



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560



คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ฉบับบุคลากรทางสุขภาพ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560

ISBN : 978-974-422-838-3

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ฉบับบุคลากรทางสุขภาพ

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560



คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ฉบับบุคลากรทางสุขภาพ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560

**คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย
ฉบับบุคลากรทางสุขภาพ**

พิมพ์ครั้งที่ 2	สิงหาคม 2560
จำนวน	100 เล่ม
ดำเนินการโดย	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ที่	บริษัท อีส ออกัส จำกัด

**สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 024 8481 โทรสาร 02 024 8482

คำนำ

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ฉบับบุคลากรสาธารณสุข ปรับปรุงใหม่ ปี 2560 เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งต้องดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ปรารถนาจะมีโอกาสอยู่ที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้ใช้ชีวิตที่บ้านได้โดยสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในการดูแลแบบประคับประคอง บรรเทาอาการปวดและอาการรบกวน รวมถึงการดูแลด้านสังคม จิตวิญญาณ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ ตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละท้องถิ่น จากครอบครัว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน องค์กรศาสนา องค์กรสาธารณสุข ประโยชน์

คู่มือฉบับนี้ได้รวบรวมเนื้อหาจากการสนทนากลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน องค์กรศาสนา องค์กรสาธารณสุข ประโยชน์ ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ นอกจากนั้นได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายในประเทศไทย ระยะเวลาดำเนินการ ปี 2557-2558

หวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพในการปรับใช้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือฉบับนี้ ตลอดจนให้การดูแลเอาใจใส่และห่วงใยผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย



(นายประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ



สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 แนวคิดและหลักปฏิบัติที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย	5
บทที่ 3 ปฏิกริยาตอบสนองในระยยะสุดท้ายของชีวิต	7
บทที่ 4 หลักการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย	8
บทที่ 5 บทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย	9
บทที่ 6 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้ายและการจัดการ	17
บทที่ 7 การเตรียมตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนระยยะสุดท้าย	30
บทที่ 8 ความเชื่อ ศาสนา และการจัดการศพ	33
บทที่ 9 แนวทางการช่วยเหลือญาติและครอบครัวของผู้ป่วย	36
บทที่ 10 ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย	39
รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย	44
ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย	47
ปัญหาอุปสรรคในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย	47
ประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย	48
ข้อเสนอแนะในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย	49
ตัวอย่างการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย จังหวัดกระบี่	51
การพัฒนาเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จังหวัดอุดรธานี	57
เอกสารอ้างอิง	60
ภาคผนวก	
ถาม-ตอบ (การดูแลผู้ป่วยระยยะสุดท้าย)	66
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 1)	109
หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 2)	112
เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	115
แนวทางมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยยะสุดท้าย	117
ESAS	122
ตัวอย่างแบบประเมิน	123
คำบอกเล่าของผู้ปฏิบัติงาน	134

คณะที่ปรึกษาทบทุน

รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล
รศ.จิราพร เกศพิชญพัฒนา
อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

คณะผู้จัดทำ

นางสาวจิตนภา วาณิชโรตม์
ดร.อภิวรรณ ญัฒมนวรกุล
นายวรัญญู แสงขัติ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

บทที่ 1

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรทางสุขภาพจำนวนไม่น้อยรู้สึกลำบากใจ เนื่องจากภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยอาจกระตุ้นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หรืออาจรู้สึกล้มเหลวที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หรือไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้ได้อย่างไร ทำให้รู้สึกท้อแท้ หรืออึดอัดใจ และพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญกับปัญหา โดยให้เวลากับผู้ป่วยน้อยลง หรือหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย ปัญหาเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการให้การศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยทั่วไป และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการที่การแพทย์ในปัจจุบันเน้นการรักษาให้หายจากโรค ทำให้รู้สึกล้มเหลวเมื่อไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ และมองข้ามความสำคัญของการให้การดูแลและการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่างๆ ซึ่งยังสามารถทำได้ อีกมาก จุดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอยู่ที่ *การทำความเข้าใจและเอาชนะความรู้สึกอึดอัดใจของตนเอง โดยมองให้เห็นถึงสิ่งที่เราสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้* หากสังเกตดูตามความเป็นจริง จะพบว่าในฐานะบุคลากรทางการแพทย์นั้น สามารถให้การรักษามองผู้ป่วยได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น สิ่งที่ทำได้นั้นมากกว่าคือการช่วยบรรเทาอาการ และคือ *การให้การดูแลเอาใจใส่และความห่วงใย (cure sometimes, comfort often, care always).*

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ฉบับบุคลากรทางสุขภาพ โดยเนื้อหาในคู่มือฉบับนี้เป็นเนื้อหาที่ได้จากโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายในประเทศไทย ปี 2557 – 2558 คู่มือฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย
2. เป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพที่เริ่มงานการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายมีแนวทางการบริหารจัดการหน่วย Palliative Care
3. เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย สำหรับเนื้อหาของคู่มือฉบับนี้ประกอบด้วย
 1. ความหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายและการตายดี
 2. แนวคิดและหลักปฏิบัติที่สำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย
 3. หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย
 4. ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย
 5. การเตรียมตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนระยะสุดท้าย
 6. ความเชื่อ ศาสนา และการจัดการศพ
 7. รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และประโยชน์ในการทำงาน Palliative Care

หลักพื้นฐานทางเวชกรรมในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราในหลายระบบ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบไตและทางเดินปัสสาวะ ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน หากบุคลากรสุขภาพทุกสาขานำความรู้ที่เป็นหลักพื้นฐานทางเวชกรรมในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มาประยุกต์ใช้กับความรู้เฉพาะสาขาจะทำให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุ

หลักพื้นฐานทางเวชกรรมที่สำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุควรทราบ มี 3 ประการดังนี้

1. การเข้าใจลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา และการลดลงของพลังงานสำรองของร่างกาย (reduced body reserve) ทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น มีผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง (atypical presentation)

. อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยทั่วไปอาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น อาการปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำบ่อยในผู้ป่วยทั่วไปมักบ่งถึงโรคเบาหวาน ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอาจไม่แจ้งอาการดังกล่าวกับแพทย์ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป (Hyperthyroidism) อาจไม่มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือเหงื่อออกง่ายอย่างที่พบในผู้ป่วยทั่วไป

. อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่ออวัยวะใดชัดเจน ที่เรียก geriatric giant ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยอาการเหล่านี้จะเกิดจากโรคต่างๆ ได้หลายระบบ ซึ่งยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ ภาวะหกล้ม (Instability) การสูญเสียความสามารถในการเดิน (Immobilility) อาการปัสสาวะหรืออุจจาระราด (Incontinence) ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง (Intellectual impairment) และโรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (Iatrogenesis) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา และภาวะขาดสารอาหาร (inanition)

2. ผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะ (multiple pathology) ในเวลาเดียวกัน พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคเองและการรักษา โดยทั่วไปกลุ่มโรคที่พบบ่อยในคลินิกผู้สูงอายุ มี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญได้แก่

กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ โรคกระดูกพรุน

กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน

กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท ได้แก่ โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ซึมสับสนเฉียบพลัน กลุ่มโรคทางจิตประสาท ภาวะซึมเศร้า

3 แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระบบใด ต้องดูแลรักษาแบบองค์รวมเสมอ เพราะผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพใน 3 กลุ่มโรคพร้อมกันในเวลาเดียวกันได้บ่อย การดูแลที่เหมาะสมปลอดภัยในผู้สูงอายุจึงต้องพยายามรักษาสมดุลในทุกะบบอวัยวะให้ผู้ป่วยอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่อัตภาพ ข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อยคือแพทย์พยายามรักษาโรคในระบบที่ตนเชี่ยวชาญอย่างเต็มที่โดยอาจลืมนึกถึงพยาธิสภาพในอวัยวะอื่นๆ ซึ่งอาจทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการดูแลอย่างเต็มที่ในอวัยวะส่วนหนึ่ง เช่นการพยายามรักษาภาวะหัวใจวายด้วยการให้ยาขับปัสสาวะอย่างเต็มที่โดยไม่คำนึงถึงว่า อาจจะทำให้เกิดภาวะไตวาย หรือการใช้ยาลดความดันเลือด กลุ่ม beta-blocker ในผู้สูงอายุที่อาจมีโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง ซ่อนเร้นอยู่ กระตุ้นให้เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน และภาวะหายใจหอบในที่สุด

นอกจากนี้ควรคำนึงถึงผลกระทบต่อพยาธิสภาพเหล่านี้ที่มีต่อความพิการที่จะเกิดขึ้น เพื่อป้องกันความพิการและคุณภาพชีวิตที่เลวลง

Polypharmacy ผลจากผู้ป่วยสูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกัน เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยสูงอายุ

Social adversity ผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การเกษียณอายุจากการทำงาน เศรษฐกิจ การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น การจากไปของคู่ครอง ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย

คำจำกัดความ

ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (ที่มา:พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ; 2546)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคที่ไม่สามารถจะรักษาให้หายได้ การเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของโรค และพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่าหรือถึงขั้นสูญเสียชีวิต

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายโดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย มีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ “ตายดี” (องค์การอนามัยโลก; 2543)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มุ่งเน้นที่คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life – threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย

ดังนั้น **การดูแลผู้ป่วยสูงอายุดระยะสุดท้าย** จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด ครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และหลังเสียชีวิตแล้ว จึงต้องเริ่มต้นด้วยการให้สิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล โดยเคารพในความแตกต่างของความเชื่อ ค่านิยม และศาสนาของผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว และเป็นสิ่งสำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีศักดิ์ศรี และครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

(ที่มา: คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์ทีคิวพี จำกัด; 2554.)

การตายดี

การตายดีมีความหมายพอสรุปได้ดังนี้

1. การตายดีทางพุทธศาสนา ให้ความสำคัญกับการตายดีมาก การตายดีเป็นการตายอย่างสงบ ไม่ทรมานทรมาน มีสติ จิตใจไปนึกถึงเกาะเกี่ยวแต่สิ่งที่ดีงามจึงมีประเพณีให้ผู้ใกล้ชิดได้ฟังบทสวดมนต์เพื่อให้จิตเจียดยึดเหนี่ยวอยู่กับพระรัตนตรัยหรือบุญกุศลความดีต่างๆ และดีกว่านั้นคือการรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตาย หรือเป็นอนิจจังแก่ผู้ป่วยเป็นจิตใจที่สว่างเกิดปัญญาไม่เกาะเกี่ยวไม่มีความยึดถือ เป็นอิสระที่แท้จริง ตามปกติเราต้องการให้ทั้งกายและจิตใจดีทั้งคู่มิมีความสุขที่พร้อม แต่พุทธศาสนาเห็นว่าจิตยังมีโอกาสบรรลุธรรม แม้ว่าร่างกายจะเจ็บป่วยทุกข์ทรมานถึงที่สุดแล้ว ความทุกข์ทรมานนั้นยังเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้เกิดปัญญา “มีคนจำนวนไม่น้อยแม้ร่างกายมีโรคร้าย เช่น มะเร็ง เอ็ดส์ แต่ก็สามารถรักษาใจให้เป็นปกติ ความเจ็บปวดไม่สามารถทำร้ายจิตใจ บางคนใช้สมาธิภาวนา ระวังความเจ็บปวดและในที่สุดก็จากไปอย่างสงบ”

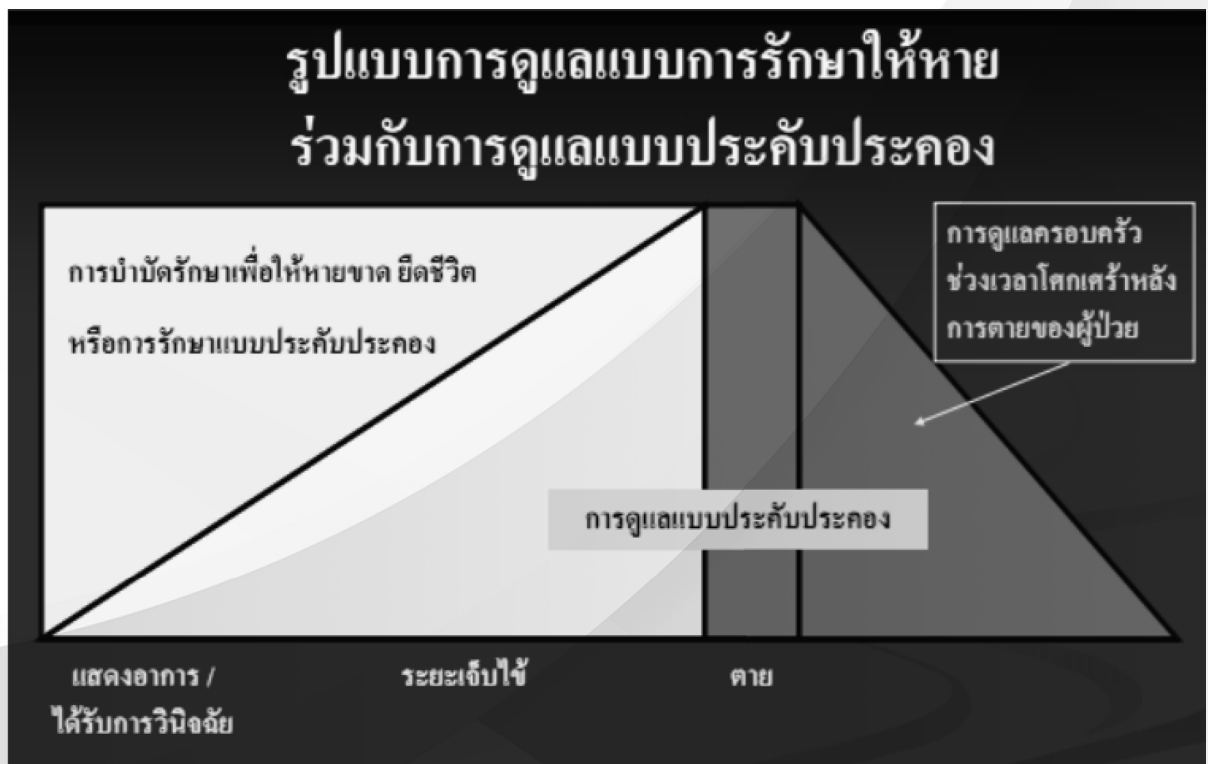
2. การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติและผู้ให้การรักษา ตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ บนพื้นฐานการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม จริยธรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. เป็นการตายในหมู่ญาติพี่น้องได้กลับไปตายที่บ้าน มีเวลาเตรียมตัวได้สั่งเสียลาลาลูกหลาน ไม่หวงกังวลเพื่อจะได้ไม่ลำบากเมื่อตนเองตาย ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว มีการเตรียมความพร้อมความมั่นคงให้ครอบครัว มีการทำบุญประกอบพิธีทางศาสนา ความเชื่อ ประเพณี และได้บรรลุความต้องการ ความคาดหวังต่างๆ แล้ว (ที่มา: จินต์จุฑา รอดพล. การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549)

บทที่ 2

แนวคิดและหลักปฏิบัติที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย หรือแบบประคับประคอง ต้องดูแลครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวควรเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่แรก que ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ที่รักษาไม่หายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนครอบครัวควรครอบคลุมไปจนถึงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต และควรปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ตามการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ไปตลอดเวลาของการดำเนินโรค (รูปแบบการดูแลแบบ Curative care กับ Palliative care องค์การอนามัยโลก; 2545.) ดังรูป



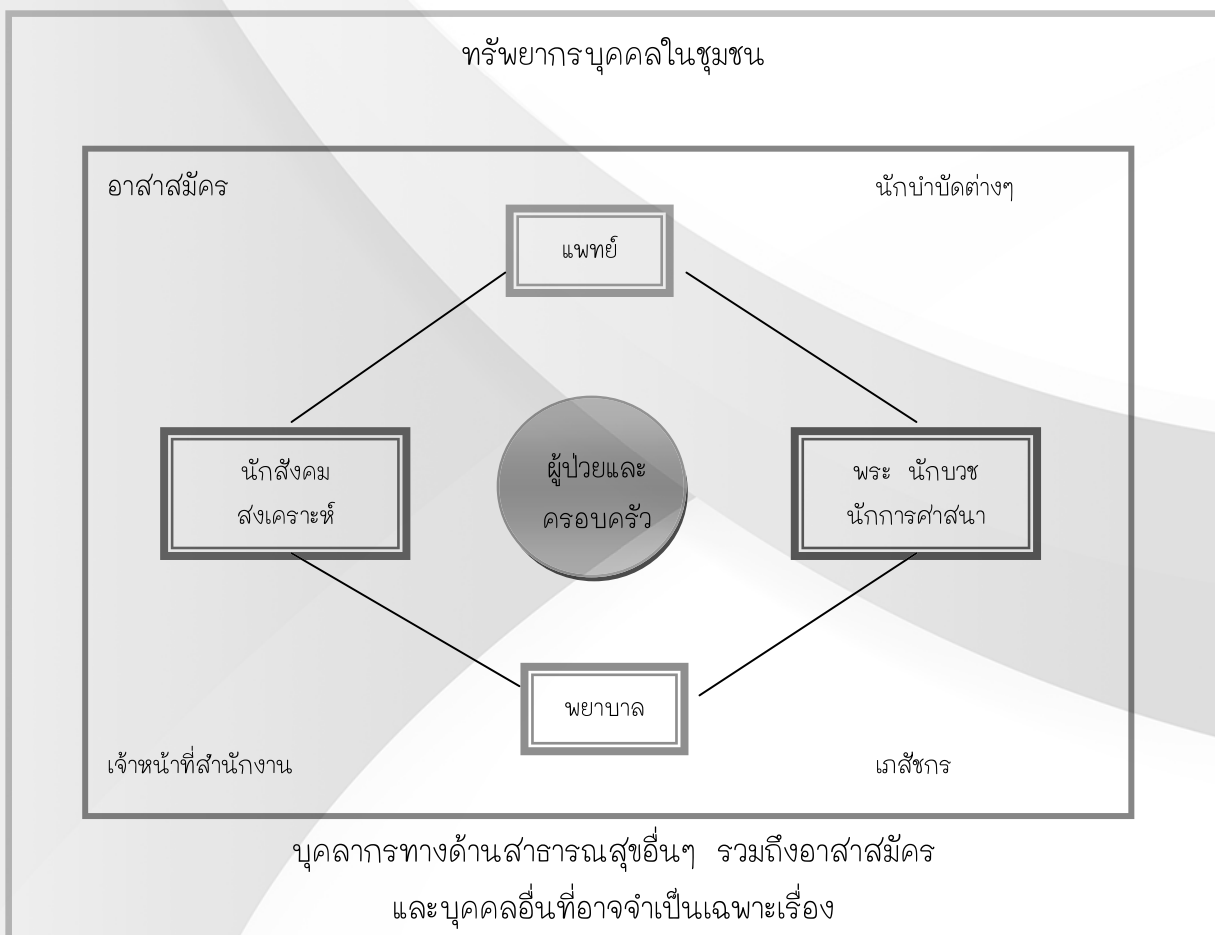
แสดงภาพรวมของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

(ที่มา: ก่อนวันผลิตใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิมพ์ครั้งที่ 5 โรงพิมพ์ทีคิวพี จำกัด; 2554.)

หลักปฏิบัติที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.	มุ่งประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่มุ่งรักษาโรคให้หายขาด (ซึ่งยังทำไม่ได้ในการแพทย์ปัจจุบัน)
2.	มุ่งช่วยลดอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ในวาระสุดท้ายของชีวิต
3.	ดูแลครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
4.	ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนวาระสุดท้าย เพื่อเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบ
5.	ดูแลครอบคลุมถึงผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ และหลังเสียชีวิตแล้ว
6.	ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ในสถานที่ซึ่งผู้ป่วยเลือกเอง ถ้าเป็นไปได้)
7.	ไม่ควรเร่งรัด หรือเหนี่ยวรั้งความตายจนเกินกว่าเหตุ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการทำงานแบบเป็นทีม โดยมีทีมงานที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ และมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังแสดงในภาพด้านล่าง



(ที่มา: ก่อนวันผลิตโบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิมพ์ครั้งที่ 5 โรงพิมพ์ทีคิวพี จำกัด; 2554.)

บทที่ 3

ปฏิกิริยาตอบสนองในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต แพทย์และพยาบาลมักถูกผู้ป่วยหรือญาติซักถาม เมื่อต้องบอกข่าวเกี่ยวกับอาการของโรคแก่ผู้ป่วย ด้วยความรู้สึกที่ยุ่งยากใจ บุคลากรสุขภาพควรเข้าใจปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ในการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อรับมือกับความตาย (Dying stages) (Kubler-Ross 1969) ดังนี้

1. **ระยะปฏิเสธ (The stage of denial)** เมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยมักปฏิเสธความจริง ไม่เชื่อว่าจะเป็นตนเอง ในระยะปฏิเสธนี้ ผู้ป่วยคิดว่าไม่ใช่เรื่องจริง

2. **ระยะโกรธ (The stage of anger)** เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้นได้ ต่อมาผู้ป่วยรู้สึกโกรธต่อโชคชะตาของตนเอง หรือกล่าวโทษผู้อื่น หรือระบายอารมณ์ใส่ผู้ใกล้ชิด หงุดหงิดโดยไม่มีสาเหตุ หรือเหตุผล

3. **ระยะต่อรอง (The stage of bargaining)** ผู้ป่วยเริ่มยอมรับแต่พยายามต่อรองกับสิ่งที่ตนเองนับถือหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่มีอำนาจที่มองไม่เห็น อาจบนบานหรือทำบุญสะเดาะเคราะห์กรรม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวออกไป

4. **ระยะซึมเศร้า (The stage of depression)** ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า และแยกตัว เมื่อเริ่มตระหนักว่าตนเองไม่อาจหนีความตายไปได้ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมองหาความหมายของชีวิตที่เหลืออยู่

5. **ระยะยอมรับ (The stage of acceptance)** ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น และยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต กล่าวถึงความตายด้วยจิตใจสงบ ผู้ป่วยเริ่มจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่ยังคงค้างอยู่ หรือการสั่งเสียก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิต

ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้ง 5 ระยะ ในผู้ป่วยแต่ละรายไม่จำเป็นต้องดำเนินไปตามขั้นตอนตามลำดับ ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

บทที่ 4

หลักการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย

หลักการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 9 ประการ คือ

1. ความสามารถ (Competence) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถในการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน ทั้งอาการของโรค ปัญหาทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ

2. ความเข้าใจ ความเห็นใจ (Concern) ผู้ให้การดูแลมีเมตตา กรุณา เข้าอกเข้าใจ และห่วงใยผู้ป่วย และญาติในระหว่างการรักษา สิ่งเหล่านี้จะสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงคุณค่าภายในตนเอง

3. ความรู้สึกสบาย (Comfort) ผู้ให้การดูแลต้องคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก การดูแลรักษาจึงเน้นที่บรรเทาอาการปวด และอาการไม่สบายต่างๆ ไม่ทำหัตถการที่ต้องเจ็บปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก

4. การติดต่อสื่อสาร (Communication) ผู้ให้การดูแลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี (Active listening) มีการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงขั้นตอนและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ หรือตัดสินใจพูดคุยเกี่ยวกับแผนการต่างๆ ในชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการจะทำหรือยังไม่ได้ทำ หรือช่วยประสานให้ผู้ป่วยกับครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการพบหรือขอโศกเศร้า

5. การเยี่ยมของบุตรหลาน (Children) ผู้ให้การดูแลเป็นผู้จัดโอกาสและเวลาให้บุตรหลานของผู้ป่วยมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ โดยหาช่วงเวลาที่เหมาะสม

6. ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Cohesion) ผู้ให้การดูแลเป็นผู้เชื่อมสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ให้สมาชิกในครอบครัวได้ช่วยเหลือเกื้อกูล ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่เป็นภาระของครอบครัว และยังช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวกับความรู้สึกที่จะสูญเสียบุคคลที่รักไปได้

7. ความร่าเริงแจ่มใส (Cheerfulness) ผู้ให้การดูแลต้องมามีอารมณ์ที่แจ่มใส สีสหน้าสดชื่น ทำทางเป็นมิตรมากกว่าท่าที่ห้วนหงว้าง ซึมเศร้า หรือแสดงความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยหดหู่มากขึ้น

8. ความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Consistency) ผู้ให้การดูแลต้องมีความสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวจะเผชิญกับความตายอย่างโดดเดี่ยว จึงควรเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หรือตามที่นัดหมายไว้ เวลาเล็กน้อยของผู้ดูแลหรือผู้มาเยี่ยมนั้นมีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้มีเวลาในชีวิตกำลังจะหมดลง

9. การมีจิตใจที่สงบ (Calmness of mind, Equanimity) ผู้ให้การดูแลมีจิตใจที่สงบสุข สามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกินเหตุ หรือแสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลควรประเมินถึงมิติทางจิตวิญญาณ สิ่งที่ผู้ป่วยศรัทธา สิ่งที่ผู้ป่วยกังวล เป็นห่วง ถ้าผู้ป่วยไม่มีสิ่งใดค้างคาใจ หรือไม่ยึดมั่นถือมั่นกับสิ่งใด แม้กระทั่งตนเองแล้ว ย่อมได้รับความสงบสุข

บทที่ 5

บทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย

ปัญหาสำคัญหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life threatening illness) ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร เป็นเพราะผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบการวินิจฉัยและการพยากรณ์ของโรค เนื่องจากญาติปกปิดความจริงต่อผู้ป่วย แม้แพทย์ต้องการบอกให้ทราบ ดังนั้น สิทธิของการตัดสินใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย จึงตกเป็นของญาติกับแพทย์ไปโดยปริยาย ซึ่งเป็นการละเลยหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย และบางครั้งญาติเองอาจไม่กล้าตัดสินใจไปทางใดทางหนึ่ง เนื่องจากกลัวผิด กลัวบาป หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติหลายคน ความเห็นของญาติอาจไม่ตรงกัน เช่น ฝ่ายหนึ่งไม่ต้องการให้ยื้อชีวิต อีกฝ่ายอาจให้ “สู้เต็มที่” สร้างความลำบากใจแก่แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

ดังนั้น ความตายของผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ในโรงพยาบาลจึงมักถูกยื้อโดยไม่จำเป็น ทำให้ปวดทรมาน ใช้จ่ายสูง สร้างความทุกข์ทางใจ ทั้งกับผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ จึงน่าจะเป็นการดีหากแพทย์และญาติสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยล่วงหน้าเพื่อที่จะได้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้น ว่าต้องการได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างไร เพื่อที่จะได้ปฏิบัติได้ถูกต้องและลดความทุกข์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) หมายถึง กระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ ผู้ดูแลรักษา กับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทางการแพทย์ในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยมักไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว กระบวนการนี้เป็นส่วนสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย และจะประสบผลสำเร็จก็ต่อเมื่อแพทย์และทีมผู้ดูแลรักษาได้อธิบาย ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ตามจริง เข้าใจว่ามีทางเลือกอะไรบ้าง และแต่ละทางเลือกมีข้อดีข้อเสียอย่างไร

การทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า จึงมีเป้าหมายให้การดูแลที่จะเกิดขึ้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด ส่วนการแต่งตั้งตัวแทนโดยชอบ (Lasting power of attorney) เพื่อตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วยเองเป็นผู้แต่งตั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวไปแล้วหรือไม่อยู่ในสภาพจะตัดสินใจอะไรได้ ครอบครัวอาจตกลงกันแต่งตั้งตัวแทน หรือเรียงตามลำดับญาติคนถัดไป ได้แก่ (1) คู่สมรส (2) บุตรหรือธิดา (3) บิดาหรือมารดา (4) พี่หรือน้อง หลังจากได้ตัวแทนแล้วแจ้งชื่อให้แพทย์หรือผู้แทนของแพทย์ผู้ดูแลทราบ เพื่อให้แพทย์หรือผู้แทนลงบันทึกชื่อของผู้เป็นตัวแทนโดยชอบไว้ในเวชระเบียน

อย่างไรก็ตาม แพทย์และทีมผู้ดูแลรักษายังขาดกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยโดยตรง แม้จะเป็นผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากเชื่อว่าการพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องความตาย และการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลระยะใกล้ตายเป็นเรื่องที่อ่อนไหว (sensitive) แต่เมื่อรอนจนผู้ป่วยรายนั้นป่วยหนัก ใกล้ตาย หรือผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจมีสมองเสื่อมและสับสน โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรค ก็มักจะสายเกินไปที่ผู้ป่วยจะได้ตัดสินใจเรื่องนี้ด้วยตนเอง ดังนั้น การทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้ายิ่งเร็ว น่าจะยิ่งดีและหากเป็นไปได้ ควรทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดี และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้

กระบวนการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า

1. ประเมินภาพรวมของสถานการณ์ (assessment)
2. เปิดเผยข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง (disclosure)
3. อภิปราย ประชุมหารือกัน (discussion)
4. แก้ไขข้อขัดแย้ง (conflict resolution) ตามความจำเป็น การนัดหมายหรือซ้ำหลายครั้ง การหาความเห็นที่สอง การหาบุคคลอื่นมาเป็นคนกลางเพื่อยุติ หรือการหาความเห็นด้านกฎหมาย
5. สรุประเบียบที่ตกลงกันได้ (consensus)
6. บันทึก (documentation) ข้อสรุปที่ตกลงกันได้แล้วเป็นแผนการดูแลล่วงหน้าเก็บไว้ในเวชระเบียน
7. สื่อสาร (communication) สาระสำคัญของแผนการดูแลล่วงหน้าให้ผู้ร่วมทีมรักษาผู้ป่วยทุกคน และสมาชิกครอบครัวตามรายชื่อที่ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบ อนุญาตให้รับทราบข้อมูลได้

วิธีการทำความเข้าใจแผนการดูแลล่วงหน้า

สิ่งสำคัญในการเลือกวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ทุกฝ่ายควรคำนึงถึงร่วมกัน คือ

1. ควรมีการสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลรักษาอย่างไร เช่น การรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือแบบผสมผสาน หรือไม่บำบัดด้วยวิธีใดเลย หรืออื่นๆ
 2. ต้องการอยู่ที่บ้าน หรือโรงพยาบาล
 3. เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงจะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ยืดชีวิตหรือไม่ เช่น การเข้ารักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤต ไอ.ซี.ยู. การกระตุ้นให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยต่างๆ ทำงานต่อไปได้
 4. ผู้ป่วยจะมอบหมายให้ญาติคนใดทำหน้าที่ตัดสินใจแทน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ
 5. วิธีการที่จะดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ระบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของทีมดูแล การจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย ใครจะเป็นผู้ดูแล การดูแลค่าใช้จ่าย เพราะบางครอบครัวอาจมีปัญหาเนื่องจากฐานะยากจน หรือผู้ป่วยเป็นคนหารายได้หลัก ดังนั้นอาจต้องปรึกษานักสังคมสงเคราะห์หรือทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน ทีมเยี่ยมบ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล วัด โบสถ์ มัสยิด องค์การสาธารณกุศล เพื่อให้ความช่วยเหลือ หรือเยียวยาทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ ทำบุญ ให้อาหาร การเทศน์ของนักบวช
- ถ้าผู้ป่วยมีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ควรดำเนินการตั้งแต่ตอนที่มีสติสัมปชัญญะดี อย่างไรก็ตาม ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลได้ตามความต้องการ สำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถทำได้ 2 รูปแบบ คือ

1. การจัดทำเอกสารทางกฎหมายเพื่อแสดงเจตนาของตนเองที่ไม่ต้องการรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย (หนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย)
2. การมอบหมายให้บุคคลใกล้ชิดมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องการดูแลทางการแพทย์ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

1.	ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกหรือความต้องการไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ตนต้องการหรือไม่ต้องการ ในเวลาที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ซึ่งเป็นไปตามหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย (patient autonomy)
2.	ผู้ป่วยไม่ต้องทนทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ใดๆ (futility) ในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น การเจาะคอเพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจ
3.	ช่วงลดความขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันของญาติเกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วย
4.	ลดความกังวลของบุคลากรสุขภาพในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย กล่าวคือ ไม่ต้องหวั่นว่าการรักษาจะไม่ได้ผล หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพราะเป็นภาวะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย
5.	ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น ไม่เป็นภาระของลูกหลานหรือคนในครอบครัว รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม

(ที่มา: ก่อนวันผลิตใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิมพ์ครั้งที่ 5 โรงพิมพ์ทีคิวพี จำกัด; 2554.)

หลักการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายของบุคลากรทางสุขภาพ

1. การประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อค้นปัญหา และให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ออกมา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น บุคลากรทางสุขภาพควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงความเจ็บป่วย ความตาย ทีมบุคลากรที่ให้การรักษาจะต้องเป็นผู้รับฟังที่ดี รับฟังด้วยท่าทีที่สงบและไม่โต้แย้งกับผู้ผู้ป่วย ดังนั้นทีมบุคลากรจึงควรมีประสบการณ์ ทักษะ และเทคนิคที่จะกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงปัญหาของตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับความตาย ผู้ป่วยอาจแยกตนเอง อาจมีท่าทีที่ตื่นกลัว หรือซึมเศร้ามาก บุคลากรทางสุขภาพอาจช่วยด้วยการชวนพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นความรู้สึก เช่น

- มีอะไรที่เราจะช่วยเหลือคุณได้บ้าง
- สิ่งที่คุณต้องการมากที่สุดขณะนี้คืออะไร
- เราทุกคนเป็นห่วงคุณมาก วันนี้คุณเป็นอย่างไรบ้าง
- วันนี้อยากเล่าอะไรให้พยาบาลฟังบ้าง

2. การบอกข้อมูลข่าวสารต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในการวินิจฉัยโรค พัฒนาการของโรค แผนการรักษา ตลอดจนข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อให้การรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง การแก้ปัญหาต่างๆ ก็จะทำให้ตรงจุดมากขึ้น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลจะได้หมดไป ทั้งนี้ทีมบุคลากรทางสุขภาพที่มีเวลาดูแลผู้ป่วยมาก ย่อมมีโอกาที่จะอธิบายรายละเอียดต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจได้ดี ทำให้การยอมรับและการให้ความร่วมมือต่อการรักษามีมากขึ้น

3. จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึก

4. ให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าชีวิตและศักดิ์ศรีของตนเอง บุคลากรทางสุขภาพและญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตของผู้ป่วยมีความหมาย และมีค่าแม้จะมีเวลาน้อยแล้วก็ตาม ช่วงใกล้ตายควรมีบุคคลอย่างน้อยสักคนหนึ่งอยู่ใกล้ เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกหรือสื่อสารด้วย บุคลากรทางสุขภาพต้องไม่ลืมว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่งเหมือนเรา ต้องการความสุข การยอมรับนับถือ การใช้วาจาที่สุภาพนุ่มนวลต่อผู้ป่วยให้เขาได้รับรู้ ไม่ควรท่างเห็นผู้ป่วยมาก เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมได้ ควรช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงบทบาทเดิมเหมือนเมื่อยังปกติอยู่ โดยแนะนำให้ญาติ หรือเพื่อนฝูงที่ผู้ป่วยรักใคร่ไว้วางใจผลัดเปลี่ยนกันมาเยี่ยมเยียน แสดงความรักใคร่ห่วงใยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้น บุคลากรทางสุขภาพควรเป็นผู้รับฟังที่ดี และช่วยให้ผู้ป่วยรำลึกถึงอดีตในส่วนที่รู้สึกว่าคุณค่าและภาคภูมิใจ ผู้ป่วยระยะนี้ต้องการความจริงใจและตรงไปตรงมา เพื่อให้สามารถปรับตัวได้ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาอะไร บุคลากรทางสุขภาพควรเป็นสื่อกลางที่ดี

5. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ให้ผู้ป่วยไว้วางใจและมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกหวาดกลัว เจ็บปวด หรือว่าเหวี่ยงอยู่คนเดียว บุคลากรทางสุขภาพสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต บุคลากรทางสุขภาพบางคนมีความรู้สึกวิตกกังวล (Anxiety) ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งส่วนใหญ่แล้วความวิตกกังวลนั้นจะเกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องเห็นความตาย ถึงแม้ว่าการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นจะก่อให้เกิดความเครียดและอาจทำร้ายจิตใจผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่คอยช่วยให้กำลังใจถ่ายทอดความหวังให้แก่ผู้ป่วย และเป็นผู้นำทางผู้ป่วยไปสู่สัจคติ ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของบุคลากรทางสุขภาพ

6. การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะความเจ็บปวดที่เกิดจากอาการของโรค บุคลากรทางสุขภาพจะให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินระดับความปวด (pain score) เพื่อการให้ยาที่มีประสิทธิภาพ และบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

7. ผู้ป่วยบางรายต้องการวางแผนชีวิตบั้นปลายเกี่ยวกับธุรกิจส่วนตัว เช่น การทำพินัยกรรม การวางแผนอนาคตของบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพควรมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมพอสมควร เพื่อช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วยและญาติ ถ้าไม่รู้ควรปรึกษานิติเวชหรือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรม การทำพินัยกรรมคือการแสดงเจตนาก่อนตาย ซึ่งต้องทำเป็นเอกสาร และมีพยานซึ่งอาจเป็นทนายความหรือแพทย์นิติเวช

8. การปฏิบัติดูแลทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ความรู้สึกของผู้ป่วยใกล้ตายสามารถรับรู้ได้โดยการสัมผัส การมองเห็น และการได้ยินจะค่อยๆ เสื่อมลง และไม่ชัดเจน ซึ่งการได้ยินจะเป็นความรู้สึกสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะไม่รู้สีกตัวหรือถึงแก่กรรมเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เช่น ซึม หายใจเหนื่อยมากขึ้นชีพจรเบา ช้าลงหรือเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดลง ควรปฏิบัติดังนี้

8.1 บันทึกสัญญาณชีพ (Vital sign) ทุก 1 ชั่วโมง แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง และใช้โอกาสนี้พูดคุยและให้กำลังใจญาติ

8.2 ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลตามแผนการดูแลล่วงหน้าและแผนการรักษา เช่น การให้ออกซิเจน การให้ยาระงับปวด เป็นต้น

8.3 แพทย์ พยาบาล และญาติผู้ป่วยร่วมปรึกษาหารือกัน และให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจในการให้แพทย์ช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation) หรือไม่ หากญาติตัดสินใจให้ผู้ป่วยจากไปตามธรรมชาติ ไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพหรือใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยญาติจะต้องบอกให้ทุกคนในครอบครัวรับทราบ และยอมรับการตัดสินใจของญาติด้วย ในกรณีที่ญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวยังไม่ยอมรับไม่ได้ ทีมบุคลากรทางสุขภาพจะประสานให้ญาติได้พูดคุยกับแพทย์อีกครั้ง โดยมีพยาบาลร่วมให้ข้อมูลต่างๆ ด้วย เพื่อการตัดสินใจร่วมกันของญาติอีกครั้ง

