

ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ด้วยงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล มีความประสงค์จะขอ

☐ ขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ ระเบียบการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative EOL Care)

☐ ปรับปรุงแก้ไขเอกสารภาพ

เรื่อง.....

ยกเลิกเอกสารคุณภาพ

เรื่อง.....

ผู้จัดทำ.....

(นางสุวรรณา แก้วณรงค์)

ตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ผู้ทบทวน.....

(นางนภาพรณ์ ศรีสิทธิพรหม)

ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล

ผู้ตรวจสอบ.....

(นางนภาพรณ์ ศรีสิทธิพรหม)

รักษาการรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

☐ ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....

☐ เห็นชอบ

.....ผู้อนุมัติ

(นางสาวนิธิตา ศรีเกตุ)

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

วันที่..... 4 ตุลาคม 2567.....อนุมัติ

ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ



ระเบียบการปฏิบัติงาน

WP-QOL-๐๒๖

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบระคับประคอง
(Palliative EOL Care)

งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต
วันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๗

 กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง (Palliative EOL Care)	สำเนา หมายเลข : 01	หน้า : 1/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC, NUT, PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ. นิธิมา ศรีเกตุ

๑. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนความไม่สุขสบายต่าง ๆ ตามมาตรฐาน
๔. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

๒. นโยบาย

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง จึงขอประกาศนโยบายสนับสนุน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลยึดถือเป็นแนวทางเดียวกันดังนี้

๑. บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามมาตรฐานกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล
๒. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ ทักษะและประเมินสมรรถนะ ของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างมีมาตรฐาน
๓. ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคองจากทีมสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม
๔. ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan: ACP) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
๕. เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๓. ขอบเขต

แนวทางการปฏิบัตินี้ ใช้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

๔. คำจำกัดความ

๔.๑ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care End Of life) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ครอบคลุม ๔ มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ ครอบครัวสังคมและจิตวิญญาณ การบริการทางการแพทย์เน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพ

	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง(Palliative EOL Care)	สำเนาหมายเลข : 01	หน้า : 2/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC ,NUT,PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ.นิธิตา ศรีเกตุ

๔.๒ หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย Palliative ระยะท้าย

๑. CA Stage ๔ / Metastasis(มะเร็งระยะที่ ๔ หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ)
๒. Locally advanced cancer(มะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่)
๓. Persistence cancer (มะเร็งที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา)
๔. Recurrent Cancer (การกลับเป็นซ้ำ)
๕. Poor performance (PPS $\leq$ ๕๐ %)
๖. Aging ที่มีค่า ADL $\leq$ ๑๑ คะแนน

๔.๓ Palliative performance scale version 2 (PPS v2) หมายถึง เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะคงที่ (stable) มีค่า PPS v2 70 – 100 %

ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) มีค่า PPSV v2 40 – 60 %

ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS v1 0 – 30 % (รายละเอียดดังภาคผนวก)

๔.๔ การดูแลแบบองค์รวม หมายถึง การให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและญาติผ่านพ้นภาวะวิกฤตและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

๔.๕ อาการรบกวน (symptom) หมายถึง อาการทางกาย และ/หรืออาการทางจิตใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียนท้องผูก ท้องเสีย ชีพจรเร็ว วิดกกังวล เครียด เป็นต้น

๔.๖ ผู้ดูแล หมายถึง ญาติผู้ป่วยสายตรง และ/หรือ ผู้รับผิดชอบดูแลใกล้ชิด

๕. ผู้รับผิดชอบ

๕.๑.หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต กลุ่มงานวิชาการพยาบาล การกิจด้านการพยาบาล

๕.๑ คณะกรรมการและอนุกรรมการในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ของ โรงพยาบาล

๕.๒ พยาบาลหัวหน้าเวร และพยาบาลประจำหน่วยบริการ

๕.๓ หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน/ palliative care nurse (PCN) และ Palliative care ward nurse (PCWN)

๖. รายละเอียดของขั้นตอนการปฏิบัติ

๖.๑ ประเมินระดับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตด้วยเครื่องมือ Palliative Performance Scale version ๒ (PPSV๒) เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง โดย PPS ใช้สื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาหรือใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยการพยาบาล

๖.๒ วางแผนร่วมกับแพทย์และสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตทุกราย

	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง(Palliative EOL Care)	สำเนาทะเบียนเลข : 01	หน้า : 3/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC,NUT,PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ.นิธิตา ศรีเกตุ

๖.๓ ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ด้วยการจัดการกับอาการรบกวนครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ตามแนวทางปฏิบัติ และสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

๖.๔ ประเมินการรับรู้การวินิจฉัยโรค พยากรณ์โรค และเป้าหมายการดูแลทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล

๖.๕ ในกรณีที่ต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของแต่ละศาสนา ให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคองตามแต่ละศาสนาและความเชื่อ

๖.๖ วางแผนการจำหน่าย การประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังเครือข่ายสุขภาพ รวมทั้งโทรศัพท์ติดตามอาการหลังจำหน่ายอย่างน้อย ๑ ครั้ง

๖.๗ เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมให้มีการจัดการกับร่างกายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และถูกต้องเหมาะสมตามความเชื่อทางศาสนาของแต่ละบุคคล

๖.๘ ไว้อาลัยและขอขมาแก่ผู้ล่วงลับโดยการยืนสงบนิ่งและอ่านคำไว้อาลัยตามคำกล่าวของแต่ละศาสนา

๖.๙ ติดตาม Bereavement Care กับครอบครัวในรายที่ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยแบบประเมิน ๒ Q

	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง(Palliative EOL Care)	สำเนาหมายเลข : 01	หน้า : 4/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC,NUT,PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ.นิริมา ศรีเกตุ

๗. ตัวชี้วัด

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗ (๑ ต.ค. ๖๖-๓๑ มี.ค. ๖๗)
๑. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย รายใหม่ที่ส่งปรึกษาทีมดูแลแบบ ประคับประคอง	ราย	๗๙	๑๔๙	๑๘๘	๑๐๒
๒. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะ ท้ายเข้าถึงการดูแลแบบ ประคับประคอง	≥ ๘๐ %	๑๔.๔๑	๒๕.๓๘	๔๐.๐๘	๘๗.๑๘
๓. สถิติผู้ป่วยรายใหม่ที่ส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคองแยกตามประเภทการรักษา					
- Palliative RT	ราย	๒๗	๕๑	๖๒	๒๕
- Palliative CMT	ราย	๙	๖๕	๙๔	๓๑
- Palliative Surgery	ราย	๕	๑	๓	๐
- Palliative End of life	ราย	๓๖	๓๒	๒๙	๔๖
๔. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Palliative Performance Scale: PPS) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะ ท้ายรายใหม่ที่ส่งปรึกษา					
- PPS = ๑๐-๒๐ %	ราย	๓	๑	๒	๐
- PPS = ๓๐ %	ราย	๑๔	๑๖	๑๖	๖
- PPS = ๔๐-๖๐ %	ราย	๖๒	๘๗	๘๘	๕๒
- PPS = ๗๐-๑๐๐ %	ราย	๑๗	๔๘๕	๘๒	๔๔
๕. สถานที่เสียชีวิต (Place of Death) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง					
- โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	ราย	๓	๓	๓	๓
- โรงพยาบาลใกล้บ้าน	ราย	๕	๖	๔	๓
- บ้าน	ราย	๔๐	๕๕	๖๒	๓๐
๖. จำนวนของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง					
- ๑ วัน	ราย	๓๗	๑๐๒	๑๔๐	๗๗
- ๒-๗ วัน	ราย	๓๒	๓๖	๔๐	๒๒
- ๘-๑๔ วัน	ราย	๑๐	๖	๖	๒
- >๑๔ วัน	ราย	๐	๑	๒	๑

 กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง(Palliative EOL Care)	ลำเนาหมายเลข : 01	หน้า : 5/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC,NUT,PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ.นิธิตา ศรีเกตุ

ตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณค่าจาก มุมมองของผู้รับบริการ และเปรียบเทียบกับ คู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม (ถ้ามี)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Bench marking	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗ (๑ ต.ค. ๖๖-๓๑ มี.ค. ๖๗)
๑. ผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในมิติการเข้าถึง						
๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ส่งปรึกษา Palliative care team ได้รับการดูแลตามแนวทาง PC ภายใน ๒๔-๔๘ ชม	≥ ๙๐ %		๘๘.๖๐	๙๓.๙๕	๙๖.๘๐	๙๘.๐๓
๑.๒ ร้อยละการได้รับการประเมินความต้องการด้านการแพทย์ทางเลือก (Complementary Medicine)	≥ ๘๐ %		๗๕.๒๐	๘๑.๒๐	๘๗.๗๖	๘๘.๒๓
๒. ผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในมิติดูแลต่อเนื่อง						
๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย	≥ ๘๐ %	กรมการแพทย์	๙๐	๘๖.๒๕	๘๘.๓๐	๙๐.๒๙
๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการติดตามอาการหลังจำหน่าย ๑-๓ วัน	≥ ๘๐ %	-	๘๒.๒๗	๘๑.๘๗	๘๖.๗๐	๘๗.๒๕
๒.๓ ร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Bereavement care)	≥ ๙๐ %	รพ. รามาธิบดี	๙๐.๙๐	๙๑.๓๐	๙๒.๕๙	๙๓.๑๐
๓. ผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในมิติการประเมินแบบองค์รวม						
๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการประเมินครอบครัวมองครวมด้าน กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	≥ ๙๐ %	รพ. รามาธิบดี	๘๔.๖๐	๙๒.๖๑	๙๕.๙๐	๙๕.๐๙

