

List disease of Palliative care and Functional unit



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

*List disease
of
Palliative care
and
Functional unit*

หนังสือ List disease of Palliative care and Functional unit

พิมพ์ครั้งแรก กันยายน 2559 จำนวน 1,500 เล่ม

บรรณาธิการ นายแพทย์อากาศ พัฒนเรืองไธ

คณะบรรณาธิการ

นางอำไพพร ย้งวัฒนา

นางนฤมล เรืองกิจวัฒนากร

นายอภิสิทธิ์ ศรีอินแก้ว

นางสาววิษยาภา เอี่ยมสว่าง

ผู้ผลิต

สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด

อโรคยา ปรมา ลาภา ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ แต่ละบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยไม่ว่าจะมากหรือน้อยได้ถ้าพูดถึงเรื่องสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจะให้ความสำคัญในการดูแลตั้งแต่บุคคลเริ่มปฏิสนธิจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยกระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์ ปิงปประมาณ พ.ศ. 2559 ซึ่งเน้นหนัก การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบครัวประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้และการพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกมิติอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ไม่ว่าจะการเจ็บป่วยนั้นจะต้องได้รับการดูแลถึงระยะท้ายของชีวิต

กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการบริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิและสูงกว่า รวมถึงการพัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ในการรักษาโรคระดับตติยภูมินั้น จะเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและเรื้อรัง ซึ่งการดูแลโรคที่เรื้อรังนั้นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและครอบครัว จนการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ดังนั้นเพื่อให้หน่วยงานที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้ตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย กรมการแพทย์ จึงจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 1) ขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีการดูแลแยกเป็นรายโรค จึงได้มีการรวบรวมองค์ความรู้จัดทำเอกสารชุดนี้ขึ้นและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากภาคีเครือข่ายและหน่วยงานของกรมการแพทย์ โดยคาดหวังให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต่อไป

กรมการแพทย์

กันยายน 2559



List disease of Palliative care and Functional unit _____



	หน้า
คำนำ	
บทนำ	1
General criteria of palliative care (NHS of UK)	6
List disease (Lifethreatening disease)	
Palliative Care in Cancer patient	8
Palliative Care in Neurological disease /Stroke	19
Palliative care in patient Renal Replacement therapy	28
Palliative Care in Heart Disease	33
Palliative Care in Multiple trauma patient	44
Palliative care in Infectious disease HIV/AIDS	61
Pediatic Palliative Care	68
Palliative care in Aging/Dementia	76
Functional unit of palliative care	81
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	97
Karnofsky Performance Status Index (KPS)	98
Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)	101
Lansky score	102
Performance status scale	103

สารบัญ

Contents

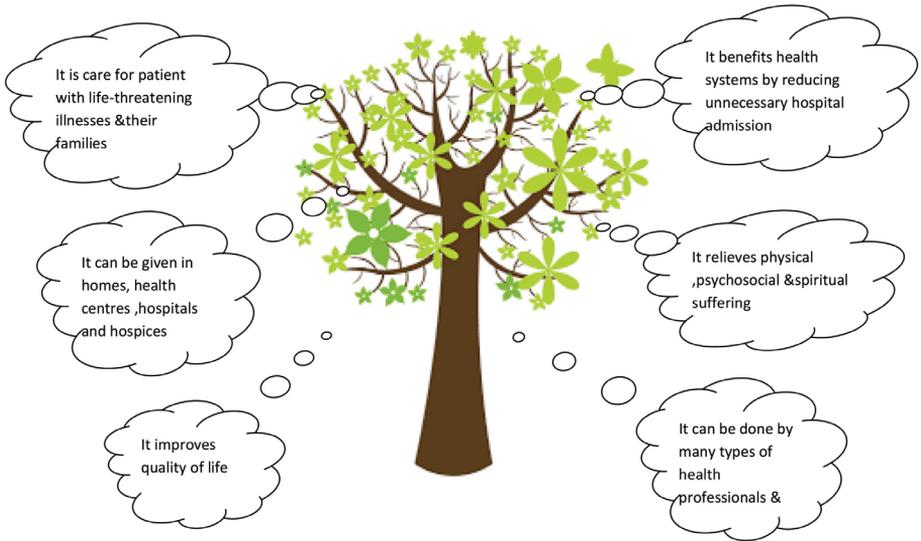
	หน้า
คำกล่าวการวะ	107
สำเนา คำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 723 / 2558 เรื่อง แต่งตั้ง คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (Palliative Care) กรมการแพทย์	110
สำเนา คำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 67 /2559 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) กรมการแพทย์ (เพิ่มเติม)	118
รายชื่อผู้ร่วมจัดทำมาตรฐานที่จำเป็นของระบบดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองใน หน่วยงานต่างๆ	122

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) มุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life – threatening illness) ไม่ว่าจะ เป็นโรคใด โดยเน้นที่ การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าว ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย

การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (Compassionate palliative care) หมายถึง การดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค

What is Palliative care

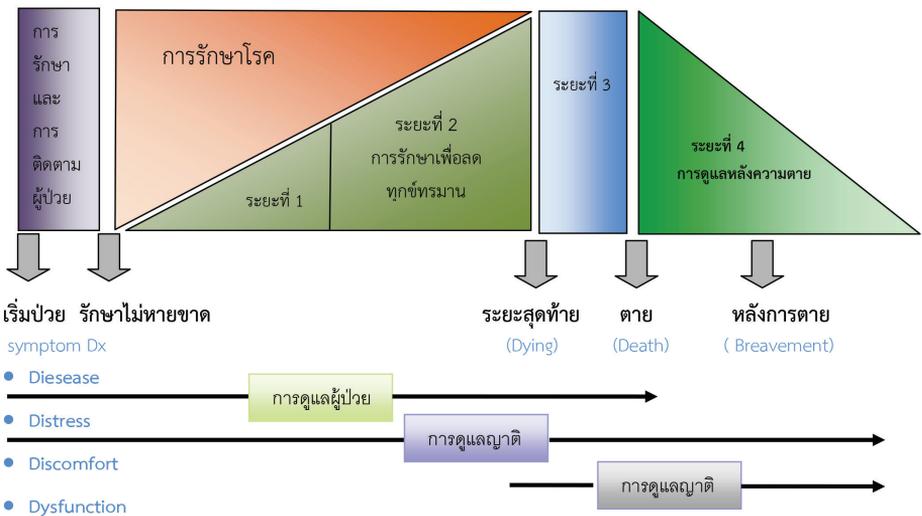


แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO เน้น 6 ด้าน คือ

- 1) จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล
- 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน
- 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล
- 4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม
- 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล
- 6) เป้าหมายในการดูแลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

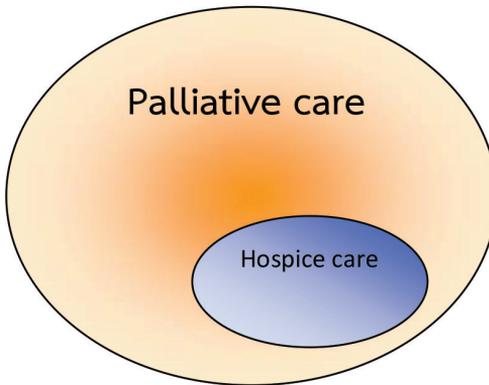
ดังนั้น Palliative Care จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งให้
 ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมาน ครอบคลุม
 ถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
 (dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย และหลังเสียชีวิตแล้ว

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง



การให้การดูแลประคับประคองอาการในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งรักษาไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้ คำนึงถึงคุณภาพชีวิตในชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่า และจะมุ่งเน้นการรักษาที่รักษาคุณภาพชีวิตเป็นหลัก ซึ่งจะไม่เร่งรัดหรือยืดความตายออกไป (Nation Hospice Organization, 1993)

ความแตกต่างของ Palliative care กับ hospice care



คำว่า hospice ในช่วงแรกมักหมายถึงสถานที่ หรือ บ้านพักที่รับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ามาอยู่เพื่อการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อมา มีการนำแนวทางการดูแลใน hospice ไปให้บริการที่บ้านผู้ป่วยด้วย จึงเป็นการขยายความหมายของ hospice care ให้เข้าใกล้ palliative care มากยิ่งขึ้น

List disease (Life threatening disease) : โรคที่คุกคามต่อชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองเริ่มต้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่เป็นมากแล้วและจัดว่ารักษาไม่หาย การรักษาดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีความทรมานทางด้านร่างกายและได้รับการดูแลด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังต้องดูแลไปถึงเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวผู้ป่วยด้วย ต่อมาจึงได้มีการขยายการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยที่ถูกคุกคามด้วยโรคอื่นๆ ประกอบด้วย

1. Cancer
2. Neurological disease : Stroke
3. Renal replacement therapy
4. Pulmonary and Heart disease
5. Multiple trauma patient
6. Infectious disease: HIV/AIDS
7. Pediatric
8. Aging/Dementia

ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนที่จะจัดผู้ป่วยนั้นๆ เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง จำเป็นต้องประเมินสมรรถนะการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย โดยต้องผ่านการประเมินขั้นต้น_General criteria ก่อน

General criteria of Palliative Care (NHS of UK)

แปลและเรียบเรียง โดย ศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ขั้นตอนที่ 1. ถามคำถาม “Surprise question”

ในผู้ป่วยที่มี advance disease หรือ progressive life limiting condition “ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า”

ควรพิจารณาโดยอาศัยการประเมินทางคลินิก โรคร่วม (co-morbidity) ภาวะทางสังคม และปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย เพื่อให้เห็นในภาพรวม

ถ้าคำตอบคือ ไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแลแบบ palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมตัวสำหรับการเสื่อมถอยของโรค

ขั้นตอนที่ 2. หาข้อบ่งชี้ทั่วไป

กรณีที่คำตอบคือ ไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อช่วยในการช่วยค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ palliative care ข้อบ่งชี้เหล่านี้ ได้แก่

2.1 การถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน : Functional performance status ลดลง นิ่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาตื่น ฟังฟังมากขึ้น การประเมินสมรรถนะ อาจใช้ Barthel Index ซึ่งประเมิน Activity of Daily Living (ADL) การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ความสามารถในการกลืน อุจจาระปัสสาวะ การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย

การเคลื่อนไหว หรือการประเมิน Functional assessment ซึ่งได้แก่ Karnofsky score (KPS) น้อยกว่าร้อยละ 50

- 2.2 Multiple co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
- 2.3 สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น
- 2.4 โรครอยู่ในระยะลุกลามไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก
- 2.5 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- 2.6 เลือกว่าจะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
- 2.7 น้ำหนักลดต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ในหกเดือนที่ผ่านมา
- 2.8 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- 2.9 มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย

การรับเข้าดูแลในสถานบริบาล

- 2.10 Serum albumin < 2.5 mg/dl



Palliative Care in Cancer patient

นิยาม (Definition of Palliative Care)

Palliative Care (การดูแลแบบประคับประคอง) เป็นการดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่มุ่งเน้นการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงอาการรบกวนและการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ

เป้าหมายของ Palliative Care คือ ความคาดการณ์ การป้องกัน และลดความทุกข์ทรมานและเพื่อการประคับประคอง สนับสนุนให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ โดยสามารถให้การดูแลแบบ Palliative care ได้ในทุกระยะของโรค และสามารถทำควบคู่กับการรักษาตัวโรค

ควรให้การดูแลแบบ Palliative care เริ่มตั้งแต่มีการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ต่อเนื่องตลอดการรักษาและการมีชีวิตอยู่ โดยเอื้อให้ผู้ป่วยได้สามารถดูแลตนเองได้ สามารถเข้าถึงข้อมูลและทางเลือกของการดูแลรักษา เป็นจุดเน้นหลักของการดูแลรักษา สอดคล้องกับทิศทางของโรค การมีชีวิตต่อช่วงการรักษาที่ไม่ได้ผล และเป็นสิ่งที่ทีมต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ รับทราบและการดูแลเป็นแบบสหสาขา

Standards of Palliative care

- o สถานพยาบาลต้องพัฒนากระบวนการ เพื่อบูรณาการ Palliative Care ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งในส่วนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามปกติ (usual care) และการดูแลเฉพาะด้านแบบประคับประคอง

- ผู้ป่วยมะเร็งควรได้รับการคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่การมารับบริการครั้งแรก และตามช่วงเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งเมื่อมีอาการบ่งชี้ทางคลินิก
- ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการบอกกล่าวให้ทราบว่า การดูแลแบบประคับประคองจะผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาโรคมะเร็ง
- ควรมีการให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง แก่บุคลากรสุขภาพทั้งระดับวิชาชีพและผู้ฝึกหัด เพื่อให้บุคลากรได้มีพัฒนาการด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และทีมสหสาขาที่ดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้าน Palliative Care, แพทย์ผู้ช่วย, Palliative care nurse manager, พยาบาลที่ผ่านการอบรม Basic palliative นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำทางศาสนา หรือนักบวช และเภสัชกรและสาขาอื่นๆ ซึ่งจะมีความพร้อมที่จะให้คำปรึกษา หรือให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามการร้องขอตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ
- สถานพยาบาลควรมีระบบในการติดตามคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองอย่างชัดเจน



Palliative care in Cancer patient : Specific criteria

เกณฑ์ในการคัดกรอง (Screening)

- ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองพบว่าอยู่ในเกณฑ์ ต้องได้รับการวางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขา ที่ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ผู้นำทางศาสนา หรือนักบวช พยาบาลผู้จัดการด้าน Palliative และนักกำหนดอาหาร
- ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป (General oncology care) การส่งปรึกษา และการประสานงานกับทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่นั้นๆ จะช่วยในการตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงที่ยังมีชีวิตอยู่

One or more of the following :

1. อาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled symptoms)
2. ความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง (Moderate-to-severe distress related to cancer diagnosis and/or cancer therapy)
3. มีการคาดการณ์ (พยากรณ์) จะมีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือน (ECOG ≥ 3 หรือ KPS ≤ 50 หรือ PPS ≤ 50)
4. มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง (Metastatic solid tumor)
5. ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องการ/ร้องขอ การดูแลแบบประคับประคอง (เลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่)

การประเมิน (Assessment by Oncology team)

กรณีพบอาการตามข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งข้อ (จากการ screening พบ ตามข้อ 1- 5)

[Not present] ถ้าไม่พบอาการตามเกณฑ์ Screening

❖ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับบริการการดูแลแบบประคับประคอง

1. ประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับอาการ และพูดคุยเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกัน
2. ประเมินโดยการสนทนา/พูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (advance care planning)
3. มีการประเมิน/คัดกรอง ในการมารับบริการครั้งต่อไป

[Present] ถ้ามีอาการตามเกณฑ์ Screening

1. ประเมินประโยชน์ที่จะได้ / ภาระงานหรือความยุ่งยาก ของการที่จะจัดการกับโรคมะเร็ง
2. ประเมินความคาดหวังในเป้าหมายและคุณค่าของบุคคล (Personal goals, values expectation)
3. ประเมินความทุกข์ทรมาน/อาการรบกวนทางกาย (Symptoms)
4. ประเมินความทุกข์ทรมาน/ความไม่สุขสบายด้านกายและด้านจิตสังคมหรือจิตวิญญาณ (Psychosocial or spiritual distress)
5. ประเมินความต้องการด้านความรู้และข้อมูล (Educational and Informational needs)
6. ประเมินปัจจัยด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแล (Cultural factors effecting care)
7. ประเมินการเข้าตามเกณฑ์ในการส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้าน Palliative care

[Present] ถ้ามีอาการตามเกณฑ์ Screening

การประเมิน (Assessment by oncology team)

1. ประเมินประโยชน์ที่จะได้ / ภาระงานหรือความยุ่งยากของการที่จะจัดการกับโรคมะเร็ง

1.1 ประเมินประวัติและตำแหน่งหรือความเฉพาของ tumor

1.2 ประเมินศักยภาพการตอบสนองต่อการรักษาที่จะให้ต่อไป

1.3 ประเมินศักยภาพการรักษาที่สัมพันธ์กับผลข้างเคียง/ความเป็นพิษต่อร่างกาย

1.4 ประเมินความเข้าใจของการพยากรณ์โรค

1.5 ประเมินการรับรู้เป้าหมายและจุดประสงค์การรักษามะเร็งของผู้ป่วยและครอบครัว

1.6 ประเมินความบกพร่องของอวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิตร

1.7 ประเมินสมรรถนะของร่างกายผู้ป่วย (Performance status)

1.8 ประเมินความรุนแรงของภาวะอาการร่วม/โรคร่วม (Serious comorbid conditions)

2. ประเมินความคาดหวังในเป้าหมายและคุณค่าของบุคคล (Personal goals, values expectation)

2.1 ประเมินความคาดหวังของเป้าหมายและคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

o การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (advance care planning)

2.2 ประเมินความคาดหวังของเป้าหมายและคุณค่าในตนเองของครอบครัว

- 2.3 ประเมินลำดับก่อน-หลังในการให้การดูแลแบบประคับประคอง
- เป้าหมายและจุดประสงค์ของการรักษามะเร็ง
 - คุณภาพชีวิต
- 2.4 ประเมินเกณฑ์และความต้องการที่ควรได้รับการดูแลแบบ Hospice

3. ประเมินความทุกข์ทรมาน/อาการรบกวนทางกาย (Symptoms)

[Look for opportunities to use single agents to treat multiple symptoms]

3.1 Pain

3.2 Dyspnea

3.3 Anorexia / Cachexia

3.4 Nausea / Vomiting

3.5 Constipation

3.6 Diarrhea

3.7 Malignant bowel obstruction

3.8 Fatigue / Weakness / Asthenia

3.9 Insomnia / Sedation

3.10 Delirium

การประเมิน (Palliative care assessment)

4. ประเมินความทุกข์ทรมาน/อาการรบกวนด้านจิตสังคมหรือจิตวิญญาณ (Psychosocial or spiritual distress)

4.1 ประเมินจิตสังคม และ จิตเวช

- Depression / Anxiety
- Illness related distress

4.2 ประเมินด้านจิตวิญญาณ หรือภาวะวิกฤติที่ยังคงอยู่

4.3 ประเมินปัญหาทางสังคม เพื่อจัดการสนับสนุน

- Home
- Family
- Community

4.4 ประเมินปัญหาด้านแหล่งสนับสนุน

5. Financial

ประเมินความต้องการด้านความรู้และข้อมูล (Educational and Informational needs)

6. ประเมินปัจจัยด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแล (Cultural factors effecting care)

(1) ประเมินคุณค่าและความพึงพอใจด้านการได้รับข้อมูลและการสื่อสาร

(2) ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสถานะของโรค

7. ประเมินการเข้าตามเกณฑ์ในการส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ด้าน Palliative care Assessment

7.1 Patient characteristics :

7.1.1 ประเมินข้อจำกัดของทางเลือกในการรักษามะเร็ง

7.1.2 ประเมินความเสี่ยงสูงต่อการไม่ตอบสนองต่อการจัดการกับอาการปวดแต่ละประเภท ได้แก่

- Neuropathic pain
- Incident or breakthrough pain
- Associated psychosocial and family distress
- Rapid escalation of opioid dose
- Multiple drug “allergies” or a history of multiple adverse reactions to pain and symptoms management interventions
- History of drug or alcohol abuse

7.1.3 ประเมินอาการที่ต้องมีภาระสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการรบกวนที่ไม่ใช่ความปวดที่ไม่ตอบสนองต่อการจัดการแบบปกติที่ทำอยู่ (High symptom burden, especially non-pain symptoms resistant to conventional management)