8.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้อยู่กับญาติตามลำพัง และกั้นม่านให้ตามความเหมาะสม บรรยากาศเงียบสงบ

8.5 แจ้งให้ญาติทราบ เพื่อแจ้งให้ครอบครัว และบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยทราบ

8.6 เมื่อความดันโลหิตเริ่มต่ำมาก บุคลากรทางสุขภาพจะทำหน้าที่แนะนำให้ญาติบอกผู้ป่วย โดยให้ญาติจับมือผู้ป่วย และนึกถึงคุณงามความดีที่ผู้ป่วยกระทำมา ไม่ให้วิตกกังวลเกี่ยวกับลูกๆ หรือผู้ที่อยู่ข้างหลัง เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ สามารถดูแลตนเองได้

8.7 เมื่อผู้ป่วยจากไปพยาบาลกล่าวแสดงความเสียใจกับญาติผู้ป่วยและให้เวลากับญาติในการแสดงความอาลัยกับผู้ป่วย เมื่อพร้อมพยาบาลจะเข้าไปทำความสะอาดร่างกาย และแต่งตัวให้ตามที่ญาติจัดเตรียมเสื้อผ้ามาให้

บทบาทของบุคลากรสุขภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ถูกกลืน (hidden patients) และความเครียดทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะถูกกลืนจากบุคลากรสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ จึงควรมีบทบาทในการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วย ดังนี้

1. ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งครอบครัว โดยประเมินครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย
2. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ได้แก่

2.1 ด้านผู้ดูแล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะการเงิน ปัญหาสุขภาพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2.2 ด้านผู้ป่วย เช่น ระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน

2.3 ด้านอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม

3. รับฟังปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ว่ามีความผิดปกติหรือไม่ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล ความโศกเศร้าที่ผิดปกติ เป็นต้น รวมถึงประเมินว่าผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

4. ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการดูแล เครือข่ายทางสังคม รวมถึงการให้ความมั่นใจกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

5. แนะนำวิธีการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้คำปรึกษาในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ดูแลเกิดปัญหาในการดูแล หากแก้ไขที่ตัวปัญหา เช่น ปรึกษาแพทย์ จะเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่รับมือด้วยปฏิกิริยาทางอารมณ์ เช่น ร้องไห้หรือกล่าวโทษตนเอง

6. แนะนำเกี่ยวกับการเตรียมการสำหรับความตาย ช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเศร้าโศกลดลงหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

7. แนะนำให้ผู้ดูแลหาเวลาพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หาเวลาส่วนตัวเพื่อทำกิจกรรมที่ชอบทำ กล้าขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง หากพบว่าตนเองมีความผิดปกติ เช่น กินลดลง นอนไม่หลับ ควรปรึกษาแพทย์

8. ติดตามการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย หากมีการปรับตัวไม่ดีจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลมากขึ้น คุณภาพชีวิตเลวลง ความพึงพอใจลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

บทบาทของผู้ดูแล

ผู้ป่วยและญาติจะสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งมีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

- ขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- ขอชื่อ เบอร์โทรศัพท์ผู้ที่จะให้คำปรึกษาในการรักษาตัวที่บ้านและการติดต่อกรณีฉุกเฉิน
- การเตรียมสภาพแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

2. การเตรียมภารกิจต่างๆ ให้พร้อมหลังผู้ป่วยจากไป

ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลควรปรึกษากิจการต่างๆ ที่จะตามมาหลังผู้ป่วยจากไป เช่น รูปสำหรับพิธีศพ พิณยกรรม สถานที่สุดท้ายที่ต้องการอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เช่น ที่บ้าน โรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

3. **สิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ จะมีผลให้เกิดความกระวนกระวายใจ เมื่อมากเข้าอาจทำให้ผู้ป่วยจมอยู่ในความทุกข์และไม่สงบ ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้บอกมาตรงๆ ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ สังเกตว่าผู้ป่วยเคยพูดถึงเรื่องใดบ่อยๆ แล้วค่อยๆ สอบถามเพิ่มเติม และหาหนทางช่วยให้สำเร็จ

4. การดูแลสุขภาพอนามัย

การช่วยทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะช่องปาก อวัยวะขับถ่าย บริเวณอับชื้น รวมทั้งเสื้อผ้า ให้สะอาดอยู่เสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่น สบายตัว

5. การลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค

ควบคุมดูแลทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ต้องสะอาด อุปกรณ์ปราศจากเชื้อต้องปิดป้ายวันหมดอายุ ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้เจาะเลือดหรือฉีดยา ต้องใช้ประเภทใช้ครั้งเดียวทิ้ง มีการจัดเก็บขยะที่ติดเชื้อและมีการทำลายที่เหมาะสม ส่วนอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ซ้ำ ต้องมีการทำความสะอาดทันที และเก็บในสถานที่สะอาด

6. การดูแลเรื่องอาหาร

ผู้ป่วยส่วนมากจะเบื่ออาหาร ผู้ดูแลต้องยอมรับถึงความเปลี่ยนแปลงนี้ ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ผู้ป่วยชอบมีรสชาติอร่อยแต่บ่อยครั้ง และกำหนดให้รับประทานอาหารเป็นเวลา

7. การเคลื่อนไหวและแผลกดทับ

จัดหาเครื่องช่วยการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยัน (walker) หรือ รถเข็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก หากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ผู้ดูแลควรช่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถทุก 2 ชั่วโมง จับยึดหรือขอบบริเวณข้อพับต่างๆ เพื่อป้องกันการกดเกร็งกระดูกของกล้ามเนื้อหรือเอ็นยึด และจัดอุปกรณ์ลดแรงกด เช่น ที่นอนลม ที่นอนที่ทำจากเส้นใย เจล โฟม ลม ขนแกะ

8. อาการหายใจลำบาก

การดูแลสามารถทำได้โดยการเปิดพัดลมเป่าเบาๆ ให้เย็น และจัดสภาพห้องให้มีการระบายอากาศที่ดี การจัดปรับท่าของผู้ป่วย การจัดท่านอนศีรษะสูง นอนตะแคง และเปลี่ยนท่าผู้ป่วยบ่อยๆ

9. การดูแลระบบขับถ่าย

- อาการท้องผูก
- อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
- อาการกลั้นอุจจาระไม่อยู่

10. จัดกิจกรรมการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย

ควรเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความพร้อมและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นหลักและเหมาะกับปัจจัยด้านอายุ เพศ ความสนใจ การรับรู้ ข้อจำกัดทางการรักษา ข้อจำกัดทางความเชื่อ ลัทธิ ศาสนา สังคม สิ่งแวดล้อม

วัฒนธรรม กฎหมาย เศรษฐกิจ และข้อจำกัดของครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เช่น ดนตรีบำบัด การนวดและสัมผัส การทำงานอดิเรก การทำงานศิลปะ การชมภาพยนตร์ การอ่านและเขียนหนังสือ การหัวเราะและอารมณ์ขัน การออกกำลังกาย การสวดมนต์ สวดอ้อนวอนถึงพระเจ้า หรือร้องเพลงสวด

(ที่มา: คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด;2557)

การนำผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Unit – ICU)

ถ้าผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โอกาสรอดไม่มี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ควรพิจารณานำเข้าบำบัดในหอวิกฤติ ซึ่งนอกจากจะไม่ได้ช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังเป็นภาระกีดกัน การอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยกับครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอวิกฤติอยู่เดิมและเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย บุคลากรสุขภาพควรอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวได้มีโอกาสเข้าพบหรืออยู่กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้นานขึ้นเป็นกรณีพิเศษ และให้ความใส่ใจถึงความต้องการของครอบครัว ซึ่งสรุปไว้ดังนี้

1.	ได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต
2.	ได้มีส่วนร่วมหรือรู้สึกว่าได้ช่วยทำสิ่งที่ประโยชน์แก่ผู้ป่วย
3.	ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4.	ได้รับรู้ถึงแผนการดูแลรักษา รวมถึงเหตุผลของการดูแลรักษาจากทีมงานที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ
5.	ได้รับการยืนยันจากผู้ให้การดูแลรักษา ถึงการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะความปวด
6.	ได้รับการยืนยันจากทีมงานที่ให้การดูแลด้านสุขภาพว่าแผนการรักษาที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยนั้นเหมาะสมและถูกต้อง
7.	ได้รับการเอาใจใส่และให้กำลังใจจากทีมงานด้านการดูแลสุขภาพ
8.	ได้มีโอกาสพูดถึงหรือถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกในใจ
9.	ได้รับการเรียนรู้ถึงความหมายของความตายและการสูญเสียคนที่รักไป
10.	มีเวลาสำหรับประกอบกิจส่วนตัวและพักผ่อนอย่างเพียงพอ

สำหรับทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างมีคุณค่ามีสติสงบ สมศักดิ์ศรี คือหน้าที่สำคัญของผู้ให้บริการ อีกทั้งเป็นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองที่มีพลังสูงยิ่งที่ไม่ควรปล่อยให้โอกาสนี้ผ่านไป

บทที่ 6

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายและการจัดการ

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

1. **อาการเบื่ออาหาร** ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะสุดท้ายจะรับประทานอาหารได้น้อยลง
2. **อาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น** ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยพักผ่อนเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุด
3. **อาการง่วงนอน** อาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรปลุกผู้ป่วยให้ตื่นเมื่อมีคนมาเยี่ยม
4. **ดื่มน้ำน้อยลง หรือไม่ยอมดื่มน้ำ** ถ้าผู้ป่วยมีอาการริมฝีปากแห้ง คอแห้ง อาจใช้สำลีหรือผ้าชุบน้ำสะอาดแตะที่ริมฝีปาก จะช่วยลดอาการปากแห้งได้
5. **ท้องผูก** เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจมีสาเหตุจากการรับประทานอาหารที่ใยอาหารไม่เพียงพอ ดื่มน้ำน้อย มีกิจกรรมทางกายน้อย (นอนติดเตียง หรืออัมพาต) หรือได้รับยาบางชนิด เช่น Opioids หรือ Antidepressants โดยยา Opioids ทำให้ผู้ป่วยท้องผูก พบได้ร้อยละ 40 – 95 อาการท้องผูกเป็นอาการที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายด้าน และทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงได้ รักษาตามสาเหตุและอาการ แนะนำการปฏิบัติตัว เช่น ให้ดื่มน้ำมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากใย เพิ่มกิจกรรมทางกายและให้เวลาสร้างบรรยากาศที่ดีในการขับถ่าย แล้วจึงพิจารณาให้ยาระบาย โดยควรเลือกใช้ยาถ่ายหรือยาระบายตามกลไกการเกิดอาการท้องผูก อาจทำการล้างอุจจาระในกรณีที่มีการอุดตันติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน
6. **ร่างกายเสื่อมสภาพลง ประสาทสัมผัสทำหน้าที่ลดลง** จะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดลดลง การไหลเวียนเลือดส่วนปลายน้อยลง ทำให้ผิวหนังของอวัยวะส่วนปลายบริเวณ แขน ขา เป็นจ้ำๆ สีม่วงแดง ผู้ป่วยอาจมีอาการแพ้ ประสาทหลอน เห็นภาพเก่าๆ เห็นญาติพี่น้องที่เสียชีวิต เห็นบาปบุญคุณโทษในอดีต อาจเป็นผลข้างเคียงของยา หรือจากความผิดปกติในการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง
7. **ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจะไม่รู้สึกตัว** ไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้สิ่งใดได้ เพราะผู้ป่วยอาจได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุ้ยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือกระทบกระเทือนจิตใจ
8. **การร้องครวญครางหรือมีหน้าบิดเบี้ยวเหมือนเจ็บปวด** อาจไม่ใช่เกิดจากความเจ็บปวดแต่อย่างใด แต่อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสมอง หรือเป็นจากกลองเสียงหรือหลอดลมเริ่มอ่อนแรง เสียงที่ลอดออกมาจึงฟังคล้ายเสียงร้องทั้งที่ไม่ได้ร้อง
9. **ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตอาจมีเสมหะมาก** ควรใช้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะ การดูดเสมหะนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

สิ่งที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตต้องการคือใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างเขาเมื่อเขาต้องการ ควรให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกและความต้องการโดยการพูดคุย และเป็นผู้รับฟังที่ดี และควรปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยหากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรระมัดระวังจิตใจให้สบายใจ

1. ความต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อนๆ เด็กๆ บุคคลทั่วไป และความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น กำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก

2. ต้องการควบคุมตนเองได้ โดยเลือกหรือตัดสินใจในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ต้องการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว การสัมผัสที่อบอุ่น ต้องการบุคคลที่จริงใจ และเข้าใจ รับฟังความรู้สึก ต้องการมีเพื่อนอยู่ใกล้ๆ เพื่อคลายเหงา

3. ต้องการทำหน้าที่ของตนเองให้เสร็จเรียบร้อย ไม่ว่าจะเป็นธุรกิจ มรดก หรือความรู้สึกต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีต การสั่งลาและฝากภาระที่ยังค้างคั่ง

4. ต้องการสัมผัสกับธรรมชาติ สามารถออกไปนอกบ้านได้ ชมความสวยงามของธรรมชาติได้ พบเห็นแต่สิ่งที่ดีๆ การพูดคุย การยิ้มแย้มแจ่มใส การให้กำลังใจ

5. ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา ได้แก่ ต้องการสวดมนต์ขอให้ตนเองเข้มแข็ง ต้องการอ่านคัมภีร์ทางศาสนา ต้องการใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ต้องการประกอบพิธีทางศาสนา

6. การตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย โดยผู้ป่วยต้องการทำบุญด้วยตนเอง และต้องการให้ญาติทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้ ต้องการให้ญาติจัดการสวดศพ และการลอยอังคาร เพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้ดวงวิญญาณไปสู่สุคติหลังความตาย

การจัดการกับความปวด

การประเมินความปวด (Pain Assessment)

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด ส่วนใหญ่เป็นนามธรรม ต้องอาศัยผู้ป่วยบอกและ ผู้ประเมินต้องเชื่อสิ่งที่ผู้ป่วยประเมินมา การประเมินมีประโยชน์ในการดูแลแนวโน้มของผลการรักษา การประเมินทำได้ หลายวิธีดังนี้

◆ Numerical rating scale (NRS) หรือ Verbal rating scale (VRS) ให้ผู้ป่วยตอบคำถาม “คุณมีความปวดมากขนาดไหน?” จาก 0 คือไม่ปวดเลย ถึง 10 คือปวดมากที่สุด “ให้วงกลมตัวเลขที่บอกถึงระดับความปวดของคุณ”

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ปวด					ปวดมากที่สุดที่คิดได้					

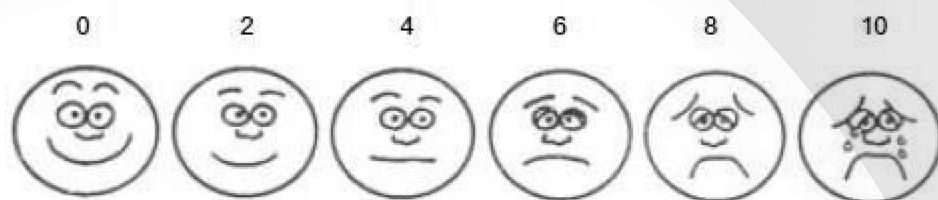
◆ Visual analog scale (VAS) ให้ผู้ป่วยกากบาทบนเส้นตรงที่ยาว 10 ซม. เพื่อบอกถึงระดับความปวด การวัดระดับความปวดของผู้ป่วยให้วัดระยะจากจุดเริ่มต้นที่ไม่ปวดถึงเครื่องหมายกากบาทเป็นเซนติเมตร

ไม่ปวด	ปวดมากที่สุดที่คิดได้

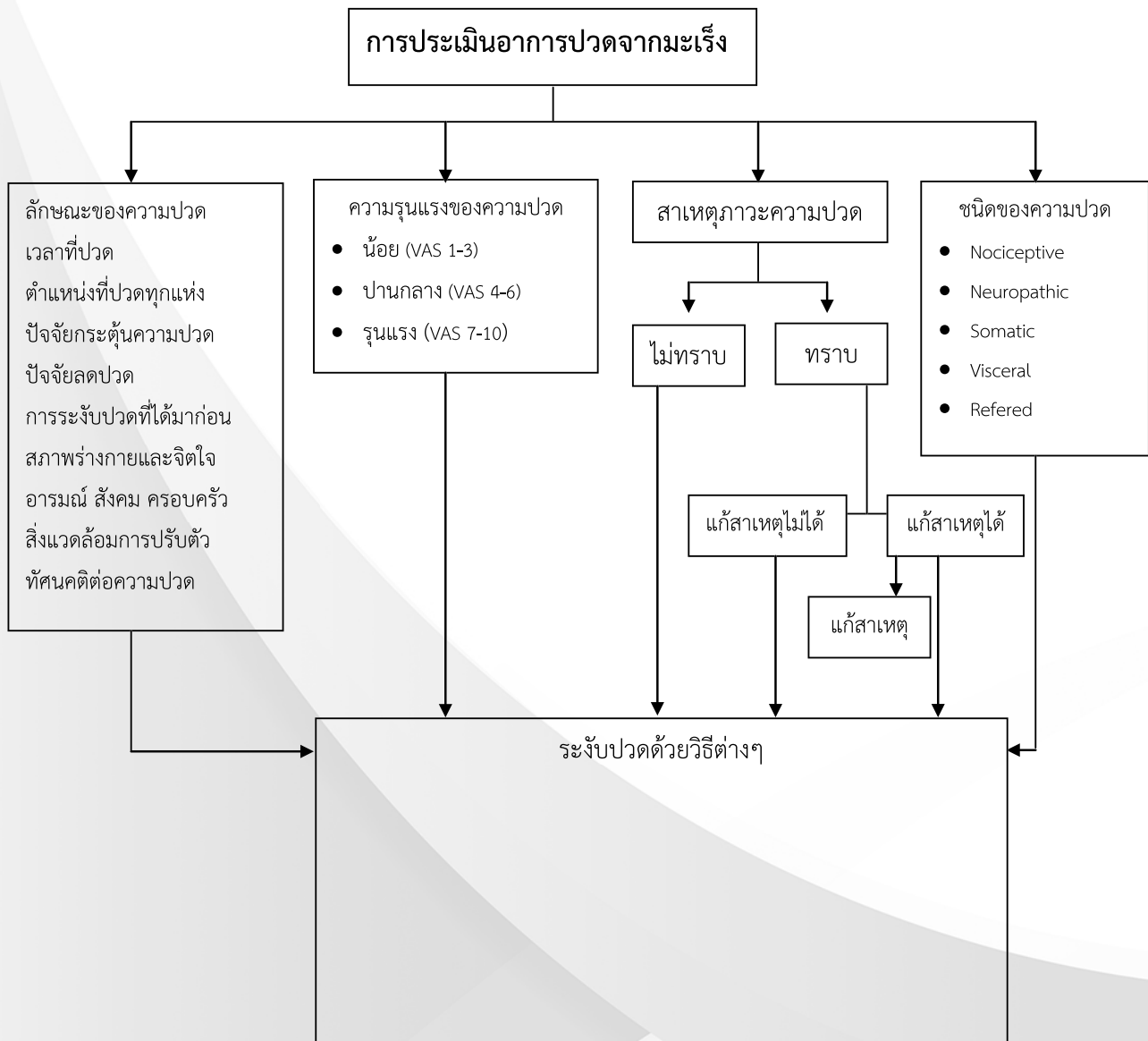
◆ Categorical scale หรือ Verbal descriptive scale ให้ผู้ป่วยอธิบายเป็นคำ “คุณมีความปวดมากขนาดไหน?”

0	1-3	4-6	7-10
ไม่ปวดเลย	ปวดเล็กน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก

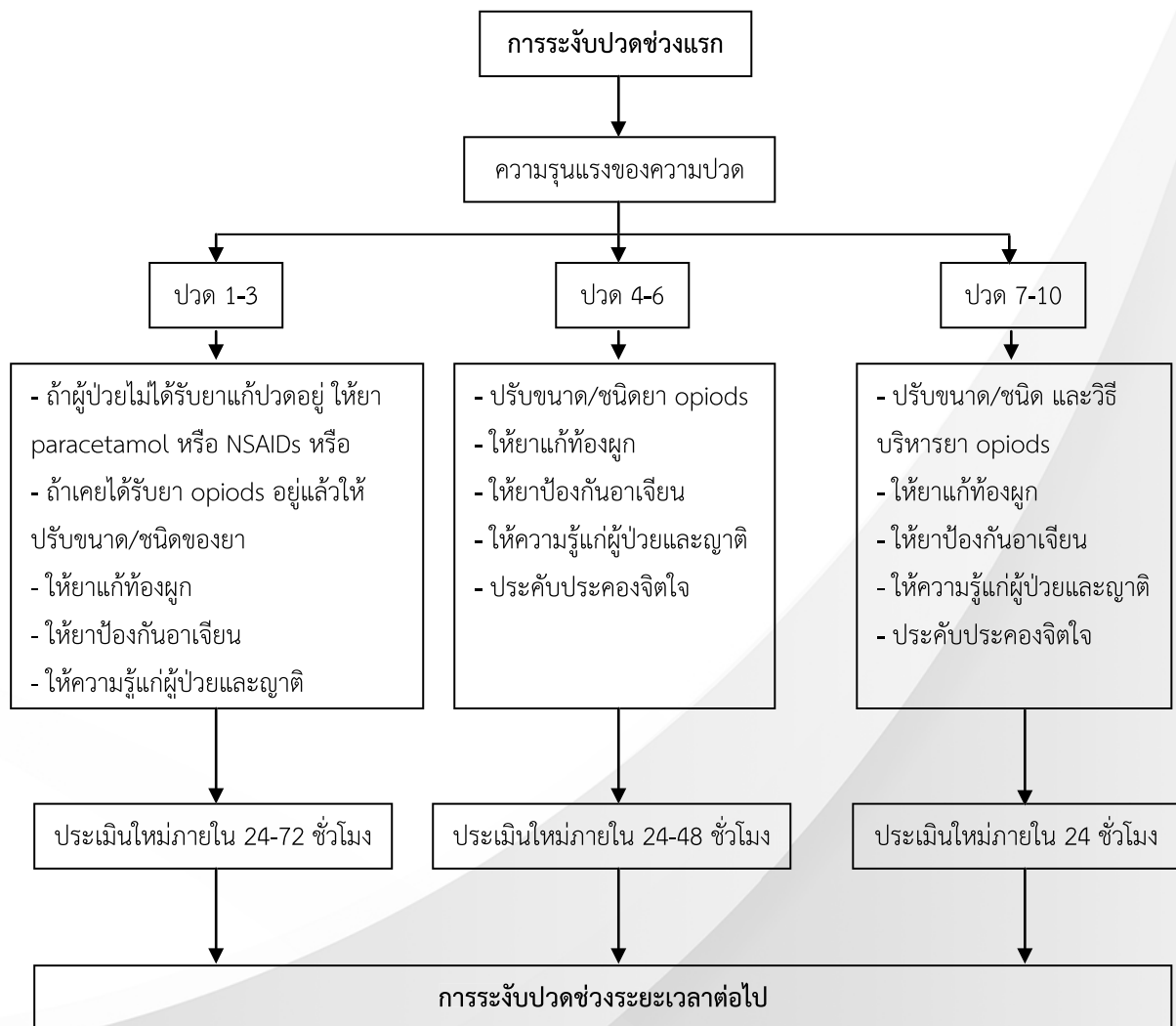
◆ Wong - Baker faces pain rating scale ให้เลือกรูปหน้าที่บอกระดับความปวด แล้วบันทึกตัวเลขที่ความหมายตรงกับรูปหน้านั้น



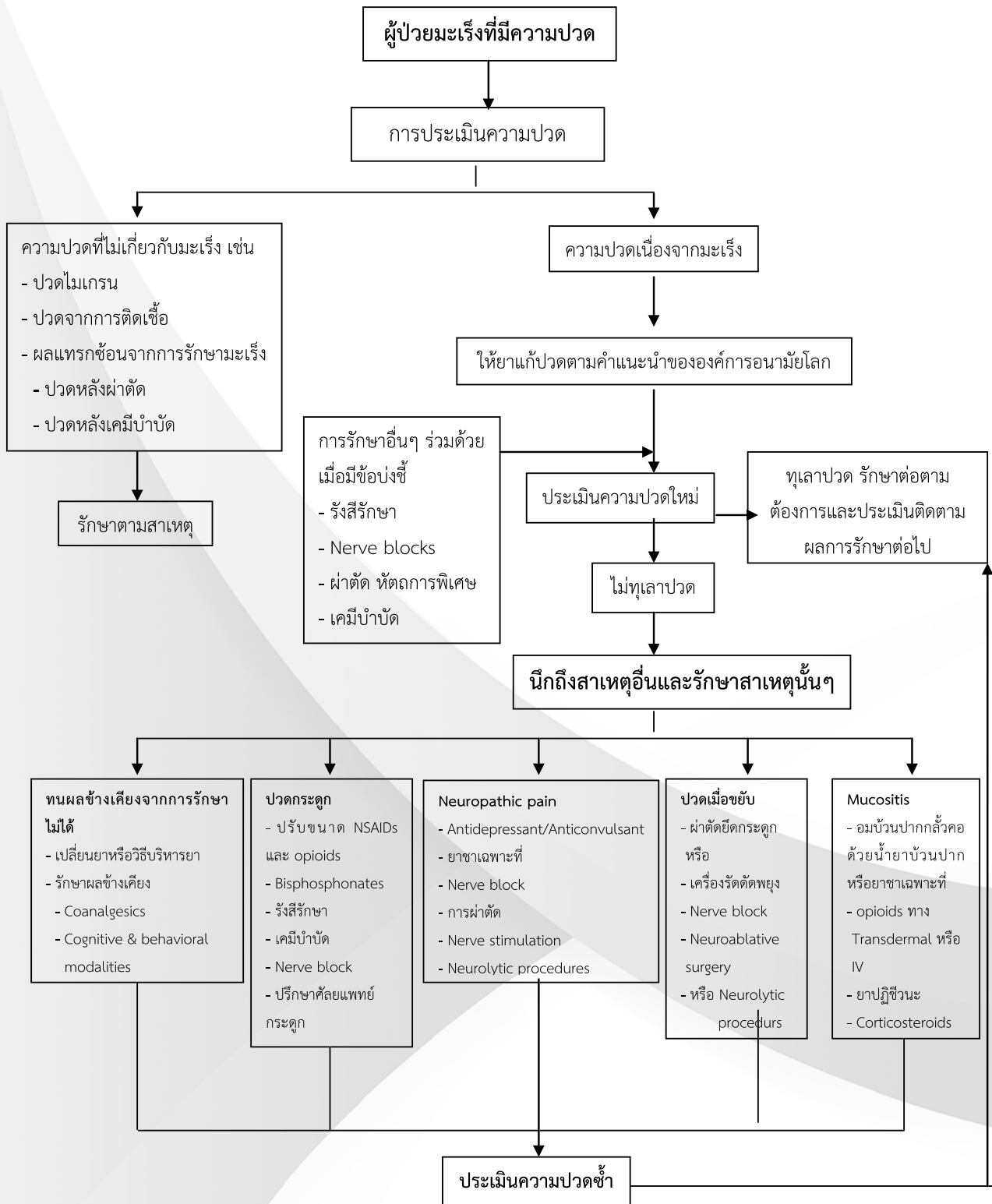
ไม่ปวด → รู้สึกปวดขึ้นเรื่อยๆ → ปวดมากที่สุดที่คิดได้



แผนภูมิที่ 1 การประเมินผู้ป่วยปวดจากมะเร็งในด้านต่างๆ

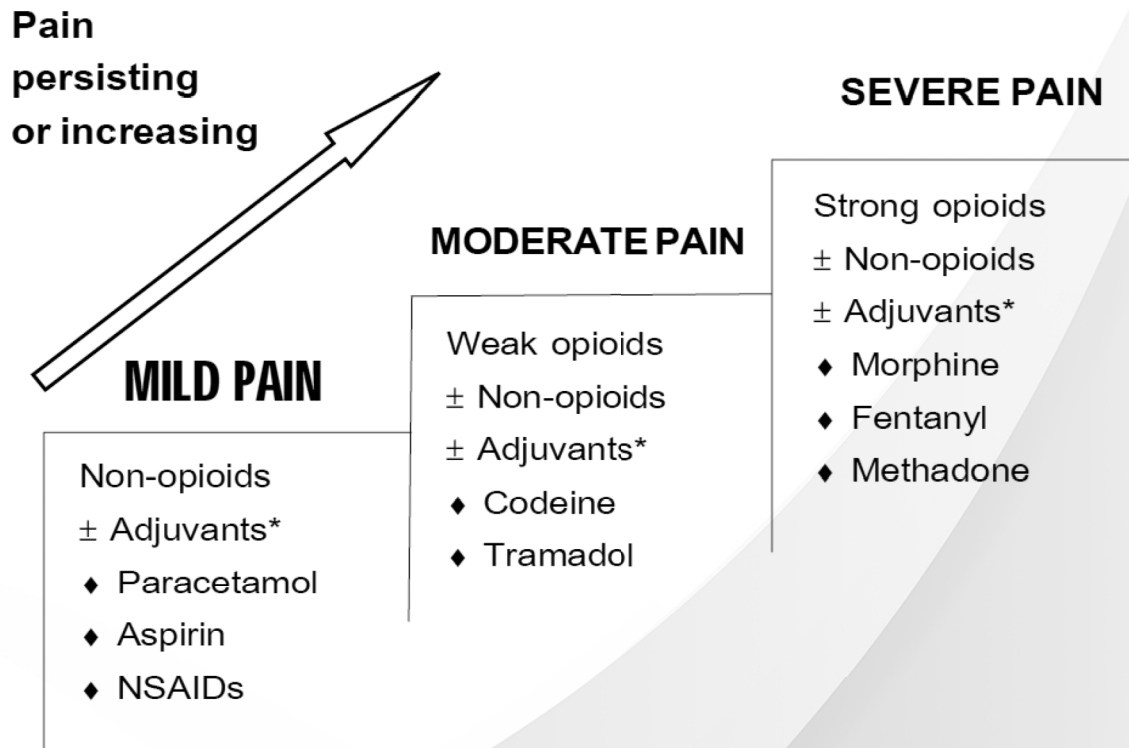


แผนภูมิที่ 2 การระงับปวดผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครั้งแรก ให้การระงับปวดตาม WHO Analgesic Ladder ตามระดับความรุนแรงของความปวด ต่อจากนั้นให้การดูแลรักษาตามขั้นตอน และประเมินซ้ำเพื่อปรับการรักษาตามสาเหตุและความเหมาะสม



แผนภูมิที่ 3 การดูแลรักษาผู้ป่วยปวดจากมะเร็งตามขั้นตอน

หลักการใชยาระงับความปวด



รูปที่ 1 WHO Analgesic Ladder สำหรับผู้ป่วยปวดมะเร็ง

ตารางที่ 1 ขนาดยาโดยประมาณที่ให้ฤทธิ์แก้ปวดเท่ากันและเภสัชจลนศาสตร์ที่สำคัญ

ชื่อยา	Equianalgesic dose (mg)		Half-life (h)	Analgesic onset (oral) (min)	Analgesic duration* (h)
	Parenteral	Oral			
Morphine	10 (IM, IV, SC)	30	2	10-20	3-5
Methadone	-	20	15-30	10-20	4-8
Codeine	-	240	2-3	10-20	4-6
Tramadol	100	100	6-7	<60	4-6

(ที่มา: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2547.)

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบขนาดยามอร์ฟีนที่ให้ทางปาก ทางฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และผ่านผิวหนัง

Oral 24 hour Morphine (mg/day)	IM 24 hour Morphine (mg/day)	Transdermal Fentanyl (mg/h)
45-134	8-22	25
135-224	23-37	50
225-314	38-52	75
315-404	53-67	100
405-494	68-82	125
495-584	83-97	150
585-674	98-112	175
675-764	113-127	200
765-854	128-142	225
855-944	143-157	250
945-1034	158-172	275
1035-1124	173-187	300

(ที่มา: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2547.)

ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่ม Opioids

มีความเชื่อที่ผิดคลื่อนหลายข้อเกี่ยวกับการใช้ Opioids รักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น บุคลากรทางการแพทย์มักเชื่อกันว่า การสั่ง Opioids เป็นการทำให้ผู้ป่วยติดยาเสพติด ส่วนทางผู้ป่วยและญาติก็กังวลใจเมื่อต้องใชยาเหล่านี้ ดังนั้น จึงควรได้รับการปรับความเข้าใจ เมื่อเริ่มรักษาในประเด็นต่อไปนี้

1. Opioids ไม่ใช่ยาเสพติดเหมือนฝิ่นและเฮโรอีน เป็นเพียงยาในกลุ่มควบคุมพิเศษ เพราะอาจมีผู้นำไปใช้ในทางที่ผิด นอกเหนือจากการสั่งจ่ายของแพทย์ จากความเข้าใจผิดนี้ เป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาการดูแลรักษาอาการปวดจากโรคมะเร็ง ปัจจุบันพบว่าความสับสนในการเข้าถึงยา Opioids สำหรับผู้ป่วยมะเร็งและปริมาณการสั่งยา Opioids ในการบำบัดความปวดที่สูงขึ้นกลับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับนานาชาติ

2. สาเหตุที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์คิดว่าผู้ป่วยติดยา

- ระดับยาที่เหมาะสมนั้น ขึ้นกับหลายปัจจัย ทั้งชนิดของความปวด ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ รวมทั้งความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายในเชิง Pharmacokinetics และ pharmacodynamics การสั่งยาจึงไม่สามารถมีระดับยาที่ตายตัวได้ ต้องปรับระดับยาโดยดูจากผลการตอบสนองของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยขอยาเพิ่ม จึงไม่ใช่เพราะเสพติดยา แต่เป็นเพราะระดับที่ยังไม่เพียงพอต่อการระงับปวด ไม่มีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยทนปวด หรือมีความปวดรุนแรง จึงค่อยใช้เพื่อจะได้ไม่กลายเป็นคนติดยาอย่างที่เคยเชื่อกัน

ยาที่มีผลต่อสุขภาพจิต ดูเหมือนเคลิ้มๆมีความสุข Opioids แต่ละตัว มีผลต่อความรู้สึกดี และผ่อนคลายต่างกันไป ร่วมกับการที่ผู้ป่วยหายปวดย่อมมีความสุขมากยิ่งขึ้น ไม่ควรสรุปว่าผู้ป่วยใช้เพราะอยากมีความสุข จุดมุ่งหมายในการสั่งยา คือ รักษาอาการปวด ผู้ป่วยขอยาเพราะอยากหายปวดไม่ใช่อยากยา

ความเชื่อที่ว่า Opioids จะกดการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้นได้ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ Opioids สามารถป้องกันได้เมื่อมีการเฝ้าระวังที่ดี โดยทั่วไปก่อนจะเกิดการกดการหายใจจะมีอาการต่างๆ ให้สังเกตก่อน เช่น ง่วงซึม หรือมึนงง ซึ่งผู้ป่วยก็มักจะไม่ได้รับยาเพิ่มอีก นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะอื่นๆ เช่น ขาดน้ำ อวัยวะทำงานล้มเหลว ดิดเชื้อที่เสริมให้อาการไม่พึงประสงค์ของยามากขึ้น จนกดการหายใจได้ บางครั้งความเชื่อนี้อาจเกิดจากการสังเกตว่า ผู้ป่วยที่ได้ Opioids มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ในเวลาไม่กี่วัน แต่ที่จริงเกิดจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งในช่วงวันสุดท้ายของชีวิตมีอาการปวดหรือหายใจเหนื่อยที่รุนแรงเลยจำเป็นต้องใช้ Opioids เพื่อรักษาอาการมากกว่า และไม่ควรสรุปว่า เสียชีวิตเพราะการใช้ Opioids

ผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ยา Opioids อย่างมีจุดมุ่งหมายภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์เพื่อระงับปวด และช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาในชีวิตอันจำกัดอย่างมีความหมายต่อไปได้

(ที่มา: สมาคมการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดแห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติความเจ็บปวดจากมะเร็ง. กรุงเทพฯ พิมพ์ครั้งที่ 1: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย [ม.ป.ป.])

