



โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย

Palliative Care

วัตถุประสงค์

1.
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย
และได้รับการดูแลแบบองค์รวม

2.
เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสุข
และสง่างาม

3.
เพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วย
และครอบครัวก้าวผ่านช่วงเวลาวิกฤต
ได้อย่างราบรื่น

การดูแล

ผู้ป่วยระยะท้าย

Palliative Care

เวชกรรมสังคม sw.ปทุมธานี

คำนำ

อุบัติการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประเทศและของจังหวัดปทุมธานี จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีพบว่า จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทั้งจากภายในและนอกจังหวัดปทุมธานีมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีร่วมกับโรงพยาบาลปทุมธานี ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบไร้รอยต่อ สามารถให้บริการแบบ 24 ชั่วโมง เป็นรูปแบบบริการที่มุ่งหวังสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงความสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและหลังเสียชีวิต เพิ่มการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้มากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (eBook : electronic book) ชุดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัดปทุมธานีนี้ จึงได้รับการพัฒนาขึ้นโดยการรวบรวมองค์ความรู้จากเอกสาร ตำราวิชาการ และการถอดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลปทุมธานี ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เป็นการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับบริการสาธารณสุข ตอบสนองต่อนโยบาย Thailand 4.0 เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย และบุคลากรสาธารณสุขให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีมาตรฐานเดียวกันเบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย เชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อ ส่งเสริมความร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายจากทุกส่วนในสังคม ตามบริบทของชาวปทุมธานี

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัดปทุมธานี
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

สารบัญ

คำนำ	2
1. อาการปวด	4
• หลักในการบรรเทาความปวด 3 ขั้นบันได (3 step ladder)	5
• ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลปทุมธานี	6
• มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์เร็ว = Morphine IR 10 mg	6
• มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน = Morphine MST 10 mg	6
• มอร์ฟีนชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน = Kapanol 20 mg	6
• มอร์ฟีนชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว = Morphine Syrup 10 mg/5ml	7
• เฟนทานิลชนิดแผ่นแปะออกฤทธิ์นาน = Fentanyl Patch 12mcg/h	7
การใช้ Syringe Driver	8
แผ่นแปะแก้ปวด เฟนทานิล	9
• หลักการทำงานของแผ่นแปะแก้ปวดเฟนทานิล	9
ขั้นตอนการใช้แผ่นแปะแก้ปวด เฟนทานิล	10
• คำแนะนำเพิ่มเติม	11
• คำเตือนและข้อควรระวัง	11
2. หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม	12
การให้ออกซิเจน	13
การดูแลผู้ป่วยแผลเจาะคอ	14
การดูดเสมหะในผู้ป่วยเจาะคอ	15
เทคนิคการหายใจแบบห่อปาก (pursed lip breathing)	16
การใช้พัดลมช่วยจัดการอาการหายใจลำบาก	17
3. อาการอ่อนเพลียและนอนไม่หลับมากขึ้น	18
การให้อาหารทางสายยาง	19
4. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด	20
5. ท้องผูก	21
การดูแลผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง (ทวารเทียม)	22
6. คลื่นไส้อาเจียน	23
การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ	24
7. อาการสับสน	25
8. แผลกดทับ	26
การจัดท่านอนผู้ป่วย	27
การดูแลด้านจิตใจ	28
การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชีวิต	29
มาตรา 12 การทำหนังสือแสดงเจตจำนงก่อนเสียชีวิต	30-31
Family Meeting	32
การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมดูแล	
ทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย	33
แพทย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย	34
เอกสารอ้างอิง	35

อาการแสดงที่พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

1. อาการปวด

เป็นอาการที่พบบ่อย บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่สามารถสื่อสารบอกได้ สิ่งสำคัญในการดูแล คือการประเมินความรุนแรงของอาการปวดเป็นตัวเลข 0-10 โดยผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแลใกล้ชิด เพื่อให้ยาบรรเทาปวดตามระดับความรุนแรง ควรให้ยาตามคำสั่งแพทย์ เพื่อลดอาการปวดให้ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ ยาแก้ปวดมอร์ฟีนที่ใช้แก้ปวด รูปแบบยาที่ใช้มีทั้งชนิด

ฉีด เม็ด แคปซูล น้ำ แผ่นติดผิวหนัง ไม่ต้องกลัวการใช้ยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะยาที่ใช้ไม่ได้แรงให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น แต่จะช่วยลดอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย นอกจากนี้ การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม สามารถลดอาการปวดลงได้ การใช้แพทย์ทางเลือก ได้แก่ การนวด กดจุด การใช้กลิ่นหอม ฯลฯ สามารถใช้ร่วมเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

**การใช้ยา
+ ยาแก้ปวด
มอร์ฟีน**

หลักในการบรรเทาความปวด 3 ขั้นบันได (3 step ladder) คือ

ขั้นที่ 1 ใช้ยา non opioid ในรายปวดน้อยถึงปานกลาง โดยให้ร่วมกับยา adjuvant หรือไม่ก็ได้

ขั้นที่ 2 ใช้ยา opioid ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioid) ในรายที่ปวดปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งไม่ดีขึ้นด้วยจากขั้นที่ 1 มักให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย

ขั้นที่ 3 ระยะเวลาปวดรุนแรงมากที่ไม่ดีขึ้นจากขั้นที่ 2 ให้ opioid ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid)

สำหรับความปวดรุนแรง โดยให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย ได้แก่ การใช้ยาฉีดร่วมกับยากินหรือ การให้ Morphine dilute เป็นต้น (WHO, 1996)

ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลปทุมธานี



มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์เร็ว = Morphine IR 10 mg
(Immediate Release) บด/หักเม็ดยาได้
เริ่มออกฤทธิ์ : 15-30 นาที
ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 2-4 ชั่วโมง
วิธีใช้ : กิน 1 เม็ด ทุก 2 ชั่วโมง เวลาปวดหรือเหนื่อย
หรือกิน 1 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง เวลาปวดหรือเหนื่อย



มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน = Morphine MST 10 mg
(Prolonged-Release Morphine Sulfate Tablet) ไม่บด/ไม่หักเม็ดยา
เริ่มออกฤทธิ์ : 1 ชั่วโมง
ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 8-12 ชั่วโมง
วิธีใช้ : กิน 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง



มอร์ฟีนชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน = Kapanol 20 mg
(Sustained-Release pellets) สามารถแกะแคปซูลเทยาใส่สายอาหารได้
เริ่มออกฤทธิ์ : 2-4 ชั่วโมง
ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 12-24 ชั่วโมง
วิธีใช้ : กิน 1 เม็ด วันละครั้ง

ยาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลปทุมธานี



มอร์ฟีนชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว = Morphine Syrup 10 mg/5ml

เริ่มออกฤทธิ์ : 15-30 นาที

ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 2-4 ชั่วโมง

วิธีใช้ : กิน 1 ช้อนชา ทุก 2 ชั่วโมง เวลาปวดหรือเหนื่อย

หรือกิน 5 ซีซี ทุก 4 ชั่วโมง เวลาปวดหรือเหนื่อย



เฟนทานิลชนิดแผ่นแปะออกฤทธิ์นาน = Fentanyl Patch 12mcg/h
(Fentanyl Transdermal System) ไม่ฉีก/ไม่ตัดแผ่นยา

เริ่มออกฤทธิ์ : 12-24 ชั่วโมง

ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 72 ชั่วโมง

วิธีใช้ : แปะหน้าออกครั้งละ 1 แผ่น ทุก 72 ชั่วโมง (เปลี่ยนแผ่นยาทุก 3 วัน)

การใช้ syringe driver

เป็นอุปกรณ์ให้ยาทางใต้ผิวหนังที่มีขนาดเล็ก น้ำหนักเบา ทำงานโดยใช้แบตเตอรี่ขนาด 25 โวลต์ เพียง 1 ก้อน ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายที่มักจะมี ปัญหาไม่สามารถกลืนยาได้ หรือมีปัญหาการดูดซึมยา

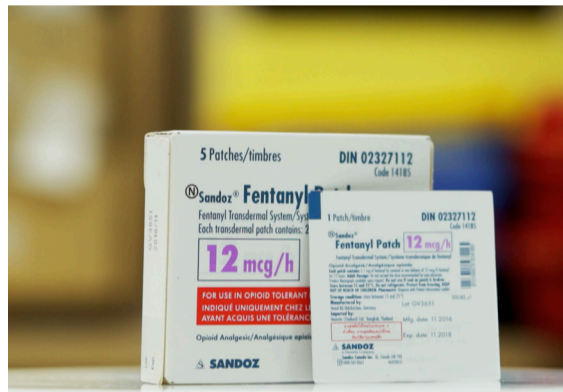
การให้ยาใต้ผิวหนังด้วยอุปกรณ์ขนาดเล็กจะช่วย จัดการอาการปวด และอาการรบกวนอื่นที่ไม่ พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยลงได้ จึงส่งผลดีต่อผู้ป่วยและ สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่กลับไปดูแล ผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน



แผ่นแปะแก้ปวดเฟนทานิล

ข้อมูลยาเฟนทานิลชนิดแผ่นแปะ

- เป็นยาที่ใช้บรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึงปวดรุนแรงในผู้ป่วยที่ต้องการรักษาอาการปวดอย่างต่อเนื่อง
- ไม่แนะนำให้ใช้รักษาอาการปวดเฉียบพลัน หรืออาการปวดแบบเป็นๆ หายๆ
- รูปแบบผลิตภัณฑ์เป็นรูปแบบยาแผ่นแปะผิวหนัง ที่จะปลดปล่อยยาระงับอาการปวดอย่างต่อเนื่อง นาน 72 ชั่วโมง (เท่ากับ 3 วัน)



หลักการทำงานของแผ่นแปะแก้ปวดเฟนทานิล

“แม้จะแปะเฉพาะที่ แต่ไม่ได้ออกฤทธิ์เฉพาะที่” กล่าวคือ ตัวยาจะแทรกซึมผ่านชั้นผิวหนังแล้ว เข้าสู่ชั้นไขมันหรือเรียกว่าชั้นกล้ามเนื้อ โดยขบวนการนี้จะค่อยๆ ปลดปล่อยตัวยาเข้าสู่เส้นเลือดดำไปออกฤทธิ์เพื่อบรรเทาปวด