7.1.4 ประเมินทำ Palliative stenting (การใส่ท่อหรือวัสดุเพื่อการถ่างขยายส่วนที่ตีบตัน เพื่อเป็นการบรรเทา) หรือ venting gastrostomy (การทำ gastrostomy เพื่อเป็นตัวระบาย พบมากในผู้ป่วย Malignant bowel obstruction)

- 7.1.5 ประเมิน Frequent ED visits or hospital readmissions
- 7.1.6 ประเมินการเข้า ICU ด้วยปัญหาที่ซับซ้อน มี multi-organ system failure หรือ prolonged mechanical ventilation
- 7.1.7 ประเมิน ระดับความรุนแรงของความทุกข์ทรมาน (distress score > 4)
- 7.1.8 ประเมินอุปสรรคของการสื่อสาร (Communication barriers)
 - o ภาษาที่ใช้ (Language)
 - o ความสามารถในการอ่านและเขียน (Literacy)
 - o อุปสรรคทางกายภาพ (Physical barriers)
- 7.1.9 ประเมินการยอมรับการทำ advance care planning และ care plan
- 7.1.10 ประเมินความต้องการความกระจ่างชัดของเป้าหมายการดูแล (Need for clarification of goals of care)
- 7.1.11 ประเมินการไม่ยอมรับการลุกลามของโรคร้ายเร็วหรือ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลงอย่างต่อเนื่อง
- 7.1.12 ประเมินความบกพร่องของการรับรู้ (Cognitive impairment)
- 7.1.13 ประเมินระดับความรุนแรงของโรคร่วม (Severe comorbid conditions)
- 7.1.14 ประเมินการร้องขอเพื่อเร่งการตาย (Request for hastened death) ถ้าพบผู้ป่วยมีการร้องขออยากเร่งความตาย แสดงว่าเขาต้องมีความทุกข์ทรมานที่ไม่ได้รับการบรรเทา จึงอยากตายเร็วๆ หรือ

อาจมีปัจจัยบางอย่างที่ทำให้เขาอยากตายไวๆ ดังนั้นกรณีนี้ต้องส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้าน Palliative เข้ามาประเมินซ้ำและให้การดูแล

7.2 สภาพแวดล้อมทางสังคม หรือ ผลที่เกิดขึ้นจากความสูญเสียที่มุ่งหวัง (Social circumstances or Anticipatory bereavement issues)

7.2.1 ประเมินข้อจำกัดของครอบครัวและผู้ดูแล (Family/caregiver limitations)

7.2.2 ประเมินการได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ (Inadequate social support)

7.2.3 ประเมินความสัมพันธ์การอาศัยพึ่งพาอย่างจริงจัง (Intensely dependent relationship)

7.2.4 ประเมินข้อจำกัดในการเข้าถึงการดูแล (Limited access to care)

7.2.5 ประเมินความขัดแย้งในครอบครัว (Family discord)

7.2.6 ประเมินความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับผู้พึ่งพาที่อยู่ในการดูแลของผู้ป่วย (Patient's concerns regarding care of dependents)

7.2.7 ประเมินด้านจิตวิญญาณ หรือ ภาวะวิกฤติที่ยังคงอยู่ (Spiritual or existential crisis)

7.2.8 ประเมินปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข

7.3 Staff issues

7.3.1 ประเมินความซับซ้อนของการประสานงานการดูแลระหว่างทีมที่หลากหลาย (Complex care coordination issues among multiple care teams)

7.3.2 ประเมินความรู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยล้าในจิตใจ และมีกำลังใจลดลง (Compassion fatigue)

7.3.3 ประเมินภาวะหม่นหมองทางจริยธรรมหรือความรู้สึกบีบคั้นทางจริยธรรมของบุคลากร ในขณะที่รู้ว่าสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยคืออะไร แต่มีหลายเงื่อนไข และองค์ประกอบที่ทำให้ไม่สามารถเลือกกระทำตามได้ และไม่สามารถเอาตัวเองออกจากสถานการณ์ดังกล่าวได้ (Moral distress)

7.3.4 ประเมินความรู้สึกอ่อนล้าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ อันเกิดจากการที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานานๆ (Burnout)



Palliative Care in Neurological disease / Stroke

Palliative care in Neurological disease : Stroke

คำนิยาม

Stroke คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง ตีบตัน หรือแตกอย่างเฉียบพลัน ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นหยุดชะงักลง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายจากการขาดออกซิเจนและสารอาหาร (<http://strokelearning.blogspot.com>, 2010)

แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 ระยะ

1. ระยะเฉียบพลัน

มีภาวะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1.1 มีภาวะ Coma หรืออยู่ในภาวะผัก (vegetative state) ระยะเวลามากกว่า 3 วัน

1.2 มีภาวะ Coma ร่วมกับ severe myoclonus นานมากกว่า 3 วัน ภายหลังภาวะสมองขาดออกซิเจน

1.3 มีภาวะ Coma ร่วมกับอาการ 4 อย่าง ดังต่อไปนี้ ได้แก่

1.3.1 Abnormal brain stem response,

1.3.2 Absent verbal response,

1.3.3 Absent withdrawal response to pain,

1.3.4 Serum creatinine $> 132.6 \mu\text{mol/L}$ (1.5 mg/dL),
age > 70 years

1.4 กลืนลำบากจนทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารและสารน้ำที่จำเป็นต่อชีวิตไม่ได้ (Artificial nutrition/hydration)

2. ระยะเรื้อรัง Chronic/Post stroke

2.1 สมรรถภาพของร่างกายไม่ดี PPS $\leq 60\%$ หรือ Karnofsky score $< 50\%$

2.2 มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกที่แย่งลง ได้แก่

2.2.1 ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirated pneumonia)
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)

2.2.2 ติดเชื้อในกระแสเลือด (primary bloodstream infection)

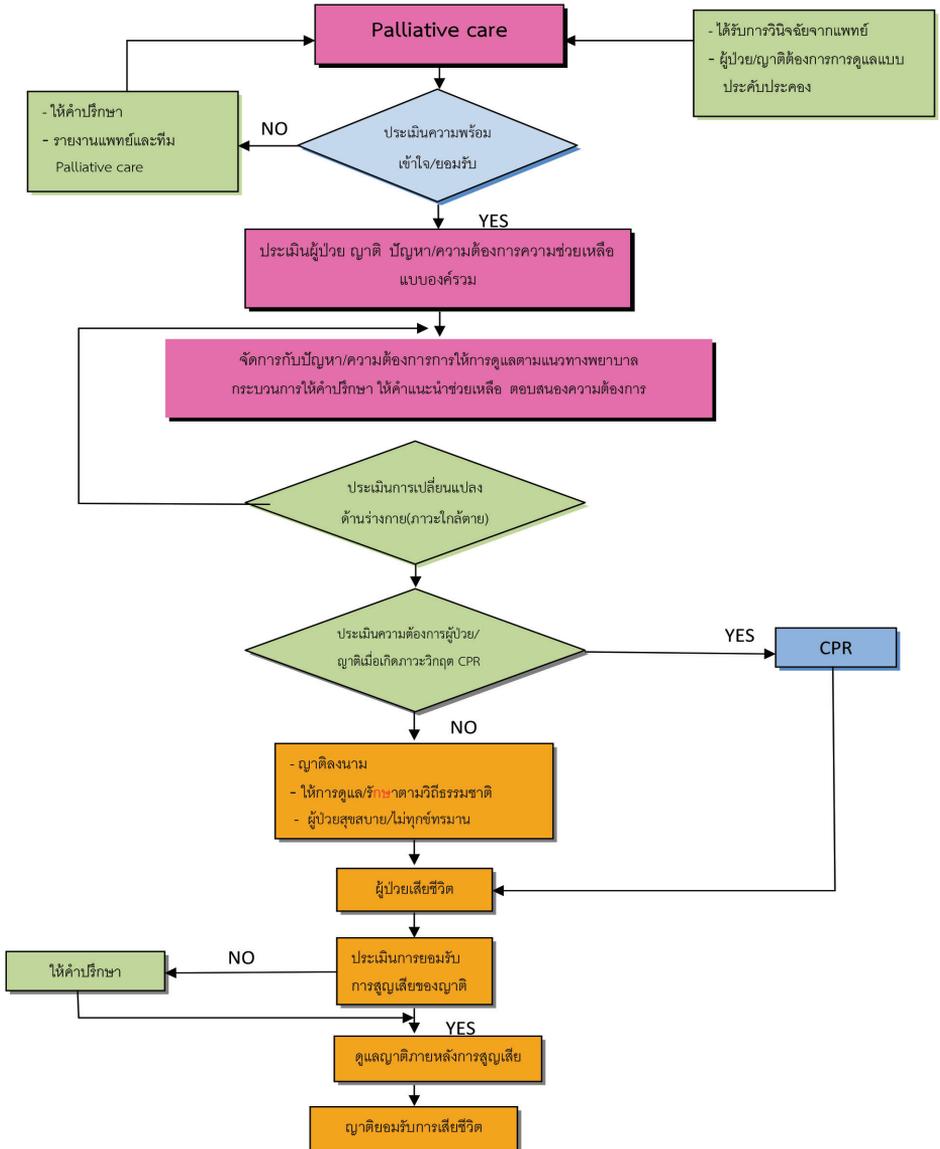
2.2.3 แผลกดทับ stage 3-4 หรือมีไข้กลับซ้ำหลังได้รับยาปฏิชีวนะ (antibiotic)

2.3 สมองเสื่อมมาก อายุ > 70 ปี

2.4 มีภาวะทุพโภชนาการ



กรอบมาตรฐานที่จำเป็นของระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative care Neurological disease : Stroke



แนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสาขาวิชาชีพ ตามระดับ PPS 3 ระยะ³

PPS 70 -100%

1. ปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ชุมชน นักโภชนาการ
2. ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก อาการปวด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง และความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว
3. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการยอมรับต่อความเจ็บปวด โดยประเมินจากความซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด รวมทั้งในการให้คำปรึกษา
4. ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
5. ประเมินและจัดการกับความเครียดหรืออันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น หกล้มตกเตียง หรือการฆ่าตัวตาย
6. ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวังและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ติดต่อบุคคลทางศาสนาที่ศรัทธา มาเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว



PPS 40 -60%

1. ทำกิจกรรมข้อที่ 1-6 และเพิ่มกิจกรรมประเมินความสามารถและประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจในเรื่องการดูแลและกระบวนการดูแลรักษา
2. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหารมื้อละจำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง ประเมินการติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องปาก ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ
3. จัดสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น จัดห้องแยกให้ผู้ป่วยและครอบครัว
4. ให้สุศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย แก่ญาติและครอบครัว
5. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

PPS 10 -30%

ก. กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย คือ PPS 10 - 30%

1. ประเมินความเหมาะสมของการให้ยา ออกซิเจน สารน้ำ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
2. ปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะท้าย เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ การนำผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน
3. ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับต่อความเจ็บป่วย โดยประเมินจากความซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด รวมทั้งการให้การปรึกษา

4. ประเมินความพร้อมและความไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับระยะท้ายของชีวิต ให้การปรึกษา และจัดการกับความเศร้าโศก
5. จัดการอาการไม่สุขสบายในระยะก่อนเสียชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวตลอด 24 ชั่วโมง
6. ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ติดต่อผู้นำทางศาสนาที่ศรัทธามาเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
7. ประเมินและจัดการกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจัด สิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น จัดห้องแยกที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว
8. ให้สุศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ญาติและครอบครัว และปรึกษากับครอบครัว เรื่องการส่งผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านหรือกลับไปอยู่ที่บ้าน
9. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยอายุ 63 ปี มีอาการหมดสติที่บ้าน ถูกนำส่งโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มา 25 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเลือดในสมองแตก แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดฉุกเฉิน Craniotomy to remove blood clot และใส่สาย Ventriculostomy ค่าไว้ 2 สายจากแผลผ่าตัดที่ศีรษะ และต่อลงขวด ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว มีภาวะ Brain death และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจไว้ ได้รับการ drip ยา Adrenaline ใน Normal saline solution ไว้ทางหลอดเลือดดำ BP 75 / 35 mmHg; pulse rate 88 ครั้ง/นาที respiratory rate 16 ครั้ง/นาที

ผู้ป่วยรายนี้มีระดับ PPS ร้อยละ 10 เพราะผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย นอน
อยู่บนเตียง ตลอดเวลา ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการทำกิจวัตร
ประจำวัน และมีการลุกลามของโรค เนื่องจากมีภาวะสมองตาย และใส่เครื่อง
ช่วยหายใจตลอดเวลา ต้องให้ยา Adrenaline ทางหลอดเลือดดำอยู่ตลอด
เวลา เพื่อคงสัญญาณชีพไว้

ข. กรณีที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม PPS 0%

1. ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย
2. ให้การปรึกษาและจัดการกับความเศร้าโศกให้ครอบครัวหลัง
จากผู้ป่วยถึงแก่กรรม
3. กล่าวคำคารวะไว้อาลัยตามแนวทางที่กำหนด (ภาคผนวก)



Palliative care in Renal replacement therapy

Palliative care : Renal replacement therapy

คำนิยาม

Renal replacement therapy (RRT) : การบำบัดทดแทนไต แบ่งเป็น

1. Acute treatment of RRT

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะ Acute kidney injury (AKI) or acute renal failure (ARF) : กลุ่มนี้จะใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตทางเส้นเลือด (Hemodialysis; HD) หรือ ทางช่องท้อง (acute peritoneal dialysis) ไม่ว่าจะมีความเสี่ยงของการเกิดไตวายที่อาจเป็นจากตัวโรคตัวเอง หรือปัจจัยนอกไต จะมีการบำบัดทดแทนไต โดยระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน หากผู้ป่วยหายจากภาวะดังกล่าวที่เป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิด AKI ขบวนการฟอกเลือดล้างไตก็สามารถหยุดได้ แต่ถ้าปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถแก้ไข หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่ทำให้ไตแย่ลง การฟอกเลือดล้างไตก็จะเกิน 3 เดือน ทำให้ดำเนินไปสู่การฟอกเลือดล้างไตแบบถาวร (Long term renal replacement therapy; Long term RRT)

2. Long term renal replacement therapy; Long term RRT วิธีนี้ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (Chronic kidney disease stage V, CKD stage V ในกลุ่มที่เป็น End stage renal disease : ESRD)

ปกติเมื่อผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดล้างไตไม่ว่าจะเป็น acute RRT หรือ long term RRT จะพบว่าภาวะแทรกซ้อน เช่น อากาศซึม ซัก ความรู้สึกตัวน้อยลง อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเบื่ออาหาร ภาวะน้ำเกิน อาการคัน เกือบครึ่งที่มีความเป็นกรดหรือระดับ potassium สูงจะหายไป ทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ จึงมีการกล่าวว่า ผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะไตเสื่อมอย่างมาก หากได้ทำการฟอกเลือดล้างไตไม่ว่าจะเป็นวิธี Hemodialysis (HD) หรือ Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) อย่างเพียงพอจะไม่เสียชีวิตจากตัวโรคไตแต่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปัจจัยโรคอื่นแทน เช่น cardiovascular disease (Myocardial infarction, unstable angina, arrhythmia) หรือ ภาวะ severe infection (severe sepsis) แทน

ผู้ป่วย acute RRT หรือ long term RRT สามารถใช้สิทธิในการเบิกจ่ายจาก สปสช. ประกันสังคม รัฐบาลสิทธิ และกรมบัญชีกลาง ดังนั้น หากจะเลือกผู้ป่วยประเภทใด เพื่อทำการ palliative care ในแง่ไม่ควรทำ renal replacement therapy ควรจะพิจารณาจากบริบทของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ว่าจะตัวผู้ป่วย ครอบครัว โรคร่วมที่เป็นความเข้าใจและการรับรู้ เรื่องโรคของผู้ป่วยอย่างรอบด้านไม่ควรประเมินเพียงแต่ว่าเป็น CKD stage V หรือ ESRD เท่านั้น เพราะจากข้อมูลข้างต้นจะพบว่า หากไม่มีโรคร่วมที่รุนแรง คนใช้กลุ่ม ESRD ไม่ว่าจะใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตด้านใด (HD หรือ CAPD) ก็สามารถไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ ทำงานได้ปกติ เพียงแต่จะต้องมีการควบคุมพฤติกรรมภารกิจ การไปฟอกเลือดล้างไตอย่างสม่ำเสมอการมาตรวจติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

ในผู้ป่วยที่อายุไม่มากเกินไปและสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี เช่น ไม่มีโรคประจำตัวที่ยังไม่หาย ไม่มีการติดเชื้อในขณะนั้น ไม่มีภาวะโรคบกพร่องทางจิต และสภาพร่างกายพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัดเป็นต้น กลุ่มนี้ก็สามารถไปเปลี่ยนปลูกถ่ายไตได้เช่นกัน ซึ่งสามารถจะใช้ชีวิตของตนเองได้เทียบเท่าคนปกติทั่วไปได้มากขึ้น ซึ่งสิทธิการปลูกถ่ายไต ต่างก็ครอบคลุมทุกสิทธิของประเทศไทย

เกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วย End stage renal disease เพื่อให้ได้รับการดูแลแบบ Palliative care

กลุ่มที่ 1 : ผู้ป่วยที่ตัดสินใจไม่ฟอกเลือดล้างไต

กลุ่มนี้เกิดจากความสมัครใจในการตัดสินใจของผู้ป่วยเองที่เลือกจะไม่ยินดีที่จะได้รับการบำบัดทดแทนไต ไม่ว่าจะ เป็น Hemodialysis หรือ peritoneal dialysis แต่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องมีคุณสมบัติประกอบการพิจารณาดังต่อไปนี้

- ขณะตัดสินใจว่าจะไม่ฟอกเลือดล้างไต ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนอย่างรอบด้าน เช่น ข้อดี ข้อเสียของการเลือกหรือไม่เลือกการฟอกเลือดทางไต สิทธิการรักษาของผู้ป่วย
- ขณะตัดสินใจว่าจะไม่ฟอกเลือดล้างไต ผู้ป่วยจะต้องมีสติสัมปชัญญะการรับรู้ที่ครบถ้วนหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมจากค่าของเสียไตคั่ง จะทำให้การตัดสินใจเรื่องดังกล่าว เป็นไปไม่ได้เต็มที่
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจขอรับการรักษาฟอกเลือดล้างไตได้ แม้จะเคยมีเอกสารบันทึกการปฏิเสธล้างไตมาก่อนหน้านี้
- ผู้ป่วยจะกรอกเอกสารแสดงความจำนงที่จะเลือกการปฏิเสธล้างไต ไม่ว่าจะ เป็นวิธีใดๆก็ตาม และให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงบอกกล่าวญาติผู้ใกล้ชิดด้วย

กลุ่มที่ 2 : ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมบางอย่างที่รุนแรง (severe advance disease) และพยากรณ์โรคที่ไม่ดีอย่างมาก (severe poor prognosis) ไม่เหมาะสมที่จะได้รับการฟอกเลือดล้างไต

โดยพิจารณาว่าโรคหรือภาวะที่ไม่เหมาะสมควรได้รับการฟอกเลือดล้างไตหรือควรยุติการฟอกเลือดล้างไต จะต้องได้รับการประเมินจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้นๆก่อน ขั้นตอนนี้ดำเนินการเพื่อค้นหาภาวะหรือโรคที่ไม่เหมาะสมที่ควรได้รับ Renal replacement therapy แม้ว่าผู้ป่วยดังกล่าวจะมีสิทธิในการฟอกเลือดล้างไตก็ตาม เช่น

