⁽⁸⁾⁽⁹⁾ ที่มีความซับซ้อน ต้องใช้ผู้ที่มีประสบการณ์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น ในพื้นที่ห่างไกลเช่นนี้ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในพื้นที่เป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต (last hour of life) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านตาม Advance care planning เพื่อจัดการอาการปวดและทุกข์ทรมานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีทีมหมอครอบครัวช่วยสนับสนุน

◆ Family bereavement:

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้สูญเสียหลังจากเกิดภาวะสูญเสียแล้วนั้นคือ สังคม และความเชื่อที่แตกต่างกัน⁽¹⁰⁾ ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เป็นเชื้อชาติกะเหรี่ยง⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อยู่กันแบบครอบครัวขยาย มีความรักความผูกพันที่เหนียวแน่น ตรงกับคำบอกเล่าของครอบครัว แนวทางการจัดการเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลที่เพียงพอเป็นระยะๆ และให้บิดาเป็นผู้ตัดสินใจร่วมดูแลในเรื่องการวางแผนการรักษาด้วยตัวเอง (Advance care planning: ACP) ช่วยเหลือสนับสนุน และแนะนำการดูแลในระยะสุดท้าย⁽¹²⁾ อีกทั้งครอบครัวยังมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจที่ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะโศกเศร้าดังกล่าว ดังนั้นนอกจากทางทีมจะดำเนินการในเรื่องสภาพจิตใจตามแนวทางแล้ว ยังช่วยสนับสนุนแก้ไขปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยการนำเรื่องยื่นต่อ “โครงการคนรักพ่อ” ทำให้คลี่คลายปัญหานี้ได้ระดับหนึ่ง และคอยติดตามประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ complicated grief อย่างต่อเนื่อง

สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับปฐมภูมิที่มีอาการที่ซับซ้อนแต่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โอกาสเข้าถึงบริการยากลำบาก การจัดการอาการต้องอาศัยความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ดังนั้น การจัดการบริการต้องเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการในทุกระดับ ดึงชุมชนและทรัพยากรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม⁽¹³⁾ การพิจารณานำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อลดระยะทางและลดเวลาในการเข้าถึงระบบสุขภาพได้เป็นอย่างดี แต่สิ่งที่ต้องระวังคือการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ในกรณีต้องส่งรูปภาพหรือรายละเอียดส่วนบุคคล ควรจะเป็นกลุ่มปิดที่จำกัดสมาชิกและเข้าถึงได้เฉพาะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น นอกจากนี้ การเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีม และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้เข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากขึ้น จะช่วยให้การดูแลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นไป

ข้อพึงเรียนรู้ (Learning point)

1. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้เชี่ยวชาญการดูแลระดับประคับประคอง เปรียบเสมือนเจ้าภาพในการดูแลผู้ป่วย ประสานงานทั้งการดูแลในโรงพยาบาล

OPD และ home health care เพื่อให้เกิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ เสริมศักยภาพ/เสริมพลังของทีมสุขภาพปฐมภูมิและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่นั้น ทั้งในเรื่องของความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย/ครอบครัว โดยการจัดอบรมหรือให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ

2. การบริหารทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพสูงสุดต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วน ยกตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมถึงผู้นำท้องถิ่นและภาคประชาชน จะเป็นเช่นนั้นได้ การเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนร่วมคิดร่วมทำร่วมแก้ปัญหาอย่างเท่าเทียมเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่ยั่งยืนในชุมชน

3. ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในพื้นที่ห่างไกลคือ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข แพทย์ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่สามารถแก้ไขโดยการนำเทคโนโลยีการสื่อสารออนไลน์เข้ามาช่วยอำนวยความสะดวกและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงระบบบริการได้ แต่สิ่งที่พึงระวังคือการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/en>
2. World Health Organization. Why Palliative Care Is an Essential Function of Primary Health Care. 2018; Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_2
3. Gleeson C, Spencer D. Blood transfusion and its benefits in palliative care. *Palliat Med.* 1995;9(4):307–13.
4. Pesut B, Hooper BP, Robinson CA, Bottorff JL, Sawatzky R, Dalhuisen M. Feasibility of a rural palliative supportive service. *Rural Remote Health.* 2015;15(2).
5. Fernando J, Percy J, Davidson L, Allan S. The challenge of providing palliative care to a rural population with cardiovascular disease. Vol. 8, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 9–14.
6. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva; p.138.
7. Panikulam A. Total pain management. In: *Indian Journal of Palliative Care*. Wolters Kluwer -- Medknow Publications; 2011. p. S68.
8. Journal O, Brant JM. PALLIATIVE MEDICINE AND HOSPICE CARE Holistic Total Pain Management in Palliative Care: Cultural and Global Considerations Article History. 2017 [cited 2020 Mar 29]; Available from: <http://dx.doi.org/10.17140/PMHCOJ-SE-1-108>
9. Kevin Y. Woo, PhD, MSc, RN, ACNP, GNC(C) F&. Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds C M E. 2011.
10. Jaaniste T, Coombs S, Donnelly T, Kelk N, Beston D. Risk and Resilience Factors Related to Parental Bereavement Following the Death of a Child with a Life-Limiting Condition. *Children* [Internet]. 2017 Nov 9 [cited 2020 Apr 11];4(11):96. Available from: <http://www.mdpi.com/2227-9067/4/11/96>
11. สำนักวิจัยสังคม และสุขภาพ. พิธีกรรมเกี่ยวกับความตายของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง. 2013;53(9):1689–99. Available from: <http://www.shi.or.th/download/82/>
12. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ. 2018;1(1):17–28.
13. Gómez-Batiste X CS. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Catalonia; 2017.