	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง(Palliative EOL Care)	สำเนาหมายเลข : 01	หน้า : 6/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC,NUT,PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ.นิธิตา ศรีเกตุ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Bench marking	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗ (๑ ต.ค. ๖๖-๓๑ มี.ค. ๖๗)
๔. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิผล (Effectiveness)						
๔.๑ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล แบบ Palliative Care ที่ได้รับการ จัดการอาการปวด ในระดับ moderate-severe pain และมี อาการปวดลดลงมากกว่าหรือ เท่ากับ ๕๐% ภายใน ๔๘ ชั่วโมง	≥ ๘๐ %		๘๑.๒๕	๘๓.๓๓	๙๐.๑๖	๙๑.๖๖
๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะ ท้ายที่ได้รับการดูแล ประคับประคองได้เสียชีวิตตาม ความประสงค์ ตาม Advance Care Plan	๑๐๐ %		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๕. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิภาพ (Efficiency)						
๕.๑ ร้อยละการบรรเทาอาการ ปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	≥ ๕๕ %		๕๕.๗๖	๕๔.๓๖	๕๒.๐๗	๕๗.๘๔
๕.๒ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายที่มีผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคองดีขึ้นเมื่อ เปรียบเทียบกับก่อนหลังการรับ บริการ	≥ ๘๐ %		๘๕.๑๐	๘๖.๒๒	๙๐.๑๘	๙๒.๐๘
๖. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความปลอดภัย (Safety)						
๖.๑ อุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	๐	MTH	๐	๐	๐	๐
๗. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center)						
๗.๑ ร้อยละผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองได้รับการ Family Meeting for Advance Care Planning (ACP) อย่างเป็น ลายลักษณ์อักษร	๙๐%	Service plan สาขา Palliative care	๘๔.๖๐	๙๒.๖๑	๙๕.๙๐	๙๕.๐๙

	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง(Palliative EOL Care)	สำเนาหมายเลข : 01	หน้า : 7/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC,NUT,PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ.นิริมา ศรีเกตุ

ตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณค่าจาก มุมมองของผู้รับบริการ และเปรียบเทียบกับ
คู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Bench marking	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗ (๑ ต.ค. ๖๖-๓๑ มี.ค. ๖๗)
๘. ร้อยละความพึงพอใจของ ผู้ป่วยและครอบครัวต่อการได้รับ บริการจาก Palliative care Team	≥ ๙๐ %		๙๓.๖๗	๘๗.๒๕	๙๐.๙๐	๙๕.๐๙
๙. ร้อยละความพึงพอใจของ ผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรับ บริการหน่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต	≥ ๙๐ %		๙๒	๙๕	๙๓	๙๔.๑๑
๑๐. ร้อยละความพึงพอใจของ รพ.เครือข่ายต่อการประสานการ ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	≥ ๙๐ %		๘๕	๙๒	๙๓	๙๕.๖๕
๑๑. ร้อยละความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ (บุคลากรภายใน โรงพยาบาล) ต่อการได้รับบริการ จาก Palliative care Team	≥ ๙๐ %		๗๑.๔๒	๘๕.๗๑	๘๗.๕	๙๑.๖๖

 กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง(Palliative EOL Care)	สำเนายหมายเลข : 01	หน้า : 8/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC,NUT,PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ.นิธิตา ศรีเกตุ

ตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความผูกพัน ความพึงพอใจ ชีตความสามารถและทักษะของบุคลากร และเปรียบเทียบกับ
คู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Bench marking	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗ (๑ ต.ค. ๖๖-๓๑ มี.ค. ๖๗)
๑. ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจของบุคลากร						
๑.๑ ร้อยละความพึงพอใจใน ภาพรวมของผู้รับบริการ (บุคลากรภายในโรงพยาบาล) ต่อ การได้รับบริการจาก Palliative Care Team	≥ ๘๐ %		๘๒	๘๕.๗๑	๘๗.๕	๙๑.๖๖
๒. ตัวชี้วัดด้านขีดความสามารถและทักษะของบุคลากร						
๒.๑ ร้อยละบุคลากร Palliative Care Team ผ่านเกณฑ์การ อบรมการดูแลแบบประคับประคอง ตามเกณฑ์	≥ ๘๐ %		๘๑.๘๑	๘๔.๖๑	๘๕.๗๑	๙๓.๗๕
๒.๒ จำนวนการเป็นวิทยากร ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการดูแล แบบประคับประคองภายในและ นอกโรงพยาบาล	๒ ครั้ง/ปี		๖	๒	๒	๒
๒.๓ จำนวนผลงานด้านพัฒนา คุณภาพงาน เช่น R2R หรือ CQI ด้านการดูแลแบบประคับประคอง	๒ ครั้ง/ปี		๒	๓	๒	๒

	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง(Palliative EOL Care)	สำเนาหมายเลข : 01	หน้า : 9/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC,NUT,PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ.นิธิตา ศรีเกตุ

ตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของระบบสนับสนุนที่ เกี่ยวข้อง และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่เทียบที่
เหมาะสม (ถ้ามี)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Bench marking	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗ (๑ ต.ค. ๖๖-๓๑ มี.ค. ๖๗)
๑. ระบบเวชระเบียน						
๑.๑ ร้อยละความสมบูรณ์ของเวช ระเบียน	≥ ๘๐ %		๗๕.๗๔	๘๙.๗๑	๙๑.๔๐	๙๒.๘๒
๒. ระบบการจัดการด้านยา						
๒.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งระยะ ท้ายได้รับการชักประวัติยาเดิม เพื่อประสานรายการยา	๑๐๐		๕๐.๖๓	๖๐.๔๙	๗๙.๗๘	๑๐๐
๒.๒ อุบัติการณ์การใช้ยา Strong opioids คู่กับ Weak opioids	๐		๐	๐	๐	๐
๓. ระบบบริหารความเสี่ยง						
๓.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งระยะ ท้ายเสียชีวิตตาม ACP	๑๐๐		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๓.๒ อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้าน ละเมิดสิทธิผู้ป่วย	๐		๐	๐	๐	๐
๔. ระบบสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย						
๔.๑ ผลการประเมินตาม มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ	ระดับ คุณภาพ		ระดับ พื้นฐาน ๓๓.๓๓ คะแนน	ระดับ คุณภาพ ๙๐.๕๐ คะแนน	ระดับ คุณภาพ ๙๖.๐๐ คะแนน	ผลการประเมินตาม มาตรฐานระบบ บริการสุขภาพ
๕. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ						
๕.๑ อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	< ๕/๑๐๐๐ วันนอน		๐.๑๒	๑.๙๙	๑.๑๑	๑.๐๙

	ระเบียบปฏิบัติงาน เลขที่ : WP-QOL-026	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง(Palliative EOL Care)	สำเนาหมายเลข : 01	หน้า :10/10
	ผู้จัดทำ : งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	ผู้เกี่ยวข้อง : OPD, IPD, SOC,NUT,PTC	วันที่ 4 ตุลาคม 2567	ผู้อนุมัติ : พ.ญ.นิธิตา ศรีเกตุ

ตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามแผน พหุติกรรมที่มีจริยธรรม การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ และ
เปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม (ถ้ามี)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Bench marking	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗ (๑ ต.ค. ๖๖-๓๑ มี.ค. ๖๗)
๑. ร้อยละการลงชื่อยินยอมให้ส่ง ต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องไป ยังเครือข่าย รพ. ใกล้บ้าน	๙๐ %		๘๐	๘๒	๑๐๐	๑๐๐
๒. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่ได้รับการตรวจติดตามอาการ ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ก ร ม ก า ร แ พ ท ย์ (DMS- Telemedicine)ได้ลงชื่อยินยอม การรับบริการอย่างเป็นลาย ลักษณ์อักษร	๙๐ %		NA	๖๒.๕	๑๐๐	๑๐๐

๗.๒ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

๑. บุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/ หรืออาการ
รบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย และมี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids

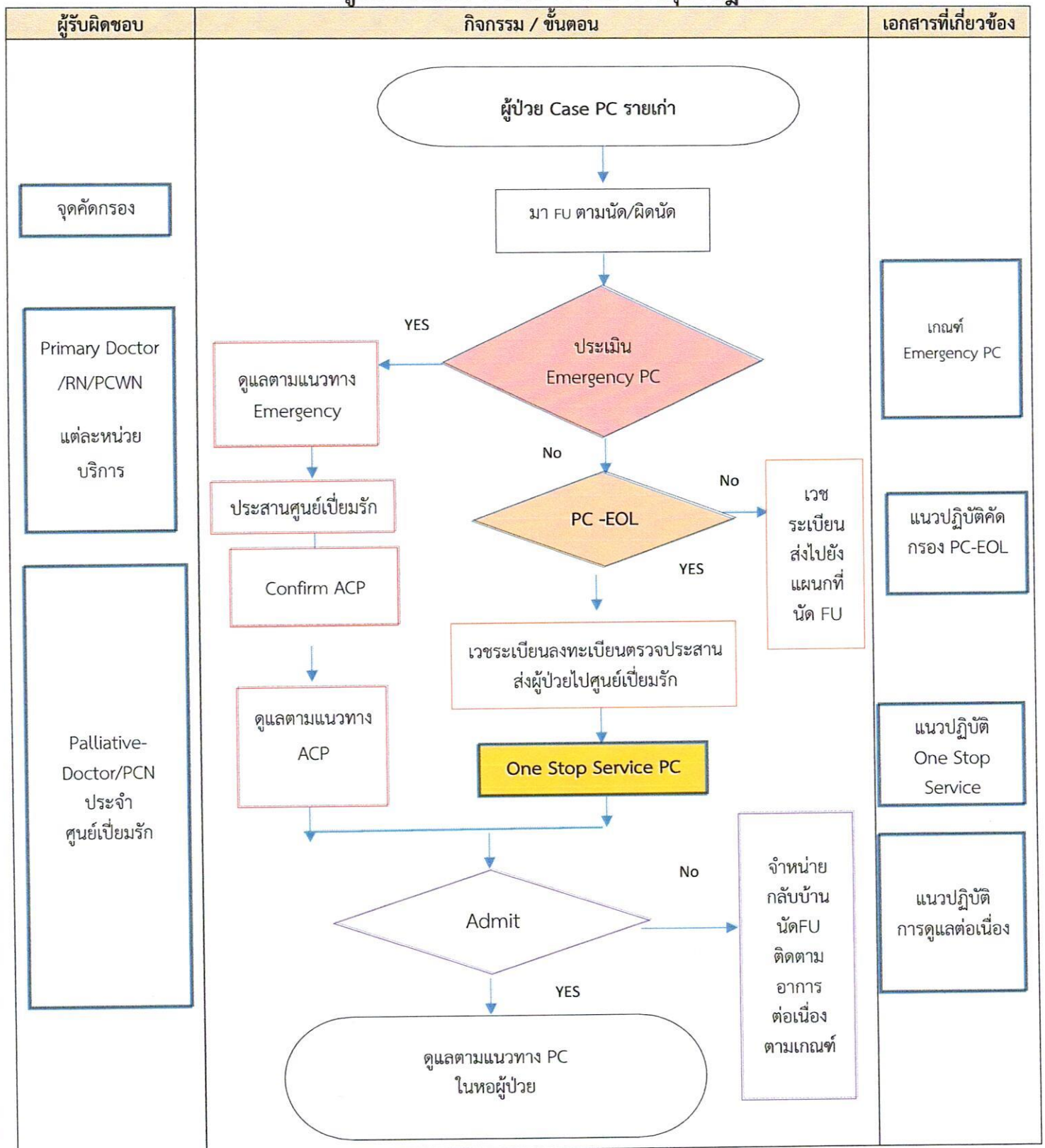
บุคลากรที่ปฏิบัติงาน PC (จำนวน/คน) (Full time)			strong opioid			หมายเหตุ
แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	Short acting (มี/ไม่มี)	Long acting (มี/ไม่มี)	Syringe driver (จำนวน)	
ไม่มี	๒	ไม่มี	มี	มี	๔ เครื่อง	

