



โรงพยาบาลฟักท่า
ระเบียบปฏิบัติ
เรื่อง

แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง


ทีม/งาน PCT

เอกสารเลขที่.....SGP-PCT-018-00.....

ชื่อ - สกุล		ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	นางสาวธนพร ปัญญาสงค์		26 เมษายน 2567
ผู้ทบทวน	นายแพทย์รัชพงษ์ สมบัติพานิช		26 เมษายน 2567
ผู้อนุมัติ	แพทย์หญิงพรสวรรค์ มีชิน		26 เมษายน 2567

บันทึกการประกาศใช้ / ทบทวนปรับปรุงเอกสาร

การปรับปรุงครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดการประกาศใช้ / ปรับปรุงเอกสาร
1	26 เมษายน 2567	ประกาศใช้แนวทางปฏิบัติ

	โรงพยาบาลฟักท่า Faktha Hospital	ฉบับที่ : A
		หน้า 1/43 จำนวน 43 หน้า
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-PCT-018-00		วันที่เริ่มใช้ : 26 เมษายน 2567
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		แก้ไขครั้งที่ : -
ทีม/งาน : อายุรกรรม		ทีม/งานที่เกี่ยวข้อง : PCT
ผู้จัดทำ : นางสาวธนพร ปัญญาสงค์		ผู้อนุมัติ : แพทย์หญิงพรสวรรค์ มีชิน

1. นโยบาย ผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองได้รับการดูแลแบบองค์รวม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้มีความสุขสบาย ลดความปวดและความทุกข์ทรมาน

2. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการประเมินเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม ครอบคลุมในทุกมิติของการดูแล (ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ)
- 1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้วางแผนร่วมกัน และมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับการสูญเสียหรือการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของชีวิต

3. ขอบเขต แนวทางการดูแลนี้ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินเข้าสู่กระบวนการการดูแลแบบประคับประคองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลฟักท่า

4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 แพทย์ มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการประเมิน การวินิจฉัย ให้การรักษา และจัดการอาการรบกวนต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และช่วยผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการดูแล(Gold of care) รวมถึงการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (advance care plan) ส่งเสริมให้เข้าถึงบริการต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกโรงพยาบาลในการดูแลต่อเนื่อง รับผิดชอบคำปรึกษาแก่ที่สหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล และช่วยในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

4.2 พยาบาลPCWN มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ช่วยแพทย์ในการประเมิน การดูแล รักษา จัดการภาวะสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมทั้งให้คำแนะนำแพทย์ทั่วไปในการสั่งการรักษา การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ และการส่งยาครอบคลุมพิเศษ เช่น มอร์ฟีน ภายใต้การกำกับทีมแพทย์ประคับประคอง ช่วยประสานการดูแล ให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาหอบด้านให้กับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาและส่งดูแลต่อเนื่อง เพื่อรับการดูแลแบบประคับประคองทุกราย เตรียมการบันทึกและมีการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง/แม่นยำ ต่อเนื่อง ในประวัติการรึกษาและแบบบันทึกต่างๆ ช่วยพัฒนาแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ดี และพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

4.3 พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ช่วยแพทย์ในการประเมิน การดูแล รักษา จัดการภาวะสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง เตรียมการบันทึกและมีการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง/แม่นยำ ต่อเนื่อง ในประวัติการรึกษาและแบบบันทึกต่างๆ ช่วยพัฒนาแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ดีและพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

4.4 พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่ประเมินรักษา ให้คำปรึกษา และให้การดูแลเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

4.5 เกสัชกร มีหน้าที่ในการช่วยตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ เช่น ขนาดยาและวิธีการบริหารยาที่เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย ข้อห้ามใช้ยา ติดตามผลของการได้รับยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น และให้คำปรึกษา คำแนะนำด้านยาทั้งในและนอกโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ ทบทวนประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย และประสานรายการยาต่อเนื่อง ทำงานร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อช่วยจัดการดูแลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

4.6 นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ตรวจประเมิน และบำบัดความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดจากสภาวะของโรค หรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ การป้องกัน และแก้ไขการเกิดข้อติดต่างๆ

4.7 แพทย์แผนไทย มีหน้าที่จัดบริการแพทย์แผนไทยโดยการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพ นำสมุนไพรมาบูรณาการในการบำบัดบรรเทาอาการเจ็บปวด รวมถึงการสมาธิบำบัดแบบ SKT และกายบริหารท่าฤๅษีดัดตน และการใช้น้ำมันกัญชา

4.7 กลุ่มงานปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองในชุมชน เพื่อรับการประเมินการดูแลแบบประคับประคอง และมีหน้าที่ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

5. คำนิยามศัพท์ “แนวทางการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลพากท่าฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยอ้างอิงจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ปี2563 ของกรมการแพทย์ และ แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลศูนย์การุณรักษ์ ปี2563 ของศูนย์การุณรักษ์ โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องดังนี้”

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า เป็นโรคที่ไม่สามารถจะรักษาให้หายได้ และพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า หรือเป็นผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการใดๆ อาการจะทรุดลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุด เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิตเป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยมุ่งเน้นที่การจัดการอาการไม่สุขสบายทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณรวมทั้งดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การดูแลแบบประคับประคองสามารถทำร่วมกับการรักษาตัวโรคหรือ life-prolonging treatment ซึ่งตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยมีเป้าหมายหลักคือให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นได้

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team)/ทีมดูแลประคับประคอง ประกอบด้วยบุคลากรหลายวิชาชีพมารวมกันได้แก่แพทย์ พยาบาลPCWN พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวช เกสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย กลุ่มงานปฐมภูมิ ผู้นำจิตวิญญาณ เพื่อนำความรู้ความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติอย่างองค์รวม รวมถึงการดูแลครอบครัว และเป็นการดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ผู้ดูแล (caregiver) คือเครือญาติ ผู้สนิทสนม หรือบุคคลภายนอกที่ถูกจ้างในการดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่มีสิทธิในการตัดสินใจหรือวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย

ผู้ให้การดูแลหลัก (primary care giver) คือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในทุกระดับของการดูแลอาจไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดามารดาดูแลบุตรที่ป่วยร่วมกัน สามิดูแลภรรยา หรือน้องสาวดูแลพี่สาวร่วมกับบิดามารดา มีหน้าที่ในการตัดสินใจ วางแผนการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วย

ครอบครัว (family) คือผู้ที่ใกล้ชิดและรักใคร่ผู้ป่วย ซึ่งได้แก่พี่น้องร่วมสายเลือด ครอบครัวที่สนิทสนม เกี่ยวพันทางการ แต่งงานหรือติดต่อกัน รวมถึงเพื่อนสนิท และสัตว์เลี้ยง

Palliative Performance Scale (PPS) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เป็นเพียงเครื่องมือที่ทำให้แพทย์หรือทีมที่ดูแลนำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆที่มี ณ เวลาที่ประเมิน อาการที่ควรประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่งวงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning /ACP) คือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่เคารพความเป็นปัจเจกชนของบุคคล โดยให้บุคคล มีส่วนร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ที่ไม่เจ็บป่วยหรือผู้ป่วยก็สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อตัดสินใจแนวทางในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองในอนาคตตามที่ต้องการได้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รุนแรงและรักษาไม่หาย รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากหากผู้ป่วยและญาติได้ร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับบุคลากรสุขภาพ จะทำให้บุคลากรด้านสุขภาพทราบถึงเป้าหมายและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว

การจัดประชุมพูดคุยระหว่างทีมที่ดูแลกับครอบครัว (Family meeting) คือ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและวางแผนการดูแลรักษาที่ตรงกันระหว่างทีมที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว หรือการตัดสินใจเรื่องการรักษาระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน ในกรณีเหล่านี้ก็อาจจะไม่มีความจำเป็นนักที่ต้องจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน

อาการรบกวน (symptom) หมายถึง อาการทางกาย และ/หรืออาการทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียนท้องผูก ท้องเสีย ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด เป็นต้น

คลินิกกัลยณรักษ์ หมายถึง การจัดบริการคลินิกที่ไว้รับวินิจฉัย การประเมินอาการ การจัดการอาการ รบกวน Pain clinic การทำ advance care planning /ACP และดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาล พากท่า มีคลินิกช่วงเวลารับปรึกษาของเดือน และวันพุธสัปดาห์ที่3 ของเดือน เวลา 08.30-16.30น.

ศูนย์ COC / HHC หมายถึง ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไว้ติดต่อประสานส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบประคับประคอง

6. แนวทางปฏิบัติ

6.1งานคลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<p>1. พยาบาล PCWN หรือ พยาบาลประจำคลินิกต่างๆ ใช้แบบคัดกรอง PALLIATIVE CONSULTATION RECORD (PC -01) คัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาลประจำคลินิกต่างๆ (ตามข้อบ่งชี้การวินิจฉัย Inclusion criteria 11 โรค (เอกสารแนบท้ายหน้า14.)</p> <p>2. กลุ่มงานปฐมภูมิคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุ IMC LTC(ตามข้อบ่งชี้การวินิจฉัย Inclusion criteria 11 โรค (เอกสารแนบท้ายหน้า14.)นัดผู้ป่วยเข้าคลินิก กัลญาณรักษ์ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลPCWN ประเมินซ้ำ</p> <p>3.รับข้อมูลจากGroup line ของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย Palliative care โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง</p>	<p>10 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาล PCWN - พยาบาลประจำคลินิก 11 กลุ่มโรค - กลุ่มงานปฐม
<p>1. แพทย์วินิจฉัย ผู้ป่วยระยะประคับประคอง(Palliative Care Z51.5) ตาม 11 กลุ่มโรคที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>2.การบันทึกในระบบแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง โดยลงรหัสวินิจฉัย Z515พยาบาลบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Hosxp ของโรงพยาบาล note pop up Palliative care และนำเอกสารส่งสแกนเข้าไว้ในฐานข้อมูล</p> <p>3.พยาบาล PCWN ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะประคับประคองใน Google from</p>	<p>10 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์/แพทย์ประจำคลินิก - พยาบาล PCWN 	
		<p>1 วัน</p>	

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
<p>ขั้นตอนการปฏิบัติงาน</p> <p>1. หนดผู้ป่วยรายใหม่/รายเก่า เข้าคลินิก กัลยาณรักษ์</p> <p>2. ประเมิน PPS และ ESAS ติดตามอาการ</p> <p>3. ทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลPCWN ให้ความรู้ข้อมูลเสริมพลัง</p> <p>4. วางแผนการดูแลตนเอง</p> <p>5. แพทย์วินิจฉัย Z71.8 มีแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า</p> <p>6. การบันทึกในระบบแพทย์วินิจฉัยพยาบาลบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Hosxp</p>	<p>1. หนดผู้ป่วยรายใหม่/รายเก่า เข้าคลินิก กัลยาณรักษ์ ในวันพุธแรกของเดือน และวันพุธที่ 3 ของเดือน โดยแบ่งการนัดผู้ป่วยตามการประเมิน PPS</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPS 70 – 100% นัดทุก 1 เดือน - PPS 40 – 60 % นัดทุก 1 เดือน - PPS ≤ 30% นัดทุก 2 สัปดาห์ <p>หากผู้ป่วยไม่มาตามนัดหรืออาการคงที่ นัดทุก 1 เดือน หรือติดตามเยี่ยมบ้าน</p> <p>2. พยาบาล PCWN ดูแลผู้ป่วยในคลินิก โดยใช้แบบประเมิน PPS (PC-03) และ ESAS (PC-04)</p> <p>3. ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การพยาบาล และให้ข้อมูลเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>10 นาที</p> <p>20 นาที</p> <p>20 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาล PCWN - เกสเซอร์ - นักโภชนาการ - นักกายภาพ - แพทย์แผนไทย
<p>ขั้นตอนการปฏิบัติงาน</p> <p>1. วางแผนการดูแลตนเอง</p> <p>2. แพทย์วินิจฉัย Z71.8 มีแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า</p> <p>3. การบันทึกในระบบแพทย์วินิจฉัยพยาบาลบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Hosxp</p>	<p>1. แพทย์ พยาบาล PCWN ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ วางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ร่วมกัน หากวางแผนร่วมกันไม่ได้ ติดตามนัดครั้งต่อไปที่คลินิกกัลยาณรักษ์</p> <p>2. วางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ร่วมกัน แพทย์วินิจฉัย Z71.8</p> <p>3. พยาบาลบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Hosxp ของโรงพยาบาล note pop up Palliative care และนำเอกสารส่งสแกนเข้าไว้ในฐานข้อมูล ให้เอกสารสมุดประจำตัวไว้ที่ผู้ป่วย</p> <p>**ใช้เอกสาร PC-05 (advance care plan)</p>	<p>20 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ประจำคลินิก - พยาบาล PCWN - เจ้าหน้าที่ห้องบัตร

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
<pre> graph TD Start([Palliative at ER]) --> Eval{ประเมิน PC-01} Eval -- ไม่ใช่ --> Care[รักษาตามอาการ] Eval -- ใช่ --> New[รายใหม่] Eval -- ใช่ --> Old[รายเก่า] New --> EvalNew[ประเมิน PPS และ ESAS] Old --> EvalOld[ประเมิน PPS และ ESAS ทบทวนแผนการดูแลตนเอง ล่วงหน้า(advance care plan)] EvalNew --> Admit[จำหน่าย/admit] EvalOld --> Admit Admit --> End([ส่งข้อมูลให้พยาบาล PCWN และนัดเข้าคลินิก กัลยาณรักษ์]) </pre>	<p>1.พยาบาลห้องฉุกเฉินคัดกรองผู้ป่วย ใช้แบบคัดกรอง PALLIATIVE CONSULTATION RECORD (PC -01)</p> <p>2. พยาบาลห้องฉุกเฉินประเมินว่าผู้ป่วยรายเก่าหรือผู้ป่วยรายใหม่</p> <p>2.1ผู้ป่วยรายใหม่ ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมิน PPS (PC-03)และประเมินอาการรบกวนตามแบบประเมิน ESAS (PC-04)</p> <p>2.2 ผู้ป่วยรายเก่า แสดงสมุดประจำตัว/pop up ในHosxp. ทบทวนแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า(advance care plan) (PC-05) ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมิน PPS (PC-03)และประเมินอาการรบกวนตามแบบประเมิน ESAS (PC-04)</p> <p>3.แพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉิน ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามระดับ PPS 3 ระยะ (ตามเอกสารหน้าี่22) และให้การดูแลจัดการอาการรบกวนตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (ตามเอกสารหน้าี่18)</p> <p>4.จำหน่าย/admit กรณีผู้ป่วยรายใหม่ พยาบาลห้องฉุกเฉินแจ้งรายชื่อผู้ป่วยรายใหม่ให้กับพยาบาลPCWN และนัดเข้าคลินิก กัลยาณรักษ์ ในวันพุธแรกของเดือน และวันพุธที่ 3 ของเดือน โดยแบ่งการนัดผู้ป่วยตามการประเมิน PPS</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPS 70 – 100% นัดทุก 1 เดือน - PPS 40 – 60 % นัดทุก 1 เดือน - PPS ≤ 30% นัดทุก 2 สัปดาห์ 	<p>1 ชั่วโมง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เวรที่ห้องฉุกเฉิน - พยาบาลห้องฉุกเฉิน -พยาบาล PCWN

