

คำนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ซึ่งมีใช้เป็นเพียงอาการของความผิดปกติทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคล เท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เห็นความสำคัญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และได้กำหนดเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตลอดมา คณะกรรมการดูแลแบบผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จึงได้จัดทำคู่มือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเล่มนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นคู่มือสำหรับพยาบาล และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณรวมทั้งการป้องกันรักษาและดำรงไว้ซึ่งคุณค่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

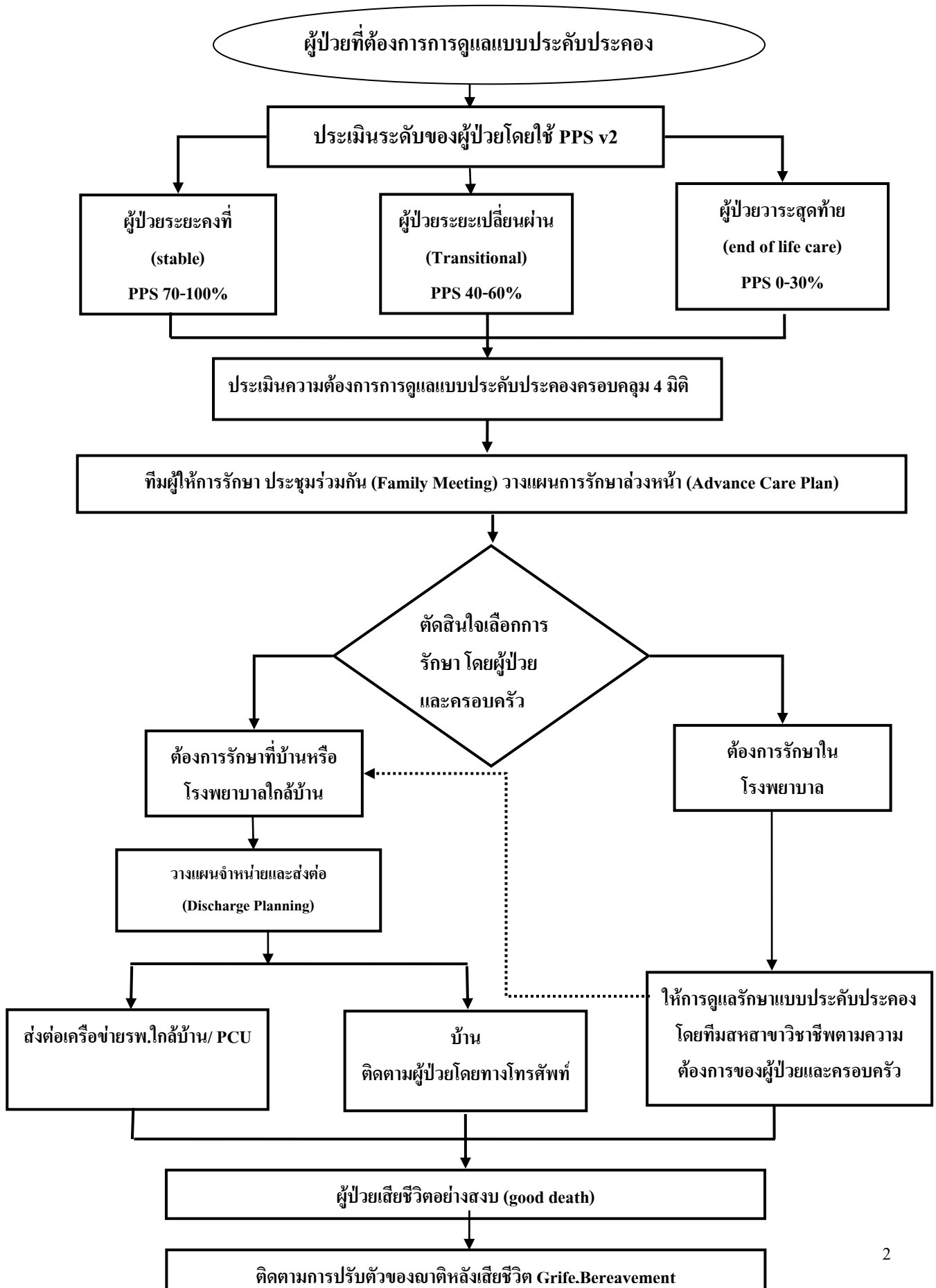
คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้ และท่านสามารถให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ปรับปรุงให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคุณ โกสุมภ์ หมูขจรพันธ์ คุณจุฑารัตน์ เกียรติศิริโรจน์ และคุณอวยพร ภัทรภิญโญกุล ที่ช่วยตรวจสอบเนื้อหาให้คู่มือเล่มนี้สมบูรณ์ขึ้น ขอขอบพระคุณคณะผู้จัดทำและมีส่วนร่วมในความสำเร็จทุกท่าน

คณะกรรมการ Palliative care

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

มกราคม 2556

แผนภูมิการดูแลแบบประคับประคอง ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



สรุปประเด็นสำคัญของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

<p>ผู้ป่วย ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPS v2 70% - 100%</p>	<p>ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPS v2 40% - 60%</p>	<p>ระยะวาระสุดท้าย (end-of-life) คะแนน PPS v2 0% - 30%</p>
<p>ประเมินและจัดการดังนี้</p>	<p>ประเมินและจัดการเพิ่มจากระยะที่ผ่านมาดังนี้</p>	<p>ประเมินและจัดการเพิ่มจากระยะที่ผ่านมาดังนี้</p>
<p><u>ด้านร่างกาย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> อาการรบกวนของผู้ป่วย รวมทั้งอาการอื่น ๆ ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย <p><u>ด้านจิตใจและจิตสังคม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความเจ็บป่วย การยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมพร้อมด้านจิตใจและสังคม สำหรับการดำเนินของโรค รูปแบบของการเผชิญปัญหา (coping) และความคาดหวังของผู้ป่วย การทำ advance directive และ advance care plan วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง <p><u>ด้านจิตวิญญาณ</u></p> <p>ให้กำลังใจ ยอมรับ ใส่ใจและเข้าใจการ</p>	<p><u>ด้านร่างกาย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> เหมือนระยะคงที่ <p><u>ด้านจิตใจและจิตสังคม (เพิ่ม)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมเลือกตัดสินใจเรื่องการรักษาและการดูแล ปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ค้นหาบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายสิ่งที่ค้างคาใจ <p><u>ด้านจิตวิญญาณ (เพิ่ม)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> พัฒนาจิตเพื่อให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งตาม หรือน้อมจิตให้ระลึกและศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าของแต่ละศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับความจริง (ความตาย) ที่จะเกิดขึ้น 	<p><u>ด้านร่างกาย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ประเมินซ้ำเรื่องความเหมาะสมของการรักษา ได้แก่ การให้ยา การให้ออกซิเจน และสารน้ำ ดูแลจัดการอาการให้เหมาะสม <p><u>ด้านจิตใจและจิตสังคม (เพิ่ม)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเผชิญความตายที่ใกล้เข้ามา ประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบให้ผู้ป่วยหรือเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสให้ญาติอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือกลับไปพักที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม <p><u>ด้านจิตวิญญาณ (เพิ่ม)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย การดูแลเรื่องความเศร้าโศก (grief care) การดูแลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะต่างๆ

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ผู้ป่วย ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPS 70% - 100%</p>	<p>1. การประเมินและการจัดการเกี่ยวกับโรค (Disease management assessment)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย, การดำเนินโรค การรักษาและแผนการดูแล - ประสานงานทีมสุขภาพและครอบครัวเพื่อร่วมประชุมตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษา - ประเมินและจัดการภาวะโรคที่สามารถแก้ไขได้ <p>2.การประเมินและการดูแลด้านร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง - ประเมินอาการอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อในร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย ความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ - กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเท่าที่ทำได้ และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น เสี่ยงต่อการหกล้มและตกเตียง - ประเมินด้านโภชนาการของผู้ป่วย และดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ - ให้คำแนะนำในการใช้แพทย์ทางเลือกตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย <p>3.การประเมินและการดูแลด้านจิตสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแล - ประเมินความเข้าใจและการยอมรับต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ - ประเมินสาเหตุการเกิดอาการทางจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล เสียใจ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย อ่อนล้า ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และคิดฆ่าตัวตาย - ประเมินรูปแบบของการเผชิญปัญหา (coping) และความคาดหวังของผู้ป่วย - ประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยและการพ่ต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจต่อโรค - จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถพูดคุยสิ่งที่ต้องเผชิญอยู่ด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น - ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการรับฟังปัญหา โดยบุคลากรทีมสุขภาพหรือผู้ช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น ทีมอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้นำทางศาสนา เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระดับประคอง	การดูแล
<p>ผู้ป่วย ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPS 70% - 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระบาย/แสดงออกถึงอารมณ์ที่เกิดจากความกลัว/วิตกกังวล โดยการรับฟังซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งมักจะได้ผลโดยไม่จำเป็นต้องแนะนำเรื่องใดๆ แก่ผู้ป่วย - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมาเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นจริงของผู้ป่วยและครอบครัว - ประคับประคองให้ผู้ป่วยมีความหวังอย่างที่เป็นจริง และช่วยเหลือในด้านความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้าง - อนุญาตให้ผู้ป่วย/ญาติใช้ทางเลือกที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น การนวด การใช้ดนตรี เป็นต้น - สนับสนุนส่งเสริมทางบวก/เสริมพลังอำนาจผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม - ประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ และมีแหล่งประโยชน์ หรือไม่ - ประสานงานแหล่งประโยชน์ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย - ประเมินร่วมกับแพทย์ในการพิจารณาให้ยาแก่ผู้ป่วย
	<p>4.การประเมินและการดูแล ด้านจิตวิญญาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล - ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว - ประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/กิจกรรมที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการ - เปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถประกอบพิธีกรรม/ทำกิจกรรมทางศาสนาที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ - จัดหาบทสวดมนต์ และเทปธรรมะไว้ประจำหอผู้ป่วย และจัดให้ผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ - ให้กำลังใจ ยอมรับ ใส่ใจและเข้าใจการแสดงออกของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และสนองตอบในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ - ช่วย/กระตุ้นผู้ดูแลสร้างบรรยากาศที่สงบในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ผู้ป่วย ระยะคงที่ (Stable)</p> <p>คะแนน PPS 70% - 100%</p>	<p>- เปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ / ความนับถือของแต่ละบุคคล (วิถีพุทธ อิสลาม และคริสต์)</p>
	<p>5.การวางแผน ทีมสหวิชาชีพวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้</p> <p>- ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยที่บ้าน และแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p>- ปรีกษาหรือเรื่อง การวางแผนการรักษาล่วงหน้า การให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย การกำหนดผู้แทนของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษาทางการแพทย์ สำหรับเวลาที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้</p>
	<p>6.การดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับทีมผู้ดูแลระหว่างเวร / ระหว่างหน่วยงาน และทีมสุขภาพที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p>
	<p>7.การให้ข้อมูลและการเสริมสร้างพลังอำนาจ</p> <p>- อธิบายข้อสงสัยของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>- อธิบายความเปลี่ยนแปลงในสภาพอาการของผู้ป่วย และวางแผนการดูแลโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร</p> <p>- การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ 2) การให้ยาแก้ปวด โดยไม่ต้องกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา และติดตามผลการใช้ยาอาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน 3) วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น การทำแผล ostomy การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น 4) วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย 5) การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย 6) เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับบุคคลที่ญาติของผู้ป่วยต้องแจ้งให้ทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ผู้ป่วย ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPS 70% - 100%</p>	<p>7) การทบทวนให้ความมั่นใจว่าทีมผู้ดูแลจะจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>8.ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected patient outcome)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคอง(PPS Scale) - ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวด ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตกเตียง ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และได้รับการดูแลในการจัดการอาการและความเสี่ยง - ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองและแสดงถึงความเข้าใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย - ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการจัดการอาการรบกวนที่ได้รับจากทีมผู้ดูแล เช่น อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน - ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการใช้ยา - ผู้ป่วยและครอบครัวมีเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPS v2 40% - 60%</p>	<p>1.การประเมินการจัดการกับโรค (Disease management)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย, การรักษาและแผนการดูแล - ประสานงานทีมสุขภาพและครอบครัวเพื่อร่วมประชุมตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษา - ประเมินและจัดการภาวะโรคที่สามารถแก้ไขได้ - ประเมินซ้ำเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น พิจารณาจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจต่างๆ - ให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาพยาบาล <p>2.การประเมินและการดูแล ด้านร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง - ประเมินอาการอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อในร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย ความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ - กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเท่าที่ทำได้ และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น เสี่ยงต่อการหกล้มและตกเตียง - ประเมินด้านโภชนาการของผู้ป่วย และดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ - ให้คำแนะนำในการใช้แพทย์ทางเลือกตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย - ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมิน Braden Scale <p>3.การประเมินและการดูแล ด้านจิตสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว - ประเมินความเข้าใจและการยอมรับต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว - ประเมินความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว - ประเมินรูปแบบของการเผชิญปัญหา (coping) และความคาดหวังของผู้ป่วย - ประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยและเคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจต่อโรค - ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยที่มีต่อผู้อื่น เช่นญาติ หรือผู้ป่วยอื่น - จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถพูดคุยกุศลสิ่งที

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPS v2 40% - 60%</p>	<p>ต้องเผชิญอยู่ด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการรับฟังปัญหา โดยบุคลากรที่มีสุขภาพหรือผู้ช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น ทีมอาสาสมัคร ผู้นำทางศาสนา เป็นต้น - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระบาย/แสดงออกถึงอารมณ์ที่เกิดจากความกลัว/วิตกกังวล โดยการรับฟังอย่างตั้งใจ - ประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ และมีแหล่งประโยชน์ หรือไม่ - ประสานงานแหล่งประโยชน์ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายมีระบบส่งต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพในชุมชนของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง - ค้นหาบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย - จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกที่สงบเงียบให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้กับครอบครัว เพื่อส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัว - ให้ความสนใจต่อปัญหาและความต้องการของบุตรหลานของผู้ป่วย - ปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย เช่น การให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาประสงค์ /ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข การเลือกสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย การเลือกสถานที่ถึงแก่กรรม
	<p>4.การประเมินและการดูแล ด้านจิตวิญญาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล - ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว - อนุญาตให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด) - ช่วย/กระตุ้นผู้ดูแลสร้างบรรยากาศที่สงบในการดูแลผู้ป่วย เช่น งดการรถเสียง/ร้องไห้ ในหมู่ญาติพี่น้อง การชักชวนให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติ เป็นต้น - ฝึกให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ชัดเจน ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวดทางร่างกาย ความรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น ความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ เมื่อสามารถรับรู้ชัดเจนแล้วกระตุ้นผู้ป่วยให้จัดการแก้ไขตามสถานการณ์ เช่น การยอมรับความจริง การปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ในความยึดถือตัวตน เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPS v2 40% - 60%</p>	<p>-เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ / ความนับถือของแต่ละบุคคล (วิถีพุทธ วิถีอิสลาม และวิถีคริสต์)</p> <p>- อนุญาตให้ผู้ป่วยนำวัตถุมงคล รูปภาพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ รูปภาพครอบครัวของผู้ป่วยมาไว้ที่โต๊ะข้างเตียงของผู้ป่วย</p> <p>- เหนี่ยวนำผู้ป่วยให้นึกถึงสิ่งดีงาม เช่น การสวดมนต์ การระลึกถึงความดีที่ผ่านมา การเปิดเทพธรรมะ การอ่านหนังสือธรรมะ การทำสมาธิภาวนา (อานาปานสติ/การเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ) เป็นต้น</p>
	<p>5.การวางแผน ร่วมกับสหวิชาชีพสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยที่บ้าน และแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - ปรีกษาหรือเรื่อง การวางแผนการรักษาล่วงหน้า การให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย การกำหนดผู้แทนของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษาทางการแพทย์ สำหรับเวลาที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ - แนะนำการใช้ทางเลือกในการรักษาและกระบวนการดูแล เช่น การบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากการปวด - ถ้าผู้ป่วยต้องการกลับบ้านและแพทย์อนุญาต ให้วางแผนกับผู้ป่วยและญาติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
	<p>6.การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพใน โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง - ติดต่อแหล่งช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น เจ้าหน้าที่อนามัย พยาบาลเยี่ยมบ้าน เป็นต้น-กรณีผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ให้ข้อมูลครอบครัวผู้ป่วย เรื่องการติดต่อบุคคลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมที่บ้าน
	<p>7.การให้ข้อมูลและการเสริมสร้างพลังอำนาจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อธิบายข้อสงสัยของผู้ป่วยและครอบครัว - ให้คำแนะนำเรื่องความเปลี่ยนแปลงในสภาพอาการของผู้ป่วย และวางแผน

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional)</p> <p>คะแนน PPS v2 40% - 60%</p>	<p>การดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจต่อโรค - ช่วยให้ผู้ป่วยจิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ดีงาม หรือน้อมจิตให้ระลึกและศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าของแต่ละศาสนา - เตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยการสอน สาธิตและฝึกปฏิบัติในเรื่อง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ 2) การให้ยาแก้ปวด โดยไม่ต้องกลัวการติดยา และติดตามผลการใช้ยาอาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน 3) วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น การทำแผล ostomy การให้อาหารทางสายยาง 4) การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย 5) การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย 6) เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับบุคคลที่ญาติของผู้ป่วยต้องแจ้งให้ทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้น - การทบทวนให้มั่นใจว่าทีมผู้ดูแลจะจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
	<p>8.การดูแลเรื่องความเศร้าโศก (Grief care)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดระบายสิ่งที่ค้างคาใจ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายและใจจดจ่อความดีงามของตนเอง - ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง
	<p>9.ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected patient outcome)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินความปวด ประเมินความเสี่ยงต่างๆ - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล แบบประคับประคอง	การดูแล
	<p>และสามารถดูแลตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการจัดการอาการรบกวนที่ได้รับจากทีมผู้ดูแล เช่น อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน - ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการใช้ยา - ผู้ป่วยและครอบครัวมีเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ระยะวาระสุดท้าย (end- of -life) คะแนน PPS v2 0% - 30 %</p>	<p>1.การประเมินการจัดการกับโรค (Disease management assessment)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย, การวางแผนการดูแล - ประเมินและจัดการภาวะโรคที่สามารถแก้ไขได้ - ประเมินซ้ำเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น พิจารณาจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจต่างๆ - ปรึกษาญาติของผู้ป่วยและแพทย์เกี่ยวกับความต้องการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือกลับไปพักที่บ้าน
	<p>2.การประเมินและการดูแลด้านร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก อาการปวด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง - ประเมินความเสี่ยงความเสี่ยงต่างๆที่อาจเป็นอันตราย ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การตกเตียง เป็นต้น - ประเมินซ้ำเรื่องความเหมาะสมของการให้ยา การให้ออกซิเจนและสารน้ำ การเคลื่อนไหวย่างกาย อุปกรณ์ที่ต้องใช้ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว - ดูแลความสะอาดของร่างกาย และสุขวิทยาส่วนบุคคล - ปรึกษาสหวิชาชีพในการใช้แพทย์ทางเลือกตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย - ทบทวนการประเมินสัญญาณชีพ การบันทึกสารน้ำเข้า-ออก ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย - ดูแลจัดการอาการปวดให้เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของความปวด - ทบทวนเกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆ ว่ามีความเหมาะสม มียาใดที่จำเป็นหรือไม่จำเป็นต้องใช้
	<p>3.การประเมินการดูแลด้านจิตสังคมและการดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเผชิญความตายที่ใกล้เข้ามา ประเมินความเศร้าโศกของผู้ป่วยและครอบครัว - ค้นหาความคาดหวัง ความหวัง ความหมายของชีวิต และครอบครัวของผู้ป่วย - ดูแลและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้จัดการภารกิจที่ค้างค้าง - ประเมินความเหนื่อยล้า ความเครียดของผู้ดูแล และดูแลให้ได้พักผ่อนและผ่อนคลายความเครียดตามความเหมาะสม

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ระยะวาระสุดท้าย (end- of -life)</p> <p>คะแนน PPS v2 0% - 30 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งเวดลุ่มที่สงวนให้ผู้ป่วยหรือเป็นส่วนตัว - เปิดโอกาสให้ญาติอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง - ส่งต่อผู้ป่วยไปพักอยู่ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือบ้าน ตามที่ผู้ป่วยต้องการ - ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม
	<p>4.การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล - ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วย และครอบครัว - อนุญาตให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด) - ช่วย/กระตุ้นผู้ดูแลสร้างบรรยากาศที่สงบในการดูแลผู้ป่วย เช่น งดการตกเตียง/ร้องไห้ ในหมู่ญาติพี่น้อง การชักชวนให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติ เป็นต้น - ฝึกให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ชัดเจน ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวดทางร่างกาย ความรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น ความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ เมื่อสามารถรับรู้ชัดเจนแล้วกระตุ้นผู้ป่วยให้จัดการแก้ไขตามสถานการณ์ เช่น การยอมรับความจริง การปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ในความยึดถือตัวตน เป็นต้น -เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ / ความนับถือของแต่ละบุคคล (วิถีพุทธ วิถีอิสลาม และวิถีคริสต์) - อนุญาตให้ผู้ป่วยนำวัตถุมงคล รูปภาพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ รูปภาพครอบครัวของผู้ป่วยมาไว้ที่โต๊ะข้างเตียงของผู้ป่วย - เหนี่ยวนำผู้ป่วยให้นึกถึงสิ่งดีงาม เช่น การสวดมนต์ การระลึกถึงความดีที่ผ่านมา การเปิดเทพธรรมะ การอ่านหนังสือธรรมะ การทำสมาธิภาวนา (อานาปานสติ/การเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ) เป็นต้น
	<p>5.การวางแผน สนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลที่สอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วย - มีการกำหนดว่าใครเป็นผู้ดูแลหลักที่มีสิทธิตัดสินใจตามกฎหมาย
	<p>6.การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ระยะวาระสุดท้าย (end- of -life)</p> <p>คะแนน PPS v2 0% - 30 %</p>	<p>- ติดต่อแหล่งช่วยเหลือและจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น ในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน หรือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน</p> <p>7.การให้ข้อมูลและเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว(Patient / Family education and empowerment)</p> <p>- ให้ข้อมูล / ประสานแพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูล เรื่องความเปลี่ยนแปลงในสภาพอาการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร</p> <p>- เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจต่อโรค</p> <p>- ให้ครอบครัวได้รับทราบข้อมูลมีทางเลือกในการรักษา และให้เวลาในการตัดสินใจ</p> <p>- แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และการทบทวนให้มั่นใจว่าทีมผู้ดูแลและจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>- การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ 2) การให้ยาแก้ปวด โดยไม่ต้องกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา และติดตามผลการใช้ยาอาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน 3)วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ โรคหรือการรับประทานอาหารเฉพาะ โรค เช่น การทำแผล ostomy การให้อาหารทางสายยาง 4) วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การจัดทำของผู้ป่วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย ช่องปาก และระบบขับถ่ายของผู้ป่วย 5) การขอคำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้น และการจัดการเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมที่บ้าน <p>- เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตาย ให้ผู้ดูแลปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> * เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาอยู่ใกล้ชิดในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต * เปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ระยะวาระสุดท้าย (end- of -life) คะแนน PPS v2 0% - 30 %</p>	<p>8.การดูแลเรื่องความเศร้าโศก (Grief care)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายสิ่งที่ค้างคาใจ - ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีจิตใจจดจ่อความดีงามของตนเอง - ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับความตายและสูญเสียที่จะมาถึง - ประเมินหาหรือกับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องสิ่งที่จะต้องทำต่อไปในช่วงไม่กี่วันต่อไป และในอาทิตย์ต่อไปที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีความสุข และดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ - เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้กล่าวคำอำลา ขอโทษกรรมผู้ป่วย - กระตุ้นให้ผู้ดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยได้วางแผนการดำเนินชีวิตภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรมทั้งในระยะสั้นและระยะยาวตามความเหมาะสม <p>การดูแลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลความเศร้าโศกของญาติในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม โดยยอมรับความรู้สึกต่างๆของครอบครัวผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกผิดของญาติที่ไม่ได้มาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ อาการตกใจ ร้องไห้ของญาติผู้ป่วย และช่วยดูแลปลอบใจครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น - เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่กับผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว - รายงานให้แพทย์รับทราบ และช่วยประสานงานกับครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้พบแพทย์ เพื่อรับทราบข้อมูลการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย - ช่วยทำความสะอาดร่างกาย แต่ตัว แต่งหน้าผู้เสียชีวิตตามความต้องการของครอบครัว - เจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์กล่าวคำไว้อาลัย และขอโทษกรรม - ให้การ์ดแสดงความเสียใจ และแผ่นพับการดูแลผู้เสียชีวิต - สอบถามความต้องการและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา การรดน้ำศพ - ประสานงานเจ้าหน้าที่ห้องเก็บศพ และขอแปลเพื่อส่งร่างผู้เสียชีวิตเมื่อครอบครัวผู้ป่วยพร้อม (ไม่ต้องรอ 2 ชั่วโมง) - ถ้าญาติต้องการนำศพของผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน ให้ช่วยติดต่อประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ญาติ - มีการติดตามให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากเสร็จสิ้นงานศพ

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	การดูแล
<p>ระยะวาระสุดท้าย (end- of -life) คะแนน PPS v2 0% - 30 %</p>	<p>9.ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected patient outcome)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการที่ได้แสดงเจตนาไว้ เช่น การใส่/ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ สถานที่ประสงคจะเสียชีวิต - ญาติพึงพอใจในกระบวนการดูแลผู้ป่วย - ได้มีการประเมินความเสี่ยงต่อการสูญเสียและให้การดูแลตามความเหมาะสม