การใช้แผ่นแปะแก้ปวดเฟนทานิล

- ขั้นตอนที่ 1** แกะแผ่นยาออกจากซอง
- ขั้นตอนที่ 2** จับแผ่นยาอย่างระมัดระวัง
- ขั้นตอนที่ 3** บนแผ่นจะมีรอยแยกอยู่ ค่อยๆ ลอกแผ่นที่ปิดอยู่ โดยห้ามสัมผัสกับผิวหนัง
- ขั้นตอนที่ 4** แปะแผ่นยาบริเวณทรวงอก ลำตัวหรือแขนด้านบน แล้วใช้มือกดเบาๆ ไว้ ประมาณ 30 วินาที เพื่อให้แผ่นยาติดแน่นสนิทติดแน่นสนิท
- ขั้นตอนที่ 5** เมื่อแปะเสร็จแล้วให้ล้างมือ



วิธีแปะ
แผ่นยา +
ยาแก้ปวด

คำแนะนำเพิ่มเติม

1. ควรแปะยาบริเวณผิวหนังที่ไม่มีการระคายเคืองและถูกฉายรังสี บริเวณที่เหมาะสมที่สุดคือ บริเวณทรวงอก ลำตัว หรือต้นแขนด้านบน
2. ควรเลือกแปะบริเวณที่ไม่มีขน ถ้าจำเป็นต้องแปะให้ใช้กรรไกรเล็มขนออก ไม่ควรใช้มีดโกน
3. ควรทำความสะอาดบริเวณที่จะแปะยาก่อนด้วยน้ำสะอาดเท่านั้น ไม่ควรใช้สบู่ และรอให้บริเวณนั้นแห้งสนิทจึงแปะแผ่นยา
4. ควรตรวจสอบแผ่นยาก่อนใช้ว่ามีการถูกตัดแบ่งหรือชำรุดฉีกขาดหรือไม่ก่อนนำมาใช้ทุกครั้ง
5. แผ่นยาที่ใช้เสร็จให้ลอกออก แล้วเอาด้านที่เป็นกาวประกบเข้าหากัน และนำไปทิ้งให้เหมาะสม แล้วล้างมือด้วยน้ำสะอาด
6. หากแผ่นยาหลุดออกมาก่อนเวลาเปลี่ยนแผ่น ให้ทิ้งแผ่นยานั้นไป และนำแผ่นยาแผ่นใหม่มาแปะที่ผิวหนังบริเวณอื่น
7. เก็บให้พ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง

คำเตือนและข้อควรระวัง

1. ไม่ควรวางกระเป๋าน้ำร้อน ขวดน้ำร้อน บริเวณที่แปะแผ่นยา และไม่ควรรอบไอน้ำหรือแช่อ่างน้ำร้อนเพราะจะทำให้การปลดปล่อยตัวยาเร็วขึ้น ซึ่งอาจทำให้ได้รับยาในขนาดสูงเกิน
2. ห้ามดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เพราะทำให้ก่ระบบประสาทและก่การหายใจ
3. ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ยานี้
4. ผู้ที่ใช้ยานี้ติดต่อกันมาเป็นเวลานานไม่ควรหยุดยาเองโดยทันที หากต้องการหยุดใช้ให้ปรึกษาแพทย์
5. ยาอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงง เบื่ออาหารในช่วงแรก และอาจทำให้เกิดอาการท้องผูก ความดันต่ำ หัวใจเต้นช้าลง
6. หากมีอาการง่วงซึมมาก การรับรู้ผิดปกติ หัวใจเต้นช้า หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ควรรีบกลับมาปรึกษาแพทย์

2. หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม

มีสาเหตุมาจาก โรคหลอดเลือดไปปอด มีน้ำในปอด หรือในท้อง หรืออาจเกิดภาวะซีด ร่างกายซบพอม อ่อนล้า ซึ่งสาเหตุดังกล่าวจัดการได้ยาก อาการหอบมักทำให้เกิดอาการวิตกกังวลกับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการนอนไม่ได้ ทรมาน กระวนกระวาย มักเกิดจาก การหายใจลำบาก หรืออาการปวด ญาติที่อยู่ใกล้ชิด ควรนั่ง ตั้งสติ คอยเตือนสติผู้ป่วยให้กำลังใจ สัมผัสผู้ป่วยอย่างอบอุ่น จะทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้ กรณีมีอาการมาก แพทย์สามารถให้ยาจัดการให้สงบได้

การดูแลโดยการฝึกหายใจแบบห่อปาก การเปิดพัดลมเป่าหน้า การจัดทำ การเบี่ยงเบนความสนใจ และฝึกการผ่อนคลาย จะช่วยบรรเทาอาการได้กรณีไม่ได้ผล จำเป็นต้องใช้ยา morphine ในขนาดน้อยๆ รับประทานเพื่อลดอาการ หรือถ้ามีออกซิเจนในร่างกายต่ำจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนที่บ้าน ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ วางแผนการทำกิจกรรมและรู้วิธีสงวนพลังงาน เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ควรให้ผู้ป่วยพักชั้นล่าง ใกล้ห้องน้ำ เป็นต้น