โรคร่วมทางระบบเส้นเลือดสมอง

ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางสมองหรือสมองขาดเลือดอย่างมาก ซึ่งไม่สามารถแก้ไขโดยทางยาหรือการผ่าตัดร่วมด้วยได้ และนำมาสู่ภาวะสมองตาย (brain death) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะทางสมองจากสาเหตุใดๆ ก็ตามที่อยู่ในสภาพ vegetative stage ซึ่งได้การตรวจยืนยันจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางอายุรกรรมระบบประสาทหรือศัลยกรรมระบบประสาทแล้วว่ามีสภาพดังกล่าวจริงและไม่สามารถคืนสู่ภาวะปกติได้

โรคร่วมทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง (severe arrhythmia) ในระหว่างการฟอกเลือด (intra dialytic period) และส่งผลกระทบต่อความไม่เพียงพอในการฟอกเลือดทางเส้นเลือด (inadequacy of dialysis) และผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนวิธีมาใช้ในการฟอกเลือดทางช่องท้องได้ เนื่องจากมีข้อห้ามในการทำ CAPD เช่น extensive adhesion fibrosis ในช่องท้อง และ extensive encapsulate systemic fibrosis ในช่องท้อง

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง (severe myocardial infarction, severe unstable angina high risk) ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยยาหรือการผ่าตัดใส่บอลลูนหรือการผ่าตัดบายพาส (cardiac bypass) ได้ และส่งผลกระทบต่อความไม่เพียงพอในการฟอกเลือดทางเส้นเลือด (inadequacy of dialysis) และผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนวิธีมาใช้ในการฟอกเลือดทางช่องท้องได้ เนื่องจากมีข้อห้ามในการ ทำ CAPD

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจบีบตัวต่ำอย่างมาก (severe ejection fraction) ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยยาหรือการผ่าตัดได้ อีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนวิธีมาใช้ในการฟอกเลือดทางช่องท้องได้ เนื่องจากมีข้อห้ามในการทำ CAPD

โรคร่วมทางระบบตับ

ผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็งเรื้อรังระดับสุดท้าย (Advance chronic liver disease หรือ advance cirrhosis) ซึ่งมีการพยากรณ์โรคที่มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 6 เดือนแม้ว่าจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษาอย่างเต็มที่แล้วก็ตามและไม่มีแผนการรักษาที่จะทำการปลูกถ่ายตับ ซึ่งต้องได้รับการยืนยันการพยากรณ์โรคจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรกรรมทางเดินอาหาร

โรคร่วมเช่น มะเร็ง

ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งใดๆก็ตามที่มีการกระจายไปทั่วตัวแล้วหรือเป็นโรคมะเร็งที่มีการพยากรณ์ที่ไม่ดี เช่น น่าจะมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 6 เดือนแม้ว่าจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษาอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ซึ่งต้องได้รับการยืนยันการพยากรณ์โรคจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขามะเร็งวิทยา

โรคร่วมทางระบบการติดเชื้อ

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงจากเชื้อ bacteria จนทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (severe septic shock, severe sepsis) ซึ่งได้รับการรักษาตามมาตรฐานอย่างเต็มที่และไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อดังกล่าวได้ ซึ่งต้องได้รับการยืนยันการพยากรณ์โรคจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรมโรคติดเชื้อ

โรคร่วมทางระบบทางตา

ผู้ป่วยที่มีปัญหา severe blindness จากสาเหตุใดๆ ก็ตามที่ไม่สามารถรักษาได้ ทำให้ตามองไม่เห็นและเป็นอุปสรรคต่อการฟอกเลือดเปลี่ยนถ่ายน้ำยาช่องท้อง (CAPD) และไม่มีญาติให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และไม่สามารถเปลี่ยนวิธีการรักษามาเป็นการฟอกเลือดทางเส้นเลือด (Hemodialysis) ได้ เนื่องจากมีโรคที่ไม่เหมาะสมอย่างยิ่งในการทำ Hemodialysis เช่น โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงหรือหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาหรือการผ่าตัดได้

แนวทางการดูแลผู้ป่วย End-stage renal disease แบบประคับประคอง

1. ผู้ป่วย ESRD ที่มีข้อจำกัดในการบำบัดทดแทนไต ไม่มีโอกาสเปลี่ยนไต ต้องยุติการล้างไตด้วยข้อจำกัดทางการแพทย์ และได้รับการประเมินอาการทั่วไป อาการเฉพาะโรคที่เข้าเกณฑ์ระยะท้ายของชีวิต แพทย์ต้องมีการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว (Family meeting) เพื่อค้นหาเป้าหมายการดูแล (Goal of Care) และเตรียมการดูแลในขั้นตอนถัดไป (Advanced Care Plan) โดยต้องมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องตามอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลง และไม่ใช่เป็นการพูดคุยที่สิ้นสุดในครั้งเดียว

2. เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น แพทย์/พยาบาลควรเริ่มการสอบถามความประสงค์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการยุติ dialysis และการกำหนดผู้ตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความประสงค์ได้ ซึ่งในกรณีนี้ควรทำเป็นเอกสาร Advanced directive เพื่อบ่งชี้ความต้องการ การดูแลในช่วงวาระท้ายของชีวิต

3. แพทย์ให้การรักษาตามอาการ (Symptom Control) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน

4. พยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ และวางแผนให้การช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการแต่ละด้าน โดยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ



Palliative Care in Cardio - Pulmonary disease

Palliative Care in Cardio - Pulmonary disease

คำนิยาม

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากมีความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของหัวใจก็ได้ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการที่สำคัญ 2 ประการคือหายใจลำบากและอ่อนเพลีย อาการที่สำคัญอีกอย่างเกิดจากการมีน้ำคั่งและเกลือในร่างกาย (Congestion) ทำให้บวม ไอ และหอบ นอนราบไม่ได้

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure หรือ CHF) อาจเกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ หรือ โรคของหลอดเลือด สาเหตุสำคัญคือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง และสำหรับประเทศไทยโรคลิ้นหัวใจ rheumatic ยังพบได้บ่อย ภาวะหัวใจเป็นกลุ่มอาการไม่ใช่โรค ผู้ป่วยแต่ละรายมีการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน

Advance heart failure (Stage D Heart failure และมีอาการ NYHA III-IV)

เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดื้อต่อการรักษา (Refractory heart failure) ผู้ป่วยมีอาการของหัวใจล้มเหลวตลอดเวลาแม้ในขณะที่พัก มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม้จะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

คำนิยามของ Advance heart failure จากหลายองค์กร ได้แก่ การมีหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวน้อยกว่า 30% การมี frequent SBP น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท การไม่สามารถเดินทางราบได้ระยะทางหนึ่งช่วงตึก เนื่องจากหายใจลำบากหรือเหนื่อย การมี high LV filling pressure มากกว่า 16 มิลลิเมตรปรอท การมี high PROBNP หรือการมี high NT-PROBNP การมี frequent ICD shock เป็นต้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการวินิจฉัยภาวะ Advance heart failure ต้องใช้หลายปัจจัยร่วมกันในการวินิจฉัย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงอย่างค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่องและค่อยๆ ปรากฏอาการและอาการแสดงมากขึ้นเรื่อยๆ

Dilated Cardiomyopathy (DCM) และ Ischemic Cardiomyopathy เป็นภาวะผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ ที่สาเหตุมาจากโรคที่เกิดจาก โรคที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง ส่งผลให้การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดน้อยลง เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเกิดพังผืดที่กล้ามเนื้อหัวใจ โดยทั้ง 2 โรคนี้ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวอ่อน ไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอต่อความต้องการ บางรายต้องใช้เครื่องพยุงหัวใจ เพื่อรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ หรือประคับประคองอาการ ให้หายเหนื่อยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เครื่องพยุงหัวใจ (Mechanical circulatory support) เป็นการรักษาระดับสูงของภาวะ Advance heart failure อุปกรณ์ที่ใช้เพิ่มความดันเลือดหรือทดแทนการบีบตัวของหัวใจ แบ่งเป็น Ventricle assist device (VADs) กับ Total artificial heart (TAH) มีวัตถุประสงค์การใช้แตกต่างกันตามกลุ่ม

ผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ใช้เพื่อพุงหัวใจเพื่อรอการทำ transplant (Bridge to transplant) มี progressive end-organ dysfunction จาก low cardiac output

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care in Heart Failure) มีดังต่อไปนี้
ได้แก่

1. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง (Advance heart failure)
2. มีการประเมินพยากรณ์โรคว่าอาจเสียชีวิตเวลาน้อยกว่า 1 ปี (predicted by HF survival models)
3. ผู้ป่วย cardiomyopathy (DCM) ทั้ง Ischemic และ non-Ischemic ที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30% ร่วมกับมีอาการหัวใจล้มเหลว แม้จะได้รับการรักษาเต็มที่ด้วยยา อุปกรณ์พิเศษ หรือหัตถการรักษาผ่านสายสวน หรือการผ่าตัดแล้วก็ตาม
4. มีการดำเนินของโรคที่เลวลง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องพึ่งพาการทำกิจวัตรประจำวัน (PPS น้อยกว่า 50%)
5. มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้ง ในเวลา 12 เดือน ด้วยอาการรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลว
6. ใช้เครื่องพุงหัวใจ (Mechanical circulatory support) เพื่อประคับประคอง
7. มีข้อห้ามในการทำผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ
8. น้ำหนักลดมากกว่า 10 กิโลกรัม ใน 6 เดือน (Cardiac cachexia)

แนวทางการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ระดับ PPS

PPS 70 – 100%

1. ปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
2. ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนร่างกายของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน ESAS
3. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย โดยประเมินจากแบบประเมิน 2Q ,8Q และ9Q รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
4. ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
5. ประเมินและจัดการกับความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยงต่อการ หกล้ม ตกเตียง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น
6. ให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยว ทางจิตใจติดต่อกับผู้นำทางศาสนาต่างๆที่ผู้ป่วยศรัทธาให้มาเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
7. ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

PPS 40 – 60%

1. ทำกิจกรรม ข้อที่ 1-7
2. จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกหรือเตียงที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว
3. มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปสถานีนอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

PPS 10 – 30%

1. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย โดยประเมินจากแบบประเมิน 2Q ,8Q และ9Q รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
2. ปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาระยะสุดท้าย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การนำผู้ป่วยกลับบ้าน
3. ประเมินความพร้อมและความโศกเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัว เผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตให้การปรึกษาและจัดการกับความเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัว
4. ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวตลอด 24 ชั่วโมง
6. ให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยว ทางจิตใจติดต่อกับผู้นำทางศาสนาต่างๆที่ผู้ป่วยศรัทธาให้มาเยี่ยม ผู้ป่วยและครอบครัว ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

7. จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้อง แยกที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว
8. ประเมินและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย
9. ปรึกษากับครอบครัวของผู้ป่วยเรื่องการส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือบ้านของผู้ป่วย
10. ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
11. มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปสถานีนอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในกรณีผู้ป่วยกลับบ้าน

PPS 0%

1. ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย
2. ให้คำปรึกษาญาติ กล่าวคำไว้อาลัยให้ผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด
3. ให้คำปรึกษาและจัดการกับความเศร้าให้กับครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม



Palliative Care in Pulmonary Disease

คำนิยาม

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่ป้องกันได้และรักษาได้ โดยมีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่นและก๊าซพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ควันบุหรี่ ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย (multicomponent disease) โดยทั่วไปมักหมายรวม 2 โรค คือโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema)

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีนิยามจากอาการทางคลินิก กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะอุดกั้นหลอดลม โดยมีอาการเป็นๆหายๆ ตรวจพบ FEV1 ลดลงและไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม

โรคถุงลมโป่งพอง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีอาการหอบเหนื่อยและมีหลอดลมอุดกั้น โดยวัดได้ FEV1 ลดลงไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม นอกจากนี้ยังมีลมค้างอยู่ในปอดและผนังถุงลมถูกทำลายโดยไม่ค่อยมีร่องรอยของพังผืดรอบถุงลม

Pulmonary disease

1. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) มี 2 ตัวบ่งชี้
 - มีสถานะของโรคอยู่ระดับรุนแรง (FEV1 < 30% predicted)
 - เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ (อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 12 เดือนที่มาจากภาวะ COPD exacerbation)

- ข้อบ่งชี้การใช้ long-term oxygen therapy
- MRC grade 4/5 โดยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยหลังการเดินระยะ 100 เมตรในพื้นที่ระนาบหรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้านจากข้อจำกัดจากภาวะหายใจหอบเหนื่อย

- มีอาการและอาการแสดงของ right heart failure
- ได้รับ systemic steroids มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อรักษาอาการของ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

2. Other advanced Pulmonary Disease

- Terminal stage มีพยากรณ์โรคประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่านั้น

- Criteria ดังต่อไปนี้ (ต้องมีข้อ 1 และ 2 ส่วนข้อ 3 – 5 เป็น supporting documents)

1) Severe chronic lung disease (both A and B)

A. Dyspnea at rest, poorly or unresponsive to bronchodilators resulting in Decreased functional, fatigue, and cough

B. Progression of end- stage pulmonary disease (increasing visits to ER or Hospitalizations for pulmonary infection and/or respiratory failure)

2) Hypoxemia at rest ($\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mmHg}$. or $\text{SpO}_2 \leq 88\%$) หรือ hypercapnia ($\text{PaCO}_2 \geq 50 \text{ mmHg}$.) ในช่วง 3 เดือน

3) Right heart failure secondary to pulmonary disease (cor pulmonale)

- 4) Unintentional progressive weight loss $\geq 10\%$ ใน 6 เดือน
- 5) Resting tachycardia $\geq 100/\text{minute}$

แนวทางการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ระดับ PPS

PPS 70 – 10

1. ปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
2. ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนร่างกายของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน ESAS
3. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย โดยประเมินจากแบบประเมิน 2Q ,8Q และ 9Q รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
4. ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
5. ประเมินและจัดการกับความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตกเตียง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น
6. ให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยว ทางจิตใจติดต่อผู้นำทางศาสนาต่างๆ ที่ผู้ป่วยศรัทธาให้มาเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวตามความต้องการ
7. ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

PPS 40 – 60%

1. ทำกิจกรรม ข้อ ที่ 1-7
2. จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้อง แยกที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว
3. มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปสถานีนอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

PPS 10 – 30%

1. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย โดยประเมินจากแบบประเมิน 2Q, 8Q และ 9Q รวมทั้งให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
2. ปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาระยะสุดท้าย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การนำผู้ป่วยกลับบ้าน
3. ประเมินความพร้อมและความโศกเศร้า ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต ให้การปรึกษาและจัดการกับความเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัว
4. ให้การดูแลตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวตลอด 24 ชั่วโมง
6. ให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยว ทางจิตเจตติดต่อผู้นำทางศาสนาต่างๆ ที่ผู้ป่วยศรัทธาให้มาเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

7. จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยก หรือเตียงที่สงบให้ผู้ป่วยและครอบครัว
8. ประเมินและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย
9. ปรึกษากับครอบครัวของผู้ป่วยเรื่องการส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือบ้านของผู้ป่วย
10. ให้สูขศึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
11. มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปสถานีนอามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในกรณีผู้ป่วยกลับบ้าน

PPS 0%

1. ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย
2. ให้คำปรึกษาญาติ กล่าวคำไว้อาลัยให้ผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด
3. ให้คำปรึกษาและจัดการกับความเศร้าให้กับครอบครัวของผู้ป่วย



Palliative Care in Multiple trauma patient

Palliative care in multiple trauma patient

คำนิยาม

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีโอกาที่อัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กับ Injury Severity Score (ISS) อายุที่มากขึ้น แต่แนวโน้มการพยากรณ์ของการบาดเจ็บนั้นแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการเปลี่ยนสภาวะร่างกายต่อการบาดเจ็บตลอดในช่วงระยะเวลาที่สั้น อันอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ในบริบทเช่นนี้ การสื่อสารกับญาติถึงภาวะที่เกิดขึ้น การให้การดูแลสภาวะทางจิตใจที่ภาวะบาดเจ็บส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งควรกระทำคู่ขนานไปกับการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง อันจะเป็นการนำไปสู่ การเลือกแนวทางรักษา ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น การยอมรับต่อการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

- การบาดเจ็บระยะเฉียบพลัน (Acute phase) หมายถึง ระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บ เป้าหมายหลัก คือ การรักษาแบบเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิตตามมาตรฐาน

- การบาดเจ็บระยะรักษาตามอาการ (Supportive phase) หมายถึง ระยะปีแรกหลังจากผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะบาดเจ็บ เป็นระยะที่ให้การรักษาตามมาตรฐาน เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ป่วยบางราย

สามารถกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านได้ยังคงเหลือความเจ็บปวดและความวิตกกังวล บางรายอาจมีภาวะทุพพลภาพ มีภาวะแทรกซ้อนภายหลัง เช่น การติดเชื้อ หรือแผลกดทับ และบางรายอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ขาดการรับรู้ทางสมอง เป้าหมายหลัก คือการวางแผนการรักษาล่วงหน้าโดยทำร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อรักษาตามอาการ ลดความทุกข์ทรมาน ลดภาวะแทรกซ้อน

● **การบาดเจ็บที่รับการรักษาระยะยาว (long term care phase)** หมายถึง ระยะหลังปีแรกที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รักษาไม่หาย มีแนวโน้มทรุดลง จากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลวและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุดได้

เป้าหมายหลัก คือ การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานหรือการบริหารผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการบริหารเพื่อบรรเทาอาการ เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนจัดการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (Bereavement care)

กลุ่มผู้บาดเจ็บที่จะเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute phase)
2. ระยะรักษาตามอาการ (Supportive phase)
3. การรักษาระยะยาว (long term care phase)

แนวทางในการดูแลผู้ป่วย

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute phase)

1.1 การดูแลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เมื่อผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาล ควรได้รับการดูแลตามมาตรฐานในระยะนี้ ดังนี้

- การดูแลทางด้านร่างกาย เน้นการรักษาแบบเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิตตามหลัก Advance Trauma Life Support (ATLS) เพื่อให้ผู้ป่วยเจ็บพ้นจากภาวะวิกฤต และมีการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยใช้ Trauma registry หากค่าคะแนน Injury Severity Score (ISS) สูง (ISS > 25 คะแนน) จะเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน

- การดูแลทางจิตใจ ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้ทักษะการแจ้งข่าวร้าย ตามหลัก SPIKES คือ

- 1) S-Setting up the Interview เป็นการเตรียมความพร้อม

- 2) P-Assessing the patient's Invitation โดยประเมินว่าผู้ป่วยเจ็บทราบการเจ็บของตนมากน้อยเพียงใด

- 3) I-Obtaining the patient's Invitation โดยประเมินผู้ป่วยเจ็บต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด

- 4) K-Giving knowledge and information to the patient โดยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเจ็บซึ่งข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย อวัยวะที่บาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับ การตอบสนองของการรักษา และการพยากรณ์ของการบาดเจ็บ

- 5) E-Addressing the patient's Emotion and empathic responses โดยตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้บาดเจ็บอย่างเห็นอกเห็นใจ ทั้งนี้

ควรใช้เวลาในการรับข้อมูล คิดและตัดสินใจ โดยมีการให้ข้อมูลเป็นระยะตามความเหมาะสม และ