๒.เครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแล
ผู้ป่วยและอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ/หรือแพทย์แผนไทยในการดูแลประคับประคอง (ไม่มี/มี)

เครือข่ายการดูแล ประคับประคอง (มี/ไม่มี)	ศูนย์อุปกรณ์การดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน (มี/ไม่มี)	ใช้แพทย์แผนไทยในการดูแล ประคับประคอง (มี/ไม่มี)	หมายเหตุ
มี	มี	มี	๑.นวดแผนไทย ๒.สมาธิบำบัด(แบบ SKT)

ภาคผนวก

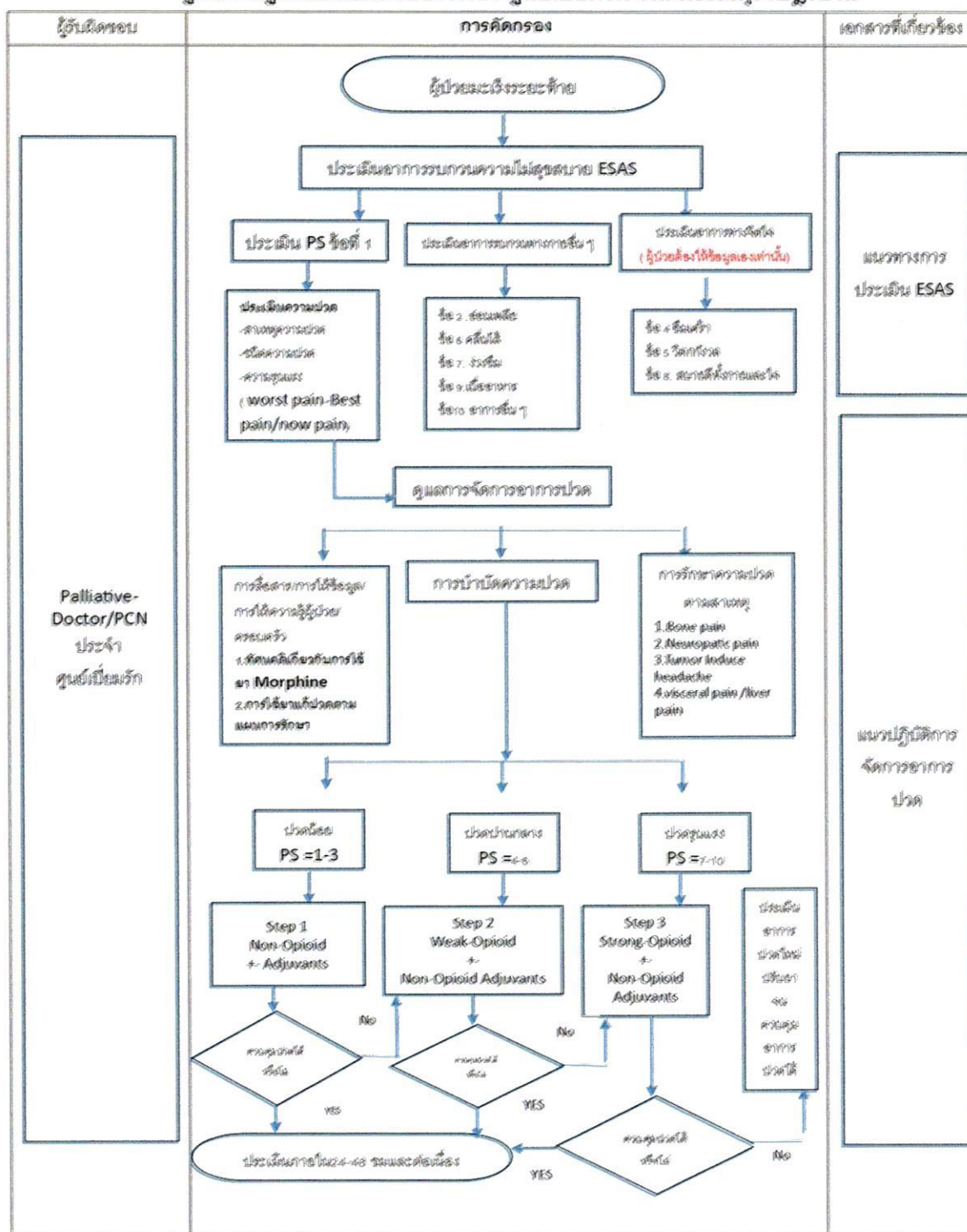
Flow 5. ระบบการตรวจติดตามอาการหลังจำหน่าย
ศูนย์เปี่ยมรัก โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี



หมายเหตุ ภาวะฉุกเฉินในระยะท้าย หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตที่
จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรีบด่วน ประกอบด้วย 5 อาการ 1. Severe pain 2. Severe dyspnea
3. Airway Obstruction 4. Acute hemorrhage 5. Delirium

Flowchart 6. การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
ศูนย์เปี่ยมรัก โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

Flowchart กระบวนการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์เปี่ยมรัก รพ. มะเร็งสุราษฎร์ธานี



แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
๑๐๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ ตามปกติ และไม่มีอาการ ของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๙๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ ตามปกติ และมีอาการ ของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
๘๐	การเคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของ โรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
๗๐	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและมี อาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
๖๐	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้าน ได้และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น บางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
๕๐	นั่งหรือนอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและ มีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
๔๐	นอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็นส่วน ใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม+/-สับสน
๓๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใด ๆ และมีการ ลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม+/-สับสน
๒๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใด ๆ และมีการ ลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม+/-สับสน
๑๐	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำงานใด ๆ และมีการ ลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหาร ปากไม่ได้	ง่วงซึม หรือไม่ รู้สึกตัว+/-สับสน
๐	เสียชีวิต	-	-	-	-

จุดประสงค์ของการใช้ PPS

๑. เพื่อสื่อสารอาการปัจจุบันของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในขณะร่วมกันดูแลผู้ป่วย
๒. เพื่อประเมินพยากรณ์โรคอย่างคร่าว ๆ และติดตามผลการรักษา
๓. ใช้เป็นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าดูแลในสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
๔. ใช้บอกความยากของภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
๕. ใช้ในการทำวิจัยโดยเป็นการวัดเปรียบเทียบผลหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

คำแนะนำในการใช้เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative performance scale version ๒ (PPS v๒) (ต้องดูนิยามศัพท์ประกอบการใช้เครื่องมือด้วย)

๑. ควรใช้เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v๒) ในการประเมินอาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่ Admit

๒. การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v๒) ควรทำโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความคุ้นเคยกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (functional status) ของผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่ช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

๓. ใช้ข้อมูลระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v๒) เป็นข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยให้ประเมินในระยะแรก (initial assessment) และประเมินหลังจากนั้นทุกสัปดาห์

๔. คะแนนการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v๒) ให้ดูที่ตารางการแบ่งระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการอ่านในแนวนอน (reading horizontally) ตามแต่ละระดับของ PPS เพื่อตรวจสอบว่าคะแนนการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ที่ระดับกี่เปอร์เซ็นต์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด (best fit)

นิยามศัพท์ของ Palliative care

Palliative Care คือ แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเผชิญกับปัญหาอันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยใช้การตรวจพบแต่เนิ่นๆ การประเมินและการรักษาอาการเจ็บป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, ๒๐๐๒)

คำแนะนำในการใช้เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(PPS v๒) (ต้องดูนิยามศัพท์ประกอบการใช้เครื่องมือด้วย)

๑. คะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS level) ให้ประเมินโดยดูจากตารางการแบ่งระดับ ให้อ่านในแนวนอน (reading horizontally) ตามแต่ละระดับของตาราง เพื่อตรวจสอบว่าคะแนนระดับของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด (best fit) อยู่ที่ระดับกี่เปอร์เซ็นต์

๒. เริ่มต้นประเมินที่คอลัมน์ด้านซ้าย คือ คอลัมน์ “ การเคลื่อนไหว ” (Ambulation) โดยให้ดูจากข้างบนลงมาข้างล่าง (downwards) จนกระทั่งพบกับระดับของการเคลื่อนไหว ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย จากนั้นให้ประเมินในคอลัมน์ต่อไป คือ คอลัมน์ “ การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค ” (activity/evidence of disease) โดยให้ดูจากข้างบนลงมาข้างล่าง (downwards) จนกระทั่งพบกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย จากนั้นให้ประเมินในคอลัมน์ต่อไป คือ คอลัมน์ “ การดูแลตนเอง ” โดยดูจากข้างบนลงมาข้างล่าง จนกระทั่งพบกับระดับการดูแลตนเอง ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย จากนั้นให้ประเมินในคอลัมน์ต่อไป จนครบทั้งหมด ๕ คอลัมน์ โดยที่คอลัมน์ที่อยู่ด้านซ้ายของแต่ละคอลัมน์ที่กำลังประเมิน จะเป็นคอลัมน์หลักที่กำหนดระดับในคอลัมน์ต่อไป แล้วดูว่าคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ในระดับกี่เปอร์เซ็นต์

๓. คะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS score) ในแต่ละระดับมีช่วงคะแนนห่างกัน ๑๐ เปอร์เซ็นต์ บางครั้งเราสามารถตัดสินใจได้ไม่ยากในหลายๆ คอลัมน์ว่าผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในระดับเดียวกัน แต่บางครั้งอาจมี ๑ หรือ ๒ คอลัมน์ที่จะดูเหมาะสมกว่า ถ้าปรับคะแนนให้สูงกว่าหรือต่ำกว่าระดับที่เราเลือกไว้ นั่น ดังนั้นเราจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจเลือกอันดับที่เหมาะสมที่สุด (Best fit)

ทั้งนี้ ห้ามเลือกคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ชนิดแบ่งครึ่ง (half fit) เช่น PPS ๔๕% เพราะถือว่าการคิดคะแนนที่ไม่ถูกต้อง

ตัวอย่างเช่น เมื่อประเมินคอลัมน์ “ การดูแลตนเอง.” ถ้าไม่แน่ใจว่า PPS level อยู่ในระดับ ๔๐ % หรือ ๕๐ % ให้พิจารณา คอลัมน์ด้านซ้ายมือ (leftward precedence) ของคอลัมน์ “ การดูแลตนเอง.” คือ คอลัมน์ “ การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค ” ร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิก แล้วตัดสินว่าควรให้คะแนนผู้ป่วยอยู่ในระดับ PPS ๔๐ % หรือ PPS ๕๐ %

๔. การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาจนำไปใช้ได้หลายวัตถุประสงค์ ได้แก่

๔.๑ เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเครื่องมือที่ดีเยี่ยมในการติดต่อสื่อสาร เพื่อความรวดเร็วในการอธิบายระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะปัจจุบัน

๔.๒ อาจเป็นเกณฑ์ในการประเมินภาระงานหรือการประเมินอื่นๆ และการเปรียบเทียบต่างๆ

๔.๓ เป็นเครื่องมือที่ใช้ทำนายโรคของผู้ป่วย (prognostic value)

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

คำอธิบายข้างล่างนี้ มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดโดยการอ่านตารางระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในแต่ละแถว และพิจารณาจากคอลัมน์ทั้งหมด ๕ คอลัมน์ เพื่อค้นหาว่าระดับใดที่เหมาะสมที่สุดกับผู้ป่วย ดังนี้

๑. การเคลื่อนไหวร่างกาย (Ambulation) ได้แก่ นั่ง หรือนอนเป็นส่วนใหญ่ (mainly sit/lie), นอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ (mainly in bed), อยู่บนเตียงตลอดเวลา (totally bed bound) มีความหมายคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างกันในด้านการดูแลตนเอง (self care) ตัวอย่าง เช่น

ก. อยู่บนเตียงตลอดเวลา (totally bed bound) อยู่ในระดับ PPS ๓๐ % เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลียอย่างมาก หรือผู้ป่วยเป็นอัมพาตที่ไม่สามารถลุกจากเตียงได้ และไม่สามารถดูแลตนเองได้

ข. นั่งและนอนเป็นส่วนใหญ่ (mainly sit/lie) ผู้ป่วยจะต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง แต่ นอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ (mainly in bed) ผู้ป่วยจะต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่

ค. การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (reduced ambulation) อยู่ในระดับ PPS ๗๐ % และระดับ PPS ๖๐ % เมื่อพิจารณาโดยใช้คอลัมน์อื่นร่วมด้วย (adjacent column) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวลดลง (reduced ambulation) จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างที่เคยทำตามปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือ ไม่สามารถทำงานอดิเรก หรือ ไม่สามารถทำกิจกรรมงานบ้าน แต่ผู้ป่วยยังคงสามารถเดินได้ด้วยตนเอง หรือมีความสามารถในการเคลื่อนย้าย (transfer) ด้วยตนเอง เช่น ลุกจากเตียงได้เอง มีการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้ด้วยตนเองแต่ในระดับ PPS ๖๐ % ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง

๒. การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินของโรค (Activity & Extent of disease) การดำเนินของโรค แบ่งเป็น ๓ ระดับ ตามการตรวจร่างกายและการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งแสดงถึงระดับความรุนแรงของโรค ดังนี้

ก. มีอาการของโรคบางอาการ (some)

ข. มีอาการของโรคอย่างมาก (significant disease)

ค. มีการลุกลามของโรคมากขึ้น (extensive disease)

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคเฉพาะแห่ง (local recurrence) จะอยู่ในระดับ มีอาการของโรคบางอาการ (some) ถ้ามีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปที่อวัยวะอื่น ๑ แห่ง หรือ ๒ แห่ง เช่น ปอด หรือ กระดูก จะอยู่ในระดับ มีอาการของโรคอย่างมาก (significant disease) ถ้ามีการแพร่กระจาย

ของโรคมะเร็งไปที่อวัยวะหลายแห่ง ได้แก่ ปอด กระดูก ตับ สมอง มีภาวะแคลเซียมสูงในเลือด หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ จะอยู่ในระดับ มีการลุกลามของโรคมะเร็งขั้น(extensive disease)นอกจากนี้ ระดับของการดำเนินโรค ทั้ง ๓ ระดับ ดังกล่าว สามารถนำไปใช้กับการดำเนินของโรคที่กำลังได้รับการรักษาที่มุ่งหวังการจัดการกับปัญหาของโรค (active treatment) การใช้แบบประเมิน PPS ในผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีอาการของโรคบางอาการ (some) อาจหมายถึงการที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจากการติดเชื้อ HIV ไปเป็น ผู้ป่วยโรคเอดส์มีอาการของโรคอย่างมาก (significant disease) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางกายที่ทรุดลงมีอาการผิดปกติมากขึ้น และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติมีการลุกลามของโรคมะเร็งขั้น(extensive disease) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ๑ อย่างหรือมากกว่า โดยที่มีการให้ยารักษาโรค หรืออาจไม่ได้ให้ยารักษานอกจากนี้ การดำเนินของโรค (Extent of disease) ยังสามารถพิจารณาจากความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ว่าทำได้เหมือนเดิมหรือไม่ ได้แก่ การทำงาน การทำงานอดิเรกหรือการทำกิจกรรมอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จากการที่ผู้ป่วยเคยเดินเล่นได้อย่างมีความสุข กลายเป็นผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ระยะทางน้อยลง เพราะว่ามีอาการเหนื่อยมากขึ้นในการออกแรงเดินจนรู้สึกเหมือนจะตาย

๓. การดูแลตนเอง (Self-care) แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ก.ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว (occasional assistance) หมายถึง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ลุกจากเตียงได้เอง เดินได้เอง ล้างหน้าเอง ไปห้องน้ำเอง และรับประทานอาหารด้วยตนเอง แต่ในบางครั้งผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย โดยอาจเป็น ๑ ครั้ง /วัน หรือ ๒ - ๓ ครั้งใน ๑ สัปดาห์

ข.ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง (considerable assistance) หมายถึง ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง ได้แก่ การลุกจากเตียง การเดิน การล้างหน้า การไปห้องน้ำ และการรับประทานอาหาร ทุกวันเป็นประจำจากผู้ดูแล จำนวน ๑ คน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการเดินไปเข้าห้องน้ำ แต่กิจกรรมอื่นๆ เช่น หวีผม แปรงฟัน ล้างมือล้างหน้า ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้เอง สำหรับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยรับประทานได้เอง แต่มีผู้ดูแลช่วยเหลือในการจัดเตรียมตัดอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ

ค.ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ (mainly assistance) หมายถึง ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ และต้องการความช่วยเหลือในการล้างมือ ล้างหน้า โกนหนวด แต่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เอง หรือต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยในการรับประทานอาหาร ทั้งนี้ความต้องการการช่วยเหลือจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพความเหนื่อยล้า (fatigue) ของผู้ป่วยในแต่ละวัน

ง.ต้องการการดูแลทั้งหมด (total care) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองไม่สามารถไปห้องน้ำ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันใดๆด้วยตนเอง จึงต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด ทั้งนี้ความต้องการการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับสภาพอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถเคี้ยวหรือกลืนอาหารได้เอง ดังนั้น ผู้ดูแลอาจต้องให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยผู้ป่วยบางรายอาจเคี้ยวหรือกลืนอาหารได้เอง แต่ต้องการผู้ดูแลช่วยป้อนอาหารให้

๔. การรับประทานอาหาร (intake) การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารค่อนข้างชัดเจน

ก.รับประทานอาหารปกติ (normal intake) หมายถึง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ เหมือนกับตอนที่ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง

ข.ลดลง (reduced intake) หมายถึง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลงจากเดิม

ค.เล็กน้อย (minimal intake) หมายถึง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้จำนวนน้อยมาก และมักจะรับประทานอาหารหรืออาหารเหลว

๕. ระดับความรู้สึกตัว (conscious level) แบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ก.รู้สึกตัวดี (full consciousness) หมายถึง รู้สึกตัวดี และรับรู้วัน เวลาและสถานที่ได้ปกติ มีสติมีความสามารถในการรับรู้ ทั้งด้านความคิด ความจำ ความรู้สึก เป็นต้น

ข. สับสน (confusion) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนฉับพลัน(delirium) หรือ มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทั้งนี้อาจจะมีอาการเล็กน้อย หรือ ปานกลาง หรือรุนแรง ที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ

ค. ง่วงซึม (drowsiness) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า (fatigue) หรือมีอาการง่วงซึมจากการได้รับผลข้างเคียงจากยา มีอาการสับสนฉับพลัน หรือมีอาการอยู่ในภาวะใกล้ตาย บางครั้งรวมถึงอาการซึ่มมึนงง (stupor)

ง. ไม่รู้สึกตัว (coma) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อคำพูด หรือสิ่งกระตุ้นทางร่างกาย(verbal or physical stimuli) ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาการตอบสนองแบบอัตโนมัติ (reflex)หรือไม่มีปฏิกิริยาการตอบสนองก็ได้ ระดับของความไม่รู้สึกตัวของผู้ป่วยอาจจะเปลี่ยนแปลงตลอด ๒๔ ชั่วโมง

การประเมิน PPS แบบรวดเร็ว (นวัตกรรม PPD Express)

ระดับPPS (%)	Functional status
ผู้ป่วยระยะคงที่ (Stable)	
100	ปกติ
90	ทำงานได้แต่มีอาการเล็กน้อย
80	ทำงานได้แต่ต้องออกแรงมาก
70	เดินได้แต่ทำงานไม่ได้
ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional)	
60	เดินได้แต่ต้องช่วยพยุง
50	นอน = นิ่ง บนเตียง
40	นอนมากกว่านั่ง
ระยะท้าย (end- of -life)	
30	นอนติดเตียง / กินได้
20	นอนติดเตียง / จิบน้ำ
10	นอนติดเตียง / กลืนไม่ลง
0	เสียชีวิต
PPS Express : PC โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	

การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Functional assessment)

ชนิด basic ADL (Barthel ADL Index)

ชนิดของกิจวัตร	คะแนน	ลักษณะ
การเคลื่อนย้ายตัวเอง (Transfer)	0	ทำเองไม่ได้ นั่งเองไม่ได้
	1	ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ใช้ 1-2 คน ถึงหนึ่งได้
	2	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย
	3	ทำได้เองอย่างอิสระ
การเดิน (Mobility)	0	เดินเองไม่ได้
	1	ใช้รถเข็น (Wheelchair) ได้เอง เช่น การเลื่อนข้ามขั้นบันได
	2	เดินได้โดยมีคนช่วย 1 คน
	3	ทำได้เองอย่างอิสระ
การใช้ห้องน้ำ (Toilet use)	0	ทำเองไม่ได้
	1	ทำเองได้บ้างอย่าง โดยมีคนช่วยบ้าง
	2	ทำได้เองอย่างอิสระ
การล้างหน้า (Grooming)	0	ทำเองได้ โดยมีคนช่วยบ้าง เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด
	1	ทำได้เองอย่างอิสระ
การถ่ายปัสสาวะ (Bladder)	0	มีปัญหาปัสสาวะราด หรือต้องคาสาวยสวนปัสสาวะ
	1	ปัสสาวะราดบางครั้ง เช่น ไม่กินวันละครั้ง
	2	ไม่มีปัสสาวะราด
การถ่ายอุจจาระ (Bowels)	0	มีปัญหาอุจจาระราด หรือต้องสวนอุจจาระ
	1	อุจจาระราดบางครั้ง เช่น สัปดาห์ละครั้ง
	2	ไม่มีอุจจาระราด
การอาบน้ำ (Bathing)	0	ทำเองไม่ได้
	1	ทำได้เองอย่างอิสระ ไม่จำเป็นต้องมีคนคอยช่วยเหลือถึงก้น
การทานอาหาร (Feeding)	0	ทำเองไม่ได้
	1	พอทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยบ้าง เช่น ตักขึ้นอาหารเป็นคำเล็ก ๆ
	2	รับประทานอาหารได้เองอย่างอิสระในระยะเวลาที่เอื้อมมือถึงได้
การใส่เสื้อผ้า (Dressing)	0	ทำเองไม่ได้
	1	พอทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยบ้าง
	2	ทำได้เองอย่างอิสระ เช่น กัดกระดุม รูดซิป ผูกเชือกกรองเท้า
การเดินลงบันได (Stairs)	0	ทำเองไม่ได้
	1	พอทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยบ้าง
	2	ทำได้เองอย่างอิสระทั้งขึ้นและลงบันได



หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำได้หรือไม่) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจวัตรประจำวัน 24-48 ชั่วโมง
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด

เกณฑ์คะแนน

- | | |
|---|--|
| ☐ 0-4 คะแนน | ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด |
| ☐ 5-8 คะแนน | ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ |
| ☐ 9-11 คะแนน | ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง |
| ☐ 12 คะแนนขึ้นไป | ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย |

การใช้ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ESAS เป็นเครื่องมืออันหนึ่งที่เรานำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมิน

แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System ฉบับภาษาไทย

(ESAS)Edmonton Symptom Assessment Sytem ฉบับภาษาไทย										
โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้										
ไม่มีอาการปวด										มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย										มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการคลื่นไส้										มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการซึมเศร้า										มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่วิตกกังวล										วิตกกังวลมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน										มีอาการง่วงซึม/สับสน
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่เบื่ออาหาร										เบื่ออาหารมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
สบายดีทั้งกายและใจ										ไม่สบายกายและใจเลย
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ										มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่.....										
๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐

คำแนะนำที่สำคัญในการใช้ ESAS

- ESAS เป็นเพียงเครื่องมือที่ทำให้แพทย์หรือคณะที่ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีเบื้องต้น และนำไปสู่การวินิจฉัยสาเหตุของปัญหาต่อไป แต่ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเองหรืออาจให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยประเมินตนเองไม่ได้และให้ประเมินคะแนน ณ เวลาที่ทำการประเมินเป็นหลักเท่านั้น ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อาจจะมีปัญหาเรื่องความจำ ซึ่งเกิดได้จากตัวโรคเองและการรักษา ดังนั้นคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินในเวลานั้นเป็นคะแนนที่น่าเชื่อถือที่สุด
- หากมีผู้ทำแบบสอบถามแทนผู้ป่วย ให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยโดยตรง
- ภาวะอื่น ๆ เช่น อาการปวด การเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน และอาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จากการสังเกตภายนอก
- นอกจากการให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของแต่ละอาการเป็นหมายเลขจาก ๐-๑๐ แล้ว หาก เป็นไปได้ แนะนำให้ผู้ประเมินถามรายละเอียดของอาการควบคู่ไปด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น

๖. เมื่อใช้ ESAS ในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำ ควรถามคำถามง่าย ๆ เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทุกครั้งเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล
๗. สามารถใช้ ESAS ในการตั้งเป้าหมายการรักษาได้
๘. การประเมินอาการด้วย ESAS เป็นความเห็นส่วนบุคคล จึงมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่งผู้ป่วยอาจให้คะแนนเท่ากัน แต่ความรุนแรงของอาการอาจไม่เท่ากัน
๙. หลังการประเมิน ESAS แล้ว ผู้ประควรทำการบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการติดตามการรักษา

ว/ด/ป								
ระดับคะแนน								
ผู้ให้ข้อมูล	(เฉพาะผู้ป้อนตอบเท่านั้น)							

Label

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ว/ด/ป								
ระดับคะแนน								
ผู้ให้ข้อมูล	ผู้ป่วย /ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย /ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

เบื่ออาหารมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ว/ด/ป								
ระดับคะแนน								
ผู้ให้ข้อมูล	ผู้ป่วย / ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย /ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

ไม่สบายกายและใจเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ว/ด/ป								
ระดับคะแนน								
ผู้ให้ข้อมูล	(เฉพาะผู้ป่วยตอบเท่านั้น)							

มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

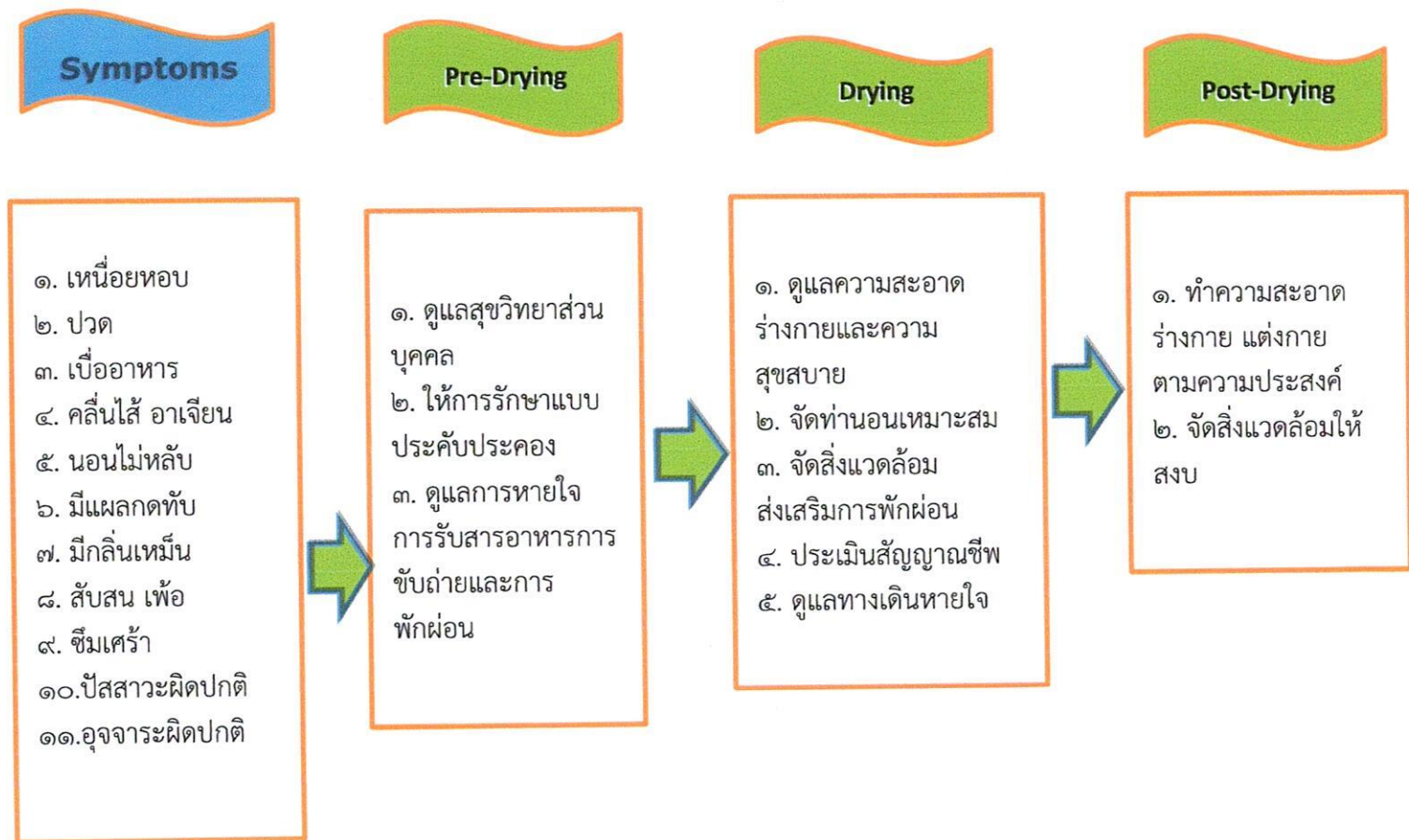
ว/ด/ป								
ระดับคะแนน								
ผู้ให้ข้อมูล	ผู้ป่วย / ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย /ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

10)ได้แก่...ท้องผูก.....

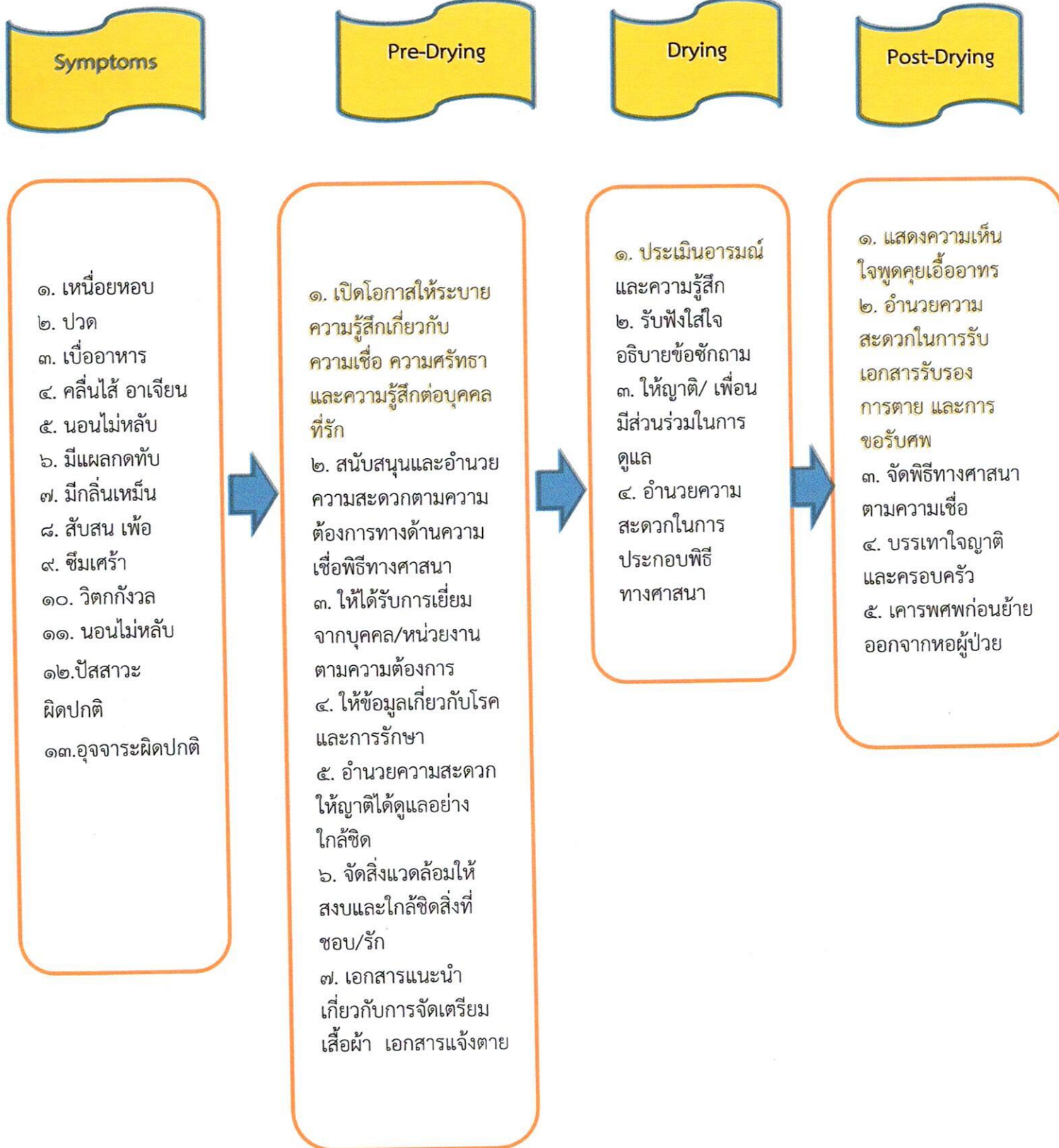
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ว/ต/ป								
ระดับคะแนน								
ผู้ให้ข้อมูล	ผู้ป่วย / ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย / ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านร่างกาย



การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ



แนวปฏิบัติสำหรับหอผู้ป่วย
ในการนิมนต์พระภิกษุเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ในเวลาราชการ

หอผู้ป่วยที่ต้องการให้พระภิกษุ
มาเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้าย



แจ้งพยาบาล Palliative Care โทร ๗๕๙๗
(หอผู้ป่วยแจ้งรายละเอียด)



ดำเนินการ / ประสานกับพระภิกษุ
วัดชอย ๑๐
ขอธรรมาวาสพระภิกษุ



พยาบาล Palliative Care
พาพระภิกษุไปที่หอผู้ป่วย

แนวปฏิบัติสำหรับหอผู้ป่วย
ในการนิมนต์พระภิกษุเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

นอกเวลาราชการ

หอผู้ป่วยที่ต้องการให้พระภิกษุ
มาเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้าย



หัวหน้าเวร
ประสานวัดชอย ๑๐



ดำเนินการ / ประสานกับพระภิกษุ
ขออนุญาตใช้รถรับส่งพระภิกษุ



หอผู้ป่วยที่ต้องการพระภิกษุ
พาพระภิกษุไปยังหอผู้ป่วย

Check List Discharge Plan

Palliative Care

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ
HN	

PPS= %

Diagnosis.....การรักษารั้งนี้.....

Criteria PC : ☐ Stage 4/ Metastasis ☐ persistent CA ☐ Locally advance CA ☐ Aging

☐ Recurrent CA ☐ Poor Performance ☐ ต้องการการดูแลแบบ PC ☐ อื่น ๆ.....

Admit.....วางแผนการจำหน่ายวันที่.....

แพทย์เจ้าของไข้.....PCN manager.....

ลำดับ	D-METHOD		ความหมาย	Palliative management	ผลการวางแผนการจำหน่าย		รายละเอียด
					YES	NO	
1	D	Disease	การให้ความรู้เรื่องโรค	Advance Care Plan			
2	M	Medication	การใช้ยาที่ถูกต้อง	ESAS			
3	E	Environment -Economic	ประเมินสิ่งแวดล้อม และครอบครัว	Genogram			
4	T	Treatment	ทักษะการดูแลผู้ป่วยและการสังเกตอาการผิดปกติ	-Caregiver Empowerment			ด้าน.....
5	H	Health	การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้	-แนะนำสมุดประจำตัวผู้ป่วย (สีเขียว)			
6	O	Outpatient-Referral	การมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ	-การประสานส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง -การโทรติดตามอาการหลังจำหน่ายอย่างน้อย 1 ครั้ง -On call 24 ชม			-ประสานส่งต่อ รพ..... วันที่..... -โทรติดตามอาการวันที่..... -สอบถามย้อนกลับเบอร์โทรศัพท์ On call
7	D	Diet	อาหารที่เหมาะสม				



แบบฟอร์มการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง(ผู้ป่วยใน)
โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ประเภทผู้ป่วย

☐ Palliative Care ☐ Palliative EOL :

เฉพาะผู้ป่วย Palliative EOL :

☐ PN =...../...../.....

☐ ไม่ได้ ACP.....เนื่องจาก.....☐ ผ่านการ ACP

●ผลการทำ ACP● วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- | | |
|--------------------------------|---|
| ●ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ | ☐ โรค ☐ พยากรณ์โรค ☐ เป้าหมายการดูแล |
| ●ผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับ | ☐ โรค ☐ พยากรณ์โรค ☐ เป้าหมายการดูแล |
| ●ญาติรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ | ☐ โรค ☐ พยากรณ์โรค ☐ เป้าหมายการดูแล |
| ●ญาติไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับ | ☐ โรค ☐ พยากรณ์โรค ☐ เป้าหมายการดูแล |

วันที่ Admit..... วันที่ D/C..... วันที่ F/U.....☐ อนุญาตให้ทาง

โรงพยาบาล ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องผ่านช่องทาง(โทรศัพท์ /ไลน์ /E-mail)ไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายได้

ลงชื่อผู้อนุญาต..... ผู้ป่วย/เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

*** ชื่อ-สกุล.อายุ ผู้ป่วย (แยกประสานส่งต่อผู้รับผิดชอบหลักประจำ รพ.(คุณ.....) โดยผ่านทาง
ช่องทาง ☐ โทรศัพท์ ☐ ข้อความ ☐ E-mail วันที่ส่งต่อ.....เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย)

สิทธิการรักษา.....รพ.....HN.....AN.....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ดูแลหลักชื่อ.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย

ผู้ตัดสินใจหลักชื่อ.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ...๑.....๒.....

ข้อมูลการเจ็บป่วย

การวินิจฉัยโรค.....การรักษาที่ได้รับ.....

ประวัติโรคประจำตัว...ปฏิเสธ.....ระบุโรคประจำตัว.....รับยาต่อเนื่อง รพ.....

ประวัติแพ้ยา ☐ปฏิเสธ.....☐แพ้ยาระบุชื่อยา.....อาการ.....

ปัญหาทางด้านร่างกาย ประเมินแบบ : ESAS

PPS = % / ECOG = คะแนน

ลำดับ	อาการรบกวน	รายละเอียดเพิ่มเติม	คะแนน	ยา Home med / แนวทางการพยาบาล
1	ปวด	ตำแหน่ง..... ลักษณะ..... ชนิด.....	/10	1. 2. 3. 4.
2	อ่อนเพลีย		/10	1. 2.
3	คลื่นไส้		/10	1. 2.
4	ซึมเศร้า		/10	1. 2.
5	วิตกกังวล		/10	1. 2.
6	ง่วงซึม		/10	1. 2.
7	เบื่ออาหาร	☐ NG ☐ gastrostomy	/10	1. 2.
8	สบายดีทั้งกายและใจ		/10	1. 2.
9	เหนื่อยหอบ	☐ On O2 ชนิด..... ☐ Tracheostomy	/10	1. 2.
10	ท้องผูก	ถ่ายอุจจาระ.....ครั้ง/วัน ☐ Colostomy	/10	1. 2.