+ อาการ
หายใจลำบาก

การให้ออกซิเจน

การบำบัดด้วยออกซิเจนสามารถทำได้เองที่บ้าน โดยต้องมีเครื่องให้ออกซิเจน ซึ่งอาจเป็นแบบถังเต็มหรือเป็นเครื่องผลิตออกซิเจนแบบไฟฟ้าใช้ที่บ้าน การให้ออกซิเจนที่บ้านเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหา ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจหอบถี่และเหนื่อยง่าย โดยเฉพาะหลังจากการเดินหรือไอ และอาจมีริมฝีปากเป็น

สีน้ำเงินได้ การได้รับออกซิเจนใช้สายสอดเข้ารูจมูก โดยสอดสายเข้าไปในจมูกและยึดไว้ผ่านหู หรือใช้หน้ากากครอบไว้บริเวณจมูกและปาก ผู้ป่วยจะหายใจเอาออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงกว่าปกติเข้าไป จะไปเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้ง่ายขึ้นและช่วยลดอาการที่กล่าวมาข้างต้นได้ในระดับหนึ่ง



**การให้
+ ออกซิเจน
ผู้ป่วยที่บ้าน**

การดูแลผู้ป่วยแผลเจาะคอ

การทำแผลเจาะคอควรทำวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า และ เย็น เพื่อให้แผลสะอาดป้องกันการติดเชื้อ
ลักษณะแผลที่ติดเชื้อ จะมีลักษณะแผลแฉะๆ มีหนอง
สีเหลืองหรือเขียว ผิวหนังบริเวณที่เจาะคอจะบวมแดง
เจ็บบริเวณแผล และผู้ป่วยอาจมีไข้ได้



+ การดูแลผู้ป่วย
ผู้ป่วยแผลเจาะคอ

การดูดเสมหะในผู้ป่วยเจาะคอ

1. เมื่อได้ยินเสียงเสมหะ
2. เมื่อผู้ป่วยร้องขอ
3. ก่อนให้อาหารทางสายยางเข้าสู่กระเพาะอาหาร



การดูดเสมหะใน **+**
ผู้ป่วยเจาะคอ

เทคนิคการหายใจแบบห่อปาก

(pursed lip breathing)

สามารถลดการหายใจลำบากในผู้ป่วยกลุ่ม โรคหัวใจ
ลำบากแบบเรื้อรัง เพราะจะทำให้หายใจช้าลง หายใจ
ได้ลึกมากขึ้น ช่วยเพิ่มปริมาตรความจุปอดและ
ลดอัตราการหายใจ ปฏิบัติโดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งโน้มตัว
มาด้านหน้าเล็กน้อย หายใจเข้าทางจมูกนับในใจ 1-2

หลังจากนั้น หายใจออกทางปากคล้ายพิวปากนับในใจ
1-2-3-4 เมื่อหายใจออกหมดแล้ว หายใจเข้าทางจมูก
อีกครั้ง และหายใจออกทางปาก โดยการห่อปาก
เหมือนเดิม 6-8 ครั้งต่อรอบ และพักประมาณ 1-2 นาที
แล้วจึงทำซ้ำอีก 2 รอบ ผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกครั้ง
เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย



การใช้พัดลมช่วยจัดการอาการหายใจลำบาก

การใช้พัดลมมือถือ เพื่อช่วยจัดการอาการหายใจลำบาก การใช้พัดลมช่วยลดอาการหายใจลำบากได้จากความเย็นของแรงลมจากพัดลม จะช่วยให้รับรู้ความรู้สึกหายใจลำบาก/หายใจไม่อึด ได้ลดลง



3. อาการอ่อนเพลียและนอนไม่หลับมากขึ้น

การดูแลเน้นความสบาย จัดทำนอนให้สบาย หาหมอนมาหนุนให้ศีรษะสูงขึ้นเล็กน้อย ไม่ต้องพลิกตัวบ่อยเหมือนเดิม พลิกเฉพาะจำเป็น ดูแลความสะอาดในช่องปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอใช้สำลีชุบน้ำเช็ดบริเวณเหงือก ฟัน ลิ้น ใช้วาสลีนทาเคลือบริมฝีปากไม่ให้แห้ง เช็ดเนื้อตัวให้สบาย เปลี่ยนผ้ารองปัสสาวะ/อุจจาระเมื่อขับถ่ายหรือตามความเหมาะสม



การให้อาหารทางสายยาง

การให้อาหารน้ำหรือยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถ
รับประทานอาหารทางปากได้ แต่ระบบการย่อยอาหาร
และการดูดซึมยังคงเป็นปกติอยู่



การให้อาหารและดูแล
+ ผู้ป่วยทางสายยาง

4. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

มีสาเหตุมากจากการรับรสเสียไป มักพบในผู้ป่วยมะเร็ง ไม่ควรกังวลและไม่ต้องคาดหวังให้ผู้ป่วยรับประทานได้มากๆ ควรจัดอาหารที่ชอบ จัดให้ดูน่ารับประทาน ปริมาณครั้งละน้อย แต่บ่อยครั้ง ในผู้ป่วยบางรายที่แพทย์อาจวางแผนให้ได้รับอาหารหรือน้ำทางสายยาง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับหนึ่ง แต่เมื่อถึงระยะท้ายของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยระยะท้ายอาจไม่แสดงการหิวอาหารหรือน้ำ ในระยะนี้ร่างกายจะไม่