การดูแลด้านร่างกาย

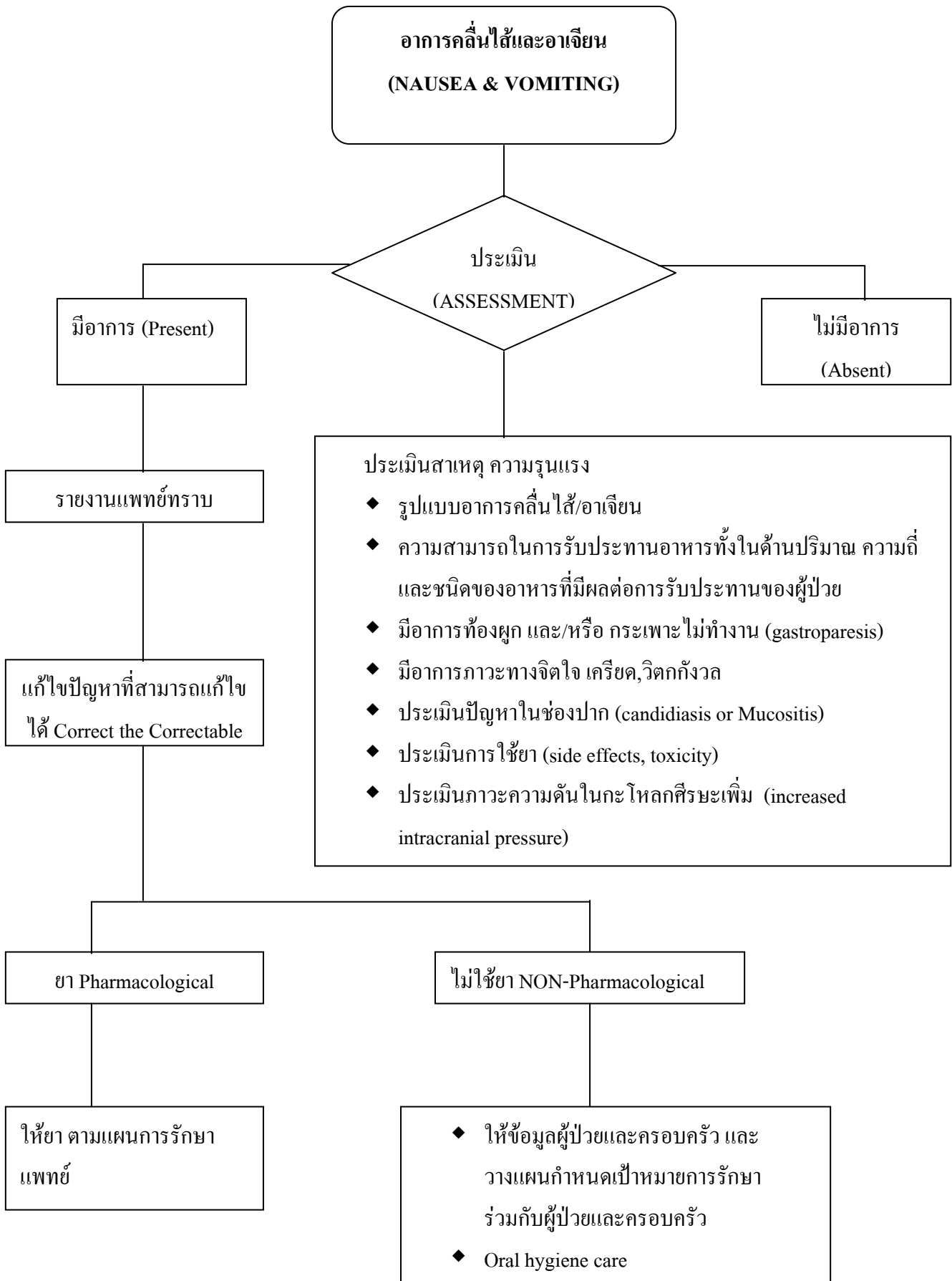
- การดูแลอาการต่างๆ
 - ปวด
 - คลื่นไส้และอาเจียน
 - หอบเหนื่อย หิวอากาศ (Dyspnea)
 - กระสับกระส่าย (Agitation)
 - สิ่งคัดหลั่งในทางเดินหายใจ
 - นอนไม่หลับ
 - เบื่ออาหาร
 - การทำความสะอาดร่างกาย
 - ท้องผูก
 - อาการทางจิตใจ

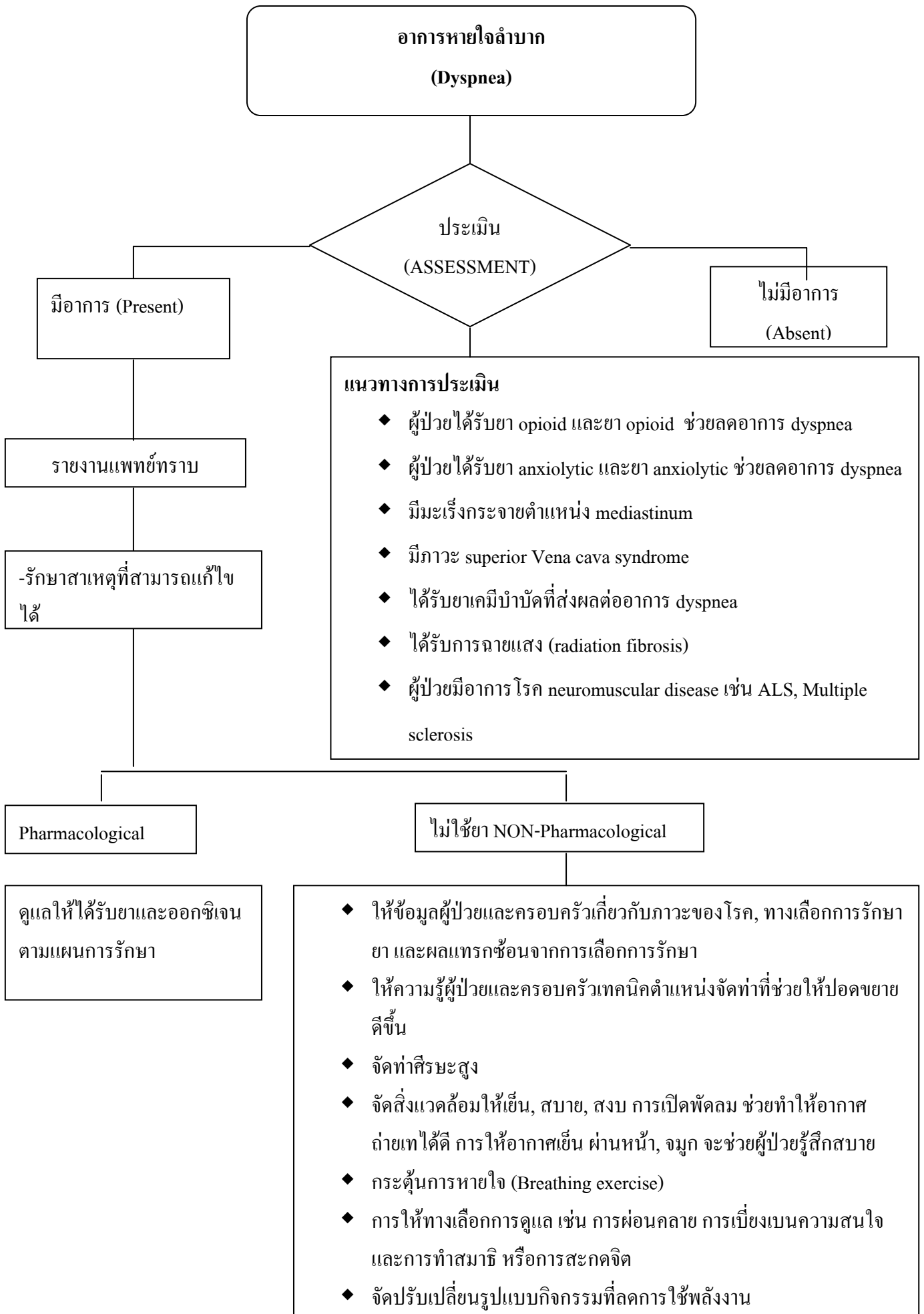
การดูแลความปวด

1. ประเมินความปวด ครอบคลุมทุกมิติ คือความรุนแรง ตำแหน่งที่ปวด ความเชื่อเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด บันทึกระดับความปวด
2. ค้นหาสาเหตุของอาการปวด ครอบคลุมทุกมิติ ตั้งใจฟังคำอธิบายความรู้สึกจากผู้ป่วย และยอมรับความปวดของผู้ป่วย
3. การได้รับยาและประเมินผลการตอบสนองต่อการได้รับยาแก้ปวด ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็งให้ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ดังนี้
 - 3.1 ปวดเล็กน้อย ($NRS \leq 3$) ให้ยากลุ่ม Non-opioids ได้แก่ Acetaminophen, NSAIDS \pm Adjuvant
 - 3.2 ปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ($NRS 4 - 6$) ให้ยากลุ่ม Weak opioids ได้แก่ Codeine, Tramadol \pm Non-opioid \pm Adjuvant
 - 3.3 ปวดรุนแรง ($NRS > 6$) ให้ยากลุ่ม Strong opioids ได้แก่ Morphine, Fentanyl, Methadone \pm Non-opioid \pm Adjuvant

***Adjuvant คือการรักษาตามสาเหตุ หรือการรักษาร่วม ได้แก่ การฉายแสง การผ่าตัด หรือการใช้ยากลุ่มต่างๆ ดังนี้

 - Antidepressant : amitriptyline, nortriptyline
 - Antianxiety : lorazepam
 - Anticonvulsant : carbamazepine, gabapentin, oxcarbazepine
4. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการประเมินความปวดด้วยตนเอง ยาแก้ปวดที่ได้รับ การขอยาเพิ่มเมื่อมีอาการปวด และผลข้างเคียงของยา
5. บริหารยาให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามเวลาสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และพิจารณารายงานแพทย์หากยาที่ได้รับตามแผนการรักษาไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้
6. ติดตามผลการให้ยาและปรับลดยาตามระดับความปวดของผู้ป่วย และผลไม่พึงประสงค์ เช่น อาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ภายหลังการได้รับยาแก้ปวด และติดตามการปรับยาอย่างต่อเนื่อง
7. ให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลความปวดด้วยแนวทางอื่นๆ (การพยาบาลทางเลือก) เช่น การนวด ผ่อนคลาย การทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความเจ็บปวด เป็นต้น





อาการกระสับกระส่ายในระยะสุดท้าย
(**TERMINAL AGITATION**)

ประเมิน
(**ASSESSMENT**)

มีอาการกระสับกระส่าย
(Present)

ไม่มีอาการ (Absent)

รายงานแพทย์ทราบ

แก้ไขปัญหาที่สามารถแก้ไขได้
(Correct the Correctable)

ประเมินสาเหตุ (ซักประวัติ ตรวจร่างกาย)

- ◆ ประเมินระดับความปวด
- ◆ ประเมินปัญหาการนอนไม่หลับ
- ◆ มีอาการถอนยา จาก opioids หรือ barbiturates
- ◆ Paradoxical effects จากยาบางตัว (benzodiazepines, opioids, antipsychotics) โดยเฉพาะกลุ่ม ผู้สูงอายุ
- ◆ มีประวัติการใช้ยา, แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด ?
- ◆ มีภาวะเมตตาบอลิ (เสียดุลอิเล็กโทรไลต์, มีภาวะขาดออกซิเจน)
- ◆ มีปัญหาทางจิตเวช (depression)
- ◆ ประเมินภาวะสมองเสื่อม
- ◆ มีปัญหาท้องผูกหรือปัสสาวะลำบาก (fecal impaction, or urinary retention)
- ◆ มีภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress)
- ◆ มีปัญหาค้างคาใจ (Unfinished business)
- ◆ เป็นภาวะกระสับกระส่ายในช่วงสุดท้ายชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ (refractory agitation end of life)

ยา Pharmacological

ไม่ใช้ยา NON-Pharmacological

แก้ปัญหที่สามารถแก้ไขได้ เช่น
ปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ

ให้ยา ตามแผนการรักษาแพทย์
ได้แก่ Haloperidol, Midazolam

- ◆ รับฟังอย่างมีส่วนร่วม (Active empathic listening)
- ◆ จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย สงบ ปราศจากเสียงรบกวน
- ◆ ให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสงบและมีความมั่นใจ
- ◆ ประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณและตอบสนองตามความเหมาะสม
- ◆ เสนอทางเลือกเทคนิคต่าง ๆ เช่น การนวด การผ่อนคลาย Aroma therapy เป็นต้น
- ◆ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของโรคอาการแสดงและทางเลือกการรักษาเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกการรักษา
- ◆ ถ้ามีปัญหาปัสสาวะลำบาก อาจพิจารณาทางเลือกการใส่สายสวนคาปัสสาวะ
- ◆ หากภาวะกระสับกระส่ายสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ดื่มน้ำส้ม น้ำหวาน หรือรับประทานอาหาร

**สิ่งคัดหลั่งในทางเดินหายใจ
(RESPIRATORY TRACT SECRETIONS)**

**ประเมิน
(ASSESSMENT)**

มีอาการ (Present)

ไม่มีอาการ
(Absent)

รายงานแพทย์ทราบ

แก้ไขปัญหาที่สามารถแก้ไข
ได้ (Correct the Correctable)

ยา Pharmacological

ไม่ใช้ยา NON-Pharmacological

ประเมินสาเหตุ (ซักประวัติ ตรวจร่างกาย)