****การดูแลเฉพาะราย****

- ☐ ฉายรังสีบริเวณ.....การพยาบาล.....
- ☐ ยาเคมีสูตร.....ครั้งที่.....S/E.....
- ☐ ผ่าตัดตำแหน่ง.....
- ☐ มีแผลบริเวณ.....ลักษณะ.....
วิธีการทำแผล.....
- ☐ อื่นๆ.....

ปัญหาทางด้านสังคม/เศรษฐกิจ

- ☐ ไม่มี.....☐ มี(ระบุ).....

ปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ

- ☐ ไม่มี.....☐ มี (ระบุ).....

ข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

พยาบาลผู้ประสานการส่งต่อ ชื่อ.....สกุล..... ตำแหน่ง.....

- ☐ หอผู้ป่วยสามัญชาย (077-277583) ☐ หอผู้ป่วยหญิง (077-277584) ☐ หอผู้ป่วยพิเศษ (077-277585)
- ☐ งานการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง (077-277670 / 077-277597)

ตอบกลับข้อมูลการดูแล/การเยี่ยมบ้าน : E-mail : cocsc.network@gmail.com

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
แบบบันทึกการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว
(Patient/Family Care Conference Record)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... HN..... อายุ..... ปี
การวินิจฉัยโรค.....

2. ผู้นำในการ

Conference.....

3. ทีมสุขภาพผู้ร่วม Conference

3.1.....

3.2.....

3.3.....

4. สมาชิกของครอบครัวที่เข้าร่วมฟังและรับทราบข้อมูล/ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว

4.1 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

4.2 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

4.3 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

4.4 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

4.5 ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

5. วัตถุประสงค์ของการ Conference

☐ เพื่อค้นหาการรับรู้โรค การพยากรณ์โรคและเป้าหมายการดูแล

☐ เพื่อประเมิน Place of care

☐ Place of dead

☐ เพื่อค้นหาผู้ดูแลหลัก และผู้ตัดสินใจหลัก

6. กระบวนการเริ่มการสนทนา

6.1 กำหนดผู้มีสิทธิตัดสินใจ.....เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย

6.2 การรับรู้เรื่องโรคและพยากรณ์โรคของผู้ป่วย/จากคำพูดของผู้ป่วยและคนในครอบครัว

☐ รับรู้โรค

☐ รับรู้พยากรณ์โรค

☐ รับรู้เป้าหมายการดูแล

6.3 สถานที่ที่ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องการการดูแลผู้ป่วย

☐ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

☐ โรงพยาบาลใกล้บ้าน ระบุ.....

☐ บ้านผู้ป่วย (รายละเอียด.....)

6.4 เป้าหมายการดูแล goal of care

☐ พยายามรักษาให้โรคหายแต่มีการประเมินเป็นระยะและยุติถ้าไม่ได้ผล

☐ จำกัดการรักษาที่ไม่ Invasive และไม่เป็นภาระ

☐ รักษาให้สุขสบายเท่านั้น (Comfort care)

6.5 การพูดคุยเกี่ยวกับคำสั่งการกู้ชีพ

- | | |
|---|--|
| ☐ Full Tube | ☐ No Tube |
| ☐ Full CPR | ☐ No CPR |
| ☐ Full Medication | ☐ No Medication |
| ☐ ระหว่างการตัดสินใจ | |

ผู้บันทึก.....

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

☐ งานการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคอง

☐ PCWN หรือผู้ป่วย.....



Palliative EOL Note : Advance Care Plan (ACP)

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ACP ครั้งที่ ๑ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

PPS = % ECOG =

●ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี PN.....

Diagnosis.....

การรักษาที่ได้รับครั้งนี้.....

ความรู้/และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ผู้ป่วย	ครอบครัว (ผู้ตัดสินใจหลัก)	ปัญหาที่มี/รายละเอียด
1.การรับรู้โรค	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	
2.การรับรู้พยากรณ์โรค	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	
3.เป้าหมายการรักษา	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	☐ รู้ ☐ ไม่รู้	

● ผู้ตัดสินใจหลักชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์.....

● ผู้ดูแลหลัก ชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์.....

หมายเหตุ ต้องมีผู้ป่วย / ผู้ตัดสินใจหลัก เข้าร่วม Family meeting for ACP ทุกครั้ง

● Goal of care (คำสั่งการกู้ชีพกรณีเกิดภาวะวิกฤติของชีวิต) (เฉพาะผู้ป่วยที่มี PPS ≤ 50% / Dyspnea)

- ☐ Full tube ☐ Full CPR ☐ Full Medication
☐ No tube ☐ No CPR ☐ No Medication

ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลคำสั่งการกู้ชีพ (ผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจหลัก)

แพทย์เจ้าของไข้ / แพทย์ PC

.....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

() อนุญาตให้ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง () ไม่อนุญาตให้ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....มีความเกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย



แผนผังเครือญาติ (Family tree /Genogram)

Gen 1	
Gen 2	
Gen 3	

	ผู้ชาย		หมายเหตุ
	ผู้หญิง		
	แต่งงาน		1. การระบุอายุบันทึกระบุ พศ. เกิด
	หย่าร้าง		2. เขียน generation เดียวกันระนาบเดียวกัน
	เสียชีวิต		3. เขียนครบ 3 Generation / Genogram
	สมาชิกที่อยู่ด้วยกัน		ที่อยู่หลังจำหน่าย
			โรงพยาบาลใกล้บ้าน

หมายเหตุ สัญลักษณ์ความสัมพันธ์

การแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
(Palliative Performance scale version 2) (PPS v2)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

ระยะคงที่ (Stable) คะแนน PPS v2	๗๐ – ๑๐๐%
การจัดการกับโรค (Disease Management)	ทบทวนประวัติผู้ป่วย เพื่อทราบแผนการดูแล
การประเมินด้านร่างกาย และการดูแล (Physical Assessment & care)	ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพจัดการอาการที่มีค่าคะแนนมากกว่าเท่ากับ ๔ โดยใช้ทั้ง pharmacological และ non-pharmacological management ประเมินความต้องการด้านการพยาบาล
การประเมินด้านจิตสังคม (Psychosocial care issues, Assessment and care)	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษา ประเมินการยอมรับต่อความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว หากประเมินพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ท้อแท้ให้ส่งปรึกษาทีมจิตเวช
การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment & care)	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/ Family education)	การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้ ๑.การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ ๒.อธิบายการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ๓.วิธีการดูแลการทำแผล ๔.วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย ๕.การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย ๖.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย ๗.การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยมีสายยางให้อาหาร
รวบรวมปัญหา วางเป้าหมายการรักษา	ทำ nursing care plan พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน ติดตามประเมิน PPS ทุก๑-๓ วัน
การติดตามอาการหลังจำหน่าย	โทรศัพท์ติดตามอาการหลังจำหน่ายอย่างน้อย ๑ ครั้ง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPS v๒ ๕๐ - ๖๐%	
การจัดการกับโรค (Disease Management)	ทบทวนประวัติผู้ป่วย เพื่อทราบแผนการดูแล
การประเมินด้านร่างกาย และการดูแล (Physical Assessment & care)	ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย
	ประเมินความสามารถของผู้ป่วย และครอบครัว และ ความเต็มใจในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาและกระบวนการดูแล
	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกายการต่างๆ และการจัดการ
	ให้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการที่มักพบในช่วงที่โรคมมีการลุกลามและแนวทางการดูแล
	ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการที่มีค่าคะแนนมากกว่าเท่ากับ ๔ โดยใช้ทั้ง pharmacy และ non-pharmacological management
	ประเมินภาวะโภชนาการ ปรึกษาโภชนาการตามความเหมาะสม
	ประเมินการปลัดตกหกล้มหรืออุบัติเหตุ
	ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale
การประเมินด้านจิตสังคม (Psycho-social care issues, Assessment and care)	ประเมินความเข้าใจ การยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการภาวะของโรคและแผนการดูแล
	อำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกที่สงบเงียบให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมความผูกพันของผู้ป่วยและครอบครัว
	ปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระท้ายของผู้ป่วย ได้แก่ ความต้องการเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ความต้องการเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การเลือกสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย การเลือกสถานที่ถึงแก่กรรม
	หากประเมินพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ท้อแท้ให้ส่งปรึกษางาน Counseling
การประเมินด้านจิตใจ	คัดกรองภาวะซึมเศร้าผ่านแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ๒Q
การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment & care)	ประเมินจิตวิญญาณ
	ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional) คะแนน PPS v๒ ๕๐ - ๖๐%	
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/ Family education)	การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยเรื่องดังนี้ ๑.การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ ๒.อธิบายการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ๓.วิธีการดูแลการทำแผล ๔.วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย ๕.การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย ๖.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย ๗.การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยคายสาวยางให้อาหาร แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และสอนวิธีการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การจัดทำของผู้ป่วย และการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย
รวบรวมปัญหา วางเป้าหมาย การรักษา	ทำ nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน
	ปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
	ติดตามประเมิน PPS ทุก ๑ วัน
การส่งต่อผู้ป่วย(พร้อมสมุดประจำตัวผู้ป่วย)	ประสานการส่งต่อผ่าน PC manager เพื่อการดูแลต่อเนื่องไปโรงพยาบาลเครือข่าย
การเยี่ยมบ้าน	ได้รับการ Consult จากโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อเยี่ยมร่วมในเขต อ. เมือง จ.สุราษฎร์ธานี
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/ Family education)	การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยโดยส่งปรึกษากลุ่มงานการพยาบาลด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในเรื่องดังนี้ ๑.การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ ๒.อธิบายการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ๓.วิธีการดูแลการทำแผล ๔.วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย ๕.การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย ๖.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย ๗.การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยคายสาวยางให้อาหาร แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และสอนวิธีการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การจัดทำของผู้ป่วย และการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย
การดูแลเพื่อให้พ้นผ่านความเศร้าโศก (Bereavement care)	ค้นหาความหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล/ความเครียด และความเศร้า

แนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

ระยะวาระสุดท้าย (end- of -life) คะแนน PPS v๒ ๑๐-๓๐ %	
การจัดการกับโรค (Disease Management)	พิจารณาเข้าห้องชีวาภิบาล (หอผู้ป่วยสามัญชาย)
การประเมินด้านร่างกาย และการดูแล (Physical Assessment & care)	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกายและอาการต่างๆและการจัดการ
	ให้ข้อมูลล่วงหน้า เตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงท้ายของชีวิต โดยเป้าหมายดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
	ให้อาหารจำนวนน้อยๆหรือให้จิบน้ำเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้
	ทำความสะอาดช่องปาก
	พลิกตัวทุก ๒ ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ
	ดูแลระบบขับถ่าย
	จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ
การประเมินด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and Spiritual, Assessment and care)	เตรียมครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต
	สอบถามความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้านหรือโรงพยาบาล
	พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีที่บ้านหรือในชุมชน
	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรมทางศาสนา
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/ Family education)	สอนวิธีดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย (comfort care) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตาย ให้ผู้ดูแลปฏิบัติดังนี้ ๑.แนะนำให้ญาตินำผู้ป่วยทบทวนเรื่องราวในชีวิตที่ดี ๒.สนทนากับผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง ๓.สนับสนุนให้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อและศาสนาของผู้ป่วย
การดูแลเพื่อให้พ้นผ่านความเศร้าโศก (Bereavement care)	Bereavement care plan
	พูดคุยหรือให้คำปรึกษา เพื่อให้ครอบครัวคลายความวิตกกังวลคลายความเครียด คลายความเศร้า
รวบรวมปัญหา วางเป้าหมายการรักษา	ประชุมทีมสหสาขาเพื่อวางเป้าหมายการดูแล ตามความเหมาะสม
	ทำ nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน
การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (พร้อมสมุดประจำตัวผู้ป่วย)	-ประสานงานการส่งต่อไปยัง รพ. เครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากทีมอย่างน้อย ๑ ครั้ง -มีการเตรียมความพร้อมถึงแหล่งสนับสนุนในการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ด้านคลังอุปกรณ์เพื่อยืมใช้ที่บ้าน และการดำเนินการหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การแจ้งการตาย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

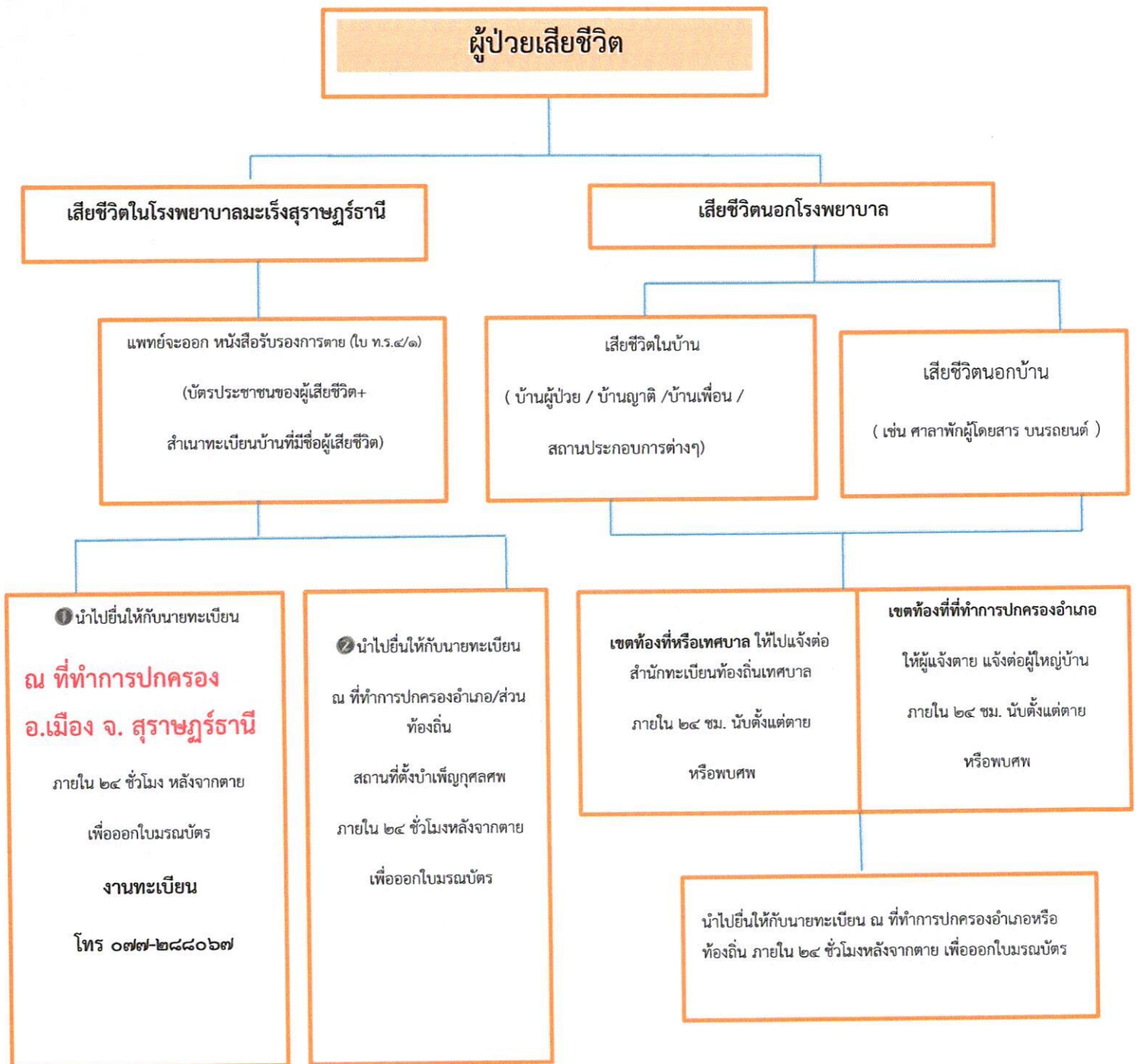
คะแนน PPS v๒ ๐ % (เสียชีวิต)	
การประเมินและดูแลผู้ดูแล	การดูแลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม ที่โรงพยาบาลมีดังนี้ - รายงานให้แพทย์รับทราบ และช่วยประสานงานกับครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้พบแพทย์ เพื่อรับทราบข้อมูลการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ญาติได้ปฏิบัติตามพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา - กล่าวคำไว้อาลัย เพื่อทำพิธีขอขมาศพ - เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่ตามลำพังกับผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว - อธิบายขั้นตอนและประสานการจัดการเอกสารเกี่ยวกับการแจ้งตาย และอำนวยความสะดวกในการนำศพกลับบ้าน (กรณีศาสนาอิสลาม ต้องประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ภายใน ๒๔ ชั่วโมง) - ดูแลความเศร้าโศกของญาติในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม โดยยอมรับความรู้สึกต่างๆของครอบครัว เช่น ความรู้สึกผิดของญาติที่ไม่ได้มาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ อาการตกใจ ร้องไห้ของญาติผู้ป่วย และช่วยดูแลปลอบใจครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น - มีการติดตามให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากเสร็จสิ้นงานศพอย่างน้อย ๑ ครั้ง (bereavement care) หลังผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน ๑๔ วัน (ตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ๒Q -๙Q และ ๘Q) และส่งการ์ดแสดงความเสียใจให้ครอบครัวผ่านทาง Line OA

ข้อควรปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้าย

๑. การแต่งกายควรจะเรียบร้อย ให้เกียรติกับสถานพยาบาล ไม่ควรใส่สีดำเพราะจะทำให้คนไข้เศร้าหมอง
๒. กิริยามารยาทที่ไม่ควรกระทำในการเข้าเยี่ยมไข้ เช่น การส่งเสียงเอะอะ โวยวาย ส่งเสียงรบกวนทั้งคนไข้ และผู้ป่วยข้างเคียง
๓. กรณูปิดโทรศัพท์ ถ้าจะคุยโทรศัพท์ให้คุยนอกห้องผู้ป่วยเพราะอาจรบกวนการทำงานของอุปกรณ์ทางการแพทย์หรือผู้ป่วยได้
๔. ระยะเวลาที่ควรใช้ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยไม่ควรใช้เวลานานเกิน ๑๐-๑๕ นาที
๕. ไม่ควรนำเด็กไปเยี่ยมไข้ เพราะเด็กจะรับเชื้อโรค ทำให้เจ็บป่วยได้และเป็นการแพร่โรค
๖. ไม่ควรเข้าเยี่ยมคนไข้เป็นกลุ่ม ควรเข้าเยี่ยมครั้งละไม่เกิน ๒ คน
๗. ไม่ควรเข้าเยี่ยมไข้ในคนไข้ที่ห้ามเยี่ยม
๘. ไม่ควรคะยั้นคะยอให้คนไข้กินอะไรนอกเหนือคำสั่งแพทย์ที่ดูแลรักษา หรือฝืนใจคนไข้
๙. ถ้าผู้เยี่ยมเป็นหวัด หรือติดเชื้อ ไม่ควรมาเยี่ยมผู้ป่วยที่อ่อนแอเพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคุณได้ควรฝากของเยี่ยมหรือโทรเยี่ยมแทน
๑๐. อาหารต่าง ๆ ที่ส่งกลิ่นไม่ควรนำมาเยี่ยมผู้ป่วย

หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยหรือญาติไม่ประสงค์จะให้บุคคลอื่นรบกวน/ เยี่ยม/ ให้แนะนำผู้มาเยี่ยม ลงเยี่ยมในสมุดเยี่ยมทดแทน

ขั้นตอนการแจ้งการตาย โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี



****หมายเหตุ กรณีเสียชีวิตวันหยุดราชการ**

การ์ดแสดงความเสียใจต่อครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ขอแสดงความเสียใจ
กับครอบครัว
และขอเป็นกำลังใจให้ผ่านพ้น
ช่วงเวลานี้ไปด้วยดี

ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง
(หอผู้ป่วยรัก)

โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ 077277555 ต่อ 7597



บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2558) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.พิมพ์ครั้งที่1
2. คณะกรรมการ Palliative care กลุ่มการพยาบาล. (2550). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
3. คณะกรรมการ Palliative care กลุ่มการพยาบาล. (2550). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลชลบุรี
4. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2555). การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า. สงขลา : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
5. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด
6. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่,2554:
www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palliative.html., 20 /June/ 2555.
7. สภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. (2558) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:การดูแลแบบประคับประคองในผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่2 กรุงเทพมหานคร:จุฑทอง จำกัด.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). ก่อนจะถึงวันสุดท้าย. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.