6) S-Strategy and Summary คือการสรุปและวางแผนการรักษาต่อไป

- **การดูแลทางสังคม** ค้นหาญาติสายตรงหรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจรักษาผู้บาดเจ็บ และประเมินความต้องการของญาติผู้บาดเจ็บ เพื่อร่วมวางแผนการรักษา (advance care plan) ให้ตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

- **การดูแลทางจิตวิญญาณและศาสนา** เปิดโอกาสให้ญาติได้พบผู้บาดเจ็บในระยะสุดท้าย และอนุญาตให้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา หรือความเชื่อ ตามความเหมาะสม

- **บริบทของจริยธรรมและกฎหมาย** บุคคลากรทางการแพทย์ ควรมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และเคารพสิทธิของผู้ป่วย เช่น ไม่เปิดเผยข้อมูลการบาดเจ็บแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และมีการให้คำแนะนำทางกฎหมาย แก่ญาติผู้บาดเจ็บ เช่น การแจ้งความ การดำเนินการทางนิติเวช การดูแลทรัพย์สิน เป็นต้น

1.2 การดูแลที่ห้องผ่าตัด

กรณีที่ผู้บาดเจ็บต้องเข้ารับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ทีมผู้รักษาต้องมีการสื่อสารกับญาติผู้บาดเจ็บตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กรณีไม่มีญาติและต้องส่งผู้บาดเจ็บเข้ารับการผ่าตัดก่อน ทีมผู้รักษาจะต้องเตรียมผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นกับญาติผู้บาดเจ็บเมื่อมาถึง ซึ่งการให้ข้อมูลควรใช้ทักษะการแจ้งข่าวร้าย ตามหลัก SPIKES เช่นเดียวกับข้อมูลที่ให้ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องมีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นระยะๆ ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดตามความเหมาะสม

2. ระยะเวลาตามอาการ (Supportive phase)

การดูแลที่หอผู้ป่วยและหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นระยะที่ให้การรักษาตามมาตรฐาน เพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยเจ็บฟื้นฟูสภาพ ส่วนการกำหนดเป้าหมายการรักษา และวางแผนการรักษาล่วงหน้าควรทำร่วมกับผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ป่วยเจ็บต้องใช้ระยะเวลาเป็นปีในการฟื้นฟู ซึ่งต้องมีการประเมินหลังรับผู้ป่วยเจ็บไว้ในโรงพยาบาล และแนวทางการรักษาตามอาการ รายละเอียดตามลำดับ ดังตาราง 1 และ 2

Palliative Care Assessment on Admission to Trauma
Pain and symptom assessment
1. Pain score _____ . 2. Anxiety _____ . 3. Agitation score _____ . 4. Dyspnea _____ .
Outcome and prognosis assessment
1. Is patient likely to die on this admission ?
2. What is expected quality of life or functional outcome ?
3. What are patient's preferences for life-sustaining therapy ?
4. Is there an advance directive ?
Family assessment
1. Who is patient's surrogate for medical decision
2. Has the health care team communicated information to family ?
3. What are family support needs ?
Cultural and spiritual assessment

ตารางที่ 1 แสดงหลักการประเมินผู้ป่วยเจ็บหลายระบบ

Integrated Care Pathway : Essential Steps in trauma

First 24 Hours	First 72 Hours	End-of-life Care for Dying
Palliative care assessment Likely outcomes Pain and symptoms Patient preferences	Family meeting : (physician, Nurse, family) Discuss patient condition, Prognosis, patient preferences	Discussion of do not re-suscitate (DNR) Family support Spiritual support
Family support and communication	Goals of care discussion Plan of care to meet goals	Update goals of care Stop therapies that do not meet goals of care
Pain and symptom management	Pain and symptom management	Pain and symptom management

ตารางที่ 2 แสดงแนวทางการรักษาผู้บาดเจ็บหลายระบบตามระยะเวลา



การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในระยะรักษาตามอาการ สามารถแบ่งผู้ป่วยเจ็บได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. Recovery stage เป็นกลุ่มที่หายจากการบาดเจ็บ สามารถฟื้นฟูสภาพที่บ้านได้ หรือกลุ่มที่ยังคงมีภาวะที่หลงเหลือจากการบาดเจ็บ เช่น ความปวด ความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการหาย ควรมีการให้การรักษาตามอาการ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้บาดเจ็บ

2. Disability stage เป็นกลุ่มที่หายจากการบาดเจ็บร่วมกับมีภาวะทุพพลภาพ มักจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลัง เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แผลกดทับ ความรุนแรงระดับ 3-4 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ควรมีการให้การรักษาตามอาการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ไม่ให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น

3. Vegetative stage เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขาดการรับรู้ทางสมอง (loss of cognitive function) และเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการวางแผนการรักษเป็นพิเศษ (Advance care plan) เช่นเดียวกับการรักษาระยะยาว

3. การรักษาระยะยาว (long term care phase)

การดูแลที่หอผู้ป่วยเมื่อพ้นภาวะวิกฤต ระยะนี้ผู้ป่วยบางรายอาจได้กลับไปอยู่บ้าน และเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นการดูแลต่อเนื่อง จากระยะรักษาตามอาการ ซึ่งระยะนี้เป็นระยะหลัง ปีแรกที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งผู้ป่วยจะคงอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาวะการดูแลตกอยู่ที่ญาติผู้ป่วย และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุดได้ การดูแลในระยะนี้จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคองเต็มรูปแบบ มีเป้าหมายที่ลดความทุกข์

ทราบมาจากภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้บาดเจ็บและญาติที่ต้องอดทนดูแลผู้บาดเจ็บตลอดเวลา และเมื่อระยะท้ายของชีวิตมาถึงผู้บาดเจ็บได้จากไปอย่างสงบ สำหรับญาติผู้บาดเจ็บก็ได้รับการดูแลหลังความตายด้วยเช่นกัน ซึ่งรายละเอียดการดูแล ดังนี้

- **การดูแลทางด้านร่างกาย** เนื่องจากผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การควบคุมการขับถ่ายต้องสวนคาสายสวนปัสสาวะหรือทวารเทียม ทีมการรักษาจะต้องมีการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ดูแลหลักของผู้บาดเจ็บ เพื่อให้เกิดความง่ายต่อการดูแล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

- **การดูแลทางจิตใจ** ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ต้องได้รับความช่วยเหลือจากญาติ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อย บางรายเป็นผู้นำครอบครัว อาจทำให้สูญเสียบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่และสังคม ซึ่งนำไปสู่ความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้นทีมการรักษาควรมีการประเมินความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของผู้บาดเจ็บและผู้ดูแล เป็นระยะ เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้ทันที่ที่ ป้องกันการเกิดอาการด้านจิตใจข้างต้น

- **การดูแลทางสังคม** ในการดูแลผู้บาดเจ็บที่นอนติดเตียงนานมากกว่า 12 เดือน บทบาทของผู้บาดเจ็บอาจเปลี่ยนแปลงไป ทีมผู้รักษาควรทำให้ครอบครัวเข้าใจและร่วมกันตั้งศักยภาพที่มีอยู่เดิมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทำให้ไม่เกิดปัญหาในครอบครัวและสังคม ควรมีการประเมินและปรับเป้าหมายการดูแลให้สัมพันธ์กับเศรษฐกิจฐานะทางครอบครัว ลดความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลหลัก มีการประชุมครอบครัว (family meeting) เพื่อกำหนดแผนการรักษา(Advance care plan) ตัดสินใจร่วมกัน โดยเน้นในด้านการ

จัดการอาการทุกข์ทรมาน มากกว่าการรักษาให้พ้นหาย ภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาในระยะยาว ความจำเป็นในการยุติการรักษา (Withdraw) ตามพื้นฐานข้อเท็จจริง โดยอาจมี advance directive เป็นลายลักษณ์อักษร ที่ก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยได้มีการเตรียมการเกี่ยวกับชีวิตตนเองมาตั้งแต่ยังมีระดับ ความรู้สึกตัวดี

- **การดูแลทางจิตวิญญาณและศาสนา** สนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บและญาติมีกิจกรรมพิธีกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อร่วมกัน ตามความเหมาะสม เพื่อส่งผลให้เกิดกำลังใจ มีความเข้มแข็งในจิตใจ พร้อมทั้งจะเผชิญเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

- **บริบทของจริยธรรมและกฎหมาย** ดูแลตามมาตรฐานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายและหลีกเลี่ยงอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วย กรณีมีการแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรให้ถือปฏิบัติตามนั้น

การพยาบาลผู้บาดเจ็บแบบประคับประคอง

1. การพยาบาลผู้บาดเจ็บแบบประคับประคองเริ่มจากที่เมื่อผู้บาดเจ็บได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือกำลังจะเสียชีวิต ซึ่งสามารถให้การดูแลควบคู่ไปกับการรักษาตามมาตรฐาน

2. การดูแลด้านร่างกาย พยายามให้การพยาบาลที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการขั้นพื้นฐานด้วยความนุ่มนวล เอื้ออาทรต่อผู้บาดเจ็บลดความทุกข์ทรมานต่างๆ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลบาดแผล การควบคุมอาการปวด เป็นต้น โดยต้องวางแผนการใช้เวลาดูแลผู้บาดเจ็บให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมเวลาผู้บาดเจ็บให้น้อยที่สุด

3. การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้บาดเจ็บและครอบครัว ส่วนใหญ่การดูแลด้านนี้พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัว เนื่องจากผู้บาดเจ็บไม่รู้สึกรู้สีกตัว โดยมีหลักการดูแลที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บและครอบครัวที่ควรปฏิบัติ มีดังนี้

3.1 การประเมินความต้องการของผู้บาดเจ็บเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การประเมินปัญหาของผู้บาดเจ็บจะประเมินจากญาติผู้บาดเจ็บ เนื่องจากผู้บาดเจ็บไม่รู้สึกรู้สีกตัว โดยการพูดคุยกับญาติเพื่อค้นหาและให้ญาติได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ออกมา เพื่อให้รู้สึกสบายใจขึ้น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ญาติพูดถึงการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บครั้งนี้ ไม่ว่าญาติจะพูดออกมาอย่างไร พยาบาลจะต้องเป็นผู้รับฟังที่ดี รับฟังด้วยท่าทีที่สงบ และไม่โต้แย้งกับญาติ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีประสบการณ์ ทักษะ และเทคนิคที่จะกระตุ้นให้ญาติบอกเล่าถึงปัญหา โดยเฉพาะญาติที่ไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับความตาย ญาติอาจมีท่าทีที่ตื่นกลัว หรือซึมเศร้ามาก หรือร้องไห้มาก พยาบาลอาจช่วยด้วยการชวนพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ต้องการให้การช่วยเหลืออะไร พยายามให้ญาติแสดงความรู้สึกว่าคิดอย่างไร เช่น เราทุกคนเป็นห่วงคุณมาก มีอะไรที่พยาบาลจะช่วยเหลือคุณได้บ้าง สิ่งที่คุณต้องการมากที่สุดขณะนี้คืออะไร นอกจากนี้พยาบาลควรมีความจริงใจ ไม่หลอกลวง หรือแสดงความคิดเห็นคล้อยตามความคิดที่ไม่ถูกต้องของญาติ การพูดความจริงและแนะนำในสิ่งที่ผู้บาดเจ็บและญาติยึดเหนี่ยวหรือมีความเชื่อถืออยู่ เช่น ศาสนาและเหตุผลที่เป็นไปได้จริง จะทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้กับเหตุการณ์ได้ตรงกับความจริงได้ดีขึ้น การหลอกลวงไม่พูดความจริงจะทำให้ญาติหมดศรัทธาในตัวพยาบาล เมื่อญาติได้รับทราบความจริงในภายหลัง หากประเมินแล้วพบว่าญาติมีปัญหาทางจิตใจที่อาจรุนแรงต้องส่งปรึกษาจิตเวช

3.2 การบอกข้อมูลข่าวสารต่างๆ ให้ญาติรับทราบ โดยอธิบายให้ญาติเข้าใจในการวินิจฉัยโรค ความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษา ตลอดจนข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อให้การรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง การแก้ปัญหาต่างๆ ก็จะทำให้ตรงจุดมากขึ้น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลจะได้หมดไป ทั้งนี้เพราะพยาบาลมีเวลาดูแลผู้บาดเจ็บมาก ย่อมมีโอกาสที่จะอธิบายรายละเอียดต่างๆ ให้ญาติเข้าใจได้ดี การยอมรับและความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาลมีมากขึ้น

3.3 จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน เพื่อให้ญาติได้มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึกออกมา

3.4 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลให้ญาติไว้วางใจ และมั่นใจว่าพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้จนวาระสุดท้ายของชีวิตพยาบาลบางคนมีความรู้สึกวิตกกังวล (Anxiety) ในการที่ต้องดูแลผู้บาดเจ็บใกล้ตาย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วความวิตกกังวลนั้นจะเกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องเห็นความตาย ถึงแม้ว่าการให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บระยะสุดท้ายนั้นจะก่อให้เกิดความเครียดและทำร้ายจิตใจ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้บาดเจ็บมากที่สุด พยาบาลเป็นผู้ที่คอยช่วยให้อำลางใจถ่ายทอดความหวังให้แก่ผู้บาดเจ็บและญาติ และเป็นผู้นำทางผู้บาดเจ็บไปสู่สุดท้าย ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาล

3.5 การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายของผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะความเจ็บปวดที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ พยาบาลจะให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินระดับความปวด (pain score) เพื่อการให้ยาที่มีประสิทธิภาพ และบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้บาดเจ็บ

3.6 ความเชื่อ ศาสนา และปรัชญาชีวิตของผู้บาดเจ็บและครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อความตายของผู้บาดเจ็บย่อมมีความหมาย พยาบาลจะได้ ประเมินถึงสิ่งเหล่านี้จากญาติเพื่อความเข้าใจและให้การช่วยเหลือได้อย่าง ถูกต้อง

4. เมื่อผู้บาดเจ็บมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เช่น ซึม หายใจเหนื่อย มากขึ้น ชีพจรเบา ช้าลงหรือเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดลง ควรปฏิบัติดังนี้

4.1 บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง แจ้งให้ญาติทราบทุกครั้ง และ ใช้โอกาสนี้พูดคุยและให้กำลังใจญาติ

4.2 ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลตามแผนการพยาบาลและ แผนการรักษา เช่น การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การให้ยาระงับปวด เป็นต้น

4.3 แพทย์ พยาบาล และญาติผู้บาดเจ็บร่วมปรึกษาหารือกัน และ ให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจในการให้แพทย์ช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation)หรือไม่ หากญาติตัดสินใจให้ผู้ป่วยจากไปตามธรรมชาติ ไม่ต้องช่วยฟื้นคืนหรือใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยญาติจะต้องบอกให้ทุกคนใน ครอบครัวรับทราบ และยอมรับการตัดสินใจของญาติด้วย ในกรณีที่ญาติคน อื่นๆ ในครอบครัวยังยอมรับไม่ได้ พยาบาลจะประสานให้ญาติได้พูดคุยกับ แพทย์อีกครั้ง โดยมีพยาบาลร่วมให้ข้อมูลช่วยเพื่อการตัดสินใจร่วมกันของ ญาติอีกครั้ง

4.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้บาดเจ็บได้อยู่กับญาติตามลำพัง และกั้น ม่านให้ตามความเหมาะสม บรรยากาศเงียบสงบ

4.5 แจ้งให้ญาติทราบ เพื่อแจ้งให้ครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ของผู้บาดเจ็บทราบ

4.6 เมื่อความดันโลหิตเริ่มต่ำมาก พยาบาลจะทำหน้าที่แนะนำให้ญาติบอกทางให้ผู้บาดเจ็บ โดยให้ญาติจับมือผู้บาดเจ็บ และกระซิบบอกทาง โดยให้นึกถึงคุณงามความดีที่ผู้บาดเจ็บกระทำมา ไม่ให้วิตกกังวลเกี่ยวกับลูกๆ หรือผู้ที่อยู่ข้างหลัง เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ สามารถดูแลตนเองได้

4.7 เมื่อผู้บาดเจ็บจากไปพยาบาลกล่าวแสดงความเสียใจกับญาติ และให้เวลากับญาติในการแสดงความอาลัยกับผู้บาดเจ็บประมาณ 15-30 นาทีหรือเมื่อพร้อม พยาบาลจะเข้าไปทำความสะอาดร่างกาย และแต่งตัวให้ตามที่ญาติจัดเตรียมเสื้อผ้ามาให้

5. การดูแลภายหลังการตาย (Bereavement Care) แนวทางการช่วยเหลือญาติและครอบครัวของผู้บาดเจ็บ

5.1 เข้าใจและยอมรับว่าครอบครัวย่อมมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสีย และการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวอาจจะแตกต่างกันไป เช่น ความรู้สึกผิดเพราะคิดว่าน่าจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เร็วกว่านี้ โดยการช่วยให้ญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกันจะช่วยให้ความรู้สึกผิดลดน้อยลงไปได้

5.2 ให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ โดยจัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีคนรบกวนและมีความปลอดภัยจากการที่ญาติอาจทำร้ายตนเอง

5.3 การติดต่อสื่อสารกับญาติผู้บาดเจ็บอย่างสม่ำเสมอ เริ่มตั้งแต่ผู้บาดเจ็บเริ่มมีอาการหนัก การบอกปัญหาและอาการต่างๆ ให้ญาติทราบ ควรพูดกับญาติหลายๆ คน พร้อมๆ กัน เพื่อเป็นการประคับประคองทางด้านอารมณ์ของญาติ พยาบาลจะต้องอธิบายให้ญาติผู้ใกล้ชิดผู้บาดเจ็บมีความ

เข้าใจตรงกันเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่จะตามมาและให้ญาติเตรียมใจ

5.4 เปิดโอกาสให้ญาติได้ใกล้ชิดผู้บาดเจ็บมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยยึดหยุ่นกฎระเบียบต่างๆ ของโรงพยาบาล บางครั้งญาติจะพบกับความคับข้องใจในกฎระเบียบของการเยี่ยมอย่างมาก เช่น ใช้กฎการเยี่ยมเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ระหว่างครอบครัว ผู้ป่วยหนักบางรายจะมีอาการสงบเมื่อภรรยาหรือบุตรหลานมาเยี่ยม การยึดหยุ่นกฎระเบียบของการเยี่ยมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง หากญาติไม่ได้อยู่เฝ้าพยาบาลควรสอบถามญาติว่าจะติดต่อกับใคร พร้อมขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

5.5 เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็นต่อการรักษาผู้บาดเจ็บร่วมกับแพทย์และพยาบาล ผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนัก แพทย์และพยาบาลควรปรึกษาญาติเพื่อให้ญาติได้มีเวลาปรับตัวรับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะตามมาหลังจากผู้บาดเจ็บเสียชีวิตแล้ว เพราะการชะลอเวลาการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บบางรายจะช่วยด้านจิตใจของญาติให้ผ่านพ้นความรู้สึกผิดและความโกรธต่อสาเหตุที่ทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตได้ ขณะที่ผู้บาดเจ็บใกล้จะตายหรือเสียชีวิตใหม่ๆ แพทย์และพยาบาลควรอยู่ใกล้ๆ ญาติสักระยะหนึ่ง เพื่อให้ญาติอบอุ่นใจและยอมรับว่าเป็นเวลาอันสมควรที่ผู้บาดเจ็บจะต้องจากไป หากญาติต้องการให้ผู้บาดเจ็บกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน พยาบาลจะให้คำแนะนำและฝึกให้ญาติดูแลผู้บาดเจ็บ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำแผล การให้อาหารทางสายให้อาหาร เป็นต้น

5.6 ช่วยวางแผนและตัดสินใจร่วมกับญาติเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่ครอบครัวกำลังประสบอยู่

5.7 ช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวให้ดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติโดยให้การช่วยเหลือตามที่สามารถทำได้ เช่น เมื่อผู้บาดเจ็บเสียชีวิตแล้วพยาบาลให้การช่วยเหลือในการแต่งศพ เป็นที่ปรึกษาในการรับศพ การเคลื่อนย้ายศพ การติดต่อสถานที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลจะช่วยเหลือญาติให้เข้มแข็งขึ้น สามารถเผชิญกับการสูญเสียได้

6. การดูแลผู้บาดเจ็บและญาติ/ครอบครัวภายหลังผู้บาดเจ็บถึงแก่กรรม ดังนี้คือ

6.1 พยาบาลปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บอย่างสมเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ การปฏิบัติต่อศพ ควรกระทำเช่นเดียวกับผู้ตายยังมีชีวิตอยู่

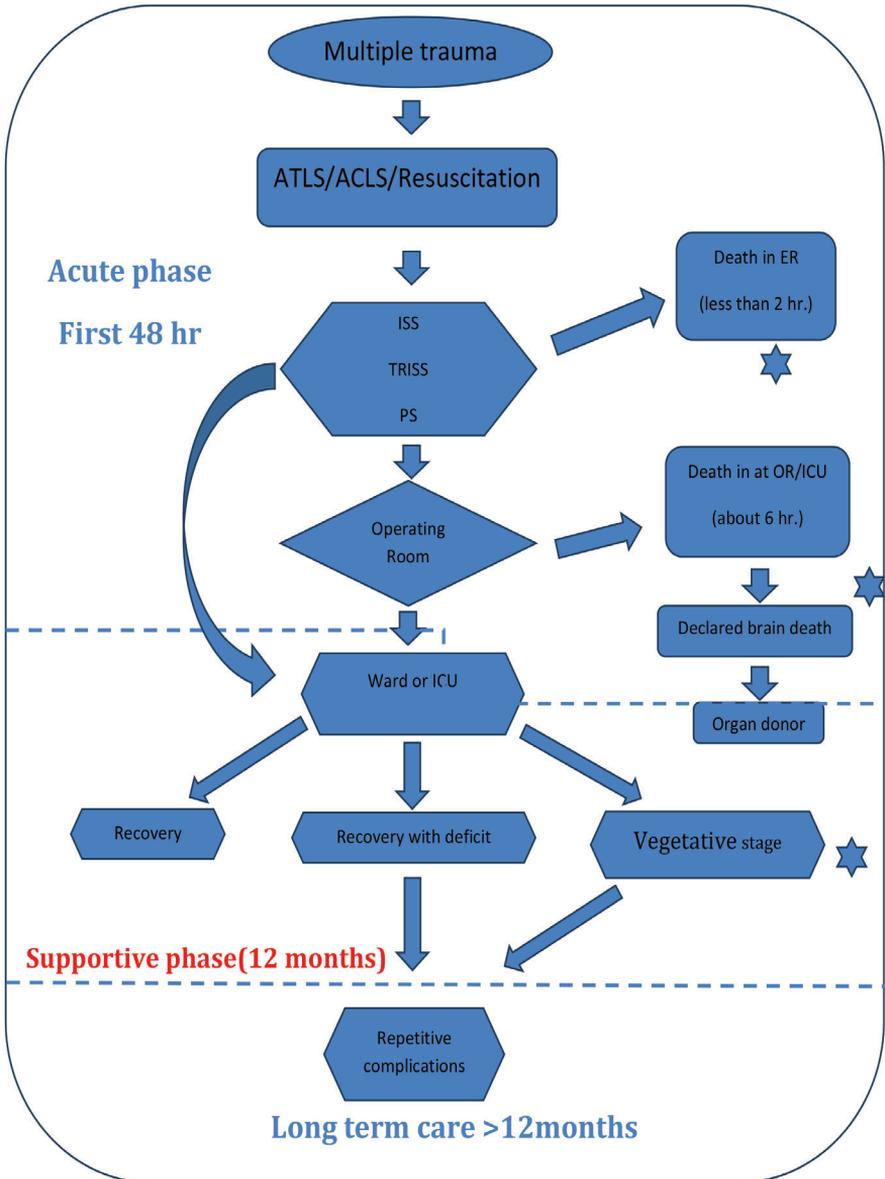
6.2 ให้คำแนะนำสำหรับญาติเมื่อผู้บาดเจ็บถึงแก่กรรมที่โรงพยาบาลการเก็บหรือตรวจศพผู้บาดเจ็บที่ถึงแก่กรรม โรงพยาบาลจะเก็บรักษาศพที่ห้องเก็บศพ แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาอาจขออนุญาตให้มีการตรวจศพเพื่อศึกษาหาสาเหตุของการเสียชีวิตการจัดเตรียมเอกสารเพื่อขอใบมรณะบัตร เมื่อผู้บาดเจ็บถึงแก่กรรมญาติของผู้บาดเจ็บจะต้องไปขอใบมรณะบัตรจากนายทะเบียนเขต/อำเภอ ที่โรงพยาบาลตั้งอยู่โดยจะต้องจัดเตรียมเอกสารเพื่อยื่นประกอบการขอรับใบมรณะบัตร ดังนี้ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการหรือหนังสือสำคัญบุคคลต่างด้าวของผู้บาดเจ็บที่ถึงแก่กรรม และผู้ที่จะไปติดต่อขอรับใบมรณะบัตรพร้อมสำเนา 1 ชุด สำเนาทะเบียนบ้านของผู้บาดเจ็บที่ถึงแก่กรรมพร้อมสำเนา 1 ชุด

หนังสือรับรองการตาย ใบรับแจ้งการตายและหนังสือมอบหมาย ขอให้ญาติติดต่อขอรับได้ที่หน่วยงานที่รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล เมื่อจัดเตรียมเอกสารเรียบร้อยแล้วขอให้ญาติไปติดต่อขอรับใบมรณะบัตรกับ นายทะเบียนเขต/อำเภอ เมื่อนายทะเบียนตรวจสอบเอกสารเรียบร้อยแล้ว จะ ออกใบมรณะบัตรเพื่อให้ญาตินำไปแสดงกับทางวัด และแจ้งต่อนายทะเบียน ท้องถิ่นที่ผู้ตายอาศัยอยู่

การขอรับศพออกจากโรงพยาบาล การติดต่อขอรับศพออกจาก โรงพยาบาล ญาติจะต้องแสดงใบมรณะบัตรที่ได้รับจากเขต/อำเภอ ให้กับ เจ้าหน้าที่ห้องศพก่อน ยกเว้นผู้บาดเจ็บที่ถึงแก่กรรมเป็นอิสลามิกชน ขอให้ นำใบรับรองจากจุฬาราชมนตรี มาแสดงกับผู้อำนวยความสะดวก หรือผู้แทนผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล



Palliative care in multiple trauma patient



Palliative care in HIV/AIDS

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบประคับประคอง (Palliative care in HIV/AIDS)

นิยาม

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบประคับประคอง หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบองค์รวม ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และ ผู้ดูแล ซึ่งดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมาน และเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเชื้อเอชไอวีอยู่ในกระแสเลือดแต่ยังไม่มีอาการ หรืออาการแสดงของโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา และร่างกายอ่อนแอลงไปจนอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

1. ผู้ป่วย HIV/AIDS in advance disease with poor prognosis
 - End stage heart failure
 - End stage lung disease
 - End stage renal failure
 - End stage Neurological failure
 - End stage Liver disease
2. ผู้ป่วย HIV/AIDS ที่มีโรคร่วมที่รักษาไม่ได้ เช่น CKD, chronic child C, chronic CHF Functional class 3-4
3. ผู้ป่วย HIV/AIDS ที่มีภาวะ Life Threatening concomitant condition
4. ผู้ป่วย HIV/AIDS ที่มีการดำเนินของโรคมถึงระยะสุดท้าย

แนวทางการดูแลผู้ป่วย

การประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วยระยะท้าย

การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม ต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. การประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระยะท้ายด้านร่างกาย
 - ประเมินจากอาการไม่สุขสบาย ความสามารถในการทำกิจกรรม อาการที่พบบ่อยๆได้แก่ อาการปวด (Pain) เบื่ออาหาร (Anorexia) ผอมแห้ง (Cachexia) หายใจลำบาก (dyspnea) คลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting) อ่อนแรงหรือเหนื่อยล้า (Weakness/fatigue) ปากแห้ง (Dry mouth) ถ่ายเหลวหรือท้องผูก (Diarrhea/ constipation) และปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล (Ulcers) ผื่นคัน (Pruritus) ฯลฯ

แนวทางการดูแลด้านร่างกาย

- การดูแลทางด้านร่างกายดูแลเช่นเดียวกันกับโรคทั่วไป แต่ให้เน้นการพยาบาลป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อตามหลักการแพร่กระจายเชื้อ (Standard Precaution)
- การลดความปวดทางกายใช้วิธีประเมินระดับความปวด (pain score) เพื่อให้ยาตามระดับความปวด
- สอนผู้ดูแลที่บ้านป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อ การเก็บขยะใส่ถุงมัดให้มิดชิด (ไม่ต้องใส่ขยะสีแดง เมื่ออยู่ที่บ้าน) แต่ก็ต้องไม่มากจนญาติหรือผู้ดูแลเกิดความกลัวจนเกินเหตุและอาจละทิ้งผู้ป่วยไป
- การใช้แพทย์ทางเลือกเช่นการประคบร้อน นวดแผนไทย การใช้น้ำมันหอมระเหย เพื่อความสบาย

2. การประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีอาการผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและการช่วยเหลือคนที่มีอาการผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง

- ดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่อาการระบบประสาทส่วนกลาง

3. การประเมินด้านจิตใจ

การดูแลด้านจิตใจการดูแลไม่แตกต่างจากโรคอื่นๆในระยะท้าย ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีอารมณ์ที่แตกต่างจากโรคอื่นคือ ความรู้สึกผิดบาป ถูกรังเกียจ ถูกกีดกัน ผู้ป่วยจึงตีตราตนเอง อีกทั้งยังถูกสังคมรังเกียจมาก เนื่องจากเป็นโรคที่ติดต่อกันเพศสัมพันธ์ บางคนถูกมองว่ามีความสำคัญทางเพศ จึงมีความโกรธแค้นต่อสังคมรุนแรงมีความคิดและพฤติกรรมที่จะแก้แค้น

บางคนซึมเศร้า สิ้นหวังรุนแรงยาวนานกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ ความคิดฆ่าตัวตาย จะพบได้ทุกระยะของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะเมื่อร่างกายเริ่มเสื่อมจากโรคแทรกซ้อน

แนวทางการดูแลด้านจิตใจและให้การปรึกษาในแต่ละระยะของภาวะใกล้ตาย

- สร้างสัมพันธภาพอย่างมิตรแท้ใช้ทักษะการสื่อสารแบบสองทาง รับฟังผู้ป่วยและญาติให้ไม่ควรโต้แย้งต่อความเชื่อของญาติและผู้ป่วยเพื่อจะลดความรู้สึกผิดที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างรุนแรงหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- สร้างขวัญและพลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง มีคนพูดคุยด้วย อยากฟังอะไร ให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การให้กำลังใจ ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจพร้อมที่จะต่อสู้
- ผู้ป่วยที่ยังไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อแก่ญาติ ทีมการพยาบาล ที่ดูแลควรรับฟังความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยมีความต้องการให้แจ้งญาติเรื่องผลเลือดหรือไม่ ถ้าต้องการจะแจ้งผลเลือด ผู้ป่วยต้องการแจ้งด้วยตนเองหรือไม่ หรือต้องการให้ทีมพยาบาลเป็นผู้แจ้ง สุดท้ายอาจต้องบอกความจริงเรื่องโรค
- การผ่อนคลายกฎระเบียบของโรงพยาบาล เช่น ไม่เข้มงวดเวลาเยี่ยม การจัดกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่เหมาะสม เช่นการทำพิธีละหมาด การทำพิธีบวชพระ การจัดงานวันเกิด เปิดบทสวดสรรเสริญพระเจ้า (ในชาวคาทอลิก) การเปิดเทปการบรรยายของพระสงฆ์ การให้ผู้ป่วยไปเที่ยว ฯลฯ
- ผู้ให้การปรึกษาควรเปิดโอกาสให้ญาติได้พบ พูดคุยเพื่อสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีการดูแลที่ถูกต้อง

- ประเด็นสำคัญของดูแลในระยะท้ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ คือ การเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตั้งใจรับฟัง สบตาผู้ป่วย การสัมผัสสอย่างเหมาะสมเช่น การแตะที่มือเบาๆ ที่มีือ

4. การประเมินด้านสังคม มักส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัวคล้ายกันกับทุกโรค แต่ประเด็นบทบาท ยศถาบรรดาศักดิ์ ฐานะหน้าที่การงาน ทีมพยาบาลควรจัดระบบงดการติดป้ายชื่อ ยศของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลโดยป้ายชื่อของผู้ป่วยควรรู้เฉพาะทีมพยาบาลเท่านั้นไม่ควรติดป้ายไว้ตามเตียงผู้ป่วยหรือกระดานหน้าหอผู้ป่วยให้เหมือนกันทุกโรค

5. เมื่อไรจะพูดถึงเรื่องความตาย

การพูดเรื่องความตายควรพูดในเวลาที่เหมาะสมเมื่อเขาเป็นผู้หิยบกประเด็นมาในการสนทนาควรยึดถือผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเป็นหลัก คำถามที่มักจะได้ยินจากผู้ป่วยเอดส์หรือญาติเสมอคือ “ผมจะตายเมื่อไร” “ฉันจะตายไหม” “หลานฉันจะตายจากโรคเอดส์เมื่อไร” “ฉันกำลังจะตายใช่ไหม”

6. การวางแผนการตาย

ทำพินัยกรรม หรือทรัพย์สิน การสั่งเสียพิเศษ การตัดสินใจเลือกสถานที่สุดท้ายหรือสถานที่ ที่จะตายซึ่งคนไทยจะขอเลือกตายที่บ้านหรือภูมิลำเนาของตน เขียนบันทึกเรื่องราวส่วนตัวบางอย่าง

7. แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย พยาบาลจะนัดญาติมาพบแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน และให้ทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยที่เป็นองค์รวม

8. การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

การทำความสะอาดศพ การแต่งกายของพนักงานรับศพขณะปฏิบัติ งาน การทำความสะอาดเปลและรถรับศพ ให้ทำความสะอาดศพอย่างถูกวิธีตามหลักการควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากโรคติดต่อจากศพสู่บุคคลและสิ่งแวดล้อม

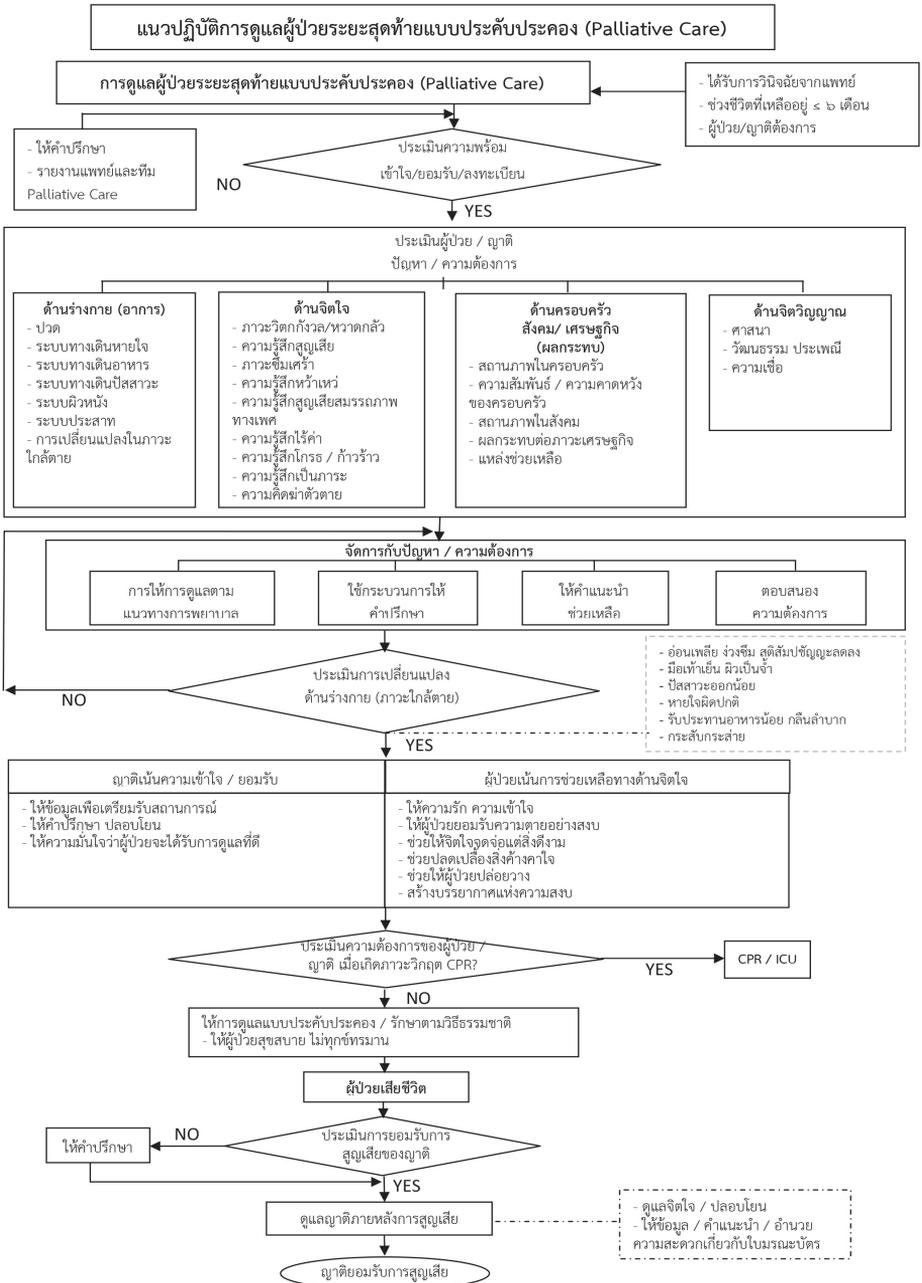
- การรดน้ำศพ

ให้จัดเก็บศพที่แต่งสวยงามตามต้องการเข้าถุงซิปลีสีขาวแต่สามารถเปิดถุงซิปลีโดยใช้ผ้าปูทับไว้ไม่ให้มองเห็นถุงซิปลี ให้สามารถทำพิธีกรรมได้เมื่อเสร็จพิธีสามารถดึงถุงซิปลีปรูดปิดได้เลย ในบางศาสนาที่จะต้องมีการตะขอสองศพในกรณีทำกิจกรรมใดๆขอให้ผู้กระทำการกรรม สวมถุงมือชนิดครั้งเดียว

9. การดูแลผู้ป่วยและญาติ/ครอบครัวภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรม

- ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว และปฏิบัติเช่นเดียวกับโรคอื่นๆแต่ให้หลีกเลี่ยงการระบุงสาเหตุการตายจากการติดเชื้อเอชไอวีในใบมรณะ เพราะมีผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องภายหลังการตาย





Pediatric Palliative Care

Pediatric Palliative Care

คำนิยาม

Pediatric palliative care (PPC) หมายถึง การดูแลรักษา
สนับสนุนต่อการเปลี่ยนแปลงแบบองค์รวมในทุกมิติของผู้ป่วยเด็ก ทั้งด้าน
ของการควบคุมอาการ จิตสังคม จิตวิญญาณ ทั้งของผู้ป่วยที่กำลังจะจากไป
รวมทั้งครอบครัวที่เหลือ เพื่อบรรเทาความทุกข์กาย ทุกข์ใจที่เกิดขึ้น และเพิ่ม
คุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือจนถึงเวลาที่ชีวิตดำเนินมาถึงจุดสิ้นสุด

ความแตกต่างของการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายในผู้ใหญ่ และเด็ก

โรคที่คุกคามชีวิตเด็กนั้นจะแตกต่างกันไปตามช่วงวัย และบางครั้ง
ความเจ็บป่วยนั้นต่อเนื่องยาวนาน เปลี่ยนผ่านการพัฒนาการหลายช่วงวัย
ซึ่งส่งผลทั้งการปรับการรักษาตามสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาที่เปลี่ยนแปลง
และพัฒนาการด้านการเรียนรู้และอารมณ์ การรับรู้ข้อมูลทางการแพทย์และ
ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายแตกต่างกันไปตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา
นอกจากนี้เด็กส่วนใหญ่มักไม่ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ
การรักษา ความต้องการของเด็กมักถูกมองข้าม การวางแผนการรักษาและ
การดูแลมักจะเป็นไปตามมุมมองของแพทย์และผู้ปกครองเท่านั้น ดังนั้นทีม
ผู้ดูแลประคับประคองอันประกอบด้วยสหวิชาชีพ ต้องมีความรู้ความเข้าใจ
ในประเด็นดังกล่าว ตลอดจนมีทักษะและเทคนิคพิเศษในการสื่อสาร เพื่อให้
สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

จุดมุ่งหมายของการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยเด็กไม่ต่างจากผู้ใหญ่ กล่าวคือ

1. ลดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากอาการทางกายที่เกิดจากโรคและภาวะใกล้ตาย
2. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ให้ผู้ป่วยเด็กได้มีโอกาสเลือกวิธีการใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ได้ทำในสิ่งที่ต้องการทำ และได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับคนที่รัก
4. ช่วยเหลือพ่อแม่ที่กำลังจะสูญเสียลูก หรือสูญเสียลูกไปแล้ว

เนื่องจากสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่มักเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง แต่ในเด็กพบว่าการเสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงทารกแรกคลอดจากภาวะคลอดก่อนกำหนดและภาวะพิการแต่กำเนิด รวมถึงโรคเรื้อรังในเด็กมักเป็นจากภาวะผิดปกติทางพันธุกรรมและเมตาบอลิก อีกทั้งการดำเนินโรคจะเรื้อรัง ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจึงมักต้องการการช่วยเหลืออย่างมากและอยู่ในบริการนานกว่าผู้ใหญ่



การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
ความหมาย	โรคที่คุกคามต่อชีวิต อาจหายได้แต่มีโอกาสรักษาไม่เพียงพอ	โรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีอายุสั้น ต้องการการดูแลอย่างมากเพื่อใช้ชีวิตได้ตามควร	โรคที่การดำเนินโรคเลวลงอย่างต่อเนื่อง	โรคที่ไม่สามารถฟื้นตัวเป็นปกติได้แต่โรคไม่คุกคาม
ตัวอย่างโรค	Cancer (ที่มีการพยากรณ์ไม่ดี หรือ โรคกลับเป็นซ้ำ) Complex congenital heart disease Extreme prematurity	HIV infection ที่การรักษาล้มเหลว Severe Immunodeficiency Muscle dystrophy	Genetic/Chromosomal abnormalities Inborn error of metabolism mucopolysaccharidosis	Severe hypoxic ischemic encephalopathy (HIE) Severe cerebral palsy
	Acute life-threatening severe illness	Spinal muscular atrophy	Glycogen storage disease	Thanatophoric dwarfism

กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
Organ failure	Short bowel syndrome	Progressive neurodegenerative disease	
	End-stage renal disease		
	Cystic fibrosis		
	Chronic respiratory disease (ที่ต้องการ home respiratory support)		

ทีมการดูแลประคับประคองสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้แก่และครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือที่ไม่ซับซ้อนจาก palliative care ได้ โดยผู้ป่วยและครอบครัวยังคงได้รับการดูแลจากทีมรักษาหลัก

กระบวนการช่วยเหลือเด็กและครอบครัว

แบ่งกระบวนการช่วยเหลือออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การช่วยเหลือประคับประคองและเตรียมตัวสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนที่ผู้ป่วย จะเสียชีวิต รายละเอียดการดูแลทั้งเด็กและครอบครัว เน้นไปที่

- การทำ Counseling ครอบครัว เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต คือ กินอาหารลดลง อ่อนแรง หายใจผิดปกติ นอนมากขึ้น เพื่อให้ญาติลดความกังวลใจ
- จัดการอาการไม่สุขสบายทางกายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยปรับการรักษาเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและสบายที่สุด เช่น ได้ฟังเพลงที่ชอบ อ่านหนังสือที่ต้องการ เพิ่มการสัมผัสใกล้ชิด เป็นต้น และให้ยาเพื่อลดอาการจากภาวะแทรกซ้อน และจัดการกับความเจ็บปวด
- ดูแลจิตใจทั้งพ่อแม่ เด็กให้มีโอกาสระบายความรู้สึก ปรับเปลี่ยนความคิดให้ถูกทางจนยอมรับ เข้าใจปรับอารมณ์ และคลายความวิตกกังวล และช่วยให้เด็กและครอบครัวยอมรับกับความตายที่จะมาถึง
- ประเมินครอบครัว ส่งเสริมความใกล้ชิดของครอบครัว เน้นการทำกิจกรรมร่วมกันกับครอบครัว เพื่อความสนุกสนาน ร่าเริง แจ่มใสและมีประโยชน์ ส่งเสริมให้พ่อแม่สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้ตามปกติ
- ส่งเสริมให้เด็กทำสิ่งที่ยังค้างคาตามความต้องการ
- ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เพื่อทำจิตใจให้มั่นคง สงบ จัดพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ และยอมรับอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิต และให้ทำดีต่อผู้อื่นตามความสามารถเท่าที่ทำได้ ซึ่งจะเป็นการใช้เวลาที่เหลืออย่างมีคุณค่า เตรียมการและวางแผนการช่วยเหลือร่วมกันระหว่างทีมการดูแลรักษา พ่อแม่

และครอบครัว เมื่อถึงเวลา End of Life (การปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ ควรย้ายเข้าห้องแยกเพื่อความเป็นส่วนตัว ยุติการรักษาทั้งหมด ให้เหลือไว้แต่น้ำเกลือ oxygen เป็นต้น)

ระยะที่ 2 End of Life ระยะใกล้ความตาย รายละเอียดการดูแลทั้งเด็กและครอบครัว เน้นไปที่

- แจ้งให้พ่อแม่ทราบว่าเวลาที่จะจากกันใกล้เข้ามา
- การให้การรักษาตามอาการโดยอาการที่พบบ่อย คือ อ่อนแรง ง่วง ผิวหนังเปลี่ยนแปลง หายใจลำบาก (dyspnea) ความเจ็บปวด กังวล หงุดหงิดง่ายและเสมหะมาก รวมถึงการปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพตามที่ตกลงไว้
- การย้ายเข้าห้องแยก หรือกลับบ้านเพื่อให้ความเป็นส่วนตัวแก่ครอบครัว
- พิธีกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ
- อธิบายข้อมูลและขั้นตอนในกรณีที่ต้องการทำ autopsy หรือ tissue donation

ระยะที่ 3 Bereavement Care ชีวิตหลังจากเด็กจากไป
การดูแลประกอบด้วย

- 1) การดูแลหลังเสียชีวิตทันที
 - ภายหลังจากบิดา มารดา และครอบครัวได้อยู่กับร่างของเด็กตามความต้องการ แล้วขออนุญาตปลดอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดอยู่ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ และควรจัดทำให้อยู่ในท่าปกติตามกายวิภาค
 - ประเมินและดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เผชิญกับความรู้สึกโศกเศร้า

- จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและมีความเป็นส่วนตัวตามสมควร อนุญาตให้บิดา มารดา และครอบครัวอยู่กับร่างเด็กที่เสียชีวิตได้ตามต้องการ สามารถสัมผัสสกอดร่างของเด็กที่เสียชีวิตได้

- ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวผู้ป่วยในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรับศพกลับไปประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ

- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากบิดา มารดา และครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ เช่น หีบศพ ค่ารักษาพยาบาล หรือค่าเดินทางในการนำร่างของเด็กที่เสียชีวิตกลับบ้าน

- อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น ผู้ป่วยมุสลิม อาจต้องรีบทำพิธีกรรมทางศาสนาทันที

- ควรมีการติดตามดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต เช่น การติดตามเยี่ยมครอบครัวทางโทรศัพท์ หรือการประสานส่งต่อไปยังภาคีเครือข่ายการดูแลที่อยู่ใกล้บ้าน

- ประเมินปัญหาด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัว เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือความรู้สึกโศกเศร้า หากพบว่ามีความวิตกกังวลติดต่อกันเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไปหลังการเสียชีวิต ควรได้รับการดูแลปรึกษาจิตแพทย์

2) การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต

- เข้าใจและยอมรับว่าครอบครัวมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียและการแสดงออกที่แตกต่างกัน

- ส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจของครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกโดยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีผู้รบกวน มีความปลอดภัยป้องกันการทำร้ายร่างกาย

- การสื่อสารติดต่อกับครอบครัวในช่วงหลังความตายอย่างสม่ำเสมอ โดยติดตามประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมของครอบครัว เพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม
- ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ



Palliative care in Aging / Dementia

Palliative care in Aging / Dementia (กลุ่มผู้สูงอายุ / Dementia)

คำนิยาม

- ผู้สูงอายุ หมายถึง Older หรือ Elderly person
 - องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Nations, 2007)
 - องค์การอนามัยโลก หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2010)
 - พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 กำหนดให้ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์และมีสัญชาติไทย เป็นผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและ พิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ
 1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้
 2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง
 3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

- **ภาวะสมองเสื่อม (dementia)** คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยของความสามารถของสมองในหลายๆ ด้าน เช่น ความจำแย่งลง ใช้ภาษาไม่ถูกต้อง การแก้ปัญหาต่างๆ ไม่เหมาะสม ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างอิสระเหมือนเดิม

Criteria “dementia”

1. ไม่สามารถเดินได้ไม่มีคนคอยพยุง และ
2. ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ และ
3. ไม่สามารถสื่อสารอย่างมีความหมาย และ
4. ไม่สามารถทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL) Barthel score < 3

5. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- น้ำหนักลด
- มีการติดเชื้อในปัสสาวะ
- แผลกดทับระดับ 3/ 4
- มีไข้เป็นๆหายๆ
- รับประทานอาหารทางปากลดลง/น้ำหนักลด
- ปอดบวมจากการสูดสำลัก
- นอนมากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทั้งวัน
- ภาวะซึมเศร้า

Criteria “frailty”

1. การถดถอยของ functional score โดยแบบประเมิน Barthel index คะแนน 0-4 ร่วมกับ PPS V2 30%

2. มีอาการต่างๆ เหล่านี้อย่างน้อย 3 อย่าง ได้แก่

- อ่อนแรง
- น้ำหนักลด
- หหมดเร็วแรงมีกิจกรรมทางกายน้อย
- มีภาวะซึมเศร้า
- อาการรบกวน เช่น หอบเหนื่อย ปวดเกร็ง แน่นอึดท้อง นอน

ไม่หลับ เครียด แผลกดทับ

อาการลึ้ม

- ผู้สูงอายุทั่วไป มีการลึ้มได้บ้างแต่ว่าลึ้มแล้วก็จะค่อยๆ นึกได้ภายหลัง เช่น อาจจะนึกไม่ออกว่าเอาของไปวางไว้ที่ไหน แต่จำได้ว่าตนเองถือมาแล้ว ก็หาคว้าเอาไปวางไว้ที่ไหน

- ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะจำไม่ได้เลยว่าหยิบของนี้มา หรือจำไม่ได้เลยว่ามีอาการทำกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้น เช่น จำไม่ได้ว่ารับประทานอะไรไปหรือยัง ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ด้วย เช่น มักเอาของไปซ่อนไว้ตามที่ต่างๆ เพราะกลัวว่ามีคนมาขโมยของตนไป ผู้ป่วยอาจคิดว่าบ้านที่อยู่ปัจจุบันไม่ใช่บ้านของตนเองจึงเก็บเสื้อผ้าและบอกลูกให้พากลับบ้านอยู่บ่อยๆ ผู้ป่วยบางรายมีความก้าวร้าว หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

เกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ขาดฮอร์โมนธัยรอยด์ เนื้องอกสมอง โปรรงน้ำในสมองขยายตัว โรคติดเชื้อบางชนิด เช่น ซิฟิลิส และเอดส์ เป็นต้น แต่โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด ดังนั้น เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมจึงควรส่งปรึกษาแพทย์ เพื่อตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมที่รักษาได้ หรือช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นมาได้ (ประมาณ 1 ใน 10) มักจะเป็นสมองเสื่อม จากสาเหตุดังนี้

1. เกิดจากการทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติโดยเฉพาะต่อมธัยรอยด์
2. เกิดจากการขาดสารอาหาร เช่น วิตามินบี1, วิตามินบี12
3. เกิดจากช่องในสมองขยายใหญ่เนื่องจากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง
4. เกิดจากการได้รับยาหรือสารที่มีผลต่อการทำงานของสมอง

ส่วนสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง จากการกระทบกระแทก กระเทือนหรือจากการติดเชื้อ ไม่อาจรักษาให้หายได้

รู้อย่างไรว่าสมองเสื่อม

แพทย์จะประเมินความรวดเร็วของการเกิดอาการ โดยประเมินจากความคิด ความจำ การรับรู้สิ่งแวดล้อม การใช้เหตุผล การรับรู้ความเป็นจริง ระยะเวลาที่เป็น ลักษณะการดำเนินโรค และความรุนแรงของโรค เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค และวางแผนในการดูแลรักษา การประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประเมินข้อมูลต่างๆ จากญาติร่วมด้วย

ทำได้โดยการซักประวัติ อาการ และอาการแสดง จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของโรค สามารถแบ่งออกตามลำดับ ดังนี้

ระยะที่ 1 หลงลืม ระยะนี้มีระยะเวลาของโรค 1-3 ปี ผู้ป่วยจะบอกว่าหลงลืมบ่อย เช่น หลงทางบ่อยๆ ลืมนัดหมาย ลืมเรื่องปัจจุบัน บุคลิกเปลี่ยนไป เช่น เป็นคนเรียบร้อย ไม่มีอารมณ์ขัน หากเป็นมากจะเข้าสู่ระยะที่ 2

ระยะที่ 2 สับสน มีระยะเวลาของโรค 3-10 ปี ความจำลดลงอย่างมาก สูญเสียความสามารถในพูดหรือใช้ภาษา ไม่สามารถหาเหตุผลและแก้ปัญหาได้ การรับรู้เกี่ยวกับเวลาและสถานที่ลดลง อาจมีอาการซึมเศร้า สับสน ตื่นเต้น กระสับกระส่าย

ระยะที่ 3 สมองเสื่อม ระยะนี้จะสั้น 1-2 ปี บางรายอาจอยู่ได้นานกว่า 10 ปี จะมีอาการพอมลง รับประทานอาหารลำบาก ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ กลืนปัสสาวะ อูจาระไม่ได้ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ข้อติดแข็ง อาจถึงแก่กรรมด้วยโรคปอดบวม หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

การดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยสมองเสื่อม แม้ว่าจะมีความผิดปกติทางความจำและสติปัญญา แต่ก็ยังมีอารมณ์เหมือนคนทั่วไป ผู้ป่วยยังรู้สึกดีใจ เสียใจ เศร้า กังวล อับอาย ดังนั้นการพูดจาสนทนา หรือการแสดงออกทางกายและอารมณ์ต่อหน้าผู้ป่วยจะต้องมีความระมัดระวังอยู่เสมอ และต้องสนใจอารมณ์ของผู้ป่วยทุกครั้งที่การดูแลรักษามีดังนี้

1) ภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจน จึงยังไม่มีการรักษาโดยเฉพาะ และยังไม่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น การดูแลระดับประครอง การรักษาตามอาการ ความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจ เป็นหัวใจสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนี้ ซึ่งเป็นภาวะและปัญหามากมายแก่บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระยะรุนแรง ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

การดูแลภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญคือ การมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมคงสภาพหรือชะลอให้เสื่อมช้าลง โดยพฤติกรรมบำบัด และเสริมสร้างปัญญา และทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

2) การรักษาโดยการไชยา ปัจจุบันสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้บ้าง โดยเฉพาะในการนำมาใช้ควบคุมความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ แต่การรักษาทางยายังไม่สามารถหยุดขบวนการเสื่อมของสมองได้

Functional unit of palliative care

องค์ประกอบของ Palliative Care Functional Unit

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานดูแล
ประคับประคองในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย
2. เพื่อจัดทำกรอบของทรัพยากรสนับสนุนที่พึงมีในการจัดบริการ
การดูแลประคับประคองในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ

Core components of the palliative care program

1. ผู้ป่วยและครอบครัวเป็น unit of care
2. มีทีมสหสาขา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์
 ฯลฯ
3. การดูแลทุกมิติตามความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว
4. การประเมินผู้ป่วย ทำ care plan เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ
ดูแล และจัด supportive services
5. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (community-health service)
6. การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ
7. ช่องทางในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลกรณีมีภาวะ
แทรกซ้อน/ฉุกเฉิน

8. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
9. จิตอาสาช่วย support ผู้ป่วยและญาติ
10. Bereavement services

ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Staff)

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน แพทย์หรือพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงต้องการการประสานงานและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ซึ่งทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

1. แพทย์/จิตแพทย์
2. พยาบาล
3. เภสัชกร
4. โภชนากร
5. นักสังคมสงเคราะห์
6. อาสาสมัคร/จิตอาสา
7. ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม
8. นักจิตวิทยา

การแบ่งบทบาทหน้าที่ของบริการ Palliative Care ตามระดับของศักยภาพการให้บริการสุขภาพ

แบ่ง 3 ระดับ	รพ.ที่จัดบริการ	บทบาทหน้าที่
Palliative care ระดับ Tertiary Care	<ul style="list-style-type: none"> ○ โรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะทาง ○ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (A, S) 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีศูนย์ PC และจัดบริการ PC ● ให้การวินิจฉัย ● ส่งต่อ ● เป็นแม่ข่ายให้คำปรึกษา ● แหล่งฝึกอบรม ● สร้างแนวทางการปฏิบัติในเครือข่ายที่รับผิดชอบ ● พัฒนาช่องทางสื่อสารกับเครือข่ายระดับต่างๆ ● จัดหาและสั่งจ่ายกลุ่ม opioids ตลอดจนถึงคำปรึกษาและฝึกอบรม
Palliative care ระดับ Secondary care	<ul style="list-style-type: none"> ○ โรงพยาบาลทั่วไประดับเล็ก (M1) ○ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) ○ โรงพยาบาลชุมชนระดับใหญ่ (F1) 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีศูนย์ PC/หรือ ทีม PC และจัดบริการ PC ● ให้การวินิจฉัย ● ส่งต่อ ● อบรมเครือข่าย ● เป็นแม่ข่ายให้คำปรึกษาในเครือข่ายระดับถัดไป ● จัดหาและสั่งจ่ายกลุ่ม opioids