- ◆ ประเมินความสามารถการกลืนและเคี้ยว
- ◆ ประเมินอาการผิปกัดช่องปาก (Candida or mucositis)
- ◆ ประเมินระยะของโรค ECOG scale, PPS
- ◆ ประเมินลักษณะสิ่งคัดหลั่ง
- ◆ ประเมินปริมาณการรับประทานอาหารและน้ำทางปาก
- ◆ ทบทวนยาที่ทำให้เกิดปากแห้ง (xerostomic)
- ◆ ประวัติการฉายแสงหรือรับยาเคมีบำบัด ?
- ◆ ประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสำคัญเกี่ยวกับอาการนี้
- ◆ ประเมินการติดเชื้อในปอด (Fever, rales, chest radiograph)

เพิ่มเติม : ผู้ป่วยที่อยู่ระยะโรคที่รุนแรงและอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายบ่อยครั้งจะพบปัญหาการกลืน ในขณะเดียวกัน สารคัดหลั่งจากปอด (pulmonary secretion ก็จะมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจซึ่งอาจต้องให้การรักษา

- ◆ จัดทำนั่งศีรษะสูงเพื่อช่วยระบายเสมหะ
- ◆ กรณีผู้ป่วยมี pulmonary edema ควรพิจารณาจำกัดน้ำ
- ◆ พิจารณาทางเลือกกรณีต้องการดูดเสมหะเป็นครั้งคราว
- ◆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในบรรยากาศที่กระตุ้นเสมหะ เช่น การสูบบุหรี่
- ◆ อากาศที่เย็นสบายจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น การเปิดพัดลม, หน้าต่างให้โล่งสบาย
- ◆ ผู้ป่วยที่มีมะเร็งกระจายทางเดินหายใจอาจมีความเสี่ยงเกิด Hemoptysis ต้องเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินไว้
- ◆ ภาวะต้นตระหนก จะส่งผลต่อการเพิ่มการหลั่งเสมหะ
- ◆ ผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตอาจมีการหายใจเสียงครีคราด (death rattle) ให้การช่วยเหลือโดยการจัดท่านอนตะแคง อาจพิจารณาให้ยาเพื่อลดการหลั่งสารคัดหลั่ง ได้แก่ atropine

การดูแลการนอนไม่หลับ

1. ค้นหาสาเหตุการนอนไม่หลับ เช่น มีอาการปวด กลัวปีศาจระรคที่นอน กลัวเสียงชีวิตขณะหลับ เป็นต้น
2. ให้การช่วยเหลือตามสาเหตุก่อน ไม่ควรให้ยานอนหลับในทันที เช่น คุณดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอ
3. ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจากความกังวล จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบอาจใช้เสียงดนตรี การนวด การทำสมาธิหรือการสวดมนต์ หรือกิจกรรมอื่นตามความต้องการของผู้ป่วย
4. ให้กำลังใจ อนุญาตให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนตามความเหมาะสม
5. กระตุ้นให้ทำกิจกรรมในเวลากลางวันตามความเหมาะสม เพื่อไม่ให้หลับกลางวัน
6. จัดเครื่องดื่มน้ำอุ่น ๆ ก่อนนอนให้แก่ผู้ป่วย เช่น นม
7. ดูแลให้ได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์
8. ติดตามประเมินการนอนหลับภายหลังการได้รับยานอนหลับ

การดูแลการเบื่ออาหาร

1. ประเมินค้นหาสาเหตุและให้การดูแลรักษาตามสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้
2. ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารทั้งในด้านปริมาณ ความถี่ และชนิดของอาหารที่มีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย
3. ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารปริมาณน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง และมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือรสชาติตามความพอใจของผู้ป่วยโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาที่จำเป็น
4. จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย และไม่มีกลิ่นรบกวน รวมทั้งให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
5. ไม่ขัดจังหวะการรับประทานอาหารเพื่อตรวจร่างกายหรือทำหัตถการต่าง ๆ
6. ประเมินร่วมกับแพทย์ในการพิจารณาให้ยากระตุ้นความอยากอาหาร

การดูแลความสะอาดร่างกาย

1. ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยวันละ 1-2 ครั้ง
 2. สระผมผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 3. ดูแลความสะอาดและความชุ่มชื้นของช่องปากและริมฝีปาก โดย
 - ◆ บ้วนปากด้วยน้ำยาที่มีส่วนผสมของโซเดียมไบคาร์บอเนต หรือผงฟู 1 ช้อนชา และเกลือ 1 ช้อนชาในน้ำ 1 ลิตร
 - ◆ แปรงฟันด้วยแปรงขนอ่อนและบ้วนล้างยาสีฟันออกให้หมด
 - ◆ ทำความสะอาดลิ้นที่เป็นฝ้าหนาด้วยสารละลายไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์เจือจาง และทาริมฝีปากด้วยวาสลีน
- หมายเหตุ: (ปรับการดูแลตามสภาพปัญหาในช่องปากของผู้ป่วยแต่ละราย)
4. ดูแลร่างกายผู้ป่วยไม่ให้เปียกชื้น และกรณีผิวหนังแตกเป็นขุยทาโลชั่นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นได้ผิวหนัง
 5. กรณีผู้ป่วยมีถ่ายเหลว ภายหลังจากทำความสะอาดและเช็ดแห้งด้วยผ้าแล้ว ให้ทาวาสลีนรอบ ๆ กัน
 6. แนะนำวิธีการดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล หรือสนับสนุนส่งเสริม กระตุ้นให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลอาการท้องผูก

1. ประเมินสาเหตุของอาการท้องผูก สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การอุดตันทางเดินอาหาร ผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด opioid การรับประทานอาหารและน้ำได้น้อย ไม่มีแรงเบ่ง เป็นต้น
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามสาเหตุตามแผนการรักษา
3. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารที่มีกากใยสูง และดื่มน้ำให้เพียงพอ หากไม่มีข้อห้าม
4. กระตุ้นการถ่ายอุจจาระเป็นเวลา จัดสถานที่ให้เหมาะสม
5. กรณีผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด กลุ่ม Opioids ดูแลให้ได้รับยาระบายชนิดรับประทานเพื่อป้องกันอาการท้องผูก แต่หากได้รับยาแล้วไม่ได้ผลอาจต้องให้ยาสวนทวารหนัก หรือควักอุจจาระแก่ผู้ป่วยเป็นครั้งคราว

การช่วยเหลืออาการทางจิตใจ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแล
2. ประเมินสาเหตุการเกิดอาการทางจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล เสียใจ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย อ่อนล้า ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และคิดฆ่าตัวตาย
3. หาแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วย/ญาติ และทีมการรักษา
4. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถพูดคุยสิ่งที่ต้องเผชิญอยู่ด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น
5. ให้ความกับผู้ป่วยและครอบครัวในการรับฟังปัญหา โดยบุคลากรทีมสุขภาพหรือผู้ช่วยเหลืออื่นๆ เช่น ทีมอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ป่วย บาทหลวง ศิษยาภิบาล ผู้นำทางศาสนา พระ เป็นต้น
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระบาย/แสดงออกถึงอารมณ์ที่เกิดจากความกลัว/วิตกกังวล โดยการรับฟังอย่างตั้งใจ ซึ่งมักจะส่งผลโดยไม่จำเป็นต้องแนะนำเรื่องใดๆ แก่ผู้ป่วย
7. แสดงให้ผู้ป่วย/ญาติตระหนักว่าทีมสุขภาพพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ
8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมาเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นจริงของผู้ป่วยและครอบครัว
9. ประคับประคองให้ผู้ป่วยมีความหวังอย่างที่เป็นจริง และช่วยเหลือในด้านความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้าง
10. อนุญาตให้ผู้ป่วย/ญาติใช้ทางเลือกที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น การนวด การใช้ดนตรี เป็นต้น
11. สนับสนุนส่งเสริมทางบวก/เสริมพลังอำนาจผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
12. ประเมินร่วมกับแพทย์ในการพิจารณาให้ยาแก่ผู้ป่วย
13. อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาขณะอยู่ในโรงพยาบาล
14. กรณีต้องการพบพระภิกษุสงฆ์เพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนาขณะอยู่ในโรงพยาบาลสามารถติดต่อได้ที่ งานสิทธิประโยชน์ เวลา 08.00-16.00 น. โทร. 1023 และ
อาคารเย็นศิระ โทร 3575 เวลา 16.00 – 20.00 น.

การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

- การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจที่เกิดจากการปรับตัวกับการเจ็บป่วยทางกาย
- การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณตามแนวทางศาสนาพุทธ
- การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณตามแนวทางศาสนาอิสลาม
- การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณตามแนวทางศาสนาคริสต์

การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจที่เกิดจากการปรับตัวกับการเจ็บป่วยทางกาย

การประเมินด้านจิตใจและจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

ด้านสุขภาพจิต

1. ประวัติในอดีต
2. สถานะทางจิตในปัจจุบัน
3. ความเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็น
4. ความหมายของโรคต่อผู้ป่วย

ด้านสภาพแวดล้อม

1. สภาพครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว
2. การช่วยเหลือด้านสังคม
3. การช่วยเหลือด้านการเงิน

ปฏิกิริยาทางจิตสังคมต่อการเจ็บป่วยทางกายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ขั้นตอนของปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรม (Kubler-Ross)

ปฏิกิริยา	การแสดงออก	การดูแล
ระยะที่ 1 ตกใจและปฏิเสธไม่ยอมรับ (Shock and denial)	ปฏิเสธว่าสิ่งที่ได้รับรู้ นั้น ไม่เป็นความจริง ไม่เชื่อ อาจคิดว่าแพทย์ได้ทำการตรวจหรือการรักษาผิดพลาด	- ให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับตัวโรค การพยากรณ์โรค รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างตรงไปตรงมาและเคารพ - ยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย และยืนยันกับผู้ป่วยว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง
ระยะที่ 2 กังวล สับสน และโกรธ (Anger)	กระวนกระวาย หงุดหงิด และโกรธสิ่งต่างๆ คำถามที่มักได้ยินจากผู้ป่วยบ่อยๆ ได้แก่ “ทำไมต้องเป็นฉันด้วย” ผู้ป่วยจะมีความโกรธในทุกๆอย่าง เช่น ญาติใกล้ชิด สิ่งต่างๆ รอบตัว อาจโกรธพระเจ้าหรือโชคชะตา รวมทั้งแพทย์ผู้รักษาและ	- ไม่นำอารมณ์โกรธมาเป็นเรื่องส่วนบุคคล ตอบสนองด้วยความเข้าใจ เห็นใจ รวมทั้งไม่แสดงท่าทีแก้ตัว

ปฏิกิริยา	การแสดงออก	การดูแล
	ทีมผู้ดูแล	
ระยะที่ 3 ต้อรอง (Bargain)	พยายามต่อรองกับคนรอบข้าง ไม่ว่าจะ จะเป็นแพทย์ เพื่อน หรือแม้แต่กับ พระเจ้า เพื่อให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ หรือเพื่อให้รอดพ้นจากความตายที่ กำลังย่างกรายเข้ามา ผู้ป่วยอาจ สัญญาว่าจะทำสิ่งที่ดีต่างๆ หากเกิด ปาฏิหาริย์ดังกล่าวขึ้น ผู้ป่วยบางคน เชื่อว่าถ้าทำตัวดี เช่น ไม่ตามคำถาม ต่างๆกับแพทย์มากเกินไป ทำ ตัวเองให้ร่าเริง แพทย์จะให้การดูแล รักษาตนเองดีขึ้น	- แจ้งต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างดี ที่สุด และทำทุกอย่างเท่าที่ แพทย์จะสามารถทำได้ ไม่ว่า ผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร - สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วน ร่วมในแผนการดูแลรักษา
ระยะที่ 4 เศร้าและหมดหวัง (Depression)	มีอาการซึมเศร้า แยกตัว การ เคลื่อนไหวเชื่องช้า การนอนผิดปกติ รู้สึกหมดหวัง ในบางรายอาจรุนแรง ถึงขั้นมีความคิดทำร้ายตนเอง	ให้การรักษาที่เหมาะสม
ระยะที่ 5 ยอมรับความจริง (Acceptance)	ยอมรับได้ว่า ความตายนั้นเป็นสิ่ง หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นสิ่งที่ เกิดขึ้นตามธรรมชาติ	ส่งเสริมการนำความเชื่อใน ศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวใจ

การให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเขาเป็นอะไร โดยพิจารณาตามความเหมาะสมว่าควรบอก รายละเอียดมากน้อยเพียงใด และเลือกระยะเวลาในการบอกที่เหมาะสม โดยพยายามให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความจริงให้มากที่สุดเท่าที่จะไม่เป็นผลเสีย
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ข้อดีข้อเสียของการรักษาวิธีต่างๆ เหตุผลของแพทย์ในการตัดสินใจให้การรักษา และให้เวลาในการตอบคำถามและข้อสงสัยของผู้ป่วย รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการรักษา และการรับผิดชอบตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง การวิตกกังวล ซึมเศร้า ก้าวร้าว ที่อาจแสดงต่อผู้รักษา ยอมรับและตอบสนองความพยายาม ในการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะต่างๆ

2. การช่วยลดปัญหาในด้านต่างๆ ที่ต้องเผชิญ

- ให้การรักษาและควบคุมอาการต่างๆ โดยเฉพาะอาการเจ็บปวดให้ดีที่สุด และพยายามหลีกเลี่ยงการตรวจรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บ หากไม่จำเป็น
- ให้ความสนใจเกี่ยวกับปัญหาด้านฐานะของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม
- จัดสภาพแวดล้อมให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ให้มีบรรยากาศที่สงบ มีความเป็นส่วนตัว มีคนใกล้ชิดคอยดูแลหรือเยี่ยม ได้สม่ำเสมอ มีความสะอาดและมีบรรยากาศสดชื่น
- สร้างบรรยากาศของความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ

3. การช่วยเหลือด้านจิตใจ

- เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาทางจิตใจและอารมณ์ในการปรับตัวของผู้ป่วยที่อาจแสดงออกในลักษณะต่างๆ เช่น การปฏิเสธความจริง ไม่รวมมือในการรักษา ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า และให้การตอบสนองและการช่วยเหลือตามที่เหมาะสม เช่น ให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล
- ถามถึงความรู้สึกนึกคิดและปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก และพูดถึงปัญหาหรือสิ่งที่เขา รู้สึกไม่สบายใจ เพื่อจะได้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และร่วมกันหาทางแก้ไขได้ต่อไป ผู้ป่วยส่วนมากมักจะไม่ได้พูดถึงปัญหาต่างๆออกมาเอง ผู้รักษาจึงควรเป็นคนเริ่มต้นถาม

- ให้กำลังใจและประคับประคองทางอารมณ์ โดยให้ความสนใจ แสดงความห่วงใย ให้ความมั่นใจว่าจะให้การดูแลรักษาอย่างดีที่สุด รับฟังปัญหาและแสดงความเห็นอกเข้าใจ
- เพิ่มความสามารถในการปรับตัว โดยส่งเสริมทักษะในการปรับตัวที่ผู้ป่วยใช้อยู่แล้วและเป็นผลดีและช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะในการปรับตัวใหม่ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวกับการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น
 - เพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกว่าคุณยังควบคุมสถานการณ์ในชีวิตได้ โดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเองให้มากที่สุด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่างๆตามปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ไม่ว่าจะเป็นงาน สังคม ชีวิตส่วนตัว เพศสัมพันธ์ ฯลฯ
 - ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัวว่าผู้รักษาจะทอดทิ้ง หรือไม่ดูแลตลอดไป
 - สนใจที่จะหาข้อมูลด้านภาวะจิตสังคมผู้ป่วยอยู่เสมอ

4. การรักษาอาการทางจิตเวช ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการมาก อาจต้องใช้ยาต่างๆ เช่น ยากล่อมประสาท ยาแก้ซึมเศร้า เพื่อรักษาตามอาการ หรืออาจให้ฝึกวิธีการลดความเครียดต่างๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสะกดจิตตนเอง หรือการฝึกสมาธิ

หลักการทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตาย

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น แพทย์แต่ละคนอาจมีวิธีการและหลักการในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป ซึ่ง Ned Cassem² ได้เสนอหลักการในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายไว้ดังนี้

1. Concern การเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง (empathy) ร่วมรับรู้ความรู้สึกทุกข์และสุขที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การเอาใจใส่ในความทุกข์สบาย และมีเมตตาต่อผู้ป่วย อยากให้ผู้ป่วยมีความสุข
2. Competence การมีทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้อดทนทุกข์ทรมานจากอาการทางกายต่างๆ
3. Communication การมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตาย ซึ่ง ควรเน้นที่ทักษะในการฟัง ให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความรู้สึก เรื่องราวต่างๆในชีวิตของผู้ป่วย โดยคำถามที่แพทย์ผู้ดูแล ควรถามกับตนเองนั้น แทนที่จะถามว่า”เราควรพูดกับผู้ป่วยอย่างไร” อาจเปลี่ยนมาเป็น “เราได้ให้ผู้ป่วยพูดอะไรกับเราบ้าง” นอกจากการฟังแล้ว ทักษะการพูดก็มีความสำคัญ โดยไม่จำเป็นต้องพูดเพียงเรื่องราวเกี่ยวกับความตายเท่านั้น เราสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิต ครอบครัว การงาน

หรือเรื่องราวต่างๆ ไปได้ นอกจากนั้น การสื่อสารอาจออกมาในรูปแบบอื่นๆ นอกจากคำพูด เช่น การแตะตัว การช่วยจัดให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เป็นต้น

4. Comfort การช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยการหมั่นเอาใจใส่ดูแล และความรู้ในการจัดการกับอาการต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย
5. Children ควรเปิดโอกาสให้ลูกหลานได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และรู้สึกดี หลักในการพิจารณาว่าเด็กคนใดควรได้รับการเข้าเยี่ยม นั้น ไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัว เพียงแต่ถามเด็กว่าเขาอยากเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหรือไม่
6. Cohesion ครอบครัวควรมีโอกาสได้อยู่ร่วมกัน ใกล้ชิดกัน ร่วมรับรู้ความทุกข์ที่กำลังเกิดขึ้น นอกจากนี้ การที่สมาชิกในครอบครัวอยู่พร้อมหน้ากัน ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่ถูกทอดทิ้ง ยิ่งไปกว่านั้น การที่ผู้ป่วยสามารถช่วยดูแลความรู้สึกในใจของสมาชิกในครอบครัว ยังช่วยลดความรู้สึกไม่ดี รู้สึกว่าตนเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวลงได้ด้วย
7. Cheerfulness ท่าทีของผู้ดูแลและญาติมิตรที่แจ่มใส มีอารมณ์ขันที่เหมาะสม สามารถช่วยผู้ป่วยรู้สึกดีกับตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งช่วยให้สถานการณ์ที่น่าตึงเครียดได้ผ่อนคลายลงด้วย
8. Consistency ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายนั้น มีความกลัวต่อการถูกทอดทิ้งเป็นอย่างมาก ดังนั้น การมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยลดความหวาดกลัวตรงนี้ได้ ซึ่งการไปเยี่ยมผู้ป่วย แม้ว่าเพียงเวลาเล็กน้อย แต่หากทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดี มีความสุข รับฟังสิ่งที่อยู่ภายในของผู้ป่วย ย่อมมีความสำคัญ และก่อเกิดประโยชน์กว่าการไปเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงหรือรับรู้ความรู้สึกภายในของผู้ป่วยได้
9. Equanimity (capacity to be comfortable with a dying person) เป็นความรู้สึกสงบนิ่งของผู้ดูแล และญาติมิตร ในขณะที่เผชิญอยู่กับผู้ป่วย สามารถให้อภัยต่ออารมณ์ โกรธหรือหงุดหงิดของผู้ป่วยได้ ซึ่งสิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบภายในจิตใจตามมาด้วย

การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณตาม
แนวทางศาสนาพุทธ

1. อนุญาตให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด)
2. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/กิจกรรมที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถประกอบพิธีกรรม/ทำกิจกรรมที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์
4. อำนวยความสะดวกแก่ผู้นำทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
5. เหนี่ยวนำผู้ป่วยให้นึกถึงสิ่งดีงาม เช่น การสวดมนต์ การระลึกถึงความดีที่ผ่านมา การเปิดเทพธรรมะ การอ่านหนังสือธรรมะ การทำสมาธิภาวนา (อานาปานสติ/การเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ) เป็นต้น
6. จัดหาบทสวดมนต์ และเทพธรรมะไว้ประจำหอผู้ป่วย และจัดให้ผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ
7. ให้กำลังใจ ยอมรับ ใส่ใจและเข้าใจการแสดงออกของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และสนองตอบในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ
8. ฝึกให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ชัดเจน ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวดทางร่างกาย ความรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น ความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ เมื่อสามารถรับรู้ชัดเจนแล้วกระตุ้นผู้ป่วยให้จัดการแก้ไขตามสถานการณ์ เช่น การยอมรับความจริง การปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ในความยึดถือตัวตน เป็นต้น
9. ช่วยสร้าง/กระตุ้นผู้ดูแลสร้างบรรยากาศที่สงบในการดูแลผู้ป่วย เช่น งดการถกเถียง/ร้องไห้ ในหมู่ญาติพี่น้อง การชักชวนให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติ เป็นต้น

การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ

พระไพศาล วิสาโล ได้เสนอแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธไว้ดังนี้

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ

ความรักและกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตรเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสามารถช่วยลดทอนความกลัวและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในจิตใจ ความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยน และให้อภัย ต่ออารมณ์ หงุดหงิด กราดเกรี้ยวของผู้ป่วย เป็นการแสดงออกของความรัก แม้ไม่รู้ว่าจะพูดให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างไร เพียงแค่การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน ก็ช่วยให้เขารับรู้ความรักจากเราได้

2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง

โดยควรบอกความจริงเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของผู้ป่วยภายหลังการสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด หรือได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยแล้ว

นอกเหนือจากความรัก ความเข้าใจแล้ว แพทย์และพยาบาล รวมทั้งผู้ดูแลต้องมีความอดทนและพร้อมรับฟังความในใจของผู้ป่วยด้วยใจที่เปิดกว้างและเห็นอกเห็นใจ พร้อมทั้งจะยอมรับผู้ป่วยตามที่เป็นจริง

ภายหลังบอกข่าวร้าย สิ่งที่เราควรทำควบคู่ไปด้วยเสมอคือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่า ญาติและแพทย์พยาบาลจะอยู่เคียงข้างและช่วยเหลืออย่างเต็มที่และจนถึงที่สุด

3. ช่วยให้ผู้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม

การน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การนำพระพุทธรูป ภาพครูบาอาจารย์ที่ผู้ป่วยนับถือมาติดตั้งไว้ในห้อง การทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน นอกจากนี้เราสามารถน้อมนำใจผู้ป่วยให้เกิดกุศล ด้วยการชวนผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต

4. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ

เช่น ภารกิจงาน ทรัพย์สิน ความโกรธแค้น ความน้อยเนื้อต่ำใจ ความรู้สึกผิด ความห่วงกังวล หรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจ ซึ่งควรแนะนำลูกหลานญาติมิตรให้สอบถามด้วยความใส่ใจและเมตตา สำหรับการขอโทษหรือการให้อภัย วิธีที่ช่วยได้คือการแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงในกระดาษ แล้วจะขอให้ญาติมิตรนำไปให้บุคคลนั้น หรือเก็บไว้กับตัว ก็สุดแท้แต่

5. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ

ผู้ดูแลผู้ป่วย ควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือเตือนสติว่าทรัพย์สินมรดกนั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาก็ต้องให้ผู้อื่นดูแลต่อไปในบรรดาความยึดติดทั้งหลาย ไม่มีอะไรที่แข็งแรงแน่นหนากว่าความยึดติดในตัวตน ควรค่อยๆแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางในความยึดถือตัวตน เริ่มจากความปล่อยวางในร่างกาย ว่าเราไม่สามารถบังคับร่างกายให้เป็นไป

ตามปรารถนาได้ สักวันหนึ่งอวัยวะต่างๆก็ต้องเสื่อมทรุดไป ต่อไปก็เป็นการช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึก ไม่ยึดเอาความรู้สึกใดๆมาเป็นของตน

6. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

โดยงดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงกันในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้ ร้องไห้ ซึ่งจะมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วย เพียงแต่คนรอบข้างพยายามรักษาจิตใจตนเองให้ดี ไม่เศร้าหมองหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก

7. กล่าวคำอำลา

ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอ่อนลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติ ระวังความเศร้าโศก จากนั้นกระซิบบนที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดีๆที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีที่เขาได้กระทำ พร้อมทั้งขอขมาในสิ่งใดๆที่เคยล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลมากขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่างๆทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความห่วงกังวลใดๆ และให้นึกถึงพระรัตนตรัย หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่นๆที่ผู้ป่วยนับถือ จากนั้นก็กล่าวคำอำลา

สรุปย่อจาก หนังสือการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ โดย พระไพศาล วิสาโล
จัดพิมพ์โดย เครือข่ายพุทธิกา

การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณตาม
แนวทางศาสนาอิสลาม

1. อนุญาตให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด)
2. กระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การละหมาด การให้ผู้ป่วยอ่านบทขอพร(คูอาว) หรือผู้ดูแล สวดมนต์ให้ผู้ป่วย
3. จัดทำผู้ป่วยให้หันหน้าไปทางทิศตะวันตกเฉียงไปทางเหนือเล็กน้อย (ทิศเดียวกันการทำละหมาด หรือ “กิบลัต”)
 - ◆ นอนตะแคงให้ตะแคงขวาหันหน้าไปทางทิศที่ทำละหมาด
 - ◆ นอนหงาย ให้ยกศีรษะสูงเล็กน้อย และเท้าชี้ไปทางทิศที่ทำละหมาด
4. จัดคัมภีร์อัลกุรอาน ไว้ประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอ่าน หรือผู้ดูแลอ่านให้ผู้ป่วยฟัง
5. อำนวยความสะดวกแก่ผู้นำทางศาสนา เพื่อมาสนทนากับผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ
6. กรณีต้องการอาสาสมัครเพื่อช่วยอ่านคัมภีร์ให้ผู้ป่วยฟัง สามารถติดต่อได้ตามวัน เวลา ดังนี้

เวลา 09.00 – 16.30 น.

1. นายสุปหยาน	หมัดอะดัม	โทร.1591
2. นายชนะศักดิ์	มะหมัด	โทร.1591
3. นายอับดุลอาซิด	หนิมุสา	โทร.1414
4. นายร่อโสน	บินมุสา	โทร.1512
5. นายเสกสรร	คลหมาน	โทร.1512 (เช้า), 1517 (บ่าย)
6. นายจรัส	ชายกุล	โทร.1528

เวลา 17.00 – 06.00 น.