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<p>1. แกรรับผู้ป่วยพยาบาลที่ติดผู้ป่วยใน ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน PPS (PC-03) จัดผู้ป่วยอยู่ในโซนการดูแลที่เหมาะสม PPS≥30 ดูแลโซนห้องผู้ป่วยรวมชาย/หญิง และ PPS≤20 จัดอยู่ในห้องพิเศษ 1</p> <p>2. พยาบาลติดผู้ป่วยในประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมิน PPS (PC-03) ประเมินอาการรบกวนตามแบบประเมิน ESAS (PC-04) และ ทบทวนแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (advance care plan) (PC-05)</p> <p>3. แพทย์เวรและพยาบาลที่ติดผู้ป่วยในให้การดูแลตามระยะการดูแลของผู้ป่วย (ตามเอกสารหน้าที่.22)(ระยะ3)และทีมสหสาขาวิชาชีพให้ข้อมูลเสริมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง</p> <p>4. การวางแผนการจำหน่าย ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคองตามระยะการแบ่งของ PPS 3 ระยะ ให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน จัดหาและสอนการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่บ้าน ตาม Palliative Care Discharge Checklist(เอกสารหน้าที่ 42)</p> <p>5. จำหน่าย นัดติดตามอาการที่คลินิก กัลยาณรักษ์และ ส่งต่อ HHC ติดตามเยี่ยมบ้าน นัดผู้ป่วยรายใหม่/รายเก่า เข้าคลินิกการดูแลแบบประคับประคองที่ติดผู้ป่วยนอก ในวันพุธแรกของเดือน และวันพุธที่ 3 ของเดือน โดยแบ่งการนัดผู้ป่วยตามการประเมิน PPS หรือ ติดตามเยี่ยมบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPS 70 – 100% นัดทุก 1 เดือน หรือ ติดตามเยี่ยมบ้าน - PPS 40 – 60 % นัดทุก 1 เดือน หรือ ติดตามเยี่ยมบ้าน - PPS ≤ 30% นัดทุก 2 สัปดาห์ หากอาการคงที่ นัดทุก 1 เดือน หรือติดตามเยี่ยมบ้าน 	<p>10 นาที</p> <p>10-20 นาที</p> <p>20 นาที</p> <p>30 นาที</p> <p>20 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เวร - ทีมสหสาขาวิชาชีพ - พยาบาลติดผู้ป่วยใน

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<ol style="list-style-type: none"> 1.พยาบาลตักผู้ป่วยในประเมิน PPS พบผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ dying $\leq 20\%$ 2.พยาบาลทบทวนแผนการดูแลตาม ACP (PC-05) เช่นเอกสาร DNR (ตามเอกสารหน้าที่.31) 3. พยาบาลประเมิน PPS (PC-03) และ ESAS (PC-04) จัดการปัญหาและอาการรบกวนตามอาการ 4.พยาบาลประเมินICP (การประเมิน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ) (ตามเอกสารหน้าที่.26) 5.พยาบาลWardและพยาบาลPCWN ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนการจำหน่าย ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคองตามระยะการแบ่งของ PPS 3 ระยะ 6.แพทย์เวรและพยาบาลให้การดูแลและให้ยาในผู้ป่วยระยะ dying (เอกสารหน้าที่ 18,24หรือ26) 	<p>10 นาที</p> <p>20 นาที</p> <p>10-30 นาที</p> <p>10-20 นาที</p> <p>10-30 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เวร - พยาบาลตักผู้ป่วยใน - ทีมสหสาขาวิชาชีพ
<p>plan เสียชีวิต โรงพยาบาล</p> <p>Plan เสียชีวิต บ้าน</p> <p>ให้ความรู้ สอน และจัดหาอุปกรณ์</p> <p>ส่งต่อ HHC</p> <p>ติดตามเยี่ยมบ้าน/ Bereavement Care</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.วางแผนการจำหน่าย และจำหน่าย <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Plan of death ที่โรงพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - จัดอยู่ห้องพิเศษ 1 - เปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติ ประกอบพิธีกรรมทางความเชื่อและพิธีกรรมทางศาสนา - ออกใบรับรองการเสียชีวิต - ออบน้ำศพ/รับ-ส่ง ที่บ้านเมื่อเสียชีวิต - เคลื่อนย้ายศพ Family support 1.2 Plan of death ที่บ้าน <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน จัดหาและสอนการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่บ้าน ตาม Palliative Care Discharge Checklist(เอกสารหน้าที่42) <ul style="list-style-type: none"> - ส่งต่อทีม HHC ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2. ติดตามเยี่ยมบ้าน/ส่งผู้ป่วยที่บ้าน 2. ติดตามเยี่ยมบ้านและ Bereavement Care 	<p>30 – 60 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทีมสหสาขาวิชาชีพ - แพทย์เวร - พยาบาลตักผู้ป่วยใน - หน่วยงานปฐมภูมิ - อสม - ทีม HHC - พนักงานขับรถ

7. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)
1	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	มากกว่าร้อยละ 55
2	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	มากกว่าร้อยละ 45
3	ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	มากกว่าร้อยละ 60
4	ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมในการดูแลแบบประคับประคอง	มากกว่าร้อยละ 60
5	ร้อยละความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย	มากกว่าร้อยละ 80
6	อัตราของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการประเมินด้วย PPSV2	ร้อยละ 100

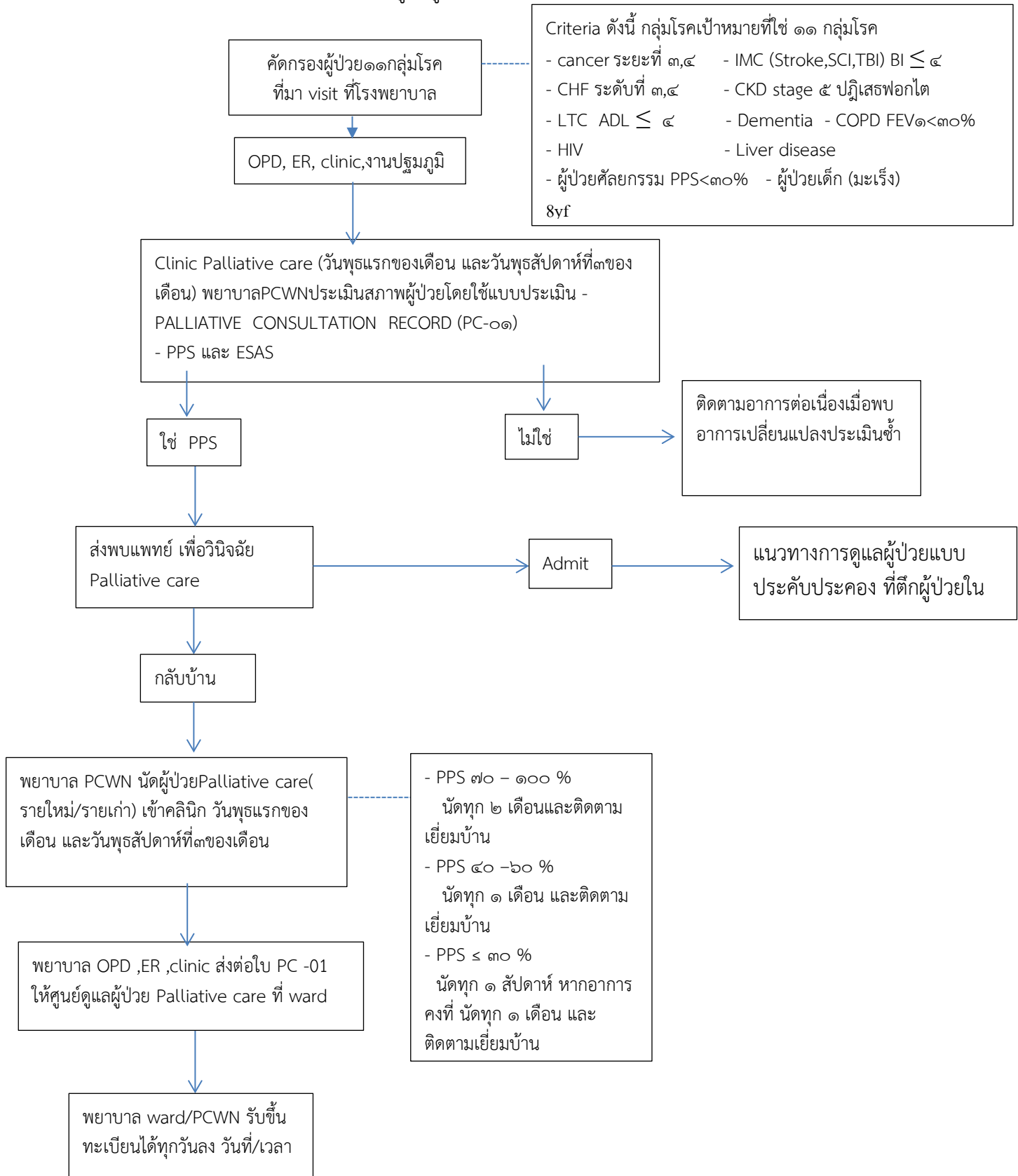
8. เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์).พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์;2563.

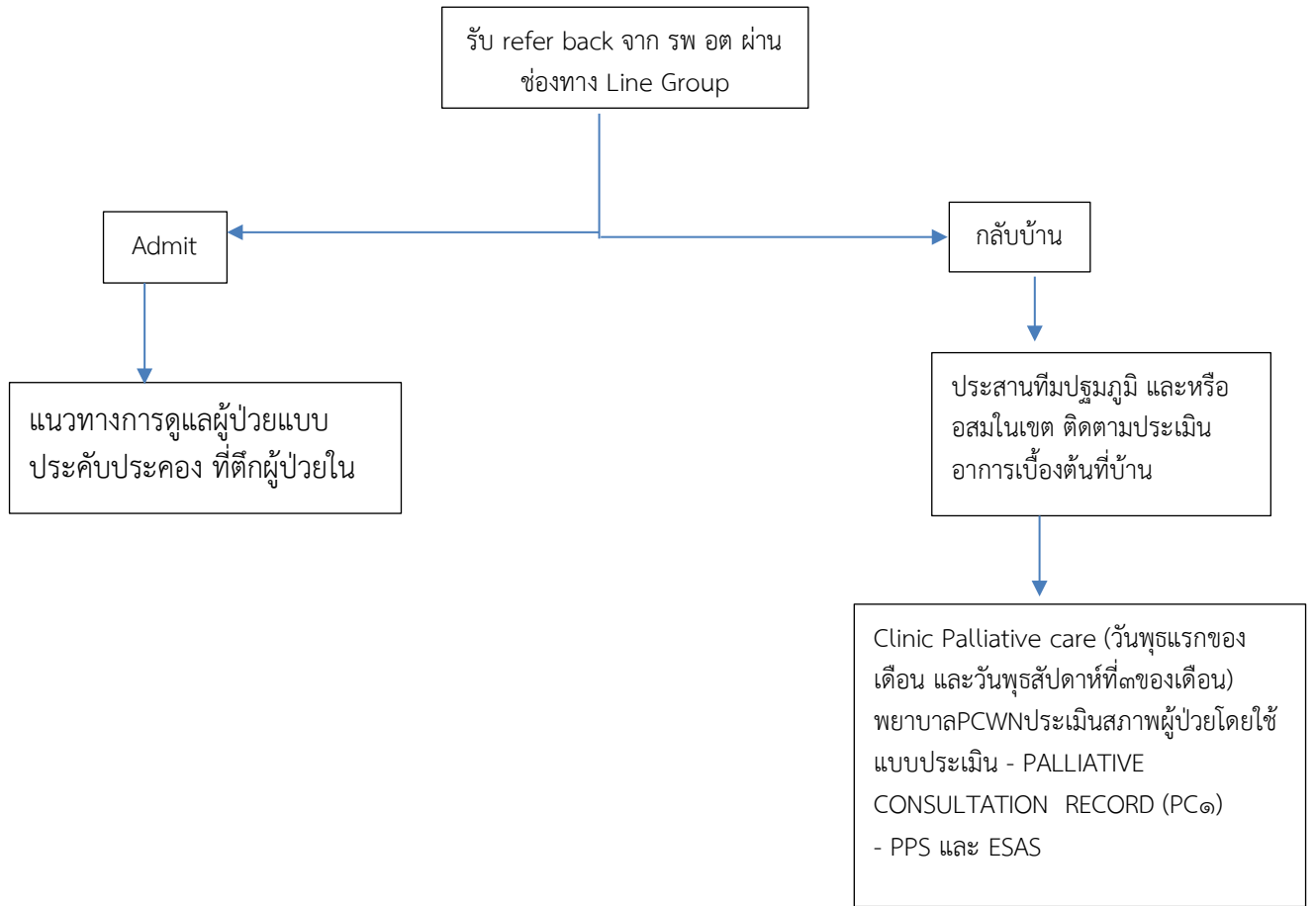
รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุลและพว.ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ(ศูนย์การุณรักษ์),แนวทางการดำเนินงาน ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลศูนย์การุณรักษ์.พิมพ์ครั้งที่ 1.ขอนแก่น : สำนักพิมพ์คลังนานาวิทยา;2563

9. ภาคผนวก

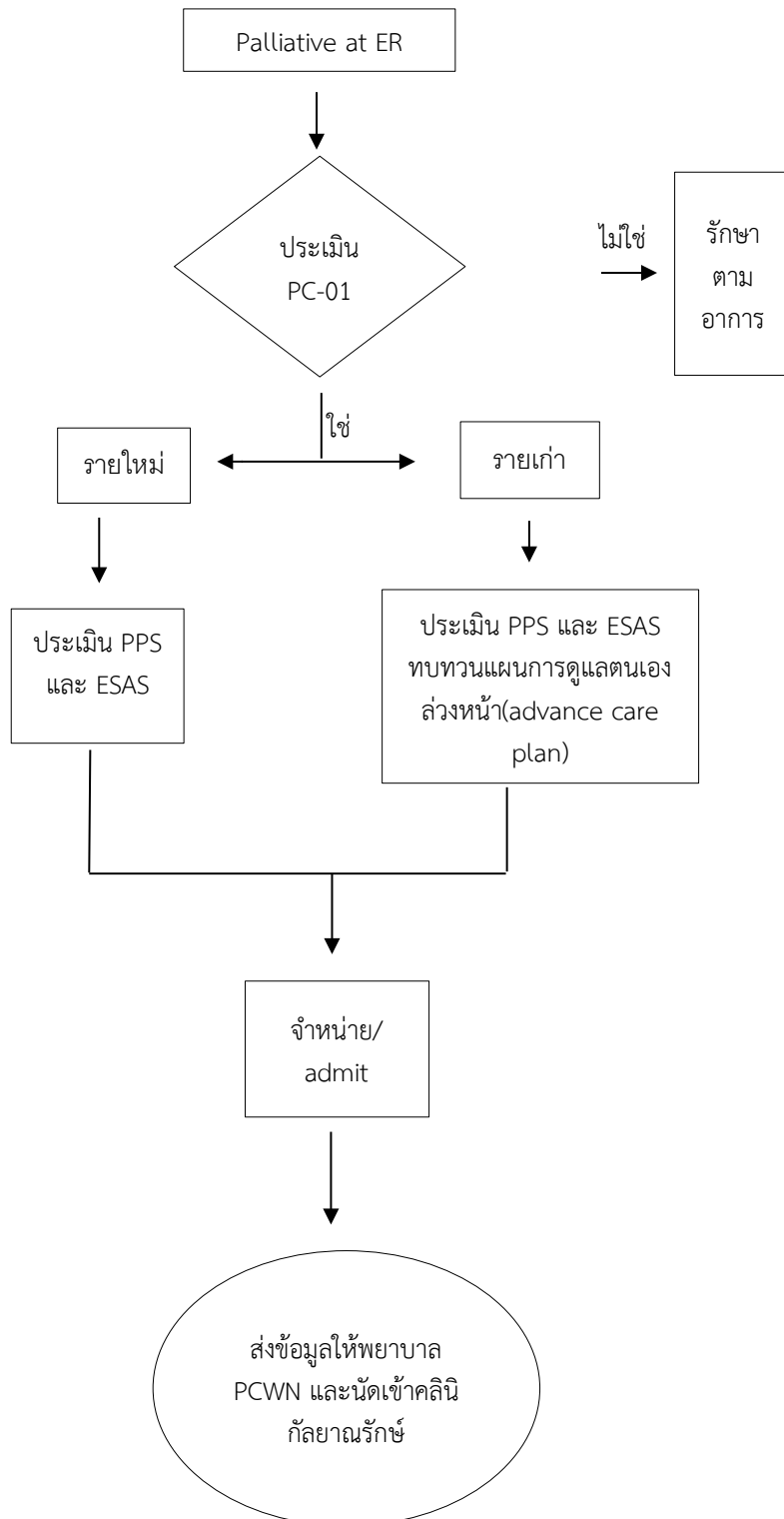
แนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลฟากท่า



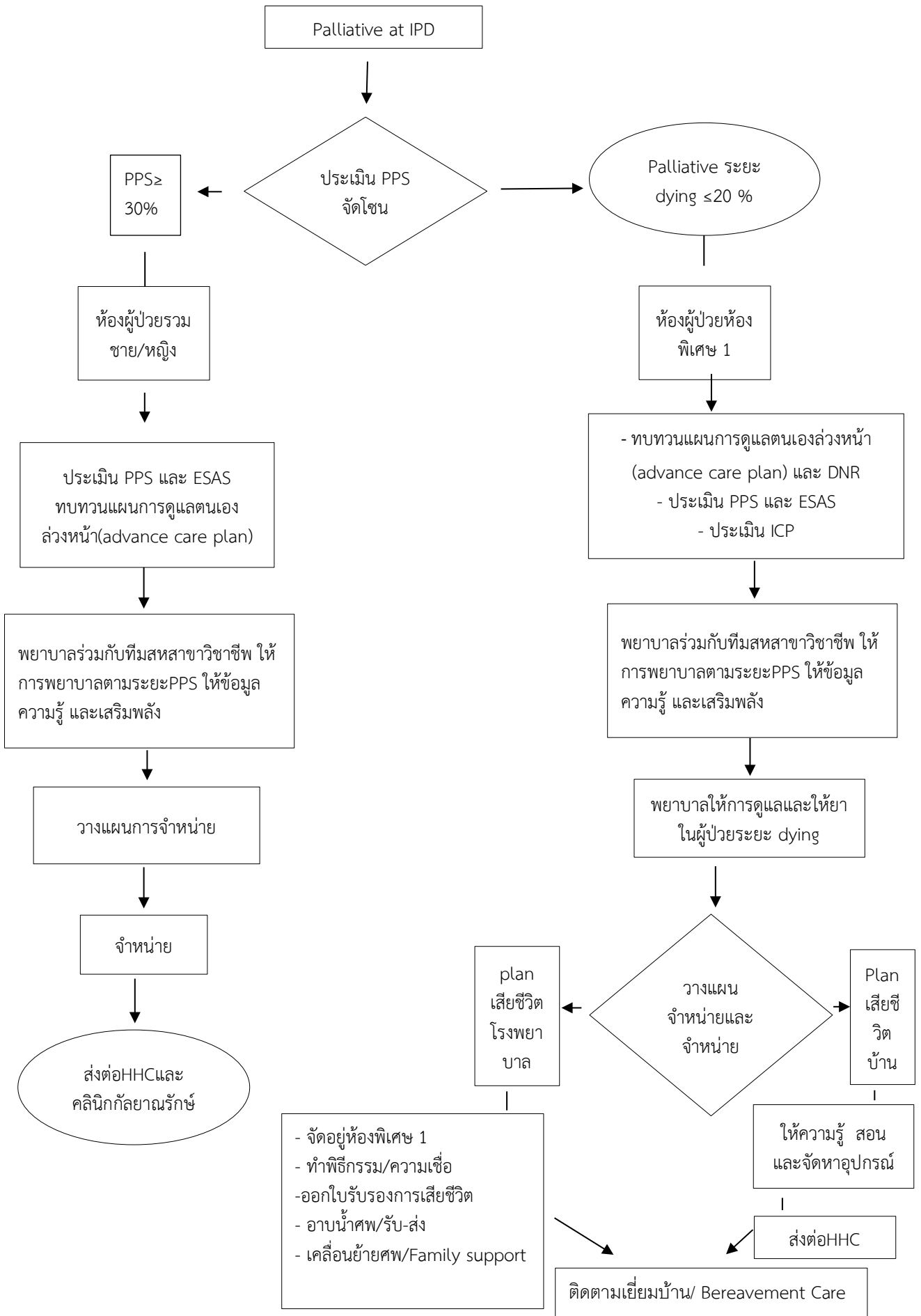
แนวทางการรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลอุดรดิตถ์



แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลฟากท่า



แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพากท่า





PALLIATIVE CONSULTATION RECORD

PC - 01

01/02/2563

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

Diagnosis.....PPS.....% ไทรศัพท.....

โรค	การวินิจฉัยและข้อบ่งชี้ Palliative care (ทำเครื่องหมาย ✓)
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> ระยะแพร่กระจาย หรือ ระยะที่ 3,4 <input type="checkbox"/> PPS < 50% <input type="checkbox"/> โรคมะเร็งเม็ดเลือด หรือ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่กลับเป็นซ้ำ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาใด <input type="checkbox"/> มะเร็งไทรอยด์ผู้ป่วยชนิด Anaplastic
2. Heart disease	โรคหัวใจวายเรื้อรัง(Congestive Heart Failure :CHF) ร่วมกับข้อบ่งชี้อย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> Functional class (NYHA) อยู่ที่ระดับ 3หรือระดับ 4 <input type="checkbox"/> admit ด้วย CHF > 3 ครั้ง/ปี <input type="checkbox"/> มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Quality of life)
3. COPD	โรคถุงลมโป่งพอง ที่มีอาการดังต่อไปนี้ ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป <input type="checkbox"/> FEV1 < 30% predicted <input type="checkbox"/> admit > 3 ครั้ง/ปี <input type="checkbox"/> ต้องใช้ออกซิเจนที่บ้าน <input type="checkbox"/> เหนื่อยเมื่อก้าวเท้าประจำวัน <input type="checkbox"/> มี right heart failure <input type="checkbox"/> มีภาวะซึมเศร้า หรือเบื่ออาหาร <input type="checkbox"/> ได้รับ systemic steroid > 6 wk ใน 6 เดือน
4. CKD	โรคไตวายเรื้อรัง (CKD stage 4-5) <input type="checkbox"/> เลือดไม่ล้างไต / ยุติการล้างไต <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ค้นตามตัว มีภาวะน้ำเกิน <input type="checkbox"/> ได้รับการล้างไตสม่ำเสมอแต่ยังมีอาการทางกายหรือทางใจที่จัดการได้ลำบาก
5. IMC	<input type="checkbox"/> stroke <input type="checkbox"/> SCI <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> BI ≤ 4 ร่วมกับ condition ดังต่อไปนี้ () Pneumonia () On NG กินเองไม่ได้ () ON tube ทุกชนิด () Pressure sore ≥ gr ๓ <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการฟื้นตัวหลังเริ่มมีอาการ 6 เดือน <input type="checkbox"/> PPS ≤60%
6. Dementia	โรคสมองเสื่อม(Dementia) ร่วมกับอาการต่างๆ อย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับปัสสาวะหรืออุจจาระเองได้ <input type="checkbox"/> สื่อสารไม่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้ <input type="checkbox"/> ADL น้อยกว่า 3
7.HIV	<input type="checkbox"/> HIV in advance disease <input type="checkbox"/> HIV/AIDS ที่มีโรคร่วมที่รักษาไม่ได้ <input type="checkbox"/> HIV/AIDS ที่มีภาวะ life threatening concomitant condition
8. liver	Advanced liver cirrhosis ร่วมกับข้อบ่งชี้อย่างน้อย 1 ข้อ ภายใน 1 ปี <input type="checkbox"/> Diuretic resistant ascites <input type="checkbox"/> Hepatic encephalopathy <input type="checkbox"/> Hepatorenal syndrome <input type="checkbox"/> Bacterial peritonitis <input type="checkbox"/> Recurrent variceal bleeding
9. Pediatrics	<input type="checkbox"/> กลุ่มDiagnosis and prognosis is certain <input type="checkbox"/> กลุ่ม Diagnosis and prognosis uncertain <input type="checkbox"/> กลุ่มPrognosis is uncertain <input type="checkbox"/> Perinatal
10. Long term care	<input type="checkbox"/> กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ADL≤ 11 <input type="checkbox"/> IMC < 6 เดือน <input type="checkbox"/> จิตเวช (ยกเว้นจิตเวชรักษา < 1 ปี) <input type="checkbox"/> กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ADL≤ 4 <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> stroke <input type="checkbox"/> dementia <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> liver ร่วมกับข้อบ่งชี้อย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> PPS ≤ ๖๐% <input type="checkbox"/> recurrent pneumonia(ภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์) <input type="checkbox"/> pressure sore ≥ gr ๓ <input type="checkbox"/> recurrent UTI (การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ 3 ครั้งใน 1 ปี)
11.กลุ่มผู้ป่วยทางศัลยกรรม	<input type="checkbox"/> กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือมีอาการหนักมากขึ้นเรื่อยๆ <input type="checkbox"/> กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย PPS <30

วันที่ประเมิน.....หน่วยงาน.....ผู้ประเมิน.....



เครื่องมือประเมินระดับของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale:PPSv2) 01/02/2563

Palliative Performance Scale version 2 (PPS v2) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองใน
ชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วย ใน ๕ หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การดูแลตนเอง การ
รับประทานอาหาร ระดับความรู้สึกตัว เพื่อแบ่งผู้ป่วยเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระดับ PPSv2	ความสามารถในการเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและความรุนแรงของโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90 %	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรค บางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80 %	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60 %	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้ มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือ เป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50 %	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม บางอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40 %	นอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือ เป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ่วงซึม ± สับสน
30 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ่วงซึม ± สับสน
20 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้ เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ่วงซึม ± สับสน
10 %	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้(บ้วนปากได้เท่านั้น)	่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว ± สับสน
0 %	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

**Translation, with appreciation, by Dr Hunsa, Ladarat et al. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Thailand

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

Dx.....Ward.....Doctor.....

ผู้ประเมิน.....

วันที่.....



ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

ฉบับภาษาไทยโปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

	ไม่มีอาการปวด									มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย									มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ไม่มีอาการคลื่นไส้									มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ไม่มีอาการซึมเศร้า									มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ไม่วิตกกังวล									วิตกกังวลมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน									มีอาการง่วงซึม/สับสนมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ไม่เบื่ออาหาร									เบื่ออาหารมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	สบายดีทั้งกายและใจ									ไม่สบายกายและใจเลย
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ									มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ (ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ชื่อผู้ป่วย _____
วันที่ _____ เวลา _____

- ทำโดย ผู้ป่วย
- ผู้ดูแลผู้ป่วย
- อื่นๆ ได้แก่ _____



**แบบบันทึกการประชุมปรึกษาหารือกับครอบครัว (Family meeting) และ
การวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan)**

PC - 05
01/02/2563

ครั้งที่..... วันที่.....เดือน.....ปี..... สถานที่.....โทร.....

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....เลขบัตรประจำตัว - - - - -
 HN.....AN.....อายุ.....ปี ชื่อเล่น.....โทรศัพท์.....
 ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 การวินิจฉัยโรค.....หอผู้ป่วย.....

2. ทีมสุขภาพผู้ร่วม conference

- 2.1 ผู้นำในการ conference..... 2.2
- 2.3..... 2.4
- 2.5..... 2.6

3. สมาชิกของครอบครัวที่เข้าร่วมฟังและรับทราบข้อมูล/ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว

- 3.1.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เป็นแทนผู้ตัดสินใจ ใช่ ไม่ใช่
- 3.2.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เป็นแทนผู้ตัดสินใจ ใช่ ไม่ใช่
- 3.3.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เป็นผู้แทนตัดสินใจ ใช่ ไม่ใช่
- 3.4.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เป็นแทนผู้ตัดสินใจ ใช่ ไม่ใช่
- 3.5.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....เป็นแทนผู้ตัดสินใจ ใช่ ไม่ใช่

4. กระบวนการสื่อสาร

4.1 Review ทบทวนว่าผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์โดยรวมของ การเจ็บป่วยอย่างไร รวมถึงเหตุการณ์

4.2 Clarify ทำความกระจ่างเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล (goal of care) ของผู้ป่วย

- พยายามรักษาโรคให้หายแต่มีการประเมินเป็นระยะและยุติถ้าไม่ได้ผล จำกัดการรักษาที่ไม่ invasive และไม่เป็นการระ
- รักษาให้สุขสบายเท่านั้น (comfort care) อื่นๆ

4.3 Interventions – ทบทวนการดูแลรักษาที่มี โอกาสเป็นไปได้ ตามบริบทของเป้าหมายการ ดูแลที่ผู้ป่วยเลือก และพิจารณาว่า การ รักษา เหล่านั้นช่วยให้ เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วย เป็นไปได้หรือไม่.....

5. Plan การวางแผนการดูแล

ข้อความ	ต้องการ	ไม่ต้องการ	ลายมือผู้ป่วย	ลายมือญาติ/ผู้แทน
ขอรักษาตัวโรคดูก่อนสัก ช่วงเวลาหนึ่ง				
การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง				
การใช้ยากระตุ้นระบบไหลเวียน				
การกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ				
การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ				
การเจาะคอ				
การใช้ยาปฏิชีวนะ หรือสารน้ำใดๆ ที่ไม่ก่อประโยชน์กับร่างกายในระยะท้าย				
การให้เคมีบำบัด/การฉายแสง /ล้างไตเมื่อไตวาย				

ความต้องการเมื่อที่จะเสียชีวิต ที่บ้าน ที่โรงพยาบาล ที่อื่นๆ.....

ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต ไม่มี มี.....

ความรู้/และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ก่อนทำกิจกรรม		หมายเหตุ/เพราะ	หลังทำกิจกรรม		หมายเหตุ/เพราะ
	ผู้ป่วย	ครอบครัว	ผู้ป่วย	ครอบครัว		
1. การรับรู้โรค	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้		<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	
2. การรับรู้พยากรณ์โรค	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้		<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	
3. เป้าหมายการรักษา	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้		<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ลงชื่อพยาบาลผู้บันทึก.....