แบ่ง 3 ระดับ	รพ. ที่จัดบริการ	บทบาทหน้าที่
Palliative care ระดับ Primary & Community	<ul style="list-style-type: none"> o โรงพยาบาลชุมชนระดับกลางและเล็ก (F2-3) o โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต) 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีทีม PC และจัดบริการ PC ● รับผิดชอบต่อผู้ที่ไม่สามารถไปเสียชีวิตที่บ้านได้ (รพ. ชุมชน) ● รับผิดชอบต่อ/เยี่ยมบ้าน ● ลงชุมชน ประสานงานกับ รพ.สต. ● ประสานจิตอาสา ชุมชนและภาคีเครือข่าย ● จัดหาและสั่งจ่ายยา opioids และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน

ทรัพยากรด้านบุคลากร

วิชาชีพ	PC ระดับ Tertiary (ศูนย์ PC)	PC ระดับ Secondary (ทีม PC)	PC ระดับ Primary&Community
			รพช.
แพทย์	จำนวน 3-5 คน มีแพทย์ full time ที่ผ่านการอบรม ระยะกลาง/ยาว อย่างน้อย 1 คน (ตามเกณฑ์หลักสูตร แพทย์ศาสตร์ศึกษา)	อย่างน้อย 1 คน ผ่านการอบรมด้าน Palliative care ระยะกลาง/ยาว	จำนวน 1 คน ผ่านการอบรมด้าน Palliative care ระยะสั้น หรือระยะกลาง
พยาบาล	PCN: 4-6 (Full time) ผ่านการอบรม PC Nurse 4 สัปดาห์/16 สัปดาห์ PCWN: อัตรากำลังเดิมของพยาบาลหอผู้ป่วย จำนวน ตามบริบทของสถานพยาบาล ได้รับการอบรม PC Nurse 10 วัน	PCN: 1-2 (Full time) ผ่านการอบรม PC Nurse 4 สัปดาห์/16 สัปดาห์ PCWN: อัตรากำลังเดิมของพยาบาลหอผู้ป่วย จำนวน ตามบริบทของสถานพยาบาล ได้รับการอบรม PC Nurse 10 วัน	PCN: 1 (Full time) ผ่านการอบรม PC Nurse 4 สัปดาห์/16 สัปดาห์

วิชาชีพ	PC ระดับ Tertiary (ศูนย์ PC)	PC ระดับ Secondary (ทีม PC)	PC ระดับ Primary & Community	
			รพช.	รพ.สต.
เภสัชกร	1-2 ผ่านการอบรม Basic PC 2-3 วัน	1 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	รพ.สต.
	1-2 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1(+/-) ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	
นักสังคม สงเคราะห์	1-2 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1(+/-) ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	
	1-2 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1(+/-) ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1(+/-) ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	
นักจิตวิทยา	1-2 (+/-) ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1(+/-) ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1(+/-) ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	
	1-2 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	1 ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	

วิชาชีพ	PC ระดับ Tertiary (ศูนย์ PC)	PC ระดับ Secondary (ทีม PC)	PC ระดับ Primary & Community	
			รพช.	รพ.สต.
นักวิชาการ	1-2	1	1	
สาธารณสุข	ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน (+/-)	
ทีมเยี่ยมบ้าน	พยาบาล 1	พยาบาล 1	พยาบาล 1	
	ผ่านการอบรม PC Nurse 10 วัน	ผ่านการอบรม PC Nurse 10 วัน	ผ่านการอบรม PC Nurse 10 วัน	
	สหวิชาชีพ 1	สหวิชาชีพ 1	สหวิชาชีพ 1	
	ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	ผ่านการอบรม Basic PC 3 วัน	
จิตอาสา	ผ่านการอบรมหลักสูตร 3 วัน	ผ่านการอบรมหลักสูตร 3 วัน	ผ่านการอบรมหลักสูตร 3 วัน	
อื่นๆ	ตามความเหมาะสม	ตามความเหมาะสม	ตามความเหมาะสม	ตามความเหมาะสม

หมายเหตุ : ควรแบ่งแผนระยะสั้น-ยาว

การจัดสถานที่หน่วยงานบริการ

1. มีการจัดห้องพักผู้ป่วยเป็นสัดส่วน/ห้องส่วนตัว ที่ญาติสามารถเฝ้าได้
2. มีการจัดพื้นที่ เตียงผู้ป่วย และอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก
3. ญาติผู้ป่วยสามารถเข้าเยี่ยม และทำกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ตามความต้องการ โดยไม่รบกวนผู้ป่วยรายอื่น
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้ใกล้ชิดธรรมชาติ มีแสงสว่างเพียงพอ ลักษณะสีที่ใช้ควรเป็นโทนสีอ่อน (ตามหลักของ Healing environment)
5. มีสัญญาณออกที่ผู้ป่วยและญาติสามารถกดเรียกขอความช่วยเหลือได้ง่าย

ทรัพยากรด้านสถานที่และครุภัณฑ์

1. Palliative care ward/ beds หรือ Home Ward
 - ในกรณีที่สามารถจัดให้มีหอผู้ป่วย palliative care ได้ จัดให้มีหอผู้ป่วยสำหรับดูแลผู้ป่วย palliative care และมีอัตราส่วนพยาบาลต่อเตียง = 1:4 มีแพทย์ประจำหอผู้ป่วย
 - ในกรณีไม่สามารถจัดหอผู้ป่วยได้ จัดให้มี palliative care beds สำหรับดูแลผู้ป่วย palliative care อาจจัดเป็น Palliative zone ในหอผู้ป่วยต่างๆ โดยมีจำนวนเตียงโดยรวมที่เหมาะสม คือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 -5 ของจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
2. Palliative care office
3. OPD palliative care

4. คลังอุปกรณ์/เครื่องมือ ทางการแพทย์

- จัดให้มีการบริหารจัดการอุปกรณ์/เครื่องมือ ทางการแพทย์ สำหรับ Home care โดยจะจัดรูปแบบใดก็ได้ตามบริบทของสถานบริการ
- อุปกรณ์/เครื่องมือ ที่พึงมี ได้แก่
 - : เตียงนอนสำหรับผู้ป่วย ที่นอนลมหรือที่นอนป้องกันแผลกดทับ
 - : แท่งคอออกซิเจน/เครื่องผลิตออกซิเจน
 - : เครื่องดูดเสมหะ
 - : อุปกรณ์พ่นยา
 - : รถเข็น
 - : walker
 - : syringe driver
 - : เครื่องปั่นอาหาร
 - : พัดลม
 - : อุปกรณ์จำเป็นพื้นฐานการพยาบาล
 - : เก้าอี้รอนั่งขับถ่าย



บรรณานุกรม

Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The Use of the Nitrogen

Mustards in the Palliative Treatment of Carcinoma - with Particular Reference to Bronchogenic Carcinoma. *Cancer*. 1948;1(4):634-56.

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. (1982). "Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group". *Am. J. Clin. Oncol.* 5 (6): 649-55. doi:10.1097/00000421-198212000-00014. PMID 7165009.

Lansky SB, List MA, Lansky LL, Ritter-Sterr C, Miller DR (1987). "The measurement of performance in childhood cancer patients". *Cancer*. 60 (7): 1651-6. doi:10.1002/1097-0142(19871001)60:7<1651::AID-CNCR2820600738>3.0.CO;2-J. PMID 3621134.

Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M. Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution. *Eur J Cancer*. 1996 Jun;32A(7):1135-41

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf

วินัย สวัสดิ์ทวี และคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง สำหรับทีมหมอกรอบครัว : National Hospice Organization Medical Guidelines for determining prognosis in selected Non cancer disease,1996. 2558

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป:

Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.

พ.ศ.2554 <http://strokelearning.blogspot.com>, 2010

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (2554)

สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

(PPS Adult Suandok) http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palliative/?page_id=19 สืบค้น

Geoffrey W. C. , Hanks,Nathan I., Cherny,Nicholas A., Christakis,Stein Kaasa. (2010). Oxford Textbook of Palliative Medicine (4th ed.).New York : Oxford university Press Inc. pp 1280-1289.

Linda L.,Emanuel,S., Lawrence Librach (2011). Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies (2nd). St. Louis, Missouri : Imprint of Elsevier inc. pp 405-412.

เกรียงไกร เสงร์ศรีมี. รติกร เมธาวิกุล. คมสิงห์ เมธาวิกุล. กัลยา บัทยาพรผล. สุชน ณรงค์ชัยกุล.

กนกพร แจ่มสุบรรณ์. และคณะ มาตรฐานการรักษานผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 2558. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ:สุขุมวิทการพิมพ์.

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะสุดท้าย การประชุมวิชาการ (2557) “โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลในสังกัดวิชาการ”

Piotr Ponikowski, Adriaan A. Voors, Stefan D.Anker, Hector Bueno,John G. F. Cleland,

Andrew J. S. Coats. et al.(2016). *2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute And chronic heart failure*. European Heart Journal (2016) 37. 2129-2200

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์(2557) “Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage” ออร์เวชซีในเวชปฏิบัติ, ภาคพิมพ์ :190

Pual N. Lanken, Peter B. Terry, Horace M. DeLisser,et al. (2008)*An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses*. Am J Respir Crit Care Med Vol 177, 912-927,2008.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี.

Anne C. Mosenthal. (2008). Palliative care in the trauma intensive care unit. In Juan A.

Asensio, Donald D. Trunkey. *Current therapy of trauma and surgical critical care* (1st ed., pp. 743-748). Philadelphia: Mosby Elsevier.

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, EA., & Kudelka, A.P. (2000).

SPIKES-a six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncology*, 5. Maddocks I., Brew B., Waddy H. & Williams I. (2006). *Palliative neurology*.The Edinburgh Building, Cambridge CB2 2RU UK.

Mosenthal, A.C. & Murphy, P.A., (2003). *Trauma Care and Palliative Care: Time to Integrate the Two?* Journal of American College of Surgeons. 197(3):509-516.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ.(บรรณาธิการ). (2550). วัฒนธรรมความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต.กรุงเทพฯ: บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด.

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ. สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_16.html

กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2546. คู่มือการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลเพื่อบรรเทาอาการผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

กิตตกร นิลมานัต. 2555. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. ชานเมืองการพิมพ์, กรุงเทพมหานคร

จิรภา หงส์ตระกูล และคณะ. 2556. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.

บุศยมาส ชิวสกุลยง และคณะ. 2556. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทกลางเวียงการพิมพ์, เชียงใหม่.

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธ์. 2551. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.อักษรสัมพันธ์, กรุงเทพมหานคร.

ธรณินทร์ กองสุข . 2541 การช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วยเอดส์และญาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 อุบลราชธานี.

เยาวรัตน์ อินทอง และคณะ. 2544. คู่มือการพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พิมพ์ครั้งที่ 2. เจ เอส การพิมพ์ กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2551. แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาแบบประคับประคอง. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2556. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด กรุงเทพมหานคร

E. Butters, I. Higginso , R. George & M. McCarth; Palliative care for people with HIV/AIDS: Views of patients, carers and providers. Goldman-Cecil Medicine, 2-Volume Set, 25th EditionElsevier TitleISBN: 978-1-4557-5017-7

R Harding, D Karus, P Eastbrook, V H Raveis, I J Higginson, K Marconl; Does Palliative care improve outcomes for patients with HIV/AIDS? A systematic of the evidence Sex Transm Infect 2005; 81 :5-14 doi: 10.1136/sti.2004.010132

K. Collings & R. Harding; Improving HIV management in sub-Saharan Africa: How much palliative care is needed? <http://dx.doi.org/10.1080/09540120701402863>

Morrison, Meier DE, Palliative care. New England journal Medicine. 2004; 350:2582-2590.

สภาการพยาบาล, สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี.แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย.กรุงเทพมหานคร: 2558; หน้า 40-3.

วินัดดา ปิยะศิลป์. Introduction in pediatric palliative care. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, บรรณาธิการ. Pediatric palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เพนตากอนแอดเวอ์ไทซิ่ง; 2558. หน้า 19-29.

A guide to the development of children's palliative care services.

Association for children with life-threatening or terminal conditions and their families (ACT) and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RPCH), 2003, Bristol, UK.

CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. <http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf> (access April 2014)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2557.

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย. ฉบับบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายในประเทศไทย.

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท บียอนด์พับลิชชิง จำกัด ; 2555



ภาคผนวก

Karnofsky Performance Status Index (KPS)

General category	Index	Special criteria
A Able to carry on normal activity; no special care is needed (Grade 1 : สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ)	100	Normal; no complaints, no evidence of disease (ปกติไม่มีโรค)
	90	Able to carry on normal activity, Minor signs or symptoms of disease
	80	Normal activity with effort; Some signs or symptoms of disease
B Unable to work; able to live at home; Cares for most personal needs; A varying amount of assistance is needed	70	Cares for self, unable to carry on normal activity or to do active work
	60	Requires occasional assistance but is able to care for most of his needs
	50	Requires considerable assistance and frequent medical care
C Unable to care for self; requires equivalent of institutional or and assistance hospital care; disease may be progressing rapidly	40	Disabled; requires special care
	30	Severely disabled; hospitalization is indicated, although death not imminent
	20	Very sick; hospitalization necessary, active supportive treatment is needed
	10	Moribund, fatal processes, rapid progress
	0	Dead

แบบประเมินสถานะของผู้ป่วย *Karnofsky Performance Status*

Grade 1 : สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

คะแนน 100 : ปกติไม่มีโรค

90 : สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคระดับ minor

80 : สามารถทำกิจกรรมได้แต่ต้องให้ความพยายามเพิ่มขึ้น มีอาการหรืออาการแสดงของโรคบางอย่าง

Grade 2 : ไม่สามารถทำงานได้ แต่สามารถอยู่ที่บ้านและส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น

คะแนน 70 : ดูแลตัวเองได้แต่ไม่สามารถทำงานหรือทำกิจกรรมตามปกติได้

60 : ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นบางครั้ง แต่ส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองได้

50 : ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นและต้องการการดูแลทางการแพทย์บ่อยขึ้น

Grade 3 : ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการดูแลจาก hospital care หรือ สถานบริการการรักษา โรคดำเนินอย่างรวดเร็ว

คะแนน 40 : ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษและผู้ช่วยเหลือ

- 30 : ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องนอนโรงพยาบาล
20 : ป่วยมาก มีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ต้องได้รับการ
รักษาแบบ active support
10 : จวนตาย
0 : ตาย

Severity Index

Most functional



Least functional

Severity Index

0 – 2

3 – 5

6 – 8

9 – 11

12 – 14



Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status scale**

- 0 *Asymptomatic* (Fully active, able to carry on all predisease activities without restriction)
- 1 *Symptomatic but completely ambulatory* (Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature. For example, light housework, office work)
- 2 *Symptomatic, < 50% in bed during the day* (Ambulatory and capable of all self care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours)
- 3 *Symptomatic, > 50% in bed, but not bedbound* (Capable of only limited self-care, confined to bed or chair 50% or more of waking hours)
- 4 *Bedbound* (Completely disabled. Cannot carry on any self-care. Totally confined to bed or chair)
- 5 *Death*

หมายเหตุ

- ECOG 0 = Karnofsky performance status 100 - 90
- ECOG 1 = Karnofsky performance status 80 - 70
- ECOG 2 = Karnofsky performance status 60 - 50
- ECOG 3 = Karnofsky performance status 40 - 30
- ECOG 4 = Karnofsky performance status 20 - 10
- ECOG 5 = Karnofsky performance status 0

Lansky score

Children, who might have more trouble expressing their experienced quality of life, require a somewhat more observational scoring system suggested and validated by Lansky *et al.* in 1987

- 100 fully active, normal
- 90 minor restrictions in strenuous physical activity
- 80 active, but gets tired more quickly
- 70 greater restriction of play *and* less time spent in play activity
- 60 up and around, but active play minimal; keeps busy by being involved in quieter activities
- 50 lying around much of the day, but gets dressed; no active playing participates in all quiet play and activities
- 40 mainly in bed; participates in quiet activities
- 30 bedbound; needing assistance even for quiet play
- 20 sleeping often; play entirely limited to very passive activities
- 10 doesn't play; does not get out of bed
- 0 unresponsive

Palliative Performance Scale (PPSv2)**

Version 2

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of disease	Self-Care	Intake	Conscious Level
100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
80%	Full	Normal activity with Effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
70%	Reduced	Unable Normal job/work Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
60%	Reduced	Unable hobby/house work Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full or confusion

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of disease	Self-Care	Intake	Conscious Level
50%	Mainly Sit/Lie	Unable to do any work Extensive disease	Considerable assistance necessary	Normal or reduced	Full or confusion
40%	Mainly in Bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- confusion
30%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- confusion
20%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Minimal to sips	Full or Drowsy +/- confusion
10%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Mouth care only	Drowsy or Coma +/- confusion
0%	Death	-	-	-	-

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ***

(Palliative Performance Scale version 2)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100%	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90%	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอย่าง	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	การเคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอย่าง	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
50%	นั่ง/นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือว่างซึม +/- สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือว่างซึม +/- สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือว่างซึม +/- สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้(บ้วนปากได้เท่านั้น)	ว่างซึมหรือไม่รู้สึกรู้ตัว +/- สับสน
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

*** แปลจาก Palliative Performance Scale version 2 ของ Victory Hospice Society , Canada โดย คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนครราชสีมา

คำกล่าวคารวะ

คำกล่าวคารวะผู้ถึงแก่กรรมในหอผู้ป่วยและขอโหสิกรรม สำหรับศาสนาพุทธ

(ทุกคนพนมมือ ผู้นำกล่าว)

บัดนี้คุณ.....ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ
ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย..... ขอแสดงความเสียใจต่อครอบครัว
ตลอดเวลาที่ได้ทำการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หากมีสิ่งใดที่แพทย์
พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคนได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าจะด้วย
กาย วาจา ใจ จะโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม ขอโหสิกรรมให้แก่ข้าพเจ้า
ทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย

ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัย โปรดได้ดลบันดาลให้ดวงวิญญาณ
ของคุณ.....ไปสู่สุคติในสัมปรายภพ ด้วยเทอญ

จากนี้ไปขอร่วมรำลึกไว้อาลัยแด่คุณ.....โดย
การยืนสงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที (เสร็จแล้วทุกคนเคารพศพด้วยอาการ
ที่สงบ)

คำกล่าวคารวะผู้ถึงแก่กรรมในหอผู้ป่วยและขอโหสิกรรม สำหรับ ศาสนาอิสลาม

(ทุกคนพนมมือ ผู้นำกล่าว)

บัดนี้คุณ.....ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ
ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย.....ขอแสดงความเสียใจต่อครอบครัว
ตลอดเวลาที่ได้ทำการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หากมี สิ่งใดที่แพทย์
พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน ได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าจะด้วย
กาย วาจา ใจ จะโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม ขอโหสิกรรมให้แก่ข้าพเจ้า
ทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย แท้จริงเราเป็นสิทธิ์ของอัลลอฮฺ (พระผู้เป็นเจ้า) และ
เราต้องกลับคืนสู่พระองค์ ขอพระองค์ได้ทรงโปรดอภัยโทษ ให้แก่เขาด้วย
เทอญ

จากนี้ไปขอร่วมรำลึกไว้อาลัยแต่คุณ.....
โดยการยืนสงบนิ่งไว้ อาลัยพร้อมกัน 1 นาที (เสร็จแล้วทุกคนเคารพศพด้วย
อาการที่สงบ)