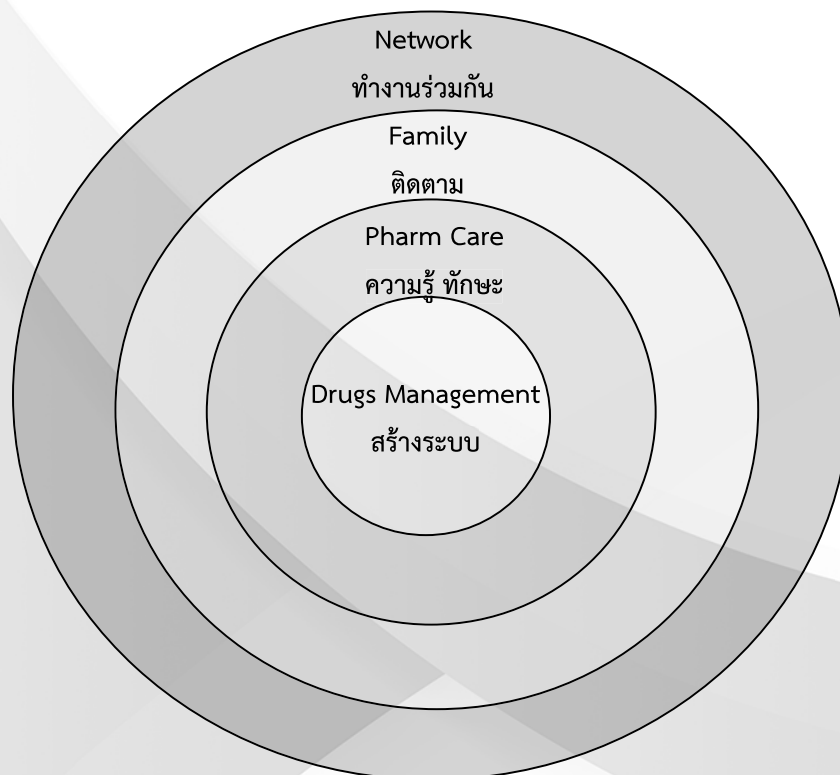
การบำบัดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความไม่สุขสบายจากอาการรบกวน และทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยประคับประคองอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยให้สงบลดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานได้ โดยใช้กิจกรรม ได้แก่ แผ่นประคบร้อน/เย็น การนวดและการสัมผัส การรักษาทางจิตวิทยา กิจกรรมทางศาสนา และการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยรูปแบบต่างๆ เช่น การสวดมนต์สวดอ้อนวอนถึงพระเจ้าหรือร้องเพลงสวด การทำสมาธิ ดนตรีบำบัด การหัวเราะและอารมณ์ขัน การทำงานอดิเรก การทำงานศิลปะ การออกกำลังกาย

ตัวอย่างการจัดการยากลุ่ม Opioids จังหวัดอุดรธานี

การพัฒนาระบบบริหารจัดการยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย
วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยากลุ่ม Opioids ได้
- มีเครือข่ายเภสัชกรที่ดูแลผู้ป่วย Palliative Care
- ลดความทุกข์ทรมานจากการปวดและอาการอื่นๆ ของผู้ป่วย
- เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ Care giver

กรอบแนวคิด



Opioids



การประสานส่งต่อผู้ป่วย Palliative Care เครือข่ายจังหวัดอุดรธานี



การจัดการยาใน Palliative Care Clinic

- ปรับขนาดยาร่วมกับทีมแพทย์
- ประเมินความรู้และทักษะการให้ยาของ Care giver
- ให้ความรู้เรื่องยา Side effect ยา แก่ผู้ป่วยและ Care giver
- จัดการยาเหลือของผู้ป่วย
- ประสานงาน รพ./รพ.สต. ในเครือข่าย
- ลดปัญหา ยา Opioids เหลือที่บ้าน
 - นำยาเดิมมาด้วยทุกครั้ง
 - เติมยา (กรณียาเดิม)
 - เก็บยาคืนห้องยา (กรณีปรับยา)
- ค้นหา drug related problem (DRP)
- Drugs Abuse
- Drugs Addict

การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและแนะนำดังนี้

- ลดปัญหาการเข้าถึงยา
- ปรับรูปแบบการให้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- ลดปัญหาที่เกิดจากยา (Drugs related Problem)
- ลดปัญหา ยาเหลือที่บ้าน
- ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ

การพัฒนาการบริการจัดการยาเครือข่ายจังหวัด

รพช.	● เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย
	● เพิ่มกรอบรายการยา
	● ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วย
Stock	● สำรองยาตาม List
	● สามารถยืมยาจาก รพศ. (ยืม-คืน)
Drugs	● Morphine inj
	● MST 10 mg tab
	● MST 30 mg tab
	● MO syrup
	● Dermicum inj

เครือข่ายการทำงาน Palliative Care ได้แก่

- รพ.สต.
- เทศบาล
- รพช.
- รพ. จังหวัดใกล้เคียงกัน

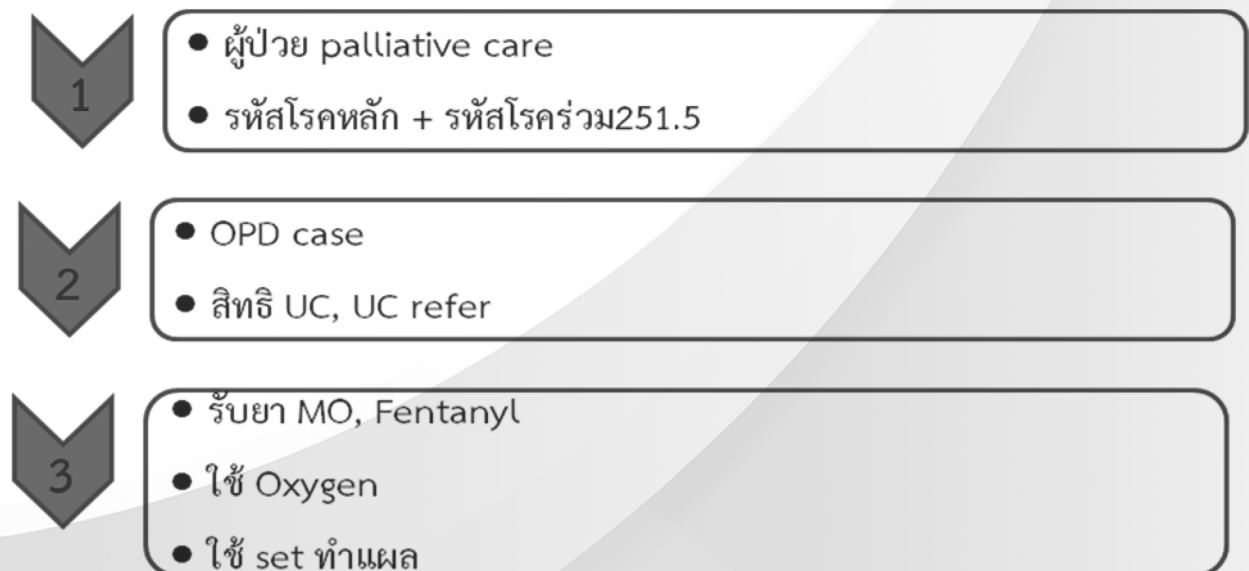
การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการทำงาน Palliative Care

- อบรมวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วย และด้านยา ทุกปี
- จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วย Palliative Care
- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- มีช่องทางการพูดคุย ให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วย

เครือข่ายเภสัชกรระดับเขต

- โครงการพัฒนาศักยภาพเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เขตบริการสุขภาพที่ 8
- พัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ Family Pharmacist ระดับเขต
- สร้างเครือข่าย Family Pharmacist ระดับเขต

การรายงาน E-Claim



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การสนับสนุนจากผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การทำงานกับทีมงานที่เข้มแข็ง

(ที่มา: วรากรณ์ ริมชัยสิทธิ์. การพัฒนาระบบบริการจัดการยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะทาง 26-28 สิงหาคม 2558 ณ โรงแรมเจริญธานี ขอนแก่น: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2558)

บทที่ 7

การเตรียมตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนระยะสุดท้าย

การเตรียมร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย บุคลากรสุขภาพจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยว่ามีความพร้อม ยอมรับ การเจ็บป่วยของตนว่าการดำเนินของโรคกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยการประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจ ซึ่งผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะรับรู้หรือรู้สึกว่าการดำเนินของโรคของตนเองไม่ดีขึ้น แม้จะได้รับการรักษาเป็นอย่างดี หากผู้ป่วยยังไม่พร้อมหรือไม่ยอมรับการเจ็บป่วยที่กำลังดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง มีอารมณ์แปรปรวนง่ายและมีอารมณ์โกรธ ปฏิเสธ ก้าวร้าว ต่อรอง หงุดหงิดให้เห็นได้ชัดเจน ญาติของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจึงควรเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ

1. **การประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการของโรค** ให้เวลากับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าบุคลากรทางสุขภาพมีความปรารถนาดี และห่วงใย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงของโรคที่เป็นมากขึ้น เช่น

- ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร
- ช่วงนี้คุณมีอาการผิดปกติมากไหม
- คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุทำให้คุณมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้น
- คุณอยากบอกอะไรให้เรารับรู้บ้าง

หากผู้ป่วยหรือญาติต้องการสนทนาหรือรับทราบข้อมูลจากแพทย์ พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานให้ เนื่องจากญาติมักจะเกรงใจไม่กล้าซักถาม เพราะเกรงจะรบกวนแพทย์ หากผู้ป่วยต้องการสิ่งใด บุคลากรทางสุขภาพต้องรีบดำเนินการให้เร็วที่สุด และไม่แสดงอาการรีบเร่งขณะให้การพยาบาลหรือสนทนาเพื่อให้เสร็จสิ้นโดยเร็ว การแสดงความเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วยอย่างจริงใจ โดยการฟังผู้ป่วยและญาติ ให้ความเงียบเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีเวลาคิดทบทวนความรู้สึกของตนเอง บุคลากรทางสุขภาพอาจใช้การสัมผัสโดยการจับที่มือหรือแขนผู้ป่วย เพื่อถ่ายทอดพลังความรู้สึกเห็นอกเห็นใจหรือเสริมสร้างพลังอำนาจให้กำลังใจผู้ป่วยต่อสู้กับโรคต่อไป

2. **ให้การดูแลความสะอาดทั่วไปของร่างกาย** ความสุขสบายของผู้ป่วย การบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ความเจ็บปวด แผลกดทับ การทำแผลจากการผ่าตัดต่างๆ

3. **การประเมินปัญหาความเจ็บป่วย** การวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ ให้ทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย เพื่อร่วมกันตัดสินใจ สำหรับผู้ป่วยและญาติที่ยอมรับว่าโรคที่เป็นอยู่กำลังดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกสงบ เตรียมพร้อมรับการจากไป โดยไม่กระวนกระวาย บุคลากรทางสุขภาพจะให้การประคับประคองด้านจิตใจ การดูแลด้านร่างกายและความสุขสบายของผู้ป่วย เช่น ไม่เข้มนวดเวลาเยี่ยม การจัดกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสม ให้แก่สมาชิกในครอบครัว

การบอกความจริงกับผู้ป่วย

การบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่บุคลากรทางสุขภาพรู้สึกอึดอัดใจ เนื่องจากเกรงว่าจะก่อให้เกิดผลเสีย เช่น ทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ แต่การไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยก็ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง และไม่สามารถร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา หรือจัดการกับปัญหาของตนเองตามความเหมาะสมและความต้องการของตนได้

โดยทั่วไปผู้ป่วยจึงควรมีสิทธิได้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของตน แต่ผู้ป่วยแต่ละคนก็อาจต้องการรับรู้ความจริงไม่เท่ากัน การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจึงควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยมีจุดมุ่งหมายว่า จะพยายามบอกความจริงแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ หรือสามารถรับได้ โดยมีแนวทางทั่วไปตามที่แสดงไว้ดังนี้

แนวทางการบอกความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายแรงแก่ผู้ป่วย

1. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการรับรู้และปรับตัวกับข้อเท็จจริงที่ได้รับ
2. ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยอาจถามผู้ป่วยว่า คิดว่าตนป่วยเป็นอะไร เป็นมากน้อยเพียงใด
3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยสังเกตจากการพูดคุย และปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับ
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษากับผู้ป่วย ตามที่ประเมินว่าเหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และพร้อมที่จะให้ข้อมูลมากขึ้นหากผู้ป่วยต้องการ เช่น ถามย้ำว่า ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่เราบอกอย่างไร และอยากรู้อะไรเพิ่มเติมจากนั้นหรือไม่
5. แสดงความเห็นใจและเข้าใจปฏิกิริยาทางจิตใจ ต่อการทราบข่าวร้ายของผู้ป่วย โดยพูดสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมาได้อย่างเต็มที่
6. ให้ความหวังและความมั่นใจว่าจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ต่อไป โดยยึดถึงสิ่งที่สามารถทำได้ตามที่จริง เช่น การรักษา การควบคุมอาการ

การบอกผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความตาย

เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย พยาบาลจะนัดญาติมาพบแพทย์และดำเนินการดังนี้

1. แพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ญาติ โดยมีพยาบาลร่วมอยู่ด้วย เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับทราบเกี่ยวกับชีวิตและความตายของตนเอง แพทย์จะบอกทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยเลือกบุคคลที่ใกล้ชิดหรือรับผิดชอบผู้ป่วยหรือเป็นบุคคลที่ครอบครัวเลือก ผู้ป่วยและ/หรือญาติ จะร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
2. พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากผู้ป่วยหรือญาติมีข้อสงสัย และช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและญาติ
3. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามอาการต่างๆ หรือปรึกษาได้ตลอดเวลา รวมทั้งให้สิทธิ์ผู้ป่วยหรือญาติเลือกวิธีการรักษา หรือจะขอกลับบ้าน
4. บอกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้ญาติทราบเป็นระยะๆ
5. ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

บทที่ 8

ความเชื่อ ศาสนา และการจัดการศพ

ความเชื่อ ศาสนา พิธีกรรม

ความเชื่อ ศาสนา และปรัชญาชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยย่อมมีความสำคัญ บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายควรประเมินถึงสิ่งเหล่านี้จากผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง บางครั้งผู้ป่วยและญาติเมื่อทราบว่ามีหวังก็ยังต้องการชะลอชีวิตให้นานที่สุด ใครแนะนำอะไรก็เชื่อทำตามคล้ายคนขาดเหตุผล ทีมบุคลากรสุขภาพควรให้สติแก่ผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม ความเชื่อบางสิ่งที่ไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องการก็ควรพิจารณาอนุมัติให้ เช่น การขอให้พระมาให้ศีลต่ออายุ การใช้มนต์ การทำบุญ การทำละหมาด เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตควรให้อยู่ในสภาพที่สงบที่สุด ไม่ว่าผู้ป่วยจะนับถือศาสนาใดก็ตาม บุคลากรสุขภาพควรมีส่วนร่วมช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบทั้งกาย จิตวิญญาณ ตามแนวทางของแต่ละศาสนา เพื่อนำไปสู่สุคติ เมื่อผู้ป่วยเจ็บหนักใกล้จะตาย หรือเรียกว่าเข้ามรณาสันนกาลแล้ว โสตประสาท และจักษุ ประสาทยังไม่ดับ สิ่งที่สำคัญในขณะนี้ คือ การนำทางจิตวิญญาณ (spiritual guidance) ไม่ว่าผู้ป่วยกำลังจะตายจากสาเหตุใดก็ตาม เพราะทุกศาสนาต่างเชื่อในหลักกฎแห่งกรรมและชีวิตหลังความตาย ซึ่งอาจจะมีรูปแบบและการตีความหมายที่แตกต่างกัน หลายศาสนาเชื่อว่าการตายดี หรือการตายอย่างสงบและมีสติเป็นเรื่องสำคัญ ญาติสามารถส่งเสริมสภาพจิตใจและสภาพแวดล้อมให้เข้าถึงภวะนั้นได้โดยใช้แนวทางของศาสนา

ศาสนาพุทธ

หลักสำคัญของพุทธศาสนา คือ การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส และเห็นว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นทุกข์ หลักธรรมเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการปรับสภาพรอบตัวผู้ป่วยให้เป็นมงคล เช่น การพยายามทำความหวัง ความปรารถนาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เป็นสิ่งดีงามให้สำเร็จก่อนเสียชีวิต

ความปรารถนาครั้งสุดท้าย

สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ เพราะสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความกระวนกระวายใจ ผู้ป่วยจมอยู่ในความทุกข์และไม่สงบ ผู้ป่วยอาจไม่บอกมาตรงๆ ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ สังเกต สอบถามเพิ่มเติม และหาหนทางช่วยให้สำเร็จ โดยนำหลักธรรมทางศาสนา มาปรับใช้ มีความสัมพันธ์ที่ดี เกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี โดยทำสมาธิระลึกถึงพระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ และคุณงามความดีที่ได้กระทำมา การสร้างสมาธิหรือจดจ่อกับสิ่งใดก็ตาม ทำได้จากกิจกรรมทำบุญ ถือน้ำศีล กินเจ สวดมนต์ ระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ ปลอ่ยนกปลอ่ยปลาไปชีวิตสัตว์

การอโหสิกรรม

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงออกถึงความรักความปรารถนาดีต่อกัน ให้อภัยต่อกันถึงสิ่งไม่ดีที่เคยทำต่อกันมาในอดีต ญาติและผู้ดูแลควรสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้โหสิกรรมกับลูกหลานและญาติ โดยเฉพาะคืนดีกับญาติที่เคยโกรธเคืองกัน และเป็นกัลยาณมิตรที่ดีแก่ผู้ป่วย ถ้ามผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง มีสิ่งใดที่ผู้ป่วยห่วงหรืออยากทำก่อนจากไปหรือไม่ เผื่อดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขกายสบายใจ และช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตาย (ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ; บริษัทพิมพ์ดีจำกัด (ม.ป.ป.))

มีประเพณีปฏิบัติกันมาตั้งแต่โบราณกาล คือ “การบอกหนทาง” ให้แก่ผู้ที่กำลังจะตาย วิธีนี้อาจกระทำได้โดยพระ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือแม้แต่บุคลากรทางสุขภาพ การบอกหนทางดังกล่าว คือ การพูดจูงใจให้เตรียมสติให้ผู้ที่กำลังจะตาย ระลึกถึงกรรมดีหรือบุญกุศลที่เคยทำไว้ หรือบอกให้นึกถึงพุทโธ พุทโธ อะระหังๆ ไปเรื่อยๆ จนสิ้นลม อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่รณาสันนวิถี ซึ่งเป็นวิถีสุดท้ายซึ่งใกล้ชิดกับความตายอย่างมาก ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้สิ่งใดทางทวารทั้ง 5 ได้เลย ดังนั้นการบอกหนทาง หรือการให้สติแก่ผู้ป่วยควรกระทำในตอนต้นๆ ในขณะที่ยังพอมีสติ

คำกล่าววาระและขอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรมสำหรับศาสนาพุทธ

(ทุกคนพนมมือ ผู้นำกล่าว)

บัดนี้คุณ ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ขอแสดงความเสียใจต่อครอบครัว ตลอดเวลาที่ได้ทำการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หากมีสิ่งใดที่แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน ได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าด้วยกาย วาจา ใจ โดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม ขอโหสิกรรมให้แก่ข้าพเจ้าทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย

ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยโปรดได้ดลบันดาลให้ดวงวิญญาณของคุณ ไปสู่สุคติในสัมปรายภพ ด้วยเทอญ

(ทุกคนไหว้ผู้เสียชีวิตและยืนสงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที)

ศาสนาอิสลาม

ได้แนะนำการปฏิบัติช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ควรให้บุคคลซึ่งผู้ป่วยรักและไว้วางใจมากที่สุดเป็นผู้ดูแล และเตือนให้ผู้ป่วยสำนึกผิดและขออภัยจากอัลเลาะห์และเตือนให้กล่าว “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์” (ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลเลาะห์) ซึ่งเป็นถ้อยคำที่ดำรงอยู่คู่ชีวิตของชาวมุสลิมตั้งแต่เมื่อแรกเกิดจนถึงยามที่ชีวิตจะดับ การเตือนผู้ป่วยด้วยถ้อยคำ “ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์” ไม่ควรเร่งรีบ หรือกล่าวซ้ำแล้วซ้ำอีกหลายครั้ง ทั้งนี้เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ และหากผู้ป่วยเคยละเมิดผู้อื่นไว้ก็ฝากขออภัยต่อผู้นั้นเสีย เพราะการสำนึกผิดเป็นหน้าที่ของผู้ศรัทธาทุกคนและทุกสภาวะ นอกจากนี้ ยังควรเตือนให้ผู้ป่วยได้สั่งเสียเกี่ยวกับทรัพย์สินหรือเรื่องอื่นๆ แก่ทายาทหรือผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากช่วงเวลานี้อาจจะเป็นโอกาสสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะได้สั่งเสียแก่ทายาทในสิ่งสำคัญที่สุด สำหรับในช่วงเวลานี้ นักวิชาการบางส่วนยังเห็นว่าควรอ่าน ซูเราะฮ์ยาซีน ให้แก่ผู้ป่วยด้วย หากผู้รักษา

เห็นผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักมากแล้ว ก็ควรดูแลโดยการหยอดน้ำเพื่อมิให้ลำคอของผู้ป่วยแห้งผากเกินไป และควรจัดการให้ผู้ป่วยได้นอนหันหน้าไปทางกิบลัต (ที่นครเมกกะ) โดยตะแคงด้านขวา หรือนอนหงายโดยยกศีรษะให้สูงขึ้นหันหน้าไปทางกิบลัตก็ได้หากเป็นการไม่ลำบากเกินไป แต่หากมีอุปสรรคมากให้ผู้ป่วยได้นอนในท่าที่สบายที่สุด

คำกล่าวการวะและขอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรมสำหรับศาสนาอิสลาม

(ผู้นำกล่าว)

บัดนี้คุณ ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ขอแสดงความเสียใจต่อครอบครัว ตลอดเวลาที่ได้ทำการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หากมีสิ่งใดที่แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน ได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าด้วยกาย วาจา ใจ ขอภัยด้วย แท้จริงเราเป็นสิทธิ์ของอัลลอฮ์ (พระผู้เป็นเจ้า) และเราต้องกลับคืนสู่พระองค์ ขอพระองค์ได้ทรงโปรดอภัยโทษ ให้แก่เขาด้วยเทอญ

(ทุกคนยืนสงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที)

ศาสนาคริสต์

เชื่อว่าความตายเป็นหนทางสู่ชีวิตใหม่ตามความเชื่อเรื่องการกลับฟื้นคืนชีพ ทำให้ชาวคาทอลิกไม่หวาดกลัวเรื่องนี้อีกต่อไป โดยเชื่อว่าความตายเป็นเครื่องกระตุ้นให้มนุษย์มีความหวังและซื่อสัตย์ต่อพระเจ้า หากมนุษย์เชื่อมั่นในพระเจ้าและมอบความรักให้แก่พระองค์ทั้งชีวิต ผู้นั้นก็จะได้ใกล้ชิดพระองค์และมีชีวิตนิรันดร์ ชาวคาทอลิกที่กำลังจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับศีลเจม ซึ่งเป็นการโปรดศีลให้แก่ผู้ซึ่งกำลังป่วยหนักหรือใกล้จะเสียชีวิต เพื่อให้ได้รับพรเพื่อให้ฝ่ายจิตวิญญาณมีความอดทนและต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป หรือในกรณีใกล้ตายก็จะเป็นการรับพรก่อนที่จะก้าวสู่อีกมิติหนึ่งของชีวิต ซึ่งก่อนจะประกอบศีลเจมแก่ผู้ป่วยนี้ บาทหลวงควรสอบถามถึงอาการของผู้ป่วยเพื่อจะได้ประกอบพิธีและเลือกบทอ่านกับบทภาวนาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังควรเตรียมการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย พร้อมอธิบายความหมายของศีลศักดิ์สิทธิ์ให้เข้าใจไปพร้อมๆ กันด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550: 226-295)

คำกล่าวการวะและขอโหสิกรรมผู้ถึงแก่กรรมสำหรับศาสนาคริสต์ (คริสเตียน)

(ทุกคนร่วมกันอธิษฐาน ผู้นำกล่าว)

ขอขอบคุณพระเจ้าที่คุณ ได้กลับสู่พระองค์แล้วด้วยความสงบ ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย..... ขอร่วมในความทุกข์โศกและอาลัยรักกับครอบครัว ตลอดเวลาที่ได้ทำการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หากมีสิ่งใดที่แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน ได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าด้วยกาย วาจา ใจ จะโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม ขอโหสิกรรมแก่พวกข้าพเจ้าทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย

ขอให้ท่านได้พำนักในพระราชาสวรรค์ที่พระผู้เป็นเจ้าได้ทรงเตรียมไว้ตามพระสัญญา อยู่กับพระองค์ตลอดนิรันดร์กาลด้วยเทอญ อาเมน

(ทุกคนร่วมกันอธิษฐานให้ผู้เสียชีวิตและยืนสงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที)

บทที่ 9

แนวทางการช่วยเหลือญาติและครอบครัวของผู้ป่วย

การดูแลภายหลังการตาย (Bereavement Care)

การดูแลแบบประคับประคอง จะครอบคลุมถึงการดูแลความโศกเศร้าและผลกระทบที่เกิดกับบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย โดยทั่วไปอาการโศกเศร้านั้นรวมถึงปฏิกิริยาต่างๆ เกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีหรือภายในเวลาเป็นชั่วโมง หรืออาจเริ่มหลังจากการจัดงานศพเรียบร้อยแล้วก็ได้ ถ้าหากยาวนานกว่านี้ ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ กลุ่มงานดูแลแบบประคับประคองจะติดต่อกับครอบครัวผู้ตายเพื่อติดตามผลอาจโดยทางจดหมายหรือโทรศัพท์เป็นระยะเพื่อให้ครอบครัวรู้สึกถึงความห่วงใยโดยทั่วไปถ้าภายใน 1 ปีไม่พบสิ่งผิดปกติก็จะหยุดการติดต่อ สำหรับกรณีที่มีความโศกเศร้ารุนแรงอาจต้องเป็นภาระในการช่วยส่งปรึกษา นักจิตวิทยาหรือเข้าช่วยค้นหาสาเหตุเพื่อช่วยแก้ไขต่อไป โดยมีหลักการดูแลภายหลังการตาย ดังนี้

1. เข้าใจและยอมรับว่าครอบครัวย่อมมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียและการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวอาจจะแตกต่างกันไป เช่น ความรู้สึกผิดเพราะคิดว่าน่าจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เร็วกว่านี้ โดยการช่วยให้ญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกันจะช่วยให้ความรู้สึกลดน้อยลงไปได้
2. ให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีคนรบกวนและมีความปลอดภัยจากการที่ญาติอาจทำร้ายตนเอง
3. การติดต่อสื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหนัก การบอกปัญหาและอาการต่างๆ ของผู้ป่วยหนักให้ญาติทราบ ควรพูดกับญาติหลายๆ คน พร้อมๆ กัน เพื่อเป็นการประคับประคองทางด้านอารมณ์ของญาติ พยาบาลจะต้องอธิบายให้ญาติผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่จะตามมาและให้ญาติเตรียมใจ
4. ช่วยวางแผนและตัดสินใจร่วมกับญาติเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่ครอบครัวกำลังประสบอยู่
5. ช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติโดยให้การช่วยเหลือตามที่สามารถทำได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วพยาบาลให้การช่วยเหลือในการแต่งศพ เป็นที่ปรึกษาในการรับศพ การเคลื่อนย้ายศพ การติดต่อสถานที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลจะช่วยเหลือญาติให้เข้มแข็งขึ้น สามารถเผชิญกับการสูญเสียได้
6. เมื่อมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ควรมีการเยียวยา บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องด้วย

การดูแลผู้ป่วยและญาติ/ครอบครัวภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรม

1. บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างสมเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ การปฏิบัติต่อศพ ควรกระทำเช่นเดียวกับผู้ตายยังมีชีวิตอยู่ โดยการทำสิ่งต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล ให้ความเคารพเช่นเดียวกับผู้ตายยังมีชีวิตอยู่ การตกแต่งร่างกายส่วนต่างๆ ต้องทำให้เรียบร้อยที่สุดเหมือนคนธรรมดา เช่น เย็บแผลให้เรียบร้อย ไม่ปล่อยส่วนที่พิการ หรือไม่นำดูเปิดเผยต่อสายตาญาติและผู้อื่น การแต่งศพ

ควรแต่งหน้าและสวมเสื้อผ้าให้มองดูคล้ายขณะที่มีชีวิตมากที่สุด เหมือนสภาพคนที่กำลังนอนหลับสนิท การห่มผ้าคลุมศพ ไม่ควรคลุมใบหน้าหรือศีรษะ แต่ควรคลุมแค่อก ให้เวลาคนในครอบครัวอยู่กับร่างผู้ตาย เพื่อแสดงถึงความโศกเศร้าอย่างพอเพียงก่อนเคลื่อนย้ายไปยังห้องเก็บศพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับญาติเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจะเก็บรักษาศพที่ห้องเก็บศพ แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาอาจขออนุญาตให้มีการตรวจศพเพื่อศึกษาหาสาเหตุของการเสียชีวิต การจัดเตรียมเอกสารเพื่อขอใบมรณะบัตร เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมญาติของผู้ป่วยจะต้องไปขอใบมรณะบัตรจากนายทะเบียนเขต/อำเภอ ที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ โดยจะต้องจัดเตรียมเอกสารเพื่อยื่นประกอบการขอรับใบมรณะบัตร ดังนี้

2.1 บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการหรือหนังสือสำคัญบุคคลต่างด้าวของผู้ที่ถึงแก่กรรม และของผู้ที่จะไปติดต่อขอรับใบมรณะบัตรพร้อมสำเนา 1 ชุด ทะเบียนบ้านของผู้ที่ถึงแก่กรรม พร้อมสำเนา 1 ชุด

2.2 หนังสือรับรองการตาย ใบรับแจ้งการตาย ขอให้ญาติติดต่อขอรับได้ที่งานเวชระเบียน ตึกผู้ป่วยนอก เมื่อจัดเตรียมเอกสารเรียบร้อยแล้วขอให้ญาติไปติดต่อขอรับใบมรณะบัตรกับนายทะเบียนเขต/อำเภอ เมื่อนายทะเบียนตรวจสอบเอกสารเรียบร้อยแล้ว จะออกใบมรณะบัตรเพื่อให้ญาตินำไปแสดงกับทางวัด และแจ้งต่อนายทะเบียนท้องถิ่นที่ผู้ถึงแก่กรรมอาศัยอยู่

2.3 การขอรับศพออกจากโรงพยาบาล ญาติจะต้องแสดงใบมรณะบัตรที่ได้รับจากเขต/อำเภอ ให้กับเจ้าหน้าที่ห้องศพก่อน ยกเว้นผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมเป็นอิสลามิกชน ขอให้ญาติไปรับรองจากจุฬาราชมนตรี มาแสดงกับผู้อำนวยการ หรือผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล

กรณีเสียชีวิตที่บ้าน

1. เมื่อทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ และร่วมปรึกษากันโดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์จะกลับไปดูแลที่บ้าน นอกจากการเตรียมการดูแลที่บ้านทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติกับผู้ดูแล การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ และสิ่งแวดล้อมแล้ว แพทย์จะออกใบรับรองแพทย์ ระบุโรคของผู้ป่วยซึ่งดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย รายงานว่าได้รับการดูแลอะไรไปแล้วบ้าง และมีแผนให้ผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน

2. เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต แจ้งผู้ใหญ่บ้านภายใน 24 ชั่วโมง ประสานทีมชันสูตรของโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อขอหนังสือรับรองการตาย ที่ต้องนำไปขอใบมรณะบัตรจากนายทะเบียนเขต/อำเภอที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ โดยต้องเตรียมเอกสาร ดังนี้

2.1 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือหนังสือสำคัญบุคคลต่างด้าว และทะเบียนบ้านของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม และผู้ที่จะไปติดต่อขอรับใบมรณะบัตร พร้อมสำเนา

2.2 หนังสือรับรองการตาย ใบรับแจ้งการตาย และหนังสือมอบหมายขอให้ญาติติดต่อขอรับได้ที่งานเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่ไปติดต่อ

3. เมื่อนายทะเบียนเขต/อำเภอ ตรวจสอบเอกสารเรียบร้อยแล้ว จะออกใบมรณะบัตรเพื่อให้ญาตินำไปแสดงกับทางวัด และแจ้งต่อนายทะเบียนท้องถิ่นที่ผู้ตายอาศัยอยู่

กรณีผู้ป่วยได้ทำประกันชีวิตไว้ ต้องมีเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม ดังนี้

1. ใบเรียกร้องค่าสินไหม
2. ใบมรณะบัตร สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมประทับตราตาย
3. กรณีที่เสียชีวิตที่บ้านต้องเตรียม หนังสือรับรองการตายของโรงพยาบาล ใบรับรองแพทย์กรณีมีแผนให้ผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน
4. กรมธรรม์ต้นฉบับ (หากหายไปแจ้งความที่สถานีตำรวจ และนำใบแจ้งความมาเป็นหลักฐานแทน)
5. สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หน้าสมุดบัญชีของผู้รับผลประโยชน์ทุกท่าน เช่น สำเนาถูกต้อง การลำดับทายาท ในส่วนทรัพย์สินของผู้ป่วย ให้ถามผู้รู้หรือนักกฎหมาย

ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย

หลักจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical ethic principle)

การดูแลรักษาผู้ป่วยของบุคลากรทางสุขภาพในทุกกรณีจะต้องปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด แพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ใช้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ยิ่งต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้เป็นกรณีพิเศษ หลักจริยธรรมบางเรื่องมีใช้กฎหมาย แต่สามารถปรับใช้ได้ในทุกกรณี แม้ว่าจะมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมในแต่ละประเทศก็ตาม หลักจริยธรรมสำคัญ 5 ประการดังนี้

1. หลักสิทธิโดยอิสระของผู้ป่วย (Patient Autonomy)
2. หลักการให้ผู้ป่วยตัดสินใจโดยบอกข้อมูล (Informed Decision)
3. เจตนารมณ์ล่วงหน้า (Advanced Directives) และพินัยกรรมการรักษาระยะสุดท้าย (Living Will)
4. ผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบ (Surrogate Decision Makers)
5. หลักไม่รักษาหากไร้ประโยชน์ (Principle of Futility)

1. หลักสิทธิโดยอิสระของผู้ป่วย (Patient Autonomy)

สิทธิโดยอิสระของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษาตนเอง เป็นที่ยอมรับกันเป็นสากลทั้งในเชิงกฎหมายและจริยธรรม โดยในกรณีที่ไม่มีหลักฐานชัดเจนเป็นอย่างอื่น ทั้งกฎหมายและจริยธรรมให้ถือเอาโดยอนุโลมว่าผู้ป่วยรู้และเข้าใจวิธีการรักษานั้นแล้ว ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะแล้วทุกคนทรงไว้ซึ่งสิทธิที่จะยินยอม (consent) หรือปฏิเสธการรักษาเว้นเสียแต่จะสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจหรือศาลประกาศให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ

2. หลักการให้ผู้ป่วยตัดสินใจโดยบอกข้อมูล (Informed Decision)

ในปัจจุบันทั้งในเชิงจริยธรรมและกฎหมายล้วนถือว่าหลักการให้ผู้ป่วยตัดสินใจเองโดยบอกข้อมูล (Informed Decision) เป็นมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นสากล ภายใต้หลักการนี้ แพทย์หรือผู้รักษาจะต้องแจ้งข้อมูล 5 ประการแก่ผู้ป่วย ดังนี้

1.	ผู้ป่วยเป็นโรคอะไร หรือมีปัญหาอะไรบ้าง
2.	การพยากรณ์โรคว่าอนาคตจะจบลงอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ได้รับการรักษา (natural course)
3.	การรักษาที่แนะนำให้ทำนั้นคืออะไร ทำอย่างไร
4.	มีทางเลือกอื่นอีกกี่อย่าง อะไรบ้าง
5.	ทางเลือกแต่ละอย่างมีประโยชน์ (benefit) และความเสี่ยง (risk) อย่างไร

เมื่อได้แจ้งแล้ว ควรใช้เวลาผู้ป่วยไตร่ตรองตัดสินใจเลือกเอง โดยเปิดโอกาสให้ได้ตัดสินใจในลักษณะที่อิงกับการรอบความคิดเชิงวัฒนธรรมและค่านิยมดั้งเดิมของผู้ป่วยด้วย ถ้าผู้ป่วยยังไม่แจ้งความประสงค์ชัดเจน ให้ผู้รักษาทำการรักษาเรื่องที่เป็นการเร่งด่วนไปก่อน จนกว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมที่จะตัดสินใจได้

3. เจตนารมณ์ล่วงหน้า (Advanced Directives) และพินัยกรรมการรักษาระยะสุดท้าย (Living Will)

เจตนารมณ์ล่วงหน้า (advanced directives) หมายถึง การแสดงออกถึงความประสงค์ ความคิด หรือความอยากได้ของผู้ป่วยว่าเมื่อเจ็บป่วยถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต เขาประสงค์จะให้มีการดูแลรักษาเขาเช่นไร เจตนารมณ์ล่วงหน้านี้อาจจะเป็นเพียงคำพูด หรือเขียนไว้เป็นตัวหนังสือก็ได้ ทั้งนี้ศาลแต่ละแห่งจะให้น้ำหนักแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ศาลจะยอมรับเจตนารมณ์ที่เขียนไว้เป็นตัวหนังสือมากกว่าที่แสดงออกเป็นคำสนทนา

พินัยกรรมการรักษาระยะสุดท้าย (living will) หมายถึง เอกสารที่ผู้ป่วยเขียนแจ้งให้แพทย์ทราบว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหนักถึงขั้นตัดสินใจอะไรเองไม่ได้ ผู้ป่วยจะยอมให้ใช้วิธีการรักษาใด และไม่ยอมให้ใช้วิธีการรักษาใดแก่ตน แพทย์อาจทบทวนหรือตรวจสอบพินัยกรรมการรักษาระยะสุดท้ายและเจตนารมณ์ล่วงหน้าของผู้ป่วยกับตัวผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพราะความประสงค์ของผู้ป่วยก็ดี สถานการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วยก็ดี มักจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเมื่อเวลาผ่านไป กฎหมายอเมริกันเรื่องสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย ค.ศ. 1991 (The Patient Self Determination Act) บังคับให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสอบถามผู้ป่วยก่อนให้การรักษาทุกรายว่าผู้ป่วยมีเจตนารมณ์ล่วงหน้าหรือได้ทำพินัยกรรมวิธีรักษาระยะสุดท้ายไว้ก่อนหรือไม่ และบังคับให้ฝ่ายผู้ให้การรักษาดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย

4. ผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบ (Surrogate Decision Makers)

เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ญาติสนิทหรือเพื่อนอาจทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบ (surrogate decision maker) ของผู้ป่วยได้ กฎหมายกำหนดลำดับชั้นของคนที่ จะทำการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมิได้มอบอำนาจการตัดสินใจทางด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ใด โดยเรียงลำดับผู้มีสิทธิตัดสินใจแทนตามลำดับดังนี้

- (1) คู่สมรส
- (2) บุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว
- (3) บิดา มารดา
- (4) ญาติระดับใดๆ ก็ตาม
- (5) ผู้ที่ได้รับเสนอชื่อโดยบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยนั้นอยู่ประจำ
- (6) บุคลากรสุขภาพที่กฎหมายกำหนด

การตัดสินใจแทนผู้ป่วยนี้จะชอบด้วยกฎหมายก็ต่อเมื่อเป็นการตัดสินใจตามเจตนารมณ์ล่วงหน้าของผู้ป่วย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนารมณ์ล่วงหน้าไว้ก็ต้องเป็นการตัดสินใจเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

5. หลักไม่รักษาหากไร้ประโยชน์ (Principle of Futility)

ปัจจัยสำคัญที่จะบอกว่าการรักษาใดเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์มีสองปัจจัย คือ

- (1) ความยืนยาวของชีวิตหรือ length of life
- (2) คุณภาพของการมีชีวิตหรือ quality of life

วิธีการรักษาใดๆ ที่ไม่เพิ่มความยืนยาวของชีวิต หรือไม่เพิ่มคุณภาพชีวิต เป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์ ผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจร้องขอให้แพทย์ทำการรักษาใดๆ ที่ไม่เหมาะสมหรือไร้ประโยชน์ แต่แพทย์ไม่จำเป็นต้องทำตามคำร้องขอนั้นหากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือทางสังคมสรุปได้ชัดแล้วว่าการรักษาเช่นนั้นไม่ได้ผล เช่นการปฏิบัติการช่วยชีวิต (CPR) แก่ผู้ที่เสียชีวิตแล้วหรือผู้ที่หมดโอกาสจะกลับมามีชีวิตปกติแล้ว

การประเมินความยืนยาวและคุณภาพชีวิตอย่างระมัดระวังจะช่วยบอกว่าการทำการช่วยชีวิตนั้นเหมาะสมหรือไม่ หากเป็นที่คาดหมายว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิต การช่วยชีวิตนั้นก็ยังไม่เหมาะสม ในกรณีที่โอกาสรอดชีวิตก็ยังมีโอกาสเกิดความทุกข์ทรมานสูง โอกาสเกิดการอันหนักหน่วงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในภายหลังสูง การจะตัดสินใจว่าจะเริ่มช่วยชีวิตดีหรือไม่ จะเลิกช่วยชีวิตดีหรือไม่ ควรให้น้ำหนักแก่ความประสงค์ของผู้ป่วย (หรือของผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบของผู้ป่วยกรณีไม่ทราบความประสงค์ของผู้ป่วย) มากเป็นพิเศษ

การจะเริ่มหรือไม่เริ่มการช่วยชีวิตก็ดี การจะยุติหรือไม่ยุติการรักษาที่กำลังทำอยู่ก็ดี ต่างมีความสำคัญเชิงจริยธรรมมากและเท่าเทียมกัน ในสภาพที่การพยากรณ์โรคยังไม่ชัดเจน ควรทำการรักษาแบบทดลองไปพลางก่อน พร้อมกันนั้นก็รวบรวมหลักฐานเพิ่มเติมจนสรุปโอกาสรอดชีวิตได้ชัดเจนแล้ว จึงค่อยตัดสินใจในเรื่องดังกล่าว ในกรณีทั่วไปที่ไม่ใช่กรณีการรักษาที่ไร้ประโยชน์ และไม่มีเจตนาประณามล่วงหน้าหรือพินัยกรรมวิธีรักษา บังไว้เป็นอย่างอื่นต้องทำการช่วยชีวิตแก่ผู้ป่วยทุกราย

ประเด็นจริยธรรม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือใกล้ตายมักเกิดสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือครอบครัวผู้ป่วย เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในตนเอง ตามความเชื่อในคุณค่าการรักษาพยาบาล การมีชีวิต การเจ็บป่วย การตาย และการมีชีวิตหลังการตาย ความสามารถในการตัดสินใจเลือกหรือตัดสินใจของแต่ละบุคคลย่อมก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรมต่างๆ ดังนี้

1. **การรักษาพยาบาลเพื่อการยืดชีวิต** จากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และช่วยชะลอความตาย หรือยืดชีวิตให้ยาวนานออกไป แต่อยู่บนความทุกข์ทรมานของตัวผู้ป่วยเอง และสมาชิกของครอบครัว การยืดชีวิตหรือการชะลอความตายเป็นประเด็นที่ต้องอาศัยการตัดสินใจซึ่งอาจก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรม เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพเพราะผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้ตัดสินใจด้วยตนเอง มีแต่การตัดสินใจของทีมสุขภาพและญาติ หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อใช้ไประยะหนึ่งไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพดีขึ้น มีชีวิตที่ไม่รับรู้ใดๆ จึงมีข้อถกเถียงกันที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่าใครเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจแก่ผู้ป่วย

2. **การยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต** ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องอยู่กับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานในการยืดชีวิต ต้องนอนบนเตียงไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ ต้องทนทุกข์ทรมานมีชีวิตอยู่อย่างไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ เป็นภาระในการดูแลของผู้อื่น อยู่ในสภาพ “ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” จากการ

รักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และจากการมีชีวิตที่ฝืนธรรมชาติ จึงทำให้มีการยุติหรือเลิกการยืดชีวิต คือ เมตตามรณะ หรือการตายอย่างสงบ (euthanasia / peaceful death) เมตตามรณะแบ่งตามความสามารถของผู้ป่วย 2 ประเภท คือ

เมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia or mercy killing directly) การกระทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงตามความสมัครใจของผู้ป่วย เช่น การให้ยาในขนาดที่ทำให้ถึงตายได้

เมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) การยอมหรือปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังโดยไม่ให้การรักษาที่จะยืดชีวิตผู้ป่วย แต่จะให้การรักษาแบบประคับประคอง หรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน จากอาการเจ็บปวด

1. **เมตตามรณะโดยสมัครใจ (voluntary euthanasia)** เป็นการให้แพทย์ฉีดยาให้ตนเองกลับโดยไม่ต้องตื่นขึ้นมาพบความทุกข์ทรมาน หรือให้ยุติการรักษาพยาบาลตนเอง จึงเป็นการกระทำตามประสงค์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์

2. **เมตตามรณะโดยผู้ป่วยไม่สมัครใจ (involuntary euthanasia)** ญาติมีความประสงค์ให้แพทย์ยุติการรักษา และยุติการยืดชีวิตผู้ป่วย เพราะเห็นว่าไม่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วยแต่กลับทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานการตัดสินใจของทีมสุขภาพต้องอยู่บนพื้นฐานเจตนาดีต่อผู้ป่วย ความเมตตาที่มีต่อผู้ป่วย

ในอดีต ประเทศไทยไม่มีกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตายและการยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อสั่งเลิกการรักษา ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาที่ขัดแย้งจึงต้องใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้วพิจารณาไปก่อน มีการประชุมระหว่างแพทย์และนักกฎหมายมีความคิดเห็นตรงกันคือ เมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia) เห็นว่าเป็นเรื่องที่กระทำไม่ได้ เพราะถือว่าเป็นการเร่งการตาย ส่วนกรณีเมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) ที่เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง (voluntary passive euthanasia) ควรจะเป็นเรื่องที่กระทำได้ และการทราบเจตนาของผู้ป่วยที่ชัดเจน คือการยอมรับเจตนาที่แสดงไว้ล่วงหน้า แต่ปัจจุบันประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.2550 ประกาศ ณ วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2550: 10) “มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตคนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง แล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง” การทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยเป็นการแจ้งความต้องการของตนเองให้ญาติ และครอบครัวทราบ ช่วยลดข้อขัดแย้งในครอบครัวในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับความทุกข์ทรมานจากการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยยืดการตายออกไป ซึ่งไม่เกิดประโยชน์หรือไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ นอกจากนั้น ครอบครัวไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงเกินความจำเป็นไม่เกิดปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวภายหลัง

แม้จะมีกฎหมายรองรับให้บุคคลที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะยืดชีวิตได้นั้น ซึ่งต้องอยู่ในดุลยพินิจที่ต้องอาศัยการตัดสินใจเชิงจริยธรรมด้วยเมตตาธรรมและความเข้าใจในมนุษย์ เพื่อให้บุคลากรสุขภาพตระหนักและระมัดระวังประเด็นข้อขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สิทธิในวาระสุดท้าย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ

เมื่ออยู่ในภาวะที่ป่วยหนัก โดยเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลจึงมักขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์กับญาติ ซึ่งอาจจะสวนทางกับความต้องการของผู้ป่วย หรืออาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับญาติผู้ป่วยได้

เราทุกคนรวมถึงผู้ป่วยที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ สามารถหารือกับคนในครอบครัวญาติสนิท คนใกล้ชิดที่ไว้วางใจหรือแพทย์ เพื่อทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็น และวางแผนการดูแลรักษาเมื่อตนเองป่วยหนักหรืออยู่ในภาวะใกล้ตายได้

ประโยชน์ในการทำหนังสือแสดงเจตนา ในด้านผู้ป่วย ญาติ และคนใกล้ชิด

1. ทำให้ผู้ทำหนังสือ (ผู้ป่วย) สามารถแจ้งความประสงค์ของตนให้แพทย์ ญาติ คนใกล้ชิดทราบและช่วยลดข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะที่จะแสดงเจตนาได้ด้วยตนเอง

2. ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องทรมานจากการใช้เครื่องกักขังต่างๆ เช่น การเจาะคอ การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ หรือการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยยืดการตายออกไป ซึ่งไม่เกิดประโยชน์หรือไม่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

3. ทำให้ผู้ป่วย ญาติ คนในครอบครัว ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการรักษาที่ไม่จำเป็น จนทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยบางรายถึงขั้นหมดเนื้อหมดตัว ต้องขายทรัพย์สินเงินทองมาเป็นค่ารักษา

4. ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสื่อสาร บอกเล่าคนในครอบครัว ญาติมิตรได้ในขณะที่สติสัมปชัญญะยังดีอยู่

แพทยสมาคมโลก (The World Medical Association) และหลายประเทศให้การยอมรับ “สิทธิปฏิเสธการรักษา” ว่าเป็นสิทธิผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิตที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง (the right to self-determination) สอดคล้องกับจริยธรรมทางการแพทย์ ขณะนี้มีกฎหมายหลายประเทศรับรองในเรื่องนี้ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย เดนมาร์ก สิงคโปร์ ฯลฯ

สิทธิปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นตามมาตรา 12 เป็นเรื่องการตายอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ ต่างจากการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย หรือการุณฆาต (Mercy killing) ซึ่งขัดต่อหลักศีลธรรมและจริยธรรมของแพทย์

การทำหนังสือแสดงเจตนามี 2 รูปแบบคือ

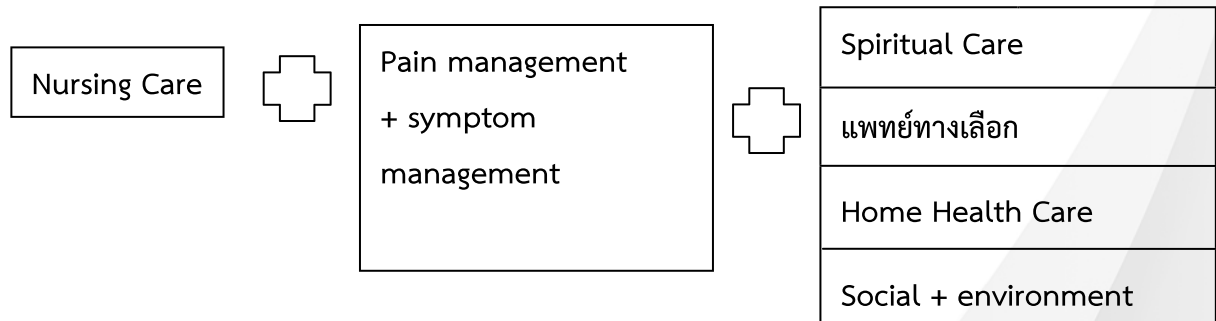
- 1) ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือผู้ป่วยเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาด้วยตนเอง
- 2) การแสดงเจตนาด้วยวาจาต่อแพทย์ พยาบาลที่ให้การรักษา ญาติหรือผู้ใกล้ชิดในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้เอง หรือหากต้องให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความก็สามารถทำได้ และควรมีชื่อผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือแสดงเจตนาหรือพยานกำกับไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลง ระบุใช้ชั่วคราว หรือยกเลิกได้ตลอดเวลาตามที่คุณทำหนังสือต้องการ แต่ควรแจ้งให้แพทย์ ญาติผู้ป่วยที่เคยได้รับหนังสือแสดงเจตนาไปก่อนหน้านี้ทราบโดยเร็ว

ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนทุกคน สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาได้ คือ เป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุ หรือเป็นผู้ป่วยที่ตัดสินใจด้วยตนเองได้ ผู้ทำหนังสือควรมีอายุครบ 18 ปีขึ้นไป

(ที่มา: บทความเรื่องนี้ได้จาก สช. ซึ่งได้รับอำนาจตามรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2550 ในการดูแลพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย)

รูปแบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในประเทศไทย



การดูแลผู้สูงอายุ Palliative Care ภาคเหนือ

เน้น Nursing Care มี Unit/Hospice
ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสปสช.

การดูแลผู้สูงอายุ Palliative Care ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เน้น Pain and symptom management

- เครือข่ายในชุมชนเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของชุมชน อบต./อปท. และมูลนิธิ
- มีการค้นหา case ใหม่ๆในชุมชน
- ทีมเข้มแข็งมีนโยบายโรงพยาบาลรองรับ
- ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสปสช.

การดูแลผู้สูงอายุ Palliative Care ภาคกลาง

เน้น Spiritual care ในศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม การค้นหาความต้องการสิ่งที่ค้างคาใจ

ผู้ป่วยบางส่วนต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

ในส่วนของโรงเรียนแพทย์ รพศ. และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มี Unit / hospice และการทำ advance care plan

งบประมาณในการดำเนินการได้จากเงินบริจาค

การดูแลผู้สูงอายุ Palliative Care ภาคใต้

เน้น Pain and symptom management

มีการทำ Advance care Plan

มี Unit/Hospice

พิธีกรรมทางศาสนาอิสลาม

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสปสช.

มีงานวิจัย

จุดเด่น เครือข่ายเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายในประเทศไทย ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ในปี 2557 – 2558 ได้สรุปปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประโยชน์และรูปแบบของการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายไว้ ดังนี้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3 ลำดับแรก

ลำดับ ที่	ภาคเหนือ	ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง	ภาคใต้	รวม
1	- มีผู้รับผิดชอบหลัก	- มีผู้รับผิดชอบหลัก	- มีผู้รับผิดชอบหลัก	- มีทีม	- มีผู้รับผิดชอบหลัก
2	- มีทีม	- มีทีม	- มีทีม	- มีผู้รับผิดชอบหลัก	- มีทีม
3	- มีแพทย์	- มีแพทย์	- มีแพทย์	- ผู้ริเริ่มงานเป็นระดับหัวหน้าด้านการพยาบาล/แพทย์	- ผู้ริเริ่มงานเป็นระดับหัวหน้าด้านการพยาบาล/แพทย์

ปัญหาอุปสรรค 3 ลำดับแรก

ลำดับ ที่	ภาคเหนือ	ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง	ภาคใต้	รวม
1	- พยาบาลมีภาระงานมาก	- Work Load	- แพทย์พยาบาลที่รับผิดชอบย้าย เกษียณ ขาดบุคลากร	- จนท.ขาดความรู้และทักษะ	- จนท.ขาดความรู้และทักษะ
2	- มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการบ่อย แพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบย้าย เกษียณ	- ไม่สามารถนำ MO ออกจาก รพ. ได้	- จนท.ขาดความรู้และทักษะ	- ภาระงานหนัก - ขาดอุปกรณ์สนับสนุนที่บ้าน	- มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการบ่อย แพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบย้าย ขาดบุคลากร
3	- การสื่อสารกับลูกข่ายไม่รวดเร็ว การส่งต่อล่าช้า	- จนท.ให้ความสนใจงาน Palliative น้อย	- ญาติต้องการรักษาให้ถึงที่สุด	- ผู้รับผิดชอบย้าย/เกษียณ ทำให้ขาดบุคลากร	- พยาบาลมีภาระงานมาก

ประโยชน์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ลำดับแรก

ลำดับ ที่	ภาคเหนือ	ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง	ภาคใต้	รวม
1.	- ญาติบอกว่า ดี รพ.ใจดี ขอบคุณจนท. ญาติมีความ พึงพอใจ ประทับใจ	- ลดการ Admit	- จนท.มีความ ภาคภูมิใจมี ความสุขมีจิตใจ ที่อ่อนโยน	- ผู้ป่วยและญาติมี ความพึงพอใจ ประทับใจ	- ผู้ป่วยและญาติมี ความพึงพอใจและ ประทับใจ
2.	- Case Refer Back มากขึ้น	- ลดค่าใช้จ่าย	- ผู้ป่วยและญาติมี ความพึงพอใจ ประทับใจ - -	- จนท.มีความ ภาคภูมิใจ มี ความสุข มีจิตใจที่ อ่อนโยน	- จนท.มีความ ภาคภูมิใจ มี ความสุข มีจิตใจที่ อ่อนโยน
3.	- ลดการ ร้องเรียน	- ลดจำนวนเตียง ICU ใน Case ไม่ จำเป็น	- รพ.มีชื่อเสียง ดูแลแบบ palliative Care	- หลังผู้ป่วย เสียชีวิตญาติ บริจาคอุปกรณ์ให้	- รพ.มีชื่อเสียงใน เรื่องการดูแลผู้ป่วย palliative Care

ข้อเสนอแนะในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย

จากผลการศึกษา รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้ายในประเทศไทย ปี 2557 - 2558

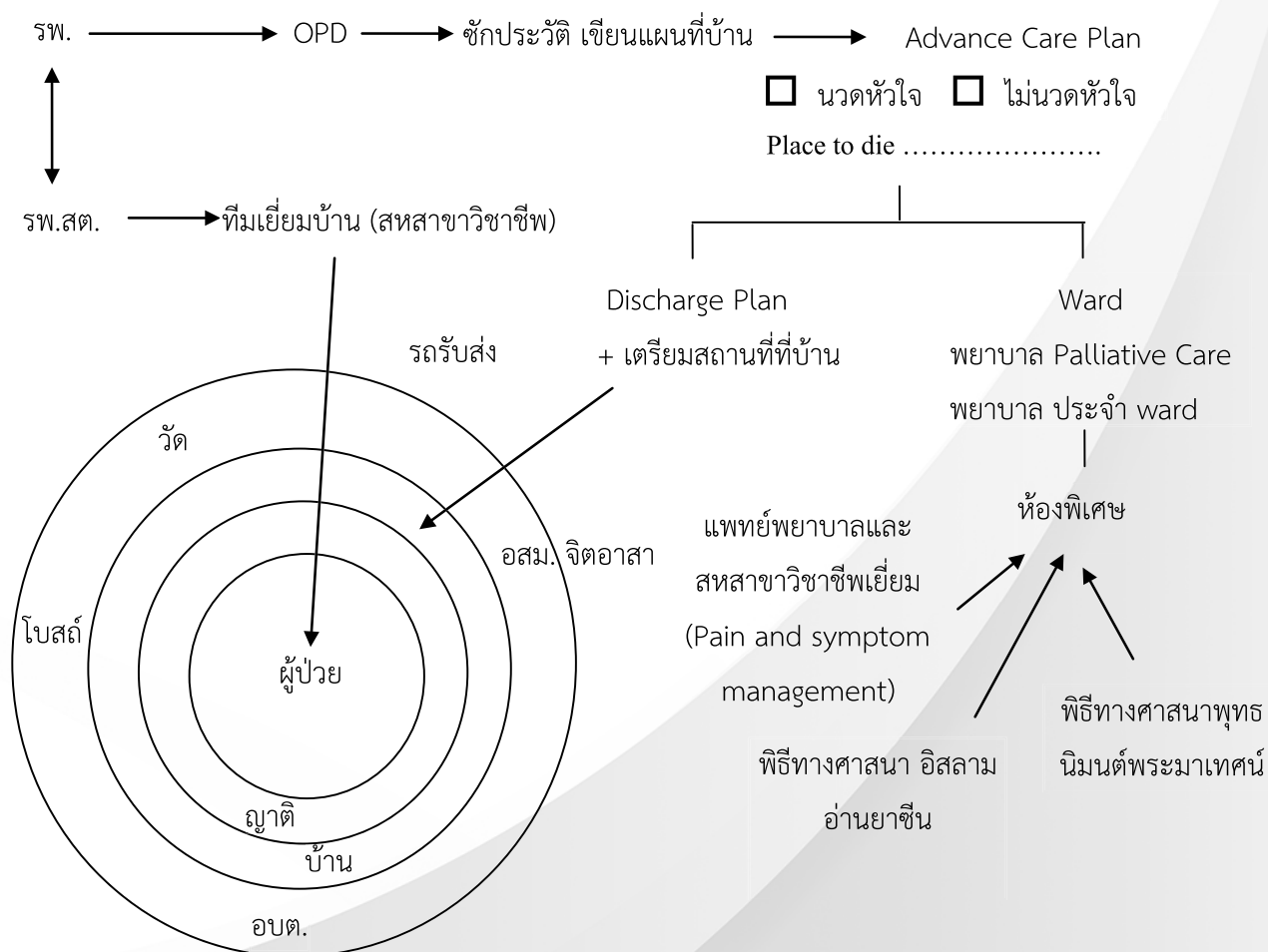
1. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอยู่ในนโยบายชาติ เช่นเดียวกับมะเร็งและผู้สูงอายุ เพื่อได้รับการสนับสนุนงบประมาณ การบริหาร และการจัดการยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) บุคลากร และสถานที่
2. ควรจัดให้มีศูนย์ Palliative care ที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหรือสำหรับช่วยเหลือผู้ดูแล ให้ได้พักชั่วคราว และมีการจัดอบรมเป็นพี่เลี้ยงให้กับ care giver และเป็นแหล่งศึกษาดูงานของแต่ละภูมิภาคในอนาคตจะต้องมี hospice สำหรับคนไม่มีลูก หรือลูกทุกคนไปทำงานกันหมด หากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการให้เกิด Good death ต้องทำเครือข่ายของ Long term care ให้ดี มีบริการ Day care โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล NGO ต่างๆ
3. ควรมีหลักสูตร Palliative care ในโรงเรียนแพทย์และพยาบาล
4. ควรมีการพัฒนาศักยภาพ และองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้ายทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้ง อาสาสมัคร จิตอาสา และผู้ดูแล
5. ควรมีการพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ และทักษะของบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ในการทำ Advance Care Plan และ Family meeting เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมในการวางแผนการรักษา และจัดการตามความต้องการและสิ่งค้างคาใจของผู้ป่วย เช่น การเลือกสถานที่เสียชีวิต (Place to die) ความต้องการพบบุคคลอันเป็นที่รักและห่วงใย ความต้องการขอโทษกรรม การประกอบพิธีทางศาสนา และการจัดการทรัพย์สิน
6. การบริหารจัดการยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีเอกสารผ่านการอบรมด้านการจัดการความเจ็บปวดและอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อที่จะสามารถจัดหาที่จำเป็นโดยเฉพาะโอปิออยด์ให้มีใช้อย่างเพียงพอ และสามารถนำมาฉีดนอกโรงพยาบาลได้โดยการบริหารจัดการอย่างรัดกุม แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยา และควรทำระบบ Node ya
7. ด้านกำลังคนเห็นควรให้มีการจัดทำโครงสร้างศูนย์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลและเตรียมพร้อมด้านกำลังคน
8. สถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลควรเป็นห้องที่เป็นสัดส่วน มีความสงบ สะดวกในการที่ญาติเพื่อนสนิท มิตรสหายมาดูแล เยี่ยม ให้กำลังใจผู้ป่วย และประกอบพิธีทางศาสนา ประเพณีความเชื่อด้านจิตวิญญาณ และควรจัดสิ่งแวดล้อมให้มีลักษณะเป็นบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ในโรงพยาบาลอาจจัดเป็นห้องพิเศษ ส่วนในโรงพยาบาลเฉพาะทางควรส่งเสริมให้มี Hospice และในอนาคตเห็นว่าควรจะมีบริการ Hospice มากขึ้นเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้น
9. จัดให้มีงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งช่วยสนับสนุนโรงพยาบาลเอกชนเพื่อลด Unit Cost ซึ่งจะเป็นผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชนจ่ายค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเอกชนน้อยลงรวมทั้งรัฐควรสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เป็นอุปกรณ์ใช้ที่บ้าน เช่น เตียง Fowler ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ในลักษณะการให้ยืมหมุนเวียนกันใช้ รวมทั้งของใช้สิ้นเปลือง เช่น แพนเพิส

นอกจากนั้นควรมีบริการรับ-ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น เช่น รถโรงพยาบาล รถของ อบต. และมูลนิธิต่างๆ โดยให้ความทั่วถึงและเข้าถึงบริการได้ง่าย

10. ควรมีบริการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีมาตรฐานและมีผลงานวิจัยรองรับ โดยผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11. จัดให้มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแกน ร่วมกับ อบต. วัด มัสยิด โบสถ์ มูลนิธิต่างๆ อสม และจิตอาสา
12. ระบบการดูแลที่บ้าน และการเตรียมความพร้อมของชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care โดยจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้รอต้อนรับโดยมีการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยมีการติดตามผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอสม.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการต่อเนื่องในชุมชน โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำและนิเทศโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถส่งผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในรายที่มีความจำเป็น
13. การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายบุคคลที่ดูแลโดยเฉพาะแพทย์ต้องมีความรู้ทักษะความชำนาญโดยเฉพาะการแยกอาการของผู้ป่วยว่าต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน (acute) หรือว่าเป็นอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการรักษาได้ทันที่
14. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องคำนึงถึงเรื่องของจิตวิญญาณ ศาสนา ประเพณี ความเชื่อของแต่ละบุคคล และประสานการให้บริการด้านจิตวิญญาณตามความประสงค์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะนี้กำลังใจจาก ผู้ดูแล ญาติ เพื่อนสนิท ผู้คุ้นเคยมีความสำคัญมาก
15. ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพจะต้องมีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อเข้าใจกลุ่มอาการและโรคผู้สูงอายุ การใช้ยาในผู้สูงอายุ ความเสื่อมและข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้สูงอายุ รวมถึงภาวะด้านจิตใจของผู้สูงอายุ
16. เมื่อมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ควรมีการเยียวยาบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องด้วย

ตัวอย่างการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายจังหวัดกระบี่

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จังหวัดกระบี่



ทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

1. แพทย์
2. พยาบาล ward
3. พยาบาลเยี่ยมบ้าน
4. ทีมจิตเวช
5. รพ.สต.
6. กษาด
7. เทศบาล / อบต.

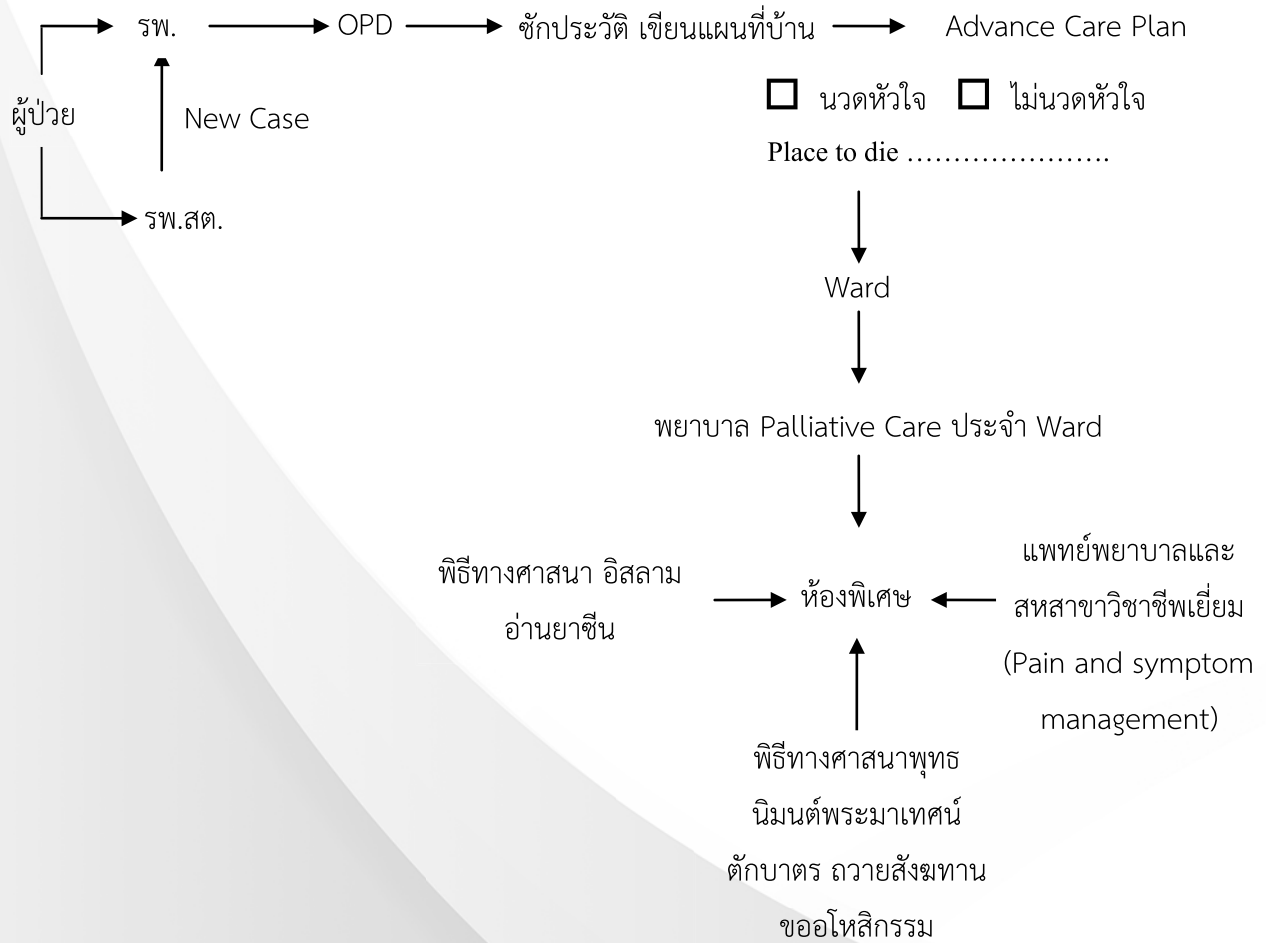
สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

1. แพทย์
2. พยาบาล
3. เภสัชกร
4. ทีมจิตเวช
5. นักกายภาพบำบัด
6. โภชนากร
7. นักแพทย์แผนไทย

อุปกรณ์สนับสนุน ประกอบด้วย

1. เตี้ย
2. ที่นอนลม
3. ถังออกซิเจน / เครื่องผลิตออกซิเจน
4. Suction
5. Set ทำแผล

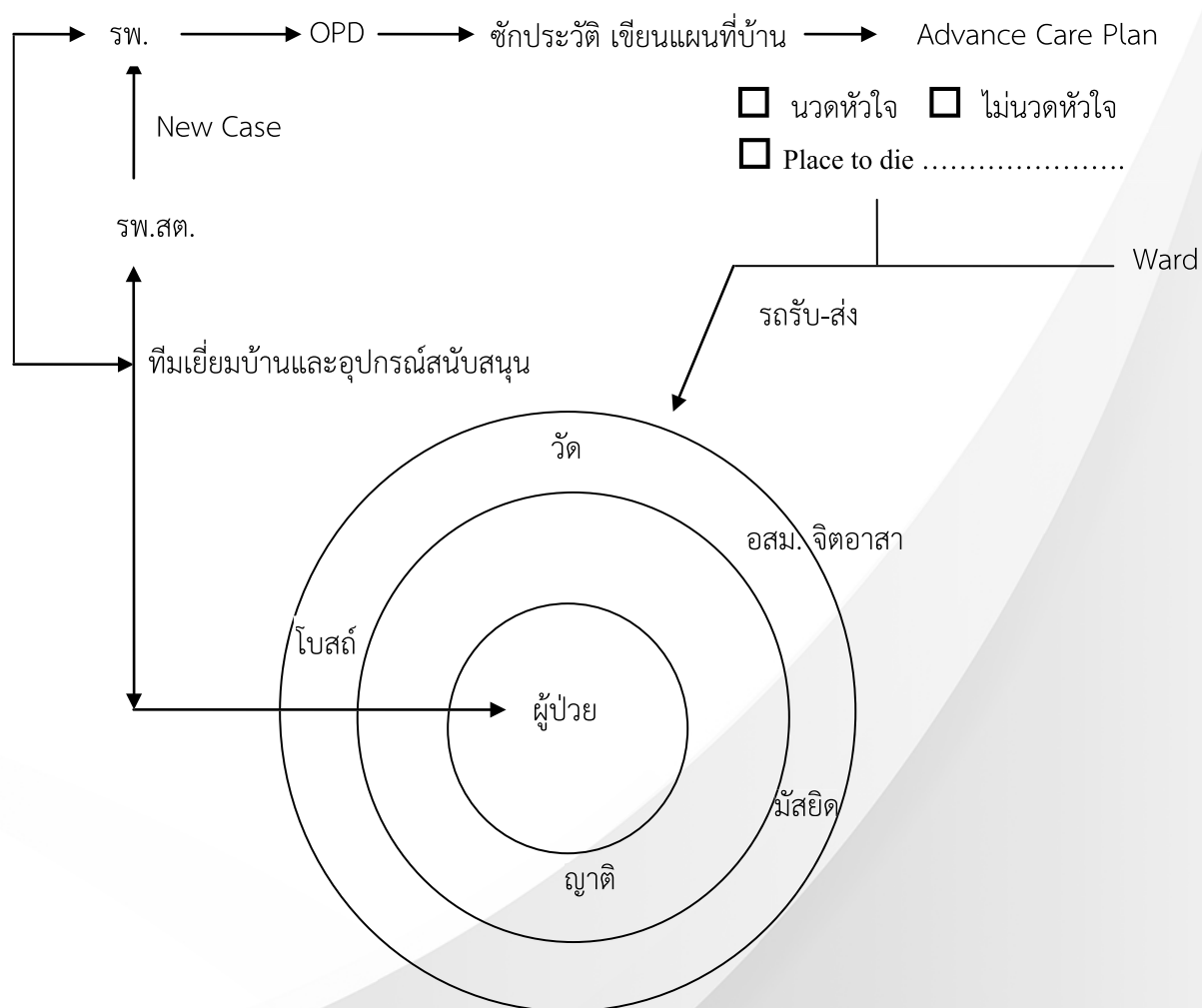
ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล จังหวัดกระบี่



สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

1. แพทย์
2. พยาบาล
3. เภสัชกร
4. ทีมจิตเวช
5. นักกายภาพบำบัด
6. โภชนากร
7. นักแพทย์แผนไทย

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนภาคใต้



ทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

1. แพทย์
2. พยาบาล ward
3. พยาบาลเยี่ยมบ้าน
4. ทีมจิตเวช
5. รพ.สต.
6. กาชาด
7. เทศบาล / อบต.

อุปกรณ์สนับสนุน ประกอบด้วย

1. เตี้ยง
2. ที่นอนลม
3. ถังออกซิเจน / เครื่องผลิตออกซิเจน
4. Suction
5. Set ทำแผล

การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จังหวัดกระบี่

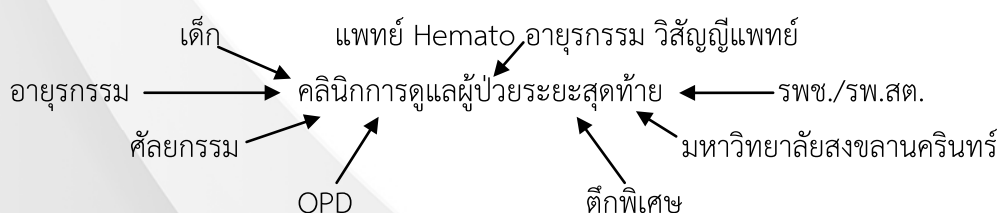
การเริ่มงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดจากการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

กลุ่มผู้ป่วย

- ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางมีหลายโรค
- ผู้ป่วยมะเร็ง
- ผู้ป่วยโรคหัวใจ

คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) โดยประธานคณะกรรมการฯเป็นแพทย์ และคณะกรรมการประกอบด้วย

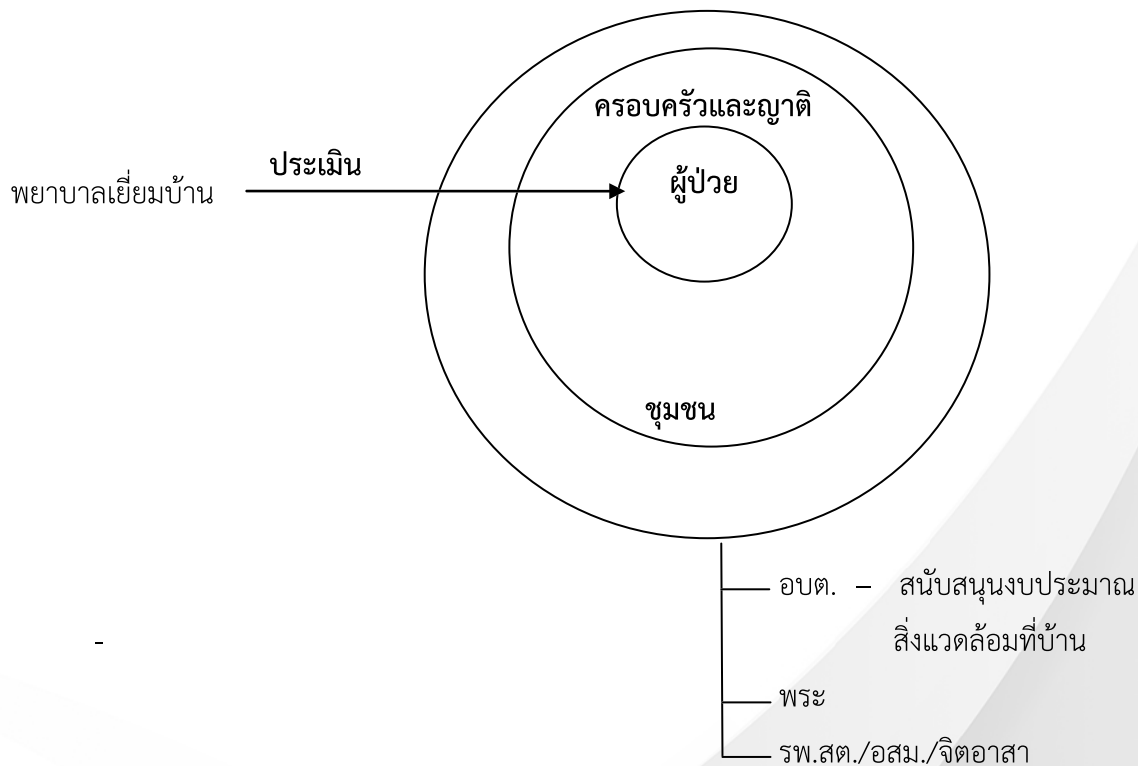
พยาบาลคลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลตึกอายุรกรรม ศัลยกรรม ตึกเด็ก ตึกพิเศษ



การดำเนินงาน

1. มีคลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกวันศุกร์
2. การดำเนินงาน
 - 2.1 Advance Care Plan และ Place to die
 - 2.2 มีการประเมินผู้ป่วยใช้ PPS SCORE มีการทำ Case Conference
 - 2.3 การจัดการความเจ็บปวดและอาการรบกวน และการจัดการยากลุ่มมอร์ฟีน
 - 2.4 การค้นหาสิ่งค้างคาใจและการดูแลด้านจิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อ ประเพณี โดยเฉพาะศาสนาอิสลาม
 - 2.5 สถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเป็นห้องพิเศษที่มีความสงบ และมีความสะดวกในการประกอบพิธีทางศาสนา ตามความเชื่อและประเพณี
 - 2.6 การฝึกผู้ดูแลและญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเช่นการให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การป้องกันแผลกดทับ
 - 2.7 การรับส่งต่อ เพื่อความรวดเร็วส่งเอกสารทาง Line และโทรศัพท์แจ้ง รับ-ส่งผู้ป่วย
 - 2.8 การจัดทำข้อมูลผู้ป่วย
 - 2.9 การเยี่ยมบ้าน ทำแผนที่บ้านและประสานกับญาติทางโทรศัพท์เมื่อจำเป็น

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน



อุปกรณ์เครื่องใช้ที่บ้าน

- Syring driver
- เครื่องผลิตออกซิเจน
- เครื่องดูดเสมหะ
- ชุดทำแผล
- พัดลม
- น้ำหอมโรมา เพื่อบรรเทาปวด

เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. จิตอาสา อสม.
- วัด มัสยิด อบต. ทั้งจังหวัด

ประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- มีเรื่องเล่า
- ได้รับบริจาคอุปกรณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

การดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

- ไปร่วมงานศพพร้อมพวงหรีด



งบประมาณ

- งบประมาณของโรงพยาบาล
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- เงินบริจาค

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- เป็นนโยบายโรงพยาบาล/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.
- การพัฒนาบุคลากร การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประชุมวิชาการและส่งบุคลากรไปอบรม/ดูงาน
- มีทีมซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งจะดูแลในเรื่องของความเจ็บปวดและอาการรบกวน
- ชุมชนเข้มแข็งมีการช่วยเหลือเกื้อกูลร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปัญหาอุปสรรค

- ภาระงานมาก ผู้รับผิดชอบคลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังต้องขึ้นเวรเข้าอยู่
- การรับ-ส่งต่อเอกสารล่าช้าและไม่ได้รับประวัติคนไข้จากโรงพยาบาลเฉพาะทาง

การพัฒนาเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จังหวัดอุดรธานี

จุดเริ่มต้นจากโรงพยาบาลต้องการได้รับมาตรฐานพัฒนาคุณภาพจากสภาการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นหนึ่งในมาตรฐานการดูแลและที่โรงพยาบาลมีผู้สูงอายุมารับบริการจำนวนมาก นอกจากนั้นมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลจบปริญญาโท สาขาพยาบาลผู้สูงอายุเป็นผู้ประสาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการจัดการอาการรบกวนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน จนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (Advance cancers) (stage 4)

- แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วย Palliative Care

- ใช้เครื่องมือประเมิน PPS $\leq$ 50 คะแนน (Palliative Performance Scale : PPS)

โดยพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องเชื่อมต่อกันทั้งจังหวัดใช้ระบบ (Continuity of Care : COC) ประกอบด้วย

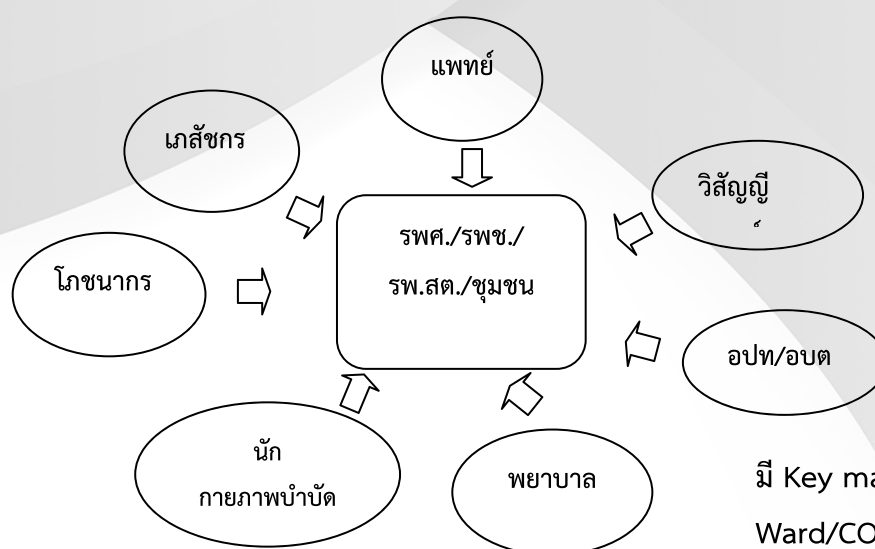
Home Visit (HV)

Home Health Care (HHC)

Home Ward (HW)

โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดตั้งทีม



มี Key man แต่ละกลุ่มงาน/
Ward/COC/เวชกรรมสังคม

2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับในเครือข่าย

- ส่งบุคลากรฝึกอบรม Basic Certificate Course in Palliative Nursing (BCCPN) 6 - 8 สัปดาห์
- จัดประชุมฟื้นฟูวิชาการให้แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และอสม ปีละ 1 ครั้ง
- สอนสาธิตให้บุคลากรพยาบาลระดับรพช./รพ.สต.

3. พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

- แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
- ระบบการให้คำปรึกษา
- กระบวนการดูแลครอบคลุมองค์รวม
- ระบบการบริหารยา

Advance Care Plan

ผู้สูงอายุและญาติต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค และมีโอกาสคิดทบทวนวางแผนว่า ขณะนี้โรคลุกลามอยู่ในระยะไหน ทางเลือกของการดูแลมีอะไรบ้าง เพื่อให้ตัดสินใจวางแผนเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยและญาติร่วมกับ แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ การดูแลด้านจิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อ ประเพณี โดยมีกิจกรรม การขอขมา ทำสังฆทาน นิมนต์พระมาบิณฑบาต

4. สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ

มีศูนย์เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการดูแลต่อเนื่อง : Home Ventilator, Syringe driver : เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ โดยศูนย์บริหารการใช้เครื่องมือดังกล่าว โดยสามารถให้เครือข่าย รพช./รพท./รพช./รพ.สต. ในจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดใกล้เคียงที่เป็นเครือข่ายยืมได้

โดยมีการยืมเครื่องมืออุปกรณ์ในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียงที่เป็นเครือข่าย
งบประมาณ

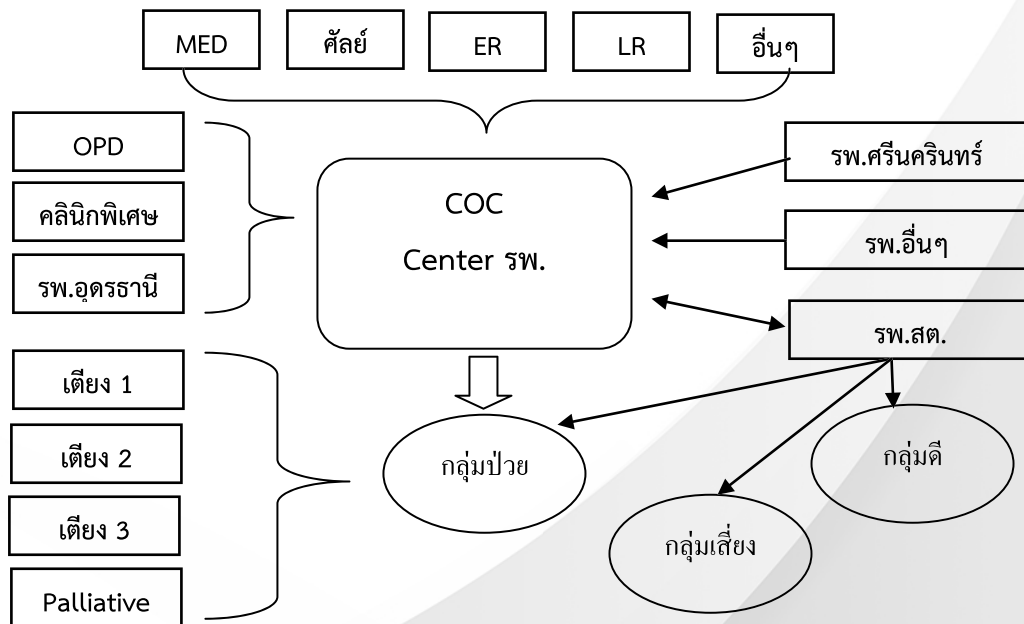
- โรงพยาบาล
- สปสช.
- เงินบริจาค

เครือข่ายในชุมชน

อสม จิตอาสา อบต. วัด

ระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ

รถรับ-ส่งผู้ป่วย : ประสานรถออบต./รถมูลนิธิ/รถรพ.อุดรธานี



การส่งต่อจาก รพศ./รพท./รพช. ส่งต่อรพ.สต. จะมีการโทรแจ้งให้รพ.สต. ไปเยี่ยมบ้าน นอกจากนั้น รพ.สต. ออกเยี่ยมบ้านหาผู้ป่วยรายใหม่ (Case Finding) ในชุมชน ซึ่งอาจจะเป็น Case ที่กลับจากโรงพยาบาล เฉพาะทาง หรือป่วยอยู่ที่บ้านไม่ไปโรงพยาบาล

นวัตกรรม : พัฒนารถเข็นศพจากเดิมเป็นเปล เวลาเข็นศพแขนจะโผล่ออกมา ซึ่งไม่มิดชิด (Expose) จึงพัฒนาเป็นโลงศพ โดยได้รับเงินบริจาค

(ที่มา: พวงพะยอม จุลพันธ์. การพัฒนาเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง จังหวัดอุดรธานี. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เฉพาะทาง. 26 – 28 สิงหาคม 2558 ณ โรงแรมเจริญธานี ขอนแก่น: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558)

เอกสารอ้างอิง

1. เกสรดา ศรีพิชญาการ. เมตตามรณะกับบทบาทพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540.
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด; 2550.
3. ขวัญตา บาลทิพย์ พัชรียา ไชยลังกา และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2543; 20(1):33-44.
4. เครือข่ายพุทธิกา.การดูแลเพื่อการตายดี... การดูแลสุขภาพองค์รวม - เครือข่ายพุทธิกา. เก็บความจากการเสวนาเรื่อง “การดูแลเพื่อการตายดี มิติหนึ่งของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม” ในงาน HA National Forum ครั้งที่ 13 ห้องแกรนด์ไดมอนด์ ณ อาคารอิมแพค.15 มี.ค. 2555
<http://www.budnet.org/sunset/node/32>. 1 ส.ค. 58
5. จินต์จุฑา รอดพล. การตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ, วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549
6. ดำรงค์ แวอาลี. องค์รวมแห่งชีวิตและสุขภาพตามแนวคิดศาสนาอิสลามและทัศนคติในเรื่องความตาย. ใน: ภัคกร ช่วยคุณูปการ บรรณาธิการ. รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547. หน้า 65-66.
7. ดุสิต สถาวร. Overview of end of life care in the ICU. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2550. หน้า 320.
8. ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ และธารณี ลิ้มพงศธร. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. ใน: ศิริวรรณ วนิจสร และคณะ บรรณาธิการ. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษา ด้วยรังสีเคมีบำบัด. กรุงเทพฯ : ฮายาบุสะ กราฟฟิกส์; 2548. หน้า 131-144.
9. ทศนา มหานุภาพ นันทา เล็กสวัสดิ์ และกนกพร สุคำวัง. ทัศนคติต่อการตายของผู้ป่วยและผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. รายงานการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
10. นิการัห์มะ นิจินิการี. การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
11. นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง. ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2541; 6(3): 40-56.
12. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัท ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2554.

13. พินิจ รัตนกุล. จริยธรรมและผู้ป่วยในมรณะวิถี. เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง การแพทย์วัฒนธรรม และจริยธรรม วันที่ 30 พฤศจิกายน – 1 ธันวาคม 2538. นครปฐม: สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538. หน้า 289-309.
14. พวงพยอม จุลพันธ์. การพัฒนาเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองจังหวัดอุดรธานี. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เฉพาะทาง. 26 – 28 สิงหาคม 2558 ณ โรงแรมเจริญธานี ขอนแก่น: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558
15. พระไพศาล วิสาโล. ตายดีมีสุข - พระไพศาล วิสาโล. บทความ ตายดีมีสุข พระไพศาล วิสาโล Phra Paisal Visalo. ... องค์ประกอบหรือเงื่อนไขประการหลังนี้ถือว่าสำคัญที่สุด การตายแบบไม่รู้ตัว เช่น ตายในขณะหลับ. http://www.visalo.org/article/D_deathDeeMeSuk.htm. 1 ส.ค. 58
16. ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. Psychiatric assessment and management in palliative care. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด; 2550. หน้า 97 – 98.
17. มธุรส ศิริสถิตย์กุล. ความตายในคริสต์ศาสนา. ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ บรรณาธิการ. วัฒนธรรม ความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ : บริษัทหนังสือดีวันจำกัด; 2550. หน้า 225-226.
18. เยวรัตน์ จินทอง. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. ใน: ภัคกร ช่วยคุณูปการ บรรณาธิการ. รวบรวมความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547. หน้า 167-168.
19. ราตรี ปิ่นแก้ว และมธุรส ศิริสถิตย์กุล. ชีวิตและความตายในทัศนะของพุทธศาสนา. ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ บรรณาธิการ. วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ : บริษัทหนังสือดีวันจำกัด; 2550. หน้า 117.
20. รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. Palliative Treatment: Form Cure and Care. การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2548 เรื่องการเคลื่อนไหวของสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
21. วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์. การพัฒนาระบบบริการจัดการยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เฉพาะทาง 26-28 สิงหาคม 2558 ณ โรงแรมเจริญธานี ขอนแก่น: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2558
22. วันดี โภคะกุล. ภาวะสุดท้ายของชีวิต. ใน: วันดี โภคะกุล บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2545. หน้า 11 – 15.
23. วัลภา คุณทรงเกียรติ. การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยระยะเรื้อรัง วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. Vol 21, No 4 (2556)

24. วรัญญา เพ็ชรคง. ทศนะเรื่องความตายในศาสนาอิสลาม. ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ บรรณาธิการ. วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ : บริษัทหนังสือดีวันจำกัด. หน้า 239-241.
25. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. สิทธิที่จะตาย. เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง การแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม วันที่ 30 พฤศจิกายน - 1 ธันวาคม 2538. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538. หน้า 166-191.
26. สมาคมการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดแห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติความเจ็บปวดจากมะเร็ง. กรุงเทพฯ พิมพ์ครั้งที่ 1: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย [ม.ป.ป.]
27. สุมาลี นิมนานิตย์. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด; 2550. หน้า 26-29.
28. แสง บุญเฉลิมวิลาศ และ เอนก ยมจินดา. กฎหมายการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ วิญญูชน; 2546.
29. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การสัมมนาเรื่อง”พินัยกรรมชีวิต” วันที่ 21 ก.ค. 2542 ณ ห้องประชุมสลากรีนแบ่งรัฐบาล ชั้น1 ตึกกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร.
30. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหพัฒนพิบูล; 2552.
31. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง.พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ:พิมพ์ที่บริษัทพิมพ์ดีจำกัด ; 2557.
32. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช) ก่อนวันผลิตใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระ สุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ที่คิวพี บจก ; 2554.
33. สำนักพัฒนาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวด จากมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2547.
34. อรัญญา บุญธรรม. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสู่การตายอย่างสงบ 2555.
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/JPMC/article/view/12297>. 1 ส.ค. 58
35. อานนท์ วิทยานนท์. อาการทางจิตใจ. ใน: เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี บรรณาธิการ. Palliative Care : การดูแล เพื่อบรรเทาอาการวิีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์ดี จำกัด; 2542. หน้า 73.
36. อานนท์ วิทยานนท์. การสื่อสารกับผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบประคับประคอง. ใน: ลักษณ์ ชาญเวช บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์; 2547. หน้า 111-134.
37. อุดมวรรณ วันศรี และ ยาวเรศ ประภาษานนท์. เตรียมตัวอย่างไรให้ตายดี How to prepare for good death. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-เม.ย.) 57
38. อนุพันธ์ ดันติวงศ์ ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์ และสุชาย สุนทรภา. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ที่ เอช. พี. เพรส จำกัด; 2550.

39. Hermann, C.P. Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*. 2001; 28 (1): 67–72.
40. Jonseb, A.R., Siegler, M. and Winslade, W.J. *Clinical ethics : A Practical approach to ethical decision in ethical medicine*. (5th ed.). New York : McGraw – Hill. 2002.



ภาคผนวก

1. ถาม – ตอบ (การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย)
2. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 1)
3. หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 2)
4. เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
5. แนวทางมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
6. ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย
7. ตัวอย่างแบบประเมิน
8. คำบอกเล่าของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย

ถาม – ตอบ

(การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย)

สารบัญ (ถาม-ตอบ)

1. เรื่องทั่วไป	หน้า
1.1 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	69
1.2 เป้าหมายในการดูแล	69
1.3 หลักการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ	69
1.4 อาการของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต (Signs of Dying)	70
1.5 การประเมินปัญหาและความต้องการ	70
1.6 ปัญหาด้านร่างกายและแนวทางการดูแล	72
1.6.1 ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน	72
1.6.2 อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน	72
1.6.3 ลำไส้อุดตัน	73
1.6.4 อาการไอ	75
1.6.5 อาการสะอึก	75
1.6.6 ปัญหาช่องปาก	75
1.6.7 ไม่รู้สึกตัว	78
1.6.8 ทำอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสนเกิดขึ้น	78
1.6.9 การร้องครวญคราง	78
1.6.10 มีเสมหะมาก	78
1.6.11 ทำอย่างไรกับเสียงครีคราตในลำคอช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต(death rattle)	78
1.6.12 ควรพิจารณาอย่างไรกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	78
1.6.13 ควรพิจารณาอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมีไข้	78
1.6.14 ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ออกซิเจนหรือไม่	79
1.6.15 ควรให้การดูแลดวงตาอย่างไร	79
1.6.16 ปัญหาผิวหนัง	79
1.6.17 แก้อาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้อย่างไร	81
1.7 ปัญหาด้านจิตใจและแนวทางการดูแล	81
1.7.1 วิทกกังวล	82
1.7.2 ความรู้สึกสิ้นหวัง	82
1.7.3 มีภาวะสับสน	82
1.7.4 ความกลัว	83
1.7.5 ความกดดันทางจิตวิญญาณ	83
1.7.6 โรคซึมเศร้า	83
1.7.7 ต้องการขอโอสถกรรม / การให้อภัย	84

1.7.8 ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อ / ศาสนา	85
2. การดูแลเรื่องอาหาร	85
2.1 การรับประทานอาหาร	85
2.2 ดื่มน้ำน้อย	85
2.3 เปื่ออาหารและซุบผอม	85
2.4 ภาวะกลืนลำบาก	87
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการอื่นๆ นอนไม่หลับ ไม่สุขสบาย เพื่อคลั่ง	88
4. การจัดการกับความเจ็บปวด	88
5. การขับถ่าย	92
5.1 การขับถ่ายอุจจาระ	92
5.2 กลั้นอุจจาระไม่ได้	92
5.3 ท้องผูก	92
5.4 กลั้นปัสสาวะไม่ได้	94
6. อาการหอบเหนื่อย และความไม่สุขสบาย	95
6.1 อ่อนเพลีย	95
6.2 เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ	96
6.3 หายใจลำบาก	97
6.4 การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต	103
7. แหล่งประโยชน์	108
เอกสารอ้างอิง	108

ถาม-ตอบ

1. เรื่องทั่วไป

1.1 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁽³⁾

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวเพื่อให้ยอมรับ และอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม กรณีที่โรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้กำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยปรับสภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถดำรงซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลได้อย่างสมบูรณ์

1.2 เป้าหมายในการดูแล

1. ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักมิใช่ตัวโรค รวมทั้งดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
2. บรรเทาอาการทุกข์ทรมานแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
3. ให้ความช่วยเหลือและแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม
4. ให้ผู้ป่วยจากไปตามวิถีธรรมชาติ ไม่เร่งรัดหรือพยายามเหนี่ยวรั้ง เป็นการจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และเป็นการตายดี

1.3 หลักการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ

1. ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ และความห่วงใยของผู้ดูแล
2. ความสามารถของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากปัญหาในผู้ป่วยระยะท้ายมีความยุ่งยาก ซับซ้อน จึงต้องพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของผู้ดูแลอยู่เสมอ
3. ต้องมีการสื่อสารข้อมูลความเป็นจริงเป็นระยะๆ รวมทั้งการพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลซึ่งมีทั้งด้านจิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน โดยไม่เพิ่มความทุกข์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
4. ให้การดูแลโดยคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วย บรรเทาความทุกข์ทรมาน และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
5. เปิดโอกาสให้บุตรหลานของผู้ป่วยได้เยี่ยมผู้ป่วย ลูกหลานเล็กๆมักช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข รู้สึกดี และภาคภูมิใจ ที่มีบุคคลเป็นช่วงต่อของชีวิต ไม่ควรกังวลเกี่ยวกับครอบครัวหากต้องจากไป
6. การที่ญาติมาเยี่ยมพร้อมหน้ากันแสดงถึงความผูกพันและปรองดองของคนในครอบครัว ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยหมดห่วงกังวลเกี่ยวกับครอบครัวหากต้องจากไป
7. ผู้ดูแลหรือครอบครัวควรสร้างบรรยากาศที่ดี ให้มีภาวะอารมณ์ สีสหน้าแจ่มใสมากกว่าแสดงท่าทีห่วงกังวลหรือซึมเศร้า เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดว่าเป็นสาเหตุของความทุกข์หรือกระวนกระวาย
8. การมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หรือการนัดหมายที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้เผชิญความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นแต่เพียงลำพัง เวลาแม้เพียงเล็กน้อยของผู้มาเยี่ยมมีค่ามากสำหรับผู้ใช้เวลาของชีวิตกำลังจะหมดลง
9. ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยควรมีจิตใจที่สงบ สามารถเผชิญกับความเศร้าโศก สูญเสียได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกินเหตุ หรือแสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วย

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้เสียชีวิต

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้เสียชีวิตจะทำให้ญาติและผู้ให้การรักษาสามารถดูแลคนใกล้เสียชีวิตได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะทำให้สามารถลดการรักษาที่นอกจากไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้ต้องทุกข์ทรมานมากขึ้นและไม่เป็นประโยชน์ใดๆ แก่ใครทั้งสิ้นโดยเฉพาะคนใกล้เสียชีวิต

ประเด็นปัญหาของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบ Palliative Care

ปัญหาสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) แบบ Palliative Care ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร เป็นเพราะผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบการวินิจฉัยและการพยากรณ์ของโรคร้ายตามจริง เนื่องจากญาติปกปิดความจริงต่อผู้ป่วย แม้แพทย์ต้องการบอกให้ทราบ ดังนั้นสิทธิของการตัดสินใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต จึงตกเป็นของญาติกับแพทย์ไปโดยปริยาย ซึ่งเป็นการละเลยหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย บางครั้งญาติเองอาจไม่กล้าตัดสินใจไปทางใดทางหนึ่ง เนื่องจากกลัวผิด กลัวบาป หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติหลายคน ความเห็นของญาติไม่ตรงกัน เช่น ฝ่ายหนึ่งไม่ต้องการให้ยื้อชีวิต อีกฝ่ายอาจให้ “สู้เต็มที่” สร้างความลำบากใจแก่แพทย์ ผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ความตายของผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ในโรงพยาบาลจึงมักถูกยื้อโดยไม่จำเป็น ทำให้เจ็บปวด ทรมาน มีราคาแพง ค่าใช้จ่ายสูง สร้างความทุกข์ทางใจ ทั้งกับผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ หากแพทย์และญาติสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อที่จะได้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รายนั้ว่าต้องการได้รับการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิตหรือ end-of-life care อย่างไร เพื่อที่จะได้ปฏิบัติได้ถูกต้องและลดความทุกข์ของฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

1.4 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ⁽²⁾

1. ประเมินการรับรู้การวินิจฉัยโรคการพยากรณ์โรค/แผนการรักษาแบบประคับประคอง / ความคาดหวังในการรักษาพยาบาล สอบถามฐานะความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพ ตลอดจนค่ารักษาพยาบาล เพื่อนำมาวางแผนการช่วยเหลือ

- พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อสอบถามความเข้าใจ ความเป็นไปของโรค ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ตลอดจนการพยากรณ์โรคและแผนการดูแลรักษา มากน้อยเพียงใด
- ทำความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคองให้ตรงกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติ และมีการบันทึกตกลงในการดูแลแบบประคับประคอง
- ประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)
- สอบถามและสังเกตความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มีต่อกันว่ามีมากน้อยเพียงใด

2. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแรกรับเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม

- ประเมินสภาพผู้ป่วยและบันทึกในแบบฟอร์มตามระบบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ชักประวัติความเจ็บป่วย รวมทั้งการรักษาที่ได้รับทั้งหมด
2. ตรวจร่างกาย
3. ประเมินและติดตามอาการต่างๆของผู้ป่วยระยะท้ายด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท ได้แก่ โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าซึมเศร้า กลุ่มโรคทางจิตประสาท ภาวะซึมเศร้า

3 แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระบบใด ต้องดูแลรักษาแบบองค์รวมเสมอ เพราะผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพใน 3 กลุ่มโรคพร้อมกันในเวลาเดียวกันได้บ่อย การดูแลที่เหมาะสมปลอดภัยในผู้สูงอายุจึงต้องพยายามรักษาสมดุลในทุกะบบอวัยวะให้ผู้ป่วยอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่สภาพ ข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อยคือแพทย์พยายามรักษาโรคในระบบที่ตนเชี่ยวชาญอย่างเต็มที่โดยอาจลืมนึกถึงพยาธิสภาพในอวัยวะอื่นๆ ซึ่งอาจทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการดูแลอย่างเต็มที่ในอีกอวัยวะหนึ่ง เช่นการพยายามรักษาภาวะหัวใจวายด้วยการให้ยาขับปัสสาวะอย่างเต็มที่โดยไม่คำนึงถึงว่า อาจจะทำให้เกิดภาวะไตวาย หรือการใช้ยาลดความดันเลือด กลุ่ม beta-blocker ในผู้สูงอายุที่อาจมีโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง ขอนเรื้อรัง กระตุ้นให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจ และภาวะหายใจหอบในที่สุด

นอกจากนั้นควรคำนึงถึงผลกระทบต่อพยาธิสภาพเหล่านี้ที่มีต่อความพิการที่จะเกิดขึ้น เพื่อป้องกันความพิการและคุณภาพชีวิตที่เลวลง

Polypharmacy ผลจากผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกัน เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ

Social adversity ผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การเกษียณอายุจากการทำงาน เศรษฐฐานะ การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น การจากไปของคู่ครอง ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

ความหมายของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย

คำจำกัดความ

ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (ที่มา:พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ; 2546)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคที่ไม่สามารถจะรักษาให้หายได้ การเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของโรค และพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่าหรือถึงขั้นสูญเสียชีวิต

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายโดยไม่ให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย มีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ “ตายดี” (องค์การอนามัยโลก; 2543)

1.5.2. การร้องครวญคราง

การร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาหารเหล่านี้ได้

1.5.3. มีเสมหะมาก

คนใกล้เสียชีวิตอาจมีเสมหะมาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานมากขึ้นด้วย (ทั้งนี้หมายถึงเฉพาะคนที่ใกล้เสียชีวิตเท่านั้น มิได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

1.5.4. ทำอย่างไรกับเสียงครีคราตในลำคอช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (death rattle)

อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่าเสียงที่เกิดขึ้นนั้นมาจากสารคัดหลั่งที่เกิดขึ้นตามปกติของมนุษย์ทุกคน แต่ผู้ใกล้เสียชีวิตไม่มีแรงพอจะกลืนได้ ไม่ได้เกิดจากมีการสำลักหรือมีของแปลกปลอมติดในลำคอ การใช้เครื่องช่วยดูดไม่ได้ช่วยทำให้มีอาการดีขึ้น นอกจากเพิ่มความรำคาญความลำบากและความทุกข์ทรมานแก่ผู้เสียชีวิต

- อย่าให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตมากเกินไปจนสมควร
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบ และช่วยหันศีรษะไปด้านในด้านหนึ่ง เพื่อให้สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้นสามารถไหลออกได้สะดวก
- หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องดูดเสมหะ
- การพิจารณาให้ยากกลุ่ม hyoscine (เช่น Buscopan® หรือ Scopolamine® ป้องกันไว้ก่อนอาจช่วยบรรเทาได้)

1.5.5. ควรพิจารณาอย่างไรกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

- ถ้ามีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอยู่เดิม พิจารณาอัตราการให้ให้ลดลง
- ถ้าไม่มีการให้สารน้ำไว้แต่เดิม ให้ผู้ป่วยจิบน้ำตามต้องการรวมถึงให้การดูแลสุขภาพช่องปาก
- ถ้าครอบครัวผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับเรื่องการให้สารน้ำ ให้การอธิบายถึงข้อดีข้อด้อยตามที่ได้เกริ่นนำไว้แล้ว แต่ถ้าหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรพิจารณาให้สารน้ำทางใต้ผิวหนัง

1.5.6. ควรพิจารณาอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมีไข้

- ใช้ผ้าเย็นที่เปียกชื้นพอประมาณเช็ดตัว
- เปิดพัดลมหรือให้ผู้ป่วยพักในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ
- ให้น้ำ paracetamol ถ้ารับประทานไม่ได้
- โดยทั่วไปไม่แนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะ

1.5.7. ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ออกซิเจนหรือไม่

- จำเป็นถ้าผู้ป่วยมีปัญหาของการหายใจลำบาก และมีการให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการมาก่อน

1.6 ปัญหาด้านร่างกายและแนวทางการดูแล⁽²⁾

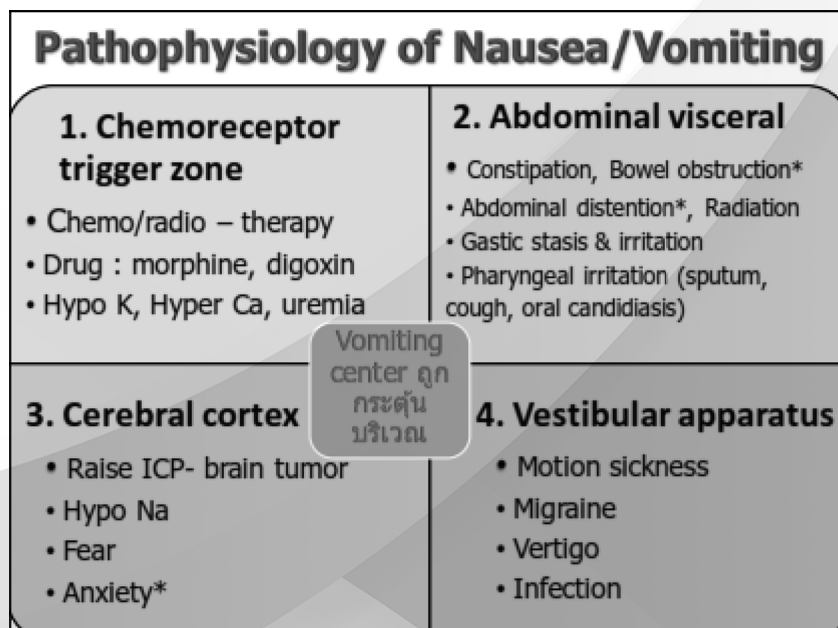
1.6.1 ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - ก่อนนอน

กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีแรงแม้แต่จะบ้วนปากหรือถูฟัน ใช้ช่วยด้วยการ

- ใช้ที่กดลิ้น ด้ามข้อหรือส้อม ก้านตะเกียบไม้ พันด้วยผ้ากอซที่เปียกชื้น ทำความสะอาดช่องปาก
- ใช้สารหล่อลื่นที่ละลายน้ำได้ ป้ายบนลิ้นที่เป็นฝ้าหนา

1.6.2 คลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and Vomiting) ประเมินและซักประวัติ (4)

- มีอาการคลื่นไส้ หรืออาเจียน หรือมีทั้งสองอาการ
- ลักษณะการอาเจียน (ความถี่, ปริมาณ, ความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร)
- ซักประวัติเรื่องท้องผูก ท้องอืด มีภาวะแคลเซียมสูงในเลือด มีความเครียด
- มีอาการหรือลักษณะเฉพาะหรือไม่ ถ้าใส่ท่อตัน (gut obstruction) ความดันในสมองเพิ่มขึ้น (Increased intracranial Pressure : ICP) ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ (epigastric pain)
- ได้รับยาที่ทำให้มีผลข้างเคียง



การรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน

1. Chemoreceptor trigger zone:

Ondansetron, Haloperidol, Metoclopramide

2. Abdominal visceral

2.1 Prokinetic – Metoclopramide (Plasil)

2.2 Antisecretory- Buscopan, Octreotide

3. Vestibular apparatus :Diphenhydramine

4. Cerebral cortex: Dexamethazone, Lorazepam

อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน ควรดูแลดังนี้

1. ติดตามประเมินภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ ประเมินภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ถ้ามีการอาเจียนรุนแรง
2. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันถ้าน้ำหนักลดลงมากกว่า 1 กิโลกรัม ใน 1 วัน ถ้าผู้ป่วยมีอาการกระหายน้ำ แสดงว่ามีการสูญเสียน้ำจากร่างกาย จำนวนมาก
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสบาย ลดสิ่งกระตุ้น เสียง กลิ่น ความปวด
4. รับประทานอาหารปริมาณน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ลดอาการคลื่นไส้ด้วยน้ำแอปเปิ้ล น้ำซุบ น้ำจิง
5. ถ้ามีเฉพาะอาการคลื่นไส้ให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายปริมาณน้ำน้อย เช่น โจ๊ก
6. ไม่รับประทานอาหารร้อน เพราะกลิ่นอาหารอาจทำให้อาการ คลื่นไส้มากขึ้น ให้รับประทานอาหารปกติที่อุณหภูมิห้อง
7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง
8. หลังอาหารควรจัดทำผู้ป่วยให้นั่งกึ่งนอนพึงศีรษะให้สูงอย่างน้อย 30 นาที ดูแลความสะอาดช่องปาก (Oral hygiene care) หลังอาเจียนทุกครั้ง
9. สวมเสื้อผ้าที่สบายตัว ไม่คับ ให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือดู CD รายการที่ ชอบ/สนใจ
10. กระตุ้นให้ทำความสะอาดช่องปากและฟันหลังรับประทานอาหาร ทุกมื้อ ให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน และ/หรือ สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
11. การฝังเข็ม/การนวด (Acupuncture/ acupressure)

1.6.3 ลำไส้อุดตัน Malignant Bowel Obstruction (MBO)⁽⁴⁾

Malignant Bowel Obstruction

- พบ 20-50% ใน ovarian CA, 10-29% ใน colorectal CA (Ripamonti, 2008; Tuca, 2008)
- ระยะเวลาที่วินิจฉัยมะเร็งจนเกิด MBO ~ 6-24 เดือน
- Estimated median survival ในผู้ป่วยที่ผ่าตัด ไม่ได้ ~1 เดือน และ 6-month life expectancy <8% (Tuca, 2008)
- การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) ไม่เปลี่ยนแปลงพยากรณ์โรค

กระเพาะอาหารไม่เคลื่อนไหว (Gastric Stasis) ช่องระบายอุดตัน (Outlet Obstruction)

- ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรู้สึกพองอยู่ได้ ไม่ค่อยมีอาการคลื่นไส้ รู้สึกสบายขึ้นหลังอาเจียนมักอาเจียนหลังรับประทานอาหารไม่นาน อาเจียนมักไม่มีน้ำดี (bile) ปน ท้องไม่อืด

ลำไส้อุดตัน (Intestinal Obstruction)

- มีคลื่นไส้อาเจียนมาก มีอาการอ่อนเพลีย ท้องอืดมาก ใน complete obstruction มีปวดบิดเป็นพักๆ (colicky pain) ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ อาเจียนบ่อย ปริมาณไม่มาก

การจัดการลำไส้อุดตัน (Management of Malignant Bowel Obstruction)

ผ่าตัด (Surgical options, Resection, Stoma, Stent : (Self-expandable metal stents SEMS as an alternative or adjunct to surgery)), Laser ablation

กรณีที่ไม่ควรผ่าตัด (Poor prognosis for Surgery)

ลำไส้อุดตันจากการกระจายของมะเร็ง (มี intestinal motility จาก diffused carcinomatosis)

ผอมแห้งเหี่ยวผิวดำคล้ำ ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดในผู้ป่วยมะเร็ง (Advance cachexia)

- อายุมากกว่า 65 ปี โดยเฉพาะถ้ามี cachexia ร่วมด้วย
- มีน้ำในโพรงเยื่อช่องท้อง ท้องมาน (ascites) ที่ต้องเจาะบ่อยๆ
- เคยฉายแสงบริเวณช่องท้อง/ช่องเชิงกรานมาก่อน
- มีการกระจายของ cell มะเร็งจำนวนมาก (distant metastases) มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion)
- การอุดกั้นเป็นหลายตำแหน่ง
- Poor performance status

EPEC module – Bowel obstruction

การดูแลผู้ป่วยลำไส้อุดตันที่ไม่ได้รับการผ่าตัด (Inoperable Intestinal obstruction)

- ภาวะขาดน้ำ (Hydration)
 - การให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ (Intravenous)
 - การให้สารน้ำทางใต้ผิวหนัง (Subcutaneous (preferred))
- ยาที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของกระเพาะและลำไส้ (Prokinetics : Metoclopramide)
- ยาระงับความรู้สึกยาระงับปวด (Analgesics : Morphine, fentanyl)
- ยาแก้อาเจียน (Anti-emetics: Haloperidol)
- ยาต้านการอักเสบ (Anti-secretory agents : Buscopan Octreotide)

ยาที่ช่วยในระบบทางเดินอาหารอุดตัน (Drugs Helpful in GI obstruction)

- Metoclopramide 60 -80 mg SC over 24 hrs
- Hyoscine butylbromide (Buscopan)
60 mg SC over 24 hrs in the case of total obstruction (Colic)
- Haloperidol 5 -10 mg SC over 24 hrs if nausea is a significant symptom
- Dexamethasone 8-16 mg IV/SC for recent total obstruction
- Octreotide 300 -600 mcg SC over 24 hrs to control frequent large volume vomits

Corticosteroids in Malignant Bowel obstruction

Cochrane Review 2008

- Dexamethasone 6-16 mg IV/SC may bring about resolution of obstruction
- Incidence of side effects is extremely low
- No impact on length of survival

การกินและการดื่มในผู้ป่วยทางเดินอาหารอุดตัน (Eating and drinking in IG obstruction)

- ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวเท่าที่ได้ ถ้าใส่ยังพอดูดซึมน้ำได้บ้าง
- ผู้ป่วยมักทนความไม่สบายจากสภาวะขาดน้ำได้ถ้าดูแล mouth care ดี

ความเข้าใจผิด

ศัลยแพทย์และบุคลากรสุขภาพเข้าใจว่า complete gut obstruction ต้องรักษาโดยการให้ IV drip และ NG suction เท่านั้น

EPEC module – Bowel obstruction

1.6.4 อาการไอ ควรดูแลดังนี้

1. สังเกตการไอถี่หรือห่าง ช่วงระยะเวลาในการไอ ลักษณะ จำนวนสีและกลิ่นของเสมหะ
2. ให้กลั้วคอด้วยน้ำเกลืออุ่นบ่อยๆ เพื่อความสะอาดและช่วยลด อาการเบื่ออาหารได้
3. แนะนำให้ปิดปากทุกครั้งที่มีไอ มีภาชนะใส่เสมหะและปิดให้มิดชิด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. แนะนำให้ผู้ป่วย Breathing Exercise ป้องกันเสมหะคั่งค้าง และ ภาวะ Obstructure
5. ให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัว ไอออกได้ง่าย
6. การให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์
7. จัดท่านอนที่ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ผู้ป่วยหายใจสะดวก

1.6.5 อาการสะอึก ควรดูแลดังนี้

1. ประเมินลักษณะการหายใจ การสะอึก ภาวะ Cyanosis ของปลายมือปลายเท้า
2. ช่วยลดการสะอึกโดยให้ผู้ป่วยหายใจในถุงพลาสติก เพื่อจะได้สูด เอาออกซิเจนเข้าไป ทำนาน 5 นาที แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะให้หยุดทันที เพราะผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้
3. กรณีสะอึกจากการขยายตัวของกระเพาะเกินขนาดให้ดูดเอาน้ำ ในกระเพาะออก
4. ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าลึกๆ และค่อยๆ ผ่อนลม หายใจออก
5. ให้ดื่มน้ำชาๆ ระวังระวังการสำลัก ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารขณะสะอึก
6. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ให้นอน Fowler's position หรือนอนศีรษะสูงป้องกันการสำลัก

1.6.6 ปัญหาช่องปาก (Oral Problems)⁽⁴⁾ ปัญหาช่องปากที่พบบ่อยได้แก่

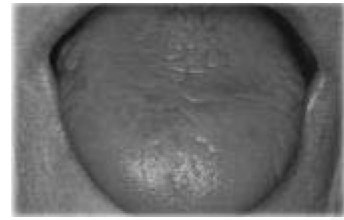
1.อาการปากแห้ง (Dry Mouth)

สาเหตุ

- มะเร็งในช่องปาก
- Fluid/elec imbalance: ขาดน้ำ hyper Ca
- การรักษา: CMT, RT บริเวณศีรษะลำคอ → salivary gland fibrosis
- ยา: amitrip, plasil, MO, diuretics, antihypertensives, antihistamines
- ตัวผู้ป่วย: หายใจทางปาก กังวล ซึมเศร้า ติดเชื้อ
- อื่นๆ: กาแฟ บุหรี่ เหล้า ให้ O₂ ที่ไม่มีความชื้น (humidified)

ผลกระทบของอาการปากแห้ง

- น้ำลายเหนียว เคี้ยว กลืนอาหารลำบาก
- การรับรสเสียเบื่ออาหาร
- พุดลำบาก
- มีกลิ่นปาก จากอาหารค้างในปาก ฟันผุง่าย
- มีโอกาสเกิดแผล ในปากและลิ้นอักเสบ ติดเชื้อง่าย
- ไม่สามารถใส่ฟันปลอมไว้ได้



การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปากแห้ง

- จัดการสาเหตุ
- น้ำลายเทียม (Artificial saliva)
- Pilocarpine tab 5-10 mg tds ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคปอดอุดตันเรื้อรัง (contraindication in asthma,COPD)
- 4% Pilocarpine eye drop 3-5 drops (6-10 mg) tds Unlicensed)



การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการปากแห้ง

1. รักษาความสะอาดช่องปาก สม่ำเสมอ Mouth care ก่อน/ระหว่าง/หลัง การฉายแสง
2. อมบ้วนปากด้วยน้ำธรรมดาหรือน้ำเกลือออร์มัล (ผสมเกลือครึ่งช้อนชาในน้ำ 250 ซีซี) บ่อยๆ โดยอมบ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง หรือเท่าที่ต้องการ จะช่วยให้เกิดความชุ่มชื้นและช่วยลดความเหนียวของน้ำลาย
3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว (2,000-2,500 มล./วัน) โดยใช้จิบน้ำเปล่าบ่อยๆ หรือใช้น้ำบรรจุขวดที่สามารถฉีดพ่นในปาก อมน้ำแข็ง จิบน้ำบ่อยๆ เพื่อช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในปาก
4. เลือกผลิตภัณฑ์เฉพาะสำหรับผู้ป่วยภาวะน้ำลายแห้ง ได้แก่ การใช้ยาสีฟัน เจลเคลือบช่องปากและน้ำยาบ้วนปากที่ไม่ระคายเคือง
5. รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพช่องปาก โดยรับประทาน อาหารที่มีความชุ่มชื้น ชื่นเล็ก และมีน้ำเป็นส่วนประกอบ เช่น ข้าวต้ม น้ำซุป น้ำข้าว ก๋วยเตี๋ยว น้ำ ก๋วยเตี๋ยว ราดหน้า ไม่ควรรับประทานอาหารที่แข็ง ชื่นใหญ่ และแห้ง เช่น ขนมปังกรอบ อาหารปิ้งย่าง
6. แนะนำให้ใช้สารที่ให้ความชุ่มชื้นกับช่องปากและริมฝีปาก เพิ่มการไหลของน้ำลาย (saliva flow) อมผลไม้ (สับปรด/มะนาวฝานแช่แข็ง) ลูกอมรสเปรี้ยว เคี้ยวหมากฝรั่ง (sugar free) เลี่ยงอาหารแห้งกรอบ กาแฟ บุหรี่ แอลกอฮอล์ เพิ่มความชื้นภายในห้อง
7. ประเมินการติดเชื้อในช่องปาก
8. ดูแลสุขภาพในช่องปาก โดยแปรงฟันหลังมื้ออาหารและ ก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม ขนาดเล็ก / แคน และจุ่มแปรงในน้ำอุ่น เพื่อให้ขนแปรงอ่อนนุ่มก่อนใช้แปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟัน
9. ถ้าลิ้นมีคราบขาว ใช้แปรงขนนุ่ม หรือใช้ 1.5% hydrogen peroxide/sodium bicarb บ้วนปาก

2. มีเชื้อราในช่องปาก (Oral Candidiasis)

มีผลทำให้

- ลักษณะคราบขาว ติดลิ้น เยื่อภายในช่องปาก
- กลืนลำบาก บ่นเจ็บปากและคอ
- เบื่ออาหารจากการรับรสเสียไป
- คุณภาพเสียงเสียไป-พบเสียงแหบ

สาเหตุ

- ไม่ได้ดูแลความสะอาดช่องปาก (Oral care practice Poor oral hygiene) เนื่องจากเหนื่อย ทำเองไม่ได้ ขาดคนดูแล
- ปากแห้ง (Dry mouth) /หายใจทางปาก
- ดื่มน้ำน้อย สูญเสียน้ำจากอาการคลื่นไส้อาเจียน

การรักษาเชื้อราในช่องปาก (Treatment of Candidiasis)

ยา (Drug)

- Clotrimazole อมบิd,tid
- Nystatin อมกั้วคอ
- Fluconazole (200)

การดูแลโดยไม่ใช้ยา (Non –Drug)

- น้ำเกลืออุ่น อม บ้วนปากบ่อยๆ
- ใช้แปรงขนนุ่ม แปรงเด็ก แปรงลิ้นและฟัน
- ทำความสะอาดช่องปาก 1.5% hydrogen peroxide/chlorhexidine mouth wash/ sodium bicarb
- Liquid /soft diet กรณีมีปัญหากลืนลำบาก

3. แผลในปาก (Mouth Sore)

สาเหตุ :

- ยา: MO, amitrip
- RT
- หายใจทางปาก
- CMT
- Herpes simplex
- Aphthous ulcers

การรักษา

- รักษาสาเหตุ
Candidiasis - cotrimazole
Herpes simplex - Acyclovir
- ทา Kenalog in orabase
- ยาแก้ปวด: Xylocaine viscous 2% soln ทา ASA 325 mg + NSS กลั้วปาก Morphine oral/inj ในรายรุนแรง
- เลี่ยงอาหารร้อน เผ็ด รสจัด
- ทำความสะอาดช่องปาก (Mouth care)

1.6.7 การดูแลดวงตาของผู้ป่วย

- ใช้ผ้ากอสหรือผ้าสะอาดปิดตาทั้งสองข้าง
- ถ้าดวงตาไม่สามารถปิดได้สนิท ให้หยอดน้ำเกลือธรรมดา(normal saline) 1-2 หยดที่ดวงตาทุกชั่วโมง เพื่อป้องกันแ้วตาแห้ง

1.6.8 ปัญหาผิวหนัง (Skin Problem) ของผู้ป่วยได้แก่

- คัน (Pruritus /itching)
- แผลกดทับ (Pressure ulcers)
- แผลมะเร็ง (Fungating wound)
- แผลผ่าตัดลำไส้ (Colostomy)
- แผลที่มีรูรั่ว/ทะลุ (Fistula)

แผลมะเร็ง (Fungating Wound) คือแผลที่เกิดจากเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายแทรกซึมเข้าไปในผิวหนัง อาจเกิดทั้งบริเวณผิวหนังหรือก้อนมะเร็ง บางครั้งลึกเป็นโพรง

- พบได้ 5% ของผู้ป่วยมะเร็ง และ 10% ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- มักพบในช่วง 3-6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต
- มักพบในโรคต่างๆ ตามลำดับดังนี้
 - มะเร็งเต้านม (Breast cancer) พบประมาณ 25%
 - มะเร็งผิวหนัง (Malignant melanoma)
 - มะเร็งปอด (Lung cancer)
 - มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal cancer)

Ferrell & Coyle , 2006; Twycross, Wilcock & Stark, 2009

การรักษา (Treatment)

- การผ่าตัด (Surgery) : มักไม่ค่อยมีบทบาท เนื่องจากมีโอกาสมะเร็งเลือดออกมาก มีการติดเชื้อ
- เคมีบำบัด (Chemotherapy) : อาจช่วยลดขนาดก้อน ถ้าเป็นชนิดที่ตอบสนองดีต่อ CMT
- การฉายแสง (Radiotherapy) : ช่วยลดขนาดก้อน ลดภาวะเลือดออกจากแผล ลดอาการปวด ลด exudate (สารคัดหลั่งออกจากแผล)

Ferrell & Coyle , 2006; Twycross, Wilcock & Stark, 2009

การควบคุมอาการปวด (Pain Control)

- ให้ยาลดปวดก่อนทำแผล
 - Fentanyl inj. 25 mcg (0.5cc) SL 5-10 นาที
 - Ketamine 0.25 ml ผสมน้ำผึ้งเป็น 2 ml SL 10 นาทีแล้วกลืนก่อนทำแผล 15 นาที

- Superficial pain
 - น้ำแข็ง (Ice pack) ประคบก่อนและหลังทำแผล topical lidocaine ให้ทันทีหลังทำแผลเสร็จ
 - ใช้ topical analgesia (opioid) ยาออกฤทธิ์โดยไปจับกับ peripheral opioid receptor
MO-IR บดผสม KY-gel ใส่ที่แผล (Back & Finley 1995) MO inj 5 mg ผสม KY-gel 5 ml

การห้ามเลือด (Bleeding Control)

- Adrenaline ชุบก้อนส กดแผลนาน 5-10 นาที
- Sucalfate (ulsanic) 1 gm ผสมกับ water 1 ml +KY- gel 1 หยด apply บริเวณที่เลือดออก
- ใช้ sofatule

การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control)

อาบน้ำตามปกติ เป็นผลดีต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่ากายสะอาด

การตัดเล็ม เนื้อตายออกจากแผล (Debridement necrotic tissue)

- สำลีชุบ NSS จนชุ่มขัดถูเนื้อตายออก
- ใช้ syringe ดูด NSS 35 ml ใช้เข็มเบอร์ 18 ฉีดล้างแผลช่วยชะล้างเนื้อตายออก
- วิธีการ autolytic โดยการใช้ผลิตภัณฑ์ Hydrogel

Odor Control

บดยา metronidazole tab (200 mg) ให้ละเอียดแล้วโรยบนแผล

- ใช้ gauze ชุบ metronidazole inj จนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผลสามารถลดกลิ่นได้ภายใน 2-7 วัน
- ระวังอย่าให้แผลแห้งมิดนั้นก้อนจะติดกับแผลถ้าลอกออกจะส่งผลให้ปวดและเลือดออกได้

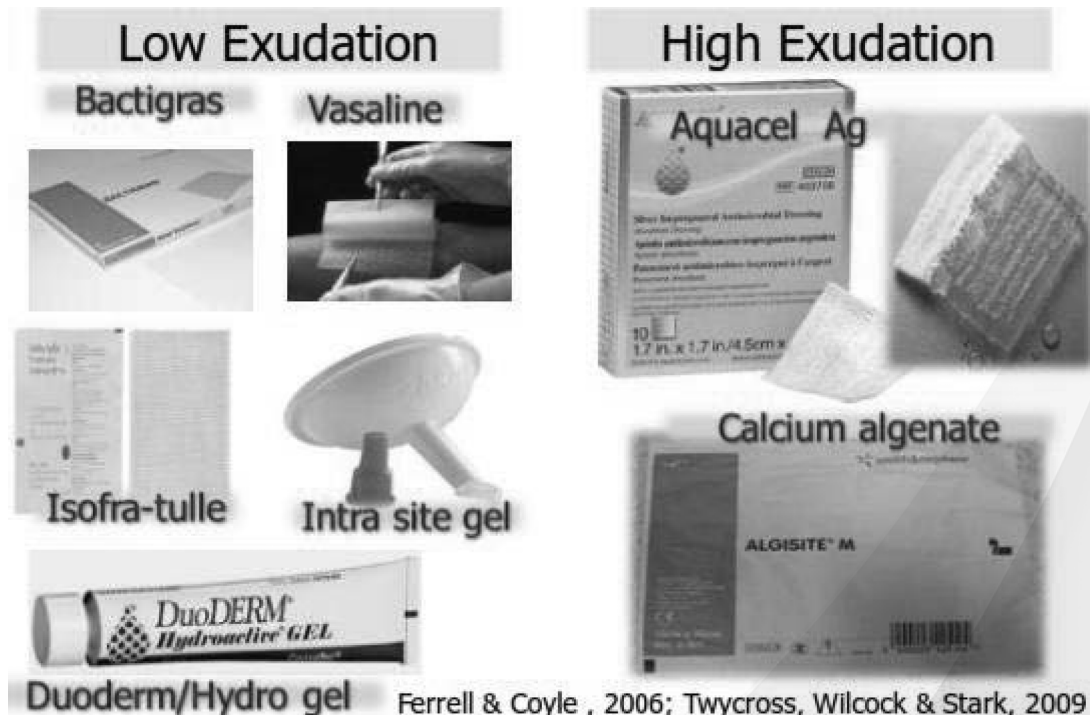
Ferrell & Coyle , 2006; Twycross, Wilcock & Stark, 2009

การควบคุมสารคัดหลั่งออกจากแผล (Exudates Control)

- เปลี่ยนวัสดุชั้นแรกวันละครึ่ง
- ใช้วาสลีนก้อนในการปิดแผลชั้นแรกก่อนและชั้นที่สองตามด้วย ท็อปก้อน
- ชั้นที่สองเปลี่ยนวันละ 2-3 ครั้ง ถ้าสารคัดหลั่งมีปริมาณมาก
- ปกป้องผิวหนังรอบๆ แผลจากสารคัดหลั่งโดยใช้ skin barriers



Exudates Control



ให้การดูแลผิวหนังอย่างไร

- ช่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถทุก 2 ชั่วโมง
- ช่วยขยับแขนขาด้วยการช่วยจับยึดและงอบริเวณข้อพับต่างๆ เพื่อป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและเอ็นยึด
- ใช้ที่นอนลม น้ำหรือไฟฟ้า รวมถึงหนังแกะที่มีขนนุ่มรองรับบริเวณที่มีการกดทับ

1.6.9 แก้ไขอาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้อย่างไร

- อาการชักให้ใช้ diazepam 10-30 มก. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ
- ในกรณีที่มีภาวะตกเลือดมากหรือมีปัญหาทางระบบหายใจอย่างฉับพลันและทำให้เกิดความกลัวและกังวลอย่างมาก การให้ midazolam 5-10 มก. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือหลอดเลือดดำจะช่วยได้อย่างมาก
- ความปวด/หายใจลำบากถ้าเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันให้เพิ่มขนาดยา morphine ที่มีผู้ป่วยได้รับอยู่เดิม ในทุก 4 ชั่วโมง ประมาณ 50% ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือทางหลอดเลือดดำ
- วิดกกังวลอย่างเฉียบพลัน ให้ haloperidol 2.5-10 มก. ฉีดเข้าทางใต้ผิวหนัง หรือหลอดเลือดดำ

1.7 ปัญหาด้านจิตใจและแนวทางการดูแล⁽³⁾

เมื่อผู้ป่วย ใจจะป่วยด้วย ยิ่งคนป่วยหนักใกล้เสียชีวิตต้องดูแลประคับประคองใจอย่างมาก เขาจะกลัวที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง การถูกโดดเดี่ยว และสิ่งที่เขาต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจ และอยู่ข้างๆเขาเมื่อเขาต้องการ ต้องให้โอกาสเขาแสดงความรู้สึกและความต้องการ โดยการพูดคุยและเป็นผู้รับฟังที่ดีและควร

ปฏิบัติตามความต้องการของเขา หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคับประคองใจจนสบายใจขึ้น กับทั้งให้โอกาสเขาเปลี่ยนแปลงความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

1.7.1 วิตกกังวล ดูแล ดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อลดความกดดันทางอารมณ์และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ
2. ให้ข้อมูลในเรื่องที่ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและข้อมูลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ
3. ประเมินและค้นหาสาเหตุที่ทำให้ปวดจนนอนไม่หลับ และดูแลเรื่องการบรรเทาปวด
4. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ
5. จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบาย เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกและลดการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องและทรวงอก
6. ให้นอนหลับตามแผนการรักษาร่วมกับยาแก้ปวด และประเมินภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา เช่น การหายใจ ชีพจร
7. ให้กำลังใจและเห็นใจโดยการใช้คำพูดที่สุภาพ และการสัมผัสที่นุ่มนวล
8. ชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน
9. แนะนำให้ครอบครัว /ญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย
10. ถ้าผู้ป่วยวิตกกังวลมาก รายงานแพทย์และดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์
11. ค้นหาแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยและสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการโดยไม่ขัดต่อโรคที่เป็นอยู่

1.7.2 ความรู้สึกสิ้นหวัง ควรดูแล ดังนี้

1. ประเมินสภาพทางครอบครัว สังคมของผู้ป่วย
2. ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย
3. ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก รับฟังการระบายความรู้สึกต่างๆ
4. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง
5. เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาล การทำกิจวัตรประจำวันหรือปรับเปลี่ยนในการดูแลตนเอง
6. ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ป่วยกับครอบครัว
7. ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันโดยใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
8. หาอุปกรณ์ ช่วยในการสื่อสาร

1.7.3 มีภาวะสับสน ควรดูแล ดังนี้

1. การประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2. Check V/S
3. Record I/O
4. ตรวจสอบภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O₂ เพียงพอ
6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์
7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในอาการและการแสดง ที่เกิดขึ้นเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
9. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

1.7.4 ความกลัว ควรดูแล ดังนี้

1. ลดปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว ได้แก่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยตกใจหรือเจ็บปวด ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ ให้ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยขาดและต้องการ
2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความกลัว
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่น และเปิดโอกาสให้ได้แสดงความรู้สึก
4. อธิบายให้ครอบครัว/ญาติ รับทราบปัญหาของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือในการลดปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลัว

1.7.5 ความกดดันทางจิตวิญญาณ ควรดูแล ดังนี้

1. รับฟังและยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก
2. ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่ได้เล่าความรู้สึกของตนเอง
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในด้านบวก
4. ช่วยให้ผู้ป่วยหาความหมายของการเจ็บป่วยในเชิงเหตุผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในชีวิตโดยการใช้คำถามปลายเปิด เช่น “ คุณรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ”
5. ช่วยค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ
6. แนะนำการผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ในช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน
- 7.ปรึกษานักให้คำปรึกษา / หรือนักจิตวิทยา
8. ให้อาการพูดคุยและเปิดโอกาสให้กับครอบครัว เพื่อน และ บุคคลสำคัญของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้พูดระบายในสิ่งที่คับข้องใจ

1.7.6 โรคซึมเศร้า (Depression)

- พบได้ 6-27% ของผู้ป่วย
- พบเพิ่มขึ้นใน : มีโรคร่วมกันหลายโรค (medical co-morbidities) เจ็บป่วยฉับพลัน (acute care admission), มีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (an increased level of pain)
- Dysphoric symptoms : เศร้าโศก (sadness), สิ้นหวัง (hopelessness), รู้สึกผิด (guilt)
- ให้การดูแลรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic and pharmacologic interventions)
- First-choice antidepressants : SSRIs eg Fluoxetine, (Prozac) Sertraline (Zoloft) aroxetine (Paxil)

Ferrell & Coyle , 2006; Twycross, Wilcock & Stark, 2009

ต้องแยกจากครอบครัว รู้สึกเศร้า โดดเดี่ยว และท้อแท้ ควรดูแล ดังนี้⁽³⁾

1. ปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรัก และความผูกพันต่อสิ่งต่าง ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความสุขที่ได้เล่าถึงความทรงจำที่ดี หรือความสำเร็จในชีวิตให้ใครสักคนฟัง
2. พยาบาลทำหน้าที่เป็นคนกลาง ส่งเสริมให้ญาติที่มีความหมายมากกับผู้ป่วยได้มีโอกาสดูแลอย่างใกล้ชิด การสัมผัสทางกายหรือการนวดผิวหนึ่งเป็นครั้งคราวเป็นการสื่อความรักและความห่วงใยที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขดี และไม่รู้สึกละเลยถูกทอดทิ้ง

มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ควรดูแล ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย / ญาติ
2. ประเมินภาวะทางจิต - สังคม และให้คำปรึกษา ช่วยให้ภาวะอารมณ์ผ่อนคลายและเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหา
3. สืบค้นภาวะทางจิตหรือโรคทางสมองเพื่อส่งต่อการรักษาทางการแพทย์
4. สังเกตสัญญาณเตือนภัยทั้งด้านความคิด คำพูดและการกระทำ เช่น คำพูด “ไม่รู้จักมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่ออะไร” “อยู่หรือตายก็มีค่าเท่ากัน” “ถ้าเป็นอะไรไปขอให้คุณหมอทราบว่าคุณหมอได้ทำหน้าที่ของคุณหมอดีที่สุดแล้ว” การเขียนพินัยกรรม การขอขมาลาโทษแก่ผู้ที่เคยทำให้ ชื่นเคืองใจ
5. มีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่มีสัญญาณเตือน
6. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษาหรือส่งต่อ
7. ส่งปรึกษาทีมให้บริการปรึกษา
8. มีการทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บางอย่างให้ทีม พยาบาลทราบ
9. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ ปลอดภัย จัดเก็บอุปกรณ์ ที่ผู้ป่วยอาจนำไปใช้ทำร้ายตนเองได้
10. พูดคุย และหาแนวทางการแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

1.7.7 นอนไม่หลับ⁽¹⁾

หลีกเลี่ยงการนอนในเวลากลางวัน ไม่ทำกิจกรรมต่างๆ บริเวณที่นอน เช่น การดูทีวี การคุยโทรศัพท์ เข้านอนในเวลาเดียวกันทุกวัน ทำจิตใจให้ผ่อนคลายหลีกเลี่ยงความคิดหมกมุ่นก่อนเข้านอน

1.7.8 ต้องการขอโหสิกรรม / การให้อภัย ควรดูแล ดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ และความกังวลใจต่างๆ ในอดีตที่อัดอั้นในใจ เป็นผู้รับฟังที่ดี ปลอดภัย และให้กำลังใจ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้กล่าวคำขอโทษ / ขอโหสิกรรม หรือกล่าวคำอโหสิกรรมต่อบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยพยาบาลช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเงียบสงบ

3. แนะนำวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแก่ญาติ เช่น

- 3.1 แนะนำให้ญาติสัมผัสผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณซอกคอ หรือผิวแก้ม แทนการสัมผัสที่มือหรือเท้า เพราะการไหลเวียนของเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกายลดลงทำให้การรับสัมผัสในบริเวณดังกล่าวจะเสียไป
- 3.2 การพูดควรพูดด้วยน้ำเสียงที่ดังพอควร ไม่ควรใช้การกระซิบที่ข้างหู เพราะจะทำให้ผู้ป่วยสับสน
- 3.3 การพูดคุยควรพูดคุยแต่เรื่องดี หรือแนะนำให้ผู้ป่วยสวดมนต์ หรือเอยนามพระเจ้าที่ผู้ป่วยนับถือ

1.7.9. ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อ / ศาสนา ควรดูแล ดังนี้

1. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการเจ็บปวด และพิจารณาการให้ยาแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษา การบริหารยาที่ดีจะช่วยผู้ป่วยให้มีสติรู้ตัวในระดับที่จะสามารถปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือได้
2. ควรซักถามผู้ป่วยและญาติว่า ผู้ป่วยนับถือศาสนาและมีความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาที่นับถืออย่างไร โดยพยาบาลช่วยจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบและเป็นส่วนตัวให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ

2. การดูแลเรื่องอาหาร

2.1 การรับประทานอาหาร⁽³⁾

ผู้ป่วยไม่ต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารได้แทบทุกชนิดให้ครบ 5 หมู่ ตามความต้องการให้ครบทั้ง 3 มื้อ ในเวลาเดียวกันทุกๆ วัน

2.2 ดื่มน้ำน้อย⁽³⁾

คนใกล้เสียชีวิตจะดื่มน้ำน้อยลงหรือดื่มน้ำเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้เสียชีวิตไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ทำให้คนป่วยรู้สึกดีขึ้น หากปาก ริมฝีปาก จมูกแห้ง และตาแห้งให้หมั่นทำความสะอาด และรักษาความชื้นไว้ โดยอาจใช้สำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก หรือใช้สีกึ่งทาริมฝีปาก สำหรับตากก็ให้หยอดน้ำตาเทียม

2.3 อาการเบื่ออาหารและซูบผอม Anorexia and Cachexia⁽⁴⁾

Anorexia and Cachexia

- มักไม่สามารถเลี้ยงได้ในระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วย มะเร็ง (CA), หัวใจล้มเหลว (HF จาก hormonal dysregulation) การอักเสบจากสาเหตุต่างๆ (inflammatory mediators)
- แม้ให้อาหารเต็มที่ก็ป้องกัน cachexia ไม่ได้
- ความรุนแรงสัมพันธ์กับพยากรณ์โรค
- สาเหตุอื่น: - ยาและการรักษา เช่น ยาขับปัสสาวะ
 - อาการไม่สบายที่ไม่ได้รับการแก้ไข ความเจ็บปวด (Pain) ท้องผูก (constipation, ท้องอืด อาหารไม่ย่อย (dyspepsia) ภาวะอาหารไม่เคลื่อนไหว (gastric stasis) ปากแห้งมีแผลในปาก (dry/sore-mouth) เยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) มีเชื้อรา (candidiasis)
 - มีความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตและอารมณ์ (Psychosocial & Emotional distress)

การจัดการอาการเบื่ออาหารและซูบผอม (Management of Anorexia & Cachexia)

ไม่ใช้ยา (Non-pharm Rx)

- ค้นหาและจัดการสาเหตุ
- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวเพื่อการยอมรับ
- จัดอาหารให้ดูน่ารับประทาน ให้ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง
- จัดบรรยากาศให้เอื้อต่อการรับประทาน

ใช้ยา (Pharm RX)

- การให้อาหารในผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารอุดตัน
- Appetite stimulants
 - Progestogens (Megestrol acetate)
 - Dexamethasone เพิ่มความอยากอาหาร ใช้ในผู้ป่วยอยู่รอดที่ (survival) < 4 สัปดาห์เนื่องจากมีผลข้างเคียง

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเบื่ออาหารและซูบผอม

1. ประเมินช่องปากและจัดการปัญหาในช่องปากเช่น ปากแห้ง แผลในปาก หรือเชื้อราในช่องปาก

- แปรงฟันบ่อยๆ และใช้น้ำลายเทียม
- บริหารการดื่มน้ำแต่ละช่วงเวลาให้เหมาะสม
- หาวิธีการให้ผู้ป่วยเกิดความชุ่มชื้นที่ริมฝีปาก และในช่องปาก-ใช้ lip lubricant การอมน้ำแข็ง
- ทำความสะอาดปากและลิ้นอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ด้วยแปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม หรือผ้าเช็ดลิ้น
- กระตุ้นการหลั่งน้ำลายด้วยการการเคี้ยวหมากฝรั่ง (sugar free) และการใช้น้ำลายเทียม

2. ดูแลเรื่องอาหาร และ ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร

- รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้งทุก 2-3 ชั่วโมง
- รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น อาหารที่มีไขมันและคาโบไฮเดรต เน้นอาหารที่อ่อนนุ่ม ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน
- จัดปรุงแต่งอาหารให้น่ารับประทาน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ซ้ำซาก จัดหาอาหารที่ชอบที่สุดให้รับประทาน ไม่ควรบังคับให้รับประทานอาหารที่ไม่ชอบ ควรรับประทานผักผลไม้ทุกวัน ดื่มน้ำให้พอเพียง
- จัดการอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องมาน ลำไส้อุดตัน
- จัดการอาการปวด วิดกกังวลและซึมเศร้า
- ดูแลแผลและปัจจัยด้านภาพลักษณ์
- ถ้าอาการเบื่ออาหารเกิดจากสาเหตุอื่นรับรเปลี่ยนแปลงแนะนำ ให้อมลูกอมมินท์ รวมทั้งแนะนำให้ทำความสะอาดปากและฟันหลังมีอาหาร และบ้วนปากด้วยน้ำหลังรับประทานอาหารอื่นๆ
- ถ้ารับประทานไม่ได้เนื่องจากปากแห้ง กระตุ้นการหลั่งน้ำลายหรือ ทำให้ช่องปากชุ่มชื้นโดยการอมก้อนน้ำแข็งเล็กๆ หลีกเลี่ยงแปรงสีฟันและน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
- ถ้ารับประทานไม่ได้เนื่องจากเจ็บในช่องปากให้ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ผสมเอง (โซเดียมไบคาร์บอเนต (baking soda) ครึ่งถึงหนึ่งช้อนโต๊ะ หรือ ใช้เกลือแกงครึ่งถึงหนึ่งช้อนโต๊ะ ในน้ำ 8 ออนซ์ หรือ 1 แก้ว) บ้วน ปากวันละ 4-5 ครั้ง

คนใกล้เสียชีวิตเบื่ออาหารและกินอาหารน้อยลง จากการศึกษาพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคิตอนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคิตอนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้

Kuebler, Heidrich & Esper, 2007 Eur J Heart Fail, 2005

- ปรีกษาโภชนาการเพื่อช่วยในการดูแลร่วมกัน
- จัดบรรยากาศให้เอื้อต่อการรับประทานอาหาร
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันคิดหาเมนูอาหารในแต่ละมื้อ และได้รับประทานอาหารร่วมกัน (ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและความรักภายในครอบครัว) พุดคุยอภิปรายกับครอบครัวเรื่องการให้อาหารเสริม (nutritional supplements) และยาวิตามินต่างๆ ผู้ป่วยและครอบครัวคาดหวังอย่างไร ราคาแพงหรือไม่ ความสามารถในการจัดหาของครอบครัว

Kuebler, Heidrich & Esper,2007 Matzo & Sherman,2004 ;Faull,Carter&Daniels,2005

3. การสื่อสารให้คำแนะนำ /คำปรึกษา/สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว

- ร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีการปรับตัวด้วยการได้รับน้ำและอาหารลดลง
- ปริมาณปัสสาวะอาจออกลดลง สัมพันธ์กับการทำงานของไตเริ่มลดลง
- การได้รับน้ำและอาหารและน้ำเกลือลดลง อาจช่วยเรื่องท้องมานและภาวะบวม
- อาการปากแห้งไม่สัมพันธ์/ไม่ใช่ภาวะ dehydration
- ผู้ป่วยมีความต้องการอาหารลดลง สัมพันธ์กับการมีกิจกรรมที่ลดลง
- การคาดหวังโดยการพยายามให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเพิ่มขึ้นไม่ช่วยทำให้ระยะเวลาในการมีชีวิตของผู้ป่วยนานขึ้น
- การพยายามให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเพิ่มขึ้นนอกจากไม่ช่วยเรื่องเวลาแล้วยังเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

4. การดูแลให้อาหาร (Enteral & parenteral Nutrition)

- ไม่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในระยะโรคลุกลาม (advanced disease)
- ไม่ช่วยเพิ่มระยะเวลาในการมีชีวิตของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิต
- ยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนจากการลุกลามของโรคเฉพาะที่ เช่น มะเร็งกดเบียดหลอดอาหารแต่สมรรถนะร่างกายผู้ป่วยดี (PPS ดี)
- มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายและภาวะความเจ็บป่วย (morbidity) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Janmaree Davis เอกสารประกอบการบรรยาย Symptom management workshop Khonkaen 2015

2.4 ภาวะกลืนลำบาก ควรดูแล ดังนี้⁽²⁾

1. ประเมินความสามารถในการกลืน
2. ประเมินผู้ป่วยเรื่องการไอหรือสำลักเวลากินอาหาร
3. จัดอาหารตามความสามารถในการรับประทานของผู้ป่วย
 - อาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง
 - รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง
 - รับประทานอาหารคำเล็ก ๆ 1 ช้อนชา ต่อแต่ละครั้งของการกลืน
4. จัดทำให้ผู้ปวยนั่งตัวตรง 90 องศา ขณะรับประทานอาหาร

5. จัดให้อยู่ในท่าศีรษะสูงต่อเนื่อง (ไม่จำเป็นต้อง 90 องศา) 1 ชั่วโมง หลังอาหาร
6. จัดหาอาหารให้ผู้ป่วยให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพิ่มเครื่องดื่ม หรืออาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร ป้องกันภาวะไม่สมดุลย์ของน้ำและเกลือแร่
7. สอนผู้ป่วยเรื่องการป้องกันการสำลัก
 - ระหว่างรับประทานอาหารควรงดการพูดคุย เพื่อป้องกัน การสำลัก
 - หลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อควรนั่งพัก 30-60 นาที
 - หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื่อใหญ่ก่อนนอน 1-2 ชั่วโมง
8. รายงานแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากรุนแรง เพื่อประเมิน การได้รับสารอาหารทางอื่นๆ เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ
9. ติดตามประเมินน้ำหนักของผู้ป่วยที่ลดลงและรายงานแพทย์ เมื่อผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 0.5 กก./ สัปดาห์ หรือ BMI ต่ำกว่า 16 กก./ม²

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการอื่นๆ นอกไม่หลับ ไม่สุขสบาย เพื่อคลั่ง (Predisposing Factors)⁽⁴⁾

1. ประชากร (Demographic)

- สูงอายุ (Older age)
- เพศ (Male gender)

2. สุขภาพ (General Health)

- เปราะบาง (Frailty)
- มีความเสี่ยงของการรับรู้: สายตา การได้ยิน (Impairments in perception : vision, hearing)
- ขาดอาหาร (Poor nutritional status)
- นอนหลับไม่เพียงพอ (Insufficient sleep)
- ซึมเศร้า (Depression)

3. การดำเนินชีวิต (Lifestyle)

- มีความสัมพันธ์กับยาหรือแอลกอฮอล์ (Drug or alcohol dependence)

4. การจัดการความเจ็บปวดเรื้อรัง (Chronic illness)

- ความผิดปกติของระบบประสาท : สมองเสื่อม พาร์กินสัน ปลอกหุ้มเส้นประสาทอักเสบ อัมพฤกษ์ อัมพาต (Neurological disorder : dementia, parkinson's dz., multiple sclerosis, stroke)
- เอ็ดส์ (AIDS)
- มะเร็ง : เนื้องอกที่สมองหรือมีการกระจาย (Cancer : brain tumor or metas)
- ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (Endocrine disorder : hypo-per thyroid, Cushing 's dz.)
- ตับและไตล้มเหลว (Liver & Renal failure)

Kuebler, K.K., Heidrich D.B.&Esper, P. Palliative & End of life Care : CPG, 2007

ปัจจัยเร่งได้แก่ (Precipitating Factors)

1. โรคที่เกี่ยวข้อง (Disease related)

- โรคที่เกิดจาเมตาบอลิซึม: แคลเซียมสูง โซเดียมต่ำ (Metabolic : hyper-Ca, hypo-Na)
- มีเลือดในปัสสาวะ ภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อย (uremia, Hypoxia)
- ติดเชื้อ/อักเสบ (Sepsis /infection)
- ตับวาย (Liver failure)
- ความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน (Acute neurological disorder)

2. สิ่งแวดล้อม (Environment)

- การผูกมัด/เคลื่อนไหวไม่ได้ (Restrained /immobility)
- สถานที่ไม่คุ้นเคย (Unfamiliar surroundings)
- การรับรู้มากเกินไป/สูญเสียความรู้สึก (Sensory overload/deprivation)

3. อารมณ์หรือจิตวิญญาณ (Emotional or spiritual)

- กังวล/รู้สึกผิด (Anxiety/guilt)
- ไม่สามารถทำงานได้สำเร็จ (unfinished business)

4. ความไม่สบายกาย (Physical discomfort)

- ท้องผูกเนื่องจากสาเหตุทางจิตใจ/ปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ (Constipation/urinary retention)
- หายใจลำบาก/ปวด (Dyspnea/pain)
- ปัญหาการนอนหลับ (Sleep problem)

5. ยา (Medications)

- Opioids
- Steroid
- Anticholinergics

6. การติดยา (Medication withdrawal)

- Alcohol
- Benzodiazepines
- opioids, steroid

Kuebler, K.K., Heidrich D.B.&Esper, P. Palliative & End of life Care : CPG, 2007

การจัดการ (Management)

- รักษาสาเหตุ (Treating underlying cause)
- คำนึงถึงความปลอดภัย (Safety)
- ดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อนการให้ยา (Non-pharmacological interventions prior to Pharmacological interventions)

การรักษาทางคลินิก (Clinical Interventions)

- รักษาอาการปวด (Treat pain)
- ลดจำนวนปัสสาวะที่คั่งในกระเพาะปัสสาวะ (Relieve bladder retention)
- การจัดการอาการท้องผูกจากสาเหตุด้านจิตใจ (Manage constipation)
- การแก้ไขความผิดปกติของการรับรู้ (Correct sensory impairment)
- ยาปฏิชีวนะ (ATB for infection)
- ให้ออกซิเจนถ้ามีออกซิเจนในเลือดต่ำ (Give O2 if cyanosed)
- ลดยาแก้ปวดโอปิออยด์/ยารักษาโรคจิตเวช (Reduce opioid and psychotic medication)
- มีเนื้องอกในสมอง (Brain tumor : Dexamethasone 8-16 mg OD)

Twycross, Wilcock & Stark, 2009) ,

การจัดการโดยไม่ใช้ยา (Management : Non-Drug)

- ฝึกผู้ป่วยให้รับรู้ในเรื่อง วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Provide orientation to help patients know the time, dates, place and person)
- จำกัดจำนวนเจ้าหน้าที่และญาติที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Limited number of staff/people interacting with patient)
- ดูแลสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังรบกวนผู้ป่วย (Keep **noise** level to minimum)
- ดูแลเรื่องแสงให้เป็นแสงอ่อนๆ ไม่รบกวนผู้ป่วย (Provide adequate soft lighting)
- จัดการความเสี่ยงเรื่องการหกล้ม (Manage fall risk)

Kuebler, K.K., Heidrich D.B.&Esper, P. Palliative & End of life Care : CPG, 2007

- ไม่ควรใช้การผูกมัด (Restraint should never be used)
- อธิบายรายละเอียดทุกกระบวนการรักษา (Explaining every procedure and event in detail)
- รักษาระดับน้ำและอาหาร (Maintain hydration, nutrition)
- ให้ความรู้และสนับสนุนครอบครัว (Provide education and support family)

Twycross, Wilcock & Stark, 2009) ,

แนวทางการรักษา (Therapeutic guidelines)

Atypical antipsychotics	
Risperidone	0.5-2mg, OD In 1 or 2 doses
Olanzapine	2.5-10 mg, OD In 1 or 2 doses
Conventional antipsychotics	
Haloperidol	0.5 mg hs To 2 mg BD

Therapeutic guidelines: Psychotropic 2003

4. การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด⁽¹⁾

การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติขณะรับการบำบัดรักษาอาการปวด สิ่งสำคัญที่ต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเมื่อต้องได้รับการรักษาอาการปวด

ข้อมูลความปวดที่พยาบาลควรประเมิน

- ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้อง ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย ดังนั้นควรประเมินผู้ป่วยในทุกๆ มิติของความปวด ทั้งด้านการรับรู้ (sensory domain) อารมณ์ (affective domain) ความเข้าใจและการแปลความหมาย (cognitive-evaluation domain)

กิจกรรมการพยาบาล⁽²⁾

1. ประเมินความปวด ด้วย Numerical rating scale (NRS) หรือ Verbal rating scale (VRS)
2. ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา
3. ให้การพยาบาลที่ไม่ใช่ยาบรรเทาปวด ได้แก่
 - 3.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในการให้ความช่วยเหลือบรรเทาปวด
 - 3.2 ประเมินอาการปวดก่อนให้การพยาบาลเพื่อเป็นสมมติฐาน และหลังให้การพยาบาลเพื่อประเมินผล
 - 3.3 ให้ความสนใจโดยเป็นผู้ฟังที่ดีและเชื่อในคำบอกเล่าของผู้ป่วย
 - 3.4 การให้กำลังใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจยอมรับเท่าที่การแสดงออกและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยจะเป็นการช่วยให้ระดับความทนต่อความปวด (pain threshold) เพิ่มขึ้น
 - 3.5 ดูแลความสบายทางกายเช่น การเช็ดตัว การจัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ อากาศถ่ายเทสะดวก ทำให้ผู้ป่วยสบายและสามารถใช้กลไกในการปรับตัวได้ดีขึ้น

การใช้ยาแก้ปวดควรปฏิบัติดังนี้⁽¹⁾

1. การรับประทานยารักษาบรรเทาปวดมะเร็ง
ควรรับประทานยา ตรงตามเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัดแม้ไม่มีอาการปวด (by the clock)
2. การปฏิบัติตามวิธีการใช้ยาอย่างเคร่งครัด
 - 2.1 ยาระงับปวดที่ระบุว่า “ห้ามบดหรือห้ามเคี้ยว” หมายถึงการออกฤทธิ์ของยานี้ จะมีผลต่อประสิทธิภาพสูงสุดต้องไม่ให้ บด หรือ เคี้ยวต้องรับประทานโดยการกลืนหากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาได้ต้องแจ้งแพทย์หรือพยาบาลให้ทราบทันที
 - 2.2 ยาระงับปวดชนิดติดฉลากต้องแนะนำให้ปิดแผ่นแก้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างถูกต้อง เน้นให้ระวังไม่ให้แผ่นยาหลุดและให้เปลี่ยนแผ่นยาทุก 3 วันอย่างต่อเนื่อง
3. อธิบายฤทธิ์ข้างเคียงของยาระงับปวด

อาการข้างเคียงหลังจากใช้ยาแก้ปวด

1 อาการคลื่นไส้ อาเจียน คำแนะนำที่ให้

- อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดหลังรับประทานยาแล้ว 3-5 วัน หลังจากนั้นอาการจะทุเลาลง ถ้าอาการรุนแรงขึ้น ควรมาพบแพทย์

- ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวดังนี้ นอนพักผ่อนประมาณ 1 ชั่วโมง หลังรับประทานยาขณะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ และควรนั่งพักประมาณ 15 นาที ก่อนรับประทานอาหาร อาหารที่รับประทานต้องไม่ร้อนจัด งดอาหารเผ็ด เค็ม มัน หวาน และอาหารมีกลิ่น หลีกเลี่ยงการรับประทานมากเกินไป เพราะจะทำให้กระเพาะอาหารพองตัว และกระตุ้นให้มีอาการคลื่นไส้มากขึ้น ดูแลสุขภาพปากและฟันให้สะอาดอยู่เสมอ

2 อาการท้องผูก มักเกิดในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนเนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาซึ่งแพทย์จะส่งยาระบายให้กับผู้ป่วยทุกราย คำแนะนำที่ให้ ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในกรณีที่มีอาการท้องผูกเกิน 3 วัน ควรได้รับการสวนอุจจาระ

3 อาการง่วงซึม คำแนะนำที่ให้ อาจพบอาการได้ในช่วง 3-5 วัน แรกหลังได้รับยา และจะหายไปเอง ขณะมีอาการผู้ป่วยควรระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตก หกล้ม

5. การขับถ่าย

5.1 การขับถ่ายอุจจาระ ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อให้ขับถ่ายได้สะดวก⁽³⁾

5.2 กลั้นอุจจาระไม่ได้⁽²⁾

มีผลเสียกับผู้ป่วยทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง ระคายเคืองต่อผิวหนังบริเวณนั้น ทำให้เป็นแผลและยังสกปรกเปรอะเปื้อนเสื้อผ้า ของใช้เป็นแหล่งกระจายเชื้อโรค ตลอดจนกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ การดูแลมีดังนี้

1. การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณผิวหนังบริเวณที่สัมผัสอุจจาระ ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ
2. ดูแลเสื้อผ้าที่นอนให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ
3. หมั่นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ และกันความอับชื้นบริเวณผิวหนัง
4. พยายามฝึกการขับถ่ายอุจจาระ โดยการประเมินหาสาเหตุ ปัจจัย ที่ทำให้กลั้นอุจจาระไม่ได้ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การดื่มน้ำ
5. การดูแลอาหารที่รับประทานให้สุก สะอาด ย่อยง่าย กากใยน้อย และรับประทานเป็นเวลา
6. การควบคุมกลิ่น การรักษาความสะอาด และอยู่ในที่มีอากาศ ถ่ายเทสะดวก

5.3 ท้องผูก Constipation

ไม่ถ่ายอย่างน้อย 3 ครั้ง/week, ถ่ายยาก,ต้องออกแรงเบ่งมาก

พบได้ในคนทั่วไป 2-10% พบในผู้สูงอายุ 20-50%

ควรรับประทานผักสด ผลไม้ทุกวัน ดื่มน้ำให้เพียงพอ น้ำลูกพรุน น้ำมะขาม จะช่วยให้การขับถ่ายดีขึ้น⁽¹⁾

ควรปรึกษาแพทย์ไม่ควรปล่อยให้ท้องผูกเป็นเวลานาน

สาเหตุของท้องผูก

1. ยา (Drugs) พบร้อยละ - 70-100 ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม opioid, anticholinergic drugs
2. มะเร็งลุกลาม (Advance cancer)
 - ลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction)
 - กระดูกสันหลังถูกกดทับ (Spinal cord compression)
 - ระดับแคลเซียมสูง (Hyper Ca)

3. อ่อนเพลีย (Debility)

- อ่อนเพลีย เคลื่อนไหวลดลง
- ภาวะขาดอาหาร/น้ำ เนื่องจากอาเจียน/ไข้

4. อื่นๆ (Others) - ไม่คุ้นสถานที่ วิตกกังวล กลัว

การประเมิน (Assessment) ท้องผูก (Constipation)

- **ประวัติ:** ความถี่ของการถ่าย, นิสัยการขับถ่าย, ลักษณะอุจจาระ, อาการปวดท้อง, ปวดเบ่ง, บิด, คลื่นไส้ อาเจียน, อาการทางระบบประสาท
- **การตรวจร่างกาย:**
 - ตรวจหน้าท้อง: distension, sausage-like mass LLQ, visible peristalsis, bowel sounds
 - ตรวจระบบประสาท, PR ดู rectal tone, impact stool
 - Anus: hemorrhoids, fissure
- ผู้ป่วยที่มีถ่ายเหลว กระปริดกระปรอยต้องระวังอาจเป็น overflow diarrhea ซึ่งเกิดจาก stool impaction
- PR → อุจจาระแข็ง → stool softeners
อุจจาระนิ่ม → senna, bisacodyl
Empty rectum → plain film abdomen
R/O high impaction/gut obst. รักษาตามการวินิจฉัย
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยา/spinal cord injury → suppository or fleet enema

ระดับของท้องผูก (Constipation Score)

- | |
|---------------------------------------|
| 0 = No feces |
| 1 = Stool occupy <50% of lumen |
| 2 = Stool occupy >50% of lumen |
| 3 = Stool completely occupy the lumen |

ระดับคะแนนท้องผูก (Constipation Score) >7 → aggressive treatment Evacuate ถ้ามี impact feces ให้ metoclopramide ทำ abdominal massage SSE, Unison enema Laxative + stool softener

Dalal s. J Pall Med, 2006

ยาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยท้องผูก (Drugs Used in Constipation)

• Stimulants

Senna (Senokot)

Bisacodyl (Dulcolax)

• Softeners

Lactulose

Magnesium salts

• Fibre*

psyllium (Metamucil)

* หลีกเลี่ยงการใช้ fibre laxatives ในผู้ป่วย palliative care

• Suppositories & enemas

Glycerin / bisacodyl

Bisphosphanate (Unison enema)

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยท้องผูก (Nursing Care for Constipation)

- ให้ข้อมูล สาเหตุ อาการ แผนการดูแลที่จะได้รับ
- ดูแลให้อาหารที่มีกากใย/กระตุ้นการขับถ่าย เช่น ซีเรียล มะขาม ลูกพรุน
- ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 1500 cc/วัน
- ดูแลให้ได้รับยาละลายตามแผนการรักษา
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย
- ฝึกการขับถ่ายเป็นเวลา
- จัดสถานที่ที่มิดชิดส่วนตัว มีม่านกัน
- พิจารณา manual evacuation ตามเหมาะสม

ท้องผูกจากยาแก้ปวดโอปิออยด์ (Constipation from Opioids)

- เป็นผลข้างเคียงของการใช้ opioids
- Opioids ลด peristalsis ของลำไส้
- มักไม่พบ tolerance จึงต้องให้ยาละลายตลอดเวลาที่ใช้ยานี้
- การดูแลเรื่องอาหารอย่างเดียวมักไม่ช่วย
- หลีกเลี่ยงยาเพิ่มกากอาหาร bulk-forming agents
- ควรให้ยากลุ่ม stimulants/softeners – Senna, bisacodyl + lactulose, Mg sulphate

5.4 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ดูแลดังนี้⁽²⁾

1. ดูแลผิวหนังบริเวณนั้นให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ
2. ประเมินลักษณะ จำนวน สี กลิ่นของปัสสาวะ
3. ฝึกการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา
4. แนะนำการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

5. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้รู้ถึงอาการ อาการแสดงผิดปกติ ที่อาจเกิดกับระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแล เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน
6. ควรหลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะ นอกจากจำเป็นจริงๆ
7. Record I/O เพื่อดูการทำงานของไต
8. Check V/S อย่างน้อยทุก 4-8 ชั่วโมง ถ้ามีใช้รายงานแพทย์
9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่ม > 2000 cc. /วัน กรณีไม่มีปัญหาของไต

6. อาการหอบเหนื่อย และความไม่สบาย

6.1 อ่อนเพลีย ควรให้การดูแลดังนี้⁽²⁾

1. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม
2. กระตุ้นให้กำลังใจในการทำกิจกรรมดูแลตนเองและกิจกรรมง่ายๆ
3. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนหลับนอนหลับพักผ่อนและปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลาตามความเหมาะสม
4. ระวังอุบัติเหตุจากการเปลี่ยนท่าเร็ว

เมื่อใกล้เสียชีวิต⁽³⁾ ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่ควรยอมรับ และไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยในระยะนี้ได้พักผ่อนให้เต็มที่

อาการอ่อนล้า (Fatigue)⁽⁴⁾

- ลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย
 - ไม่ตอบสนองต่อการนอนพักผ่อน
 - ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรม
- เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะช่วงท้ายของชีวิต
- มีผลต่อการดำเนินชีวิตและกิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว คุณภาพชีวิตไม่ดี
- ครอบครัวกังวล มีผลต่อการตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้า (Fatigue)

ด้านร่างกาย (Physical)

- การดำเนินโรคของผู้ป่วย: มะเร็ง (CA) หัวใจล้มเหลว (HF) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย(ESRD)
- การควบคุมอาการที่ไม่มีประสิทธิภาพ: ปวด หอบ
- ผลข้างเคียงจากการรักษา: การใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (CMT), RT, ยาขับปัสสาวะ
- ผอมแห้งเหี่ยวกระดูก (Cachexia)
- ซีด
- สารน้ำในร่างกายไม่มีความสมดุล (Fluid-electrolyte imbalance)
- นอนไม่หลับ

ด้านจิตสังคม (Psychosocial)

- ภาวะซึมเศร้า
- ความเครียด
- ปัญหาครอบครัว
- ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

ค้นหาสาเหตุ
และแก้ไข*

การดูแลรักษาอาการอ่อนล้า (Treatment of Fatigue)

- รักษาสาเหตุที่สามารถรักษาได้
- การดูแลที่ไม่ใช้ยา (Non-pharmacological)
- การดูแลรักษาที่ใช้ยา (Pharmacological)

ELNEC-International Curriculum,2012

Reversible causes:

- โลหิตจาง (Anemia)
- Erythropoietins-ขณะกำลังได้รับยาเคมีบำบัด
- Blood transfusions: พิจารณาบางรายเพราะช่วยได้ในระยะสั้น
- มีไข้ (Fever) : ATB, Paracetamol
- โรคซึมเศร้า (Depression) : anti-depressant drug
- Sedative medication:ปรับเปลี่ยนยา
- จัดการภาวะขาดน้ำและ E'lyte imbalances
- จัดการอาการปวดและอาการอื่นๆที่จัดการได้

Janmaree Davis เอกสารประกอบการบรรยาย Symptom management workshop Khonkaen 2015

6.2 เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ⁽³⁾

การดูแลที่ไม่ใช้ยา (Non-Drug treatment of Fatigue)

ควรวางแผนกิจกรรมต่างๆให้สมดุลย์ การพักผ่อนนอนหลับมีความสำคัญ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

การดูแลที่ไม่ใช้ยา (Non-Drug Treatment of Fatigue) The 6 E's

1. การให้ความรู้ (Education)

- ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าความอ่อนล้าเป็นอาการปกติที่เกิดจากโรคระยะลุกลาม
- การรักษาสาเหตุที่รักษาได้มีอย่างจำกัด

2. การสงวนพลังงาน (Energy conservation)

- ดูแลให้พักผ่อนและรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ
- ลดความเครียด ให้การพยาบาลดูแลด้านจิตใจ เช่น การทำสมาธิ ฝึกการผ่อนคลาย
- ใช้อุปกรณ์ ช่วย เช่น commode, รถเข็น (wheelchair), เครื่องพยุงเดิน4ขา (walker)

3. การออกกำลังกาย (Exercise)

- จัดการกับอาการทางร่างกาย (physical symptoms)
- การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายมีผลงานวิจัยสนับสนุนว่าช่วยทำให้คุณภาพชีวิต การนอนหลับ และสมรรถนะของร่างกายดีขึ้น แต่ไม่ช่วยในผู้ป่วยที่มีการลุกลามโรคมามากๆ

4. Energy restoration

- การดูแลให้นอนหลับอย่างเพียงพอ หรือผู้ป่วยบางรายอาจใช้วิธีการอื่นในการสงวนพลังงาน

5. Easing stress

- ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ

6. Eating well

- เป็นเรื่องละเอียดอ่อน แนะนำรับประทานเท่าที่ได้

ยาที่รักษาภาวะอ่อนล้า (Drug Treatment of Fatigue)

1. Dexamethasone

- low dose ระยะเวลาสั้นไม่เกิน 15 วัน อาจทำให้กล้ามเนื้อเกิดความผิดปกติมากขึ้น

2. Methyl prednisolone

- 16 mg bid ระยะเวลาสั้นไม่เกิน 7 วัน มีงานวิจัยเชิงทดลองสนับสนุนว่าช่วยเรื่องอาการอ่อนล้าได้แต่มีประโยชน์ในระยะสั้นเท่านั้น

Janmaree Davis เอกสารประกอบการบรรยาย Symptom management workshop Khonkaen 2015

6.3 อาการหายใจลำบาก/ไม่อึด⁽⁴⁾

Clinical term : breathlessness, short of breath, shortness of breath, dyspnea

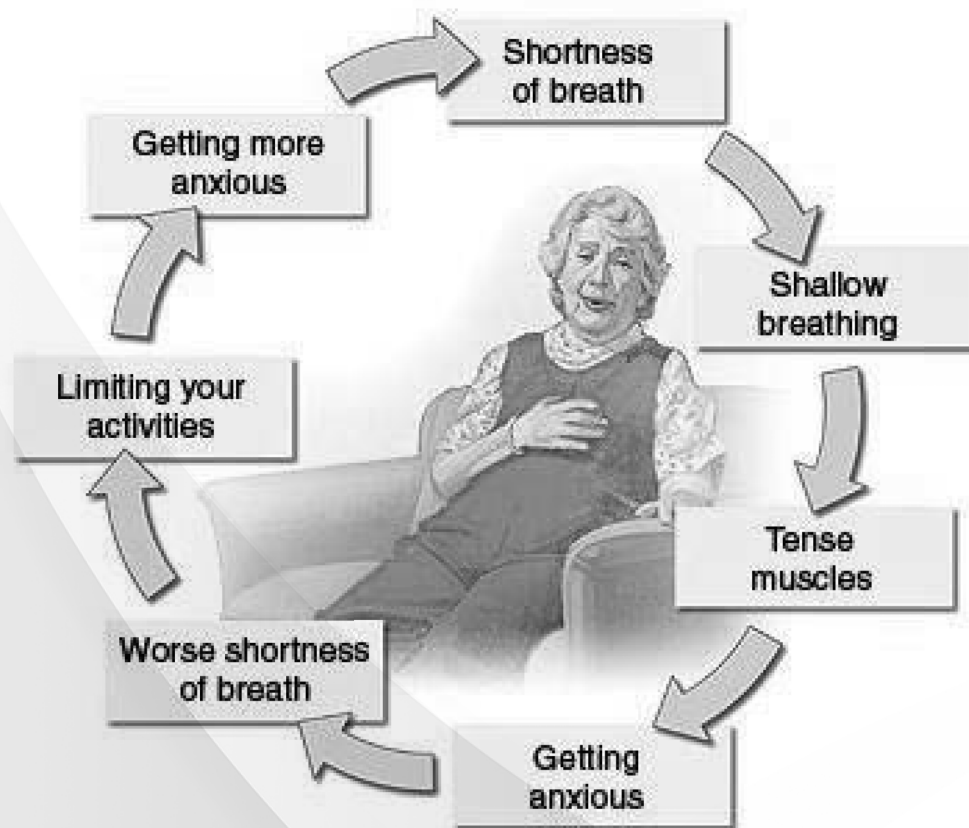
- เป็นรูปแบบการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ
- มีการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกส่วนบนและไหล่ ช่วยในการหายใจแทนการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม
- ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความอ่อนล้า (fatigue) และตึงเครียด (muscle tension)
- ต้องออกแรงในการหายใจ (respiratory effort) มากขึ้นร่วมกับการเกิดภาวะ “anxiety & panic”

Twycross, Wilcock & Toller, 2009; Joyce, 2014

หายใจเร็วไม่ได้ช่วยให้ดีขึ้น

“Breathing faster” Will not help!

Vicious Cycle ของ Anxiety/Panic & Dyspnea



Annie mcHugh ,Modbury hospital:Dyspnea workshop in Khon Kaen Thailand (2012)

การประเมินอาการหายใจลำบาก

- ประเมินจากการบอกเล่า บรรยายของผู้ป่วย
- อาการเป็นเมื่อมีกิจกรรม หรือแม้อยู่เฉยๆ
- ประเมินท่าใดสบายที่สุดอะไรทำให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลง
- ความรุนแรงของอาการ โดยใช้เครื่องมือ NRS 0-10
- รบกวนการดำรงชีวิต/การนอนหรือไม่ อย่างไร
- การดำเนินของอาการ ถ้าเร็วมักมีสาเหตุที่แก้ไขได้ ตัวอย่าง เช่น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด (effusion) ปอดบวม (pneumonia)
- ความหมาย/ความเข้าใจ/ความเชื่อ/ความกลัวเกี่ยวกับอาการ: ใกล้เสียชีวิต ล้อล้าอากาศตาย
SaO₂, RR มักไม่สัมพันธ์กับอาการหายใจไม่อึด

สาเหตุของการหายใจลำบาก (Causes of Breathlessness)

1. สาเหตุโดยตรงจากเนื้องอก (Direct from tumor)

- Lymphangitis carcinomatosa
- Pleural/Pericardial eff.
- SVC obstruction
- Obstructive pneumonia
- Hepatomegaly
- Ascites
- Tumor emboli

2. สาเหตุอื่นๆ (Indirect from tumor)

- Cachexia , anemia
- PE,infections,aspiration - Electrolyte imbalances

3. การรักษา (Treatment-Related)

- Surgery
- Radiation, Chemo
- Neutropenic infection

4. อาการไม่สัมพันธ์กับโรคมะเร็ง (Unrelated to Cancer)

- COPD Asthma
- Fever
- Anxiety,Panic,depression

Twycross, Wilcock & Toller, 2009;Joyce, 2014

ตารางแสดงสาเหตุของภาวะหายใจลำบาก (Correctable Causes of Breathlessness)

Infection	Antibiotics, PT
COPD/asthma	Bronchodilators, steroids, PT
Obstruction of trachea/bronchus/SVT	Steroids, radiotherapy, laser therapy, stenting, chemotherapy
Lymphangitis carcinomatosa	Steroids, diuretics, bronchodilators
Pleural effusion	Drainage+/- Pleurodesis
Pericardial effusion	Paracentesis, steroids
Ascites	Diuretics, paracentesis
Anemia	Blood transfusion
Pulmonary embolism	Anticoagulation
Heart failure	Diuretics, ACE inhibitors, opioids

การดูแลโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยหายใจลำบาก (Non-Drug Treatment for Breathlessness)

- มีบทบาทสำคัญ : หายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรม
- การจัดทำ : นั่งโน้มตัวไปข้างหน้า ท้าวแขนคล้องโต๊ะข้างเตียง นอนยกหัวสูง
- อยู่ในที่อากาศถ่ายเท เปิดพัดลมใส่หน้า
- สอนการหายใจแบบ purse lip breathing
- Relaxation techniques
- สอนการสงวนพลังงานในการทำกิจกรรม
- สอนวิธีการจัดการอาการเวลามี dyspnic/panic attack

Purse-lip breathing exercise



Positioning



Guided imagery



Meditation

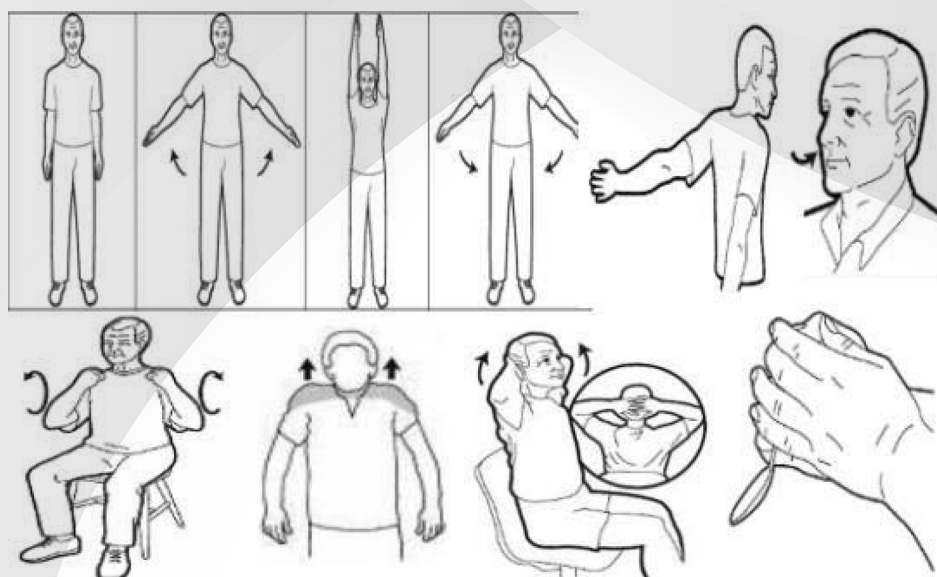


Hand held fan



Kuebler, Heidrich & Esper, 2007; Dudgeon, 2005; Thomas & von Gunten, 2003; Joyce, 2014

สอนการออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ (respiratory muscle straitening) 7 ท่า



Cancer care Ontario's symptom management guide-to-practice dyspnea (2010)

Non-Drug Treatment for Breathlessness

- Coping strategy– เผชิญกับความคิดที่เป็นปัญหา “ฉันกลัวจะไม่สามารถควบคุมการหายใจของตัวเองได้”
แนะนำให้คิดเชิงบวก “ฉันคุมการหายใจของฉันจากที่เร็วๆให้ช้าลงได้”
- ให้ข้อมูล/สอนผู้ป่วยและครอบครัว : ใช้วิธีการที่ง่ายต่อการนำไปใช้และให้ลองปฏิบัติจริง การบันทึกอาการ
แนะนำให้ใช้หลายวิธีร่วมกัน
- โทรศัพท์ติดตาม/ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชม.
- สื่อสาร : advance care plan : ET-tube, CPR, Place of death

Kuebler, Heidrich & Esper, 2007; Dudgeon, 2005; Thomas & von Gunten, 2003 Joyce, 2014

Drug Treatment for Breathlessness

- ให้ยาขยายหลอดลมถ้ามีหลอดลมอักเสบ (COPD, asthma) Mucolytics or NSS nebulizer ถ้าพบว่าเสมหะเหนียว
- ให้ steroids ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งกระจายไปปอด (lymphangitis carcinomatosa)
- Opioids (ช่วยให้รับรู้การหายใจไม่อึดอัดลงและคลายกังวล/ปวด) ร่วมกับยากลุ่ม
- Benzodiazepines (ช่วยคลายกล้ามเนื้อ ลดกลัว/กังวล) : lorazepam, midazolam, diazepam
ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในขณะที่ไม่มีกิจกรรม

Simon & Bausewein, 2009; Wood et al (2012)

Morphine for Breathlessness

- ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ MO มาก่อน:
 - เริ่มด้วยฤทธิ์สั้น 2.5-5 mg q4-6h PO PRN ปรับยาตามการตอบสนองของผู้ป่วย
 - ถ้าใช้ > 2 ครั้ง/วัน → regular long-acting → MST, Kapanol
- ผู้ป่วยที่ใช้ MO จัดการความปวดอยู่แล้ว:
 - เพิ่ม MO ที่ใช้อยู่ ขึ้นอีก 30%



MO syrup

1 cc = 2 mg



MO – IR

(Immediate release)

1 เม็ดขนาด 10 mg



MST

ฤทธิ์ยาว 8-12 hr

ห้ามบด/เคี้ยว



Kapanol

ฤทธิ์ยาว 12-24 hr

(เหมาะกรณี NG-feeding)

Management of Dyspnic Attack



- หยุดนั่ง และวางไหล่ให้ลู่ลง
- นำเทคนิคการหายใจที่เคยฝึกไว้มาใช้อย่างรวดเร็ว “Purse lip breathing”
- ใช้พัดลมมือถือเป่าที่หน้า
- ฉะนั้นคิดในทางบวก ไม่ตกใจ ลนลาน เหตุการณ์นี้มันจะผ่านไปแน่นอน
- ถ้าสถานการณ์ไม่ดีขึ้นใน 5-10 นาที ใช้อาณุกาณตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้
 - MO syrup
 - Ativan อมใต้ลิ้น
- ถ้ายังไม่ดีขึ้นหรือไม่มั่นใจ โทรหา Palliativecare (PC) team ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การจัดการอาการหายใจลำบากในระยะใกล้เสียชีวิต

- เปลี่ยนวิธีทางในการให้ยา Mo จากรับประทาน → ฉีดใต้ผิวหนัง (ขนาดยารับประทาน 24 ชม. ÷ 3)
- Morphine 10 mg/day ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยามาก่อน เพิ่ม 50% ในผู้ป่วยที่เคยได้รับยามาก่อน
- Midazolam 5-10 mg sc prn และ 10-30mg/day via syring driver
- Lorazepam (ativan) 0.5-1 mg SL q 4hr
- ผู้สูงอายุลดขนาดลง 50%

ให้ยาช่วยให้เสมหะแห้ง:

- 1% atropine ED 4 หยด SL q 4 h
- Atropine 0.6 mg SC q 4-6h.



หายใจลำบาก ควรดูแลดังนี้⁽²⁾

1. ประเมินความสามารถ ลักษณะ การหายใจ Check V/S
2. จัดให้นอนในท่าที่สบาย ทรวงอกขยายตัวได้สะดวก (Fowler's position)
3. คำนึงถึงเส้นทางเดินหายใจว่าโล่งหรือไม่ Clear airway ให้โล่งสะอาด
4. ประเมินภาวะ Cyanosis ถ้าขาด O₂ ก็ให้ O₂
5. ปลอบโยนให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจในการรักษาพยาบาล
6. ให้การพยาบาลตามกิจวัตรประจำวันโดยคำนึงถึงความสุขสบายและเหมาะสม
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์
8. ดูแลความสะอาดของช่องปากและคอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

6.4 การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต Management (Last Hours of Life)⁽⁴⁾

The Last Days of Life (ในช่วงเวลาไม่กี่วันก่อนเสียชีวิต)

- เราจะทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต
- มีอาการ (sign) และอาการแสดง (symptoms) อะไรบ้าง
- พวกเราในฐานะครอบครัวและทีมสุขภาพจะให้การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้อย่างไร

การสูญเสียความรู้สึกรับรู้ 48 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต เรียงตามลำดับ

- ความหิวอาหาร
- ความกระหายน้ำ
- การพูด
- การมองเห็น
- การได้ยินและการสัมผัส

อาการในช่วงไม่กี่วัน/อาทิตย์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต

- มีอาการอ่อนล้าลงเรื่อยๆ เคลื่อนไหวลดลง นอนติดเตียง (bed-bound stage)
- ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน สมาธิสั้นลง
- รับประทานอาหารและน้ำลดลง
- กลืนลำบาก
- ความดันโลหิตลดลง ไม่สัมพันธ์กับภาวะ hypovolemia
- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีปัสสาวะคั่งค้าง
- ปัสสาวะออกลดลง
- บางรายอาจมีฝันร้าย หรือการมองเห็นลดลง

The Last Hour of Life

อาการที่พบได้ในช่วงไม่กี่ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต

- อัตราและรูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงไป อาจมีลักษณะหายใจช้า สลับเร็ว หรือบางครั้งมีหยุดหายใจร่วมด้วย (cheyne-stoke, apnea)
- หายใจมีเสียงดัง ครืดคราด คล้ายมีเสมหะในทางเดินหายใจ (noisy breathing/death rattle)
- ผิวหนังซีดและเย็นลง
- ชีพจรเบา ความดันโลหิตขึ้นๆลงๆ
- การรู้สติเปลี่ยนแปลง – delirium, restlessness, agitation, coma

อาการและอาการแสดงใน 48 ชั่วโมงสุดท้าย (Symptoms & Sign in The Last 48 hours)

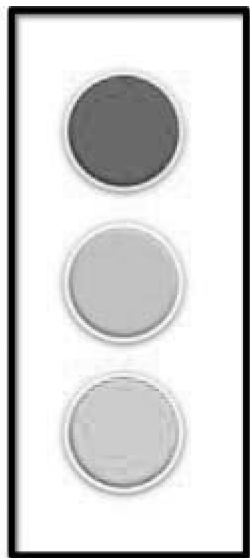
Symptoms	Percent %
1. Noisy, moist breathing	56
2. Pain	42
3. Restlessness, agitation	42
4. Urinary incontinence	32
5. Urinary retention	21
6. Dyspnea	22
7. Nausea, vomiting	14
8. Sweating	14
9. Jerking, twitching	12
10. Confusion	8

Lichter and Hunt, 1990

หลักการการดูแลในช่วง Last Hour of Life

- ใช้กระบวนการแก้ปัญหาด้วยวิธีการควบคุมอาการ (symptoms control)
- หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่จำเป็น
- ทบทวนอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบายและยาที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ
- คงไว้ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- ให้การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วย

หลักการดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต



• STOP

• CAUTION

• GO

● STOP

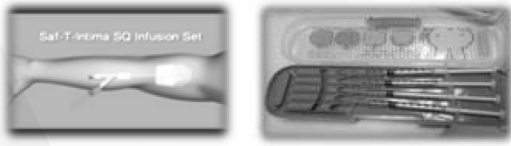
- หยุดยาที่ไม่จำเป็น เช่น anti-hypertensives, vitamins, statins, diuretics
- หยุดฉีดอินซูลินในผู้ป่วย insulin-dependent ที่เริ่มไม่รู้สึกรักตัว หรืออาจให้ once daily regimen
- หยุดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น
- หยุดการให้ IV fluid หรือให้น้อยที่สุด
- หยุดการพลิกตัวป้องกันแผลกดทับ
- หยุดการวัด V/S หรือวัดตามความเหมาะสม

● CAUTION

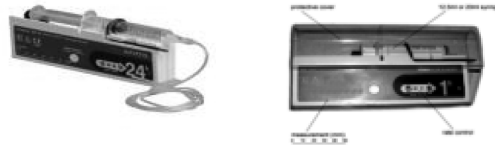
- การประชุมพูดคุย/สื่อสารให้ผู้ดูแล ครอบครัวและทีมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการจัดการ
อาการที่ไม่สบาย
- เปลี่ยนรูปแบบการให้ยา
 - Rectal, intravenous, subcutaneous ถ้าผู้ป่วยต้องการกลับบ้านโดยใช้เครื่อง syringe driver
 - ไม่ควรให้ยาที่ออกฤทธิ์ช้า : fentanyl patch
- พิจารณายุติการให้อาหาร/น้ำทางสายยาง

Subcut Medication Method

1. Bolus administration ครึ่งละไม่เกิน 2 ml โดยไม่ต้องเจือจางยาก่อนฉีด



2. Continuous subcutaneous infusion : CSCI โดยการใช้เครื่องให้ยาอย่างต่อเนื่องที่บ้านที่เรียกว่า syringe driver



National Health Service :GL for the use of subcutaneous medications in palliative care,2011



- จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ
- ยาที่ควรให้ต่อ เช่น analgesics, anti-emetics, anxiolytics
- ฝักระวังความสบายบ่อยๆ แทนการวัด V/S
- Mouth, eyes, skin, bladder & bowel care
- เตรียมตัวผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย/ครอบครัวต้องการ
- ให้การประคับประคองครอบครัว
- ให้การประคับประคอง ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย

Life-sustaining device and interventions

- ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ
- เครื่องกระตุ้นหัวใจ (defibrillators) /เครื่องกระตุ้นหัวใจ (pace-maker)
- การฟอกเลือด/ล้างไต
- ยาเพิ่มความดันโลหิต (vasoactive medication)
- ยาปฏิชีวนะ
- สารน้ำและสารอาหาร
- การช่วยฟื้นคืนชีพ กรณีหัวใจหยุดเต้น (CPR)
- การเจาะเลือด หัตถการต่างๆ

Campbell ML. Nurse to Nurse Palliative Care. U.S.A.: The McGraw-Hill Companies, Inc.,2009: 91-117.

ปัญหาที่ควรเฝ้าระวังสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต

- ความปวด
- อาการเพ้อ สับสน กระวนกระวาย (delirium/agitation)
- อาการหายใจลำบาก

- คลื่นไส้ อาเจียน
- การกระตุก ชัก
- การหายใจเสียงดัง ครี๊ดคราด (death rattle)
- ปฏิกริยาของครอบครัว

Prescription for Anticipatory Symptom Management in PC

Symptom	Drug	Route
• Pain & dyspnea	• Morphine • Fentanyl	• oral/rectal suppo./sc/IV • sc/SL
• Agitation/Confusion	• Midazolam • Ativan • Valium inj.	• sc/IV/SL • oral/SL • vein/rectal suppo.
• Delirium	• Haloperidol	oral/sc
• Death rattle	• 1% Atropine ED • Atropine INJ	SL q 4 hrs • sc
• N/V	Metoclopramide/Haloperidol	sc/IV
• Ascites	• Octreotide	sc/IV
• urinary rattle	• คาสายปัสสาวะไว้จนกว่าจะเสียชีวิต	

การให้ IV fluids/Oxygen

IV fluids ควรทำอย่างไร

- ถ้ามี IV อยู่แล้วให้ลดปริมาณ IV ลง
- ถ้าไม่มี IV ให้จิบน้ำทางปาก
- Mouth care
- กรณีครอบครัววิตกกังวล อาจให้ IV แบบ subcutaneous infusion

ต้องให้ออกซิเจนหรือไม่

- ควรให้ออกซิเจน ถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมาก่อน

การให้คำอธิบายแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการให้อาหารและน้ำ

- ปกติผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจะมีความต้องการอาหารและน้ำลดลง (ขาดอาหาร คีโตนหลัง/ขาดน้ำ อะดรีนาลีน หลัง)
- ผู้ป่วยไม่ได้ดื่มน้ำจนตาย แต่ร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารได้ต่อไป
- การให้อาหารและน้ำทางสายยางหรือหลอดเลือด ไม่ได้ช่วยให้พยากรณ์โรคดีขึ้น และไม่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
- การที่ผู้ป่วยไม่ดื่มน้ำหรืออาหารไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย แต่การให้อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย

สถานที่ดูแลระยะใกล้เสียชีวิต (Place of Care in the Last Days)

• บ้าน

- เป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวคุ้นเคย
- ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความเป็นส่วนตัว ไม่ต้องถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ให้การดูแลด้านจิตสังคมจิตวิญญาณได้ดีกว่าที่มสุขภาพ
- สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการดูแลในโรงพยาบาล

• โรงพยาบาล/Hospice สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือไม่มีผู้ดูแลและไม่มีบ้าน

การดูแลในวันใกล้เสียชีวิต (Care in The Last Days)

- ไม่ควรปลุกตื่นบ่อย
- ควรพูดคุยช่วงที่ผู้ป่วยตื่น
- ช่วยนวดบริเวณหน้าผากเบาๆ
- เปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ฟังเบาๆ
- ผู้ที่พักผ่อนไม่ได้ กระสับกระส่าย (agitation) ไม่ควรผูกมัด
- Symptom discussions : pain, delirium, death rattle
- ปรับวิธีการให้ ยา- subcut

รู้ถึงช่วงและนอนหลับตลอดเวลา

คนที่ใกล้เสียชีวิตจะรู้ถึงช่วงและอาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น⁽³⁾

7. แหล่งประโยชน์

- โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มงานการกิจบริการวิชาการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งร่างกายหลังรับการรักษาและระยะสุดท้ายในชุมชน ปี 2552
2. โรงพยาบาลราชวิถี แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลราชวิถี. ปี 2556
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.), ก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. โรงพิมพ์ที่คิวพี บจก. พิมพ์ครั้งที่ 5 .ปี 2555
4. ปาริชาติ เพียสุพรรณ และศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การบริหารและจัดการอาการในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะทาง 26-28 ส.ค. 2558 ณ โรงแรมเจริญธานี ขอนแก่น.

ตัวอย่าง

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 1)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล).....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ที่ทำงาน.....

ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือ
สิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นคืนจากการสลบนั้น

☐

.....

มีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจ
เรื่องใดๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้
อย่างแจ่มแจ้ง

☐

.....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาวๆอย่าง
ชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อน
อาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ
จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น

☐

.....

อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะ
สุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดย
ไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูก
ทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าขาดอากาศอยู่ตลอดเวลา

☐

.....

โปรดให้การรักษาศาพเจ้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมายในข้อที่ท่านยอมรับหรือไม่
ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนี้ด้วย)

๑. การฟื้นฟูการเดินของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้น ขึ้นใหม่
หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหยุดเต้นแล้ว ซึ่งได้แก่ การใช้เครื่องมือไฟฟ้า
กระตุ้น กัด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ

☐

ยอมรับ

☐

ไม่ยอมรับ

๒. การพยุงการมีชีวิต คือการใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำ
และยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และ
อวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้

☐

ยอมรับ

☐

ไม่ยอมรับ

๓. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รับการรักษาโรค ที่เป็นอยู่เดิม	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ
--	---

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ ยุติการบริการ (Withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- ☐ การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)
- ☐

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล)

ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาในสถานพยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.....
 ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด.....
 ลงชื่อพยาน.....
 ลงชื่อพยาน.....
 ลงชื่อผู้พิมพ์/.....

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้ว่างใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้..... เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ ๑ ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้..... เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ ๒ ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้..... เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้..... เบอร์โทรศัพท์.....

ตัวอย่าง

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 2)

วันที่

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)..... อายุ..... ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ที่ทำงาน.....

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอ
ตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่
จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้ลงชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

- ☐ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
- ☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- ☐ การรักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U)
- ☐ การกระตุ้นระบบไหลเวียน
- ☐ กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด
- ☐ การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ
- ☐
- ☐
- ☐

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อหาในหนังสือ
แสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นกรุณาหยุดการ
บริการ (Withdraw) ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

- ☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- ☐
- ☐

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

☐ การเยียวยาทางจิตใจ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)

☐

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล).....

ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ivoว่างใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ ๑ ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ ๒ ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ สามารถเลือกใช้หนังสือแสดงเจตนาแบบใดก็ได้)

เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

(Palliative Performance scale version 2)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้ มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50%	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/-สับสน
30%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/-สับสน
20%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/-สับสน
10%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/-สับสน
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

คะแนน.....ระดับ PPS (%).....

(ที่มา: แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสาขาวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่)

แนวทางมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPS v2 70 – 100%	
การจัดการกับโรค (Disease Management)	ทบทวนประวัติผู้ป่วย เพื่อทราบแผนการดูแล
การประเมินด้านร่างกาย และการดูแล (Physical Assessment & care)	ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพจัดการอาการที่มีค่าคะแนนมากกว่าเท่ากับ 4 โดยใช้ทั้ง pharmaco และ non-pharmacological management
	ประเมินความต้องการด้านการพยาบาล
การประเมินด้านจิตสังคม (Psycho-social care issues, Assessment and care)	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษา
	ประเมินการยอมรับต่อความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว
	หากประเมินพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ท้อแท้ให้ส่งปรึกษาทีมจิตเวช
การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment & care)	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ
	ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/Family education)	การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้ 1.การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ 2.อธิบายการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ 3.วิธีการดูแลการทำแผล 4.วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย 5.การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย 6.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย 7.การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยคายสาวยางให้อาหาร
รวบรวมปัญหา วางเป้าหมายการรักษา	ทำ nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน
	ติดตามประเมิน PPS ทุก 4 สัปดาห์
การส่งต่อผู้ป่วย	ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ส่ง HHC)

แนวทางมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ต่อ)

ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPS v2 40 - 60%	
การจัดการกับโรค (Disease Management)	ทบทวนประวัติผู้ป่วย เพื่อทราบแผนการดูแล
	ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย
	ประเมินความสามารถของผู้ป่วย และครอบครัว และความเต็มใจในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาและกระบวนการดูแล
การประเมินด้านร่างกาย และการดูแล (Physical Assessment & care)	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกายอาการต่างๆ และการจัดการ
	ให้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการที่มักพบในช่วงที่โรคมีการลุกลามและแนวทางการดูแล
	ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการที่มีค่าคะแนนมากกว่าเท่ากับ 4 โดยใช้ทั้ง pharmacologic และ non-pharmacological management
	ประเมินภาวะโภชนาการ ปรึกษาโภชนาการตามความเหมาะสม
	ประเมินการพลัดตกหกล้มหรืออุบัติเหตุ โดยใช้แบบประเมิน Falling
	ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale
การประเมินด้านจิตสังคม (Psycho-social care issues, Assessment and care)	ประเมินความเข้าใจ การยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะของโรคและแผนการดูแล
	อำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกที่สงบเงียบให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมความผูกพันของผู้ป่วยและครอบครัว
	ปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ได้แก่ ความต้องการเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ความต้องการเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การเลือกสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย การเลือกสถานที่ถึงแก่กรรม
	หากประเมินพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล ท้อแท้ให้ส่งปรึกษาทีมจิตเวช
การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment & care)	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ
	ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPS v2 40 - 60%	
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/ Family education)	การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้ 1.การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ 2.อธิบายการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ 3.วิธีการดูแล การทำแผล 4.วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย 5.การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย 6.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย 7.การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยคายอาหารให้อาหาร แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และสอนวิธีการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การจัดทำของผู้ป่วย และการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย
การดูแลเพื่อให้พ้นผ่านความเศร้าโศก (Bereavement care)	ค้นหาความหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยส่งปรึกษาทีมจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวลคลายความเครียด คลายความเศร้า สร้างความประทับใจในครอบครัว โดยเป็นภาพ หรือข้อความที่ประทับใจ
รวบรวมปัญหา วางเป้าหมายการรักษา	ทำ nursing care plan พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน ปรึกษามติสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ติดตามประเมิน PPS ทุก 4 สัปดาห์
การส่งต่อผู้ป่วย	ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ส่ง HHC)

แนวทางมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ต่อ)

ระยะวาระสุดท้าย (end- of -life) คะแนน PPS v2 10% - 30 %	
การประเมินด้านร่างกาย และการดูแล (Physical Assessment & care)	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกายอาการต่างๆ และการจัดการ
	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกายและอาการต่างๆ และการจัดการ
	ให้อาหารจำนวนน้อยๆหรือให้จิบน้ำเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้
	ทำความสะอาดช่องปาก พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ
	ดูแลระบบขับถ่าย
	จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ
การประเมินด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and Spiritual, Assessment and care)	เตรียมครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต
	สอบถามความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้านหรือโรงพยาบาล
	พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีที่บ้านหรือในชุมชน
	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรมทางศาสนา
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/ Family education)	สอนวิธีดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย (comfort care) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตาย ให้ผู้ดูแลปฏิบัติดังนี้ 1.กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุย แม้ว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง 2.สนทนากับผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง 3.สนับสนุนให้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาได้ เช่น เปิดเทป บทสวดมนต์ การตักบาตร การนิมนต์พระ เป็นต้น 4.แนะนำให้ญาติผู้ป่วยทบทวนเรื่องราวในชีวิตที่ดี
การดูแลเพื่อให้พ้นผ่านความเศร้าโศก (Bereavement care)	Bereavement care plan
	ส่งปรึกษาทีมจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล คลายความเครียด คลายความเศร้า
รวบรวมปัญหา วางเป้าหมายการรักษา	ประชุมทีมสหสาขาเพื่อวางแผนเป้าหมายการดูแล ตามความเหมาะสม
	ทำ nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน
	ติดตามประเมิน PPS ทุกสัปดาห์

แนวทางมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ต่อ)

คะแนน PPS v2 0 %	
การประเมินและดูแลผู้ดูแล	การดูแลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม มีดังนี้ - รายงานให้แพทย์รับทราบ และช่วยประสานงานกับครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้พบแพทย์ เพื่อรับทราบข้อมูลการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ญาติได้ปฏิบัติตามพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา - กล่าวคำไว้อาลัย เพื่อทำพิธีขอขมาศพ - เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่ตามลำพังกับผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว - อธิบายขั้นตอนและประสานการจัดการเอกสารเกี่ยวกับการแจ้งตาย การนำศพกลับบ้าน - ดูแลความเศร้าโศกของญาติในช่วงเวลาที่ยังผู้ป่วยถึงแก่กรรม โดยยอมรับความรู้สึกต่างๆของครอบครัว เช่น ความรู้สึกผิดของญาติที่ไม่ได้มาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ อาการตกใจ ร้องไห้ของญาติผู้ป่วย และช่วยดูแลปลอบใจครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น - มีการติดตามให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากเสร็จสิ้นงานศพ

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ. ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด	มีอาการปวดรุนแรงที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย	มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการคลื่นไส้	มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการซึมเศร้า	มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่วิตกกังวล	วิตกกังวลมากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการง่วงซึมสับสน	อาการง่วงซึมสับสนมากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เบื่ออาหาร	เบื่ออาหารมากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สบายดีทั้งกายและใจ	ไม่สบายกายและใจเลย									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ	มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปัญหาอื่นๆ										
ได้แก่										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ผู้ทำการประเมิน ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแล ☐ อื่นๆ.....

วันที่.....

เวลา.....



ตัวอย่างแบบประเมิน

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

(Palliative care Outcome Scale)

PATIENT QUESTIONNAIRE ฉบับใช้ถามผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย.....อายุปี ระดับ PPS.....%
สถานที่ให้การดูแล..... วันที่ประเมิน.....

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบ ที่ถูกต้องสำหรับท่านมากที่สุด

คำตอบของท่านจะช่วยให้เราได้ปรับปรุงการดูแลของท่านและผู้ป่วยรายอื่น ขอขอบพระคุณ

1. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดหรือไม่

- ☐ 0 ไม่มีอาการปวดเลย
- ☐ 1 ปวดเล็กน้อย แต่ไม่รบกวน จึงไม่ต้องจัดการกับความปวด
- ☐ 2 ปวดปานกลาง ความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้
- ☐ 3 ปวดรุนแรง จนมีผลกระทบอย่างมากต่อการใช้สมาธิในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่างๆ
- ☐ 4 ปวดอย่างมากมาอย่างต่อเนื่อง จนคิดอะไรไม่ออก

2. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของท่าน เช่น รู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผูกหรือไม่

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 เล็กน้อย
- ☐ 2 ปานกลาง
- ☐ 3 รุนแรง
- ☐ 4 มากมาย ท่วมท้น

3. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษา หรือไม่

- ☐ 0 ไม่กังวลเลยหรือไม่หงุดหงิดเลย
- ☐ 1 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดนานๆ ครั้ง
- ☐ 2 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดเป็นบางครั้ง เป็นบ้าง ไม่เป็นบ้าง
- ☐ 3 กังวลใจหรือหงุดหงิดเกือบตลอดเวลา ส่วนมากแล้วมีผลกระทบกับความคิดหรือสมาธิของท่าน
- ☐ 4 กังวลใจหรือหงุดหงิดตลอดเวลา จนคิดอะไรไม่ออก

4. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของท่าน หรือ เพื่อนของท่าน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับท่านหรือไม่

- ☐ 0 ไม่วิตกกังวลเลย
- ☐ 1 นานๆ ครั้ง
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง มีผลกระทบบ้างต่อความคิดหรือสมาธิของสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อน
- ☐ 3 วิตกกังวลเป็นส่วนใหญ่
- ☐ 4 วิตกกังวลตลอดเวลา

5. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านและสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อนของท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างน้อยเพียงใด

- ☐ 0 ได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมที่ รู้สึกสบายใจที่ได้ถามแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่สงสัย
- ☐ 1 ได้รับทราบข้อมูล แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ
- ☐ 2 ได้รับทราบข้อมูลก็ต่อเมื่อถามไปยังแพทย์และพยาบาล แต่จริงๆแล้วอยากทราบข้อมูลมากกว่านี้
- ☐ 3 ได้รับทราบข้อมูลน้อยมาก และในบางคำถาม แพทย์หรือพยาบาลหลีกเลี่ยงที่จะตอบคำถาม
- ☐ 4 ไม่ได้รับทราบข้อมูลเลย

6. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านได้เล่าระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน หรือไม่

- ☐ 0 ใช่ ได้เล่าทุกอย่างที่อยากจะพูด
- ☐ 1 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นส่วนมาก
- ☐ 2 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย นานๆครั้ง
- ☐ 4 ไม่เคยเล่ากับใครเลย

7. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา เศร้าใจหรือไม่

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 4 ตลอดเวลา

หมายเหตุ : ถ้าท่านตอบว่า เศร้าใจค่อนข้างบ่อย หรือ เศร้าใจตลอดเวลาให้ปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์

8. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองหรือไม่

- ☐ 0 ใช่ รู้สึกดีกับตัวเองตลอดเวลา
- ☐ 1 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 4 ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย

9. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าท่านเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาล หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำ หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเอ็กซเรย์ซ้ำ หรือไม่

- ☐ 0 ไม่เสียเวลาเลย
- ☐ 2 เสียเวลาเกือบครึ่งวัน
- ☐ 4 เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน

10. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน ทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว หรือไม่

- ☐ 0 ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาตามที่ต้องการ
- ☐ 2 ปัญหากำลังได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 4 ปัญหายังมีอยู่ และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 0 ไม่มีปัญหาอะไรเลย

11. อะไรคือปัญหาหลักหรือปัญหาสำคัญของท่านในช่วงสามวันที่ผ่านมา

1)

2)

12. ท่านทำแบบสอบถามนี้อย่างไร

☐ 0 ด้วยตัวเอง

☐ 1 ด้วยความช่วยเหลือของเพื่อน หรือญาติ

☐ 2 ด้วยความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่พยาบาล



ใบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
 (Palliative care Outcome Scale)
 (ฉบับใช้ถามผู้ป่วย) แปลโดย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม
 (กันยายน 2553)

ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี
 โรค..... หน่วยงาน.....

คะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale)	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....
1. อาการปวด			
2. อาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของ ผู้ป่วย ได้แก่			
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย			
4. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย			
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ การดูแลรักษา			
6. การได้ระบายความรู้สึก			
7. ความรู้สึกซึมเศร้า			
8. ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า			
9. การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา			
10. การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ ปัญหาอื่นๆที่เกิดจากความเจ็บป่วย			
คะแนนรวม			
ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย			
PPS level (%)			
การทำแบบสอบถามนี้ ทำโดย: ผู้ป่วย, ผู้ป่วย และญาติ/เพื่อน, ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาล			



แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

(Palliative care Outcome Scale)

STAFF QUESTIONNAIRE ฉบับใช้ถามเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

ชื่อผู้ป่วย..... วันที่ประเมิน.....

อายุปี โรค.....

สถานที่ให้การดูแล.....

กรุณาคำตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่สุด

1. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือไม่

- ☐ 0 ไม่มีอาการปวดเลย
- ☐ 1 ปวดเล็กน้อย แต่ไม่รบกวน จึงไม่ต้องจัดการกับความปวด
- ☐ 2 ปวดปานกลาง ความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้
- ☐ 3 ปวดรุนแรง จนมีผลกระทบอย่างมากต่อการใช้สมาธิในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่างๆ
- ☐ 4 ปวดอย่างมากมายท่วมท้น จนคิดอะไรไม่ออก

2. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น รู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผูก หรือไม่

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 เล็กน้อย
- ☐ 2 ปานกลาง
- ☐ 3 รุนแรง
- ☐ 4 มากมาย ท่วมท้น

3. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษา หรือไม่

- ☐ 0 ไม่กังวลเลยหรือไม่หงุดหงิดเลย
- ☐ 1 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดนานๆ ครั้ง
- ☐ 2 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดเป็นบางครั้ง เป็นบ้าง ไม่เป็นบ้าง
- ☐ 3 กังวลใจหรือหงุดหงิดเกือบตลอดเวลา ส่วนมากแล้วมีผลกระทบกับความคิดหรือสมาธิของผู้ป่วย
- ☐ 4 กังวลใจหรือหงุดหงิดตลอดเวลา จนไม่สามารถคิดอะไรออกเลย

4. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือ เพื่อนของผู้ป่วย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือไม่

- ☐ 0 ไม่วิตกกังวลเลย
- ☐ 1 นานๆ ครั้ง
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง มีผลกระทบบ้างต่อความคิดหรือสมาธิของสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อน
- ☐ 3 วิตกกังวลเป็นส่วนมาก
- ☐ 4 วิตกกังวลตลอดเวลา

5. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อนของผู้ป่วย ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษามากน้อยเพียงใด

- ☐ 0 ได้รับทราบข้อมูลเต็มที่ รู้สึกสบายใจที่ได้ถามแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่สงสัย
- ☐ 1 ได้รับทราบข้อมูล แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ
- ☐ 2 ได้รับทราบข้อมูลก็ต่อเมื่อถามไปยังแพทย์และพยาบาล แต่จริงๆ แล้วอยากทราบข้อมูลมากกว่านี้
- ☐ 3 ได้รับทราบข้อมูลน้อยมาก และในบางคำถาม แพทย์หรือพยาบาลหลีกเลี่ยงที่จะตอบคำถาม
- ☐ 4 ไม่ได้รับทราบข้อมูลเลย

6. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้เล่าระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน หรือไม่

- ☐ 0 ใช่ ผู้ป่วยได้เล่าทุกอย่างที่อยากจะพูด
- ☐ 1 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นส่วนมาก
- ☐ 2 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย นานๆ ครั้ง
- ☐ 4 ไม่เคยเล่ากับใครเลย

7. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยเศร้าใจหรือไม่

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 4 ตลอดเวลา

8. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองหรือไม่

- ☐ 0 ใช่ รู้สึกดีกับตัวเองตลอดเวลา
- ☐ 1 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 4 ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย

9. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าผู้ป่วยเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาล หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำ หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเอ็กซเรย์ซ้ำ หรือไม่

- ☐ 0 ไม่เสียเวลาเลย
- ☐ 2 เสียเวลาเกือบครึ่งวัน
- ☐ 4 เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน

10. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือ ปัญหาส่วนตัว หรือไม่

- ☐ 0 ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาตามที่ต้องการ
- ☐ 2 ปัญหากำลังได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 4 ปัญหายังมีอยู่ และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 0 ไม่มีปัญหาอะไรเลย

11. อะไรคือปัญหาหลักหรือปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในช่วงสามวันที่ผ่านมา

- 1)
- 2)

12. ระดับ Palliative Performance Scale ของผู้ป่วย คือ ระดับ PPS.....(%)



ใบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care Outcome Scale)

(ฉบับถามเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ)

แปลโดย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (กันยายน 2553)

ชื่อ..... สกุล.....อายุ.....ปี
โรค.....หน่วยงาน.....

คะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale)	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....
1. อาการปวด			
2. อาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของ ผู้ป่วย ได้แก่			
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย			
4. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย			
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ การดูแลรักษา			
6. การได้ระบายความรู้สึก			
7. ความรู้สึกซึมเศร้า			
8. ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า			
9. การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา			
10. การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ ปัญหาอื่นๆที่เกิดจากความเจ็บป่วย			
คะแนนรวม			
ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย			
PPS level (%)			
การทำแบบสอบถามนี้ ทำโดย: เจ้าหน้าที่ พยาบาล			



แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care Outcome Scale)
CARER QUESTIONNAIRE ฉบับใช้ถามผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
สถานที่ให้การดูแล.....วันที่ประเมิน.....

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่สุด

1. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือไม่

- ☐ 0 ไม่มีอาการปวดเลย
- ☐ 1 ปวดเล็กน้อย แต่ไม่รบกวน จึงไม่ต้องจัดการกับความปวด
- ☐ 2 ปวดปานกลาง ความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้
- ☐ 3 ปวดรุนแรง จนมีผลกระทบอย่างมากต่อการใช้สมาธิในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่างๆ
- ☐ 4 ปวดอย่างมากมาอย่างต่อเนื่อง จนคิดอะไรไม่ออก

2. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น รู้สึกไม่สบาย ใจ ท้องผูก หรือไม่

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 เล็กน้อย
- ☐ 2 ปานกลาง
- ☐ 3 รุนแรง
- ☐ 4 มากมาย ท่วมท้น

3. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษา หรือไม่

- ☐ 0 ไม่กังวลเลยหรือไม่หงุดหงิดเลย
- ☐ 1 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดนานๆ ครั้ง
- ☐ 2 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดเป็นบางครั้ง เป็นบ้าง ไม่เป็นบ้าง
- ☐ 3 กังวลใจหรือหงุดหงิดเกือบตลอดเวลา ส่วนมากแล้วมีผลกระทบกับความคิดหรือสมาธิของผู้ป่วย
- ☐ 4 กังวลใจหรือหงุดหงิดตลอดเวลา จนไม่สามารถคิดอะไรออกเลย

4. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือ เพื่อนของผู้ป่วย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือไม่

- ☐ 0 ไม่วิตกกังวลเลย
- ☐ 1 นานๆ ครั้ง
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง มีผลกระทบบ้างต่อความคิดหรือสมาธิของสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อน
- ☐ 3 วิตกกังวลเป็นส่วนใหญ่
- ☐ 4 วิตกกังวลตลอดเวลา

5. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อนของผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา มากน้อยเพียงใด

- ☐ 0 ได้รับทราบข้อมูลเต็มที่ รู้สึกสบายใจที่ได้ถามแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่สงสัย
- ☐ 1 ได้รับทราบข้อมูล แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ
- ☐ 2 ได้รับทราบข้อมูลก็ต่อเมื่อถามไปยังแพทย์และพยาบาล แต่จริงๆแล้วอยากทราบข้อมูลมากกว่านี้
- ☐ 3 ได้รับทราบข้อมูลน้อยมาก และในบางคำถาม แพทย์หรือพยาบาลหลีกเลี่ยงที่จะตอบคำถาม
- ☐ 4 ไม่ได้รับทราบข้อมูลเลย

6. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้เล่าระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน หรือไม่

- ☐ 0 ใช่ ผู้ป่วยได้เล่าทุกอย่างที่อยากจะพูด
- ☐ 1 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นส่วนมาก
- ☐ 2 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย นานๆครั้ง
- ☐ 4 ไม่เคยเล่ากับใครเลย

7. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยเศร้าใจหรือไม่

- ☐ 0 ไม่เลย
- ☐ 1 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 4 ตลอดเวลา

8. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองหรือไม่

- ☐ 0 ใช่ รู้สึกดีกับตัวเองตลอดเวลา
- ☐ 1 ค่อนข้างบ่อย
- ☐ 2 เป็นบางครั้ง
- ☐ 3 ไม่ค่อยบ่อย
- ☐ 4 ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย

9. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าผู้ป่วยเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาล หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำ หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเอ็กซเรย์ซ้ำ หรือไม่

- ☐ 0 ไม่เสียเวลาเลย
- ☐ 2 เสียเวลาเกือบครึ่งวัน
- ☐ 4 เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน

10. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว หรือไม่

- ☐ 0 ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาตามที่ผู้ป่วยต้องการ
- ☐ 2 ปัญหากำลังได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 4 ปัญหายังมีอยู่ และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ
- ☐ 0 ไม่มีปัญหาอะไรเลย

11. อะไรคือปัญหาหลักหรือปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในช่วงสามวันที่ผ่านมา

.....

.....

.....

.....

12. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด

- ☐ 0 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค
- ☐ 1 ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการแสดงของโรคเล็กน้อย
- ☐ 2 ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และมีอาการแสดงของโรค
- ☐ 3 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อยู่บนเตียงมากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลา 1 วัน
- ☐ 4 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก ใช้เวลาทั้งวันอยู่บนเตียง



ใบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care Outcome Scale)

(ฉบับใช้ถามผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย)

แปลโดย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (มกราคม 2556)

ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี
โรค..... หน่วยงาน.....

คะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale)	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....
1. อาการปวด			
2. อาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของ ผู้ป่วย ได้แก่			
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย			
4. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย			
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ การดูแลรักษา			
6. การได้รับการระบายความรู้สึก			
7. ความรู้สึกซึมเศร้า			
8. ความรู้สึกดีกับตัวเอง			
9. การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา			
10. การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ ปัญหาอื่นๆที่เกิดจากความเจ็บป่วย			
คะแนนรวม			
ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย			
ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม			
การทำแบบสอบถามนี้ ทำโดยผู้ดูแล			

(ที่มา: แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่)

คำบอกเล่าของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย

ปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลตติยภูมิ แม้จะได้รับการตรวจ วินิจฉัยและทำการรักษาอย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม ผู้ป่วยอาจไม่สามารถหายขาดได้ บางรายการดำเนินโรครยังคงเดินต่อไปจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อการรักษาหลัก (เช่น การผ่าตัด การฉายแสง การให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง) ไม่ได้ผลอีกต่อไป แพทย์หลายแผนกที่เคยให้การดูแลผู้ป่วยมาตลอดอาจลงความเห็นไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยว่า “Supportive Care” หรือ “Palliative Care” หรือ “มันดแล้ว” แต่ใครจะเป็นผู้ให้ Supportive Care หรือ Palliative Care แก่ผู้ป่วย? ส่วนใหญ่เรามักเข้าใจกันว่า “ใครก็ตามที่พบหรือเจอผู้ป่วย” ก็จะเป็นผู้ให้การดูแลนั้นแก่ผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งที่บุคลากรสุขภาพในหอออดฉุกเฉินมักจะเป็นผู้ที่พบหรือเจอผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาหนักนอกเวลานัดหรือไม่มีนัดกับแพทย์ที่ดูแลหลักแล้ว Palliative Care ควรเกิดขึ้นได้ทุกที่ โดยเริ่มต้นจากการสร้างทีม ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลหอออดฉุกเฉินที่มีทัศนคติตรงกันในการมุ่งแก้ปัญหาดังกล่าว โดยเมื่อมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายมารับบริการที่หอออดฉุกเฉิน นอกเหนือจากการดูแลรักษาทางกาย เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานแล้ว ทีมพยาบาลซึ่งผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเข้ามาดำเนินการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในด้านอื่นๆ อันได้แก่ ปัญหาทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และทำการประสานงานกับทีมแพทย์ ทั้งแพทย์เจ้าของไข้และแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆ เช่นสังคมสงเคราะห์ หน่วยเยี่ยมบ้านหน่วยบำบัดความเจ็บปวด ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความช่วยเหลือในปัญหาต่างๆ ที่ทีมค้นพบ ตลอดจนติดตามอาการและปัญหาต่างๆ ที่ทีมได้ประสานงานให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง แม้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วก็ตาม จนผู้ป่วยเสียชีวิต ทีมจะทำการติดตามประคับประคองญาติต่อจนกว่าจะมั่นใจว่าญาติสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียผู้ป่วย และสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

ถึงแม้จะไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือ ลดปัญหาการถูกทอดทิ้งหรือผลักไสให้กลับบ้านลง และมีความพึงพอใจต่อการบริการของหอออดฉุกเฉินมากขึ้น การดำเนินการลักษณะดังกล่าวได้อาศัยหลักของ Lean Operation เข้ามาลดขั้นตอนต่างๆ ในการประสานงานที่ซับซ้อนและซ้ำซ้อนลง เช่น ยกเลิกการส่งใบปรึกษาแต่ใช้การโทรศัพท์ปรึกษาแทน การโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยแทนการนัดผู้ป่วยมาพบ ทำให้สามารถลดขั้นตอนและระยะเวลาการรอคอยการบริการลงได้ถึงกว่า 50% และลดความทุกข์ทรมานและค่าใช้จ่ายในการขนส่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลลง การดำเนินการที่เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม เน้นการให้เกียรติซึ่งกันและกัน ลดความขัดแย้งในทีมสุขภาพเอง ในส่วนของโรงพยาบาลนั้นการดำเนินการดังกล่าวช่วยลดงบประมาณในการเพิ่มเติมเตียงผู้ป่วยในเพื่อรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ และลดความขัดแย้งของโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติลง ปัจจุบันการดำเนินการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ริเริ่มที่หอออดฉุกเฉินได้รับการยอมรับมากขึ้น จนได้มีการตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว Palliative Care ก็สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกที่ แม้แต่ในหอออดฉุกเฉินที่สับสนวุ่นวาย ขอเพียงแต่เรามีทีมที่เข้มแข็ง อดทน และใจที่มุ่งหวังที่จะช่วยให้โค้งสุดท้ายของทุกชีวิตภายใต้การบริหารของเราจบลงอย่างสวยงาม....

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ที่คิวพี บจก; 2554.

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย
ในวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๗

ณ ห้องเชียงแสน โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพฯ

โดย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

1	ผศ.ดร.วิไลวรรณ ศรีสงคราม	คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม ม.เทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี
2	นายแพทย์ธงธน เพ็ญบดินทร์	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
3	นางนิตกุล ทองน่วม	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
4	นางเบญจพร สุธรรมชัย	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
5	นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
6	นางสาวนภัส แก้ววิเชียร	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
7	นางสาวกมลาศ ทองมีสิทธิ์	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
8	นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒนชัย	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
9	นางสาวอรรพรรณ คูหา	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
10	นางสมฤดี เนียมหอม	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
11	นางวัชรพร พรหมหาญ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
12	นางสาวเกศรา ทิพย์กองลาศ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
13	นางสาวมิรันตี ศรีพรหม	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
14	นางสาวกัลยาพร นันทชัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
15	นางอัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์	สำนักงานการพยาบาล
16	นางสาวกฤษณี ศรพรหม	สถาบันประสาทวิทยา
17	นางสาวเสาวลักษณ์ ไวพรรษา	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
18	นางกุลนภา บุญมากุล	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
19	นางปณิดา คุณสาระ	โรงพยาบาลเลิดสิน
20	นางพนิดา ประยงค์	โรงพยาบาลเลิดสิน
21	นางมาลินี นิลคำ	โรงพยาบาลเลิดสิน
22	นางสุวารีวรรณ จิระเสวกติก	โรงพยาบาลราชวิถี
23	นางเบญจวรรณ ลอ	โรงพยาบาลราชวิถี
24	นางสาวพจนา สายัณห์	โรงพยาบาลสงฆ์
25	นางพวงทอง ชุ่มบัณฑิต	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
26	นางเขมจิต มุกดาดี	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี
27	นางสุภารัตน์ ลัทธิตธรรม	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี
28	นางพรวิรินทร์ นุตราชวงศ์	วชิรพยาบาล กรุงเทพฯ
29	นางสาวนงลักษณ์ ทองอินทร์	วชิรพยาบาล กรุงเทพฯ

30	นางธัญชนก บุตรจันทร์	วชิรพยาบาล กรุงเทพฯ
31	นางสาววิรมลล์ จันทร์ดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
32	พันโทหญิงเพชรรัตน์ พงศ์พิศาลธรรม	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
33	พันโทหญิงโสมนัส ว่องไววุฒิเดช	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
34	นางสาวกิติมา ลิ้มประเสริฐ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
35	นางสาววัชรีย์ เปี่ยมอิมสำราญ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
36	นางสุชาดา ศรีรัตนสุคนธ์	โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
37	นางอรัญญา ปาละกะวงศ์	โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
38	นางกัลยา เพียรแก้ว	โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
39	นางสาววรรณภรณ์ กุลละวณิชย์	โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
40	นางจันทจุฑา รอดพาล	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
41	นางสุรารภรณ์ จันสายทอง	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
42	นางสาวกาญจน์วรรณ สังข์ประไพ	โรงพยาบาลบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
43	ภญ.ปิยธิดา พูลพัฒน์ปรีชา	โรงพยาบาลบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
44	นางสาวปนัดดา รักอยู่	โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

การนำข้อมูลวิจัยไปสู่นโยบายสาธารณะ ประเด็นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย

วันที่ 24 มิถุนายน 2558

ณ ห้องประชุมเชียงแสน โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพฯ

1. นพ.สุรพล	โล่ห์ศิริวัฒน์	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน	
2. ผศ.ดร.วิไลวรรณ	ศรีสงคราม	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	
3. นางเบญจพร	สุธรรมชัย	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
4. นางสาวนภัส	แก้ววิเชียร	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
5. นางสาวกมลลาศ	ทองมีสิทธิ์	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
6. นายวรัญญ	แสงชาติ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
7. นางวัชรพร	พรหมหาญ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
8. นางสาวมรินทร์	ศรีพรหม	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
9. นางอัมราภัสร์	อรรถชัยวัฒน์	สำนักงานการพยาบาล	
10. นางเบญจวรรณ	ล่อ	โรงพยาบาลราชวิถี	
11. นางกุลนภา	บุญมากุล	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
12. นางสาวเสาวลักษณ์	ไวพรรทา	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
13. นางมาลินี	นิลดำ	โรงพยาบาลเลิศจิน	
14. นางพนิดา	ประยงค์	โรงพยาบาลเลิศจิน	
15. นางสาวพวงทอง	ชุ่มบัณฑิต	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	
16. นางเข็มจิต	มุกดาดี	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ ัญบุรี	จังหวัดปทุมธานี
17. นางสุภารัตน์	ลัทธิธรรม	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ ัญบุรี	จังหวัดปทุมธานี
18. นางพรวิมล	นุตรวงค์	วชิรพยาบาล กรุงเทพฯ	
19. นางัญชนก	บุตรจันทร์	วชิรพยาบาล กรุงเทพฯ	
20. นางสาววิมลล	จันทร์ดี	ศูนย์ชีวภิบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรุงเทพฯ
21. นางสาวบุษบา	สังข์ทอง	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน	กรุงเทพฯ
22. นางสาวอุษา	สะอาดเยี่ยม	โรงพยาบาลมิชชั่น	กรุงเทพฯ
23. นางนิภา	ไตรญาณ	โรงพยาบาลมิชชั่น	กรุงเทพฯ
24. นางสาวพิมพ์พา	เทพวัลย์	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	กรุงเทพฯ
25. นางสาวกิตติมา	ลัมประเสริฐ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	
26. นางสาววัชร	เปี่ยมอิมสำราญ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	
27. นางนวรรตน์	ศราวุธสกุล	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์กรมมหาชน)	จังหวัดสมุทรสาคร
28. นางจันต์จุฑา	รอดพาล	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	
29. นางสาวราภรณ์	จันสายทอง	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	

30. นพ.ยุทธกานต์	ชินโสตร	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	
31. นางสาวพีร์	ปีตานนท์ชัย	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	
32. นางสาวณัชรวรรณ	รัมย์นพ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	
33. นางสาววิลาสิณี	จันทนิตย์	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	
34. นางอนรรักษ์	ปิ่นสวัสดิ์	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	
35. นางอุดมพร	คงสุวรรณ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	
36. นางเอี่ยมพร	เทพแจ้งใส	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	
37. ญ.ปิยธิดา	พูลพัฒนาปรีชา	โรงพยาบาลบ้านแพรง	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
38. นางสาวกาญจน์วรรณ	สังข์ประไพ	โรงพยาบาลบ้านแพรง	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
39. พญ.ธิติมา	ไชยกุล	โรงพยาบาลพุทธโสธร	จังหวัดฉะเชิงเทรา
40. นางสาวสุชาดา	ศรีรัตนสุคนธ์	โรงพยาบาลพุทธโสธร	จังหวัดฉะเชิงเทรา
41. นางอริญญา	ปาละกะวงศ์	โรงพยาบาลพุทธโสธร	จังหวัดฉะเชิงเทรา
42. นางกัลยา	เพียรแก้ว	โรงพยาบาลพุทธโสธร	จังหวัดฉะเชิงเทรา
43. นางสาวธนภรณ์	กุลทัพ	โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช	จังหวัดสุพรรณบุรี
44. นางสาวรุจิรา	เทียนทอง	โรงพยาบาลด่านช้าง	จังหวัดสุพรรณบุรี
45. นางธารินี	วงขารี	โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช	จังหวัดสุพรรณบุรี
46. นางสาวชลธิชา	ชาญสวัสดิ์	โรงพยาบาลอ่าวลึก	จังหวัดกระบี่
47. นางฉัตรกมล	เจริญวิภาดา	โรงพยาบาลคลองท่อม	จังหวัดกระบี่
48. นางทรงศนีย์	พราหมณ์ชูเอม	โรงพยาบาลกุมภวาปี	จังหวัดขอนแก่น
49. นางมนต์จันทร์	วิวัฒน์วิทวัส	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านที่สละเวลาเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้