1. นายนิพะหมี	หะยีนีละอะ(จันทร์-พุธและอาทิตย์)	โทร.06-5985208
2. นายอัสฮารี	สมาน (พฤหัสบดี-อาทิตย์)	โทร.04-0686592

การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณตาม
แนวทางศาสนาคริสต์

1. อนุญาตให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด)
2. จัดพระคริสต์ธรรมคัมภีร์ บทเพลงทางศาสนา หนังสือวรรณกรรมคริสเตียน และบทภาวนาไว้ประจำหอผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วย/ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ตามแนวทางศาสนา ดังนี้
โปรแตสแตนต์ :
 - ◆ พูดคุย/อ่านพระคริสต์ธรรมคัมภีร์ หรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมตามแนวทางศาสนา เช่น ฟังบทเพลงคริสเตียน ฟังข้อพระคัมภีร์ อ่านหนังสือวรรณกรรม
 - ◆ ติดต่อศิษยาภิบาลประจำคริสตจักรของผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรมตามแนวทางศาสนา**แคทอลิก :**
 - ◆ อ่านบทภาวนาให้ผู้ป่วยฟัง/จัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เช่น การสวดเสียบ การภาวนา และการกินดี
 - ◆ ติดต่อบาทหลวงเพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การสารภาพบาป การทำศีลเจิม การภาวนาร่วมกัน และการอธิษฐานแก่ผู้ป่วย
4. อำนาจความสะดวกแก่บาทหลวง/ศิษยาภิบาล หรือทีมอาสาสมัคร พบปะสนทนาด้านจิตวิญญาณกับผู้ป่วย/ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
5. กรณีต้องการอาสาสมัครในการช่วยอ่านคัมภีร์/บทภาวนา
 - ◆ โปรแตสแตนต์ : คุณพรพิลาส พลประสิทธิ์ โทร.086-6842849
: คุณสุวดี รัตนพล (เวลาราชการ) โทร.1390

การดูแล

กรณีผู้ป่วย/ญาติต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

- การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย
- รถนำส่งผู้ป่วย

การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ กับผู้ป่วย

1. แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยในการจัดเตรียมสถานที่ที่บ้านและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแล เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอน เครื่องพ่นยา กระจกปัสสาวะ เป็นต้น
2. แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย และฝึกปฏิบัติก่อนกลับบ้าน เช่น
 - การดูแลท่อเจาะคอ
 - การให้อาหารทางสายยาง
 - การดูดเสมหะ
 - การสวนปัสสาวะ
 - การทำความสะอาดสายดูดเสมหะ
 - การทำแผล
 - การให้ออกซิเจน
 - การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น
 - การพ่นยา
3. กรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถซื้ออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ให้ปฏิบัติดังนี้
 - ◆ เครื่องดูดเสมหะ (Mobile) สามารถติดต่อการยืมได้ที่งานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย (หมายเลขโทรศัพท์ 1023)
 - ◆ ถังออกซิเจนพร้อมหัวเก็ และ Nebulizer สามารถติดต่อยืมได้ที่งานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย (หมายเลขโทรศัพท์ 1023) หรือที่หน่วย Palliative Care (หมายเลขโทรศัพท์ 1096)

หมายเหตุ : หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์อื่น ๆ สามารถติดต่อประสานงาน
กับงานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย(หมายเลขโทรศัพท์ 1023) หรือที่หน่วย
Palliative Care (หมายเลขโทรศัพท์ 1096)

: คู่มือการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ สามารถติดต่อได้ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1
(หมายเลขโทรศัพท์ 1465)

รณาส่งผู้ป่วย

1. กรณีจำเป็นต้องใช้รถพยาบาลนำส่ง ให้ติดต่อ

1.1 รถพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปฏิบัติดังนี้

- ◆ เขียนใบขอรถพยาบาล ระบุผู้ติดตามดูแล (พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล)
- ◆ แจ้งค่าบริการและค่าผู้ติดตามดูแล (คนขับรถและผู้ติดตามดูแล)
- ◆ ติดต่องานธุรการโรงพยาบาล เพื่อชำระค่าบริการ และกำหนดระยะเวลาารถออก รวมทั้งสถานที่รับผู้ป่วย(กรณีไม่มีรถหรือคนขับรถ ทางธุรการโรงพยาบาลจะแจ้งให้ทราบ เพื่อให้ติดต่อสถานที่อื่น)
- ◆ ติดต่อผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพักรักษาตัว
- ◆ ส่งผู้ป่วยตามวัน เวลา ที่กำหนด

1.2 รถพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ให้ผู้ดูแลติดต่อเกี่ยวกับค่าบริการ และทีมสุขภาพช่วยประสานโดยโทรศัพท์ติดต่อ แจ้งอาการของผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย รวมทั้งสถานที่รับผู้ป่วย

- ◆ โรงพยาบาลศิรินครินทร์ โทร. 074-366966 074 – 366930 ถึง 4
- ◆ โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี โทร. 074-220300 074 – 221040 ถึง 4
- ◆ โรงพยาบาลกรุงเทพ-หาดใหญ่ โทร. 074-365780 ถึง 6

2. กรณีไม่จำเป็นต้องใช้รถพยาบาล สามารถติดต่อรณาส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยติดต่อผ่าน หน่วยเปล (ในเวลาราชการ หมายเลข 1046 นอกเวลาราชการ หมายเลข 1047) จากนั้นหน่วยเปลจะติดต่อเจ้าหน้าที่ที่ไม่อยู่เวรและมีรถให้บริการส่วนตัว เจ้าหน้าที่จะขึ้นมาติดต่อกับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับราคาบริการซึ่งจะอยู่ภายใต้ข้อตกลงของโรงพยาบาล

หมายเหตุ - รถพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ให้ติดต่อในวัน-เวลาราชการ

- กรณีต้องการใช้รถในวันหยุดราชการสามารถติดต่อล่วงหน้าได้ โดยกำหนดวัน เวลาที่แน่นอนในการใช้รถ
- กรณีผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ประสานงานโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรเพื่อส่งรถมารับผู้ป่วย หากไม่สามารถส่งรถมารับได้สามารถติดต่อรถพยาบาลจากสถานที่อื่นได้โดยเบิกได้เฉพาะค่าบริการ
- กรณีผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยให้ติดต่องานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย เพื่อนำเสนอขออนุมัติการเบิกค่าใช้จ่าย

การดูแลผู้ป่วยหลังเสียชีวิต

- แนวทางการอาบน้ำบนเตียงสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิต (ทั่วไป)
- แนวทางการอาบน้ำบนเตียงสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิต (ติดเชื้อ)
- แนวปฏิบัติการแจ้งตาย
- คำกล่าวขอโหสิกรรมสำหรับศาสนาพุทธ
- คำกล่าวขอโหสิกรรมสำหรับศาสนาอิสลาม
- คำกล่าวขอโหสิกรรมสำหรับศาสนาคริสต์
- การ์ดแสดงความเสียใจ

แนวทางปฏิบัติการอาบน้ำบนเตียงสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิต
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การอาบน้ำบนเตียงสำหรับผู้เสียชีวิต (ทั่วไป)

การเตรียมอุปกรณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชุด Bed Bath 2. ชุด Pack 3. ชุด แต่งหน้า 4. เสื้อผ้าผู้เสียชีวิตจากญาติที่เตรียมให้ 5. อุปกรณ์ติดตัวผู้เสียชีวิต เช่น ฟันปลอม แวนตา
การขออนุญาต	ขออนุญาตแต่งหน้า เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อผู้เสียชีวิต ญาติ และผู้พบเห็น เสมือนหนึ่งผู้ป่วยที่นอนหลับ (ไม่น่ากลัว)
การปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. กั้นม่าน และขออนุญาตผู้เสียชีวิต 2. อาบน้ำ ตามมาตรฐานการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียงด้วยความนุ่มนวล และไม่เปิดเผยร่างกาย 3. ใช้สำลี / ผ้าก๊อซ ปิดปาก จมูก รูหู รูช่องคลอด ทวารหนัก (ที่รูหู และรูจมูก จะต้องไม่มีสำลีโผล่ออกมาให้เห็น) 4. ใส่เสื้อผ้าให้เรียบร้อย สวยงาม 5. แต่งหน้า ตามมาตรฐานการแต่งหน้า 6. ใส่ฟันปลอม แวนตา (ถ้ามี) ใส่รองเท้า 7. ผูกป้ายข้อมือศพ 8. มอบดอกไม้ รูปเทียน (เฉพาะศาสนาพุทธ) 9. ห่มผ้า ให้ชายผ้าด้านบนอยู่ระดับหน้าอก ชายผ้าด้านล่างห่มปิดปลายเท้า ไม่ปิดหน้ายกเว้นผู้ป่วยติดเชื้ 10. ขอเปลรับผู้เสียชีวิตส่งห้อง Post เมื่อญาติพร้อม (ไม่ต้องรอครบ 2 ชั่วโมง)

แนวทางปฏิบัติการอาบน้ำนเตียงสำหรับผู้ป่วย (ติดเชื้อ) ที่เสียชีวิต
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การอาบน้ำนเตียงสำหรับผู้เสียชีวิต (ติดเชื้อ)

บุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใส่ Mask เสื้อกาวน์ และถุงมือ 2. ใส่แว่นตา
การปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการอาบน้ำนเตียงสำหรับผู้เสียชีวิต (ทั่วไป) 2. การ Pack ผู้เสียชีวิตก่อนจำหน่าย <ul style="list-style-type: none"> - ห่อด้วยพลาสติกหนา 2 ชั้น (เบิกจากคลังพัสดุ) - มัดหัว มัดท้าย และมัดตัวอีกไม่น้อยกว่า 3 เพราะด้วยเชือก - ห้ามแกะผ้าห่มศพออก (ควรเผาทั้งผ้าห่อศพ) 3. ผ้าทุกชนิด ใส่ถุงพลาสติก ตามมาตรฐานการส่งผ้าติดเชื้อ ก่อนส่งหน่วยจ่ายผ้ากลาง

แนวปฏิบัติการแจ้ง “การตาย” โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กรณีญาติผู้ป่วยมีความประสงค์จะแจ้งการตายต่อนายทะเบียนแห่งท้องถิ่น
(ห้องที่ที่ศพอยู่หรือห้องที่มีการจัดการศพโดยการเผา ฝัง หรือทำลาย)

แพทย์	เขียนหนังสือรับรองการตายให้ครบถ้วนสมบูรณ์ (หนังสือที่ ท.ร. 4 / 1 ตอนที่ 1)	
พยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบข้อมูลในหนังสือรับรองการตายให้ครบถ้วน สมบูรณ์ - มอบหนังสือรับรองการตายที่ฉบับจริงและสำเนาให้ญาติ 	
ญาติทุกราย	วัน เวลา สถานที่	
	วันราชการ 8.30 – 16.30 น.	นอกเวลาและวันหยุดราชการ
	<ul style="list-style-type: none"> - ติดต่อเวชระเบียน ชั้น 1 (ช่องหมายเลข 2) โทรศัพท์ 1053 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดต่อเวชระเบียน ชั้น 1 (ช่องหมายเลข 4) โทรศัพท์ 1051-2 - ห้องบัตรฉุกเฉิน ชั้น B โทรศัพท์ 1059
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> - ออกเลขที่หนังสือรับรองการตาย - ประทับตราโรงพยาบาลบนหนังสือรับรองการตาย 	

หมายเหตุ ถ้าหนังสือรับรองการตายไม่มีการออกเลขที่หนังสือและการประทับตราของโรงพยาบาล นายทะเบียนท้องถิ่นจะไม่ออกหนังสือใบมรณะบัตรให้

คำกล่าวขอโหสิกรรมผู้เสียชีวิต

สำหรับศาสนาพุทธ

(ทุกคนพนมมือ ผู้นำกล่าว)

บัดนี้คุณ ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ ในนาม
ของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย..... ขอแสดงความเสียใจต่อ
ครอบครัวของท่าน ตลอดเวลาที่ คุณ ได้ทำการรักษา
ตัวอยู่ในโรงพยาบาล หากมีสิ่งใดที่แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน ได้กระทำ
การใดๆซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าจะด้วยกาย วาจา ใจ จะโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็
ตาม ขอโหสิกรรมให้แก่ข้าพเจ้าทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย

และขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยโปรดคลบ้นดาลให้ดวงจิตวิญญาณของคุณ
คุณ ไปสู่สุคติในสัมปรายภพ ด้วยเทอญ

จากนี้ไปขอร่วมรำลึกไว้อาลัยแด่คุณ..... โดยการยืน
สงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที

จัดทำโดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



คำกล่าว ขอแสดงความเสียใจและขออภัยผู้เสียชีวิต สำหรับศาสนาอิสลาม

(ผู้นำกล่าว) ข้าพเจ้า พยาบาลของ
หอผู้ป่วยเป็นตัวแทนกล่าวคำขอแสดงความเสียใจและขออภัยผู้เสียชีวิต
บัดนี้คุณ ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ และกลับคืนสู่
อ้อมกอดของอัลเลาะห์ “ด้วยพระนามของอัลเลาะห์ผู้ทรงเมตตา กรุณาปราณีเสมอ
ขอพระองค์ได้ทรงโปรดให้ประ โยชน์แก่เขาได้เพิ่มพูนและลดทอนในส่วนความผิด
ลง ขอพระองค์รับดวงวิญญาณและร่างอันบริสุทธิ์นี้”

ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย..... ขอแสดงความเสียใจต่อ
ครอบครัวของท่าน ตลอดเวลาที่ได้ทำการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หากมีสิ่ง
ใดที่แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน ได้กระทำการใดๆซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่
ว่าด้วยกาย วาจา ใจ จะโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม ขออภัยไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย
จากนี้ไปขอร่วมรำลึก แต่คุณ..... โดยการยื่นสงบนิ่ง
ไว้พร้อมกัน 1 นาที

จัดทำโดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คำกล่าว ขอโหสิกรรมผู้เสียชีวิต สำหรับศาสนาคริสต์

(ทุกคนพนมมือ ผู้นำกล่าว)

บัดนี้ คุณ ได้กลับสู่พระองค์แล้วด้วยความสงบ
ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย..... ขอแสดงความเสียใจกับ
ครอบครัวท่าน ตลอดเวลาที่คุณ ได้ทำการรักษาตัวอยู่ใน
โรงพยาบาล หากมีสิ่งใดที่แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคนได้กระทำการใด ๆ
ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าจะด้วยกาย วาจา ใจ จะโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม ขอ
อโหสิกรรมแก่พวกข้าพเจ้าและขอพระเจ้าโปรดอภัยโทษข้าพเจ้าทั้งหลายในโอกาสนี้
ด้วย

และขอให้คุณ ได้อยู่กับพระองค์ตลอด
นิรันดร์กาลด้วยเทอญ อามีน

จากนี้ไปขอร่วมรำลึกไว้อาลัยแด่คุณ..... โดยการยื่น
สงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที

จัดทำโดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

(แผนพับคำแนะนำหลังเสียชีวิต)

ภาคผนวก ก

เครื่องมือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

- เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
- แบบประเมินความต้องการดูแล palliative care: NHO Specific Disease Criteria (Non-cancer)
- แบบประเมิน palliative performance Scale (PPS v2)
- Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)
- การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

การเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค	การเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต	ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน
<p>การประเมินการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคประกอบด้วย ข้อ 1 และ ข้อ 2 หรือ ข้อ 3</p> <p>1. เป้าหมายของการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ</p> <p>2. มีการแพร่กระจายของโรคไปที่สมอง หรือตับ หรือปอด</p> <p>3. กรณีที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น แต่มีการแพร่กระจายของโรคเฉพาะที่อย่างกว้างขวาง (Locally advanced)</p> <p>3.1 PPS \leq 50-60 คะแนน</p> <p>3.2 ระยะของโรคที่เป็นมาก (ระยะ 3,4) และไม่ตอบสนองต่อการรักษา คือขนาดของก้อนมะเร็ง (tumor) ไม่ลดลงหรือยังหลงเหลืออยู่หลังการรักษาเสร็จสิ้น</p> <p>อาการและอาการแสดงของโรคไม่ดีขึ้น</p>	<p>การประเมินการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (อาการทรุดลง) ประกอบด้วยข้อ 1 และ 2 และ/หรือ 3 และ/หรือ 4</p> <p>อาการทรุดลง</p> <p>1. PPS \leq 60 คะแนน</p> <p>2. โรคมักตอบสนองไม่ดีต่อการรักษา</p> <p>2.1 ขนาดของก้อนไม่ลดลง หรือยังหลงเหลืออยู่หลังการรักษาเสร็จสิ้น</p> <p>2.2 อาการและอาการแสดงของโรคไม่ดีขึ้น</p> <p>3. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค</p> <p>3.1 ไตวายเฉียบพลันหรือเรื้อรังที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (CA cervix)</p> <p>3.2 เลือดออกจากก้อนมะเร็ง เช่น มะเร็งปอด หรือมะเร็งแพร่กระจายไปที่สมอง</p> <p>3.3 ความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่สมอง หรือผู้ที่เป็นเนื้องอกในสมอง</p> <p>3.4 ภาวะติดเชื้อที่ก้อนมะเร็ง พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะ obstructive pneumonia</p> <p>4. มีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิตที่ไม่ใช่จากโรค</p> <p>4.1 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>4.2 ภาวะติดเชื้อในอวัยวะต่างๆ ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ แผลกดทับ</p> <p>ระยะใกล้ตาย</p> <p>1. PPS \leq 30</p>	<p>การประเมินผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อใดข้อหนึ่ง</p> <p>1. ผู้ที่มีก้อนเนื้องอกอยู่บริเวณทางเดินหายใจ ได้แก่ โคนลิ้น หลังโพรงจมูก และต่อมทอนซิล</p> <p>2. ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ได้แก่ ผู้ที่เป็นมะเร็งปอด ผู้ที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ปอด การอุดตันเส้นเลือดดำ superior vena cava มีก้อนขนาดโตและอยู่ใกล้ทางเดินหายใจ</p> <p>3. ผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>4. ผู้ที่เสี่ยงต่อการมีภาวะเลือดออกมาก</p> <p>4.1 ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งผิวหนังชนิด melanoma โดยเฉพาะกรณีที่มีการกระจายของมะเร็งไปที่สมอง</p> <p>4.2 ผู้ที่มีการกระจายของมะเร็งไปที่สมอง</p> <p>4.3 ผู้ที่เป็นมะเร็งปอดที่มีประวัติและอาการไอเป็นเลือดสด ระหว่างเข้ารับการรักษา</p> <p>4.4 ผู้ที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 cell/mm³</p>

แบบประเมินความต้องการดูแล palliative care: NHO Specific Disease Criteria (Non-cancer)

Specific disease	Criteria
Heart disease	<ul style="list-style-type: none"> • มีการเป็นซ้ำบ่อยของอาการหัวใจวายที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ หรือมี angina pectoris ที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับอาการหัวใจวาย • ได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ ,vasodilators อย่างเต็มที่ • ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์ของโรคเลวได้แก่: มีหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมกับมีอาการ, มีประวัติ cardiac arrest และได้รับ resuscitation, cardiogenic brain embolism, มี HIV ร่วมด้วย
Pulmonary disease	<ul style="list-style-type: none"> • Chronic lung disease ระดับรุนแรงโดยมีหายใจลำบากแม้ในขณะพัก อ่อนล้า สมรรถภาพลดลง หรือมีการกำเริบบ่อยขึ้น • มี cor pulmonale หรือหัวใจซีกขวาล้มเหลว • มี hypoxia แม้ขณะนั่งพัก ต้องได้ออกซิเจน • มี hypercapnea (pCO₂ >50 mmHg) • ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์ของโรคเลวได้แก่: น้ำหนักลด >10% ในระยะ 6 เดือน, มีหัวใจเต้นเร็ว >100/นาทีในขณะนั่งพัก
Dementia	<ul style="list-style-type: none"> • ไม่สามารถเคลื่อนไหวโดยปราศจากคนช่วยเหลือ และไม่สามารถสื่อสารอย่างมีความหมาย • มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ เช่น aspirate pneumonia, sepsis, แผลกดทับ ที่รักษาไม่ได้ • ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์ของโรคเลวได้แก่: ไม่สามารถแต่งตัวโดยไม่มีคนช่วย, ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง, ไม่สามารถกลืนอาหารและปัสสาวะได้
Human Immunodeficiency disease	<ul style="list-style-type: none"> • CD4+ count <25 cell/μ L, viral load >100,000 copies/ml • มีภาวะอื่นๆ ที่คุกคามชีวิต • ปัจจัยอื่นที่มีการพยากรณ์ของโรคเลวลง • ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์ของโรคเลวได้แก่: ต้องเสียเรื้อรังมากกว่า 1 ปี, serum albumin<25 g/L, มีการใช้ยาเสพติด, อายุ >50 ปี, การยุติการรักษา HIV, มีอาการหัวใจวาย
Liver disease	<ul style="list-style-type: none"> • Serum albumin <25 g/L, prothrombin time >5 วินาที, • มีอย่างน้อย 1 ข้อดังต่อไปนี้: intractable ascites, hepatic encephalopathy, bacterial peritonitis, hepatorenal syndrome, recurrent variceal bleeding. • ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์ของโรคเลวได้แก่: progressive malnutrition, muscle wasting, active alcoholism, hepatocellular carcinoma, HBsAg positivity

Specific disease	Criteria
Renal disease	<ul style="list-style-type: none"> • Creatinine clearance <0.17 ml/s (10ml/min) และ serum creatinine >707.2 umol/L (8.0 mg/dL) • End stage renal disease และยุติหรือปฏิเสธการทำ dialysis และมี uremia, oliguria, intractable hyperkalemia, uremic pericarditis, hepatorenal syndrome, และ/หรือ fluid overload • ปัจจัยที่ทำให้การพยากรณ์ของโรคเลวได้แก่: Mechanical ventilation, malignancy of other organ systems, chronic lung disease, advanced cardiac/liver disease, sepsis, DIC, immunosuppression/AIDS, albumin <35 g/L, platelet count <25 × 10⁹/L, cachexia, age >75 years, GI bleeding
Acute stroke and coma	<ul style="list-style-type: none"> • มีอาการโคม่าหรืออยู่ในภาวะเป็นผักระยะเวลามากกว่า 3 วัน • มีโคม่าร่วมกับ severe myoclonus นานมากกว่า 3 วัน หลังภาวะ anoxia • มีโคม่าร่วมกับอาการ 4 อย่างดังต่อไปนี้ ได้แก่ abnormal brain stem response, absent verbal response, absent withdrawal response to pain, serum creatinine >132.6 μ mol/L (1.5 mg/dL), age >70 years • กลืนลำบากจนทำให้ไม่สามารถรับอาหารและสารน้ำที่จำเป็นต่อชีวิต (ไม่ได้ artificial nutrition/hydration)
Chronic, after stroke	<ul style="list-style-type: none"> • สมรรถภาพของร่างกายไม่ดี Karnofsky scaore <50 % • ภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่แย่ลง เช่น aspirate pneumonia ,upper urinary tract infection, sepsis refractory stage 3-4 decubitus ulcers, or fever recurrent after antibiotics • Post-stroke severe dementia, อายุ >70 ปี, มีภาวะทุโภชนาการ

แปลจาก: Identification of patients with noncancer diseases for palliative care services.

Palliative and Supportive Care 2005; 3:5–14.

แบบประเมิน palliative performance Scale (PPS v2) ฉบับภาษาไทย

PPS level	ความสามารถในการเคลื่อนไหว	กิจกรรมและความรุนแรงของโรค	การดูแลตนเอง	การกินอาหาร	ความรู้สึกตัว
100%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
90%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ เริ่มมีอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
80%	ปกติ	ทำกิจกรรมต่างได้ แต่ใช้ความพยายาม มีอาการของโรค	ปกติ	ปกติหรือลดลง	ปกติ
70%	ลดลงจากปกติ	ไม่สามารถทำงานตามปกติ ตัวโรคค่อนข้างรุนแรง	ปกติ	ปกติหรือลดลง	ปกติ
60%	ลดลงจากปกติ	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านตัวโรคค่อนข้างรุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือสับสน
50%	ส่วนใหญ่นั่ง / นอน	ไม่สามารถทำงานใดๆได้ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือสับสน
40%	ส่วนใหญ่นอน	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือง่วงซึม/ +/-สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือง่วงซึม/ +/-สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ลดลงมาก/จิบน้ำ	ปกติหรือง่วงซึม/ +/-สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ตัวโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ไม่กิน/ดื่มน้ำอะไรเลย	ง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

จุดประสงค์ของการใช้ PPS

1. เพื่อสื่อสารอาการปัจจุบันของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในทีมที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้หมองภาพของผู้ป่วยและการพยากรณ์โรคไปในแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อประเมินพยากรณ์โรคอย่างคร่าว ๆ และติดตามผลการรักษา
3. ใช้เป็นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าดูแลในสถานที่อยู่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือ Hospice care
4. ใช้บอกความยากของภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยที่มีคะแนน 0 - 40% หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านกายภาพมากขึ้น และญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น
5. ใช้ในการทำวิจัยโดยเป็นการวัดเปรียบเทียบผลหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทาง Palliative Care

Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS)
(แบบประเมินและติดตามอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย)

คำชี้แจง ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมิน ระดับการวัดแต่ละอาการ จะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

(ESAS)Edmonton Symptom Assessment Sytem ฉบับภาษาไทย										
โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้										
ไม่มีอาการปวด										มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย										มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย มากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการคลื่นไส้										มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการซึมเศร้า										มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่วิตกกังวล										วิตกกังวลมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการร่วงซึม/ สะลึมสะลือ										มีอาการร่วงซึม/สะลึมสะลือ
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่เบื่ออาหาร										เบื่ออาหารมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
สบายดีทั้งกายและใจ										ไม่สบายกายและใจเลย
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ										มีอาการเหนื่อยหอบมาก ที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่										
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐

คำแนะนำที่สำคัญในการใช้ ESAS

1. ESAS เป็นเพียงเครื่องมือที่ทำให้แพทย์หรือคณะที่ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีเบื้องต้น และนำไปสู่การวินิจฉัยสาเหตุของปัญหาต่อไป แต่ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเองหรืออาจให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยประเมินตนเองไม่ได้และให้ประเมินคะแนน ณ เวลาที่ทำการประเมินเป็นหลักเท่านั้น ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อาจจะมีปัญหาเรื่องความจำ ซึ่งเกิดได้จากตัวโรคเองและการรักษา ดังนั้นคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินในเวลานั้นเป็นคะแนนที่น่าเชื่อถือที่สุด
3. หากมีผู้ทำแบบสอบถามแทนผู้ป่วย ให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยโดยตรง
4. ภาวะอื่น ๆ เช่น อาการปวด การเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จากการสังเกตภายนอก
5. นอกจากการให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของแต่ละอาการเป็นหมายเลขจาก ๐-๑๐ แล้ว หากเป็นไปได้แนะนำให้ผู้ประเมินถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น
6. เมื่อใช้ ESAS ในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำ ควรถามคำถามง่าย ๆ เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทุกครั้งเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล
7. สามารถใช้ ESAS ในการตั้งเป้าหมายการรักษาได้
8. การประเมินอาการด้วย ESAS เป็นความเห็นส่วนบุคคล จึงมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยอาจให้คะแนนเท่ากัน แต่ความรุนแรงของอาการอาจไม่เท่ากัน
9. หลังการประเมิน ESAS แล้ว ผู้ประควรทำการบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการติดตามการรักษา

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลผู้ดูแลหลัก	อายุ	ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ.....ปี	
การวินิจฉัยโรค	ระยะเวลาเจ็บป่วย	ปี เดือน วัน
ที่อยู่ เลขที่	หมู่	ตำบล
อำเภอ.....	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
เบอร์โทรศัพท์		

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
ด้านจิตใจ		
1. ไม่เชื่อว่าผู้ป่วยกำลังป่วยหนัก หรือใกล้ตาย		
2. มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือมีอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นใหม่		
3. มีปฏิกิริยาที่แสดงออกต่อการสูญเสียที่รุนแรง (เช่น รู้สึกเป็นทุกข์, วิตกกังวล, ถอยหนี)		
4. ต้องพึ่งพาผู้ป่วยอย่างมากหรือเป็นที่พึ่งของผู้ป่วย		
5. มีสิ่งที่ค้างคาใจต่อผู้ป่วย		
ด้านสังคม		
6. มีการสูญเสีย ความเครียด หรือการเจ็บป่วยอื่นด้วย		
7. ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ		
8. ต้องดูแลเด็กเล็กหรือบุคคลอื่น		
9. เป็นผู้ที่อายุน้อย (เป็นเด็กหรือวัยรุ่น)		
10. ทำงานในทีมสุขภาพ		
ด้านสภาพการเจ็บป่วยและลักษณะการเสียชีวิต		
11. ไม่อยู่ขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต		
12. ไม่มีปฏิกิริยาหรือมีมากขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต		
13. รู้สึกว่าผู้ป่วยยังไม่ควรเสียชีวิต		
14. เป็นการเจ็บป่วยในระยะสั้น, ยาวนาน, หรือทุกข์ทรมาน		
15. ผู้ป่วยอายุยังน้อย		

การแปลผล High Risk (9-15) Medium Risk (5-8) Low Risk (1-4)

ที่มา : Carmichael, M. (2005). Bereavement Assessment in Palliative Care – Identifying Those ‘At Risk’. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, 8(2), 21 – 25.

ภาคผนวก ข

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

- แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต
- แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

หอผู้ป่วย.....เตียงที่..... Date of admission:แพทย์เจ้าของไข้.....

ข้อมูลทั่วไป เพศ: หญิง ชาย ศาสนา: พุทธ อิสลาม คริสต์ PPS scale.....% วันที่ประเมิน.....

ข้อมูลความเจ็บป่วย: non-malignant Dx. Date of Dx.

Malignant Primary cancer site Date of Dx.

Site of metastases Date of Dx. of metastases.....

การประเมินการรับรู้ การรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย: การวินิจฉัยโรค พยากรณ์โรค ไม่ต้องการทราบ

การรับรู้ข้อมูลของครอบครัว: การวินิจฉัยโรค พยากรณ์โรค ไม่ต้องการทราบ

ผู้ร่วมตัดสินใจ: ผู้ป่วย บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร เพื่อนสนิท อื่นๆ

แผนการรักษา	การตัดสินใจของผู้ป่วย	วันที่ตัดสินใจ	การได้รับการดูแลตามความประสงค์
การนวดหัวใจ	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 1 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 2 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
การให้ยาเพิ่มความดัน	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 1 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 2 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
การฟอกเลือด/ล้างไต	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 1 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 2 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
การใส่ท่อช่วยหายใจ	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 1 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 2 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 1 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่แน่นอน	ครั้งที่ 2 วันที่	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ

การประเมินอาการและการจัดการอาการ:

ปวด การจัดการอาการ..... คลื่นไส้ การจัดการอาการ.....

สับสน การจัดการอาการ..... เหนื่อยหอบ การจัดการอาการ.....

วิดกกังวล การจัดการอาการ..... อื่นๆ การจัดการอาการ.....

การประเมินการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ:

การดูแลด้านจิตสังคม (เช่น เศรษฐฐานะ การระงับผู้ดูแล การระงับศพ) การให้ความรู้เกี่ยวกับ Palliative care แก่ผู้ป่วยและญาติ

การดูแลด้านจิตวิญญาณ (เช่น ความเชื่อ ศรัทธา สิ่งที่ถูกพัน) ประเมินความเสี่ยงภาวะเศร้าโศกของครอบครัว

การวางแผนจำหน่าย ไม่มี มีระบุ

การจำหน่ายและการส่งต่อ: วันที่จำหน่าย..... เสียชีวิตในโรงพยาบาล จำหน่ายกลับบ้าน refer รพ.....

PPS ก่อนจำหน่าย%

การดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต: กล่าวโอหสิกรรม มอบดอกไม้ มอบการ์ดแสดงความเสียใจ

แต่งหน้า คำแนะนำหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ร่วมงานศพ ติดตามทางโทรศัพท์ อื่นๆ (ระบุ).....

แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต
ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เรียน ญาติ / ผู้ดูแล คุณ.....พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย.....

เรื่อง ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

 ทีมผู้รักษาพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต ในนามของเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยขอแสดงความเสียใจมา ณ โอกาสนี้ และเพื่อให้ทีมผู้รักษาพยาบาลมีโอกาสดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น จึงขอความกรุณาท่าน ตอบและส่งกลับแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตฉบับนี้คืนหอผู้ป่วย

 ข้อมูลจากการตอบแบบประเมินของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมือครั้งนี้

ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต

กิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย					
3. ทีมผู้รักษาพยาบาลได้ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ					
4. พยาบาลรับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ท่านและครอบครัวระบายอารมณ์ความรู้สึกและคอยช่วยเหลือให้กำลังใจ					
5. ท่านได้รับความสะดวกให้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย					
6. พยาบาลเปิดโอกาส/อำนวยความสะดวกแก่ท่านและครอบครัวในการปฏิบัติตามประเพณี ความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสมในระยะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตและ/หรือหลังจากที่ผู้ป่วยถึงเสียชีวิต					
7. พยาบาลช่วยให้ท่านได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย					
8. ทีมผู้รักษาพยาบาลได้ให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ					
9. ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมดูแลรักษาพยาบาลหลังจากเสียชีวิต					
10. ท่านได้รับการช่วยเหลือ/ แนะนำ/ อำนวยความสะดวกในขั้นตอนต่างๆ ภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต					
11. ท่านพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยของทีมผู้รักษาพยาบาลโดยรวม					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

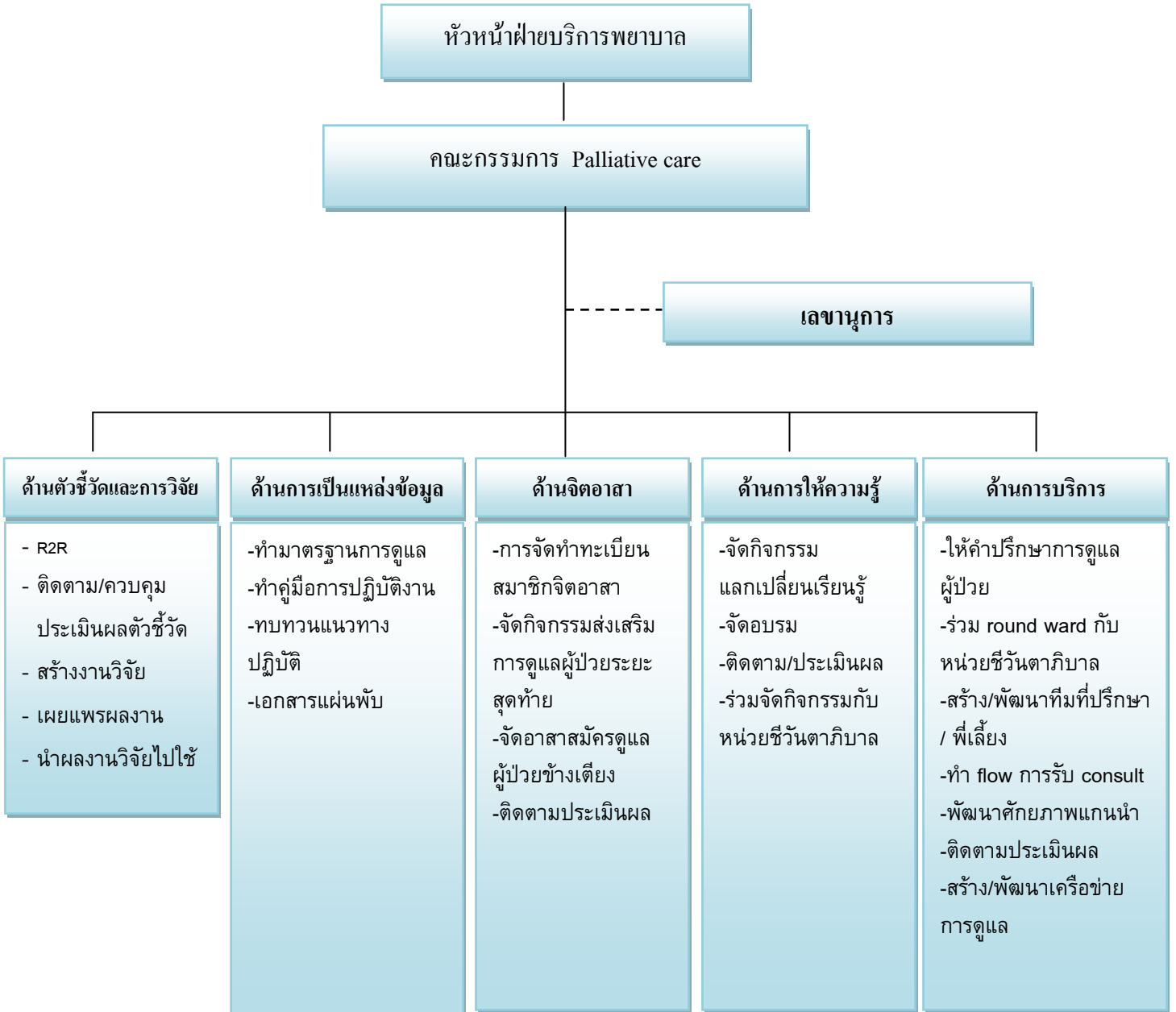
ภาคผนวก ค

โครงสร้างการดำเนินงาน

- โครงสร้างการดำเนินงาน คณะกรรมการ Palliative care ฝ่าย
บริการพยาบาล
- หน้าที่ได้รับผิดชอบ
- กระบวนการหลัก

โครงสร้างการดำเนินงานของคณะกรรมการ Palliative care

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



หน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยบูรณาการทีมสหสาขาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ตามมาตรฐานวิชาชีพ มุ่งเน้นการบรรเทาปวดและอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนส่งเสริมทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณในทุกระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มวินิจฉัย ตลอดจนวาระสุดท้าย และการดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต
2. สนับสนุนส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยภายใต้หลักจริยธรรม สอดคล้องกับบริบทค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
3. พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
4. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ศักยภาพของชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย
5. พัฒนาศักยภาพศักยภาพพยาบาลแกนนำการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประจำหอผู้ป่วย และบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
6. สนับสนุนด้านการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
7. พัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

กระบวนการหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. พยาบาลแกนนำการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประจำหอผู้ป่วยประเมินระดับความต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมิน PPSv2 และประเมินอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน ESAS
3. แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประชุมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษา และการพยากรณ์โรคผู้ป่วย ญาติ(Family Meeting) และวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Plan) และให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง โดยเน้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสม
4. หากแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลผู้ดูแลประเมินแล้วพบปัญหาหรือข้อขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย สามารถขอคำปรึกษาทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (หน่วยชีวิตาภิบาล หรือกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายบริการพยาบาล)
5. กรณีผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับการดูแลแบบประคับประคองให้ดำเนินการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วย

6. กรณีผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต้องมีการส่งต่อข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นปัญหา ความเสี่ยง แนวทางการแก้ไข และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และมีการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้านตามความเหมาะสม
7. กรณีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้เสียชีวิต ฝ่ายบริการพยาบาล
8. ดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นระยะ คือ ก่อนเสียชีวิตหรือหลังเสียชีวิตทันที 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังการเสียชีวิต
9. มีการติดตามประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยการเก็บข้อมูลอย่างน้อย 30 % ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
10. รายงานผลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทุกเดือน