ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Training of the Trainers

in Palliative Care

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment

ณัฐชญา บัวละคร

Module 1 Palliative Care Concept and Assessment

ณัฐชญา บัวละคร

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
อาคารสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อนุสรณ์ ชั้น 18
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002
www.karunruk.com e-mail: palliativecare@kku.ac.th
Tel. 043-366656-7 Fax: 043-366657

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
อาคารสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อนุสรณ์ ชั้น 18
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002
www.karunruk.com e-mail: palliativecare@kku.ac.th
Tel. 043-366656-7 Fax: 043-366657

Module 1 Palliative Care Concept and Assessment

ณัฐชญา บัวละคร

Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment

ณัฐชญา บัวละคร

Training of the Trainers

in Palliative Care

Module 1

Palliative Care Concept and Assessment

ณัฐชญา บัวละคร

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk
Palliative
Care Center

Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment

ณัฐชญา บัวละคร

Training of the Trainers in Palliative Care

บรรณาธิการ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ผศ.นภา หลิมรัตน์

ออกแบบปก อลงกรณ์ สุนทร

ออกแบบรูปเล่ม วรรณนิสา ลาภทวี

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา โทร. 043-328589-91

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 (จำนวน 1,000 เล่ม)

จัดทำและเผยแพร่โดย

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ 043-366656

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

คำนำ

ปัจจุบันนี้โรคที่เป็นภาวะคุกคามต่อระบบสุขภาพของทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยคือโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง ไตวาย หัวใจวาย โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น โรคดังกล่าวต้องการการรักษาอย่างยาวนาน และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากตัวโรค และครอบครัวต้องรับภาระอย่างหนักหน่วง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง นอกจากนี้ประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เนื่องจากวิทยาการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น มีการค้นพบการรักษาและยาที่สามารถรักษาหรือป้องกันโรคต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศทั่วโลกก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเกิดขึ้นเป็นเงาตามตัวด้วย เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุจำนวนมากมิได้มีสุขภาพดีแต่มักป่วยด้วยโรคเรื้อรังและจำนวนมากเมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งก็ล้วนต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่มีข้อจำกัดคือจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีจำนวนน้อย ดังนั้นการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และทักษะในการให้การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ต้องการการบริการดังกล่าวสามารถได้รับการบริการเป็นอย่างดี

ชุดรายวิชาที่จัดทำขึ้นนี้ต้องการตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนดังกล่าวข้างต้น โดยชุดรายวิชานี้ใช้เป็นสื่อประกอบการอบรม “Training of the Trainers (TOT) in Palliative Care” ชุดรายวิชานี้ประกอบด้วยชุดรายวิชาย่อย 9 เรื่องซึ่งเป็นเนื้อหาโดยตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีสื่อการสอนพร้อมใช้คือ PowerPoint presentation ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมสามารถเลือกเนื้อหาเพื่อนำไปสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียนและบริบท นอกจากนี้ยังมีรายวิชาย่อยเรื่องพื้นฐานการสอน เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการสอน

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าชุดรายวิชานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรมและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางและสื่อในการสอนได้เป็นอย่างดี เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และสามารถจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้าย

(แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล)

กุมภาพันธ์ 2560

ผู้นิพนธ์และรวบรวม

นางณัฐชญา บัวละคร

การศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ประกาศนียบัตร BASIC CERTIFICATE COURSE IN PALLIATIVE CARE NURSING (BCCPN)

การทำงาน/ตำแหน่ง

- ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

สารบัญ

Module 1 Palliative Care Concept and Assessment 1

ภาพรวมรายวิชา 1

สาระสำคัญ 1

วัตถุประสงค์ 1

ขอบเขตรายวิชา 2

แผนการสอนเรื่อง “Palliative Care Concept and Assessment” 3

Key Reference 63

เอกสารประกอบ Module 1: เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะสุดท้าย 64

เอกสารประกอบ Module 1: การวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย 68

เอกสารประกอบ Module 1: แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม 85
ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก
(Palliative performance scale for adult Suandok)

Module 1 Palliative Care and Assessment Case Study 86

Module1 Palliative care concept and assessment ข้อสอบ MCQ 10 ข้อ 87

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment

ภาพรวมรายวิชา

- รายวิชานี้เกี่ยวข้องกับแนวคิด (concept) การดูแลแบบประคับประคอง หลักการและความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งการประเมินผู้ป่วยอย่างองค์รวม เป็นการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สาระสำคัญ

- ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ปัจจุบันมีช่องโหว่ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- หลักสำคัญในการเข้าใจหลักการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยมุ่งใช้การประเมินอย่างครอบคลุมเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้
- การวินิจฉัยภาวะระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์

ภายหลังจบรายวิชานี้ ผู้เข้าร่วมการอบรมสามารถ:

- อภิปรายความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ปัจจุบันสะท้อนถึงความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้อย่างชัดเจน และสามารถยกกรณีศึกษาจากประสบการณ์ที่ผ่านมาได้
- อภิปรายอุปสรรคที่สำคัญของการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครอบคลุม
- บอกคำจำกัดความของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบ “palliative care” และสามารถบอกหลักการการดูแลประคับประคองได้อย่างถูกต้อง
- อภิปรายรูปแบบ (model) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง
- บอกเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะท้ายได้อย่างถูกต้องครบถ้วน
- บอกองค์ประกอบสำคัญของ palliative care ได้ถูกต้องครบถ้วน
- วิเคราะห์และอภิปรายกรณีศึกษาโดยใช้องค์ประกอบการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายทั้ง 9 มิติและวางแผนการดูแลตามที่ประเมินได้อย่างถูกต้อง
- สามารถใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment

ขอบเขตรายวิชา

1. **บทนำ**
   A. ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่เกิดช่องโหว่ในระบบการดูแลแบบประคับประคอง
   B. อุปสรรคที่สำคัญของการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
      1. ความตระหนัก
      2. ขาดแคลนองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง
      3. กฎระเบียบ กฎเกณฑ์ในการใช้ยากลุ่ม opioids
      4. สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ
2. **ความหมายและหลักการการดูแลแบบประคับประคอง**
   A. คำจำกัดความของ palliative care
   B. หลักการของการดูแลแบบประคับประคอง
   C. โมเดลการดูแลแบบประคับประคอง เปลี่ยนผ่านการรักษาจาก curative care เป็น palliative care
3. **หลักเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง**
   A. ผู้ป่วย palliative care คือใคร
   B. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะท้าย
   C. วิถีโคจรความเจ็บป่วย (disease trajectory)
4. **องค์ประกอบของ palliative care**
   A. Symptom control, disease management, psychosocial and spiritual care
   B. การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
      (Module 5: Communication skills)
5. **การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายอย่างครอบคลุม**
   A. หลักการการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย 9 มิติ
   B. การใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย
6. **สรุป**
   A. ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิต
   B. “Doing for” and “being with”

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment
แผนการสอนเรื่อง “Palliative Care Concept and Assessment”

รายวิชา Palliative Care Concept and Assessment
ผู้เรียน แพทย์/พยาบาลที่มีพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองระดับต้น
ผู้สอน แพทย์/พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะกลาง (BCCPM & BCCPN)
เวลาสอน 2 ชั่วโมง
วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน ผู้เรียนสามารถ

1. อภิปรายความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ปัจจุบันสะท้อนถึงความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้อย่างชัดเจน และสามารถยกกรณีศึกษาจากประสบการณ์ที่ผ่านมาได้
2. อภิปรายอุปสรรคที่สำคัญของการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครอบคลุม
3. บอกคำจำกัดความของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบ “palliative care” และสามารถบอกหลักการการดูแลประคับประคองได้อย่างถูกต้อง
4. อภิปรายรูปแบบ (model) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง
5. บอกเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะท้ายได้อย่างถูกต้องครบถ้วน
6. บอกองค์ประกอบสำคัญของ palliative care ได้ถูกต้องครบถ้วน
7. วิเคราะห์และอภิปรายกรณีศึกษาโดยใช้องค์ประกอบการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายทั้ง 9 มิติ และวางแผนการดูแลตามที่ประเมินได้อย่างถูกต้อง
8. สามารถใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้อง

เนื้อหา

1. ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่เกิดช่องโหว่ในระบบการดูแลแบบประคับประคอง
   - ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์เป็นทางออกเพื่อช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยให้ได้นานที่สุด มองเห็นการเสียชีวิตคือความล้มเหลวทางการแพทย์
   - แพทย์ดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วนเนื่องจากมีความรู้และเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น
   - สนใจแต่มิติทางกาย ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
   - แพทย์ขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2. อุปสรรคที่สำคัญของการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
   - ขาดความตระหนัก
   - ทีมสุขภาพขาดองค์ความรู้
   - กฎเกณฑ์ ระเบียบของการใช้ยากลุ่ม opioids
   - สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ

3. คำจำกัดความของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบ palliative care และหลักการการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญ
   - ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
   - ผู้ป่วยทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต
   - ป้องกัน/บรรเทาอาการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี
4. รูปแบบ (model) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
   - การดูแลแบบประคับประคองควรเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย
   - มีช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านการรักษาจาก curative care เป็น palliative care
   - มีโอกาสให้ผู้ป่วยเตรียมตัว การรับทราบข้อมูล วางแผนการดูแล จัดการอาการ รวมถึงดูแลความเศร้าโศกสูญเสียของครอบครัว
5. เกณฑ์วินิจฉัยภาวะระยะสุดท้าย
   - Surprise question ในผู้ป่วยที่มี advanced disease หรือ progressive life limiting condition
   - General indicators
   - Specific criteria
6. องค์ประกอบสำคัญของ palliative care
   - Symptom control
   - Disease management
   - Psychosocial and spiritual care
7. องค์ประกอบของการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวมแบบ 9 มิติ

   มิติที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วย

   มิติที่ 2 อาการทางกาย

   มิติที่ 3 อาการด้านจิตใจ

   มิติที่ 4 ความสามารถในการตัดสินใจ

   มิติที่ 5 การได้รับข้อมูล

   มิติที่ 6 สภาวะทางสังคม

   มิติที่ 7 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

   มิติที่ 8 ความต้องการความช่วยเหลือดำรงชีพ

   มิติที่ 9 การคาดการณ์เกี่ยวกับอาการที่จะเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิต
8. เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย
   - ESAS
   - PPS

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

1. ก่อนเข้าชั้นเรียน ผู้เรียนเตรียมตัวเข้าเรียนโดยอ่านเอกสารประกอบเรื่อง การวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย/เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะสุดท้าย
2. จัดการเรียนการสอนโดยแบ่งผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน
3. บรรยายสลับกับการมีกรณีศึกษาสำหรับการอภิปรายในกลุ่มย่อย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อประกอบการเรียนการสอน	เวลา (นาที)
		ผู้สอน	ผู้เรียน		
1.อภิปรายความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ปัจจุบันสะท้อนถึงความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ยกกรณีศึกษาจากประสบการณ์ที่ผ่านมา	เทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่เกิดช่องโหว่ในระบบการดูแลแบบประคับประคอง	กำกับและแนะนำให้ผู้เรียนอภิปรายตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ เมื่อหมดเวลาการอภิปรายในกลุ่มย่อย จะเลือกตัวแทนจากกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งนำเสนอข้อสรุปที่ได้จากกลุ่ม จากนั้นกระตุ้นให้กลุ่มที่เหลือแสดงความเห็นเพิ่มเติมหรือความเห็นที่แตกต่างจากกลุ่มที่นำเสนอเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง และหากมีการอภิปรายในกลุ่มย่อยเช่นนี้อีก ให้เลือกตัวแทนจากกลุ่มที่ยังมิได้นำเสนอ และให้กลุ่มอื่นเพิ่มเติม ทำซ้ำเช่นนี้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นอย่างกว้างขวาง (*)	อภิปรายประเด็นตามแนวคำถามที่กำหนด และนำเสนอข้อสรุปจากการอภิปรายในกลุ่มย่อย รวมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นที่แตกต่างจากข้อสรุปจากกลุ่มอื่น	กระดาษ A4 พร้อมปากกา	10

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อประกอบการเรียนการสอน	เวลา (นาที)
		ผู้สอน	ผู้เรียน		
2.อภิปรายอุปสรรคที่สำคัญของการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	-ขาดความตระหนัก -ทีมสุขภาพขาดองค์ความรู้ -กฎเกณฑ์ระเบียบของการใช้ยากลุ่ม opioids -สังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ	กำกับและแนะนำให้ผู้เรียนอภิปรายตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ และแนวทางตาม (*)	อภิปรายประเด็นตามแนวคำถามที่กำหนดและนำเสนอข้อสรุปจากการอภิปรายในกลุ่มย่อย รวมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นที่แตกต่างจากข้อสรุปจากกลุ่มอื่น	กระดาษ A4 พร้อมปากกา	10
3.บอกคำจำกัดความของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบ “palliative care” และสามารถบอกหลักการการดูแลประคับประคองได้ถูกต้อง	คำจำกัดความตาม WHO	1.บรรยายโดยเน้นการถามตอบ (Interactive lecture) 2.ยกกรณีศึกษาสั้นๆ	1.ตอบคำถาม 2.อภิปรายซักถามเพิ่มเติม	PowerPoint presentation	10
4. อภิปรายรูปแบบ (model) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้	แนวคิดและทัศนคติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จุดเปลี่ยนผ่านการดูแลจาก curative care เป็น palliative care	1.บรรยายโดยเน้นการถามตอบ (Interactive lecture)	1.ยกกรณีศึกษาตามประสบการณ์เชื่อมโยงกับโมเดลของการดูแลระยะท้าย 2.อภิปรายจุดแข็ง-อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยตามโมเดล	PowerPoint presentation	10
5.บอกเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะท้ายได้	-Surprise question -General indicators -Specific criteria	1.บรรยายโดยเน้นการถามตอบ (Interactive lecture) 2.กำกับและแนะนำให้ผู้เรียนบอกเกณฑ์การวินิจฉัยตามแนว คำถามที่กำหนดไว้ 3.ดำเนินการตาม (*)	อภิปรายประเด็นปัญหาตามแนวทางคำถามที่กำหนดไว้	1.PowerPoint presentation 2. เอกสารเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะสุดท้าย	15

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อประกอบการเรียนการสอน	เวลา (นาที)
		ผู้สอน	ผู้เรียน		
6. บอกองค์ประกอบสำคัญของ palliative care ได้ถูกต้อง	-Symptom control -Disease management -Psychosocial and spiritual care	1.บรรยายโดยเน้นการถามตอบ (Interactive lecture) 2.กระตุ้นให้ผู้เรียนยกตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลตามองค์ประกอบทั้ง 3	ผู้เรียนยกตัวอย่างกรณีศึกษาตามประสบการณ์		10
7. บอกการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมใน 9 มิติได้	การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมใน 9 มิติได้	1.บรรยายโดยเน้นการถามตอบ (Interactive lecture)		1.PowerPoint presentation	
8.วิเคราะห์และอภิปรายกรณีศึกษาโดยใช้องค์ประกอบการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายทั้ง 9 มิติ และวางแผนการดูแลตามที่ประเมินได้	-ประวัติการเจ็บป่วย -อาการทางกาย -อาการด้านจิตใจ -ความสามารถในการตัดสินใจ -การได้รับข้อมูล -สภาวะทางสังคม -ความต้องการด้านจิตวิญญาณ -ความต้องการความช่วยเหลือดำรงชีพ -การคาดการณ์อาการที่จะเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิตและเตรียมการกับการเสียชีวิต	1.บรรยายโดยเน้นการถามตอบ (Interactive lecture) 2.แจกกรณีศึกษา 3.กำกับและแนะนำให้ผู้เรียนอภิปรายตามแนวคำถามที่กำหนดไว้(*)	1.ผู้เรียนศึกษากรณีศึกษา 2.อภิปรายประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ในกรณีศึกษาที่ได้รับและวางแผนการดูแล	1.กรณีศึกษา 2.กระดาษ A4 พร้อมปากกา	20
8.สามารถใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายได้ถูกต้อง	ESAS PPS	1.แจกเอกสารเรื่องเครื่องมือ ESAS, PPS ที่ใช้ในการประเมิน 2.ให้ผู้เรียนอ่านเอกสารและอธิบายเพิ่มเติม 3.สรุปและทำแบบฝึกหัด 4.(*)	1.อ่านเอกสาร 2.ซักถามเพิ่มเติมเมื่อสงสัย 3.ทำแบบฝึกหัด	1.เอกสารเครื่องมือ ESAS, PPS 2.โจทย์ตัวอย่าง	15

สื่อการสอนและการเรียนรู้

1. PowerPoint presentation
2. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะท้าย
3. บทความเรื่องการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย
4. แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
5. แบบประเมิน ESAS
6. กรณีศึกษา
7. กระดาษเอ 4 พร้อมปากกา

การวัดและการประเมินผล

1. การสังเกตพฤติกรรมการเตรียมตัว ความร่วมมือของผู้เรียนในชั้นเรียน
2. การสังเกตพฤติกรรมและการอภิปรายของผู้เรียน
3. ข้อสอบ multiple choice questions เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์การศึกษา

บันทึกข้อสังเกตในห้องเรียน

....

....

Module 1
Concept and Assessment in Palliative Care

นางณัฐชญา บัวละคร RN, Cert Pall Care
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

" You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can, not only to help you die peacefully, but to live until you die"

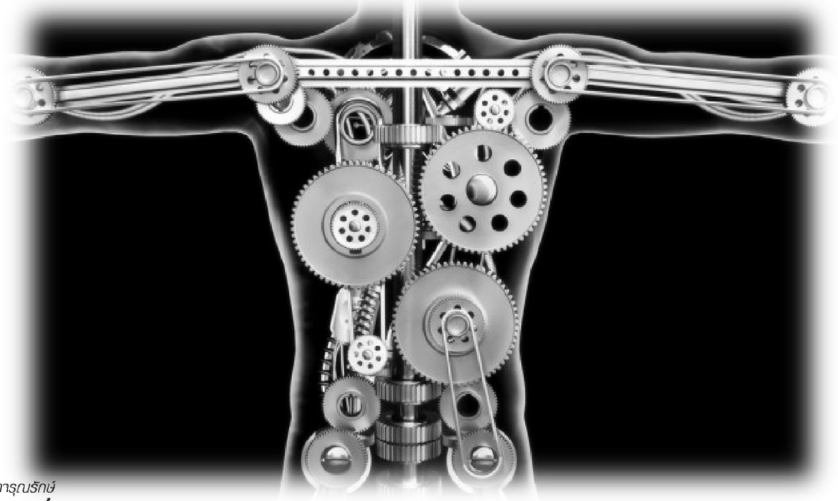
Dame Cicely Saunders, Founder of St. Christopher's Hospice, London, England

การแพทย์สมัยใหม่

- การก้าวกระโดดของเทคโนโลยี
- แพทย์เชี่ยวชาญมากขึ้น
- การดูผู้ป่วยแบบแยกส่วน
- การเสียชีวิตคือความล้มเหลวทางการแพทย์
- ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล

- ประเทศไทยมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์อย่างมาก แต่มีช่องโหว่ในระบบสาธารณสุข เนื่องจากเราพัฒนาการด้าน palliative care ช้า
- แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยมีโอกาสเรียนรู้หรือมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบกับปัจจุบันแพทย์มีความรู้และเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น ทำให้ดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วนตามความเชี่ยวชาญของแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทำทุกวิถีทางให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ความตายเป็นความล้มเหลว แต่ถึงอย่างไรก็ตามความตายเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้
- การทุ่มการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีทำให้เกิดค่าใช้จ่ายมหาศาล และยังเป็นเครื่องกีดขวางการสื่อสาร การดูแลด้านกาย จิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- การยืดชีวิตต่อโดยใช้เทคโนโลยีจะมีประโยชน์อะไร ถ้าเวลาที่เหลืออยู่มีแต่ความทุกข์ทรมาน

การแพทย์ในปัจจุบันที่สนใจแต่มิติทางกาย ดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคแบบแยกส่วน การขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

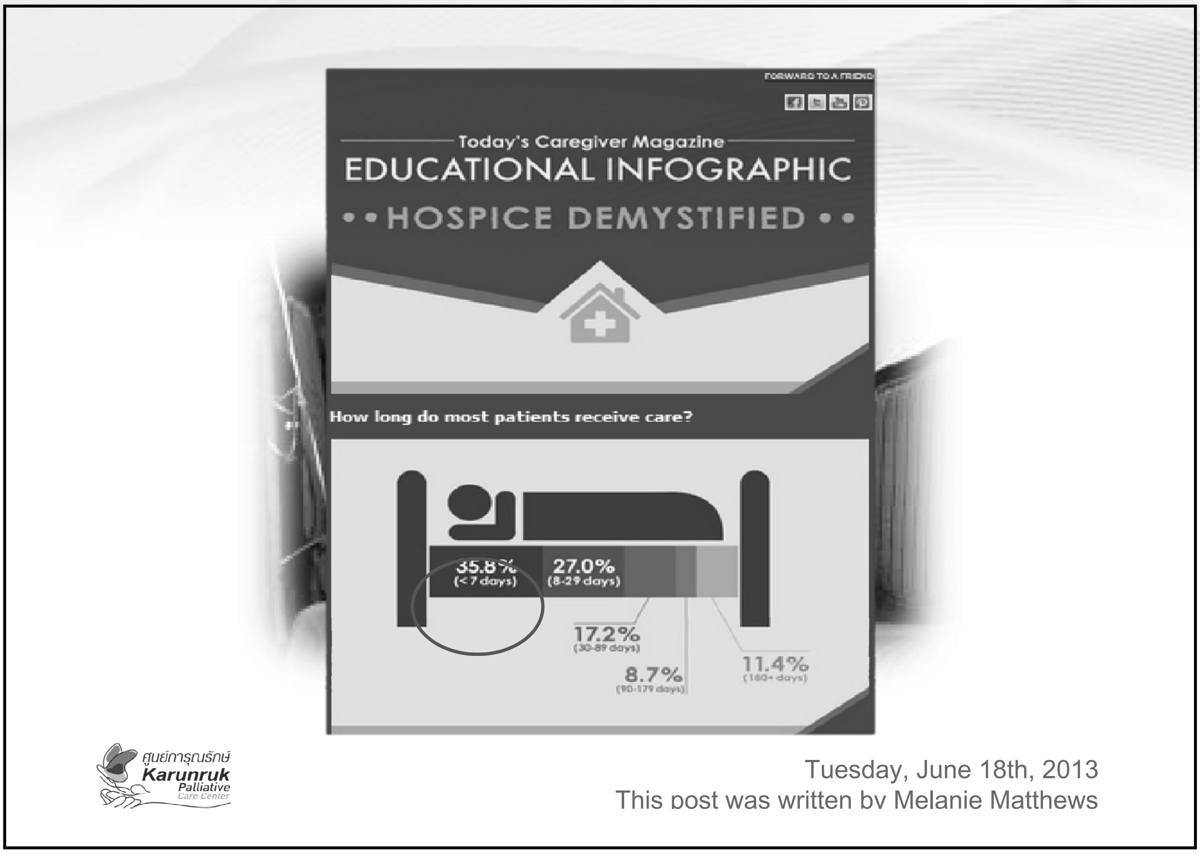


ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

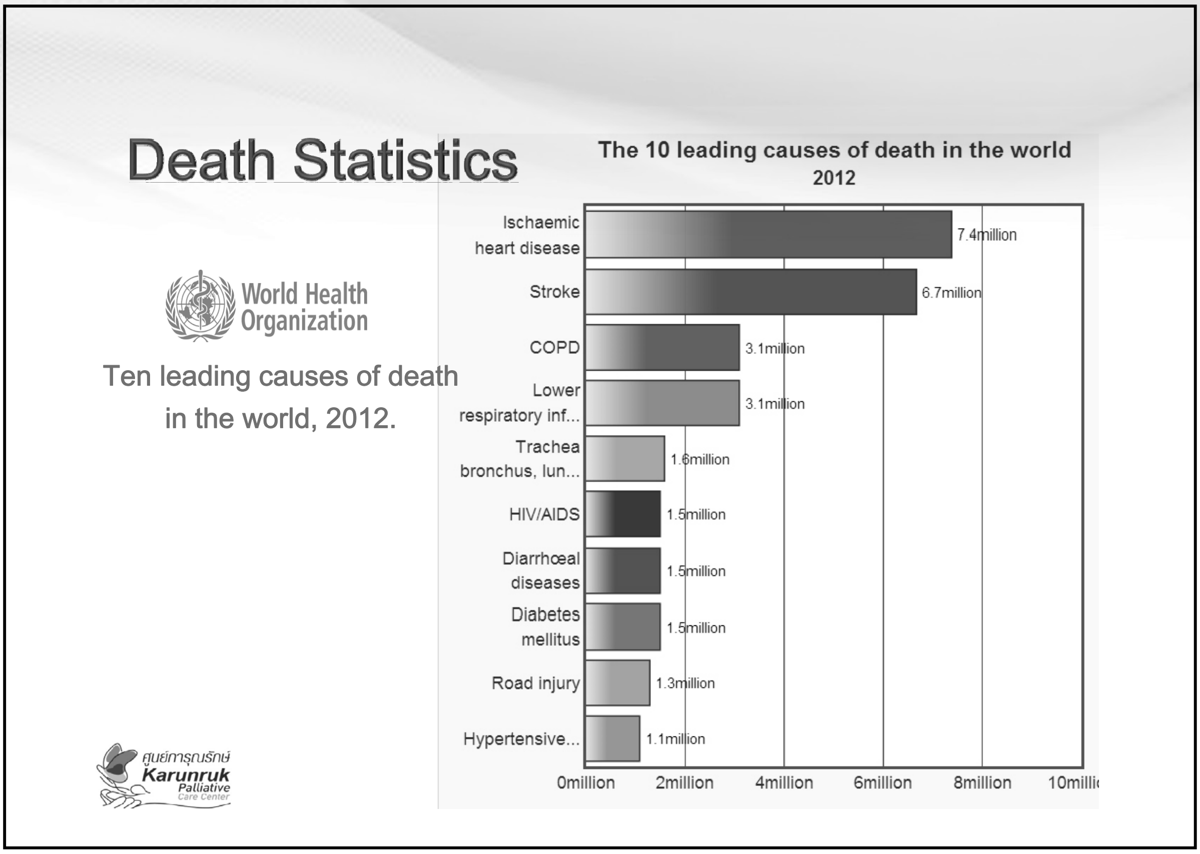
- การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนๆตามความเชี่ยวชาญของแพทย์เฉพาะทางที่สนใจแต่มิติทางกาย ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ทางเลือกในวาระสุดท้ายหนึ่งคือยืดเวลาให้นานที่สุดแต่สิ่งที่ต้องแลกคือความทุกข์ทรมานแสนสาหัสทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว อีกทางเลือกหนึ่งคือยอมรับเวลาที่เหลืออยู่แต่ขอให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต บรรเทาความเจ็บปวดที่ต้องเผชิญในระยะสุดท้าย
- การเข้ามาของทีม palliative care จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม เพิ่มคุณภาพชีวิต และเมื่อวาระสุดท้ายนั้นมาถึง ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผู้ป่วยระยะท้าย

- ไม่ควรได้รับการพยุงชีพที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์
- ไม่ควรตายอย่างทุกข์ทรมาน อย่างโดดเดี่ยว
- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อเลือกแนวทางการดูแลเมื่อโรคอยู่ในระยะท้ายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลแบบ PC



วารสาร Today’s caregiver สำรวจผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน hospice care พบว่า ผู้ป่วย 1 ใน 3 เป็นผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่มีเวลาเหลือน้อยกว่า 1 สัปดาห์ สะท้อนให้เห็นว่า การวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ palliative care ช้าไป เราควรสร้างความตระหนักแนวทางการดูแล palliative care ให้มากขึ้น ถ้าเข้าตั้งแต่เนิ่นๆจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต



- จากสถิติขององค์การอนามัยโลก กล่าวถึง 10 อันดับสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก
- อันดับ 1 คือกลุ่ม cardiovascular disease อันดับสองคือ กลุ่ม cancer อันดับสามคือกลุ่ม chronic respiratory diseases จากสถิติ จะเห็นว่าโรคกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง (non-cancer) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรมากกว่ากลุ่มโรคมะเร็ง (cancer) แต่จากสถิติของศูนย์การุณรักษ์พบว่า กลุ่มโรคที่ปรึกษา palliative care team มากที่สุด คือกลุ่มมะเร็งถึง 82% (จากข้อมูลศูนย์การุณรักษ์ ปีงบประมาณ 2555) นั่นหมายความว่าในแต่ละหอผู้ป่วย มีผู้ป่วยกลุ่มไม่ใช่มะเร็ง เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย ฯลฯ ที่ต้องการ palliative care อยู่อีกจำนวนมากและยังเข้าไม่ถึงการดูแลด้วย

(World Health Organization – WHO) ปี 2012

อุปสรรคที่สำคัญของการเข้าถึงการดูแล palliative care ดังนี้

- ขาดความตระหนัก- บุคลากรด้านสุขภาพและประชาชนขาดการสร้างความตระหนักด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ทีมสุขภาพขาดองค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนื่องจากสถานศึกษาบางแห่งไม่มีวิชาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและยังไม่บรรจุเข้าไปอยู่ในหลักสูตร ทำให้แพทย์ทั่วไปมักจะมุ่งเน้นที่การรักษาเฉพาะโรคอย่างเดียว จนสะท้อนรูปแบบที่เรียกว่า "การยื้อชีวิต" เนื่องจากแพทย์ไม่เข้าใจการดูแล palliative care ส่งผลให้ยืดระยะเวลาของการตายออกไปมากกว่าการช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ (Glare et al., 2003)
- ความเชื่อ สังคม วัฒนธรรม ไม่เข้าใจเกี่ยวกับยามอร์ฟีนที่ใช้จัดการอาการในระยะสุดท้าย มองว่ายากลุ่มนี้ทำให้เร่งผู้ป่วยให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาได้จากความเชื่อ สังคม วัฒนธรรมของผู้ป่วย
- ยากลุ่ม opioids มีระเบียบ กฎเกณฑ์ที่เข้มงวด ควบคุมทั้ง stock ยาและการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย ในบางโรงพยาบาลไม่มีมอร์ฟีนใช้ ไม่สามารถนำมอร์ฟีนออกนอกรพ.ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน เข้าถึงการใช้ยาเพื่อจัดการอาการยากมากขึ้น

Palliative care ≠ End of life care?

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- Palliative care คนละความหมายกับ end of life care
- Palliative care คือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิต สามารถให้ดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัย
- End of Life Care คือ การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ถูกวินิจฉัยว่ามีเวลาที่เหลืออยู่ 3-6 เดือน

Palliative care คืออะไร?

- การดูแลผู้ที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต
- เป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้
- ป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และปัญหาด้านอื่นทั้งด้านร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

WHO 2005

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ palliative care ว่าเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและปัญหาด้านอื่น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (WHO, 2005)

หลักการของการดูแลประคับประคอง

- ความตายเป็นมิติหนึ่งของชีวิต
- ไม่เร่งหรือยืดเยื้อความตาย
- ปลดเปลื้องอาการไม่สุขสบาย
- ให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่าง active ที่สุด
- ดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- จัดหาระบบการช่วยเหลือ
- ทำงานเป็นทีม
- หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

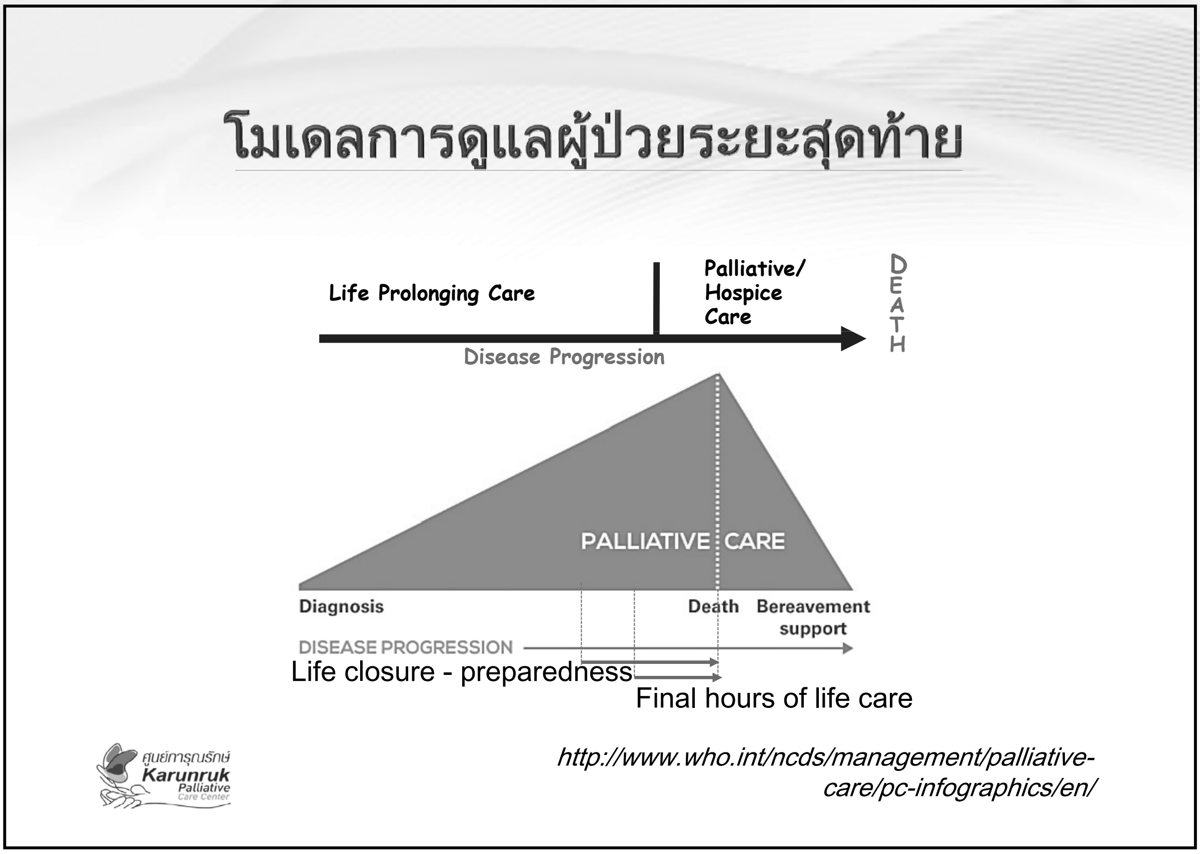
ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

WHO, 2005

สิ่งสำคัญของการดูแลแบบ palliative care

- ยอมรับว่าความตายเป็นมิติหนึ่งของชีวิต
- ไม่พยายามเร่งหรือยืดเยื้อความตาย (palliative care ไม่เร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ และไม่ใช้การใช้เครื่องมือหรือความรู้ทางการแพทย์เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วยโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การยื้อชีวิตของผู้ป่วยอาจจะทำในกรณีเดียวเท่านั้นคือ เป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง เช่น ต้องการรอใครบางคนให้ทันกลับมาเจอกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต ไม่ต้องการเสียชีวิตในช่วงที่เป็นงานมงคลของคนในครอบครัว ได้อยู่เห็นเหตุการณ์ที่ตัวเองรอคอย เป็นต้น)
- ปลดเปลื้องอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ
- ให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่าง activeที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ในรูปแบบที่ตนต้องการ) จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต
- ประสานการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (สื่อสารถึงสิ่งที่มีความหมายและสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย)
- จัดหาระบบการช่วยเหลือแก่ครอบครัว
- ใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

(WHO, 2005)



- แนวคิดบุคลากรทางการแพทย์ด้าน palliative care ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการดูแลแบบ palliative care ควรเริ่มเมื่อไม่มีทางเลือกการรักษาใดๆ (curative) อีก เช่น ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายแสง หรือการให้ยาเคมีบำบัด
- แพทย์บางท่านปฏิเสธการให้การดูแลแบบ palliative care โดยบอกว่า “ยังสู้อยู่” ทั้งที่ความจริงแล้ว การดูแลแบบ palliative care ไม่ได้แปลว่า “เราหยุดสู้เพื่อผู้ป่วย” หากแต่เป็นการเปลี่ยนเป้าหมายของการดูแล จากที่หวังว่าต้องรักษาให้หายขาดจากโรค เป็นการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อบรรเทาความทุกข์และเพิ่มคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ palliative care ยังสามารถดูแลคู่กับ curative care ได้
- แนวคิดของการดูแลแบบ palliative care ควรเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย คู่ขนานกันไปกับการรักษาแบบ curative การที่บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ palliative care ตั้งแต่เริ่มต้นการวินิจฉัยโรค โดยเริ่มจากน้อยไปหามาก นอกจากนี้การดูแลแบบ palliative care ควรมีลักษณะเชิงรุก คือ การสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ ตามการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาของการดำเนินโรค
- การที่ไม่มีช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบ curative care มาเป็น palliative care เกิดอุปสรรคมากมาย ได้แก่ การไม่ยอมรับการดูแลแบบ palliative care เนื่องจากเป็นสัญญาณของความหมดหวัง ความตาย เป็นต้น
- องค์ประกอบที่สำคัญอื่นคือการดูแลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัว โดยการสื่อสารความจริงเรื่องโรค และการจัดการอาการในช่วงก่อนเสียชีวิต (final hours of life) รวมถึงการดูแลความโศกเศร้าสูญเสียของครอบครัว

- ผู้ป่วยหรือโดยเฉพาะคนทั่วไปที่ไม่เคยรู้ว่าเมื่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปยังมีทางเลือกที่จะรักษาแบบประคับประคอง
- ความเข้าใจของคนทั่วไปคือ เมื่อแพทย์บอกว่าหมดหนทางรักษา หมายถึงเขาต้องไปเผชิญชะตากรรมที่เหลือด้วยตนเอง
- เพราะฉะนั้นการสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญของการดูแล palliative care
- ตัวอย่างเช่น แม้โรคที่เป็นอยู่ในขณะนี้จะจัดการลำบาก แต่ยังมีแนวทางการรักษาอีกทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างสุขสบายพอสมควร และได้มีโอกาสใช้เวลาในระยะท้ายได้ตามที่ตัวเองต้องการ มีโอกาสจัดการภารกิจคั่งค้าง ที่สำคัญควรสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจว่า palliative care จะช่วยควบคุมอาการไม่สุขสบายให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่าง active ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

Palliative care

“เราไม่เคยบอกผู้ป่วยว่า“เราไม่มีอะไรจะทำให้ได้อีก”
“เราจะทำทุกอย่างเพื่อช่วยให้คุณอยู่อย่าง
มีความหมายที่สุดในเวลาที่เหลือ”
“เราจะอยู่กับคุณจนกว่าเวลานั้นจะมาถึง”

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Palliative Care
is Everyone's Business
& Everyone's right

Let's work together

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk
Palliative
Care Center

Palliative care เป็นธุระของพวกเราทุกคน เรามาช่วยกันช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย palliative care กัน

เรามาช่วยกันทุบกำแพงอุปสรรคกัน

ใคร? ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- Advance cancers
- Advance diseases with poor prognosis:
  - End-stage heart failure
  - End-stage lung diseases
  - End-stage renal failure
  - End-stage neurological diseases
- Dementia
- HIV/AIDS

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- ใครคือผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ และตัวโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เหลืออยู่ไม่นาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหลายที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขั้นตอนการวินิจฉัยเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยคนใดควรได้รับการดูแลแบบ palliative care ส่วนใหญ่ทีมสุขภาพนิยมใช้ Prognostic Indicator Guidance ของ Gold Standard Framework ซึ่งพัฒนาและนำมาใช้ในสหราชอาณาจักร การวินิจฉัยทำสามขั้นตอนดังนี้ (อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในบทความ)

ขั้นตอนที่ 1. The Surprise Question

ผู้ป่วยที่มี advance disease หรือ progressive life limiting condition ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า

- ควรพิจารณาโดยอาศัยการประเมินทางคลินิก โรคร่วม สังคมและปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย เพื่อให้เห็นในภาพรวม
- ถ้าไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมตัวสำหรับการเสื่อมถอยของโรค

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

ขั้นตอนที่ 1. ถามคำถาม “Surprise question” ในผู้ป่วยที่มี advance disease หรือ progressive life limiting condition – ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า ควรพิจารณาโดยอาศัยการประเมินทางคลินิก โรคร่วม (co-morbidity) ภาวะทางสังคม และปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย เพื่อให้เห็นในภาพรวม ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแลแบบ palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมตัวสำหรับการเสื่อมถอยของโรค (อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในบทความ)

ขั้นตอนที่ 2. ประเมิน General Indicators

มีภาวะบ่งชี้ทั่วไปหรือไม่ว่าจะมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น

- Functional performance status ถดถอย นั่งนอน > 50% ของวัน พึ่งพิงมากขึ้น
- มี co-morbidity ซึ่งเพิ่ม morbidity และ mortality
- โรคลุกลามไม่ตอบสนองการรักษา
- น้ำหนักลด >10% ในหกเดือน
- เข้ารพ.โดยไม่คาดหมาย
- เกิดเหตุสำคัญ: ล้มรุนแรง
- Serum albumin < 2.5 mg/dl

การประเมินสมรรถนะ

- **Barthel index:** ประเมิน การช่วยเหลือตนเองในการกิจวัตร
- **Functional assessment:** Karnofsky, PPS, ECOG

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

ขั้นตอนที่ 2. หาข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีที่คำตอบคือไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ palliative care

ขั้นตอนที่ 3.
ประเมิน Specific Criteria เฉพาะกลุ่มโรค

Cancer

- ผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาลำบาก เช่น lung cancer
- **ตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดคือ functional status** โดยผู้ป่วยใช้เวลานั่งๆ นอนๆ > 50% ของเวลาทั้งวัน ซึ่งมีพยากรณ์โรคประมาณ 3 เดือนหรือน้อยกว่านั้น

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

(อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในบทความ)

ขั้นตอนที่ 3.
ประเมิน Specific Criteria เฉพาะกลุ่มโรค

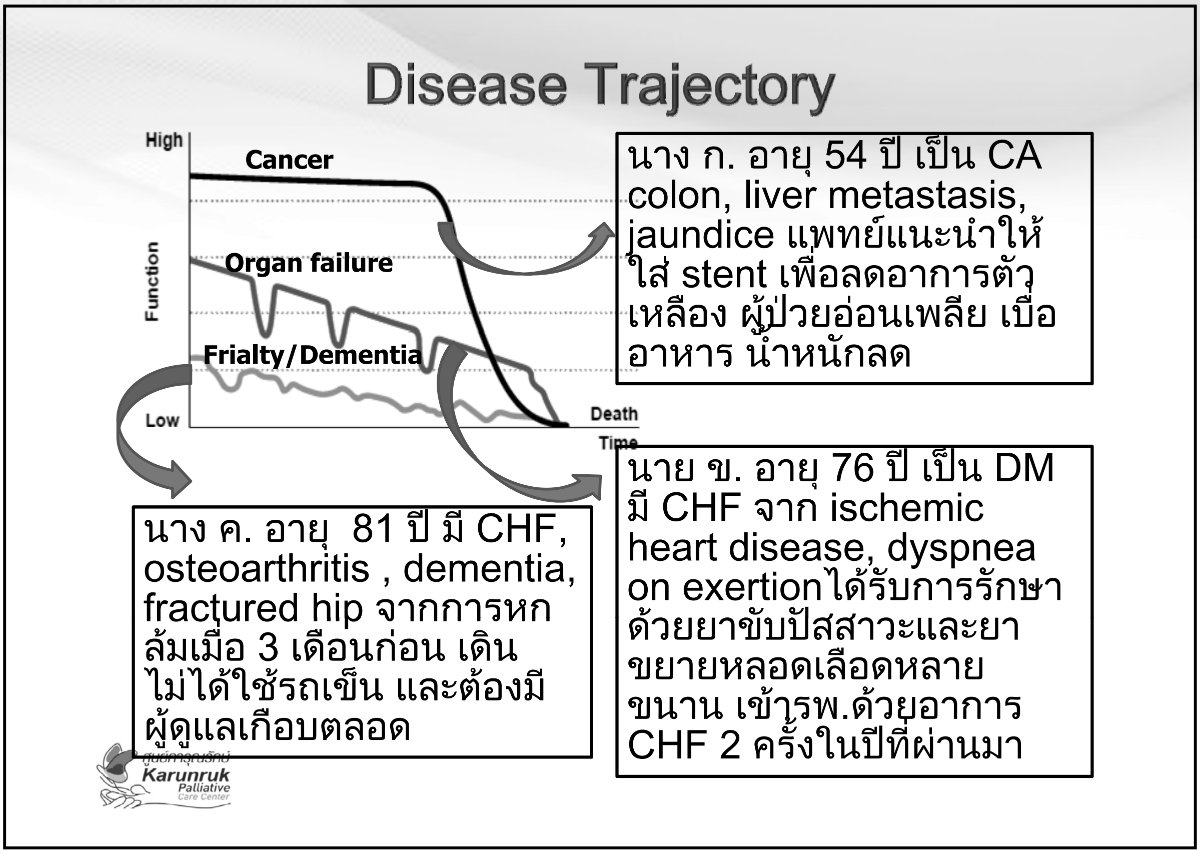
Heart disease – CHF มี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- CHF NYHA III/IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ขณะอยู่เฉยๆ หรือเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย
- ทีมผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต (Surprise question)
- เข้ารักษาตัวในรพ.บ่อยๆ ด้วยภาวะหัวใจวาย
- มีอาการไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ในขนาดที่ผู้ป่วยทนได้

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011.

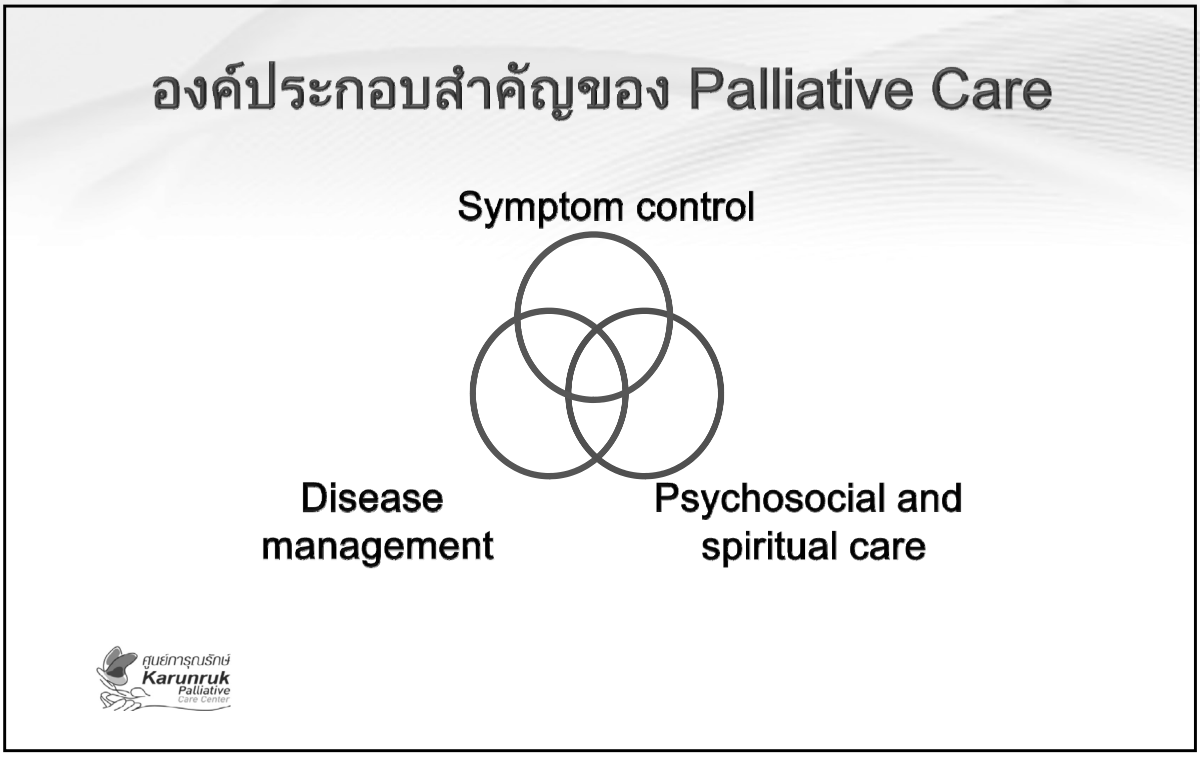
(อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในบทความ)



ผู้ป่วยที่ต้องการ palliative care มีอยู่ 3 กลุ่มและมีการดำเนินโรคไปข้างหน้า (disease trajectory) 3 แบบดังนี้

- มะเร็ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้โรคดำเนินไปอย่างดี แต่เมื่อโรคลุกลาม functional status ผู้ป่วยจะลดลงอย่างช้าๆ และมักจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน
- กลุ่ม multiple organ failure ได้แก่ end-stage heart disease, end-stage COPD, ESRD ผู้ป่วยกลุ่มนี้ functional status จะทรุดลงอย่างช้าๆ และมีโอกาส re-admission จากหลายภาวะ เช่น CHF, COPD exacerbations ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถคาดการณ์พยากรณ์โรคได้อย่างแน่ชัด อาจจะรักษาเต็มที่จนดีขึ้นและกลับบ้านได้ แต่โอกาสรอดชีวิตในครั้งถัดไปจะลดน้อยลง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยอมรับการดูแลแบบ palliative care ยากที่สุด รวมถึงแพทย์มักรักษากันอย่างถึงที่สุด ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการจัดการอาการที่ดี และมักเสียชีวีตในเครื่องพยุงชีพ
- กลุ่ม dementia/สูงอายุ การดำเนินโรคนานมากจนกว่าจะเสียชีวิต

Murray, S. A et al. BMJ 2008



องค์ประกอบที่สำคัญของ palliative care ประกอบด้วย

1) **การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ**

- ผู้ป่วยระยะนี้มักมีอาการทางกายที่ไม่สุขสบายต่างๆ ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ฯลฯ อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลที่ทำงานด้าน palliative care จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเรื่องการประเมินอาการต่างๆ และการจัดการอาการให้ผู้ป่วยสุขสบาย
- หลักการของการประเมิน ได้แก่ ประเมินอย่างทั่วถ้วน ประเมินต่อเนื่องเป็นระยะ และทบทวนแผนการรักษาเป็นระยะ

2) Disease management

- เป็นการรักษาภาวะ reversible conditions ร่วมกับพิจารณาสมรรถนะทางกาย (functional status) และ การพยากรณ์โรค (prognostication) เสมอ
- การดูแลผู้ป่วยในแนวทาง palliative care ไม่ได้หมายถึงการยุติการรักษา แต่เป็นการประคับประคองสภาวะที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการต่างๆ (incurable conditions) ได้แก่ การผ่าตัด ฉายแสง หรือการให้ยาเคมีบำบัด
- บางครั้งผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินที่ยังสามารถ reversible conditions ได้ เช่น การเจาะน้ำออกจากท้อง จากเยื่อหุ้มปอดในกรณีที่หอบเหนื่อย

การป้องกันภาวะ SCC palliative care จะช่วยสนับสนุนการรักษาที่มีประโยชน์ในการคงสมรรถนะผู้ป่วยและเพื่อให้มีคุณภาพชีวิต ยกตัวอย่าง เช่น

i. ผู้ป่วยที่มีมะเร็งกระจายไปกระดูก การฉายแสงจะช่วยลดความปวดให้ผู้ป่วยได้ และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

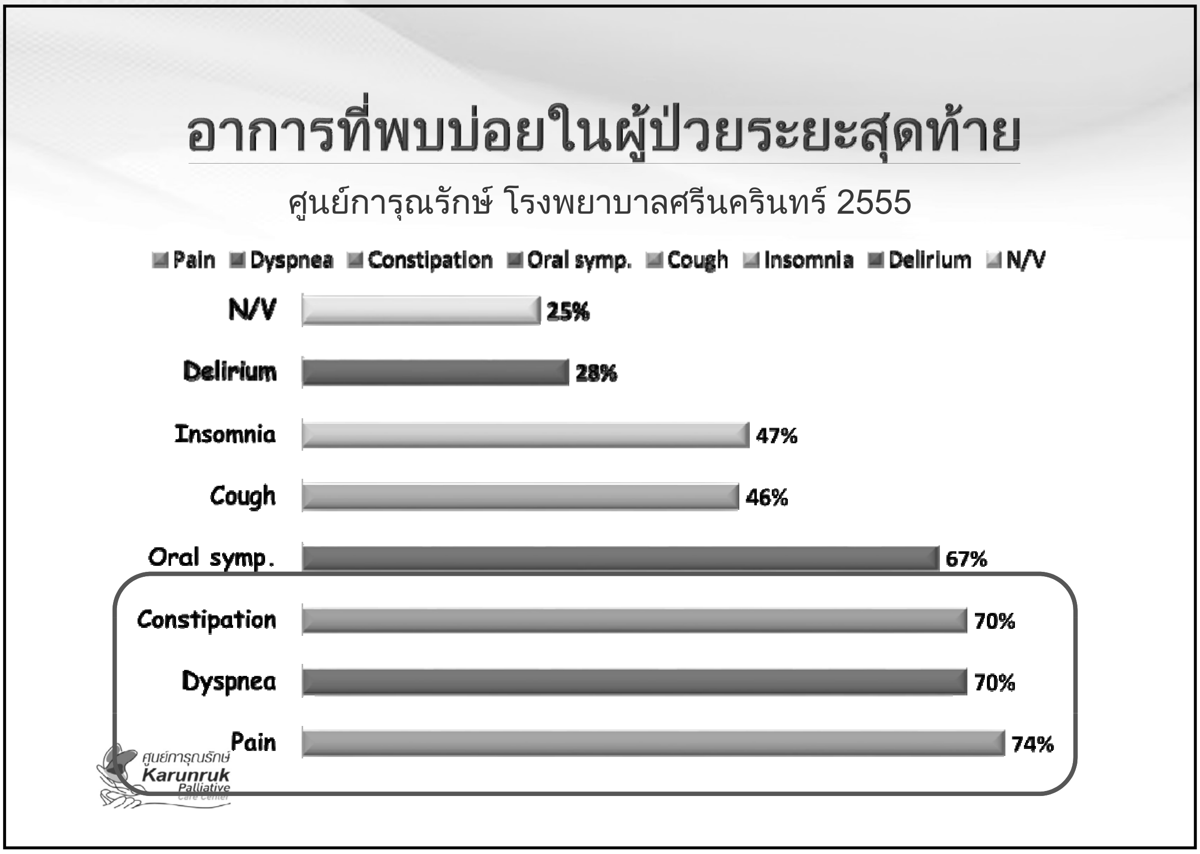
ii. ผู้ป่วยที่มีปวดหลัง ขาอ่อนแรง ปัสสาวะไม่ออก เป็นภาวะเร่งด่วนที่ควรแนะนำให้มาโรงพยาบาลเพื่อประเมินภาวะ spinal cord compression การให้ยา dexamethasone, การฉายแสงอย่างเร่งด่วน จะช่วยให้ฟื้นฟูภาวะ SCC ได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่นอนติดเตียง ไม่มี complication อื่นตามมา

iii. ในผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก การยึดกระดูก (immobilize fractures) จะช่วยให้คุณภาพชีวิตดีกว่า แต่ควรพิจารณาสมรรถนะทางกายร่วมกับพยากรณ์โรคด้วยเสมอ (กรณีใกล้เสียชีวิตอาจจะไม่เกิดประโยชน์ ควรควบคุมอาการด้วยยาลดปวด)

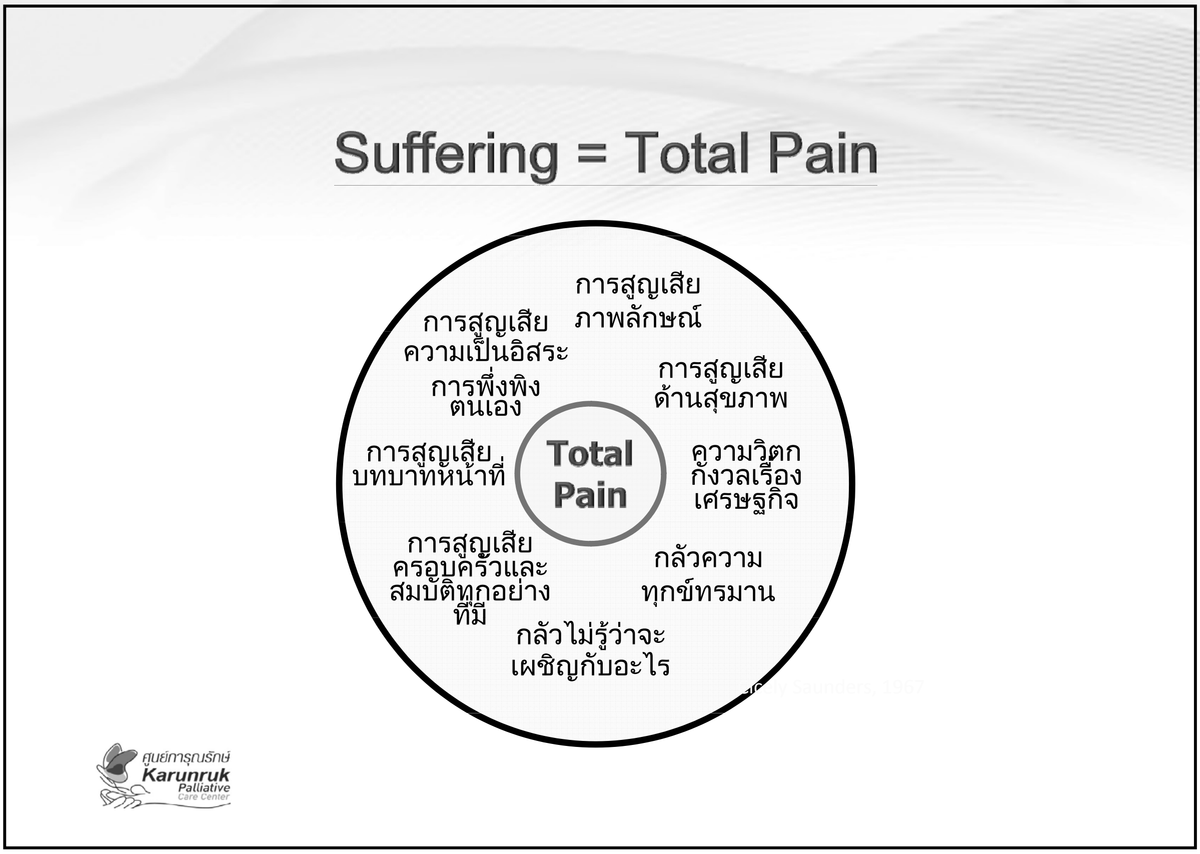
iv. ในผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตัน ถ้าไม่มี carcinomatosis peritoneii การผ่าตัดหรือทำรูทวารเทียมเพื่อระบายลมและอุจจาระออกจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต แต่ควรพิจารณาอย่างรอบคอบ และมีการปรึกษาร่วมกันกับแพทย์ palliative

สรุป: ก่อนการทำหัตถการกับผู้ป่วยควรให้ข้อมูลอย่างตรงจริงถึงประโยชน์และโทษที่จะได้รับจากหัตถการนั้นๆ และทีมสุขภาพควรตอบคำถามตนเองเสมอว่าสิ่งที่กำลังทำจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้หรือไม่ คุ้มกับเวลาที่เหลือหรือไม่ ที่สำคัญต้องยอมรับในความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3) Psychosocial & spiritual care



ในศูนย์การุณรักษ์ ผู้ป่วยมีอาการต่างๆที่พบบ่อยในการดูแล แต่มี 3 อาการที่พบเจอได้บ่อย ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก ท้องผูก



ผู้ป่วย palliative care ถ้าเราจะทำให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายการดูแล ควรพูดคุยจนเข้าใจตัวตนของคนไข้ ครอบครัว ฐานะหน้าที่การงาน ฯลฯ รวมไปถึงเรื่อง spiritual ที่ผู้ป่วยให้คุณค่าและความสำคัญ จะทำให้เราให้โอกาสตนเองได้รู้จักผู้ป่วยมากขึ้น อาการไม่สุขสบายที่เกิดกับผู้ป่วย เป็นผลรวมของมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

คุณภาพชีวิต

- ตามความต้องการ
- ปัจเจกบุคคล
- มีคุณค่า ความหมาย
- ไม่ตัดสิน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Ferrell et al.,1991

คุณภาพชีวิต คือ การดำเนินชีวิตอย่างสุขกาย ใจ (Ferrell, et al., 1991)

ควรเข้าใจ concept ของคำว่าคุณภาพชีวิต (QoL) ดังนี้

1) คุณภาพชีวิตที่ต้องเป็นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ
2) ผู้ป่วยแต่ละคนให้คำนิยามคุณภาพในแบบฉบับของตน มีความเป็นปัจเจก
3) ขึ้นกับการมองเห็นคุณค่าในสิ่งนั้น และประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา
4) ดังนั้นเราไม่ควรตัดสินผู้ป่วยด้วยความคิดเห็นและประสบการณ์ของเราเอง

(Ferrell, et al., 1991)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

Physical	Psychological
Functional Ability Strength/Fatigue Sleep & Rest Nausea Appetite Constipation Pain	Anxiety Depression Enjoyment/Relaxation Pain Distress Happiness Fear Cognition/Attention
Social	**Spiritual**
Financial Burden Caregiver Burden Roles and Relationships Affection/Sexual function Appearance	Hope Suffering Meaning of pain Religiosity Transcendence

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Ferrell, B.R., & Grant, M. (2000)

คุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

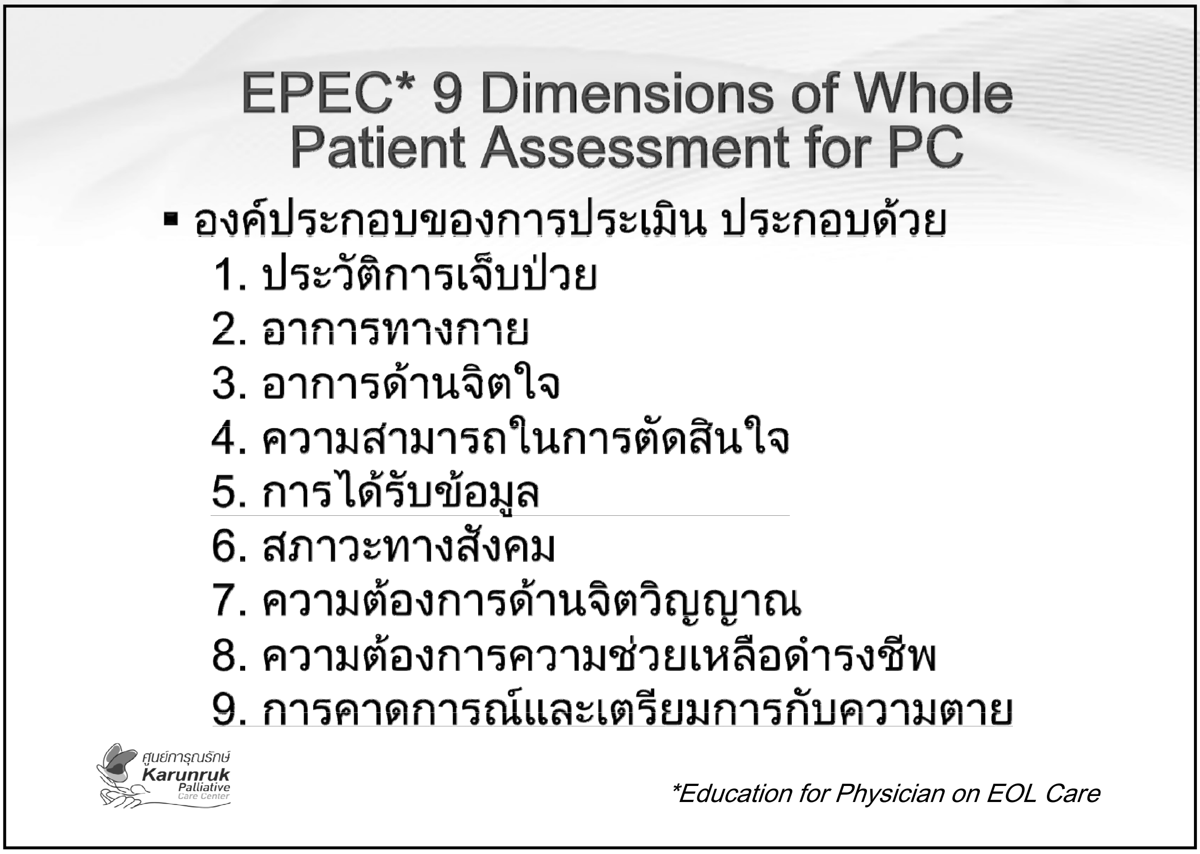
การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย

- เป้าหมายเพื่อป้องกันและปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- เพื่อให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน
- ช่วยในวางแผนการดูแลโดยเฉพาะในสภาวะที่ผู้ป่วยเสื่อมถอยลง
- เป็นการสื่อสาร สร้างสัมพันธ์ ช่วยเหลือ เยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย

- เป้าหมายเพื่อป้องกันและปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- เพื่อให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน
- ช่วยในวางแผนการดูแลโดยเฉพาะในสภาวะที่ผู้ป่วยเสื่อมถอยลง
- เป็นการสื่อสาร สร้างสัมพันธ์ ช่วยเหลือ เยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว



American Medical Association's Education of Physicians on End-of-Life-Care Curriculum (EPEC) ได้แนะนำการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม (whole person) แบบ 9 มิติ การประเมินนี้เกิดขึ้นจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์ประกอบของการประเมิน ประกอบด้วย

1. ประวัติการเจ็บป่วย
2. อาการทางกาย
3. อาการด้านจิตใจ
4. ความสามารถในการตัดสินใจ
5. การได้รับข้อมูล
6. สภาวะทางสังคม
7. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ
8. ความต้องการความช่วยเหลือดำรงชีพ
9. การคาดการณ์และเตรียมการกับความตาย

- การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องใช้เวลาจะมากหรือน้อยขึ้นกับตัวผู้ป่วย ประสบการณ์ของผู้ประเมิน และความซับซ้อนของปัญหา
- เป็นการค้นหาข้อมูลเชิงลึกที่เราต้องการเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินสภาพปัญหา และเป็นการ "ให้เวลา" แก่ผู้ป่วยด้วย และยังเป็นการสร้างความเชื่อใจในการรักษาอีกด้วย

1. ประวัติการเจ็บป่วย/การรักษา

เริ่มจากการซักประวัติที่ดี:

- การวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เคยได้ การดำเนินโรค co-morbids
- ตามด้วยการซักอาการทางกายและปัญหาด้านจิตใจ
- ความสามารถในการตัดสินใจ ความต้องการได้รับข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- ด้านสังคมและจิตวิญญาณ ควรซักประสบการณ์ความเจ็บป่วย ประเพณีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง ความเชื่อ
- ความต้องการการช่วยเหลือด้านต่างๆ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีประวัติการรักษาที่ยาวนาน รวมถึงมีรายละเอียดที่ซับซ้อน ควรทบทวนประวัติอย่างครอบคลุม: การวินิจฉัย ระยะเวลา การรักษาที่เคยได้ การดำเนินโรค และ co-morbids ต่างๆ และสื่อสารกับแพทย์เจ้าของไข้ถึงแผนดูแล
- ตัวอย่างคำถามเพื่อประเมินการรับทราบข้อมูลการรักษา
  - “บอกหน่อยได้ไหม ขณะนี้คุณทราบอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคุณบ้าง”

  ตามด้วยการซักอาการทางกายและปัญหาด้านจิตใจ
  - ซักประวัติอย่างครอบคลุม อาการที่มักจะเกิดขึ้น ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย เบื่ออาหาร ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล สับสน ร่างกายอ่อนล้า เป็นต้น
  - ควรมีการประเมินปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ
- ประเมินความสามารถในการตัดสินใจ การรับรู้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สังเกตผู้ป่วยสามารถสื่อสารเข้าใจ มีภาวะสับสนหรือไม่ (Geoffrey P Dunn, 2001)
- ด้านสังคมและจิตวิญญาณควรมีการซักประสบการณ์ความเจ็บป่วย ประเพณีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง ความเชื่อ
- ความต้องการการช่วยเหลือด้านต่างๆ

2. ปัญหาด้านกาย

- การประเมินด้านกายใน PC แตกต่างจากการประเมินตามปกติ คือ PC มีการประเมินสมรรถนะและอาการ มากกว่าการประเมินตาม organ system
- ประเมินอาการ สมรรถนะ ความปลอดภัย สภาวะโภชนาการ
- การตรวจร่างกายเป็น therapeutic touch ช่วยหาสาเหตุอาการของผู้ป่วย และประเมินความจำเป็นของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- การประเมินด้านกายใน PC แตกต่างจากการประเมินตามปกติ คือ PC เน้นการประเมินอาการไม่สบายและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย มากกว่าการประเมินตาม organ system
- ประเมินความปลอดภัยเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ประกอบกับตัวโรคที่ลุกลามมาก ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลีย การเดินต้องระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม
- ประเมินภาวะโภชนาการ ค่า BMI ความรู้สึกเบื่ออาหาร หรือมีอาการไม่สุขสบายทางกายเช่น อาการปวด แผลในช่องปาก ที่เป็นสาเหตุให้รับประทานอาหารได้ลดน้อยลง การประเมินสาเหตุจะสามารถให้คำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยได้
- การตรวจร่างกายเป็น therapeutic touch และยังช่วยประเมินหาสาเหตุอาการได้ และประเมินความจำเป็นของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

อาการที่พบบ่อย

- Pain
- Weakness/fatigue
- Breathlessness
- Insomnia
- Weight loss
- Confusion
- Constipation
- Nausea/vomiting
- Anxiety and depression

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- อาการทางกายที่พบได้บ่อยใน palliative care ได้แก่ ....
- การประเมินอาการทางกาย พยาบาลควรมีการประเมินเป็นระยะ เพราะผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

การประเมินอาการทางกาย

- อาการทางกายอาจมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น จากโรคหลัก จากการรักษาในปัจจุบันหรือในอดีต หรืออาจจากโรคอื่นหรือโรคร่วมที่มี
- ปัจจัยด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณอาจมีบทบาทสำคัญต่ออาการทางกาย
- การประเมินอาการโดยผู้ป่วยเป็นผู้บอกเองเป็น gold standard
- แต่ละอาการ ซักลงในรายละเอียด

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- อาการทางกายของผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย
  - ยกตัวอย่างอาการจากโรคหลัก เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและมีก้อนขนาดใหญ่ที่เต้านมอาจมีอาการปวดบริเวณก้อน
  - ยกตัวอย่างอาการจากการรักษาในปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด มีผลข้างเคียงคือชามากตามปลายมือปลายเท้า (peripheral neuropathy)
  - ยกตัวอย่างผลข้างเคียงจากโรคร่วมที่มี เช่น ผู้ป่วยสูงอายุสมรรถนะถดถอยเดินลำบากจากภาวะเข่าเสื่อม
  - ปัจจัยด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ อาจมีผลต่ออาการปวดของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวล ทำให้ความอดทนต่อการปวดลดลง
- การประเมินอาการโดยผู้ป่วยเป็นผู้บอกเองถือเป็น gold standard
- ดังนั้นในการจะรักษาอาการอะไร ควรประเมินซักอาการลงในรายละเอียด

ตัวอย่างการประเมินอาการปวด

- ตำแหน่ง:
  - ปวดที่ไหน ร้าวไปที่ไหนหรือไม่?
  - มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร? ปวดมานานเท่าไร?
  - เป็นเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป?
  - เป็นตลอดเวลาหรือเป็นพักๆ?
- ลักษณะการปวด ให้ผู้ป่วยบรรยาย
- ความรุนแรง โดยเฉลี่ย/มากสุด/น้อยสุด ค่าคะแนน?
- อะไรทำให้เป็นมากขึ้นหรือทำให้ดีขึ้น?
- รักษาอย่างไร ผลการรักษา? ดีขึ้นหรือไม่?
- ผลกระทบต่อของผู้ป่วย สมรรถนะ กิจกรรม การนอน
- ความหมาย ผู้ป่วยเข้าใจอย่างไร อะไรเป็นสาเหตุ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- พยาบาลควรใช้ทักษะของการฟังและการสังเกตเป็นทักษะที่สำคัญที่จะทำให้ได้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างละเอียดและครบถ้วน
- การประเมินความปวดเป็นโมเดลของการประเมินอาการอื่นๆ ควรซักประวัติอาการอย่างละเอียดและครอบคลุม ดังนี้
- **ตำแหน่ง:** - ปวดที่ไหน ร้าวไปที่ไหนหรือไม่?- มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร?- ปวดมานานเท่าไร?- เฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป?
- **ลักษณะความปวด**
  - การซักประวัติลักษณะการปวดร่วมกับการตรวจร่างกาย จะช่วยให้การวินิจฉัยสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดและรักษาได้ถูกต้อง
  - ยกตัวอย่าง ปวดท้องแบบ colicky อาจเป็นสาเหตุจากภาวะท้องผูก การจัดการอาการคือการสวนอุจจาระและให้ยาระบาย ไม่ใช่ให้ยาระงับปวด
- **ความรุนแรง โดยเฉลี่ย/มากสุด/น้อยสุด ค่าคะแนน?**

เครื่องมือที่นิยมใช้ในทางคลินิกเพื่อประเมินความปวด เช่น Numerical rating scale (NRS) ระดับการวัดถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

อะไรทำให้เป็นมากขึ้นหรือทำให้ดีขึ้น?

- การจัดท่า?

- **รักษาอย่างไร ผลการรักษา? ดีขึ้นหรือไม่?**
- **ผลกระทบต่อของผู้ป่วย สมรรถนะ กิจกรรม การนอน**
- **ผู้ป่วยเข้าใจอย่างไร อะไรเป็นสาเหตุ ความหมาย**
- ความท้าทายในการประเมินอาการในผู้ป่วยระยะท้าย ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยบางรายอาจมีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ฯลฯ

ESAS คืออะไร?

- แบบสอบถามเพื่อช่วยประเมิน 9 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มเติมอาการอื่นๆที่ไม่อยู่ในแบบสอบถามได้
- อาการทุกอาการเป็นความเห็นของผู้ป่วยซึ่งถือเป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานสำหรับวัดอาการผู้ป่วยในระยะประคับประคอง

Edmonton System Assessment System: Numerical Scale

กรุณาวงกลมตัวเลขที่ตรงกับระดับอาการตามความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน

ไม่ปวด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ปวดที่มากที่สุด
ไม่อ่อนแรง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	อ่อนแรงมากที่สุด
ไม่คลื่นไส้	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	คลื่นไส้อย่างรุนแรง
ไม่รู้สึกเศร้า	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	เศร้าซึมที่สุด
ไม่วิตกกังวล	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	วิตกกังวลอย่างรุนแรง
ไม่มีอาการง่วงซึม	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	มีอาการง่วงซึมมากที่สุด
ไม่เบื่ออาหาร	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	เบื่ออาหารมากที่สุด
รู้สึกสบายที่สุด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ไม่สบายมากที่สุด
ไม่มีอาการหายใจไม่อิ่ม	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	มีอาการหายใจไม่อิ่มมากที่สุด
ปัญหาอื่นๆ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ชื่อผู้ป่วย ______________________

วันที่ ______________________

เวลา ______________________

ผู้ทำแบบประเมิน

☐ ผู้ป่วย

☐ ผู้ดูแล

☐ อื่น...........

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ESAS ใช้อย่างไร ?

- ระดับการวัดถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นผู้วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ใกล้เคียงกับความรุนแรงของอาการมากที่สุด
- ผู้จัดทำจะนำคะแนนที่ได้มาใส่ในกราฟเพื่อเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยในช่วงเวลาต่างๆ ตั้งแต่การประเมินครั้งแรก และหลังจากได้รับการรักษา

ESAS ใช้กับใครบ้าง?

- ผู้ป่วยควรเป็นคนทำแบบสอบถามเอง ยกเว้นกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยข้อจำกัดต่างๆ อาจให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแลเป็นผู้ทำแบบสอบถามแทน
- หากมีผู้ทำแบบสอบถามแทนผู้ป่วยให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความเห็นของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ อาการซึมเศร้า กังวล และภาวะสุขสบายกายและใจ
- ภาวะอื่นๆ เช่น อาการปวด การเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน และอาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จากการสังเกตภายนอก

Palliative Performance Scale

PPS %	Survival time (in days) Mean (95%CI)
10	3 (1,5)
20	7 (4,11)
30	20 (16,24)
40	39 (34,44)
50	76 (64,88)
60	92 (80,105)
70	141 (92,190)

Lau, Downing et al. J Pain Symp Manage. 2009 .

เป็นแบบประเมินระดับสมรรถนะผู้ป่วยระยะท้าย

มีระดับตั้งแต่ 0-100%

วัตถุประสงค์

- สื่อสารให้เห็นสมรรถนะของผู้ป่วยและการพยากรณ์ระยะเวลาที่เหลืออยู่
- ช่วยประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

PPS (Palliative Performance Scale)

- PPS เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia เพื่อช่วยในการประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งระดับตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0%
- **ประโยชน์ของ PPS**
  - สื่อสารให้เห็นสมรรถนะของผู้ป่วย
  - จากการศึกษา meta-analysis โดย Downing และคณะ ที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 1,802 คน จาก 4 การศึกษา สรุปว่า PPS สามารถพยากรณ์โรคได้ค่อนข้างแม่นยำในการพยากรณ์ระยะเวลาที่เหลืออยู่
  - ช่วยประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ
  - ติดตามผู้ป่วย และวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามระยะ

PPS %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทาน	ระดับความรู้สึกตัว
100	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ ไม่ปรากฏอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	ปกติ	ต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรมตามปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ลดลง	ไม่สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้าน โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ต้องช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่ง/นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	อยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ทำความสะอาดปากเท่านั้น	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- หลักสำคัญของการใช้ตาราง PPS
  - ถ้านั่งนอนเป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาที่เหลืออยู่อาจจะหลายเดือน
  - ถ้านอนติดเตียง พอรับประทานได้บ้างเวลาที่เหลืออยู่ประมาณไม่กี่สัปดาห์หรือเป็นเดือน
  - ถ้านอนติดเตียง กลืนลำบากเวลาที่เหลืออยู่อาจจะไม่กี่วัน
- รายละเอียดของวิธีการใช้ตาราง สามารถอ่านเพิ่มเติมได้ในบทความ

Case exercise

Case ที่ 1. ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก มีการกระจายไปที่กระดูกใช้เวลาแต่ละวันนั่งหรือนอนอยู่บนเตียงเนื่องจากอ่อนเพลีย ต้องประคองเวลาเดินถึงแม้จะเดินในระยะสั้นๆ ล้างหน้าแปรงฟันได้เอง พูดคุยสื่อสารได้ รับประทานอาหารได้ปกติ

PPS %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทาน	ระดับความรู้สึกตัว
100	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ ไม่ปรากฏอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	ปกติ	ต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรมตามปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ลดลง	ไม่สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้าน โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ต้องช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่ง/นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Case exercise

Case ที่ 2. ผู้ป่วย CA liver ระยะแพร่กระจายนอนติดเตียงไม่สามารถทำกิจกรรมใดใดได้ รับประทานอาหารได้น้อยลง ต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเช่น เช็ดตัว อาบน้ำบนเตียง บางครั้งมีเพ้อ สับสน

PPS %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทาน	ระดับความรู้สึกตัว
50	นั่ง/นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	อยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ทำความสะอาดปากเท่านั้น	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Case exercise

Case ที่ 3 ผู้ป่วย CA Breast ได้รับการวินิจฉัยว่ามีแพร่กระจายไปที่ตับและปอด นอนติดเตียงไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้ รับประทานอาหารและน้ำไม่ได้ (บ้วนปากได้เท่านั้น) มีอาการเพ้อสับสน

PPS %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทาน	ระดับความรู้สึกตัว
40	อยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ทำความสะอาดปากเท่านั้น	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

Karunruk Palliative Care Center

3. การประเมินด้านจิตใจ

- ประเมินอารมณ์ ความคิด การรับรู้ การเผชิญปัญหา ความกลัว และปัญหาที่ผู้ป่วยยังค้างคาใจ
- ตรวจกรองว่ามีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าหรือไม่ รวมถึงภาวะสับสน (delirium)
- ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้แบบคัดกรองช่วยในการวินิจฉัย

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- การประเมินด้านจิตใจ ประกอบด้วยการประเมินอารมณ์ ความคิด การรับรู้โรคและพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ประเมินการเผชิญปัญหา ความกลัว และปัญหาที่ผู้ป่วยยังค้างคาใจ
- ยกตัวอย่างคำถามที่ใช้ประเมิน เช่น คุณรู้สึกอย่างไรบ้างกับเรื่องนี้ ตอนนี้คุณคิดหรือมองปัญหาอย่างไร
- ปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพจิตด้านการปรับตัวที่ผิดปกติ โดยออกมาเป็นอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวล (Adjustment Disorder with Depressed or Anxious mood)
- ดังนั้นในผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้แบบคัดกรองช่วยในการวินิจฉัย เครื่องมือที่ใช้ได้ เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 2 คำถาม (2Q) และ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

การตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย

- กลัว โกรธ สับสน เศร้าเสียใจ
- ให้โอกาสพูดระบายอารมณ์และรับฟัง
  “คุณรู้สึกอย่างไรบ้างหลังรับรู้เรื่องโรค?”
  “คุณเผชิญกับสถานะการณ์ต่างๆ อย่างไร?”
  “คุณคิดว่าตัวเองเป็นภาระหรือไม่?”
  “คุณรู้สึกว่าตัวเองสามารถควบคุมสถานการณ์รอบด้านได้อย่างไรบ้าง?”
- ภาระกิจที่ยังไม่ได้จัดการ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- พื้นอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบบ่อยได้แต่ กลัว โกรธ สับสน เศร้าเสียใจ
- ควรให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก
- ผู้ป่วยบางรายเมื่อทราบว่ามีเวลาอยู่เหลือจำกัด บางคนอาจรู้ความต้องการของตนเองว่ายังมีสิ่งใดที่คั่งค้างทำไม่เสร็จ และอยากทำให้เสร็จสิ้น ควรสอบถามผู้ป่วย อาจใช้การประเมินโดยเทคนิคพร 3 ประการ

4. ความสามารถในการตัดสินใจ

- ประเมินว่า ผป สามารถตัดสินใจได้
- กรณีไม่มีความสามารถ ให้ประเมินความต้องการที่เคยระบุ/บอกไว้ หรือประเมินผู้ตัดสินใจแทน
- ประเมินเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ
- การทำ advance care plan และ advance directives
- การกำหนดผู้ตัดสินใจแทน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- การประเมินว่าผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ อาจจะขึ้นกับหลายองค์ประกอบ เช่น การรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์ และเป้าหมายการดูแลอย่างตรงจริง ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย หากผู้ป่วยตัดสินใจเองได้ ควรให้เป็นคนตัดสินใจหลักในเรื่องการวางแผนการรักษา
- แต่หากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้แล้ว ควรประเมินหาคนที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทน ซึ่งจริงๆแล้วส่วนใหญ่จะเป็นคนในครอบครัว
- ในการดูแล palliative care มักให้การตัดสินใจแทนเป็นหน้าที่ของทุกคนในครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดภาระจากการตัดสินใจ
- ดังนั้นสรุปว่า ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจได้ให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจหลัก ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจไม่ได้ ต้องกำหนดผู้ตัดสินใจแทน

5. การสื่อสารข้อมูล

- ประเมินการรับรู้ข้อมูลและความต้องการด้านข้อมูล
- รับรู้ว่าใครมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล การปกปิดข้อมูล หรือการบอกความจริง

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- จริงหรือไม่ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่อยากรู้ความจริง ถ้าเกิดตัวเองเป็นมะเร็งขึ้นมาจริงๆ?
- จริงหรือไม่ที่ผู้ป่วยจะยิ่งเจ็บป่วยหนักขึ้น มีอารมณ์ซึมเศร้าจนหมดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป หากรู้ความจริงว่า ตัวเองเป็นมะเร็ง?
- สิ่งที่สำคัญกว่าการรู้หรือไม่รู้ว่า เป็นมะเร็งหรือโรคร้ายอื่นๆคงจะเป็นเรื่องราวของการวางแผนชีวิต ทั้งวางแผนการรักษาว่าจะเลือกรักษาแบบใด และการวางแผนทำสิ่งที่อยากทำแล้วยังไม่ได้ทำ
- การสื่อสารข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญ จำเป็นต้องมีการประเมิน การรับรู้ข้อมูล ความต้องการรู้ข้อมูล จนกระทั่งการให้ข้อมูล
- ประเด็นที่พบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยมักไม่ทราบความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พยากรณ์โรคและเป้าหมายของการรักษา เนื่องจากการปกปิดความจริงและความกังวลของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ว่าตัวเองมีเวลาอยู่จำกัด อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ทำในสิ่งที่ติดค้างหรืออยากทำได้
- สรุปด้วยที่กล่าวไปทั้งหมดนี้เพื่อต้องการให้ข้อมูลผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยหาวิธีว่าจะทำอย่างไรจึงจะสามารถให้ข้อมูลได้

6. ความต้องการด้านสังคม

- การดูแลตนเองที่บ้าน และในชุมชน
- การทำงาน การเงิน
- ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด
- การเข้าสังคม กิจกรรมพักผ่อนต่างๆ
- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ประเพณีวัฒนธรรมเกี่ยวข้องกับการตาย พิธีกรรม

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ประเมินความต้องการด้านสังคม ได้แก่

- การดูแลตนเองที่บ้าน ใครเป็นผู้ดูแล และในชุมชน
- การทำงาน การเงิน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ
- ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด
- การเข้าสังคม กิจกรรมพักผ่อนต่างๆ
- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ประเพณีวัฒนธรรมเกี่ยวข้องกับการตาย พิธีกรรม

7. Spiritual Issues

- ประเมินความหมายของการเจ็บป่วย คุณค่าของชีวิต ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกในการดำรงค์ชีวิตต่อของผู้ป่วย
- เข้าใจอิทธิพลของความเชื่อและศาสนาที่มีต่อชีวิตผู้ป่วย
- การปฏิบัติตน หรือการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ
- การเผชิญกับความเจ็บป่วย และความตาย
- เป้าหมายชีวิต ภาระกิจที่ยังค้างคา

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การประเมินความหมายของการเจ็บป่วย คุณค่าของชีวิต ผ่านการประเมินได้หลายลักษณะ การประเมินด้านจิตวิญญาณไม่สามารถตั้งธงได้ว่าจะประเมินเรื่องนี้ แต่เป็นการเข้าไปคุยกับผู้ป่วย ให้การฟัง และการถามเพื่อให้ผู้ป่วยเล่าต่อได้ เริ่มด้วยความสุข ทั้งสุขในอดีตและปัจจุบัน แผนในอนาคต

วิธีการประเมิน

- ให้ผู้ป่วยทบทวนเรื่องราวชีวิตที่ผ่านมา อะไรมีความหมายและมีคุณค่า อะไรคือความหวังของผู้ป่วย เป็นต้น

8. Practical Issues

- ประเมินความต้องการด้านการพยาบาล
- อุปกรณ์สิ่งของที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน
- ดูแลเด็กและผู้พึ่งพิงในครอบครัวผู้ป่วย
- ผู้ดูแล : ใคร ความสามารถ ความต้องการ

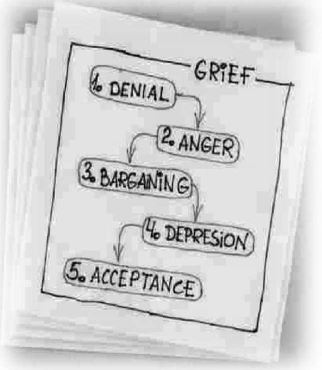
ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การใช้เวลาช่วงสุดท้ายที่บ้านอาจเป็นความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะได้ใช้เวลากับครอบครัวในช่วงที่สำคัญที่สุดอีกช่วงหนึ่งของชีวิต แต่การทำให้เกิดการดูแลที่บ้านได้ดีอย่างต่อเนื่องมีองค์ประกอบหลายอย่าง เราจึงจำเป็นต้องประเมินความต้องการของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมั่นใจ

ได้แก่

- ประเมินความต้องการด้านการพยาบาล
- อุปกรณ์สิ่งของที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน
- ดูแลเด็กและผู้พึ่งพิงในครอบครัวผู้ป่วย
- ผู้ดูแล : ใคร ความสามารถ ความต้องการ

การสูญเสีย



- ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยคุกคามชีวิต จนถึงเสียชีวิต
- ผลกระทบจากการสูญเสียที่กำลังจะเกิดต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

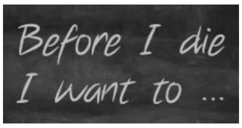
ปฏิกิริยาแตกต่างกัน ขึ้นกับความหมาย/คุณค่าของสิ่งที่สูญเสียนั้น และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- เมื่อมีการสูญเสียคนที่เรารัก ย่อมเกิดความเศร้าโศกเสียใจเป็นธรรมดา แต่ปฏิกิริยาที่แสดงว่าเสียใจแตกต่างกันไป ขึ้นกับระยะเวลาปรับตัวต่อการเจ็บป่วยจนถึงเสียชีวิต
- ประเมินผลกระทบจากการสูญเสียที่กำลังจะเกิดต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว
- จะช่วยให้เราเข้าใจในปฏิกิริยาที่แตกต่างกันที่ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงออก ซึ่งอารมณ์ตอบสนองต่อการสูญเสียนั้นขึ้นความสำคัญ คุณค่าของสิ่งที่สูญเสีย

9. Anticipatory Planning for Death

- ประเมินการเตรียมตัวกับการเผชิญการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น
- การเตรียมตัวและการวางแผนกับความตายที่จะมาถึงของผู้ป่วยและครอบครัว



ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวที่ดี เมื่อถึงเวลาที่กำลังเผชิญกับการสูญเสีย การมีโอกาสได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อนจะทำให้สามารถก้าวผ่านช่วงเวลานี้ได้อย่างอย่างมีสติ เราอาจจะจำเป็นต้องประเมินเพื่อเตรียมพร้อมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ได้แก่

- ร่างกาย ประเมินอาการที่คาดว่าจะเกิดในระยะก่อนเสียชีวิต การวางแผนการจัดการอาการ การบริหารยาและการส่งต่อสื่อสารแนวทางการดูแลทั้งกับครอบครัวและทีมสุขภาพ ทบทวนเรื่องการพยุงชีพ เป้าหมายการดูแล สถานที่ดูแลและเสียชีวิต ให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด
- จิตใจ เตรียมความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว การใช้ช่วงเวลาชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วย
- สถานที่เสียชีวิต การจัดการหลังการตาย

บทสรุป

- ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีหลายมิติและเป็นปัจเจก
- การให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ อาศัยการประเมินผู้ป่วยทั้งตัวตนและอย่างรอบด้าน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

- ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีหลายมิติและเป็นปัจเจก
- การให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ อาศัยการประเมินผู้ป่วยทั้งตัวตนและอย่างรอบด้าน

ข้อคิดในการทำงาน Palliative Care

- ไม่มีอะไร ตายตัว
- ความตายเป็นสิ่งที่หนีไม่พ้น
- ความเจ็บปวดที่ต้องสูญเสียคนที่รักไป ยากที่จะลืม ต้องการเวลา
- แม้เราจะพยายามมากเพียงใด บางครั้งคำพูดและท่าทางเพื่อปลอบประโลมผู้ป่วยและญาตินั้น ก็อาจทำให้เขาเกิดความวิตกกังวล
- PC ไม่ใช่แค่ “doing for” เท่านั้นแต่ต้อง “being with” ด้วย

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ข้อคิดในการทำงาน palliative care

- ไม่มีอะไร ตายตัว
- ความตายเป็นสิ่งที่หนีไม่พ้น
- ความเจ็บปวดที่ต้องสูญเสียคนที่รักไป ยากที่จะลืม ต้องการเวลา
- แม้เราจะพยายามมากเพียงใด บางครั้งคำพูดและท่าทางเพื่อปลอบประโลมผู้ป่วยและญาตินั้น ก็อาจทำให้เขาเกิดความวิตกกังวล
- PC ไม่ใช่แค่ “doing for” เท่านั้นแต่ต้อง “being with” ด้วย

Not only "Doing for"

BUT

"Being with"

ศูนย์การุณรักษ์
Karunruk
Palliative
Care Center

คำถาม

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment
Key Reference

1. Chang VT. Approach to symptom assessment in palliative care. 2013 July 8. [UptoDate ahead of print]
2. Downing GM, Lau F, Lesperance M, et al. Meta-analysis of survival prediction with Palliative Performance Scale. J Palliat Care. 2007;23 (4): 245-254.
3. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) curriculum, 1999.
4. Geoffrey P Dunn. Patient assessment in palliative care: How to see the big picture and what to do when there is no more we can do. The Am College of Surgeons 2001;193:565-572.
5. Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)[Internet]. 2005 [cited 2005 Aug 25]. Available from: http://www.npcrc.org/files/news/edmonton_symptom_assessment_scale.pdf
6. ดาริน จตุรภัทรพร. สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต Palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 1 อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง กรุงเทพฯ, 2554.
7. ทัศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ ศุภกิจเจริญ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. เอกสารประกอบการสอน, 2552.
8. นิลวรรณ นิมมานวรวงศ์, ดาริน จตุรภัทรพร. Palliative Performance Scale เครื่องมือประเมินคนไข้ palliative care. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2010;2:21-25.
9. บุษยามาส ชีวสกุลยง. The dawn of palliative care in Thailand. พิมพ์ครั้งที่1. บริษัทบียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2556.
10. พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, วีรมลล์ จันทร์ดี, กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, eds. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เล่ม 4: Interdisciplinary teaching and teamwork. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: โครงการแผนงานเครือข่าย Palliative care ในโรงเรียนแพทย์ ในแผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพระยะที่ 4 กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2554.
11. ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้าย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันชาย สิทธิพันธ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying). พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ กรุงเทพฯ, 2550. หน้า 121-123.
12. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะระยะสุดท้าย. ใน เอกสารประกอบการประชุมโครงการฝึกอบรมหลักสูตรสำหรับผู้ฝึกอบรมด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. ระหว่างวันที่ 19-22 กรกฎาคม 2557 ณ เดอะ ฌาร์ม บูทีค รีสอร์ท และห้องประชุมศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment
เอกสารประกอบ Module 1: เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะระยะสุดท้าย

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ขั้นตอนการวินิจฉัยเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยคนใดควรได้รับการดูแลแบบ palliative care ส่วนใหญ่ทีมสุขภาพนิยมใช้ Prognostic Indicator Guidance ของ Gold Standard Framework ซึ่งพัฒนาและนำมาใช้ในสหราชอาณาจักร การวินิจฉัยทำสามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. ถามคำถาม "Surprise question" ในผู้ป่วยที่มี advance disease หรือ progressive life limiting condition – ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า ควรพิจารณาโดยอาศัยการประเมินทางคลินิก โรคร่วม (co-morbidity) ภาวะทางสังคม และปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย เพื่อให้เห็นในภาพรวม ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ ควรเริ่มดำเนินการวางแผนการดูแลแบบ palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเตรียมตัวสำหรับการเสื่อมถอยของโรค

ขั้นตอนที่ 2. หาข้อบ่งชี้ทั่วไป กรณีที่คำตอบคือไม่ หรือไม่แน่ใจ ควรมองหาข้อบ่งชี้ทั่วไปเพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ palliative care ข้อบ่งชี้เหล่านี้ได้แก่

- การถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน: functional performance status ลดลง นั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวัน พึ่งพิงมากขึ้น การประเมินสมรรถนะ อาจใช้ Barthel Index ซึ่งประเมิน Activity of Daily Living (ADL) การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ความสามารถในการกลั้นอุจจาระปัสสวะ การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย การเคลื่อนไหว หรือการประเมิน functional assessment ซึ่งได้แก่ Karnofsky score (KPS) น้อยกว่าร้อยละ 50
- Multiple co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
- สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น
- โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- เลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
- น้ำหนักลดต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ในหกเดือนที่ผ่านมา
- เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานบริบาล
- Serum albumin < 2.5 mg/dl

ขั้นตอนที่ 3. ประเมิน specific criteria เฉพาะกลุ่มโรค ดังนี้

1) Cancer: ผู้ป่วยที่มีการกระจายของมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาลำบาก เช่น lung cancer ตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดคือ functional status โดยผู้ป่วยใช้เวลานั่งๆ นอนๆ มากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทั้งวัน ซึ่งมีพยากรณ์โรคประมาณ 3 เดือนหรือน้อยกว่านั้น

2) Organ failure:

Heart disease – CHF มี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- CHF NYHA III หรือ IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อยขณะอยู่เฉยๆ หรือเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย
- ทีมผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต (Surprise question)
- เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ด้วยภาวะหัวใจวาย
- มีอาการไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจ แม้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ในขนาดที่ผู้ป่วยทนได้

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) มี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- มีสถานะของโรคอยู่ในระดับรุนแรง (FEV1 <30% predicted)
- เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ (อย่างน้อย 3 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา จากภาวะ COPD exacerbations)
- มีข้อบ่งชี้ของการใช้ long-term oxygen therapy
- MRC grade 4/5 โดยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยหลังการเดินระยะ 100 เมตรในพื้นระนาบ หรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้านจากข้อจำกัดจากภาวะหายใจหอบเหนื่อย
- มีอาการและอาการแสดงของ right heart failure
- มีปัจจัยอย่างอื่นเหล่านี้ร่วม ได้แก่ เบื่ออาหาร ภาวะซึมเศร้า
- ได้รับ systemic steroids มากกว่า 6 สัปดาห์ เพื่อรักษาอาการของ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

Renal disease ผู้ป่วย Stage 4-5 Chronic Kidney Disease (CKD) ซึ่งมีสภาวะเสื่อมถอยลง โดยมี 2 ตัวบ่งชี้เหล่านี้:

- ทีมผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต (Surprise question)
- ผู้ป่วยเลือกไม่ล้างไต หรือยุติการล้างไต เนื่องจากไม่สามารถทำได้จากภาวะของ co-morbid หรือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย
- มีอาการทางกายและทางจิตใจที่จัดการลำบากแม้ได้รับการดูแลด้วย renal replacement therapy ที่เหมาะสมอย่างเต็มที่
- มีอาการของไตวาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน คันตามตัว สมรรถนะถดถอย ภาวะน้ำเกินที่จัดการลำบาก

Neurological disease:

- มีการเสื่อมถอยด้านกายและการรับรู้อย่างต่อเนื่องแม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่
- มีอาการที่ซับซ้อนและจัดการยาก
- มีภาวะกลืนลำบากที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในปอดและในกระแสเลือดซ้ำๆ มีอาการหายใจหอบเหนื่อยหรือมีภาวะหายใจวาย
- พูดลำบาก มีความลำบากในการสื่อสารและมี progressive dysphasia ร่วมกับตัวบ่งชี้อื่นๆ เฉพาะโรคดังนี้

- **Motor Neurone Disease (MND)**
  - มีการเสื่อมถอยทางกายอย่างมาก
  - มีการติดเชื้อในปอดจากการสูดสำลัก
  - มีการรับรู้เปลี่ยนแปลงมากขึ้น เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก
  - น้ำหนักลด
  - มีอาการซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก
  - มี vital capacity ต่ำ (< 70% predicted) ตรวจโดย standard spirometry
  - มีปัญหาการเคลื่อนไหว dyskinesia ล้มบ่อย
  - ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้
- **Parkinson's disease**
  - การรักษาด้วยยาไม่ได้ผลหรือต้องใช้ยาหลายขนานและซับซ้อนในการรักษา
  - ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมดำรงค์ชีวิตประจำวัน
  - โรคควบคุมลำบาก
  - มีปัญหาการเคลื่อนไหว dyskinesia ล้มบ่อย
  - มีอาการทางจิตเวช (วิตกกังวล ซึมเศร้า ประสาทหลอน จิตเภท)
- **Multiple sclerosis**
  - มีอาการซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก
  - กลืนลำบาก และมีภาวะทุโภชนาการ
  - สื่อสารลำบาก เช่นพูดลำบาก อ่อนล้า
  - มีการรับรู้สูญเสีย เริ่มมี dementia

3) Frailty and dementia:

Frailty ผู้ป่วยที่มี co-morbidities หลายอย่างร่วมกับมีการเสื่อมถอยของการดำเนินชีวิตประจำวัน และมี :

- การถดถอยของ functional score ประเมินโดยใช้ Barthel/ECOG/Karnofsky
- มีอาการต่างๆ เหล่านี้อย่างน้อย 3 อย่าง ได้แก่ อ่อนแรง เดินช้า น้ำหนักลด หมดเรี่ยวแรง มีกิจกรรมทางกายน้อย มีภาวะซึมเศร้า

Dementia มีภาวะที่เป็นสาเหตุหลายอย่างที่ต้องพิจารณาที่มีผลต่อความรุนแรงของ dementia ตัวบ่งชี้ที่บอกว่าผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะท้ายของโรคได้แก่:

- ไม่สามารถเดินโดยไม่มีคนคอยพยุง และ
- ไม่สามารถกลั้นอุจจาระและปัสสวะได้ และ
- ไม่สามารถสื่อสารอย่างมีความหมาย และ
- ไม่สามารถทำกิจกรรมในการดำรงค์ชีวิตประจำวัน (ADL)
- Barthel score <3
- ความสามารถในการประกอบกิจกรรมดำรงค์ชีวิตประจำวันลดลง

- ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังนี้: น้ำหนักลด มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสวะ แผลกดทับระดับ 3/4 มีไข้เป็นๆ หายๆ รับประทานทางปากลดลง/น้ำหนักลด ปอดบวมจากการสูดสำลัก

Stroke:

- อยู่ในภาวะเป็นผัก (vegetative stage) มีภาวะรู้ตัวน้อยมากหรือมีอัมพาตรุนแรง
- มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์
- ไม่มีการฟื้นตัวในทางที่ดีขึ้นหลังเริ่มมีอาการ 3 เดือน
- มีการรับรู้เสียหาย/Post-stroke dementia

Reference:

1. Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance (PIG) 4th Edition Oct 2011. The Gold Standard Framework, Center in End of Life Care (CIC). http://www.goldstandards-framework.org.uk/cd- content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indica-tor%20Guidance%20October%202011.pdf. (Access 16 October, 2014).

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment
เอกสารประกอบ Module 1: การวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย

ณัฐชญา บัวละคร RN

ทำอย่างไรจึงจะสามารถประเมินผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างเป็นองค์รวม เปรียบเหมือนภาพขนาดใหญ่ที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่างๆ เมื่อนำมาจัดเข้าด้วยกันผู้ชมสามารถสัมผัสถึงความงามและคุณค่าทางด้านเนื้อหาและเรื่องราวในภาพ เช่นเดียวกันกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะทำอย่างไรเราจึงจะสามารถประเมินจนสามารถมองเห็นคุณค่าของชีวิตของคนคนหนึ่งที่ประกอบไปด้วยเรื่องราวต่างๆ มากมาย เพื่อให้เราได้เข้าใจและสามารถค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการให้การดูแลเมื่อการรักษาตัวโรคมักอยู่ในภาวะ “ทำอะไรไม่ได้แล้ว”

“จากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ผลที่ออกมาดูไม่ค่อยดีเลย แย่นะที่เราทำอะไรไม่ได้แล้ว” เมื่อการรักษาโรคถึงเวลาที่จำเป็นต้องยุติ แพทย์อาจมีคำกล่าวข้างต้นนี้ และ ณ เวลานี้เองที่งานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะเริ่มเข้ามามีส่วนสำคัญ และแม้ว่าแพทย์ “ไม่มีอะไรจะทำให้” แล้วก็ตาม แต่มีสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายคิดเป็นบรรทัดฐาน คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดที่เราจะทำได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ในเวลาที่เหลืออยู่ บ่อยครั้งที่เรามักพบผู้ป่วยและครอบครัวที่พยายามอย่างมากที่จะค้นหาข้อมูลการรักษาต่างๆ ทั้งจากการสอบถาม จากอินเตอร์เน็ต หรืออะไรก็ตามที่จะทำให้รู้สึกว่าได้พยายามหาหนทางรักษาแม้เวลาที่เหลืออยู่อาจจะมีอีกไม่กี่วันหรือชั่วโมงก็ตาม

Education for physicians on End-of-life-care Curriculum (EPEC) แนะนำการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม (whole person assessment) แบบ 9 มิติ การประเมินนี้เกิดขึ้นจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้าย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นการดูแลที่จำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดความทุกข์ทรมานและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่มีอยู่ให้ลดลง เพื่อสส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในสภาวะที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลทั้งกายและใจ นำไปสู่การดูแลแบบองค์รวมซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาและปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานในทุกระยะของการดำเนินโรค ไม่จำกัดเพียงเฉพาะในระยะก่อนเสียชีวิตเท่านั้น

การประเมินเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีข้อแนะนำให้ประเมินเป็นขั้นตอน (staging procedure) เช่นเดียวกันกับขั้นตอนของการแจ้งข่าวร้าย (Buckman Class) ซึ่งต้องมีขั้นตอน และต้องใช้เวลาทั้งทำความรู้จัก เข้าใจ และแจ้งข้อมูลไปในเวลาเดียวกัน การแจ้งข่าวร้ายไม่ได้แจ้งในคราวเดียว การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายก็เช่นเดียวกัน การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องใช้เวลาจะมากหรือน้อยขึ้นกับตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลา 20-30 นาที ในขณะที่ผู้ป่วยบางอาจใช้เวลาถึง 1-2 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของทีมสุขภาพและความซับซ้อนของปัญหา การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายต้องใช้เวลากับผู้ป่วย

อย่างมาก ซึ่งมิได้หมายถึงการค้นหาข้อมูลเชิงลึกที่เราต้องการเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินสภาพปัญหาเท่านั้น แต่การใช้เวลาดังกล่าวถือเป็นการ "ให้เวลา" แก่ผู้ป่วยด้วย และยังเป็นการสร้างความเชื่อใจในการรักษาอีกด้วย การประเมินผู้ป่วยที่ดี จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวเช่นเดียวกับกระบวนการอื่นๆ ในการรักษาทั่วไป เช่น การเตรียมพื้นที่ เตรียมบุคคล การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย หรือแม้แต่จำนวนผู้เข้าประเมินก็มีความสำคัญเพราะอาจทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดได้ ก่อนการพูดคุยกับผู้ป่วยควรพิจารณาคำถามที่ใช้ในการถาม เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งกาย ใจ และอารมณ์ได้ ก่อนการถามหรือการสัมภาษณ์จะเริ่มขึ้น ควรสอบถามถึงสภาพร่างกายและประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนเป็นอย่างแรกว่ามีความพร้อมหรือไม่

9 มิติในการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย

การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย 9 มิติดังนี้

1) ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (disease history)
2) อาการด้านร่างกาย (physical symptoms)
3) อาการด้านสุขภาพจิต (psychological symptoms)
4) ความสามารถในการตัดสินใจ (decision-making capacity)
5) การได้รับข้อมูล (information sharing)
6) ความสามารถในการเผชิญปัญหา (coping)
7) สังคมและสิ่งแวดล้อม (social circumstances)
8) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs)
9) ความต้องการด้านการปฏิบัติดูแล (practical needs)
10) การวางแผนล่วงหน้าในช่วงเสียชีวิต (anticipatory planning for death)

การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย มีจุดประสงค์เพื่อรับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำไปสู่การให้การช่วยเหลือ สนับสนุน บรรเทา และป้องกันความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อสามารถประเมินผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครอบคลุม จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (disease history)

การทบทวนประวัติ ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีประวัติการรักษาที่ยาวนาน รวมทั้งอาจมีรายละเอียดที่ซับซ้อนในแง่ผลของความเจ็บป่วย ผลข้างเคียงของการรักษา และการมีโรคอื่นร่วมด้วย การทบทวนประวัติประกอบด้วย การวินิจฉัย เริ่มขึ้นเมื่อไร อย่างไร การรักษาที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง การเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลครั้งนี้ มีอาการสำคัญอย่างไร และการรักษาในปัจจุบันทำอย่างไรบ้าง ผลจากการรักษาเป็นอย่างไร แนวโน้มของโรคขณะนี้เป็นอย่างไร นอกจากทบทวนประวัติอย่างละเอียดแล้ว จำเป็นต้องทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆเพิ่มเติมด้วย เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและ

สนับสนุนในการประเมินอาการผู้ป่วย ในบางครั้งอาจจะเห็นได้ว่า การแจ้งข้อมูลการรักษาที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ผู้ป่วยทราบถึงผลดีหรือผลเสียของการรักษามากน้อยอย่างไร จะทำให้เราสามารถประเมินผู้ป่วยได้ว่าสถานกาณ์ที่แท้จริงคืออะไรและมีความชัดเจนมากขึ้น

ตัวอย่างคำถามที่ถามผู้ป่วยเพื่อประเมินการรับทราบข้อมูลการรักษา ได้แก่

- บอกหน่อยได้ไหมคะ ขณะนี้คุณทราบอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคุณบ้าง
- ช่วยอธิบายการเจ็บป่วยและการรักษาที่คุณได้รับมาจนถึงปัจจุบันให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ
- คุณพอจะเล่าให้ฟังได้ไหม ช่วงเวลาเจ็บป่วยช่วงไหนที่คุณจำได้ขึ้นใจ
- ฉันพอทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของคุณบ้างแล้ว แต่อยากฟังจากคุณมากกว่า พอจะเล่าให้ฟังได้ไหม

การประเมินอาการด้านร่างกาย (physical symptoms)

การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (symptoms control) ถือเป็นงานสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายและเป็นงานลำดับแรกที่ควรทำ เพราะเมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือระยะท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอาการไม่สุขสบายหลายอย่าง อาการที่มักจะเกิดขึ้น ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก อ่อนล้า นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย เบื่ออาหาร ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล สับสน เป็นต้น อาการเหล่านี้เกิดได้จากหลายสาเหตุ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน โดยทั่วไปการประเมินอาการด้านร่างกายที่ดีที่สุดคือการให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงอาการของตนเองตามประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพควรใช้ทักษะของการฟังและการสังเกตเป็นทักษะที่สำคัญที่จะทำให้ได้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างละเอียดและครบถ้วน การประเมินในผู้ป่วยระยะท้ายแตกต่างจากการประเมินทั่วไป เพราะมักเป็นการประเมินอาการที่รบกวนและทำให้ไม่สุขสบาย รวมทั้งประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมากกว่าที่จะประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติของโครงสร้างและหรือการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย (organ system or anatomy) ผู้ป่วยระยะนี้เมื่อโรคลุกลามมากขึ้น มักส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ล้มเหลว ส่งผลให้เกิดอาการไม่สุขสบาย การใช้ยาเพื่อจัดการอาการสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้น เช่น มอร์ฟีนมีผลควบคุมหรือลดอาการไม่สุขสบายหลายอาการ เช่น ลดอาการปวด อาการหอบเหนื่อย เป็นต้น

การประเมินอาการในผู้ป่วยระยะท้าย gold standard คือการให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง ตัวอย่างเครื่องมือที่นิยมใช้ในทางคลินิกเพื่อประเมินความปวดใช้ Numerical rating scale (NRS) โดยให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวดเป็นตัวเลข โดย 0 หมายถึง ไม่ปวด 1-9 หมายถึงปวดมากขึ้นตามลำดับ และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดเท่าที่จะจินตนาการได้ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถระบุความปวดเป็นตัวเลข อาจใช้ FACES pain scale ซึ่งทั้งนี้ก็ขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ Numerical rating scale (NRS) ยังนำมาใช้ในการประเมินอาการอื่นๆ เช่น อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า เป็นต้น

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการประเมินอาการทางด้านร่างกาย ได้แก่

- คุณมีอาการนี้มานานแค่ไหนแล้ว
- คุณมีอาการนี้แบบเป็น ๆ หาย ๆ หรือเป็นตลอดเวลา
- คุณช่วยอธิบายสิ่งที่คุณกำลังเผชิญและรู้สึกในตอนนี้ว่าเป็นอย่างไร
- ขณะนี้อาการยังคงเดิม ดีขึ้น หรือแย่ลงหรือไม่
- ถ้าให้ระดับไปแล้ว (บอกระดับคนไข้) อาการไหนอยู่ในระดับต่ำที่สุดในช่วงวันที่ผ่านมา แล้วอาการอะไรที่อยู่ในระดับสูงสุด ตอนนี้คุณอยู่ระดับไหน ระดับไหนที่คุณพึงพอใจ
- คุณเคยสังเกตหรือไม่ว่า ตอนที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ อาการมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่
- มีอะไรทำให้อาการนี้ดีขึ้น หรือแย่ลงหรือไม่
- อาการนี้ทำให้คุณนอนไม่หลับหรือไม่
- อาการนี้ส่งผลต่อกิจกรรมที่คุณอยากทำมากน้อยแค่ไหน
- อาการนี้ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพต่อผู้อื่นหรือไม่
- คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนี้
- อาการนี้ทำให้คุณนึกถึงอะไร
- อาการนี้ทำให้คุณกลัวหรือวิตกกังวลหรือไม่ อย่างไร

ความท้าทายในการประเมินอาการในผู้ป่วยระยะท้าย

- การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย อาจจะประเมินแตกต่างกันบ้างขึ้นกับความเข้าใจและความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย และบางครั้งพบว่าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยมักไม่เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน ผู้ดูแลที่อยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา มักตระหนักเห็นความสำคัญในการจัดการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากภาวะนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และไม่สุขสบายเป็นอย่างมาก แต่ในทางกลับกันแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อยมักจะตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนน้อย เนื่องจากคิดว่าเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด
- บางครั้งผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง จากประสบการณ์ที่ได้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยบางรายอาจให้ข้อมูลว่าอาการที่มีไม่ได้รุนแรงและไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องอาการปวด อาจแสร้งว่าอยู่ได้สบาย และให้คะแนนความปวดน้อย เนื่องจากว่าผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลและกลัวว่าอาการปวดที่เริ่มเป็นมากขึ้น จะเป็นตัวสะท้อนว่าตัวโรคลุกลามมากขึ้น และบางกรณีผู้ป่วยไม่ยอมบอกเล่าความรุนแรงของความปวดเนื่องจากผู้ป่วยมีความกังวลว่าความปวดจะเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้กลับบ้านตามความต้องการ
- อาการทางด้านร่างกายเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ กระบวนการประเมินที่ครอบคลุมจะช่วยในการประเมินสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ และช่วยให้การจัดการกับสาเหตุได้อย่างตรงจุด เช่น การประเมินความปวด (total pain) จะช่วยให้การจัดการความปวดเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- เนื่องจากการประเมินอย่างครอบคลุมจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว และหากผู้ป่วยและครอบครัวเคยมีประสบการณ์เชิงลบจากการดูแลของทีมสุขภาพ อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความมั่นใจ เกิดความไม่วางใจ ไม่เชื่อถือ ในระบบการดูแลด้านสาธารณสุข ส่งผลให้การประเมินยากลำบากมากขึ้น
- ปัจจัยทางวัฒนธรรม อาจมีอิทธิพลต่อการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหญิงเมื่อมีปัญหาทางสูตินรีเวชอาจไม่สะดวกใจที่จะสื่อสารกับนายแพทย์ หรือผู้ป่วยชายที่มีความเครียดและความวิตกกังวลกับสภาวะโรคที่ลุกลามมากขึ้น ธรรมชาติของเพศชายมักไม่แสดงออกและเก็บอาการ ถ้าผู้ประเมินไม่ตระหนักถึงจุดนี้อาจทำให้เข้าใจคลาดเคลื่อนว่าผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ เป็นต้น
- ผู้ป่วยบางรายอาจมีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยที่บุคลิกภาพนิ่ง ไม่พูด ไม่แสดงความรู้สึก ผู้ป่วยที่มีปัญหาการคิดวิเคราะห์ การรับรู้ ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถเล่าหรือแสดงความรู้สึกให้ฟังได้ หรือผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตและมีภาวะกระสับกระส่าย สับสน ทำให้การประเมินอาการมีความยากมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ จำเป็นที่ผู้ประเมินต้องมีทักษะเฉพาะในการประเมินผู้ป่วยเหล่านี้
- ผู้ดูแล (แพทย์ พยาบาล) ไม่ตระหนักถึงความชุกของอาการที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากอาจจะไม่มีเวลาสื่อสารกับผู้ป่วยจากภาระงานที่ค่อนข้างมาก ทำให้ไม่สามารถตระหนักว่าผู้ป่วยมีอาการอะไรบ้าง และต้องการให้ช่วยเหลืออย่างไรบ้าง และ/หรือ อาจขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินอาการและการจัดการอาการในผู้ป่วย
- ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการทราบผลการรักษา บางรายมีอารมณ์ซึมเศร้า สิ้นหวัง และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป จนนำไปสู่ภาวะความผิดปกติทางจิตที่ทำให้ยากต่อการเข้าถึงมากขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการมีมากมายหลายชนิด (Assessment and rating instruments for symptoms)

เครื่องมือต่างๆที่นำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย ต้องผ่านการทดสอบให้มีความเชื่อมั่นและเที่ยงตรง เครื่องมือที่ดีและเป็นที่นิยม เช่น Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) เครื่องมือนี้ได้สรุปทุกอาการที่สำคัญของผู้ป่วยระยะท้าย ไม่จำกัดเพียงแค่อาการทางกายเท่านั้น อุปสรรคของการใช้เครื่องมือนี้หากประเมินอาการในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ที่ผิดปกติ อาจจะส่งผลให้การประเมินไม่ถูกต้อง

Edmonton Symptom Assessment Scale

จุดประสงค์ของแบบสอบถามนี้เพื่อช่วยในการประเมิน 9 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อาการปวด (pain) อ่อนเพลีย (tiredness) คลื่นไส้ (nausea) ซึมเศร้า (depression) กังวล (anxiety) ง่วงซึม (drowsiness) เบื่ออาหาร (anorexia) อาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม (shortness of breath) และ ภาวะความสบายกายและใจ (wellbeing) รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มเติมอาการอื่นๆที่ไม่อยู่ในแบบสอบถามได้ในบรรทัดสุดท้าย

ความรุนแรงของทั้ง 9 อาการถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10

- 0 หมายถึง ไม่มีอาการ
- 10 หมายถึง อาการรุนแรงที่สุดเท่าที่จะจินตนาการได้
- การประเมินด้วยเครื่องมือ ESAS ควรประเมิน ณ. เวลาที่ผู้ประเมินประเมินผู้ป่วยเท่านั้น
- ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถประเมินเครื่องมือนี้ได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการด้วยตนเองนั้นถือได้ว่าเป็นมาตรฐานที่สุด

จะใช้เครื่องมือ ESAS อย่างไร

ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล วงกลมหมายเลขที่ตรงกับอาการและความรู้สึกมากที่สุด ณ ขณะทำการประเมิน ตั้งแต่ 0-10

ไม่มีอาการปวด มีอาการปวด รุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ตัวเลขที่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลวงกลมไว้จะถูกนำไปบันทึกเป็นกราฟ

หมายเหตุ : คำที่มีความหมายใกล้เคียงกันอาจทำให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลเกิดความสับสนได้ง่าย ผู้ประเมินควรอธิบายให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลเข้าใจความหมายมากขึ้น

ยกตัวอย่างเช่น

- ซึมเศร้า (depression) หมายถึง ความรู้สึกเศร้า เสียใจ
- วิตกกังวล (anxiety) หมายถึง ความรู้สึกประหม่า ตื่นกลัว หรือความรู้สึกทางใจที่ไม่นิ่งสงบ กระสับกระส่าย วุ่นวายใจ
- อ่อนล้า (tiredness) หมายถึง ความรู้สึกไร้เรี่ยวแรง หมดพลัง ไม่จำเป็นต้องรู้สึกง่วงนอน
- ภาวะซึม (drowsiness) หมายถึง ความเชื่อมซึม หรือ ง่วงหลับโดยไม่รู้ตัว
- สุขภาวะ (wellbeing) หมายถึง โดยรวมแล้วหมายถึงมีความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและด้านอื่นๆ อาจใช้คำถามว่า “สบายดีหรือไม่”

เราจะนำ ESAS ไปใช้เมื่อไร

- ในกรณีผู้ป่วยระยะท้ายสามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้แล้ว การสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ทำแบบประเมิน ESAS นี้จะช่วยให้ง่ายในการประเมินอาการว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการได้มีประสิทธิภาพเพียงไร และเมื่อโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ผลจากการใช้แบบประเมิน ESAS จะทำให้จำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านลดลง
- การใช้ ESAS ควรใช้ประเมินตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้ประเมินผู้ป่วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่บนหอผู้ป่วยหรืออยู่ที่บ้านก็ตาม จากนั้นนำไปบันทึกเป็นกราฟ จะทำให้เห็นแนวโน้มการจัดการอาการ ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น

ESAS ใช้กับใครบ้าง

- ผู้ป่วยควรเป็นผู้ทำแบบสอบถามด้วยตนเองถ้าสามารถทำได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นจากภาวะอ่อนล้า สายตา การได้ยิน อาจให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแลเป็นผู้ทำแบบสอบถามแทน
- หากผู้ทำแบบสอบถามไม่ใช่ผู้ป่วย ให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความเห็นหรือความรู้สึกภายในจิตใจผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และสุขภาวะทั้งกายและใจ
- ส่วนภาวะอื่นๆ เช่น อาการปวด การเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ และอาการเหนื่อย สามารถให้ผู้อื่นประเมินแทนได้จากการสังเกตภายนอก

Palliative Care Performance Scale (PPS)

PPS เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 (พ.ศ.2539) โดย Anderson และคณะที่ Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสภาวะของผู้ป่วย palliative care ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยดัดแปลงมาจาก Karnofsky Performance Scale

PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับ ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มี PPS 70-100% เรียกระยะนี้ว่าระยะคงที่ (stable phase)
- ผู้ป่วยที่มี PPS 40-60% เรียกระยะนี้ว่าระยะเปลี่ยนผ่าน (trasnsitional phase)
- ผู้ป่วยที่มี PPS 10-30% เรียกระยะนี้ว่าใกล้เสียชีวิต (end of life phase)

PPS เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว

ประโยชน์ของ PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน 0-40% หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านการพยาบาลมากขึ้นและญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น ใช้สำหรับสื่อสารกันระหว่างบุคลากรในทีม และใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าวๆ มีการศึกษา meta-analysis โดย Downing และคณะ ที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 1,802 คน จาก 4 การศึกษา สรุปว่า PPS สามารถพยากรณ์โรคได้ค่อนข้างแม่นยำในเรื่องเวลาของการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินคะแนน PPS น้อยมักเหลือเวลาของการมีชีวิตอยู่น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS มากกว่า ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปจำนวนวันโดยประมาณที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เมื่อเทียบกับคะแนน PPS

PPS	**จำนวนวัน**
10	2-5
20	4-10
30	13-24
40	24-36
50	37-47
60	48-77
70	78-90

ข้อควรระวัง จำนวนวันที่สามารถประมาณจากคะแนน PPS นั้นเป็นเพียงค่าเฉลี่ยที่ได้จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากงานวิจัย ไม่สามารถนำมาเป็นตัวเลขการคาดการณ์ที่แน่นอนสำหรับผู้ป่วยทุกคนได้ จึงไม่ควรบอกตัวเลขที่ได้จากตารางกับผู้ป่วยโดยตรง PPS เพียงช่วยให้บุคลากรในทีมสามารถสื่อสารกันได้สะดวกมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยและเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งที่สำคัญกว่าการบอกระยะเวลาคือให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการและทำในสิ่งที่ยังติดค้างอยู่เมื่อเราประเมินผู้ป่วยคร่าวๆ ว่าผู้ป่วยเหลือเวลาในชีวิตค่อนข้างจำกัด

นอกจากนั้นโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่นำ PPS มาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้โดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในปี พ.ศ.2542-2543 ต่อมาบุษยามาศ ชีวสกุลยงและคณะ ได้ปรับปรุงฉบับภาษาไทยใหม่และทำการวิจัยแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS Adult Suandok) (ตารางที่ 2) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นระดับดีเยี่ยมและมีความเที่ยงตรงของเครื่องมือและจากการตอบแบบสอบถามโดยแพทย์และพยาบาลผู้ใช้ PPS นั้น ร้อยละ 61 มีความเห็นว่าแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับภาษาไทย มีประโยชน์มากในการทำนายโรค และร้อยละ 78 คิดว่ามีประโยชน์ในการวางแผนการดูแล ร้อยละ 69 คิดว่ามีประโยชน์ในการเฝ้าติดตามดูการเปลี่ยนผ่านหรือเฝ้าติดตามโรค นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการวางแผนจำหน่ายและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ความยุ่งยากในการใช้แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยระยะท้าย พบในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระบบประสาท และผู้ป่วยที่ใส่สายยางต่างๆ ในการให้อาหาร เช่น สายยางให้อาหารทางจมูก เป็นต้น

ตารางที่ 2 แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative performance scale for adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี/สับสน
50	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี/สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี/หรือง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี/หรือง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี/หรือง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต				

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ผศ.พญ.บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2552)

“Copyright Victoria Hospice Society” เจ้าของลิขสิทธิ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

PPS Adult Suandok ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่

วิธีการใช้ PPS

1. ประเมินสภาวะผู้ป่วยในขณะนั้นตามความเป็นจริง ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวางจากซ้ายไปขวา โดยยึดคอลัมน์ทางซ้ายเป็นหลัก หากคอลัมน์ทางขวาได้คะแนนมากกว่าทางซ้าย ให้คะแนนตามคอลัมน์ซ้าย

2. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลาง เช่น 65% ได้ ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 60% หรือ 70% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกันกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่ประเมินมากที่สุด

ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่นอนติดเตียงตลอดเวลา ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องดูแลแบบ total care PPS ควรอยู่ในช่วง 10-30% วิธีการ

3. ประเมินว่า PPS เท่าไรนั้น ควรพิจารณาจากคอลัมน์ซ้ายไปขวา ซึ่งถ้ามีคะแนนเท่ากันให้ดูคะแนนช่องคอลัมน์ถัดไปให้คะแนนตาม คะแนนที่ได้จากการประเมิน ตัวอย่างเช่น PPS 0-30% ในคอลัมน์แรกซึ่งเหมือนกันทั้ง 3 คอลัมน์ จนกระทั่งมาถึงคอลัมน์ของการรับประทานอาหาร ถ้ากรณีผู้ป่วยยังรับประทานได้หรือลดลง ผู้ป่วยควรมี PPS 30% แต่ถ้าผู้ป่วยจิบน้ำได้เล็กน้อย ผู้ป่วยควรมี PPS 20% และถ้าผู้ป่วยกลืนไม่ได้เลย PPS 10% เป็นต้น ในกรณีที่ค่าคะแนนในคอลัมน์หลังคอลัมน์แรกมีค่าคะแนนมากกว่าคอลัมน์แรกต้องเอาคะแนนคอลัมน์แรกเป็นสำคัญ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงซึ่ง PPS เท่ากับ 70% แต่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเป็นปกติซึ่ง PPS เท่ากับ 90% ต้องยึดคอลัมน์แรกเป็นเกณฑ์ คือค่า PPS ของผู้ป่วยควรเท่ากับ 70% PPSสามารถนำไปใช้ประเมินได้ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล แต่ควรใช้โดยบุคลากรทางการแพทย์ โดยทั่วไปมักจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์

การประเมินอาการด้านสุขภาพจิต (psychological symptoms)

ในขณะประเมินมิติด้านจิตใจในผู้ป่วยระยะท้าย ควรหมั่นสังเกตสการรับรู้ของผู้ป่วยด้วย เช่น ในขณะนั้นมีอาการสับสนหรือไม่ อย่างไร หรืออาจมีคำถามที่ช่วยให้ประเมินผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น เช่น ช่วงนี้รู้สึกสับสนหรือมึนงงบ้างหรือไม่ หรือช่วงนี้คุณรู้สึกใจลอยตลอดเลยหรือไม่ อารมณ์ในช่วงนี้เป็นอย่างไร รู้สึกเครียดหรือกังวลบ้างหรือไม่ การตั้งคำถามมักช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกและรับรู้ได้ว่าผู้ถามมีความห่วงใย ทำให้รู้สึกไว้วางใจ และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยกล้าที่จะระบายความรู้สึก โดยเฉพาะอารมณ์เครียด วิตกกังวล ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีสาเหตุมากระตุ้นให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และจำเป็นต้องปรับตัวต่างๆมากมาย ส่งผลให้ปฏิกิริยาทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงขึ้นลง ไม่ว่าจะเป็นการปฏิเสธ โกรธ ต่อรอง กลัว หงุดหงิด ลังเล เศร้า เราควรตระหนักว่าปฏิกิริยาเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ การประเมินเพื่อให้ได้ทราบถึงเรื่องราวในชีวิต โดยเฉพาะเหตุการณ์สำคัญ เช่น เมื่อผู้ป่วยประสบปัญหา ผู้ป่วยหาทางออกอย่างไร และควบคุมอารมณ์ได้อย่างไร ด้วยวิธีการใด การกระตุ้นด้วยคำถามมักนำไปสู่การพูดคุยที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึก โดยเฉพาะความกลัวมักเกิดในทุกระยะของการดำเนินโรค ก่อนที่ผู้ป่วยจะทราบว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกกลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมโรคได้ กลัวโรคจะแย่ลง และกลัวสูญเสียภาพลักษณ์ ผู้ป่วยบางรายเมื่อทราบว่าเป็นระยะท้าย รักษาไม่หาย มักกลัวการเป็นภาระ ถูกทิ้งจากครอบครัว เช่น อาจมีแผลมะเร็งที่ส่งกลิ่นเหม็นรบกวน สำหรับผู้ป่วยหลายๆคน ความกลัวการถูกทอดทิ้ง อาจรุนแรงกว่าความกลัวการเจ็บปวด ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจที่ซับซ้อนควรส่งต่อให้กับจิตแพทย์ที่ชำนาญในเรื่อง

การดูแลสภาพจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหา และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ตัวอย่างคำถามในการประเมินด้านจิตใจ

- ทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับคุณดูเป็นเหตุเป็นผลสำหรับคุณไหม
- คุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อไปหลังจากนี้
- อาการเจ็บป่วยของคุณส่งผลต่อชีวิตคุณอย่างไร
- คุณกำลังจะบอกว่าอารมณ์ของคุณขณะนี้เป็นอย่างไร
- คุณมองว่าอะไรคือปัญหาที่ใหญ่ที่สุดที่คุณเผชิญอยู่ในตอนนี้
- อะไรทำให้คุณกลัวเมื่อพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องโรค
- คุณคิดว่าคุณกำลังจัดการกับโรคนี้ได้ดีแค่ไหน
- รู้สึกเครียดบ้างไหม
- คุณมีแผนอะไรในชีวิตไหม
- คุณรู้สึกเสียใจ กลัว หรือกังวลบ้างไหม
- คุณกลัวเป็นภาระต่อผู้อื่นหรือไม่
- คุณรับมือกับช่วงเวลาที่ยากลำบากอย่างไรในช่วงนี้
- คุณหันไปพึ่งความช่วยเหลือจากใครในช่วงเวลาที่ยากลำบาก
- เคยมีปัญหาเรื่องความเครียด การดื่มสุรา หรือปัญหาทางจิตอื่นๆ ก่อนที่คุณจะป่วยเป็นโรคนี้ไหม
- เคยรักษาอาการเหล่านี้หรือยัง
- คุณกลัวว่าเราจะช่วยคุณไม่ได้ยามที่คุณต้องการหรือเปล่า

การประเมินความสามารถในการตัดสินใจและการสื่อสาร

ความสามารถในการตัดสินใจอาจมองเห็นได้ชัดในช่วงระหว่างที่เราประเมินมิติด้านจิตใจและจิตสังคม ที่ประเมินการรับทราบโรคและการเจ็บป่วย จากการประเมินนี้จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ตัดสินใจได้หรือไม่ หรือจำเป็นต้องแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทน เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กพ่อแม่อาจเป็นผู้ตัดสินใจแทน และการประเมินนี้เป็นพื้นฐานสำหรับการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมได้ เช่น การตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากที่สุด ผู้ป่วยควรจะได้รับข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญ เข้าใจว่าตนเองมีอำนาจในการตัดสินใจ และเข้าใจถึงผลที่จะตามมาถ้ารับการรักษานั้น และในทำนองเดียวกันเข้าใจถึงผลที่จะตามมาถ้าไม่ได้รับการรักษาด้วย

ผู้ป่วยบางรายไม่มีความสามารถในการตัดสินใจเรื่องใหญ่ๆได้ ไม่สามารถจัดการปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ยังต้องการรับฟังความคิดเห็นและคำแนะนำจากผู้อื่น เช่น ครอบครัว ทีมสุขภาพ เป็นต้น ส่งผลให้ไม่สามารถให้ความยินยอมที่เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง ในบางกรณีแพทย์และทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจด้วยตนเอง

การประเมินความต้องการข้อมูล (information sharing)

เริ่มต้นสนทนาเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม โดยถามผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์นี้อย่างไร

ตัวอย่างคำถาม เช่น

- อาการที่คุณเป็นอยู่ เข้าใจว่าเป็นจากอะไร เรียกว่าโรคอะไร คุณหมอบอกว่าอย่างไร
- คุณเข้าใจว่าต้องรักษาอย่างไรบ้าง คุณได้รักษาอย่างไรไปแล้วบ้าง
- ที่ผ่านมาการรักษาให้ผลเป็นอย่างไรบ้าง สบายขึ้นอย่างไร เกิดผลข้างเคียงอย่างไร พอใจหรือไม่พอใจอย่างไร
- อาการช่วงนี้เป็นหนักหรือเบาอย่างไร คุณมองว่าตัวคุณเป็นอย่างไร

การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ประเมินควรสังเกตการตอบสนองของผู้ป่วย ทั้งจากท่าที การแสดงอาการทางกาย อาจจะค่อย ๆ ถามและรอให้ผู้ป่วยค่อย ๆ พูด ผู้ประเมินอาจช่วยสรุปประเด็นเป็นระยะ แต่ควรเป็นฝ่ายตั้งคำถามและรับฟัง ไม่ควรแย้งสิ่งที่ผู้ป่วยพูดในทันที ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าจะพูดในเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติม ถ้าผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทางอารมณ์มากหรือไม่อยู่ในสภาวะที่พร้อมที่จะสนทนาต่อ ควรสรุปเรื่องที่สนทนาให้เข้าใจตรงกันและจบการสนทนานั้น จึงค่อยนัดกันอีกครั้ง

ผู้ป่วยมีสิทธิรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับตนเองทั้งหมด และต้องประเมินว่าผู้ป่วยอยากรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงไร ในกรณีของญาติควรประเมินว่าใครเป็นผู้มีส่วนตัดสินใจ ถ้าญาติมีหลายคนควรนัดพูดคุยพร้อมกันเพื่อไม่ให้เข้าใจข้อมูลคลาดเคลื่อน ถ้าสามารถสื่อสารกับญาติได้ดี จะทำให้เข้าใจและร่วมมือกับแพทย์ ตัวอย่างคำถามเช่น “คุณอยากรู้ไหมครับว่าที่ป่วยนี้ คือโรคอะไร ชื่อทางการแพทย์ว่าอย่างไร” “ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนี้ ถ้าผลออกมาเป็นโรคที่รุนแรง คุณอยากให้หมอแจ้งคุณทันทีหรือไม่” ยังไม่ตัดรอนความหวังของผู้ป่วย และเป็นการถามที่เผื่อให้ผู้ป่วยเตรียมใจ “คุณอยากทราบสาเหตุและการวินิจฉัยโรคหรือเปล่า” ผู้ป่วยอาจจะตอบว่าเก็บไว้ก่อน แต่ส่วนใหญ่จะนิ่งแทนการปฏิเสธ ถ้าคุณไม่อยากรู้ในตอนนี้ อยากให้บอกใครแทนคุณ คุยกับใครแทนคุณก่อนไหม ผู้ป่วยอาจอยากให้มีใครในครอบครัวช่วยรับรู้หรือตัดสินใจแทน “ผู้ป่วยบางรายอยากให้หมอบอกผลวินิจฉัยกับตัวเขาเอง แต่บางรายอยากให้หมอคุยกับครอบครัวเขาก่อน สำหรับคุณ คุณอยากให้เป็นอย่างไร” การใช้คำว่า “บางราย” ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกแปลกประหลาดเพราะมีคนอื่นคิดเหมือนเขา และคำถามตอนท้ายเป็นการให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือก ผู้ป่วยที่อยากรู้จะบอกกับแพทย์ว่าอยากรู้ทันที เมื่อแพทย์ได้เปิดประเด็นเรื่องนี้ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่อยากรู้จะมีวิธีปฏิเสธแพทย์หลายรูปแบบ เช่น อาจบอกแพทย์ว่า “แล้วแต่หมอ จะเป็นอะไรก็ขอให้หมอช่วยเต็มที่” บางครั้งอาจตัดบทหรือทำเป็นชวนคุยเรื่องอื่นๆ หรือนิ่งเงียบไป แพทย์ควรสำรวจความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วยก่อน เช่น “พอหมอพูดถึงเรื่องนี้ดูคุณนิ่งไป คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง คุณคิดถึงเรื่องอะไรอยู่หรือ” แพทย์ไม่ควรถามต่อว่าตกลงอยากรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรือแผนของการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ แต่ควรแสดงความเห็นใจกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจรับฟังผลวินิจฉัยได้ เช่น “ฉันเข้าใจว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่สำหรับคุณ” “ฉันรู้ว่ามันน่ากังวลกับสิ่งที่กำลังจะพูดต่อไป”และเสนอโอกาสให้ผู้ป่วยถามได้ถ้าอยากรู้ในโอกาสต่อไป เช่น “ถ้าคุณกลับไปคิดทบทวนดูแล้ว ถ้าคุณเกิดเปลี่ยนใจอยากทราบข้อมูล ก็ไม่เป็นไรนะ เรายินดีจะคุยด้วยใหม่เสมอ”

หากผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรับรู้ผลการรักษาในทันที แต่มีท่าทางลังเล อาจจะหมายถึงภายในใจผู้ป่วยกำลังชั่งน้ำหนักระหว่างการรู้ความจริงกับความเครียดที่จะเกิดขึ้น นอกจากการสำรวจความรู้สึกและแสดงความเห็นใจแล้ว ควรบอกข้อดีในการได้รู้ข้อมูล เช่น “บางทีถ้าคุณรู้อะไรชัดเจนขึ้นน่าจะเป็นผลดีกับคุณมากกว่า เราจะได้ดูแลได้อย่างเต็มที่ ไม่ต้องสื่อสารกันอย่างอ้อมค้อม” “ส่วนใหญ่ที่สังเกตมา ผู้ป่วยที่รู้ผลการรักษา การรักษาจะดีกว่าเพราะจะจัดการกับชีวิตได้ชัดเจน” “หลายครั้งคนเราจะจินตนาการในสิ่งที่ไม่รู้จนน่ากลัวเกินกว่าความเป็นจริง ถ้ารู้ให้แน่ชัด อาจจะน่ากลัวน้อยกว่าที่กังวลไปก่อนก็ได้”

ถ้าญาติผู้ป่วยไม่อยากให้แพทย์แจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยอาจจะมาขอพบแพทย์ในภายหลัง และถามผลการรักษา “เป็นผู้ป่วยระยะท้ายแล้วหรือ หมดหนทางรักษาแล้วหรือ” จากนั้นก็ขอร้องว่าอย่าบอกให้ผู้ป่วยทราบ แพทย์บางรายที่เห็นด้วยก็มักไม่แจ้งข้อมูลต่อผู้ป่วย ส่วนแพทย์บางรายอาจมองว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะต้องรับรู้ จึงไม่เห็นด้วย ทางออกที่ดีคือต้องทำการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยก่อน เริ่มจากการเข้าใจมุมมองและสภาวะอารมณ์ของญาติขณะนั้น ซึ่งมักจะกลัวเหมือนกับผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ให้น้อยที่สุด เข้าใจว่าการบอกว่าการรักษาหมดหนทางแล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรุดลง ไม่มีกำลังใจต่อสู้กับชีวิตต่อไป แพทย์ควรแจ้งความจริงให้ญาติทราบว่าการปกปิดผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์มากกว่า และควรชี้แจงให้ญาติตระหนักว่าหากเขาเหล่านั้นอยู่ในสถานการณ์เดียวกับผู้ป่วย เขาจะอยากให้มีคนปิดบังข้อมูลหรือไม่ สิ่งที่ญาติคิดว่าดีอาจจะไม่ใช่สิ่งเดียวกับที่ผู้ป่วยต้องการก็ได้

การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social assessment)

การประเมินทางด้านสังคมในผู้ป่วยระยะท้ายมีความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม การประเมินทางด้านสังคมจะประกอบด้วย

- ประเมินบทบาทของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัว
- ประเมินความรักและความผูกพันของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัว
- ประเมินความสามารถและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver)
- ประเมินเรื่องที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นตัวกำหนดความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน
- ประเมินเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมในชุมชนของผู้ป่วย
- ประเมินความต้องการของครอบครัว

การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs)

ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับปรัชญาชีวิต เป้าหมายชีวิตหรือสิ่งที่มีค่าสูงทางจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญกับชีวิต ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายในมิติจิตวิญญาณ อาจเป็นความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเองนับถือ การคงไว้ในเรื่องความผูกพันกับพระเจ้าของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ

การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณประกอบด้วย

1) ความต้องการความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness)
2) ความต้องการค้นหาความหมายชีวิตและการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness)
3) ความต้องการการอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness)
4) การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (Religious practice)
5) ความหวัง (Hope)

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น

- มีสิ่งใดบ้างที่ทำให้คุณรู้สึกมีความหวัง
- คุณเชื่อว่าพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะช่วยให้คุณก้าวผ่านความทุกข์ได้หรือไม่
- อะไรในชีวิตที่มีความหมายกับชีวิตของคุณมากที่สุด
- ความเชื่อและความศรัทธา มีความสำคัญต่อชีวิตคุณแค่ไหน
- ความเชื่อของคุณส่งผลต่อความรู้สึกเรื่องการเจ็บป่วยของคุณไหม
- คุณเห็นความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างสุขภาพของคุณและความเชื่อของคุณบ้างไหม
- ความศรัทธาที่คุณมี ส่งผลต่อชีวิตคุณอย่างไรในวันนี้
- คุณมีความเชื่อส่วนตัวหรือเปล่า
- ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตคุณอย่างไร
- คุณเคยคิดถึงเรื่องชีวิตหลังความตายหรือไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น
- อะไรคือสิ่งที่มีคุณค่าต่อคุณมากที่สุด
- คุณเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวคุณเองตอนนี้ยังไง
- ถ้าจู่ๆ คุณมีเหตุการณ์ที่ทำให้คุณเสียชีวิต มีสิ่งสำคัญใดไหมที่คุณรู้สึกว่าคุณยังทำไม่เสร็จ

  คำถามที่ใช้ในการถามผู้ป่วย อาจจะต้องปรับเปลี่ยนให้เข้ากับวัฒนธรรม ภาษาของผู้ป่วยด้วย

การวางแผนล่วงหน้าในช่วงเสียชีวิต (anticipatory planning for death)

ควรส่งเสริมหรือโน้มน้าวให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปรึกษาหารือเกี่ยวกับแผนการดูแลสำหรับวันและเวลาในช่วงท้ายของชีวิต ครอบครัวควรเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับวันที่ต้องเริ่มต้นบอกลา ผู้ป่วยจำนวนมากยังโชคดีที่รับทราบโรคและเป้าหมายของการรักษาทำให้มีเวลาในการวางแผนความต้องการในช่วงท้ายของชีวิตและได้มีโอกาสกล่าวคำขอบคุณ ล่ำลากับเพื่อนและครอบครัวอันเป็นที่รัก

บางการสนทนามีความสำคัญมากที่ผู้ประเมินควรชวนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้คิด โดยเฉพาะการตัดสินใจในหัวข้อต่างๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การช่วยชีวิตและความต้องการที่จะพยุงชีพ ประเด็นเหล่านี้แม้ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะหารือหรือพูดคุยได้ แต่มันก็มีความจำเป็นอย่างมากสำหรับครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับช่วงเดือน สัปดาห์หรือวันสุดท้ายของชีวิต

วางแผนระลึกถึงช่วงชีวิตที่ผ่านมา เพื่อส่งเสริมความรู้สึกที่มีคุณค่า และความอบอุ่นทางใจต่อผู้ป่วยในช่วงวันท้ายๆของชีวิต เช่น ครอบครัวอาจจะหาภาพถ่ายเก่าๆ มาดูร่วมกัน ภาพแห่งความทรงจำ ความสุข

ก็เป็นอีกหนึ่งวิธีที่จะกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนหรือนึกถึงในช่วงเวลาที่สำคัญในชีวิต หรือการนำวิดีโอของครอบครัวที่เคยบันทึกไว้มาเปิดดู จะทำให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงแต่สิ่งที่ดี สัมผัสถึงความอบอุ่น มากกว่าที่จะนั่งนับวันเวลาที่เหลืออยู่

การทำพินัยกรรม หนึ่งในของขวัญที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของคนในครอบครัวที่จะสามารถมอบให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้ คือการให้การช่วยเหลือที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่กำลังจะจากไปได้เข้าใจและยอมรับถึงการสูญเสียของชีวิตและได้ทำพินัยกรรมหรือมอบมรดกตามความปรารถนาของผู้ป่วย มรดกหรือพินัยกรรมอาจไม่ได้หมายถึงเรื่องทรัพย์สินเงินทองเสมอไป แต่อาจจะเป็นสิ่งเล็กๆน้อยๆที่มีคุณค่าทางจิตใจของผู้ป่วย เช่น การเก็บรวบรวมวัตถุสิ่งของที่สำคัญที่มีคุณค่าทางจิตใจ ภาพถ่าย จดหมายหรือของที่ระลึกอื่นๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมีกล่องใส่ของที่สำคัญไว้ในนั้น เพื่อให้ลูกหลานเก็บไว้แล้วมาเปิดในภายหลัง ผู้ป่วยบางรายที่ชอบเขียนหนังสือข้อความบางอย่างอาจถูกทิ้งไว้ในหนังสือเล่มโปรด หรือถูกซ่อนอยู่ในสิ่งของที่ชื่นชอบต่างๆ และมีโอกาสที่จะไม่มีใครพบเจอ ดังนั้นควรจะมีการพิจารณาอย่างรอบคอบ สอบถามผู้ป่วยว่ายังมีห่วงหรือกังวลบ้างหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบกับความสงบสุขและการยอมรับวันเวลาสุดท้ายที่ใกล้เข้ามานั้นได้

การวางแผนการจัดพิธีรำลึกและจัดงานศพ ครอบครัวควรทำการพูดคุยล่วงหน้าเกี่ยวกับความปรารถนาในพิธีศพของผู้ป่วยเมื่อความตายกำลังใกล้เข้ามา ผู้ป่วยบางรายต้องการเพียงความทรงจำที่เรียบง่ายและยินดีที่จะให้คนรักหรือผู้ดูแลเป็นคนจัดการวางแผนให้ทั้งหมด ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆได้ดี อาจจะต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนต่างๆ เช่น ใครควรอ่านประวัติถ้อยคำสรรเสริญคุณงามความดี สถานที่และเวลาในการจัดพิธี ผู้ป่วยบางรายมีความละเอียดลออในเรื่องๆ ต่างๆ เช่น เพลงหรือดนตรีที่จะใช้ในพิธีและบรรยากาศภายในห้องหรือสถานที่นั้นๆ บางรายใช้งานศพเป็นโอกาสในการร่วมกันไว้ทุกข์ ผู้ดูแลหรือคนรักมีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการนี้มากโดยสามารถโน้มน้าวให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้พูดคุยเกี่ยวกับความปรารถนา การทราบล่วงหน้าว่ารายละเอียดเหล่านี้ควรได้รับการจัดการอย่างไรจะสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาใจได้ ครอบครัวสามารถทำความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยที่กำลังจะจากไปได้

สิ่งที่เห็นได้ชัดและมีความเปลี่ยนแปลงในลำดับแรกๆ เมื่อผู้ป่วยกำลังจะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตคือการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้และความเข้าใจ ผู้ประเมินอธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่จะเกิดได้ในระยะท้ายนี้ เพื่อให้ครอบครัวไม่ตื่นตระหนกตกใจ เช่น ก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยบางรายอาจจะเริ่มไม่รู้สึกตัวเป็นเวลาหลายชั่วโมงหรือแม้กระทั่งเป็นวัน ในขณะที่ผู้ป่วยบางคน การรับรู้ยังดีอยู่จนกระทั่งช่วงเวลาไม่กี่นาทีสุดท้ายโดยทั่วไปผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตมักมีอาการค่อยๆ เกิดความสับสนและกึ่งรับรู้ตัวบ้างเป็นเวลาหลายๆ นาทีหรืออาจจะถึงชั่วโมง นอกจากนี้คำพูดอาจจะแผ่วเบาก่อนการเสียชีวิต ควรให้ข้อมูลอาการที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการมีเสียงในลำคอ หรือการมีเสียงครืดคราดเวลาที่ผู้ป่วยหายใจ ซึ่งเป็นผลจากการที่มีสารคัดหลั่งออกมาจากทางด้านหลังของลำคอ แม้ว่าเสียงเหล่านี้อาจจะฟังดูน่าวิตกกังวลหรือทรมานกับครอบครัวเกินที่จะรับฟังได้ แต่ในความเป็นจริงแล้วเสียงเหล่านี้ไม่ได้แสดงออกว่าผู้ป่วยกำลังรู้สึกเจ็บปวดหรืออึดอัดแต่อย่างใดเมื่อหมดลมหายใจและหัวใจหยุดเต้นแล้ว ดวงตาของผู้ป่วยอาจค้างและเบิกกว้าง หรืออาจหลับตาก็ได้

หลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวอาจจะนั่งอยู่ข้างๆผู้ป่วยได้นานเท่าที่ต้องการ หลายๆครอบครัวปลอบใจกันและกัน ร่วมกันอธิษฐาน หรือพูดคุย สมาชิกในครอบครัวอาจแสดงความรักที่มีต่อกันและกันและต่อผู้ที่เสียชีวิตด้วย

บทสรุป

ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวนี้ บ่อยครั้งที่ผู้ประเมินอาจต้องเผชิญกับความรู้สึกทางอารมณ์ที่แสดงออกอย่างรุนแรงซึ่งเป็นผลจากความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นควรมีความอดทนและเข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินอย่างครอบคลุมจะทำให้ การดูแลในตอนท้ายของชีวิตได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการดูแลที่ดีและได้รับความช่วยเหลือ และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวก้าวข้ามวิกฤตได้อย่างราบรื่น

บรรณานุกรม

1. ดาริน จตุรภัทรพร. สุข รัก เข้าใจ ในช่วงสุดท้ายของชีวิต Palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 1. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง กรุงเทพฯ, 2554.
2. ทัศนีย์ ทองประทีป และจงลักษณ์ ศุภกิจเจริญ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. เอกสารประกอบการสอน.2552
3. นิลวรรณ นิมมานวรวงศ์, ดาริน จตุรภัทรพร. Palliative Performance Scale เครื่องมือประเมินคนไข้ palliative care. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2010;2:21-25.
4. บุษยามาส ชีวสกุลยง. The dawn of palliative care in Thailand. พิมพ์ครั้งที่1. บริษัทบียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2556.
5. ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้าย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันชาย สิทธิพันธ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying). พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ กรุงเทพฯ, 2550. หน้า 121-123.
6. Chang VT. Approach to symptoms assessment in palliative care. 2013 July 8. [UptoDate ahead of print]
7. Downing GM, Lau F, Lesperance M, et al. Meta-analysis of survival prediction with Palliative Performance Scale. J Palliat Care. 2007;23 (4): 245-254.
8. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) curriculum, 1999.
9. Geoffrey P Dunn. Patient assessment in palliative care: How to see the big picture and what to do when there is no more we can do. The American College of Surgeons 2001;193:565-572.
10. Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)[Internet]. 2005 [cited 2005 Aug 25]. Available from: http://www.npcrc.org/files/news/edmonton_symptom_assessment_scale.pdf

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด 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/สะลึมสะลือ										มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่เบื่ออาหาร										เบื่ออาหารมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

สบายดีทั้งกายและใจ										ไม่สบายกายและใจเลย
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ										มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Module 1
Palliative Care Concept and Assessment

เอกสารประกอบ Module 1: แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก

(Palliative performance scale for adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี/สับสน
50	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี/สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี/หรือง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี/หรือง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี/หรือง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆและมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต				

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ผศ.พญ.บุษยามาส ชีวสกุลยง และคณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2552)

“Copyright Victoria Hospice Society” เจ้าของลิขสิทธิ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

PPS Adult Suandok ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่

Module 1
Palliative Care and Assessment
Case Study

ผู้ป่วยหญิง อายุ 82 ปี U/D DM, HT, IHD, DLD ได้รับการวินิจฉัยว่ามี CKD ระดับ Cr เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมามีปัญหาเรื่อง CHF ต้องเข้าออกโรงพยาบาล 3 ครั้ง

Chief complaint: มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น 1 วัน

Present illness: 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการบวมที่ขาทั้งสองข้าง ปัสสาวะออกลดลง คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ มีอาการหายใจหอบเหนื่อยแม้มีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย

1 วันก่อนมารพ. บวมมากขึ้นร่วมกับมีอาการหอบเหนื่อยขณะพัก นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะ ไม่มีไข้ จึงมาโรงพยาบาล

Past history: ไม่มีโรคประจำตัว สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ไม่แพ้ยา ปฏิเสธโรคในครอบครัว

การตรวจร่างกาย

Vital sign: T 37.2 °C, PR 108 ครั้ง/นาที, RR 34-40 ครั้ง/นาที, BP 120/60 mmHg

Physical examination:

HEENT: moderately pale, no jaundice

Heart: normal S1&S2, no murmur, neck vein engorged

Lungs: fine crepitation both lower lungs

Abdomen: soft, not tender, palpable liver 2 FB BRCM

Extremity: pitting edema 2+

Laboratory and investigation:

BUN 94.7, Cr 9.9 mg/dl, Hct 25 vol%, WBC 7,000 cell/mm3, Na 132, K 5.0, HCO3 15, Cl 90 meq/L

Chest film: Bilateral pleural effusion

EKG: Inverted T at V2-V4

Echo: EF 36%

Psycho-social assessment:

ผู้ป่วยอาชีพข้าราชการบำนาญครู มีบุตร 4 คน อาศัยอยู่กับบุตรสาวคนสุดท้อง เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นที่รักใคร่ของลูกหลาน การเจ็บป่วยที่ผ่านมาผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจหลักในการดูแลสุขภาพของตนเองมาตลอด ครั้งนี้มาด้วยเรื่องของ CHF จากการที่มีไตวายระยะสุดท้าย แพทย์ได้ให้ข้อมูลกับบุตรทั้ง 4 คน เกี่ยวกับการทำ dialysis ลูกทุกคนเห็นด้วยกับการทำ แต่เมื่อรับทราบ ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาและขอกลับไปดูแลประคับประคองที่บ้าน

Discussion Questions:

1. จากข้อมูลข้างต้น ผู้ป่วยรายนี้เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย palliative care หรือไม่ ?
2. ถ้าท่านคิดว่าใช่ มีเกณฑ์อะไรบ้างที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยรายนี้สมควรเข้ารับการดูแลแบบ palliative care
3. ท่านประเมินสมรรถนะทางกายของผู้ป่วยนี้อย่างไร ?
4. ท่านจะประเมินแบบ whole assessment ในผู้ป่วยรายนี้อย่างไร ?

Module1
Palliative care concept and assessment
ข้อสอบ MCQ 10 ข้อ

เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. โรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบ palliative care ที่พบมากที่สุดในประเทศไทยคือ
   ก. อุบัติเหตุ
   ข. โรคมะเร็งตับ
   ค. โรคไตวายระยะสุดท้าย
   ง. โรคหลอดเลือดและหัวใจ

เฉลย ง

2. ผู้ป่วยที่ควรรับเข้าโปรแกรมการดูแลแบบ palliative care คือ
   ก. ผู้ป่วยมะเร็งทุกราย
   ข. ผู้ป่วย CKD stage 5 ที่เลือกไม่ล้างไต
   ค. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น dementia
   ง. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดที่ควบคุมลำบาก

เฉลย ข

3. หลักการของการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care คือ
   ก. มุ่งหวังรักษาโรคให้หายขาด
   ข. ยืดเวลาระยะสุดท้ายให้นานที่สุด
   ค. ช่วยยุติชีวิตที่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน
   ง. คำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่

เฉลย ง

4. ข้อใดเป็นอุปสรรคที่น้อยที่สุดของการที่ผู้ป่วยระยะท้ายจะเข้าถึงการบริการ palliative care ในประเทศไทย
   ก. ความตระหนักของสังคม
   ข. การขาดองค์ความรู้
   ค. การขาดงบประมาณสนับสนุน
   ง. ความเชื่อของแพทย์ว่าเทคโลยีที่ทันสมัยจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

เฉลย ค

5. การพิจารณารักษาตัวโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะท้าย ข้อใดมีความสำคัญน้อยที่สุดที่ช่วยในการตัดสินใจ?
   ก. ค่าใช้จ่าย
   ข. Functional status ของผู้ป่วย
   ค. Reversibility ของโรค/ภาวะนั้นหรือผลลัพธ์ของการรักษา
   ง. เป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

เฉลย ก

6. Gold standard สำหรับการประเมินระดับความปวดคือ
   ก. Physiologic measure
   ข. Behavioral measure
   ค. Self-report
   จ. Nurse’s assessment

เฉลย ค

7. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามขณะนี้นอนติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ยังรู้สึกตัว สื่อสารและรับประทานอาหารได้บ้าง
   ข้อใดต่อไปนี้เป็น survival time ในผู้ป่วยรายนี้
   ก. ไม่กี่วัน
   ข. ไม่กี่สัปดาห์
   ค. ไม่เกิน 3 เดือน
   ง. ไม่เกิน 6 เดือน

เฉลย ข

8. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย นอนติดเตียงมา 3 สัปดาห์ ขณะนี้เริ่มกลืนไม่ได้ จิบน้ำแล้วสำลัก ซึม และมีพูดเพ้อเป็นบางครั้ง
   ข้อใดต่อไปนี้แสดงค่า Palliative Performance Score ในผู้ป่วยรายนี้
   ก. 70%
   ข. 50%
   ค. 30%
   ง. 10%

เฉลย ง

9. ข้อใดต่อไปนี้คือความหมายของ “ความต้องการด้านจิตวิญญาณ”
   ก. การสวดมนต์ทำสมาธิ
   ข. การทำพิธีกรรมตามความเชื่อ
   ค. ความสัมพันธ์และการมองเห็นคุณค่าของสิ่งต่างๆรอบตัวผู้ป่วย
   ง. ศาสนาที่ผู้ป่วยยึดมั่น

เฉลย ค

10. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม มี bone metastasis ที่ Rt femur ยังช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำงานบ้านได้ มาโรงพยาบาลด้วยมี pathologic fracture at the Rt femur
    ข้อใดต่อไปนี้เป็นแผนการดูแลที่เหมาะสมที่สุดในผู้ป่วยรายนี้
    ก. แนะนำให้ผ่าตัด
    ข. แนะนำให้รับการฉายรังสี
    ค. แนะนำให้รักษาทางเลือก
    ง. แนะนำให้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

เฉลย ก

พิมพ์ที่ : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 232/199 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
Tel. 0-4332-8589-91 Fax. 0-4332-8592 E-mail : klungpress@hotmail.com 2560 รหัส 02