แนวทางการให้การรักษาจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

1. ประเมินความทุกข์ทรมาน/อาการรบกวนทางกาย (Symptoms)

1.1 การจัดการความเจ็บปวดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ประเมินความเจ็บปวดในแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

ตาราง WHO Pain treatment 3 – step Ladder

Step 1 Mild pain (0 – 3 คะแนน)	Step 2 Mild to Moderate pain	Step 3 Moderate to severe pain
<ul style="list-style-type: none"> - non – opioid - Acetaminophen - NSAIDS 	<ul style="list-style-type: none"> - ± non – opioid - Acetaminophen - NSAIDS 	<ul style="list-style-type: none"> - Strong opioid <li style="padding-left: 20px;">- Morphine <li style="padding-left: 20px;">- Fentanyl <li style="padding-left: 20px;">- Kapanol - Acetaminophen - NSAIDS
<ul style="list-style-type: none"> - ± Adjuvants - Anticonvulsants - Antidepressants - Corticosteroids 	<ul style="list-style-type: none"> - Weak opioid - Tramadol 50 mg qds 	<ul style="list-style-type: none"> - ± Adjuvants - Anticonvulsants - Antidepressants - Corticosteroids
	<ul style="list-style-type: none"> - ± Adjuvants - Anticonvulsants - Antidepressants - Corticosteroids 	

* หมายเหตุ - ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยใช้ยา opioid ให้เริ่มด้วย

- MO syr (2mg/ml) เริ่ม 2-3 mg O q 4hr , MO syr (2mg/ml) 2-3 mg O prn q 2 hr for BTP

- MO IR (10) เริ่ม 5 mg O q 4hr , MO IR (10) 5 mg O prn q 2 hr BTP

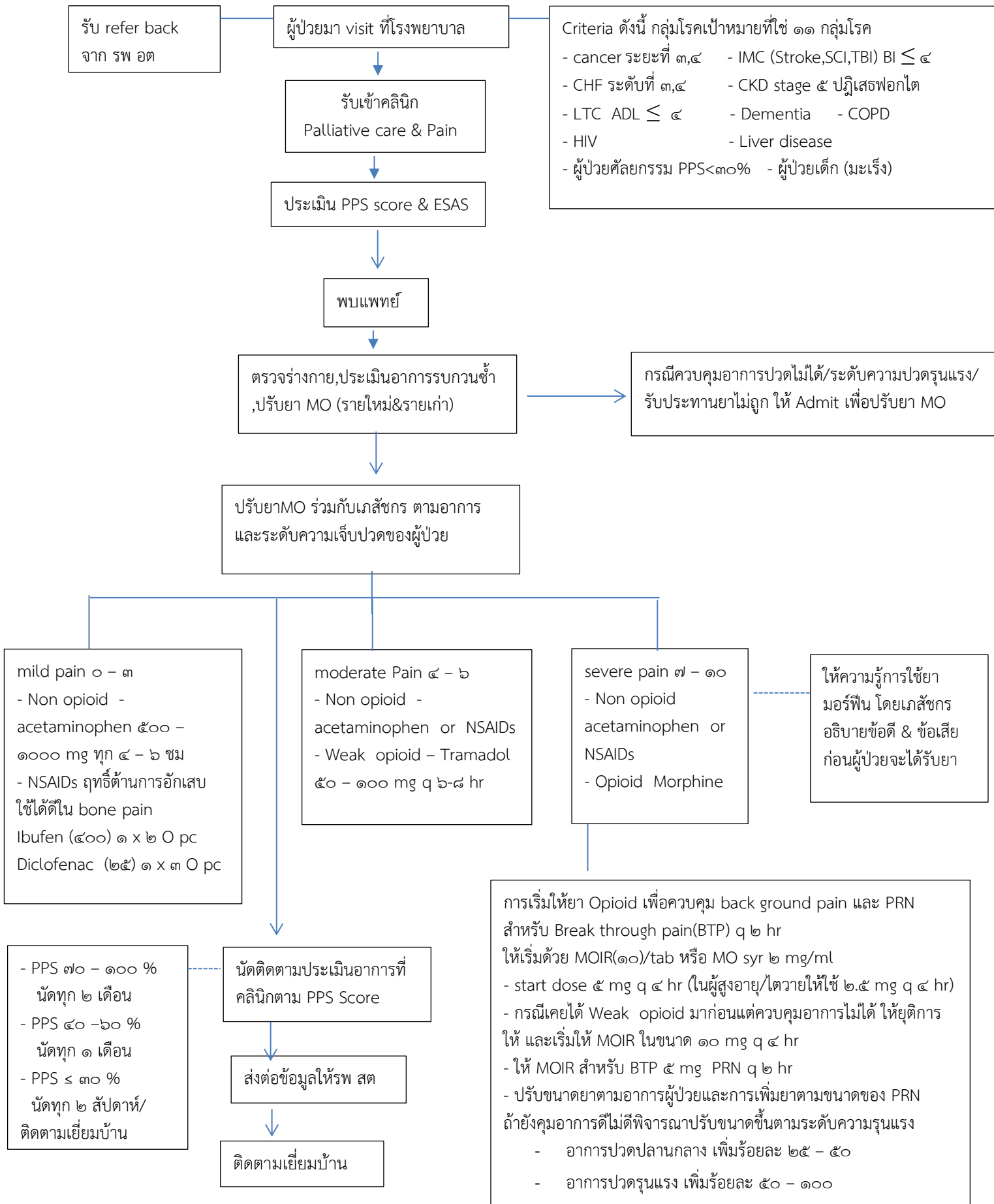
- Kapanol (20) เริ่ม 20 mg O OD, MO IR (10) 5 mg O prn q 2 hr BTP

- MST (10) เริ่ม 10 mg O q 8 hr , MO IR (10) 5 mg O prn q 2 hr BTP

- MO injection (10) เริ่ม 2-4 mg IV q 4 hr, MO injection (10) 2-4 mg IV prn q 2 hr BTP

- ในผู้ป่วยที่ใช้ยา strong หรือ weak opioid มาก่อนให้คำนวณขนาดยาเดิมแล้วปรับเป็น strong opioid และปรับเพิ่มเป็นร้อยละ 30 – 100 ตามระดับความปวดที่ยังมีอยู่ (ระวังการปรับขนาดยาในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคไต)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในคลินิกกระจับปวด (pain clinic)โรงพยาบาลฟากท่า



- Criteria ดังนี้ กลุ่มโรคเป้าหมายที่ใช่ ๑๑ กลุ่มโรค
- cancer ระยะที่ ๓,๔
 - IMC (Stroke,SCI,TBI) BI ≤ ๔
 - CHF ระดับที่ ๓,๔
 - CKD stage ๕ ปฏิเสธฟอกไต
 - LTC ADL ≤ ๔
 - Dementia
 - COPD
 - HIV
 - Liver disease
 - ผู้ป่วยศัลยกรรม PPS<๓๐% - ผู้ป่วยเด็ก (มะเร็ง)

mild pain 0 - 3

- Non opioid - acetaminophen ๕๐๐ - ๑๐๐๐ mg ทุก ๔ - ๖ ชม
- NSAIDs ฤทธิ์ต้านการอักเสบ ใช้ได้ดีใน bone pain
- Ibufen (๔๐๐) ๑ x ๒ O pc
- Diclofenac (๒๕) ๑ x ๓ O pc

moderate Pain 4 - 6

- Non opioid - acetaminophen or NSAIDs
- Weak opioid - Tramadol ๕๐ - ๑๐๐ mg q 6-8 hr

severe pain 7 - 10

- Non opioid acetaminophen or NSAIDs
- Opioid Morphine

ให้ความรู้การใช้ยา มอร์ฟีน โดยเภสัชกร อธิบายข้อดี & ข้อเสีย ก่อนผู้ป่วยจะได้รับยา

- PPS ๗๐ - ๑๐๐ % นัดทุก ๒ เดือน
- PPS ๔๐ - ๖๐ % นัดทุก ๑ เดือน
- PPS ≤ ๓๐ % นัดทุก ๒ สัปดาห์/ติดตามเยี่ยมบ้าน

นัดติดตามประเมินอาการที่คลินิกตาม PPS Score

ส่งต่อข้อมูลให้รพ สต

ติดตามเยี่ยมบ้าน

การเริ่มให้ยา Opioid เพื่อควบคุม back ground pain และ PRN สำหรับ Break through pain(BTP) q 2 hr

ให้เริ่มด้วย MOIR(10)/tab หรือ MO syr 2 mg/ml

- start dose 5 mg q 4 hr (ในผู้สูงอายุ/ไตวายให้ใช้ 2.5 mg q 4 hr)
- กรณีเคยได้ Weak opioid มาก่อนแต่ควบคุมอาการไม่ได้ ให้ยุติการให้ และเริ่มให้ MOIR ในขนาด 10 mg q 4 hr
- ให้ MOIR สำหรับ BTP 5 mg PRN q 2 hr
- ปรับขนาดยาตามอาการผู้ป่วยและการเพิ่มยาตามขนาดของ PRN ถ้ายังคุมอาการดีไม่ตีพิจารณาปรับขนาดขึ้นตามระดับความรุนแรง
- อาการปวดปานกลาง เพิ่มร้อยละ 25 - 50
- อาการปวดรุนแรง เพิ่มร้อยละ 50 - 100

1.2 อาการหายใจไม่เต็มอิมในการดูแลแบบประคับประคอง (Breathlessness in Palliative care)

Non pharmacological	pharmacological
<ul style="list-style-type: none"> - นั่งพัก ข้อศอกวางบนหน้าขาห้อยอ่อนไหล่ - ทำ Purse lip breathing - on Oxygen 	<ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol 2.5 – 5 mg qds - Nebulised sodium chloride 0.9% ช่วยละลายเสมหะ - Dexamethasone 4 – 8 mg IV q 8 hr กลุ่มยา Opioids <ul style="list-style-type: none"> - MO syr (2mg/ml) /MO IR 2.5 mg O q 4 -6 hr - MO injection (10) 2-3 mg SC q 4 -6 hr กลุ่มย benzodiazepines : ช่วยลดภาวะวิตกกังวล <ul style="list-style-type: none"> - Lorazepam 0.5 mg SL - Lorazepam 0.5 -1 mg / Diazepam 2 mg O hs

**กรณีการดูแลภาวะหายใจลำบากในวันสุดท้าย หรือชั่วโมงสุดท้ายของชีวิต

- ถ้าผู้ป่วยไม่สารธรับประทานยาทางปากได้ พิจารณาเปลี่ยนจาก oral opioid เป็น SC (24hr oral morphine dose divided by 3 = 24 hr SC dose)
- เพิ่ม midazolam 5-10mg /24hr ใน SC infusion ผ่านทาง syringe driver

1.3 Anorexia / Cachexia เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย เกิดจาก มีแผลในช่องปาก ปากแห้ง ติดเชื้อราช่องปาก มีภาวะอ่อนล้าในการดูแลแบบประคับประคอง

Non pharmacological	pharmacological
<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มคุณค่าทางโภชนาการทางอาหาร โดยการเพิ่มน้ำตาล น้ำผึ้ง เนย หรือครีม - รับประทานอาหารทีละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง - care ช่องปาก - เพิ่มอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูงในระหว่างมื้ออาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - dexamethasone 4 mg 1x1 O pc - prednisolone 30mg 1x1 Opc - metoclopramide 10-20 mg 1x3 O ac - domperidone 10-20 mg 1x3 O ac

1.4 Nausea / Vomiting อาการคลื่นไส้ อาเจียนในการดูแลแบบประคับประคอง
ยาที่ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

drug	Oral dose	Stat dose/PRN dose	Subcutaneous syringe driver/24hr
Domperidone	10 – 20 mg O q 6-8 hr		
Haloperidol	1.5 – 3 mg O BID	1.5 mg O 1.25 – 2.5 mg SC	2.5 – 5 mg

Drug	Oral dose	Stat dose/PRN dose	Subcutaneous syringe driver/24hr
Metoclopramide	10 – 20 mg O q 6-8 hr	10 mg oral/SC	30 – 80 mg
Buscopan	20 mg O q 6 hr	20 mg SC	20-100mg

1.5 Constipation ท้องผูก พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยา opioid
ประเมินลักษณะการขับถ่าย และอุจจาระ

อุจจาระนิ่ม : Bisacodyl , Unison, lactulose MOM

อุจจาระแข็ง : glycerine suppository เพื่อช่วยหล่อลื่น/กระตุ้นถ่าย ตาด้วยยาระบาย

อุจจาระแข็งมาก : สวน SSE และเพิ่มขนาดยาระบาย

1.6 อาการระสออีกในการดูแลแบบประคับประคอง

Non pharmacological	pharmacological
<ul style="list-style-type: none"> - จิบน้ำเย็นจัด หรือ กลืนน้ำแข็งเกล็ด - กลืนหายใจเป็นระยะ - รับประทานอ่อนในช่องปากด้วยผ้านุ่มอ่อน 	<ul style="list-style-type: none"> - dexamethasone 4-8 mg 1x1 O pc - haloperidol 0.5-1mg Ohs - metoclopramide 10-20 mg 1x3 O ac - domperidone 10-20 mg 1x3 O ac * ถ้าไม่มีการรักษาใดได้ผล และผู้ป่วยไม่สุขสบาย ให้ midazolam SC 10-30 mg /24hr ผ่านทาง syringe driver

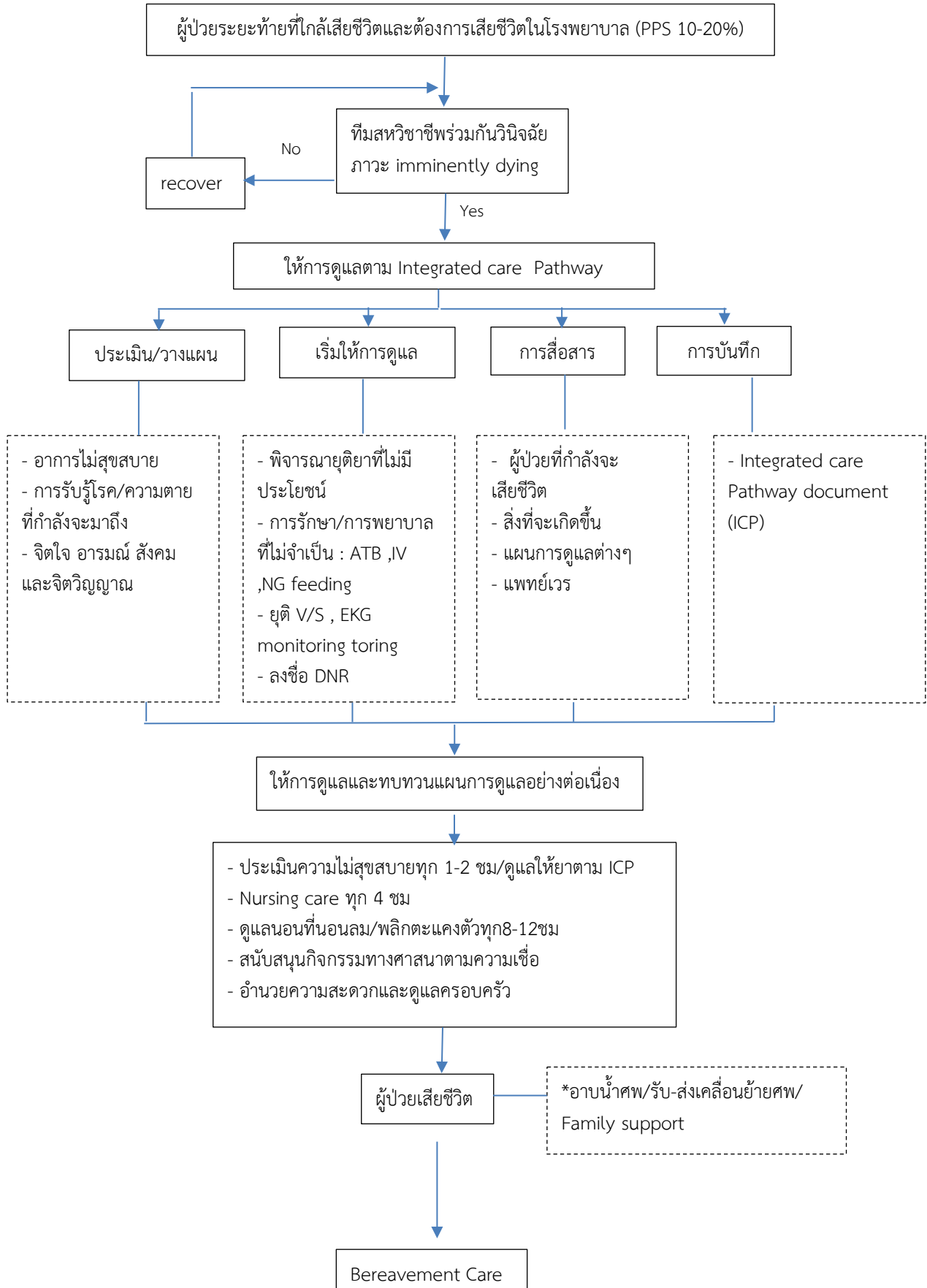
การวางแผนการดูแลในผู้ป่วยการประคับประคองแบ่งกลุ่มตาม PPS ของโรงพยาบาลพากท่า

PPS 70-100%	
Disease management	ทบทวนประวัติผู้ป่วยทราบแผนการดูแล
การประเมินด้านร่างกายและวางแผนการดูแล	ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ESASและวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการที่มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 โดยใช้ทั้ง Pharmacologic และ Non pharmacologic management
	ประเมินความต้องการด้านการพยาบาลดูแล(nursing care)
การประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษา
	ประเมินการยอมรับต่อความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว
	ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
การประเมินและดูแลผู้ดูแล	สอนวิธีการประเมินอาการและการใช้ยาต่างๆ สอนการดูแลทั่วไป
	สอนการดูแลท่อหรือสายยางต่างๆ แผล Ostomy รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน
รวบรวมปัญหาหารือถึงวางแผนการดูแล	ทำแผนการจัดการอาการ Nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงเป้าหมายการดูแล ที่ตกลงร่วมกัน
การดูแลต่อเนื่อง	ติดตามเยี่ยมบ้าน ทุก 1 เดือน
	ติดตามประเมิน PPS และ ESAS ทุก 1 เดือน
PPS 40 - 60 %	
Disease management	ทบทวนประวัติผู้ป่วยทราบแผนการดูแล
	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดและพิจารณาวางแผนการรักษา และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
การประเมินด้านร่างกายและวางแผนการจัดการอาการ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกาย อาการต่างๆ และการจัดการ
	ให้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการที่มักพบในช่วงที่โรคมักมีอาการลุกลาม เช่นอาการปวด อาการอ่อนล้าและแนวทางการดูแล
	ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองโดยใช้ESASและวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการที่มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 โดยใช้ทั้ง Pharmacologic และ Non pharmacologic management
	ประเมินภาวะโภชนาการ ปรีกษาโภชนาการอย่างเหมาะสม

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-PCT-018-00		หน้า :23/43
เรื่อง :แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
	ประเมินความต้องการด้านพยาบาลและความปลอดภัย. ป้องกันการล้มหรืออุบัติเหตุ	
	แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมและจัดหาเครื่องใช้ต่างๆให้เหมาะสมกับสมรรถภาพ	
PPS 40 - 60 %		
การประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะของโรคและแผนการดูแล รวมถึงแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance care plan)	
	ประเมินการยอมรับต่อภาวะของโรคและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว	
	ประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านช่วงเปลี่ยนผ่าน	
	ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	
	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ	
	พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีที่บ้านหรือในชุมชน	
การประเมินและดูแลผู้ดูแล	พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม	
	สอนวิธีการประเมินและการใช้ยาต่างๆสอนการดูแลทั่วไป	
	สอนการดูแลท่อหรือสายยางต่างๆ แพล Ostomy รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน	
รวบรวมปัญหา รวมถึงวางแผนการ เป้าประสงค์การรักษา	ทำแผนการจัดการอาการNursing care plan	
	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงเป้าหมายการดูแล ที่ตกลงร่วมกัน	
	ปรึกษาทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง	
	ติดตามประเมิน PPS ทุก 4สัปดาห์	
PPS 10 - 30 %		
การประเมินด้านร่างกายและวางแผนการ จัดการอาการ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกาย อาการต่างๆ และการจัดการ	
	เป้าหมายดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย	
	ให้ข้อมูลล่วงหน้าเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงสุดท้ายของชีวิต	
	ทบทวนการรักษาและยาที่ใช้ ใช้ยาเฉพาะที่จำเป็นและทบทวนการบริหารยา	
	วางแผนการจัดการอาการในระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ	
	ทบทวนผลการตรวจเลือด(liver function test ,creatinine)เพื่อปรับขนาดยาแก้ปวดที่ใช้	
	ให้อาหารจำนวนน้อยๆหรือให้จิบน้ำเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้	

	<p>ทำความสะอาดช่องปาก พลิกตัวทุก2ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ</p> <p>ดูแลระบบขับถ่าย</p> <p>จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ</p>
การประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ	เตรียมครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต
	สอบถามความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้านหรือโรงพยาบาล
PPS 10 - 30 %	
การประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ	พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีที่บ้านหรือในชุมชน
	ทำadvance directive วางแผนการล่วงหน้าเกี่ยวกับ withhold withdraw life support
	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรมทางศาสนา
	Bereavement care plan
การประเมินและดูแลผู้ดูแล	สอนวิธีดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย(comfort care)
	Bereavement care plan
รวบรวมปัญหา รวมถึงวางแผนการรักษาร่วมกัน	ทบทวนความจำเป็นของการประชุมทีมสหสาขาเพื่อวางแผนการดูแล
	ทำแผนการจัดการอาการ Nursing care plan
	PPS 10-20 % ในระยะ dying ใช้ Integrated care Pathway for dying patents
	พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงเป้าหมายการดูแล ที่ตกลงร่วมกัน
	ติดตามPPS ทุกสัปดาห์
PPS 0%	
การประเมินและดูแลผู้ดูแล	<p>แจ้งให้ครอบครัวทราบแนะนำแหล่งประคับประคองจิตใจ ให้การประคับประคองด้านจิตวิญญาณและ Bereavement care plan</p> <p>อธิบายขั้นตอนและประสานการจัดการเอกสารเกี่ยวกับการแจ้งตาย. การนำศพกลับบ้าน</p>

ทางการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตในโรงพยาบาล โรงพยาบาลพากท่า





แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล
Integrated care Pathway for dying patents (ICP)

ขั้นตอนที่ 1 การจำแนกผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต

นอนติดเตียง ปฏิเสธการรับประทานอาหาร/จิบน้ำอย่างเดียว หลับมากกว่าตื่น ไม่สามารถกลืนยาได้

*ทีมสหสาขาวิชาชีพส่งความเห็นร่วมกันว่าผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต

ชื่อ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หน่วยงาน	วันที่เริ่มดูแล
1				
2				
3				

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินเบื้องต้นและการดูแล

ส่วนที่1 การประเมินเบื้องต้น						
การวินิจฉัยโรค	การวินิจฉัยโรค..... Date of admission..... วันที่ปรึกษาทีม.....					
ประเมิน Physical problems	ไม่สามารถกลืนได้	Yes	No	มีสติ/รับรู้	Yes	No
	สับสน	Yes	No	มีสายสวนต่างๆ	Yes	No
	กระวนกระวาย	Yes	No	หลับพักผ่อนไม่ได้	Yes	No
	ปวด	Yes	No	หายใจลำบาก	Yes	No
	คลื่นไส้	Yes	No	อาเจียน	Yes	No
	ท้องผูก	Yes	No	มีเสียงเสมหะครืดคราด	Yes	No
	ไม่สุขสบาย/ทรมาณ	Yes	No			
พบอาการอื่นๆระบุ.....						
ประเมินความไม่สุขสบาย **ถ้าตอบ "No" กรุณาลง บันทึกเหตุผลและตามด้วย กิจกรรมการดูแล	เป้าหมาย1: แพทย์ประเมินยาที่ได้รับในปัจจุบันทั้งหมด ปรับวิธีการให้ยาและหยุดยาที่ไม่จำเป็น					
	- ปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาเป็นให้ทางใต้ผิวหนัง/IV				Yes	No
	- พิจารณาใช้ syringe pump/infusion/syringe driver				Yes	No
	- พิจารณาหยุดยาที่ไม่จำเป็น				Yes	No
เป้าหมาย2: แพทย์สั่งให้ยาทางใต้ผิวหนังเพื่อจัดการอาการตามข้อแนะนำ(ตามprotocolที่แนบมา)						
Yes No						
เป้าหมาย3: แพทย์หยุดการรักษาต่างๆที่ไม่จำเป็น						
เจาะเลือด	Yes	No	การให้ยาฆ่าเชื้อ(ATB)	Yes	No	
IVF	Yes	No				
Deactivate cardiac defibrillators (ICD) ประสานกับแพทย์หน่วย Cardiologist					Yes	No
ลงชื่อการปฏิเสธช่วยฟื้นคืนชีพ(DNR)ตามแบบฟอร์มใบพยางชีของโรงพยาบาล (PC-06)						Yes No
ลงชื่อแพทย์..... วันที่.....						

	เป้าหมาย3a: พิจารณาตัดสินใจยุติการพยาบาลที่ไม่จำเป็น ได้แก่ - การพลิกตัวเป็นเวลาทุก 2 ชั่วโมง เปลี่ยนท่าเพื่อความสะดวกสบายเท่านั้น ประเมินผิวหนังเป็นระยะๆ <div style="text-align: right;">Yes No</div> - งดการใช้เครื่อง EKG monitoring ,ยิวัดวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง <div style="text-align: right;">Yes No</div>
ส่วนที่1 การประเมินเบื้องต้น	
ประเมินความไม่สบาย **ถ้าตอบ “No” กรุณาลง บันทึกเหตุผลและตามด้วย กิจกรรมการดูแล	- วัดหรือประเมินความไม่สบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง (เช่น อากาปวด หายใจลำบาก กระวนกระวาย คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น) Yes No เป้าหมาย3b: นำ syringe pump/syringe driver มาใช้กับผู้ป่วยภายใน 2 ชั่วโมงหลังจากมีคำสั่งกา รักษาของแพทย์ Yes No ลงชื่อพยาบาล..... วันที่.....
การรับรู้โรคของผู้ป่วยและ ครอบครัวและการดูแลด้าน จิตใจ	เป้าหมาย4: ประเมินความสามารถการสื่อสาร รับรู้/ทราบ โรคและการวินิจฉัยอย่างชัดเจน ก) ผู้ป่วย Yes No <input type="checkbox"/> ซึมหลับไม่รู้สติ <input type="checkbox"/> สมองเสื่อม ข) ครอบครัว/คนอื่นๆ Yes No เป้าหมาย5: ยอมรับการตายที่กำลังจะมาถึง ก) ผู้ป่วย Yes No <input type="checkbox"/> ซึมหลับไม่รู้สติ <input type="checkbox"/> สมองเสื่อม ข) ครอบครัว/คนอื่นๆ Yes No เป้าหมาย6: ได้อธิบายให้เกี่ยวกับแผนการดูแลต่างๆ ที่เกิดขึ้น ก) ผู้ป่วย Yes No <input type="checkbox"/> ซึมหลับไม่รู้สติ <input type="checkbox"/> สมองเสื่อม ข) ครอบครัว/คนอื่นๆ Yes No - ผู้ป่วยได้รับการสื่อสารโดยการพูดหรือสัมผัส อย่างต่อเนื่อง Yes No - เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการดูแลที่เกิดขึ้น Yes No ระบุความคิดเห็นที่เกิดขึ้นของแต่ละคนพร้อมบันทึกไว้.....
	เป้าหมาย7: ครอบครัว/บุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้รับการเตรียมตัวสำหรับความตายที่กำลังจะมาถึง โดยมี มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยตายดีและยอมรับ/เผชิญกับความตายได้อย่างเหมาะสม - ตรวจสอบ/ระบุ รายชื่อ ผู้ที่รับทราบข้อมูล เข้าร่วม family meeting Yes No - ตรวจสอบ/ระบุ รายชื่อ ผู้ที่ไม่เข้าร่วม family meeting Yes No - ได้ให้ความมั่นใจว่า ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน และดูแลความสะดวกสบายต่างๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ให้ปวดและทุกข์ทรมาน Yes No
	เป้าหมาย8: อำนวยความสะดวกต่างๆให้กับครอบครัวเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความต้องการ - ช่วยเหลือครอบครัวในการร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมให้ความมั่นใจว่า เจ้าหน้าที่ทุกคนยินดีอำนวยความสะดวกให้ได้ตลอดเวลา Yes No
การสนับสนุนให้การดูแล ทางด้านจิตวิญญาณและ ศาสนา	เป้าหมาย9: ประเมินความต้องการทางด้านศาสนาและจิตวิญญาณ ก) ผู้ป่วย Yes No <input type="checkbox"/> ซึมหลับไม่รู้สติ <input type="checkbox"/> สมองเสื่อม ข) ครอบครัว/คนอื่นๆ Yes No

	เป้าหมาย10: สนับสนุนให้มีกิจกรรมทางศาสนา/จิตวิญญาณ ตามความเหมาะสม - ได้จัดการสิ่งที่คาใจ/การขอขมา Yes No - ผู้นำศาสนา/จิตวิญญาณมาร่วมดูแลตามความเชื่อ Yes No - ต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา Yes No ระบุความต้องการ เช่น สังฆทานหรือพิธีกรรมอื่นๆ ระบุ..... บันทึกรายละเอียด <input type="checkbox"/> ต้องการทันที <input type="checkbox"/> หลังเสียชีวิต <input type="checkbox"/> ต้องการทันที/หลังเสียชีวิต พิจารณาการปฏิบัติต่างๆตามความเชื่อ/วัฒนธรรม ของผู้ป่วยแต่ละคน Yes No ระบุ.....
การสื่อสารกับทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา	เป้าหมาย11: แพทย์เวรรับรู้อาการโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาร่วมกับทีมแพทย์เจ้าของไข้ และทีมดูแลประคับประคอง Yes No - สื่อสารข้อมูล/บันทึกลงใน progress note ถ้ามีปัญหาติดต่อทีมดูแลประคับประคอง พยาบาล ธนพร ปัญญาสงค์ PCWN แพทย์ นพ รัชพงษ์ สมบัติพานิช

ส่วนที่2 ประเมินปัญหา ความไม่สุขสบายต่างๆ		ประเมินแล้วตอบ Y (yes) , N (No)											
ประเมินทุก 2 ชั่วโมง ระบุเวลา		02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24
Pain	เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด												
	ผู้ป่วยบอกว่าไม่ปวด/อยู่ในระดับที่พอใจ												
	ไม่มีอาการปวดเวลาขยับตัว/เคลื่อนไหว												
	มีท่าทางสงบ ไม่มีหน้านิ่ว คิ้วขมวด												
	เปลี่ยนท่าเท่าที่จำเป็น ตามเหมาะสม												
Agitation	เป้าหมาย: ไม่มีกระวนกระวาย/สับสน												
	ไม่มีอาการเพ้อ/สับสน กระวนกระวาย (แขนขา บัดปายไปมา เกร็งชัก /กระตุก												
	ไม่มีปัญหาปัสสาวะคั่ง(ตรวจไม่พบ Bladder full)												
Respiratory tact secretion	เป้าหมาย: ไม่มีเสียงดังครืดคราด												
	ได้รับยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น เช่น atropine , buscopan												
	จัดทำ เช่น นอนตะแคง เพื่อลดการหายใจเสียงดัง												
	สื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจกับอาการที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น												
N/V	เป้าหมาย: ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน												
	ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน												
Dyspnea	เป้าหมาย: ไม่แสดงอาการหรือความทุกข์ทรมาน จากอาการหายใจลำบาก												
	ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการหายใจลำบาก												
	จัดทำสุขสบายตามความเหมาะสม												
อาการอื่นๆ	ระบุ.....												
Nursing intervention		02.00	06.00	10.00	14.00	18.00	22.00						

ประเมินและให้การดูแลทุก 4 ชั่วโมง	ประเมินช่องปาก/mouth care/ทาวาสลีน						
	Eye care ใช้สำลีชุบน้ำทำความสะอาด						
	Empowerment ให้ครอบครัวร่วมดูแล						
	ประเมินการมีปัสสาวะคั่งค้าง						
	ประเมินอาการอ่อนล้า กลั้นปัสสาวะไม่ได้						
	พิจารณาใส่แผ่นรองหรือคาสายสวน						
	ตรวจสอบยาจาก syringe driver/syringe pump ถูกต้อง/ครบถ้วน/ปลอดภัย						
	ประเมินความแข็งแรงของผิวหนัง/พลิกตะแคงตัวตามความเหมาะสม						
		06.00			18.00		
ประเมินและดูแลทุก12ชั่วโมง	ความต้องการ/ความจำเป็นที่ต้องใช้ที่นอนลม						
	แปรงฟัน						
	อาบน้ำและทำความสะอาดร่างกาย						

วันที่ประเมิน.....

การใช้ยาในการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆในระยะใกล้เสียชีวิต

1.Pain

- กรณีไม่เคยได้ยา opioids มาก่อน

MO 5 mg SC/IV PRN q 2 hr กรณีขอ PRN \geq 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณา continue drip

กรณีได้ยาใช้ Fentanyl 25 mcg SC/IV q 2 hr กรณีขอ PRN \geq 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณา continue drip

ผู้สูงอายุและเด็กต่ำกว่า 6 เดือนให้ลดขนาดลงครึ่งหนึ่ง

กรณีได้รับยา opioids อยู่แล้ว ถ้าไม่ปวด ปรับยาที่รับประทานอยู่เป็น SC/IV (หารด้วย3) ให้ยา PRN ตาม

อาการ (ขนาด PRNเท่ากับขนาดที่ให้ทุก 4 ชั่วโมง) titration ยาตามการปรับยา PRN ที่ได้

2. Dyspnea

- กรณีไม่เคยได้ยา opioids มาก่อน

MO 2.5 mg SC/IV PRN q 2 hr กรณีขอ PRN \geq 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณา continue drip

กรณีได้ยา opioids อยู่แล้ว ให้ยาในขนาดที่ได้รับขณะนั้นต่อ และปรับขนาดเพิ่มอีก 30 ถึง 50% ให้PRNตาม

อาการ

3. Terminal restlessness/agitation

- Midazolam 2.5-5 mg SC/IV PRN q 2 hr กรณีขอ PRN \geq 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณา continue drip

4. Nausea and vomiting

- Haloperidol 0.5 – 5 mg SC/IV PRN q 6-12 hr กรณีขอ PRN \geq 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณา continue drip

5. Respiratory tract secretion

- Atropine 0.4 - 0.6 mg SC/IV PRN q 4 hr

- Buscopan 20 mg SC/IV PRN q 6 hr กรณีขอ PRN \geq 2-3 ครั้ง/วัน พิจารณา continue drip

ส่วนที่3 ยืนยันการเสียชีวิต

เสียชีวิตวันที่..... เวลา.....

ลักษณะการเสียชีวิต สงบ Yes No ถ้า No ระบุ.....

ส่วนที่4			
การดูแลภายหลังเสียชีวิต	ติดต่อประสานแพทย์ เพื่อลงความเห็นการเสียชีวิต และเวลาเสียชีวิต	Yes	No
	นำผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหลังจากเสียชีวิต 2 ชั่วโมง	Yes	No
	สื่อสารครอบครัวเรื่องวิธีการเก็บศพ/ฌีตยาศพภายหลังเสียชีวิต	Yes	No
	ลงบันทึกเอกสารที่สำคัญ ใบรับศพ ใบรับรองการตาย	Yes	No
	ให้คำแนะนำครอบครัวการออกใบรับรองแพทย์ ใบประกันชีวิต	Yes	No
	ให้คำแนะนำครอบครัวเรื่องการเคลื่อนย้ายศพกลับบ้านหรือไปวัด	Yes	No
	ให้คำแนะนำกรณีผู้ป่วยบริจาคร่างกาย	Yes	No



Order for last hour management

สำหรับผู้ป่วยที่ PPS<30 อ่อนล้ามาก ติดเตียง การรับรู้ลดลง สับสน ตื่นน้ำและกินอาหารน้อยมาก

Progress note	Date/Time	Order for one day	Date/Time	Order for continuation
Dx _____ _____ _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> O2 canular _____ LPM <input type="checkbox"/> O2 mask with bag _____ LPM Pain/ Dyspnea <input type="checkbox"/> Morphine เริ่ม 3-5 mg IV/SC prn q 2 hr ในวันแรก แล้วนำมาคิด total dose เพื่อ continuous IV/SC drip ในวันถัดไป -กรณีได้ Morphine oral อยู่แล้วให้ เปลี่ยนเป็น IV/SC infusion โดยนำ total dose Mo oral หาร 3 ถ้าปวดมากขึ้นเพิ่ม dose morphine ขึ้น 30-50% <input type="checkbox"/> Morphine ___mg IV/SC prn q 1 hr <input type="checkbox"/> Morphine ___mg + Midazolam___mg Buscopan___mg + NSS upto 100 ml IV drip 4 ml/hr หากอาการปวดไม่ดีขึ้นให้ titrate ได้ทุกชั่วโมง ครั้งละ 2 ml/hr <input type="checkbox"/> Morphine ___mg + Midazolam___mg Buscopan___mg + NSS upto 17.5 ml (กรณีผสมครั้งแรก ถ้าผสมครั้งถัดไป NSS upto 15 ml SC drip 2 mm/hr หากอาการปวดไม่ดีขึ้นให้ titrate ได้ทุกชั่วโมงครั้งละ 2 ml/hr Delirium <input type="checkbox"/> Haloperidol 2.5 mg (2.5-5mg) IM prn q 1 hr (max 20mg/4 hr)		<input type="checkbox"/> จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ญาติสามารถ เข้าได้ <input type="checkbox"/> ดูแลตามการพยาบาล pps 30% <input type="checkbox"/> วัด V/S ตามเหมาะสม ไม่ต้องติด monitor <input type="checkbox"/> แจ้งทีม palliative Mouth care <input type="checkbox"/> สำลีชุบน้ำสะอาด/NSS เช็ดปาก ถ้าแห้งให้หยดน้ำสะอาดหรือ NSS ทุก 1 ชม. <input type="checkbox"/> วาสลีนทาปากทุก 2-4 ชม. <input type="checkbox"/> จิบน้ำหรืออมน้ำแข็งบ่อยๆ กรณี ยังกู้สึกตัว <input type="checkbox"/> Xylocaine viscous ทาลิ้นหากมี แผล ลดกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หยุดยาที่ไม่จำเป็น เช่น antibiotic, anti-HT, diuretic, statin, anticoagulant เป็นต้น <input type="checkbox"/> หยุดหรือลด IV fluid ให้น้อยที่สุด <input type="checkbox"/> หยุดการส่ง lab เพิ่มเติม <input type="checkbox"/> กรณีที่ไม่มี IV line ให้ปรึกษาทีม PC เพื่อยืม syringe driver <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะ
Ward		Name		AN
		Attending physician		HN

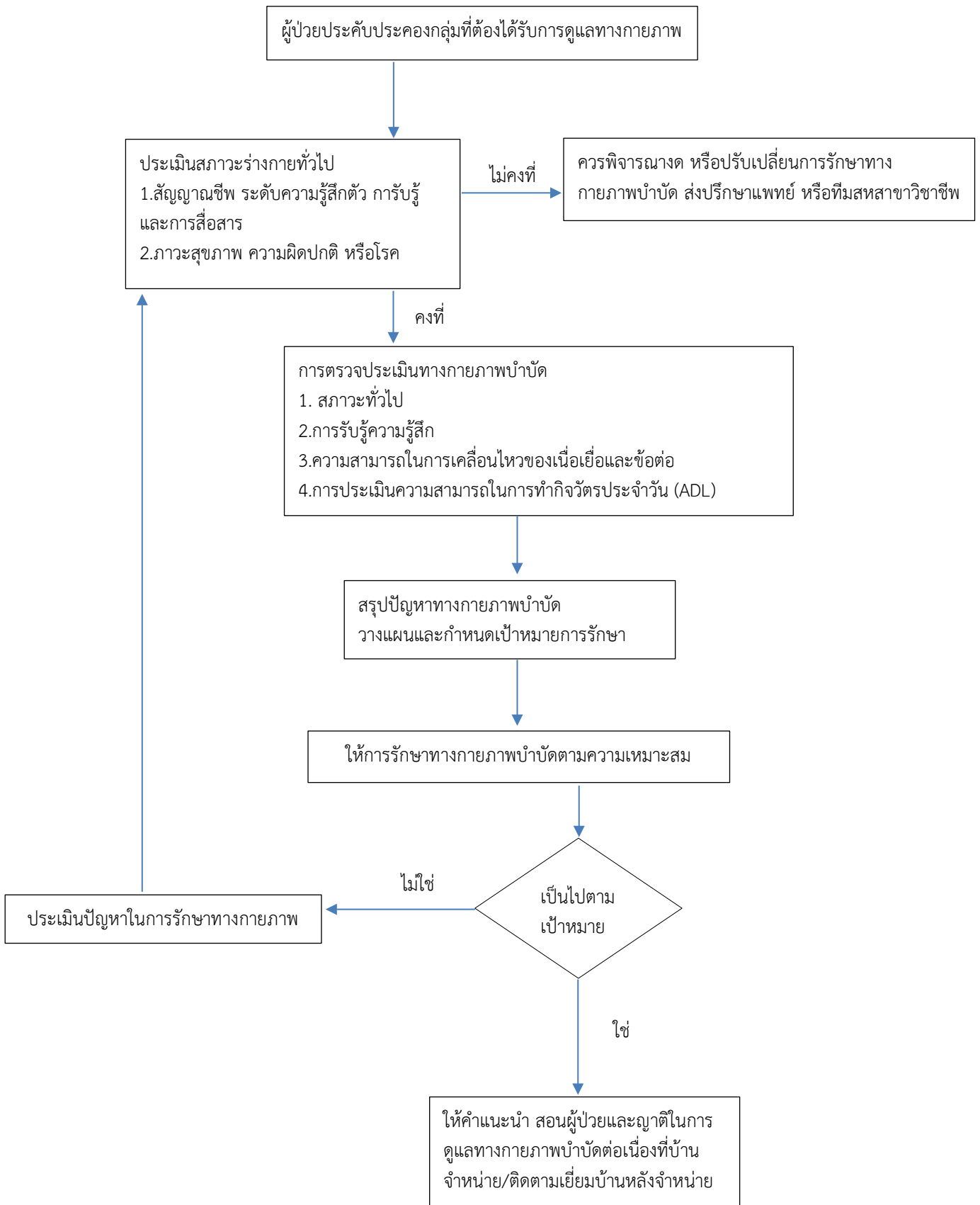


บันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือหมดหวังโรงพยาบาล

ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
 หน่วยงาน.....แพทย์.....

Date..... Time.....	นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....อายุ.....ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค.....ได้รับการประเมินว่าอยู่ในระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจาก..... จึงได้ให้คำปรึกษาแก่ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> สามี <input type="checkbox"/> ภรรยา <input type="checkbox"/> บุตร ญาติหรือผู้ปกครองคือ.....มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้ป่วยเป็น.....แล้ว ทั้งแพทย์และครอบครัว/ผู้ปกครองเห็นพ้องกันว่าเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้
CPR	<input type="checkbox"/> ให้การกู้ชีวิตเมื่อมีเหตุอันควร <input type="checkbox"/> งดเว้นการกู้ชีวิตที่แพทย์เชื่อว่าจะไร้ประโยชน์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติและมีศักดิ์ศรี <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตัดสินใจ
Refer	<input type="checkbox"/> ส่งต่อโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เมื่อมีเหตุอันควร <input type="checkbox"/> ไม่ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตัดสินใจ
Inotropes	<input type="checkbox"/> ให้ยากระตุ้นหัวใจและยาเพิ่มความดันโลหิตเมื่อมีเหตุอันควร <input type="checkbox"/> งดเว้นยาเหล่านี้เพราะจะเป็นการรังเวลาชีวิตโดยใช้เหตุ ทำให้ผู้ป่วยทรมานนานกว่าที่ควรจะเป็น <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตัดสินใจ
Intubation	<input type="checkbox"/> ใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีเหตุอันควร <input type="checkbox"/> งดเว้นการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะจะเป็นการรังเวลาชีวิตโดยใช้เหตุและอาจบั่นทอนคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตัดสินใจ
Oxygen	<input type="checkbox"/> ให้ออกซิเจนเมื่อมีเหตุอันควรหรือผู้ป่วยต้องการ <input type="checkbox"/> งดเว้นการให้ออกซิเจนเสริม เพราะจะเป็นการรังเวลาชีวิตโดยใช้เหตุ <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตัดสินใจ
Transfusion	<input type="checkbox"/> ให้เลือดและเกร็ดตามความเหมาะสม <input type="checkbox"/> งดเว้นการให้เลือดและเกร็ดเลือด เพราะจะเป็นการรังเวลาชีวิตโดยใช้เหตุ <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตัดสินใจ
Antibiotics	<input type="checkbox"/> ใหยาปฏิชีวนะตามมาตรฐานเมื่อจำเป็น <input type="checkbox"/> ใหยาปฏิชีวนะแบบ oral เท่านั้น เพื่อลดความจำเป็นของการแทงเส้นเลือดและหัตถการทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัว <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตัดสินใจ <input type="checkbox"/> ไม่ใหยาปฏิชีวนะ
Nutrition	<input type="checkbox"/> ให้ TPN <input type="checkbox"/> ให้ tube feeding <input type="checkbox"/> ให้รับประทานอาหารเท่านั้น <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตัดสินใจ <input type="checkbox"/> No NG tube
IV access	<input type="checkbox"/> ให้ Central venous access <input type="checkbox"/> peripheral IV access เมื่อจำเป็น <input type="checkbox"/> พยายามหลีกเลี่ยงการให้ IV และหัตถการทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัว <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้ตัดสินใจ
Symptomatic treatment	<input type="checkbox"/> ใหยาบรรเทาอาการปวด <input type="checkbox"/> ใหยาบรรเทาอาการหายใจแบบหอบเหนื่อย (ในกรณีปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ) <input type="checkbox"/> ใหยาบรรเทาอาการหอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> ใหยาบรรเทาอาการอื่นได้แก่.....
Psychological & spiritual needs	<input type="checkbox"/> ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน <input type="checkbox"/> ต้องการเสียชีวิตที่รพ. <input type="checkbox"/> ต้องการฟังธรรมบรรยาย เสียงสวดมนต์ หนังสือธรรมะ <input type="checkbox"/> ต้องการทำพิธีกรรมตามความเชื่อส่วนตัว คือ.....
Socioeconomic status	
<p>จึงขอให้ทีมแพทย์และพยาบาล ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ ตามบันทึก หากสถานการณ์เปลี่ยนไป ให้ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้หรือญาติคนที่ได้ให้คำปรึกษาไว้ก่อน นอกจากนี้ ขอให้ประเมินผู้ป่วยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งปรึกษา Palliative care team หากมีความจำเป็นด้วย</p> <p>ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ดูแล</p> <p>ลงชื่อ.....พยาน..... ลงชื่อ.....พยาบาลผู้ดูแล</p> <p>หมายเหตุ : แผนนี้ใช้ได้ 7 วัน หรือถึงวันที่.....</p>	

แนวทางการดูแลและเสริมพลังผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทางกายภาพบำบัด โรงพยาบาลฟากท่า





โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุดรธานี

แบบบันทึกผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด (ผู้ป่วยใน)

วันที่ปรึกษา.....แพทย์.....

ชื่อควรระวัง.....

วินิจฉัย.....

ประวัติปัจจุบัน/ประวัติอดีต/อาการสำคัญ.....

.....

.....

.....

โรคประจำตัว ไม่มี HT DM DLP อื่นๆ

การตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด.....

.....

.....

ปัญหาทางกายภาพบำบัด.....

เป้าหมายการรักษา.....

การรักษาทางกายภาพบำบัด

<input type="checkbox"/> Passive exercise (9317)	<input type="checkbox"/> Postural Drainage (9399)	<input type="checkbox"/> Hot pack/ Cold pack (9335)
<input type="checkbox"/> Active assisted exercise (9311)	<input type="checkbox"/> Percussion/vibration (9399)	<input type="checkbox"/> Ultrasound/Diathermy (9334)
<input type="checkbox"/> Active exercise (9312)	<input type="checkbox"/> Breathing exercise (9399)	<input type="checkbox"/> Massage (9995)
<input type="checkbox"/> ADL training (9383)	<input type="checkbox"/> Coughing training (9399)	<input type="checkbox"/> Peripheral Mobilization (9316)
<input type="checkbox"/> Ambulation & Gait training (9322)	<input type="checkbox"/> Cardio/pulmonary exs. (9399)	<input type="checkbox"/> Vertebral Mobilization (9315)
<input type="checkbox"/> Balance training (9389)	<input type="checkbox"/> Pre-post operative exs.(9399)	<input type="checkbox"/> Other.....

คำแนะนำในการปฏิบัติตัว/ Home Program สอนผู้ป่วย / ญาติ ไม่พบญาติ

<input type="checkbox"/> Passive exercise (9317)	<input type="checkbox"/> Postural Drainage (9399)	<input type="checkbox"/> Hot pack/ Cold pack (9335)
<input type="checkbox"/> Active assisted exercise (9311)	<input type="checkbox"/> Percussion/vibration (9399)	<input type="checkbox"/> Stretching exercise (9312)
<input type="checkbox"/> Active exercise (9312)	<input type="checkbox"/> Breathing exercise (9399)	<input type="checkbox"/> strengthening exercise (9312)
<input type="checkbox"/> ADL training (9383)	<input type="checkbox"/> Coughing training (9399)	<input type="checkbox"/> Education/Empowerment (9382)
<input type="checkbox"/> Ambulation with..... (9322)	<input type="checkbox"/> Cardio/pulmonary exs. (9399)	<input type="checkbox"/> Developmental stimulation
<input type="checkbox"/> Balance training..... (9389)	<input type="checkbox"/> Pre-post operative exs.(9399)	<input type="checkbox"/> Other.....

สรุปผลการรักษา หาย อาการดีขึ้น คงเดิม แย่ลง ตาย ประเมินไม่ได้ refer,D/C ก่อนสิ้นสุดการรักษา

นักกายภาพบำบัด.....

ชื่อ-สกุล.....	อายุ.....	ปี HN.....	AN.....	เตียง.....
----------------	-----------	------------	---------	------------

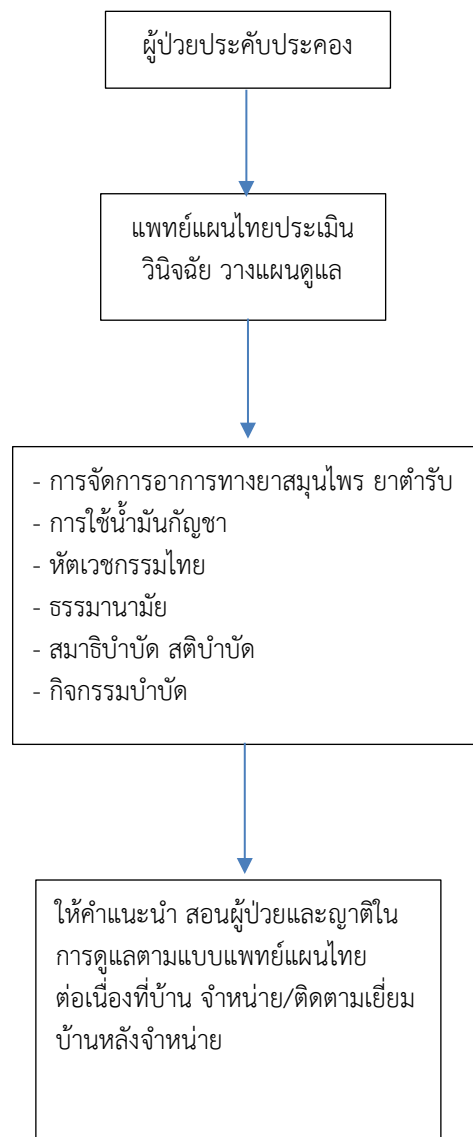
โรงพยาบาลพากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์
บันทึกความก้าวหน้าทางกายภาพบำบัด

ว/ด/ป	ความก้าวหน้า
	S :
	O :
	A :
	P :
	S :
	O :
	A :
	P :
	S :
	O :
	A :
	P :
	S :
	O :
	A :
	P :

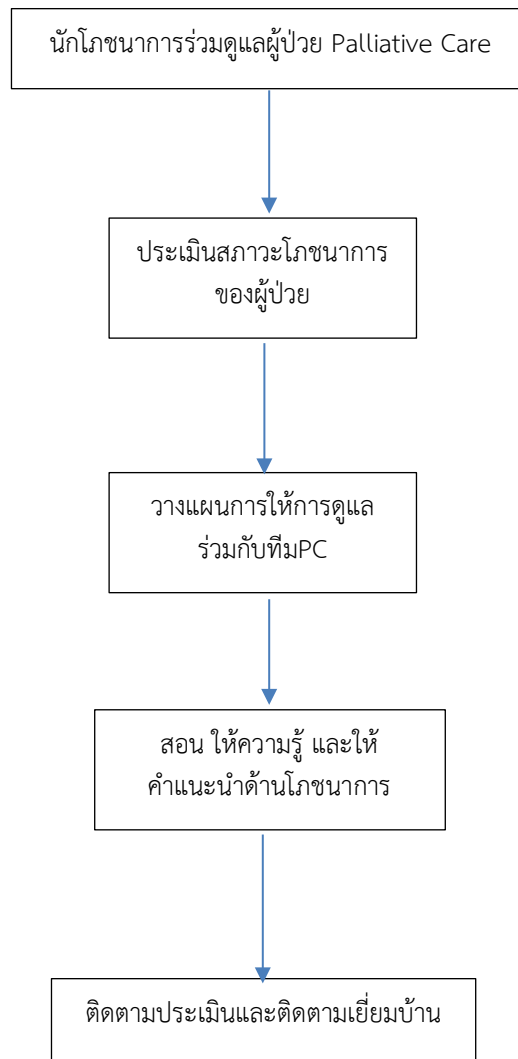
ค่ารักษาทางกายภาพบำบัด

ว/ด/ป																		
ราคา(บาท)																		
นักกายภาพ																		

แนวทางการดูแลและเสริมพลังผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทางแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลฟาเก๋า



แนวทางการดูแลและเสริมพลังผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ด้านโภชนาการ โรงพยาบาลฟากท่า



NUTRITION ALERT FORM แบบประเมินภาวะโภชนาการ



ชื่อ-สกุล _____ ชาย หญิง อายุ _____ ปี HN _____ วัน/เดือน/ปีที่รับ _____

การวินิจฉัยเบื้องต้น _____ ข้อมูลจาก _____ ผู้ป่วย _____ญาติ _____อื่นๆ _____

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องโดยเลือกเพียง 1 ช่องในแต่ละหัวข้อใหญ่และหัวข้อย่อย (ยกเว้น 6.8 เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง) และใส่คะแนนในช่อง

1. ส่วนสูง/ ความยาวตัว/ ความยาวช่วงแขนจากปลายนิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง (Arm span)	คะแนนครั้งที่ 1	คะแนนครั้งที่ 2	คะแนนครั้งที่ 3
วัดส่วนสูง ซม. วัดความยาวตัว ซม. Arm span ซม. ญาติบอก ซม.			
2. น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กก.)/ ส่วนสูง (ม.) ²)			
2.1 น้ำหนัก <input type="checkbox"/> ซึ่งน้อยกว่า (1) <input type="checkbox"/> ซึ่งไม่เท่ากัน (0) <input type="checkbox"/> ซึ่งไม่ได้ (0) <input type="checkbox"/> ญาติบอก (0)	น้ำหนัก กก. คะแนน	น้ำหนัก กก. คะแนน	น้ำหนัก กก. คะแนน
2.2 BMI <input type="checkbox"/> BMI < 17.0 กก./ม ² (2) <input type="checkbox"/> BMI 17.0-18.0 กก./ม ² (1) <input type="checkbox"/> BMI 18.1-29.9 กก./ม ² (0) <input type="checkbox"/> BMI ≥ 30.0 (1)	BMI กก./ม ² คะแนน	BMI กก./ม ² คะแนน	BMI กก./ม ² คะแนน
หากไม่ทราบน้ำหนัก ใช้ผล Albumin หรือ ผล Total Lymphocyte Count (TLC)			
2.1 ผล Albumin <input type="checkbox"/> ≤ 2.5 g/dl (< 25 g/l) (3) <input type="checkbox"/> 3.0-3.5 g/dl (30-35 g/l) (1) <input type="checkbox"/> 2.6-2.9 g/dl (26-29 g/l) (2) <input type="checkbox"/> >3.5 g/dl (35 g/l) (0)	Albumin g/dl คะแนน	Albumin g/dl คะแนน	Albumin g/dl คะแนน
2.2 ผล TLC <input type="checkbox"/> ≤ 1,000 cells/mm ³ (3) <input type="checkbox"/> 1,201-1,500 cells/mm ³ (1) <input type="checkbox"/> >1,500 cells/mm ³ (0)	TLC cells/mm ³ คะแนน	TLC cells/mm ³ คะแนน	TLC cells/mm ³ คะแนน
[TLC = (Total WBC X % Lymphocyte)/ 100] อย่างใดอย่างหนึ่ง			
3. รูปร่างของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผอมมาก (2) <input type="checkbox"/> อ้วนมาก (1) <input type="checkbox"/> ผอม (1) <input type="checkbox"/> ปกติ-อ้วนปานกลาง (0)	คะแนน	คะแนน	คะแนน
4. น้ำหนักเปลี่ยนใน 4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ลดลง/ผอมลง (2) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (0) <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น/อ้วนขึ้น (1) <input type="checkbox"/> คงเดิม (0)	คะแนน	คะแนน	คะแนน
5. อาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา			
5.1 ลักษณะอาหาร <input type="checkbox"/> อาหารน้ำๆ (2) <input type="checkbox"/> อาหารนุ่มกว่าปกติ (1) <input type="checkbox"/> อาหารเหลวๆ (2) <input type="checkbox"/> อาหารเหมือนปกติ (0)	คะแนน	คะแนน	คะแนน
5.2 ปริมาณที่กิน <input type="checkbox"/> กินน้อยมาก (2) <input type="checkbox"/> กินมากขึ้น (0) <input type="checkbox"/> กินน้อยลง (1) <input type="checkbox"/> กินเท่าปกติ (0)	คะแนน	คะแนน	คะแนน
6. อาการต่อเนื่อง > 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)			
6.1 ปัญหาทางการเคี้ยว/กลืนอาหาร <input type="checkbox"/> สำลัก (2) <input type="checkbox"/> เคี้ยว/กลืนลำบาก/ได้อาหารทางสายยาง (2) <input type="checkbox"/> กลืนได้ปกติ (0)	คะแนน	คะแนน	คะแนน
6.2 ปัญหาระบบทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> ท้องเสีย (2) <input type="checkbox"/> ปวดท้อง (2) <input type="checkbox"/> ปกติ (0)	คะแนน	คะแนน	คะแนน
6.3 ปัญหาระหว่างกินอาหาร <input type="checkbox"/> อาเจียน (2) <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ (2) <input type="checkbox"/> ปกติ (0)	คะแนน	คะแนน	คะแนน
7. ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร <input type="checkbox"/> นอนติดเตียง (2) <input type="checkbox"/> ต้องมีผู้ช่วยบ้าง (1) <input type="checkbox"/> นั่งๆ นอนๆ (0) <input type="checkbox"/> ปกติ (0)	คะแนน	คะแนน	คะแนน
8. โรคที่เป็นอยู่ โดยต้องแจ้งให้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบ (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)			
โรคที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (3 คะแนน)	โรคที่มีความรุนแรงมาก (6 คะแนน)		
<input type="checkbox"/> DM (เบาหวาน) (3) <input type="checkbox"/> CKD-ESRD (ไตเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> Septicemia (ติดเชื้อในกระแสเลือด) (3) <input type="checkbox"/> Solid cancer (มะเร็งทั่วไป) (3) <input type="checkbox"/> Chronic heart failure (หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> Hip fracture (ข้อสะโพกหัก) (3) <input type="checkbox"/> COPD (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> Severe head injury (บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง) (3) <input type="checkbox"/> ≥ 2° of burn (แผลไฟไหม้ระดับ 2 ขึ้นไป) (3) <input type="checkbox"/> CLD/Cirrhosis/Hepati cencaph (ตับเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ (3)	<input type="checkbox"/> Severe pneumonia (ปอดบวมขั้นรุนแรง) (6) <input type="checkbox"/> Critically ill (ผู้ป่วยวิกฤติ) (6) <input type="checkbox"/> Multiple fracture (กระดูกหักหลายตำแหน่ง) (6) <input type="checkbox"/> Stroke/CVA (อัมพาต) (6) <input type="checkbox"/> Malignant hematologic disease/Bone marrow transplant (มะเร็งเม็ดเลือด/ปลูกถ่ายไขกระดูก) (6) <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ (6)		
*หากไม่ตรงโรคที่มี ให้คะแนนตามความหนักเบา			

วันเดือนปี	วันเดือนปี	วันเดือนปี
ครั้งที่ 1 คะแนนรวม A B C	ครั้งที่ 2 คะแนนรวม A B C	ครั้งที่ 3 คะแนนรวม A B C

0-5 คะแนน (NAF = A : Normal-Mild malnutrition) ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พยาบาลจะทำหน้าที่ประเมินภาวะโภชนาการ ซ้ำภายใน 7 วัน A	6-10 คะแนน (NAF = B : Moderate malnutrition) กรุณาแจ้งให้แพทย์และนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบผล ทันทีพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ให้นักกำหนด อาหาร/นักโภชนาการ ทำการประเมินภาวะโภชนาการ และให้แพทย์ทำการดูแลรักษาภายใน 3 วัน B	≥ 11 คะแนน (NAF = C : Severe malnutrition) กรุณาแจ้งให้แพทย์และนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบผล ทันทีที่มีภาวะทุพโภชนาการ ให้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ ทำการประเมินภาวะโภชนาการ และให้แพทย์ทำการดูแลรักษา ภายใน 24 ชั่วโมง C
---	--	--

Reference : Surat Komindr, et al. Simplified malnutrition tool for Thai patients Asia Pac J Clin Nutr 2013;22(4):516-521

GUIDE TO MAKE DIET ORDER

Weight kg Height cm IBW* kg

Energy Requirement**	<input type="checkbox"/> 25 kcal/IBW <input type="checkbox"/> 30 kcal/IBW <input type="checkbox"/> 35 kcal/IBW <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	<input type="text"/> kcal/day
Protein Requirement	<input type="checkbox"/> 1.0 g/IBW <input type="checkbox"/> 1.2 g/IBW <input type="checkbox"/> 1.3 g/IBW <input type="checkbox"/> 1.5 g/IBW <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	<input type="text"/> g/day
Diet	<input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low salt <input type="checkbox"/> Low fat <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low salt <input type="checkbox"/> Low fat <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Full liquid diet <input type="checkbox"/> Clear liquid diet <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	Re quired diet = <input type="text"/>
Oral Supplement	<input type="checkbox"/> Standard formula (CHO:PRO:FAT=55:15:30*, Complete & Balance) <input type="checkbox"/> DM formula (Low glycemic index) <input type="checkbox"/> Renal dialysis formula (Energy & Proteindense, Low Na, P, K, fluid) <input type="checkbox"/> Cancer formula (Energydense, High protein, High EPA) <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> ml/meal <input type="checkbox"/> <input type="text"/> meal Frequency/day
Tube Feeding	<input type="checkbox"/> Standard formula (CHO:PRO:FAT=55:15:30*, Complete & Balance) <input type="checkbox"/> DM formula (Low glycemic index) <input type="checkbox"/> Renal dialysis formula (Energy & Proteindense, Low Na, P, K, fluid) <input type="checkbox"/> Cancer formula (Energydense, High protein, High EPA) <input type="checkbox"/> Pulmonary disease formula (CHO:PRO:FAT=40:15:45) <input type="checkbox"/> Hepatic encephalopathy formula (High branched chain amino acid) <input type="checkbox"/> BD <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> ml/meal <input type="checkbox"/> <input type="text"/> meal Frequency/day

*IBW : Male = Height (cm.) -100, Female = Height (cm.) -105

**Energy : 25 kcal/IBW for sedentary lifestyle, 30 kcal/IBW for normal, 35 kcal/IBW for active lifestyle

Kcal/IBW	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90
25	1000	1050	1100	1150	1200	1250	1300	1350	1400	1450	1500	1550	1600	1650	1700	1750	1800	1850	1900	1950	2000	2050	2100	2150	2200	2250
30	1200	1260	1320	1380	1440	1500	1560	1620	1680	1740	1800	1860	1920	1980	2040	2100	2160	2220	2280	2340	2400	2460	2520	2580	2640	2700
35	1400	1470	1540	1610	1680	1750	1820	1890	1960	2030	2100	2170	2240	2310	2380	2450	2520	2590	2660	2730	2800	2870	2940	3010	3080	3150

Protein : 1.0 g/IBW for normal, 1.2 g/IBW for hemodialysis, 1.3 g/IBW for peritoneal dialysis, 1.5 g/IBW for moderate-severe catabolism

g/IBW	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90
1.0	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66.0	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90
1.2	48	50	53	55	58	60	62	65	67	70	72	74	77	79.2	82	84	86	89	91	94	96	98	101	103	106	108
1.3	52	55	57	60	62	65	68	70	73	75	78	81	86	85.8	88	91	94	96	99	101	104	107	109	112	114	117
1.5	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	99	99.0	102	105	108	111	114	117	120	123	126	129	132	135

Ordered by D/M/Y Time

o ตารางปริมาณสารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ 2546

\$American Diabetes Association: Diabetes Care 2005;28(suppl 1):S4-S36,American Diabetes Association: Diabetes Care 2006;29(suppl 1):S4-S42

Guide to make Diet Order : ตรวจสอบและตัดแปลงข้อมูลโดย ศนพ.สุรัตน์ โคมินทร์ หน่วยงานโภชนาการและชีวเคมีทางการแพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ รพ.รามธิบดี

คู่มือการใช้ Nutrition Alert Form

โคขรอกข้อมูลเบื้องต้นทั้งหมดของผู้ป่วย (แนะนำให้ใช้ในผู้ที่มิอายุ 18 ปีขึ้นไป) และกรอกข้อมูลว่าได้จากใครหรือจากเพิ่มประวัติผู้ป่วย การวินิจฉัยเบื้องต้น โปรดดูคำอธิบายในข้อ 8

1. ส่วนสูง/ความยาวตัว/ความยาวช่วงแขนจากปลายนิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง (Arm span)

ถ้าวัดส่วนสูงไม่ได้ : วัดความยาวตัว จากกลางศีรษะ ถึง ปลายเท้าโดยผู้ป่วยนอนราบ ไม่หนุนหมอน
: วัดความยาวช่วงแขน จากปลายนิ้วกลางข้างหนึ่ง ถึง ปลายนิ้วกลางอีกข้างหนึ่งขณะกางแขนตั้งฉากกับ
ลำตัว (หากเป็นไปได้ ไม่ควรวัดครั้งเดียวแล้วดูสอง เพราะมีโอกาสผิดพลาดได้มากกว่า)

2. น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย [ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กก.) ÷ (ส่วนสูง (ม.) × ส่วนสูง (ม.))]

ถ้าทราบน้ำหนัก : ชำมไปทำข้อ 3

ถ้าไม่ทราบน้ำหนัก : ใช้ผล Albumin หากไม่ทราบผล Albumin ให้ใช้ผล Total Lymphocyte Count (TLC)

$$[TLC = (Total\ WBC \times Lymphocyte) \div 100]$$

3. รูปร่างของผู้ป่วย

ใช้ความรู้สึกของผู้ทำการประเมินตัดสินใจเมื่อเห็นผู้ป่วย

4. น้ำหนักเปลี่ยนใน 4 สัปดาห์

ถามผู้ป่วยหรือญาติใกล้เคียงว่า ลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือ อ้วนขึ้นหรือผอมลง

5. อาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ลักษณะอาหาร :

“อาหารน้ำๆ” (Clear liquid diet: อาหารน้ำใส) ได้แก่ น้ำข้าวใส น้ำหวาน น้ำดื่มผักใส น้ำผลไม้ใสกรองกากออก ซุปน้ำใส

“อาหารเหลวๆ” (Full liquid diet: อาหารน้ำข้น) ได้แก่ ซุปครีม ซุปน้ำข้น คัสตาร์ด ไข่ น้ำผลไม้รวมกาก รวมถึงอาหารปั่นและ
อาหารทางการแพทย์

“อาหารนุ่มกว่าปกติ” (Soft diet: อาหารอ่อน) ได้แก่ โจ๊ก ข้าวต้ม มะกะโรนี ไข่ลวก ไข่กวน ผักต้มเปื่อย ก๋วยเตี๋ยว ผัดผัดสุก
อาหารอื่นและผลไม้ที่กินได้ลิ้นคอ โดยไม่ต้องเคี้ยวรวม

“อาหารเหมือนปกติ” (Regular diet: อาหารปกติ) ได้แก่ ข้าวและกับข้าวทั่วไป ผัก-ผลไม้ทุกชนิด

ปริมาณอาหาร : เทียบกับที่ผู้ป่วยเคยกินขณะมีสุขภาพดี

6. อาการต่อเนื่อง > 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)

ถามผู้ป่วยหรือญาติหรือดูจากเพิ่มประวัติผู้ป่วย

7. ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร

เพื่อดูความสามารถในการเข้าถึงอาหารของผู้ป่วย

8. โรคที่เป็นอยู่* โดยต้องแจ้งให้บันทึกกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบ (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)

CKD-ESRD : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ จนถึงไตวายที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างไตทางผนังช่องท้อง ไม่รวมผู้ป่วย
ที่ปลูกถ่ายไตที่ไม่มี rejection

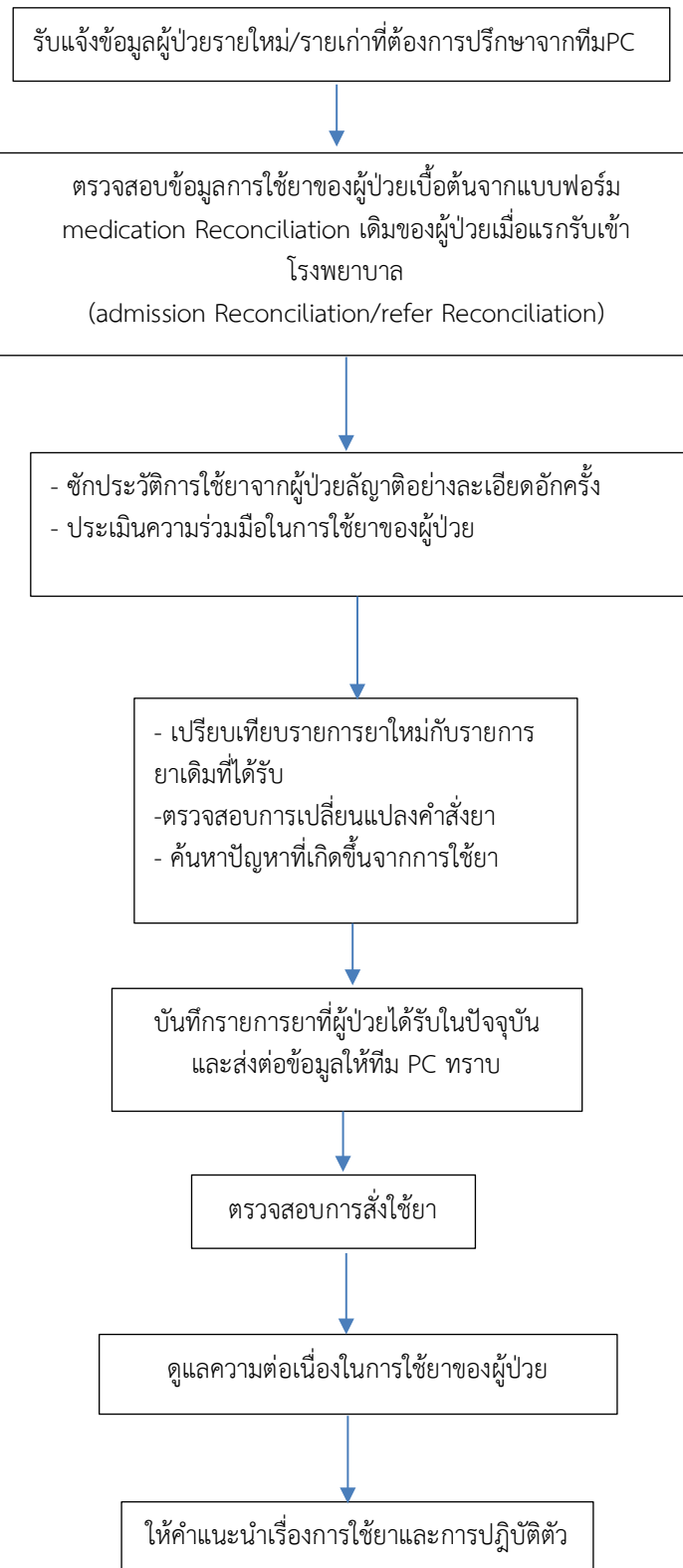
Solid cancer : ผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ รวมทั้ง Lymphoma แต่ไม่รวมถึงมะเร็งเม็ดโลหิตจําพวกพวกกิลลิเมียม (Leukemia) และผู้ที่เป็น
เนื้องอกธรรมดา (Tumor)

*โรคอื่นๆที่นอกเหนือจากที่ระบุในข้อ 8 นี้ สามารถกรอกเพิ่มเติมได้ที่ “การวินิจฉัยเบื้องต้น” เพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วย

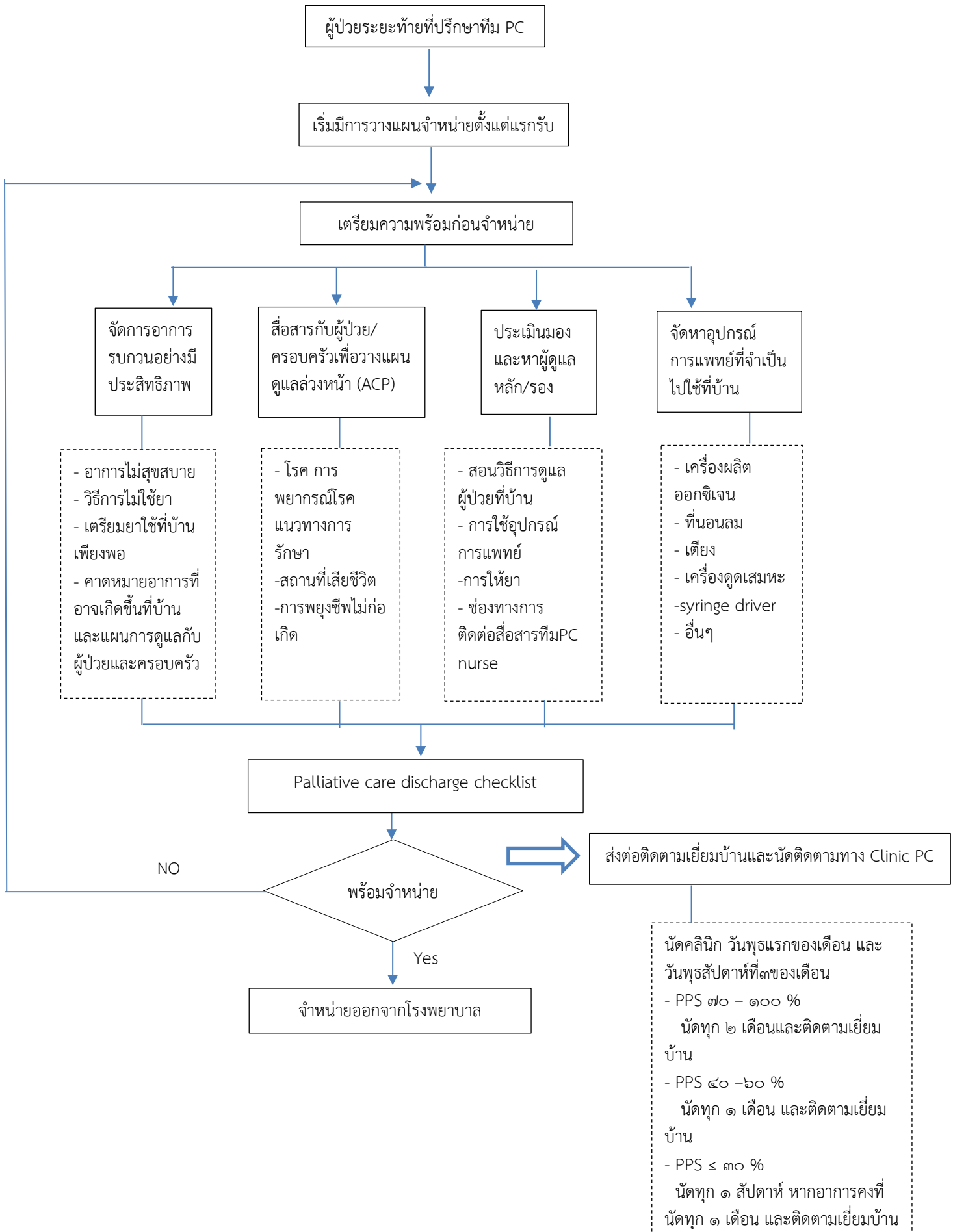
รวมคะแนนและแปลผล

Ref: Komindr S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. Asia Pac J Clin Nutr 2013;22(4):516-512

แนวทางการดูแลและเสริมพลังผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ด้านเภสัชกร โรงพยาบาลฟากท่า



แนวทางการจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพาทักษะ



Palliative Care Dischare Checklist

Chacklist	Yes	No	Comment
ติดต่อเครือข่ายรับดูแลต่อเนื่อง			
ประสานการเยี่ยมบ้าน			
ประสานรถส่งต่อ			
จัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน			
ผู้ป่วยได้รับเอกสารข้อมูลการดูแลที่บ้าน			
จัดเตรียมยาและเบิกยาที่ต้องใช้ที่บ้าน			
ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการบริหารยาต่างๆที่ต้องใช้ที่บ้าน			
มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยและครอบครัว			
อธิบายช่องทางติดต่อที่มสุขภาพ ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ			
ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสภาวะโรค พยากรณ์โรค และแผนการดูแล			
สมุดประจำตัว			
ประเมินความพึงพอใจ			

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP-PCT-018-00	หน้า :44
เรื่อง :แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	

แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านมีการประเมินตามความจริง

ข้อ	รายการ	พอใจ มาก ที่สุด (5)	พอใจ มาก (4)	พอใจ ปาน กลาง (3)	พอใจ น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	ไม่ พอใจ (0)
1	ท่านได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง						
2	ท่านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย						
3	ท่านได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย						
4	พยาบาลมีการพูดคุย ชักถามอาการ/การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ						
5	พยาบาลมีโอกาสดำเนินการระบายน้เหลืองทั้งทางบวกและทางลบทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ						
6	พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด						
7	ท่านได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสม ในระหว่างอยู่โรงพยาบาล						
8	พยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้น						
9	ท่านได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน						
10	ท่านได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวกเมื่อท่านมีปัญหา						