ต้องการอาหารหรือน้ำอีกต่อไป และไม่สามารถนำอาหารไปใช้ประโยชน์ได้ การให้อาหารควรให้เท่าที่ให้ได้ การให้น้ำเกลือ/อาหาร ไม่ช่วยให้สบายขึ้น แต่อาจทำให้สำลัก หรือท้องอืดได้ ทำให้ไม่สบาย ในงานวิจัยพบว่า ในระยะใกล้เสียชีวิต ร่างกายผู้ป่วยจะปรับตัวให้การดูดซึมอาหารและน้ำลดลงแล้วหลังสารเอนโดรฟิน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ถ้ารับประทานอาหารไม่ได้เลย



5. ท้องผูก

อาจมีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อย มีการเคลื่อนไหวลดลง และที่สำคัญคือ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา มอร์ฟีน การดูแลควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา ถ้าไม่ถ่ายใน 3 วัน ควรต้องปรับเพิ่มขนาดยาระบาย เหน็บหรือสวนอุจจาระร่วมด้วย

กิจกรรมการพยาบาล หาก ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ควรกระตุ้นผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยและดื่มน้ำ รวมถึงอาจให้ รับประทานสมุนไพร เช่น มะระขี้นก ซึ่งมีสรรพคุณยา



การดูแลผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง (ทวารเทียม)

“โคลอสโตมีย์” colostomy เป็นวิธีการผ่าตัดเปิดทางออกใหม่บริเวณหน้าท้อง เพื่อเป็นทางให้อุจจาระหรือปัสสาวะผ่านออกภายนอกร่างกาย เรียกว่า ช่องทวารเทียม ซึ่งเป็นปลายของลำไส้ที่เหลือจากการผ่าตัดส่วนที่เป็นก้อนมะเร็ง หรือมีการอุดตันจากสาเหตุต่างๆ ออก มาเปิดบริเวณหน้าท้อง ผู้ป่วยต้องใช้ถุงทวารเทียม ซึ่งก็คือ ชุดอุปกรณ์สำหรับรองรับ

สิ่งขับถ่ายจากทวารเทียมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับถ่ายทางช่องทางปกติได้ ถุงทวารเทียม จะทำหน้าที่แทนในการเก็บสิ่งต่างๆ จากการขับถ่าย ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้อุปกรณ์นี้บ่อยๆ แพทย์จะทุกวัน และหลังการขับถ่ายควรมีการดูแลผิวหนังบริเวณทวารใหม่และเปลี่ยนชุดถุงทวารใหม่อย่างถูกต้อง เพื่อลดอาการระคายเคืองและลดความไม่สบายแก่ผู้ป่วยลงได้



การดูแล
ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ
ทางหน้าท้อง
+ ทวารเทียม

6. คลื่นไส้ อาเจียน

อาจมีสาเหตุมาจากโรคในช่องท้องหรือสมอง ยาและอาการข้างเคียงของยา การดูแลโดยให้รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นฉุน มัน รสจัด รักษาความสะอาดในช่องปาก ดูแลลดความวิตกกังวล กรณีมีอาการมาก แพทย์จะสั่งยาแก้อาเจียนให้

กิจกรรมการพยาบาล คือ ดูแลการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ง่ายขึ้น ไม่ควรฝืนรับประทาน หากรู้สึกคลื่นไส้ ให้รับประทานอาหารมีลักษณะน้อยๆ แต่บ่อยๆ รักษาความสะอาดในช่องปากและทำความสะอาดช่องปากหลังอาเจียน และจัดพื้นที่บางมุมในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน



การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ

- เพื่อป้องกันการระคายเคือง การอักเสบหรือติดเชื้อของผิวหนัง ส่วนใหญ่ใช้กับผู้ป่วยที่เป็นแผลอักเสบของผิวหนังบริเวณฝีเย็บ และขาหนีบ
- เพื่อเป็นช่องทางระบายปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง
- เพื่อช่วยให้กระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยว่าง แล้วค่อยนำตัวอย่างส่งตรวจพิเศษ หรือในระหว่างการผ่าตัด
- เพื่อใช้ในการติดตามวัดปริมาณน้ำปัสสาวะในผู้ป่วยหนัก เช่น ในผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก ผู้ป่วยเสียเลือดมาก
- เพื่อใช้สวนล้างกระเพาะปัสสาวะในรายที่มีเลือดออก มีลิ่มเลือด มีหนองหรือตะกอนจำนวนมากในระบบทางเดินปัสสาวะ ครั้นนั้นจะช่วยลดการติดเชื้อในผู้ป่วย
- เพื่อใช้ในการตรึงท่อปัสสาวะ (Splint) เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของท่อปัสสาวะ
- เพื่อใช้เป็นช่องทางในการใส่ยาเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ใช้ในการรักษาอาการติดเชื้อภายในกระเพาะปัสสาวะ




+ การดูแลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนปัสสาวะ

7. อาการสับสน

อาการเพ้อสับสน Delirium คือ อาการสับสน ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป อันเนื่องมาจากอวัยวะต่างๆ เริ่มหยุดทำงาน เมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยอาจมีอาการนาน 2-3 ชั่วโมง ซึ่งอาจมีอาการตลอดทั้งวัน หรือมีอาการมากขึ้น เมื่อตกกลางคืน หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย

แต่หลักสำคัญในการดูแลคือ พยายามหาสาเหตุที่ยังสามารถรักษาได้ ควบคู่ไปกับการช่วยลดอาการด้วยการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้น ได้พักผ่อน และจากไปอย่างสงบ ควรมีการสื่อสารกับครอบครัวและญาติ เพื่อให้ครอบครัวคลายกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ทีมที่ดูแลควรรักษาอาการอื่นๆ ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมารควบคู่กันไป เช่น อาการปวด อาการปากแห้งแตก เพื่อความสบายของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต



+ อาการสับสน

8. แผลกดทับ

แผลกดทับ คือ ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลายเฉพาะที่จากแรงกด แรงเสียดทาน และแรงเฉือนที่มากกระทำอย่างต่อเนื่อง จนผิวหนังมีรอยแดง มีการแตกทำลายของผิวหนังและมักเกิดในจุดที่รับน้ำหนักของร่างกาย เช่น ก้นกบ และข้อต่างๆ สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายการป้องกันการเกิดแผลกดทับจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด แต่เมื่อผู้ป่วยมีแผลเกิดขึ้นแล้ว การดูแลเพื่อบรรเทาการลุกลามของแผลย่อมส่งผลดีกับผู้ป่วย โดยมีหลักการดูแลสามารถทำได้โดย ควรพลิกตัวทุก 2-4

ชั่วโมงตามความเหมาะสม จัดให้ผู้ป่วยนอน นิ่ง บนที่นอนหรือที่นุ่มๆ เช่น ที่นอนลม แผ่นรองนั่งแบบเจล ใช้หมอนนุ่มๆ รองตามปุ่มกระดูก ดูแลความสะอาดผิวหนังและป้องกันไม่ให้เปียกชื้น คอยตรวจดูสุขภาพผิวหนังทุกครั้ง เมื่อพลิกตะแคงตัว หากพบรอยแดงหรือผิวหนังถลอกด้านใดด้านหนึ่ง ควรหลีกเลี่ยงการนอนทับผิวหนังบริเวณนั้น เมื่อมีแผลต้องรีบรักษาให้หายโดยเร็ว โดยยึดหลักการทำแผลตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์



การดูแลและป้องกัน
ผู้ป่วยจากแผลกดทับ
+ ที่บ้าน

การจัดทำนอนผู้ป่วย

การจัดทำนอนผู้ป่วยต้องเปลี่ยนทุก ๆ 2 ชั่วโมง ช่วยทำให้ลดรอยกดทับ ลดแผลกดทับได้ ถ้ามีรอยแดงควรรีบพลิกตะแคงตัวทันที โดยทำนอนผู้ป่วยเริ่มจากทำนอนหงาย

ท่าที่ 1 ทำนอนหงาย โดยใช้ผ้าขนหนูหรือหมอนใบเล็ก ๆ หนุนไว้ใต้แขนกับข้อมือ ยกแขนข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วยวางหมอนหรือผ้าขนหนูไว้ข้างใต้ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่รู้สึกสบาย ใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กให้ผู้ป่วยกำเพื่อลดแรงดึงตัวของกล้ามเนื้อ ส่วนปลายเท้าเราจะใช้หมอนรองเพื่อป้องกันเท้าตกให้เท้าตั้งอยู่แนวตรง

ท่าที่ 2 การจัดทำนอนตะแคง โดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงมือจะจับที่ไหล่และข้อสะโพก พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยมา

โดยให้ผู้ป่วยงอขาอีกด้านแล้วพลิกตัวตะแคงตัวมาแล้วใช้หมอนให้ผู้ป่วยวางแขน เพื่อที่ให้เกิดความสบายที่ข้อมือและมือ ใช้ผ้าขนหนูก่ลดอาการเกร็งส่วนที่ขาด้านล่างให้เหยียดตรง แล้วด้านบนให้วางบนหมอนโดยให้เต็มถึงเท้า ส่วนสายปัสสาวะเราจะพับสายแล้วย้ายมาไว้ด้านที่เรานอนตะแคง เพื่อป้องกันสายหลุด

การจัดทำนอนหัวสูง ใช้หมอนอีกใบหนุนใต้ศีรษะผู้ป่วยเพื่อที่ทำให้หัวสูงขึ้นมาจากระดับปกติ ส่วนที่ขาเราจะใช้หมอนข้างรองไว้ที่ใต้ข้อพับขาทั้ง 2 ข้างโดยผู้ป่วยจะนอนในท่าที่รู้สึกสบาย ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงปรับระดับได้จะปรับศีรษะได้ที่ 45 องศา ส่วนที่ขาปรับระดับที่ 30 องศา



การจัดทำนอน
+ ผู้ป่วย

การดูแลด้านจิตใจ

ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความกลัว กลัวตาย กลัวตาย กลัวความเจ็บปวด กลัวถูกทอดทิ้ง รู้สึกตนเองไม่มีค่า อาจมีอาการโกรธ รู้สึกช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น ท้อแท้ สิ้นหวัง ควรให้กำลังใจอยู่เป็นเพื่อน รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการระบายให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลให้คลายวิตกกังวล ให้ปล่อยวาง การหากิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจให้ทำ การประกอบกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ สามารถช่วยยืดเหนี่ยวจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่ใช่เรื่องง่าย แต่ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ต้องการการดูแลที่บ้าน ทั้งนี้ครอบครัวต้องซึ้งน้ำหนักถึงภาวะที่จะเกิดขึ้น และคุณค่าทางจิตใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะและความรู้ในการดูแล สามารถฝึกฝนและเรียนรู้ได้ ดังนั้นจึงอย่ากังวล ถ้าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ผลดีจะเกิดประการณ์มากมาย จะทำให้รู้สึกประทับใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ปฏิบัติตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย



การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต

ในช่วงวันท้ายๆ ของชีวิต ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ เช่น รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยลง จึงไม่ควรกระตุ้นเคຍให้รับประทานอาหาร หรือให้น้ำเกลือและสอดสายให้อาหาร เพราะจะทำให้ทรมานมากขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการอ่อนเพลีย ง่วง ซึม ดังนั้นไม่จำเป็นต้องให้การพลิกตัว วัดความดัน ใส่สายสวนปัสสาวะ สอดท่อในคอ หากผู้ป่วยมีเสมหะมาก ควรเลือกวิธีการดูแลที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด เช่น การใช้ยาลดเสมหะดีกว่าวิธีการดูดเสมหะ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยทรมานเพิ่มขึ้น เมื่อถึงช่วงเวลานี้ความเจ็บปวดต่างๆ จะลดลงเนื่องจากระบบประสาททำงานไม่ดี การรับรู้และ

ความเจ็บปวดจะน้อยลงจนไม่รู้สึกร จึงไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดอีกต่อไป ผู้ป่วยบางรายที่อาการทรุดมาตลอด ได้แก่ หลับตลอดเวลา ไม่มีการตอบสนอง แต่แล้วกลับมาอาการดีขึ้น เช่น รับประทานอาหารได้ พูดจาได้ ร่างกายดีขึ้นอย่างอัศจรรย์ ในช่วง 1-2 วัน ซึ่งคนโบราณบอกว่า อาการของผู้ป่วยก่อนตายนี้ เป็นสัญญาณให้ญาติได้เตรียมการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่พยายามเหนี่ยวรั้งชีวิต ด้วยการรักษาต่างๆ ที่จะไปกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดทรมานจนผู้ป่วยไม่อาจตั้งสติให้อยู่ในความสงบนิ่งได้



มาตรา 12 หนังสือแสดงเจตจำนงก่อนเสียชีวิต

กฎหมายน่ารู้ ประเทศไทยเรามีกฎหมายเกี่ยวกับ “สิทธิ” เลือก “ตายดี” ในวาระท้ายของชีวิตตาม มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิทธิการตายดีตามธรรมชาติไม่ใช่การุณฆาตไม่ใช่การเร่งให้ตายเร็วขึ้น พร้อมคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยที่ได้ทำหนังสือแสดงไว้ให้ถือว่าการกระทำนั้นไม่เป็นความผิดและให้พ้นจากการรับผิดชอบ

สิทธิที่คุณเลือกตัดสินใจและวางแผนดูแลตัวเองในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ ด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อแสดงความจำนงล่วงหน้าในการเลือกปฏิเสธการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

1. การเขียนหนังสือฯ นี้ ไม่ได้หมายความว่า เมื่อปฏิเสธการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตแล้ว จะไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ เพราะแพทย์พยาบาลจะยังคงให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ไม่ให้เจ็บป่วยทรมาน
2. สามารถเขียนหนังสือฯ ด้วยลายมือ หรือพิมพ์ก็ได้ โดยต้องลงลายมือชื่อผู้ทำหนังสือเจตนา และลายมือชื่อพยานกำกับไว้ด้วย
3. สามารถใช้แบบฟอร์มตัวอย่างที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำขึ้น หรือจะเขียน หรือพิมพ์ด้วยตัวเองใหม่ทั้งฉบับก็ได้ (ดาวน์โหลดได้ที่ www.thailivingwill.in.th)
4. ผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถทำหนังสือฯ ได้ ส่วนผู้ที่มีอายุต่ำกว่านี้ ควรให้พ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ดูแลมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือกับแพทย์
5. เมื่อเขียนหนังสือฯ เสร็จแล้ว ให้พกติดตัว หรือแจ้งให้โรงพยาบาลที่เข้ารับบริการ หรือบอกลูกหลานคนใกล้ชิดให้ทราบว่าได้เขียนหนังสือฯ ไว้
6. หากอยู่ในภาวะซึมเศร้า หรืออาการจิตเวชอื่นๆ ต้องให้จิตแพทย์ประเมินก่อน
7. หนังสือฯ มีได้หลายฉบับ จึงจำเป็นต้องระบุวันที่เขียนไว้ และให้ยึดเอาวันที่ล่าสุดเป็นหลัก
8. เมื่อเขียนหนังสือฯ แล้ว ต่อมาเกิดเปลี่ยนใจก็สามารถยกเลิกได้ภายหลัง



ตัวอย่าง การเขียนหนังสือแสดงเจตนา เพื่อแสดงความจำนงล่วงหน้าในการเลือกปฏิเสธการรักษาของบุคคลต่างๆ ในสังคมไทย

มาตรา 12 หนังสือแสดงเจตจำนงก่อนเสียชีวิต

หนังสือ “แสดงเจตนา” หมายถึง หนังสือแสดงเจตนา ล่วงหน้าของบุคคลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยให้มีผลเมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่อาจจะแสดงเจตนาด้วยตนเองได้ โดยวิธีสื่อสารตามปกติ และให้หมายความรวมถึงเอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์ที่บุคคลสามารถแสดงเจตนาได้ “บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการทางการแพทย์หรือวิธีการอื่นใด ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตัดสินใจนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อวัตถุประสงค์จะ

ยืดการตายออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นไปจากความตาย หรือพ้นจากการทรมานโดยสิ้นเชิงได้ โดยรวมถึงการช่วยการหายใจ การให้ยาเพิ่มหรือลดความดันโลหิตและชีพจรชั่วคราว การถ่ายเลือด การล้างไต และวิธีการอื่นทำนองเดียวกัน แต่ไม่รวมถึงการให้ยาหรือวิธีการใดที่จะระงับความเจ็บปวดเฉพะคราว

“วาระ สุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจจะรักษาให้หายได้และจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทั่วไปในทางวิชาชีพ เห็นว่า ภาวะนั้นจะนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาที่ไม่นาน และให้รวมถึงภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพักถาวรด้วย

หนังสือแสดงเจตนา
เพื่อแสดงความจำนงล่วงหน้า
ในการเลือกปฏิเสธการรักษา

Living Will



การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (Family Meeting)

คือ การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแลหรือที่เรียกว่า “Family Meeting” เพื่อให้มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่ดี ทีมที่ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและแผนการดูแลรักษาที่ตรงกัน หรือการตัดสินใจเรื่องการรักษา ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวของผู้ป่วยนับว่ามีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแล ตลอดจนมีส่วนช่วยผู้ป่วยในกระบวนการตัดสินใจเรื่องเป้าหมายของการดูแลรักษา ดังนั้นการจัดประชุมจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้

มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาร่วมกัน

เป้าหมายของการทำ Family Meeting คือ

- เพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างทีมกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับตัวโรคและระยะของโรค รวมไปถึงการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
- เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายหลักของการดูแลและแนวทางของการดูแลผู้ป่วยในอนาคต
- เพื่อให้ทีมได้ประเมินความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวและวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

FAMILY MEETINGS

พูดคุยระหว่างทีมที่ดูแลกับครอบครัว



ทีมดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม ซึ่งหมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Teamwork) เป็นการทำงานที่ประสานงานร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไป แต่มากหรือน้อยขึ้นกับบริบทของพื้นที่ องค์ประกอบของทีมอาจแตกต่างกันไป

โดยทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย (กรมการแพทย์, 2551)

- แพทย์ (แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความจำเป็นของผู้ป่วย)
- พยาบาล บุคลากรสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด โภชนากร ฯลฯ
- บุคลากรอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ พระนักบวช หมอนวด แพทย์แผนโบราณ ฯลฯ
- ครอบครัวญาติ และเพื่อนบ้าน
- อาสาสมัคร



แพทย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย



เอกสารอ้างอิง

กิตติกร นิลมานันต์. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: ชานเมืองการพิมพ์.

นภา หลิมรัตน์ และศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

บุญชื่น อิ่มมาก.ออสโตมี คลินิก งานการพยาบาลศัลยกรรม กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี. (2559). การดูแลตนเองเมื่อมีทวารใหม่ระบบทางเดินอาหาร. ค้นหาเมื่อวันที่10 สิงหาคม 2561, จาก URL file:///C:/Users/Administrator/Downloads/cd1eb4bc7864844e1af652812ead1e80_2.pdf ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ และศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2557). คู่มือการให้ยาได้ผิวหนังผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับทีมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2556). คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล Nursing Manual. ค้นหาเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 256, จาก URL <http://www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/6-audit-2> พรปวีร์ณ อธิธัญชัยพงษ์. (บรรณาธิการ). (2558). แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท.

ลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์.

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2560). Handbook for palliative guidelines NHK,U.K. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (ม.ป.พ.). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (TERMINAL CARE). ค้นหาเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2561, จาก URL <https://med.mahidol.ac.th/palliative/article/09may2017-0953> สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบการพยาบาลแบบประคับประคอง.กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์ สื่อตะวันจำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). (2557). คู่มือผู้ให้บริการการสาธารณสุขกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: บริษัทที่ คิว พี จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). (2560). คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care). พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด.

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจาก มะเร็ง. ฉบับที่1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ สปสช. และ สช.



โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

การดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย

Palliative Care