คำกล่าวคารวะผู้ถึงแก่กรรมในหอผู้ป่วยและขอโหสิกรรม สำหรับ ศาสนาคริสต์ (คริสเตียน)

(ทุกคนพนมมือ ผู้นำกล่าว)

ขอบคุณพระเจ้าที่คุณ.....ได้ล่วงหลับกลับสู่
พระองค์แล้วด้วยความสงบ ในนามของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย.....
ขอร่วมในความทุกข์โศกและอาลัยรักกับครอบครัว ตลอดเวลา ที่ได้ทำการ
รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หากมีสิ่งใดที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคน
ได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าจะด้วยกาย วาจา ใจ จะโดยตั้งใจ หรือ
ไม่ได้ตั้งใจก็ตาม ขอโหสิกรรมแก่พวกข้าพเจ้าและขอพระเจ้าโปรดอภัยโทษ
ข้าพเจ้าทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย ขอให้ท่านได้พำนักในนิเวศที่ทรงเตรียมไว้
ตามพระสัญญา อยู่กับพระองค์ตลอดนิรันดร์กาลด้วยเทอญ อาเมน

จากนี้ไปขอร่วมรำลึกไว้อาลัยแต่คุณ.....
โดยการยื่นสงบนิ่งไว้ อาลัยพร้อมกัน 1 นาที (เสร็จแล้วทุกคนเคารพศพ
ด้วยอาการที่สงบ)

สำเนา

คำสั่งกรรมการแพทย์

ที่ 723 / 2558

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care) กรรมการแพทย์

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่งจัดตั้งหน่วยดูแลที่โรงพยาบาล และมีทีมไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ป้องกันและบรรเทาทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการให้การดูแลครอบครัวในทุกมิติ มีระบบการให้คำปรึกษา และประสานงานส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยกรรมการแพทย์ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในด้านการพัฒนาด้านวิชาการเทคโนโลยีทางการแพทย์ นวัตกรรม

เพื่อให้การดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม ทันสมัย รวมทั้งมี การขยายการดำเนินงานในสถานบริการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดรูปแบบการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) กรรมการแพทย์ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. คณะกรรมการอำนวยการ			
1. นายสุพรรณ ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์	ประธาน	
2. นายณรงค์ อภิกุลวณิช	รองอธิบดีกรมการแพทย์	รองประธาน	
3. นายประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล	รองอธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ	
4. นายภาสกร ชัยวานิชศิริ	รองอธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ	
5. นายปานเนตร ปางพุฒิพงศ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ	
6. นายมานัส โพธาภรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี	กรรมการ	
7. นายอุทัย ตัณฑลารักษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระตำหนักเป็ณราชธานี	กรรมการ	
8. นายวีระวุฒิ อิมส์การัญญ	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	กรรมการ	
9. นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน	กรรมการ	
10. นางศิริภรณ์ สวัสดิ์ดิวง	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	กรรมการ	
11. นายสมนึก อร่ามเธียรธำรง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์	กรรมการ	
12. นายอุดม ภู่วโรดม	ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา	กรรมการ	
13. นายสุทัศน์ ดวงดีเต็น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	กรรมการ	
14. นายพงษ์ศร ศุภอรธกร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	กรรมการ	

15. นายธนเดช สินธุเสก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาชิราลงกรณชัยบุรี	กรรมการ
16. นายสมเกียรติ ลิตตวงศา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง	กรรมการ
17. นายอิสระ เจียรวิชัยบุญญา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	กรรมการ
18. นายสุกิจ ทัศนสุนทรวงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	กรรมการ
19. นายสมภาพ แสงกิตติเพ็ญลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	กรรมการ
20. นายธานี จิตตรีประเสริฐ	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
21. นายเกรียงไกร นามไธสง	ผู้อำนวยการสำนักตรวจราชการ	กรรมการ
22. นายบุญชัย พิพัฒน์วินิชกุล	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์	กรรมการ
23. นายอากาศ พัฒนเรืองไล	ที่ปรึกษากิจกรรมการแพทย์	กรรมการ และเลขาธิการ
24. นางอำไพพร ยงวัฒนา	สำนักวิชาการแพทย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการ
25. นางนงนุชมล เรืองกิจวัฒนาการ	สำนักวิชาการแพทย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการ
26. นายอภิสิทธิ์ ศรีอินแก้ว	สำนักวิชาการแพทย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการ

ให้คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. ให้นโยบายและกำหนดแนวทางการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุม

เหมาะสมกับแต่ละรายโรค

2. สนับสนุนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไปปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข

3. กำหนดเกณฑ์การติดตามประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่หน่วยงานนำไปปฏิบัติ

4. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

5. พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการและมอบหมายงาน

6. ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานของอนุกรรมการชุดต่างๆ และรายงานผล ให้คณะกรรมการกรรมาธิการอำนาจการทราบ

2. คณะอนุกรรมการจัดทำมาตรฐานที่จำเป็นของระบบดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหน่วยงานต่างๆ

- | | | |
|---|------------------------------------|-----------|
| 1. รองศาสตราจารย์ศันยา บุญทอง | นายกสภากาชาดการพยาบาล | ที่ปรึกษา |
| 2. นางสาวกาญจนา จันทร์ไทย | ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล | ที่ปรึกษา |
| 3. ศาสตราจารย์เกียรติคุณสมจิต หนูเจริญกุล | ที่ปรึกษาฯกรมพยาบาลแบบประคับประคอง | ที่ปรึกษา |
| 4. นายอุกฤษฏ์ มิตินทางกูร | ที่ปรึกษาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | ที่ปรึกษา |
| 5. รองศาสตราจารย์เรียง ไพโรจน์กุล | นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย | ที่ปรึกษา |
| 6. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ | ประธานชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง | ที่ปรึกษา |

7. นายณรงค์ อภิกุลฉวีชัย	รองอธิบดีกรมการแพทย์	ประธาน
8. นายอากาศ พัฒนเรืองไฉ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์	รองประธาน
9. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงฆ์	ที่ปรึกษา
10. นางพรทรัพย์ เตชะกุลเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงฆ์	อนุกรรมการ
11. นางสาวสุรางค์ เลิศคชาธาร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันประสาทวิทยา	อนุกรรมการ
12. นางมาเรียม ตระกูลชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	อนุกรรมการ
13. นางตรึงตา จันทร์ภู	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	อนุกรรมการ
14. นางฉวีชชา เรืองศรี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพรตน์ราชธานี	อนุกรรมการ
15. นางปฐมพร ศิริประภาศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพรตน์ราชธานี	อนุกรรมการ
16. นางสาวสิริมา เอื้อศรีธินาก	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	อนุกรรมการ
17. นางสุวารีวรรณ จิระเสถกติก	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
18. นางสมจิตร์ ประภากร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
19. นายอัทรฐาน จิตบุญานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	อนุกรรมการ
20. นางสาวณิศา คุณเสาระ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเลิศสิน	อนุกรรมการ
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเลิศสิน	อนุกรรมการ

- | | | |
|-----------------------------------|---|------------|
| 21. นางสาวสตรีรัตน์ จันทร์ชูท | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก | อนุกรรมการ |
| 22. นางสาวจรรยา ชันธุ์มณี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันโรคทรวงอก | อนุกรรมการ |
| 23. นางสาวเดือนเพ็ญ ทวีรัตน์เรือง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี | อนุกรรมการ |
| 24. นางสาววณิ แม่นยา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี | อนุกรรมการ |
| 25. นางสุทวารณย์ ไชยมูล | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ | |
| 26. นางสาวกอดอร์ สายพันธ์ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี | อนุกรรมการ |
| 27. นางสาวจันทร์จิรา ติมถาวร | นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ | |
| 28. นางศิริพร สายพริ่ง | สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| 29. นางสาวภาภักดิ์ วงศ์พิพิธ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า | อนุกรรมการ |
| 30. นางฉวีลย์ รักษาเวส | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| 31. นายเสส อนุชปริดา | นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี | อนุกรรมการ |
| 32. นางชลิยา วามละน | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี | อนุกรรมการ |
| 33. นางชลีรัตน์ สารรัตน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี | อนุกรรมการ |
| 34. นางสาวชลศันย์ คล้ายทอง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทราชวิทยาลัยบุรี | อนุกรรมการ |
| 35. นางวรรณมา ฉายอรุณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | |
| | โรงพยาบาลมหาวิทราชวิทยาลัยบุรี | อนุกรรมการ |

36. นางวัชรีย์ ต่อณีนี นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาชิรราชลกรณธัญบุรี อนุกรรมการ
37. นางพรปวีณ์ อธิธัญชัยพงษ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ อนุกรรมการและเลขานุการ
38. นายธนเดช สินธุเสก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาชิรราชลกรณธัญบุรี อนุกรรมการ
39. นางอำไพพร ยังวัฒนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ อนุกรรมการและผู้อำนวยการ
40. นางสุภารัตน์ ถัถัถัธรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ อนุกรรมการ
41. นางนงนุช เรื่องกิจวัฒนาการ โรงพยาบาลมหาชิรราชลกรณธัญบุรี และผู้อำนวยการ
42. นายอภิสิทธิ์ ศรีอินแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการแพทย์ อนุกรรมการและผู้อำนวยการ

ให้คณะอนุกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. กำหนดมาตรฐานหรือขั้นต่ำของครุภัณฑ์ การบริการ และสถานที่ที่มีความจำเป็นในการจัดหอผู้ป่วย หรือมุมให้บริการ ตามระบบการดูแลผู้ป่วยแบบระยะประคับประคอง ให้ครอบคลุมในทุกบริบท
2. กำหนดโรคหรืออาการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะป่วยเรื้อรัง และต้องการดูแลแบบระยะประคับประคอง

3. ให้ความคิดเห็นทางวิชาการในการจัดทำมาตรฐานหรือข้อต้นตำของครุภัณฑ์ การบริการ และสถานที่ที่ต้องมีหน่วยงานหรือโรงพยาบาลต่างๆ ได้ทุกระดับ รวมทั้งการคัดกรองโรคและภาวะที่เป็นปัญหา
4. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการกำหนดมาตรฐาน
5. แต่งตั้งคณะทำงานย่อยตามเหมาะสม
6. ประสานความร่วมมือกับบุคคล หน่วยงาน องค์กรต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน
7. ปฏิบัติงานหรือดำเนินการอื่นใดในส่วนที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

(ลงชื่อ) สุพรรณ ศรีธรรมมา
(นายสุพรรณ ศรีธรรมมา)
อธิบดีกรมการแพทย์

สำเนาถูกต้อง

Hyme

(นางนฤมล เรืองกิจวัฒนากร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รักชนก/คัด

สำเนา

คำสั่งกรรมการแพทย์

ที่ 67 /2559

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง (Palliative Care) กรรมการแพทย์ (เพิ่มเติม)

อนุสนธิคำสั่งกรรมการแพทย์ที่ 723/2558 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2558 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง (Palliative Care) กรรมการแพทย์ เพื่อตอบสนองนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคองและระยะสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุข นั้น

เพื่อให้การดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคองเป็นไปอย่างต่อเนื่อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการขยายการดำเนินงานบริการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 จึงแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง (Palliative Care) กรรมการแพทย์ (เพิ่มเติม) จำนวน 14 ราย ดังนี้

คณะอนุกรรมการจัดทำมาตรฐานที่จำเป็นของระบบดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหน่วยงานต่างๆ

- | | | |
|--------------------------------|---|------------|
| 1. นางสาวฉันทนา หมอกเจริญพงศ์ | นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| 2. รองศาสตราจารย์ลักขมี ชาญเวช | โรงพยาบาลวชิรเมธี | อนุกรรมการ |
| 3. นางสาวยุดา พงษ์กาญจนะ | นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา | อนุกรรมการ |
| 4. นางอัญญาชัย ล้อรัตน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา | อนุกรรมการ |
| 5. นายวรพิทักษ์ ไทเสถียร | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลิดสิน | อนุกรรมการ |
| 6. นางสาวกษมา กันทรวิชัยวัฒน์ | นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลเลิดสิน | อนุกรรมการ |
| 7. นางเนาวรัตน์ ขาประสิทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเลิดสิน | อนุกรรมการ |
| 8. นางพนธ์ทิพย์ แก้วดวงใจ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำราศนราดูร | อนุกรรมการ |
| 9. นางสาวณัฐนันท์ หาญรงค์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำราศนราดูร | อนุกรรมการ |
| 10. นางสาวบุญนิภภัทร์ ปานโต | นักจิตวิทยาชำนาญการ สถาบันบำราศนราดูร | อนุกรรมการ |
| 11. นางสาวจิตินภา วณิชวโรดม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | อนุกรรมการ |
| 12. นายกิตติชาติ อินทุสร | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสงฆะราชวิทยาลัยเพื่อผู้สูงอายุ | อนุกรรมการ |
| | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | อนุกรรมการ |
| | โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชวิทยาลัยเพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี | อนุกรรมการ |

- | | | |
|--------------------------|--|------------|
| 13. นางสาวกาญจนา แก้วสอน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมธีรังสิต | อนุกรรมการ |
| 14. นางเปรมฤดี ทิพย์ชิต | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลเมธีรังสิตราชบุรี | อนุกรรมการ |

ให้คณะกรรมการ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. กำหนดมาตรฐานหรือขั้นตอนต่างของครุภัณฑ์ การบริการ และสถานที่ที่มีความจำเป็นในการจัดหอผู้ป่วย หรือศูนย์บริการ ตามระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้ครอบคลุมในทุกบริบท
2. กำหนดโรคหรืออาการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะป่วยเรื้อรัง และต้องการดูแลแบบประคับประคอง
3. ให้ความคิดเห็นทางวิชาการในการจัดทำมาตรฐานหรือขั้นตอนต่างของครุภัณฑ์ การบริการ และสถานที่ที่ต้องมีในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลต่างๆ ได้ทุกระดับ รวมทั้งการคัดกรองโรคและภาวะที่เป็นปัญหา
4. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการกำหนดมาตรฐาน
5. แต่งตั้งคณะทำงานย่อยตามความเหมาะสม

6. ประสานความร่วมมือกับบุคคลหน่วยงาน องค์กรต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน

7. ปฏิบัติงานหรือดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

(ลงชื่อ) สุพรรณ ศรีธรรมมา
(นายสุพรรณ ศรีธรรมมา)
อธิบดีกรมการแพทย์

สำเนาถูกต้อง

Hyea

(นางนงนุช เรืองกิจวัฒนากร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รักชนก/คัด

รายชื่อผู้ร่วม

จัดทำมาตรฐานที่จำเป็นของระบบดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ในหน่วยงานต่างๆ

ที่ปรึกษา

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ศรีเวียง ไพโรจน์ | สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย |
| 2. นายแพทย์อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร | คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 3. ดร.ราศี ลีนะกุล | สภาการพยาบาล |
| 4. นางสาวชุตติกาญจน์ หฤทัย | สำนักงานการพยาบาล |
| 5. นส.ไศภิชฐ์ สุวรรณเกศวงษ์ | สำนักงานการพยาบาล |

ผู้ร่วมจัดทำ

Cancer

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 6. นางสมจิตร ประภากร | สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 7. พญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงษ์ | สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 8. พญ.วัชรีย์ ต่อณี | โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี |
| 9. พญ.เกษมา กันทรวิชัยวัฒน์ | โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 10. นางศิริพร สวยพริ้ง | สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 11. นางศิริพร ตาละชีพ | สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 12. นางชลียา วามะลุน | โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี |
| 13. นางเพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์ | โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี |
| 14. นางจิตลัดดา โพธิ์ผ่อง | โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี |
| 15. นายโชตินรินทร์ ไชยรินทร์ | โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี |

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| 16. นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์ | โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี |
| 17. นางสาวกฤษฎา แก้วสอน | โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง |
| 18. นางเปรมฤดี ทิพย์ชิต | โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี |
| 19. นางสุภารัตน์ ลัทธธรรม | โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ |

Neurological : Stoke

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 20. นางอัญเชิญ ชัยล้อรัตน์ | สถาบันประสาทวิทยา |
| 21. นางภัชราภร บุญรักษ์ | สถาบันประสาทวิทยา |
| 22. น.ส.ศิรินทิพย์ นิสังกาศ | สถาบันประสาทวิทยา |
| 23. นางนิศาชนม์ นพพรสุภาศรี | สถาบันประสาทวิทยา |
| 24. นส.จันทร์จิรา ลิ้มถาวร | โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ |

Renal replacement therapy

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 25. นพ.สกันต์ บุนนาค | โรงพยาบาลราชวิถี |
| 26. นางสุวาริธรณ จิระเสวกติลก | โรงพยาบาลราชวิถี |
| 27. นางเบญจวรรณ ละออ | โรงพยาบาลราชวิถี |

Cardio-Pulmonary

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| 28. นพ.เกรียงไกร เสงี่ยมิ | สถาบันโรคทรวงอก |
| 29. พญ. สตรีรัตน์ จันทรุช | สถาบันโรคทรวงอก |
| 30. นางบุปผาวัลย์ ศรีล้ำ | สถาบันโรคทรวงอก |
| 31. นางสาวจรรยา ชันธุ์มณี | สถาบันโรคทรวงอก |
| 32. นางรัชฎา ชุมภู | สถาบันโรคทรวงอก |
| 33. นางสาวปวีริศา พงษ์โสภาสิริ | สถาบันโรคทรวงอก |

Multiple Trauma

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 34. นพ.ศานิตย์ นาวิกบุตร | โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 35. พญ.ตริ้งตา จันทร์ภู | โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี |
| 36. นางวณิชชา เรืองศรี | โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี |
| 37. นางดวงกมล ดีทองคำ | โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 38. นางสาวปณิตา คุณสาระ | โรงพยาบาลเลิดสิน |

Infectious disease: HIV/AIDS

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 39. พญ.นาฎพจ สวงวงศ์ | สถาบันบำราศนราดูร |
| 40. นพ.อรุณ เหลืองนิยมกุล | สถาบันบำราศนราดูร |
| 41. นางสุทธิพร เทรุธยา | สถาบันบำราศนราดูร |
| 42. นางพันธ์ทิพย์ แก้วดวงใจ | สถาบันบำราศนราดูร |
| 43. นางพุทธิพร ลิปนคุษฎี | สถาบันบำราศนราดูร |
| 44. นางสาวณัฐนันท์ หาญณรงค์ | สถาบันบำราศนราดูร |
| 45. นางสาวพัชรี ศรีธัญรัตน์ | สถาบันบำราศนราดูร |
| 46. นางสาวเจริญสุข อัครพิพิธ | สถาบันบำราศนราดูร |

Pediatric

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 47. พญ.เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารื่อง | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 48. นส.สมจิต ศิริสุข | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 49. นพ.วรพิทักษ์ ไทยสิทธิ | โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 50. นางเนาวรัตน์ ชาประสิทธิ์ | โรงพยาบาลเลิดสิน |

Aging/Dementia

- | | |
|-------------------------------|--|
| 51. นายแพทย์กิตติชาติ อินทสุร | โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี |
| 52. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย | โรงพยาบาลสงฆ์ |
| 53. นางพรทรัพย์ เตชะกุลเจริญ | โรงพยาบาลสงฆ์ |
| 54. นางนิติกุล ทองน่วม | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ |
| 55. ดร.อภิวรรณ ญัฐมนวรกุล | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ |
| 56. นางมาเรียม ตระกูลชัยศรี | โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) |
| 57. นางสาวรัตน์ ทองสิน | โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) |





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข