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 7 Discharge Planning and Referral System and Home Care

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 7
Discharge Planning and Referral System and Home Care

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์
ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 7
Discharge Planning and Referral System and Home Care

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์
ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

Module 7 Discharge Planning and Referral System and Home Care

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

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 Karunruk Palliative Care Center

สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Training of the Trainers

in Palliative Care

Module 7

Discharge Planning and Referral System and Home Care

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Training of the Trainers
in Palliative Care

Module 7
Discharge Planning and Referral System and Home Care

ปาริชาติ เพียสุพรรณ์
ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

Training of the Trainers in Palliative Care

บรรณาธิการ รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ผศ.นภา หลิมรัตน์

ออกแบบปก อลงกรณ์ สุนทร

ออกแบบรูปเล่ม วรรณนิสา ลาภทวี

พิมพ์ที่ หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ขอนแก่น 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 เพราะจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ต้องการการบริการดังกล่าว สามารถได้รับการบริการเป็นอย่างดี

ชุดรายวิชาที่จัดทำขึ้นนี้ต้องการตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนดังกล่าวข้างต้น โดยใช้เป็นสื่อประกอบการอบรม “Training of the Trainers (TOT) in Palliative Care” ประกอบด้วยชุดรายวิชาย่อย 9 เรื่อง ซึ่งเป็นเนื้อหาโดยตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีสื่อการสอนพร้อมใช้คือ PowerPoint presentation ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมสามารถเลือกเนื้อหาเพื่อนำไปสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียนและบริบท นอกจากนี้ยังมีรายวิชาย่อยเรื่องพื้นฐานการสอน เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการสอน

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าชุดรายวิชานี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรมและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางและสื่อในการสอนได้เป็นอย่างดี เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และสามารถจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้าย

(แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล)

กุมภาพันธ์ 2560

ผู้นิพนธ์และรวบรวม

1. นางปาริชาติ เพียสุพรรณ์

การศึกษา :

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
- Certificate of Distance Education Course in Palliative Care Nursing, Flinders University, Australia.

การทำงาน/ตำแหน่ง

- แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์
- พยาบาลชำนาญการ ประจำศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

2. รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

การศึกษา :

- แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
- วุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์
- Certificate Pediatric Respiratory Medicine, Edinburge
- ประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์ สาขาโรคระบบหายใจ
- ประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์ สาขาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา
- Certificate in Palliative Care, Flinders University

การทำงาน/ตำแหน่ง :

- หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ (Palliative Care Center) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- Adjunct Associate Professor, Department of Pediatrics, Case Western Reserve University, USA.
- Committee : Child Health in Humanitarian Emergencies, International Pediatric Association
- นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
- Committee: Asia Pacific Hospice Palliative Care Network.

สารบัญ

Module 7 Discharge Planning, Referral System and Home Care 1
ภาพรวมรายวิชา 1
สาระสำคัญ 1
วัตถุประสงค์ 1
ขอบเขตรายวิชา 2
แผนการสอน Discharge Planning, Referral System and Home Care 3
สื่อการสอนพร้อมคำอธิบาย 6
Key References 56
บทความเรื่อง การวางแผนจำหน่าย ระบบส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน 57
กรณีศึกษา 84
ข้อสอบ 87

Module 7
Discharge Planning, Referral System and Home Care

ภาพรวมรายวิชา

รายวิชานี้เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ระบบติดตามและการส่งต่อความสำคัญและองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งบทบาทของทีมสุขภาพในกระบวนการเหล่านี้

สาระสำคัญ

- ข้อดี ข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน
- ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย
- องค์ประกอบที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน
- ระบบติดตามและส่งต่อผู้ป่วยระยะท้าย
- การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย
- ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

วัตถุประสงค์ ภายหลังจบรายวิชานี้ ผู้เข้าร่วมการอบรมสามารถ:

- บอกถึงข้อดี ข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้
- อธิบายขั้นตอนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายได้
- บอกถึงองค์ประกอบที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้ และบอกได้ว่าหน่วยงานของท่านมีข้อจำกัดด้านใดบ้าง
- อธิบายถึงระบบการติดตามและส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างต่อเนื่องตามบริบทข้อจำกัดและตามทรัพยากรที่มี
- บอกถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้
- อธิบายประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้

Module 7
Discharge Planning, Referral System and Home Care

ขอบเขตรายวิชา

1. ข้อดี ข้อเสียของการดูแลที่บ้าน
2. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย
3. ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย
4. องค์ประกอบที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
5. ระบบติดตามและส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน
6. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย
7. ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

Module 7
Discharge Planning, Referral System and Home Care
แผนการสอน

แผนการสอน Module 7: Discharge Planning, Referral System and Home Care
กลุ่มเป้าหมาย: PCWN ประจำโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ..... คน
ระยะเวลาในการสอน: 90 นาที
วัตถุประสงค์: เมื่อเสร็จสิ้นการเรียนการสอนผู้เรียนสามารถ

1. บอกถึงข้อดี ข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้
2. อธิบายขั้นตอนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายได้
3. อธิบายองค์ประกอบที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้ และบอกได้ว่าหน่วยงานของท่านมีทรัพยากรหรือข้อจำกัดอะไรบ้าง
4. บอกถึงระบบการติดตามและส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างต่อเนื่องตามบริบทของหน่วยงานท่านมีทรัพยากรหรือข้อจำกัดอะไรบ้าง
5. บอกถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้
6. อธิบายประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้

Objective	Content	Teacher role	Learning experience	Evaluation	Time
1. บอกถึงข้อดี ข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้	- ข้อดีของการดูแลที่บ้าน - ข้อเสียของการดูแลที่บ้าน	- สอน/บรรยาย โดยใช้ PowerPoint presentation	- สร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบถามตอบ	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ข้อสอบ MCQ 1 ข้อ	5 นาที
2. อธิบายขั้นตอนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายได้	- ขั้น 1 สื่อสารแผนดูแลล่วงหน้า - ขั้นที่ 2 เข้าถึงได้ตลอด 24 ชม. - ขั้นที่ 3 เอกสาร - ขั้นที่ 4 การดูแลหลังการส่งต่อ	- สอน/บรรยาย โดยใช้ PowerPoint presentation	- ให้ผู้เรียนเล่าประสบการณ์	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ข้อสอบ MCQ 2 ข้อ	10 นาที

Objective	Content	Teacher role	Learning experience	Evaluation	Time
3. อธิบายองค์ประกอบที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้ และบอกได้ว่าหน่วยงานของท่านมีข้อจำกัดด้านใดบ้าง	- การจัดการอาการ - การวางแผนจำหน่ายที่ดี - เข้าถึงการปรึกษาได้ 24 ชั่วโมง - มียาไปใช้ที่บ้านเพียงพอ - นำยาฉีดไปใช้ที่บ้านได้ - มีเครือข่ายการดูแล - มีอุปกรณ์จำเป็นไปใช้ที่บ้าน - มีผู้ดูแลที่บ้าน	- สอน/บรรยายโดยใช้ PowerPoint presentation	- ให้ผู้เรียนสรุปองค์ประกอบจำเป็นของหน่วยงานตนเองตามทรัพยากรที่มีและวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขและพัฒนา	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ข้อสอบ MCQ 2 ข้อ	10 นาที
4. บอกถึงระบบการติดตามและส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างต่อเนื่องตามบริบทและข้อจำกัดตามทรัพยากรที่มี	- ยกตัวอย่างระบบติดตามและส่งต่อของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์	- สอน/บรรยายโดยใช้ PowerPoint presentation	- ให้ผู้เรียนเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนแนวคิดการดูแล เสนอระบบที่เป็นไปได้ตามบริบทของตนเอง	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ข้อสอบ MCQ 1 ข้อ	10 นาที
5. บอกถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้	วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน - ก่อนการลงเยี่ยมบ้าน - ระหว่างการลงเยี่ยมบ้าน - หลังการลงเยี่ยมบ้าน	- สอน/บรรยายโดยใช้ PowerPoint presentation	- สร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบถามตอบ	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ข้อสอบ MCQ 2 ข้อ	25 นาที

Objective	Content	Teacher role	Learning experience	Evaluation	Time
6. อธิบายประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้	- การพยาบาล: การดูแลทั่วไป การดูแลช่องปาก ผิวหนัง ระบบขับถ่าย การจัดการความปวด การดูแลที่จำเพาะ และภาวะโภชนาการ - การบำบัดผสมผสานและการรักษาทางเลือก (complementary therapy) - ทีมให้การดูแลที่บ้าน (home care team) - OPD clinics/Day care - การสื่อสารและเตรียมแผนการดูแลที่อาจจะเกิดขึ้น	- สอน/บรรยาย โดยใช้ PowerPoint presentation	- สร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบถามตอบ - ให้ผู้เรียนเล่าประสบการณ์	- ตอบคำถามช่วงบรรยาย - ข้อสอบ MCQ 2 ข้อ	30 นาที

Discharge Planning & Referral System & Home Care

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
พว.ปาริชาติ เพียสุพรรณ์
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้อดีของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- บ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวคุ้นเคย เต็มไปด้วยความทรงจำ ความสุข ความรัก รู้สึกปลอดภัย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความต้องการ
- ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความเป็นส่วนตัว ไม่ต้องถูกจำกัดเวลาเยี่ยม
- ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล และให้การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณได้ดีกว่าทีมสุขภาพ
- สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการดูแลในรพ.

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ข้อดีของการดูแลที่บ้าน

- บ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เป็นสถานที่เต็มไปด้วยความทรงจำ ความสุข ความรัก ความรู้สึกปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถกำหนดกิจกรรมต่างๆได้ตามความต้องการ
- บ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ดูแลและครอบครัวคุ้นเคย สามารถกำหนดการดำเนินกิจกรรมต่างๆที่คุ้นเคยได้
- ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความเป็นส่วนตัว และไม่ต้องถูกจำกัดเวลาเยี่ยม
- มีครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสามารถให้การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณได้ดีกว่าทีมสุขภาพ
- การดูแลที่บ้านสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการดูแลในโรงพยาบาล

ข้อเสียของการดูแลที่บ้าน

- ต้องเตรียมการสถานที่ อาจไม่สะดวก เช่นสถานที่คับแคบ ขาดอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้
- จำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา ผู้ดูแลต้องมีความตั้งใจ เพราะเป็นงานที่หนักทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- ครอบครัวมักวิตกกังวลในเรื่องการจัดการอาการ หรือกรณีมีภาวะฉุกเฉิน ขาดความมั่นใจเนื่องจากไม่มีทีมสุขภาพดูแลตลอดเวลา

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ข้อเสียของการดูแลที่บ้าน

- ต้องมีการเตรียมการด้านสถานที่ ซึ่งในบางครอบครัวอาจไม่มีความสะดวก เช่นสถานที่คับแคบ อยู่ในคอนโดมีเนียมมีห้องขนาดเล็ก ขาดอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้
- จำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลาและถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้อาจต้องมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน หรือต้องผลัดกันดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพักผ่อน ผู้ดูแลต้องมีความตั้งใจที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นงานที่หนักทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- ครอบครัวมักวิตกกังวลในเรื่องการจัดการอาการ หรือกรณีมีภาวะฉุกเฉิน ขาดความมั่นใจเนื่องจากไม่ได้มีทีมสุขภาพดูแลตลอดเวลา

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย

- **ผู้ป่วยระยะท้าย PPS ≥ 40%**
  - สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างไร้รอยต่อ
  - กลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้เมื่อเกิดภาวะ palliative care emergency
- **ผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิต PPS < 40%**
  - ป้องกันการ re-admission
  - ให้สามารถเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ป่วยระยะท้าย PPS ≥ 40%

- มีเป้าหมายในการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างไร้รอยต่อ
- สามารถกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้เมื่อเกิดภาวะ palliative care emergency

ผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิต PPS < 40% (ผู้ป่วยติดเตียงต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งหมด เกือบตลอดเวลา)

- ดูแลเพื่อป้องกันการ re-admission
- จำหน่ายกลับบ้านให้สามารถเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย

- Benzar และคณะพบว่า ปัญหาที่ผู้ป่วย/ครอบครัววิตกกังวลเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่
  - การขาดข้อมูลเรื่องพยากรณ์โรคและการดำเนินโรค
  - ขาดความรู้เรื่องการจัดการอาการ
  - ขาดวิธีการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษร
  - แหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา
- แผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจและการดูแลที่บ้านราบรื่น

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Benzar E. J Pall Med 2011;14:65

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย

เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยให้การดูแลที่บ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น การศึกษาของ Benzar และคณะ พบว่าปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเมื่อต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดการได้รับข้อมูลเรื่องพยากรณ์โรคและการดำเนินโรค ความวิตกกังวลและการขาดความรู้เรื่องการจัดการอาการ ขาดการให้รายละเอียดวิธีการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษร และเมื่อมีปัญหาจะขอความช่วยเหลือจากใคร การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการไปดูแลที่บ้าน

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย

1. การสื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้า
2. การจัดการอาการและการเข้าถึงบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
3. เอกสาร
4. การดูแลหลังการส่งต่อ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างไร้รอยต่อ ป้องกัน re-admission และให้สามารถใช้ชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การสื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้า
2. การจัดการอาการและการเข้าถึงบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
3. เอกสาร
4. การดูแลหลังการส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 1
การสื่อสารและการวางแผนล่วงหน้า

- **การสื่อสารที่สำคัญ**
  - สภาวะโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา
  - แผนการจัดการอาการเมื่อเกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน รวมถึงในระยะใกล้เสียชีวิต
- Advance care plan
  - สถานที่อยู่ในระยะสุดท้าย/เสียชีวิต
  - การพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์
  - ผู้ที่ควรได้รับการสื่อสารให้ทราบทั่วกัน: ครอบครัวและทีมสุขภาพ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ก่อนการจำหน่ายจำเป็นต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสภาวะโรค พยากรณ์โรค มีการพูดคุยถึงแผนการจัดการอาการ รวมถึงอาการในระยะสุดท้ายที่อาจพบได้ และแผนการจัดการอาการในระยะสุดท้าย สถานที่อยู่ในระยะสุดท้าย/เสียชีวิต มีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกัน รวมถึงการทำ advance directives ถ้าผู้ป่วยต้องการ ควรมีการสื่อสารให้ทราบทั่วกันในระหว่างครอบครัว และสื่อสารให้ทีมสุขภาพทุกระดับทราบ

ขั้นตอนที่ 2 – การจัดการอาการ และการเข้าถึงบริการตลอด 24 ชั่วโมง

แพทย์

- การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ
- คาดการณ์อาการที่อาจเกิดในช่วงก่อนเสียชีวิต (anticipatory symptoms) พร้อมเตรียมแผนการดูแล
- สั่งยาให้เพียงพอตามระยะเวลาเสียชีวิตของผู้ป่วย

เภสัชกร

- ให้คำปรึกษาในเรื่องยาที่จำเป็นต้องใช้
- จัดหายาให้ผู้ป่วยมีใช้อย่างเพียงพอที่บ้าน
- ตรวจสอบความถูกต้องของยา ขนาดยา ความเข้ากันได้ โดยเฉพาะการให้ยาทางใต้ผิวหนัง

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ขั้นตอนที่ 2 – การจัดการอาการ และการเข้าถึงบริการตลอด 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนนี้จำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกัน โดยแต่ละวิชาชีพมีหน้าที่ดังนี้

แพทย์

- การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ และอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบแนวทางการดูแลและวิธีจัดการอาการ และการใช้ยาต่างๆ
- ประเมินอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ oxygen, nebulizer, syringe driver
- คาดคะเนชนิดและปริมาณยาที่ต้องจำเป็นต้องใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านควรมีการวางแผนการบริหารยา โดยเฉพาะวิธีการให้ยาในระยะที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ได้ เตรียมยาที่ใช้จัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งมักให้ทางใต้ผิวหนัง

เภสัชกร

- ตรวจสอบยา ความถูกต้อง ขนาดยาที่ใช้
- ถ้าใช้ continuous subcutaneous infusion ให้ตรวจสอบความเข้ากันของยา วิธีผสมยา ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถมียาใช้ได้พอเพียงระหว่างคอยเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน
- ประสานจัดยาที่จำเป็นต้องใช้ กรณีที่ต้องให้ต่อเนื่อง ประสานกับโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้มียาใช้อย่างเพียงพอ

คาดหมายอาการที่อาจจะเกิดขึ้นที่บ้าน และเตรียมแผนการดูแล

Symptoms	Drugs	Doses
• Pain & Dyspnea	- MO 10mg/ml	- 2 mg SC if required up to 6 times in 24 h.
• Agitation • Anxiety/panic	- Midazolam 5mg/ml - Ativan 0.5-1 mg/tab	- 2 mg SC if required up to 6 times in 24 h. - SL prn q 2-4 h
• Respiratory secretions	- Buscopan 20mg/ml - Atropine 0.4mg/ml - 1%Atropine eye drop	- 20 mg SC if required up to 6 times in 24 h. - 0.4 mg SC q 4 h. - 4 drops SL q 4 h.
• NV/ Terminal restlessness	- Haloperidol 5 mg/ml	- 2.5 mg SC prn.
• Urinary retention	• พิจารณาคาสายปัสสาวะไว้จนกว่าจะเสียชีวิต	

คาดหมายอาการที่อาจจะเกิดขึ้นที่บ้านและเตรียมแผนการดูแล

กรณีเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยจะเริ่มอ่อนล้าลง นอนมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยลง จนในที่สุดจิบได้เฉพาะน้ำ กลืนยาเม็ดไม่ได้ นำไปสู่การเกิดอาการไม่สุขสบายต่างๆตามมาดังนี้

1. Pain and dyspnea กรณีมียา MST สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ยาด้วยวิธีเหน็บทางทวารหนักได้ ในขนาดเดียวกับที่ใช้รับประทาน และใช้ MO syrup หยอดปากสำหรับ prn ถ้าสามารถจัดหายา MO injection ได้ ดูแลให้ 2 mg sc prn q 2-4 h ถ้าขอ prn ≥3 ครั้งต่อวัน ควรพิจารณาให้ต่อเนื่องโดยใช้เครื่อง syringe driver
2. Agitation/anxiety/panic attack จัดการอาการที่บ้านด้วยยา Ativan 0.5-1 mg/tab ถ้าใช้วิธีอมใต้ลิ้นจะออกฤทธิ์เร็ว 5-10 นาที ถ้ารับประทานจะออกฤทธิ์ช้ากว่าภายใน 30 นาที ถ้าสามารถจัดหายาฉีดได้ Midazolam (5mg/ml) 2 mg sc prn q 2-4 h ถ้าขอ prn ≥3 ครั้งต่อวัน ควรพิจารณาให้ต่อเนื่องโดยใช้เครื่อง syringe driver (ให้รวมกับ MO ได้)
3. Respiratory secretions ก่อนจำหน่ายควรเตรียมยากลับบ้านไปด้วย 1%Atropine eye drop 4 drops SL q 4 h. ถ้าสามารถจัดหายาฉีดได้ Atropine 0.4mg/ml ให้ในขนาด 0.4 mg SC q 4 h. หรือ Buscopan (20mg/ml) 20 mg SC up to 6 times in 24 h. หรือนำไปผสมรวมกับ MO ได้
4. N/V, Terminal restlessness: Haloperidol (5 mg/ml) ให้ในขนาด 2.5 mg SC prn. ถ้าขอ prn ≥3 ครั้งต่อวัน ควรพิจารณาให้ต่อเนื่องโดยใช้เครื่อง syringe driver
5. Urinary retention กรณีมีสายสวนปัสสาวะอยู่แล้ว พิจารณาคาสายปัสสาวะไว้จนกว่าจะเสียชีวิต กรณีไม่มีสายสวนปัสสาวะ และประเมินได้ว่าอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต อาจพิจารณาไม่ใส่สายสวนปัสสาวะ

ขั้นตอนที่ 2 – การจัดการอาการ และการเข้าถึงบริการตลอด 24 ชั่วโมง

พยาบาล

- เขียนข้อมูลเรื่องโรคและแผนการดูแลลงในสมุดประจำตัวและใบส่งต่อ
- จัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ให้ไปใช้ที่บ้าน
- ตรวจสอบว่าได้ยาครบ สอนวิธีการบริหารยา กรณีให้ยาใต้ผิวหนัง สอนการใช้เครื่อง syringe driver
- ประสานรถกลับบ้าน/ส่งต่อกับพยาบาลเครือข่าย
- ช่องทางการสื่อสารกับทีมสุขภาพ
- แจกแผ่นพับการปฏิบัติตัว

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

พยาบาล

- เขียนข้อมูลเรื่องโรคและแผนการดูแลลงในสมุดประจำตัวและในใบแบบฟอร์มการส่งต่อ
- จัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ให้ไปใช้ที่บ้าน
- ตรวจสอบว่าได้ยาครบ สอนวิธีการบริหารยา กรณีให้ยาใต้ผิวหนัง สอนการใช้เครื่อง syringe driver
- ประสานรถกลับบ้าน/ส่งต่อกับพยาบาลเครือข่าย
- แจ้งช่องทางการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉินทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ
- แจกแผ่นพับการปฏิบัติตัว 4 เรื่องได้แก่ ภาวะโภชนาการสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย การใช้ยามอร์ฟีน การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

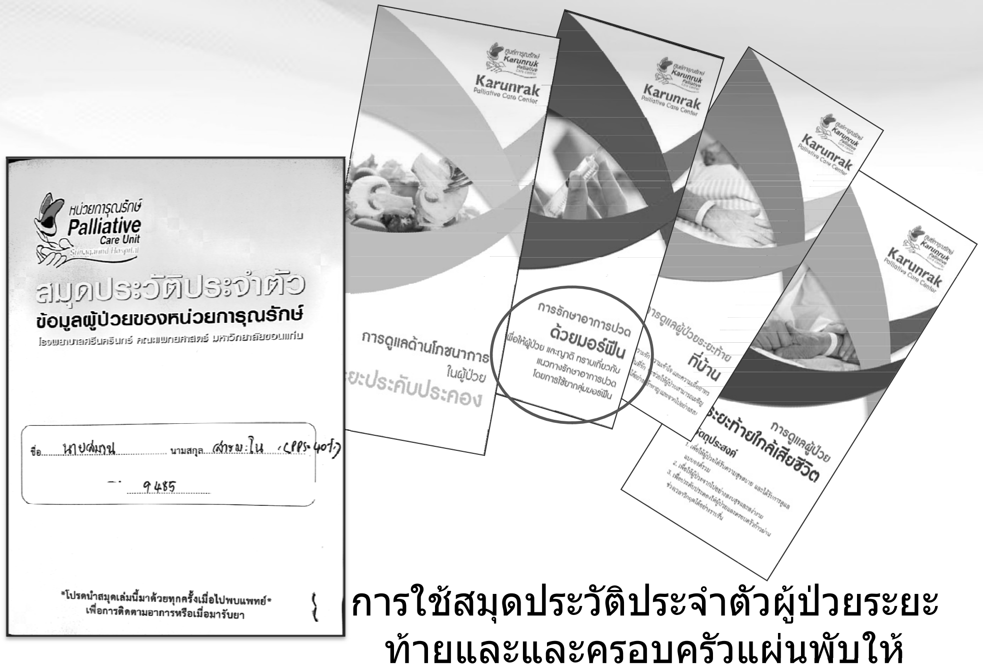
ขั้นตอนที่ 3 - เอกสาร

- สมุดประจำตัวผู้ป่วย
- แผนการดูแลอย่างละเอียด: อาการที่มีโอกาสเกิดขึ้นที่บ้านและในระยะใกล้เสียชีวิต
- Advance care plan/directive
- แผ่นพับให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว
- ใบส่งต่อเครือข่าย
- ตรวจสอบตาม discharge checklist

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

เอกสาร พยาบาลมีหน้าที่ดังนี้

- แบบฟอร์มใบส่งต่อเครือข่าย
- สมุดประจำตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วม แผนการรักษา แผนการดูแลอย่างละเอียด: อาการที่มีโอกาสเกิดขึ้นที่บ้านและในระยะใกล้เสียชีวิต แผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan/directive)
- Discharge checklist
- แจกแผ่นพับให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว



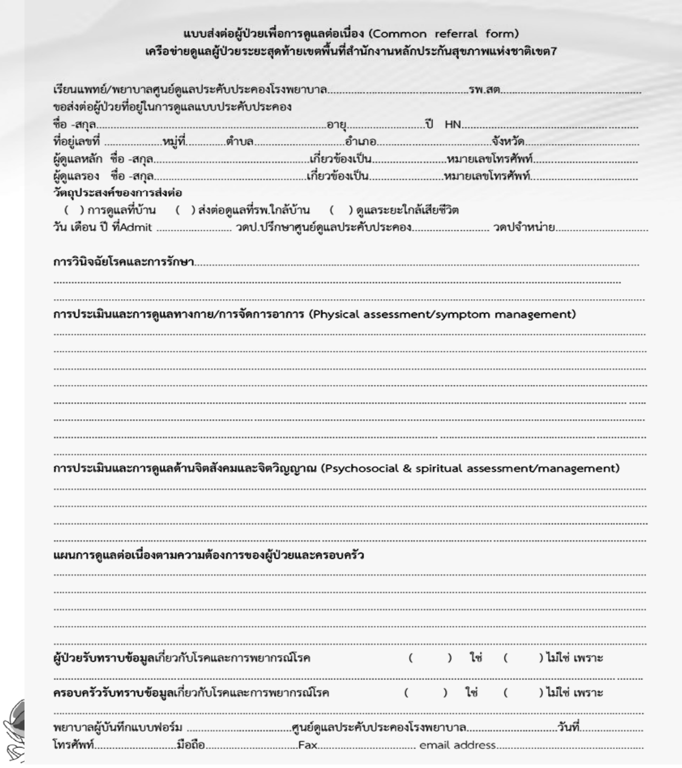
การใช้สมุดประวัติประจำตัวผู้ป่วยระยะท้ายและและครอบครัวแผ่นพับให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

สมุดประจำตัวของผู้ป่วยการุณรักษ์ ภายในสมุดประกอบด้วย

- ชื่อ สกุล ที่อยู่ เลขที่บัตรประชาชน ผู้ป่วยและเบอร์โทรศัพท์
- ชื่อ สกุล ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองพร้อมเบอร์โทรศัพท์
- ชื่อแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้จากศูนย์การุณรักษ์ พร้อมเบอร์โทรศัพท์
- ชื่อพยาบาลเครือข่ายใกล้บ้านที่ร่วมดูแล พร้อมเบอร์โทรศัพท์
- วัน เดือน ปี ที่ทีมการุณรักษ์ร่วมดูแล
- การวินิจฉัยโรค โรคร่วม และแผนการรักษา
- Advance care planning
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ
- รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ พร้อมรายละเอียดการรับประทานยา
- แบบบันทึกการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ
- แบบบันทึกอาการผิดปกติของผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล
- ตัวอย่างยาที่สำคัญ เพื่อใช้อธิบายผู้ป่วยและผู้ดูแล

แผ่นพับสำหรับทบทวนความรู้ความเข้าใจสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน 4 เรื่อง

- การดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- การรักษาอาการปวดและหายใจลำบากด้วยยามอร์ฟีน
- การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน
- การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิต



แบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (Common referral form)
เครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต7

เรียนแพทย์/พยาบาลศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาล..........รพ.สต..........
ขอส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคอง
ชื่อ -สกุล..........อายุ..........ปี HN..........
ที่อยู่เลขที่ ....หมู่ที่..........ตำบล..........อำเภอ..........จังหวัด..........
ผู้ดูแลหลัก ชื่อ -สกุล..........เกี่ยวข้องเป็น..........หมายเลขโทรศัพท์..........
ผู้ดูแลรอง ชื่อ -สกุล..........เกี่ยวข้องเป็น..........หมายเลขโทรศัพท์..........
วัตถุประสงค์ของการส่งต่อ
( ) การดูแลที่บ้าน ( ) ส่งต่อดูแลที่รพ.ใกล้บ้าน ( ) ดูแลระยะใกล้เสียชีวิต
วัน เดือน ปี ที่Admit .... วดป.ปรึกษาศูนย์ดูแลประคับประคอง.......... วดปจำหน่าย..........

การวินิจฉัยโรคและการรักษา..........

การประเมินและการดูแลทางกาย/การจัดการอาการ (Physical assessment/symptom management)
....

การประเมินและการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Psychosocial & spiritual assessment/management)
....

แผนการดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
....

ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ เพราะ
....
ครอบครัวรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ เพราะ
....
พยาบาลผู้บันทึกแบบฟอร์ม ....ศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาล..........วันที่..........
โทรศัพท์..........มือถือ..........Fax.......... email address..........

ใบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายให้เครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่องในเขตพื้นที่ เขต 7

ใบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายให้เครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่องในเขตพื้นที่ เขต 7

Palliative Care Discharge Checklist

Checklist	Yes	No	Comment
1. พูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัวถึงสภาวะโรค แผนการดูแล			
2. เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยและครอบครัว			
3. การจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน			
4. ประสานรถส่งต่อ			
5. จัดเตรียมยาและเบิกยาที่ต้องใช้ที่บ้าน			
6. ตรวจสอบความพร้อมของครอบครัว การใช้ยา			
7.เบอร์โทรศัพท์และช่องทางติดต่อของเครือข่ายที่ส่งต่อ			
8. สมุดประจำตัวผู้ป่วยและ advance directives			
9. ติดต่อเครือข่ายรับดูแลต่อ			
10.อธิบายช่องทางติดต่อทีมสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว			
11. ประสานการเยี่ยมบ้าน			

Palliative Care Center

ตารางช่วยในการตรวจสอบก่อนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายกลับบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 – หลังการส่งต่อ

- โทรศัพท์ติดตามสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว
- เป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายในการจัดการอาการที่บ้าน
- ประสานเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน
- จัดหายาให้ถ้าเครือข่ายมีไม่เพียงพอ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ขั้นตอนที่ 4 หลังการส่งต่อ

- โทรศัพท์ติดตามสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต โทรศัพท์ติดตามทุกวัน
- ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวในภาวะฉุกเฉิน ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- เป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายในการจัดการอาการที่บ้าน ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- ประสานเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน
- จัดดหายาให้ถ้าเครือข่ายมีไม่เพียงพอ

สรุปองค์ประกอบที่จำเป็น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

- การประเมินและการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ
- การวางแผนจำหน่ายที่ดี ช่วยเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลไปบ้านอย่างไร้รอยต่อ
- มีผู้ดูแล และได้รับการพัฒนาศักยภาพให้ดูแลผู้ป่วยได้
- เข้าถึงการปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- มีเครื่องอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน
- การสื่อสาร: ให้ความมั่นใจผู้ป่วยและครอบครัว/แผนการดูแลล่วงหน้า/ส่งต่อเครือข่ายใกล้บ้าน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

องค์ประกอบที่จำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

การให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้อย่างราบรื่นจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบต่างๆ ที่ช่วยให้สามารถดูแลที่บ้านได้ ที่สำคัญมีดังนี้

- การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอาการปวดและอาการหอบ ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ถ้าไม่สามารถจัดการอาการได้ดี ผู้ป่วยมักไม่ยินดีกลับบ้าน หรือกลับบ้านแล้วมักถูกนำกลับมาโรงพยาบาลใหม่
- การวางแผนการจำหน่ายอย่างดี เพื่อช่วยการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลที่โรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่บ้านอย่างไร้รอยต่อ
- การมีผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ให้สามารถประเมินและให้การบริบาลผู้ป่วยได้อย่างดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้สุขสบาย รวมถึงเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและเสริมพลังให้กับผู้ดูแล
- การเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอดเวลา ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันยังทำได้ยากในบางแห่ง เนื่องจากหน่วยงานส่วนใหญ่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบด้านนี้ทำงานประจำ และถึงแม้จะมีก็ไม่สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ถ้าสามารถทำได้ จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้
- การมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่ต้องใช้ที่บ้าน เช่น รถเข็น เตียงลม และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นที่ต้องใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver ซึ่งเป็นเครื่องปั๊มยาให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง

- การสื่อสาร การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าถึงแม้ตัวโรคจะไม่มีแนวทางรักษาต่อ แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพในแนวทางแบบประคับประคอง และจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลโรคและแนวทางการดูแล การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและทราบเป้าหมายการรักษา ซึ่งจะช่วยหลีกเลี่ยงการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพทุกระดับมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด การส่งต่อข้อมูลเรื่องโรคและแผนการดูแล ทีม palliative care ในโรงพยาบาลชุมชนควรสามารถเข้าถึงการปรึกษากับ palliative care specialist เพื่อช่วยให้คำแนะนำการจัดการอาการที่ซับซ้อนควบคุมลำบาก รวมถึงช่วยในการตัดสินใจในการทำหรือไม่ทำหัตถการหรือการรักษาชนิดต่างๆ

สรุปองค์ประกอบที่จำเป็น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

- มีเครือข่ายปฐมภูมิรองรับการส่งต่อและเยี่ยมบ้าน
- มีระบบเชื่อมโยงเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ทีม PC รพช. รพสต.สามารถเข้าถึงการปรึกษาทีม PC specialist แม่ข่ายได้
- มียาระงับปวดกลุ่ม opioids ที่เข้าถึงได้ง่าย
- ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์และค้นหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น อสม. อบต.
- กลับเข้ามารับการรักษาในรพ.ได้ถ้าจำเป็น

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

องค์ประกอบที่จำเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

- การมีเครือข่ายปฐมภูมิในชุมชนรองรับการส่งต่อและการเชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อช่วยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และนำบริการต่างๆไปให้ผู้ป่วย ไม่ใช่ให้ผู้ป่วยต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ระยะท้ายมากๆ มักมีอาการอ่อนล้า การเดินทางและมาคอยตรวจที่โรงพยาบาลจะสร้างความไม่สุขสบายและเป็นภาระ
- มีระบบเชื่อมโยงเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ทีม PC รพช. รพสต.สามารถเข้าถึงการปรึกษาทีม PC specialist แม่ข่ายได้
- การมียาระงับปวดกลุ่ม opioids ที่เข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงการที่สามารถเอายาฉีด morphine ออกไปให้ที่บ้าน เนื่องจากในระยะก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยมักไม่สามารถกลืนยาได้ จำเป็นต้องให้ยาเข้าใต้ผิวหนัง รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาจากมีภาวะการอุดตันของทางเดินอาหาร
- ประสานนักสังคมสงเคราะห์ร่วมดูแล และค้นหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น อสม. อบต.
- สามารถกลับเข้ามารับการรักษาในรพ.ได้ถ้าจำเป็น เช่น กรณีมีภาวะ palliative care emergency (severe pain, severe dyspnea, spinal cord compression, bleeding เป็นต้น)

การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายก่อนจำหน่าย

- สภาพโดยรวมและสมรรถนะ (PPS)
- อาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ปวด หายใจลำบาก ฯลฯ
- ตรวจสอบสายต่างๆ เช่น สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ PCN
- ประเมินการได้รับยา ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ยาตามความเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต หรือมีปัญหาลำไส้อุดตัน ให้ยาทางใต้ผิวหนัง

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การประเมินผู้ป่วย

- ประเมินสภาพโดยรวมและสมรรถนะ PPS เท่าไร
- อาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ปวด หายใจลำบาก ควรได้รับการจัดการให้อยู่ได้อย่างสบายก่อนจะให้กลับบ้าน
- ตรวจสอบสายสวนต่างๆ: สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ PCN ประเมินความจำเป็นในการคาสายระบายต่างๆกลับบ้าน และความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล
- ประเมินการได้รับยา ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้ยาตามความเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต หรือมีปัญหาลำไส้อุดตัน ให้ยาทางใต้ผิวหนัง

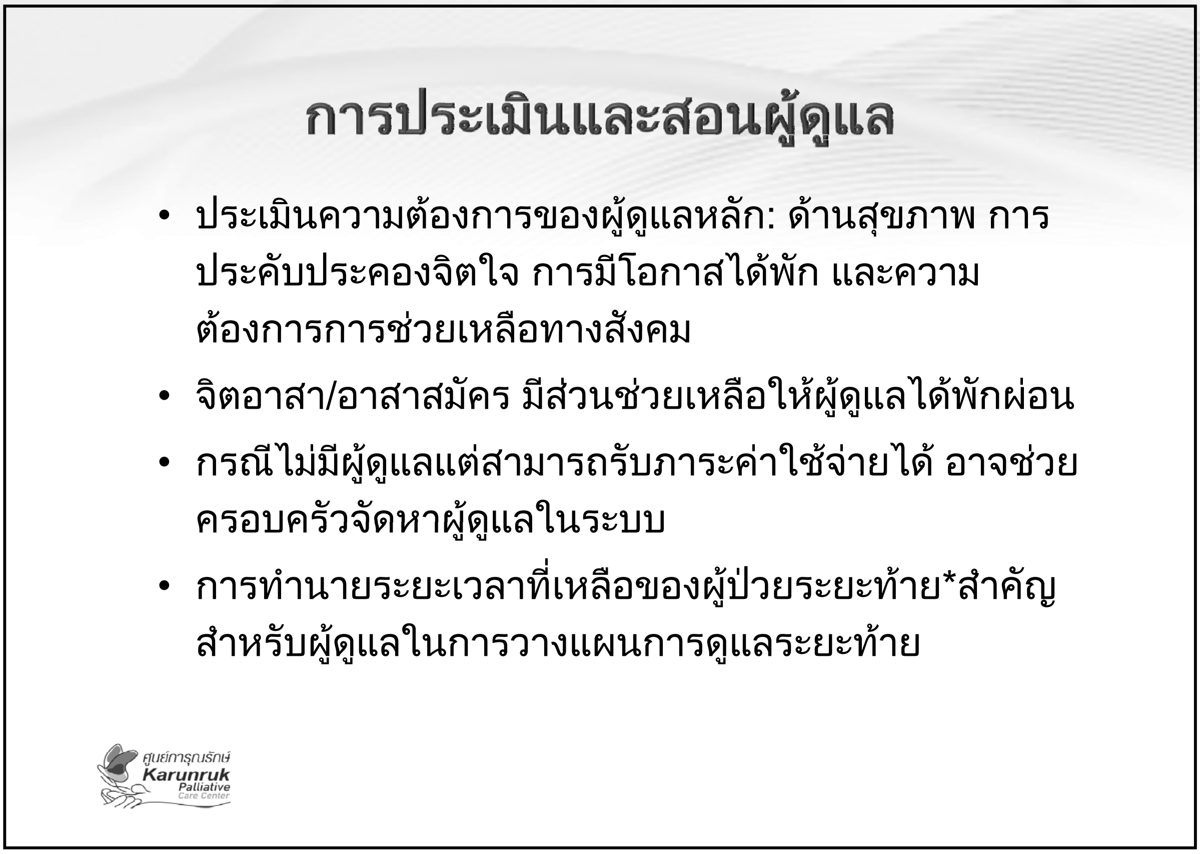
การประเมินและสอนผู้ดูแล

- พิจารณาว่าผู้ดูแลหลักเป็นใคร/มองหาผู้ดูแลรอง
- มีการแบ่งงานและมอบหมายหน้าที่ของแต่ละคนที่มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย
- ผู้ดูแลหลักควรเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้เกี่ยวกับโรค/พยากรณ์โรค แผนการรักษา ทบทวนเป้าหมายการดูแล สถานที่ดูแล และการปฏิเสธการพยุงชีพที่ไม่มีประโยชน์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะ
- เตรียมผู้ดูแลหลักให้พร้อมในการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย
- ให้ข้อมูล: วิธีการดูแล/การให้ยา เป็นลายลักษณ์อักษร

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การประเมินและสอนผู้ดูแล

- พิจารณาหรือมองหาว่าผู้ดูแลหลักเป็นใคร และควรมองหาผู้ดูแลรองไว้ด้วย
- มีการแบ่งงานและมอบหมายหน้าที่ของแต่ละคนที่มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย
- ผู้ดูแลหลักควรเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้เกี่ยวกับโรค/พยากรณ์โรค แผนการรักษา ทบทวนเป้าหมายการดูแล สถานที่ดูแล และการปฏิเสธการพยุงชีพที่ไม่มีประโยชน์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะ
- เตรียมผู้ดูแลหลักให้พร้อมในการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย โดยการสอนการดูแลทั่วไป เช่น การอาบน้ำเช็ดตัว การทำความสะอาดช่องปาก อวัยวะสืบพันธุ์ การเคลื่อนย้าย การพลิกตัว สอนการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ
- ให้ข้อมูลผู้ดูแล: วิธีการดูแลที่สำคัญต่างๆ การให้ยาเป็นเวลา การให้ยาเมื่อจำเป็น การบันทึกการให้ยาเป็นลายลักษณ์อักษร



การประเมินและสอนผู้ดูแล

- ประเมินความต้องการของผู้ดูแลหลัก: มีปัญหาด้านสุขภาพหรือไม่ การให้การประคับประคองจิตใจ การจัดสรรเวลาเพื่อให้มีโอกาสได้พัก และประเมินความต้องการการช่วยเหลือทางสังคม
- ประสานจัดหาจิตอาสา/อาสาสมัคร ให้มีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน
- กรณีไม่มีผู้ดูแลแต่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ ช่วยครอบครัวในการจัดหาผู้ดูแลในระบบ
- การช่วยทำนายระยะเวลาที่เหลือของผู้ป่วยระยะท้าย จากประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน มีความสำคัญสำหรับผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลระยะท้าย เช่น การลางาน การสลับกันในกลุ่มเครือญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การเข้าถึงการดูแล 24 ชั่วโมง

- เตรียมทีมและระบบที่พร้อมให้คำแนะนำปรึกษาให้ได้ตลอด 24 ชั่วโมงในภาวะฉุกเฉินที่บ้าน
- เป็นความท้าทายในการสร้างแนวปฏิบัติ และจัดช่องทางการสื่อสารให้คำปรึกษา
- ศูนย์การุณรักษ์มีพยาบาลเจ้าของไข้ให้คำปรึกษาในเวลาราชการ และจัดเวรนอกเวลาราชการ
- ใน รพ. บางแห่งที่มีพยาบาล PC ประจำคนเดียว นอกเวลาสามารถโทรปรึกษาได้ที่แผนกฉุกเฉิน
- เตรียมทีมสำหรับการเยี่ยมบ้านกรณีจำเป็น/ฉุกเฉิน: ระบุเวลาที่สามารถลงเยี่ยมได้ ข้อจำกัดต่างๆ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การเข้าถึงการดูแล 24 ชั่วโมง

- เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวว่าถ้ามีปัญหาอะไรผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงคำปรึกษาได้ตลอด โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉิน
- จากการที่ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ยังไม่มีผู้รับผิดชอบงานนี้เป็นหลักโดยตรง ระบบการรับปรึกษาจึงเป็นไปด้วยความลำบาก อย่างไรก็ตามหน่วยงานควรพยายามจัดระบบโดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มารองรับ แต่จำเป็นต้องมีการสร้างแนวปฏิบัติและจัดช่องทางการสื่อสาร แต่ละโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างกันตามทรัพยากรที่มี ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีระบบโทรปรึกษาพยาบาลหน่วยการุณรักษ์ที่เป็นเจ้าของไข้ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการพยาบาลหน่วยฯ จัดเวรผลัดกันรับโทรศัพท์สำหรับปรึกษาภาวะฉุกเฉิน
- โรงพยาบาลบางแห่งมีพยาบาลดูแลศูนย์ palliative care ประจำเพียงคนเดียว ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถโทรปรึกษาได้ในเวลาราชการ แต่นอกเวลาราชการผู้ป่วยและครอบครัวสามารถโทรเข้าปรึกษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งอาจต้องมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น และส่งผ่านข้อมูลมายังศูนย์ palliative care ในวันรุ่งขึ้น ในภาวะฉุกเฉินจริงๆ ผู้ป่วยควรมีสิทธิ์กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก
- การเตรียมเยี่ยมบ้าน เมื่อมีปัญหาฉุกเฉิน แต่ปัจจุบันยังมีข้อจำกัด สามารถเยี่ยมได้เฉพาะในเวลาราชการควรแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบไว้เบื้องต้นเสมอ

การส่งต่อเครือข่าย

- เครือข่ายต้องช่วยกันจัดระบบการดูแลและการเยี่ยมบ้าน
- ทีม PC ในโรงพยาบาลจังหวัด ทำหน้าที่ในการส่งต่อแผนการดูแลให้กับทีม รพ.ชุมชน และรพ.สต.
- ทีม PC specialist แม่ข่ายให้คำปรึกษา รพช. รพสต.ได้
- ควรผลักดันให้มีระบบการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ด้าน PC เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. อสม. หรือพระสงฆ์ เข้ามามีส่วนร่วมดูแล

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การส่งต่อเครือข่าย

- เครือข่ายต้องช่วยกันจัดระบบการดูแลและการเยี่ยมบ้าน
- เนื่องจากการดูแลแบบ palliative care ยังเป็นงานใหม่และยังไม่ได้รับการมอบหมายและจัดระบบอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลที่บ้านจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนมาร่วมในการดูแล และเครือข่ายทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางแห่งยังไม่มีองค์ความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงยังขาดการจัดระบบการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลแต่ละแห่งควรเริ่มมีการจัดระบบการดูแล และควรมีการจัดระบบเชื่อมโยงการดูแลระดับต่างๆ เข้าด้วยกัน มีการพัฒนาการส่งต่อข้อมูล
- ปัจจุบันสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ผลักดันให้มีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยประคับประคองขึ้น โดยให้มีโรงพยาบาลจังหวัดทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายและมีเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนเกิดขึ้น ซึ่งมีหลายจังหวัดที่สามารถพัฒนาเครือข่ายถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่ายมีหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลลูกข่าย
- ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ เข้ามามีส่วนร่วมดูแล

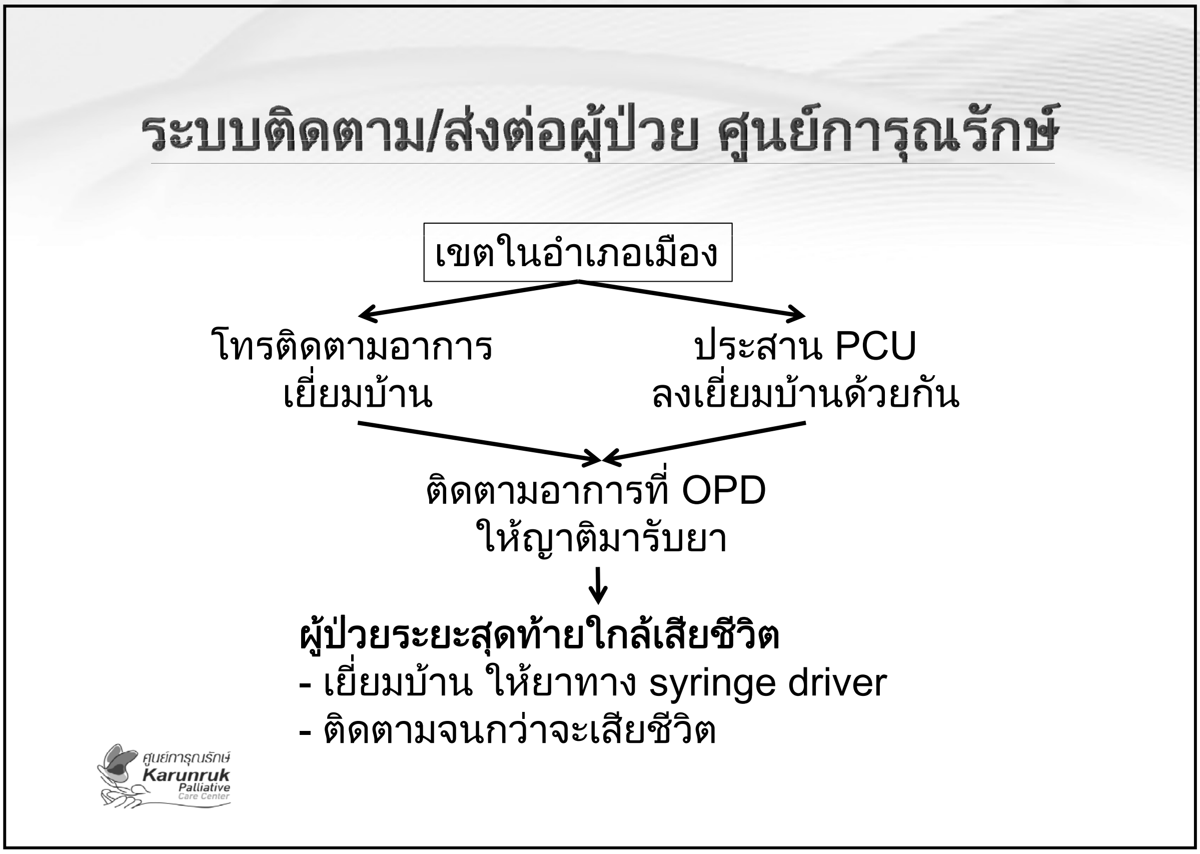
การเข้าถึงยาที่จำเป็นที่บ้าน

- รพ.ชุมชน ไม่มียา opioids บางชนิดและมีไม่เพียงพอ ผป.และครอบครัวจึงต้องเดินทางไปรับยาที่ รพ.ศูนย์และจังหวัด เสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง
- รพ. ที่มีทีม PC ควรมียาที่ผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องใช้
- ควรจัดระบบให้นำยาฉีดออกไปให้ที่บ้านได้ เพราะในระยะใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยมักไม่สามารถกลืนยาได้
- เขตสุขภาพบางแห่งมี node ในการยืมยาหรือเบิกยา opioids ภายในเครือข่าย

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การเข้าถึงยาที่จำเป็นที่บ้าน

ระบบการเข้าถึงยาระงับปวดโดยเฉพาะยาในกลุ่ม opioids เป็นสิ่งที่สำคัญ มีผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวจำนวนมากที่ต้องเดินทางไปรับยายังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากไม่สามารถรับยาดังกล่าวได้ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาในการเดินทาง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมียาที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายควรเป็นแหล่งสนับสนุนยาระงับปวดที่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถจัดหาได้ มีเครือข่ายบางแห่งใช้มาตรการจัดให้โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งทำหน้าที่เป็น node ในการให้ยืมยาหรือเบิกยา opioids สำหรับโรงพยาบาลในเครือข่าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่าย นอกจากนี้การจัดระบบให้สามารถนำยาฉีด morphine ออกไปใช้ได้ที่บ้านผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตจะไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหา gut obstruction ที่ไม่สามารถใช้ยาชนิดรับประทานได้ ควรดึงเภสัชเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบยา



ตัวอย่าง ระบบติดตาม/ส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กรณี ผู้ป่วยระยะท้ายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

1. พยาบาลการุณรักษ์ ประสานส่งต่อ primary care unit ในเขตเมืองให้รับทราบว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ และวางแผนลงเยี่ยมบ้านด้วยกัน
2. พยาบาลการุณรักษ์ โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ PPS 10-20% ติดตามเกือบทุกวัน PPS 30-40% ติดตามทุกสัปดาห์ PPS 50-60% ติดตามทุกเดือน, PPS 70-100 ติดตามทุก 2 เดือน
3. นัดติดตามการลุกลามของโรคที่ OPD palliative ทุกเดือน ถ้า PPS ลดลง นัดถี่กว่านั้น
4. ถ้ามีภาวะฉุกเฉิน เช่น ปวดหรือหอบมากขึ้น หรือกรณีผู้ดูแลและครอบครัวเผชิญปัญหาที่บ้านไม่ได้ หรือเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ลงเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่าย ในเวลาราชการ และแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวล่วงหน้าว่าทีมมีข้อจำกัดในการลงเยี่ยมบ้านนอกเวลาราชการ
5. กรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต พิจารณาปรับเปลี่ยนวิถีทางในการให้ยาทางใต้ผิวหนัง โดยใช้เครื่อง syringe driver จัดหายาฉีดให้มีเพียงพอใช้ที่บ้าน
6. ติดตามต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิตและติดตามหลังการสูญเสีย

ระบบติดตาม/ส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การุณรักษ์

นอกเขตอำเภอเมือง

- ส่งต่อข้อมูลให้รพช
- สอบถามเรื่องยาที่มี ถ้าไม่มียา → จัดส่งยาให้ผู้ป่วยทาง EMS
- ส่งใบ refer, care plan
- ให้ช่องทางการติดต่อเพื่อติดตามผู้ป่วย
- ให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการอาการ

-โทรประสาน รพ.สต. เยี่ยมบ้าน
- ส่งใบ refer, care plan
- ให้ช่องทางการติดต่อเพื่อติดตามผู้ป่วย
- ให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการอาการ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต
- ส่ง syringe driver และยาฉีดให้
- เครือข่ายช่วยผสมยาให้ทุกวัน

ตัวอย่าง ระบบติดตาม/ส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กรณี ผู้ป่วยระยะท้ายที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

1. พยาบาลการุณรักษ์ ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ให้รับทราบว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จะทำหน้าที่ในการช่วยเยี่ยมบ้านให้
2. ส่งต่อข้อมูลต่างๆ รวมถึงแผนการดูแล ให้เครือข่ายลงในแบบฟอร์มการส่งต่อ ใช้วิธีสื่อสารโดยการโทรศัพท์ Line หรือ E mail ตามความเหมาะสม
3. นัดติดตามการลุกลามของโรคที่ OPD palliative ของโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือถ้าครอบครัวสะดวกสามารถมาติดตามที่ OPD การุณรักษ์ทุกเดือน
4. พยาบาลการุณรักษ์ โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ PPS 10-20% ติดตามเกือบทุกวัน PPS 30-40% ติดตามทุกสัปดาห์ PPS 50-60% ติดตามทุกเดือน PPS 70-100% ติดตามทุก 2 เดือน
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอคำปรึกษาในการจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้านจากทั้งการุณรักษ์และจากเครือข่ายได้ตลอด 24 ชั่วโมง
6. ทีมการุณรักษ์ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ ทีม palliative care เครือข่าย
7. กรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต พิจารณาปรับเปลี่ยนวิถีทางในการให้ยาทางใต้ผิวหนัง โดยประสานพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลลงเยี่ยมบ้านให้ยาทาง SC โดยใช้เครื่อง syringe driver (กรณีไม่มีเครื่อง การุณรักษ์ ส่งเครื่องไปให้ทางไปรษณีย์หรือประสานให้ญาติมารับ) จัดหายาฉีดให้มีเพียงพอใช้ที่บ้าน โดยรับที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือถ้ามีไม่เพียงพอการุณรักษ์จัดหาให้ เก็บยาและซากยาไว้ที่บ้านผู้ป่วย หลังเสียชีวิต นำกลับมาคืนที่ศูนย์การุณรักษ์พร้อมคืนอุปกรณ์
8. ติดตามต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิตและติดตามหลังการสูญเสีย

Home Care
การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

การเยี่ยมบ้าน

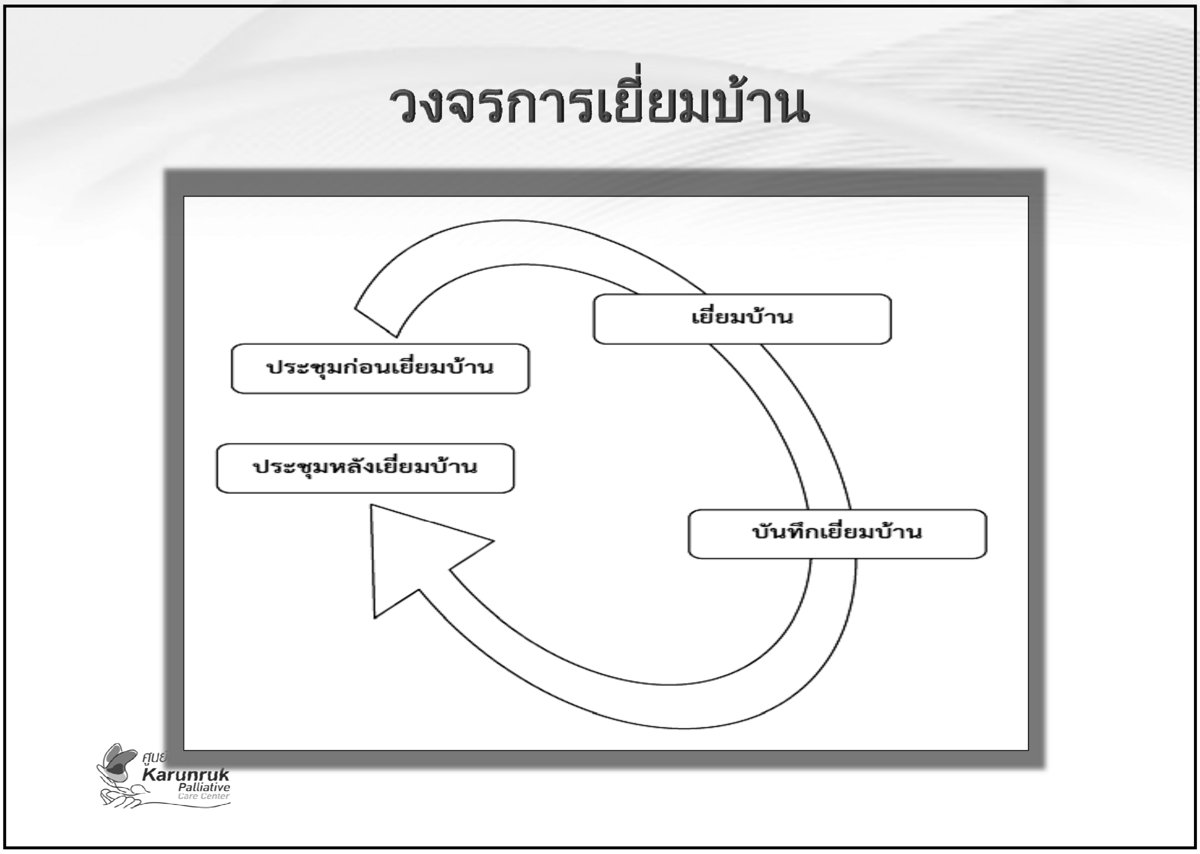
วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

- ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในบริบทที่เป็นจริง
- สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน
- ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาและการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน
- ค้นหาแหล่งประโยชน์ในบ้านและชุมชน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

- ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในบริบทที่เป็นจริงได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะมีประโยชน์มากในรายที่ผู้ป่วยปฏิเสธหรือดูเหมือนลังเลที่จะกลับบ้าน ทีมอาจได้ค้นพบปัญหาที่ซ่อนอยู่อันเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และอาจช่วยหาทางออกให้ผู้ป่วยได้
- เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกิดความไว้วางใจในระยะยาว เพราะหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ทีมยังต้องมีการติดตามอาการและภาวะโศกเศร้าของครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน เช่น กรณีที่มีอุปกรณ์ให้ยาทางใต้ผิวหนังที่บ้าน ทีมอาจต้องเข้าไปประเมินหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อเสริมความมั่นใจเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่อาการของผู้ป่วยไม่คงที่ ต้องมีการปรับยา หรือเติมยา หากญาติขาดทักษะหรือไม่ชำนาญอาจเกิดความไม่มั่นใจได้
- ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาและการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เช่น ครอบครัวที่อยู่กันหลายคน แต่มีผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ผู้ดูแลอาจเสี่ยงต่อภาวะเครียดจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (caregiver burnout) ทีมอาจมีบทบาทในการเข้าช่วยพูดคุยกับสมาชิกคนอื่นของครอบครัวหรือหาผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลในกรณีที่จำเป็น
- ค้นหาแหล่งประโยชน์ในบ้านและชุมชน เช่น ค้นหาผู้ดูแลรอง อุปกรณ์ภายในบ้านที่อาจดัดแปลงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทีม อสม. อบต. ที่ประสานเข้ามาช่วยเหลือ

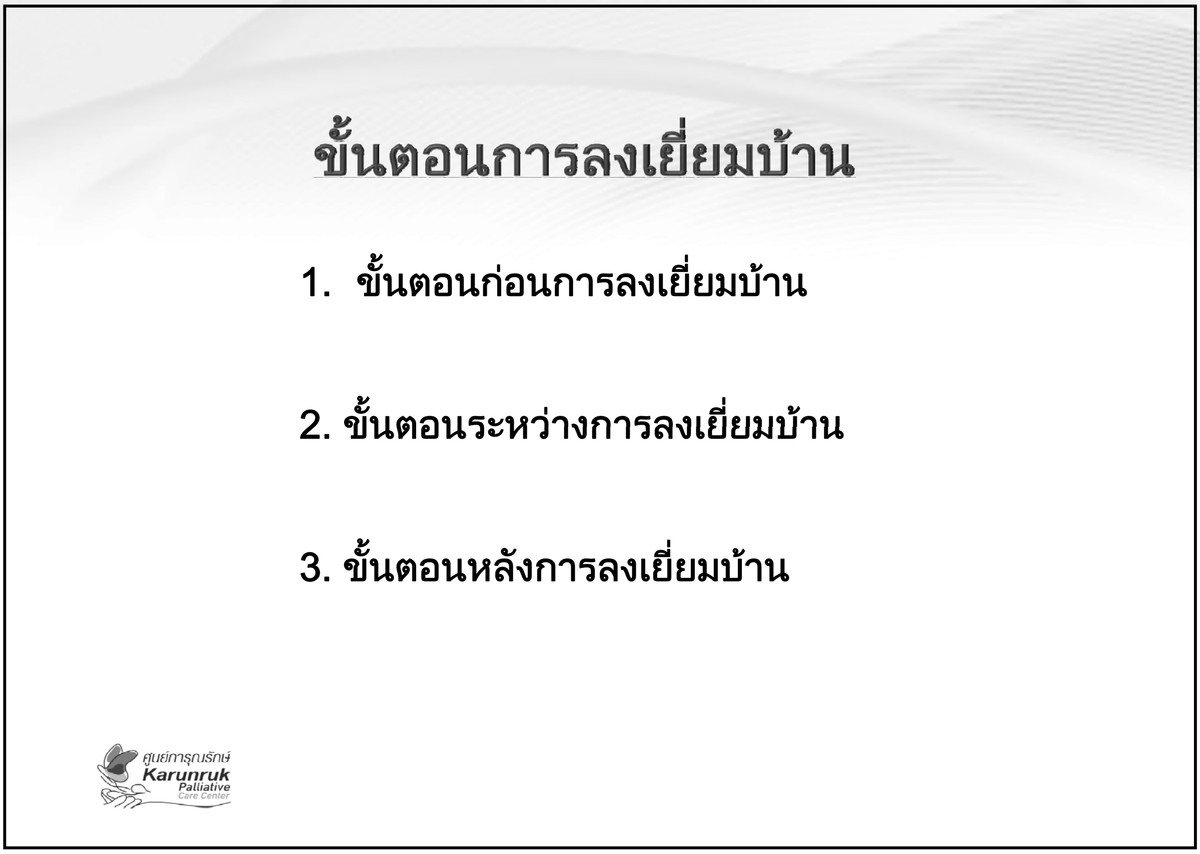


วงจรการเยี่ยมบ้าน 4 ขั้นตอน ดังนี้

- ประชุมก่อนการเยี่ยมบ้าน
- เยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การเตรียมตัวก่อนการเยี่ยมบ้าน ระหว่างการเยี่ยมบ้าน (ใช้หลักการ INHOME SSS) และหลังการเยี่ยมบ้าน
- บันทึกการเยี่ยมบ้าน
- ประชุมหลังการเยี่ยมบ้าน

การประชุมก่อนเยี่ยมบ้าน

มีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันส่งต่อข้อมูลอภิปรายปัญหาผู้ป่วยและทบทวนประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย โดยทั่วไปมักจะเป็นทีมสหสาขาในหน้าที่ หรืออาจมีทีมสหสาขา รพ.เครือข่ายเข้ามาร่วมด้วยถ้าผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน



ขั้นตอนการลงเยี่ยมบ้าน 3 ขั้นตอน ดังนี้

- ก่อนการลงเยี่ยมบ้าน
- ระหว่างการลงเยี่ยมบ้าน
- หลังการลงเยี่ยมบ้าน

การเตรียมตัวก่อนลงเยี่ยมบ้าน

- **ด้านข้อมูล**
  - สรุปประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาปัจจุบัน
  - แผนที่/เบอร์โทรศัพท์
- **ด้านบุคคล**
  - ตัวเราและทีม
  - ผู้ป่วยและญาติ
- **ด้านอุปกรณ์**
  - กระเป๋าเยี่ยมบ้าน
  - เอกสารต่างๆ เช่น แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การเตรียมก่อนลงเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยการเตรียมการทั้งในแง่ข้อมูล บุคคล และอุปกรณ์

- **ด้านข้อมูล**

  - ควรมีการศึกษาประวัติผู้ป่วย ทบทวนการรักษาที่ได้รับรวมถึงยาที่ต้องใช้และวิธีการบริหารยาที่ได้รับล่าสุด (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากทีมเยี่ยมบ้านยังไม่เคยพบผู้ป่วยมาก่อน) และคาดการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อเตรียมการรับมือเฉพาะหน้า เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว หรืออาจมีอาการใหม่ๆที่ญาติไม่เคยตระหนักมาก่อนเกิดขึ้นได้ หากไม่ได้คาดการณ์หรือเตรียมรับมือล่วงหน้า อาจทำให้เกิดความวุ่นวายระหว่างเยี่ยมบ้านได้
  - การเตรียมแผนที่ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยหรือญาติ

- **ด้านบุคคล**

  - เตรียมทีม พิจารณาว่าควรมีบุคลากรสาขาใดร่วมออกเยี่ยมบ้านบ้าง ทั้งนี้ขึ้นกับปัญหาและอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น เมื่อได้บุคลากรแล้ว หากเป็นไปได้ควรประชุมทีมร่วมกันก่อนเพื่อชี้แจงเป้าหมายและวัตถุประสงค์รวมถึงหน้าที่ของแต่ละคนให้เข้าใจตรงกัน
  - เตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการนัดหมายล่วงหน้า และอาจใช้โอกาสนี้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งปัญหาของญาติที่เกิดขึ้นใหม่ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาประกอบการวางแผนเยี่ยมบ้าน และถ้าเป็นไปได้ก่อนออกเดินทางควรแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีเวลาเตรียมตัวด้วย

- **ด้านอุปกรณ์**

  - กระเป๋าเยี่ยมบ้าน ในการจัดของใช้ลงในกระเป๋า ก่อนลงเยี่ยมบ้านควรโทรสอบถามถึงปัญหาของผู้ป่วยก่อน เพื่อมีอุปกรณ์เพียงพอในการช่วยจัดการปัญหาที่บ้านได้
  - เอกสารที่จำเป็น เช่น แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านใบสั่งยา แผ่นพับให้ความรู้ ใบส่งตัว ใบรับรองแพทย์ (ผู้ป่วยบางรายหรือบางพื้นที่ อาจจำเป็นต้องใช้เป็นหลักฐานประกอบในทางกฎหมาย กรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตและต้องการเสียชีวิตที่บ้าน) ใบแสดงเจตนาการรักษา (living will) ในกรณีที่ยังไม่เคยทำและมีการเปลี่ยนแปลง

กระเป๋าเยี่ยมบ้าน

อุปกรณ์ที่จำเป็น	ยาที่จำเป็นที่ใช้จัดการอาการที่บ้าน
• เครื่องวัดความดัน • หูฟัง • ไฟฉาย • ถุงมือ วาสลีน • ถุงพลาสติก ผ้าเช็ดมือ • อุปกรณ์ทำแผล • Alcohol • NSS/SWI • NG/Foley catheter • KY-jelly • Syringe disposable • Needle • Butterfly needle no.25 • Syringe driver	- MO inj.: บรรเทาอาการปวด/หอบเหนื่อย - Midazolam inj.: หอบเหนื่อย กระวนกระวายในระยะท้าย (terminal delirium) - Fentanyl inj.: ปวด/หอบเหนื่อยกรณีไตวาย/incident pain (อมใต้ลิ้น) - Lorazepam: อมใต้ลิ้น กรณีกลัวกังวล - Metoclopramide inj.: คลื่นไส้ อาเจียน - Atropine ED/inj.:ลดเสมหะระยะใกล้เสียชีวิต - Haloperidol: เพ้อ สับสน/คลื่นไส้ อาเจียน - Dexamethasone: SCC/Brain met. - Unison enema: ท้องผูกรุนแรง

กระเป๋าเยี่ยมบ้าน

- ควรมีอุปกรณ์จำเป็นพื้นฐาน และยาจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ เครื่องวัดความดัน หูฟัง ไฟฉาย ถุงมือ วาสลีน ถุงพลาสติก ผ้าเช็ดมือ อุปกรณ์ทำแผล Alcohol, NSS/SWI, NG/Foley catheter, KY-jelly, Syringe disposable, Needle, Butterfly needle no.25 และ Syringe driver

ยาที่จำเป็นที่ใช้จัดการอาการที่บ้าน

- Morphine injection : บรรเทาอาการปวดและหอบเหนื่อย
- Fentanyl injection : บรรเทาอาการปวดและหอบเหนื่อย (สำหรับรายที่มีปัญหาไตวายหรือสำหรับลด incident pain)
- Midazolam injection : เพื่อลดภาวะกระวนกระวาย ภาวะสับสนในระยะท้าย (terminal delirium)
- Lorazepam tablet : ใช้อมใต้ลิ้น เพื่อลดความกลัวกังวล และบรรเทาอาการเหนื่อย อาการกระวนกระวายในระยะท้าย
- Metoclopramide injection : บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน
- Atropine ED/injection : ลดเสมหะระยะใกล้เสียชีวิต
- Haloperidol injection : ลดได้ทั้งอาการคลื่นไส้อาเจียนและภาวะเพ้อ สับสน
- Dexamethasone: บรรเทาอาการ spinal cord compression, brain metastasis, complete gut obstruction, tumor edema เป็นต้น
- Unison enema: ท้องผูกรุนแรง

นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ที่อาจต้องพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นรายๆไป ได้แก่ อุปกรณ์เจาะ ระบายน้ำในท้อง/เจาะระบายน้ำในเยื่อหุ้มปอด (หากมีปัญหาascites / pleural effusion โดยผู้ป่วยยังไม่ได้เข้าสู่ระยะ dying) สายสวนปัสสาวะ/สายยางให้อาหาร (กรณีที่เคยใส่และต้องเปลี่ยนสาย โดยพิจารณาแล้วว่าการใส่ยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย) สายวัด (กรณีที่ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด venous thrombosis สูงหรือกำลังได้รับการรักษาอยู่ การวัดอาจเป็นประโยชน์ต่อการติดตามอาการ) syringe driver (หากผู้ป่วยยังไม่เคยใช้และเริ่มกลืนลำบาก)

ระหว่างลงเยี่ยมบ้าน

- ประเมินสมรรถนะ (PPS) ซักประวัติ ตรวจร่างกาย
- ประเมินอาการไม่สุขสบายต่างๆ จัดการปัญหาที่ตรวจพบทันที เช่น ปรับยาหรือการทำหัตถการที่จำเป็น
- ประเมินผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว
- ประชุมครอบครัว/ให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็น เช่น ข้อมูลเรื่องโรค พยากรณ์โรค แผนการดูแลจัดการอาการ
- เตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะถ้าประเมินได้ว่าอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

ระหว่างลงเยี่ยมบ้าน

- ประเมินสมรรถนะร่างกายผู้ป่วย (PPS) ว่าลดลงหรือไม่ ร่วมกับซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพิ่มเติม
- ประเมินอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาการคงเดิม หรือมีอาการอะไรเพิ่ม จัดการปัญหาที่ตรวจพบทันที เช่น ถ้าพบว่า ปากแห้งดูแล mouth care ถ้าพบว่าปวดมากขึ้นดูแลให้รับประทานยาลดปวดทันทีและปรับยาลดปวดให้ใหม่ ถ้ามีปัสสาวะคั่งค้างดูแลสวนปัสสาวะ ถ้าพบว่าท้องผูกรุนแรงดูแลสวนอุจจาระร่วมกับช่วยล้วงอุจจาระออกให้มากที่สุด เป็นต้น
- ประเมินผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายที่บ้านได้ดีหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไรในการดูแล พร้อมหาแนวทางในการช่วยเหลือ
- ประชุมครอบครัว/ให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็น เช่น ข้อมูลเรื่องโรค พยากรณ์โรค แผนการดูแลจัดการอาการต่างๆ ทบทวนเป้าหมายการดูแลหรือแผนการดูแลล่วงหน้า
- เตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะถ้าประเมินได้ว่าอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต มีประโยชน์กับครอบครัวมากเพราะเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากที่ควรใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้น ประสานให้คนอื่นๆ ที่อยู่ทางไกลได้มาดูแล วางแผนการลางานหรือวางแผนงานอื่นๆ

หลักการประเมินระหว่างลงเยี่ยมบ้าน ตามตัวย่อ INHOME SSS

I Immobility

N Nutrition

H Home environment

O Other people

M Medications

E Examination

S Safety

S Spiritual health

S Home health care services

Immobility
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการเคลื่อนไหว

กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

- อาบน้ำ
- แต่งตัว
- เข้าห้องน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- การกลั้นการขับถ่าย
- การรับประทานอาหาร

การดำรงชีวิต การทำกิจกรรมต่างๆ

- ออกนอกบ้าน
- จ่ายตลาด
- ทำอาหาร
- ทำความสะอาดบ้าน
- ซักเสื้อผ้า
- การรับประทานยา

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

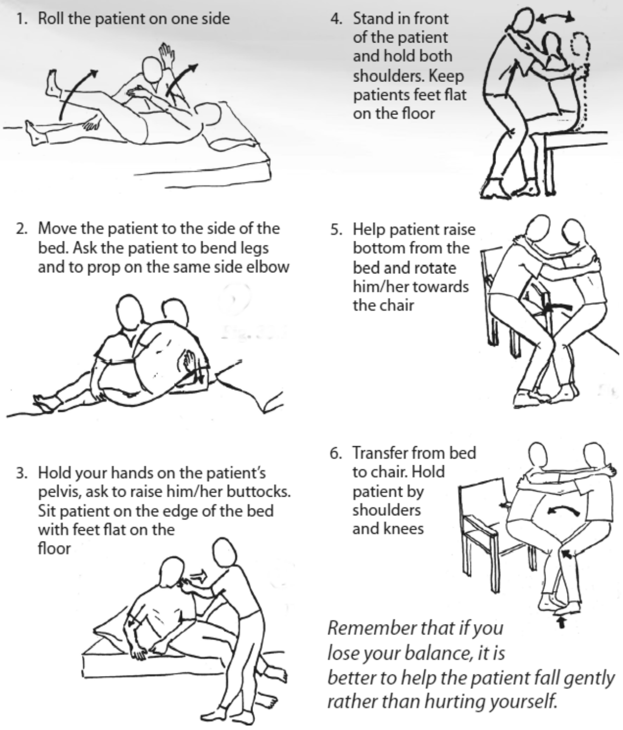
I -immobility

- ประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การกลั้นการขับถ่าย และการเคลื่อนย้าย
- การดำรงชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การออกนอกบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร ทำความสะอาด ซักเสื้อผ้า และการรับประทานยา
- การประเมินการเคลื่อนไหว ในผู้ป่วยระยะท้ายส่วนมากมักมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงมาก อาจประเมินคร่าวๆเพียงการเคลื่อนไหว ว่ายังสามารถเดินได้ หรือนั่งๆนอนๆอยู่บนเตียง หรือต้องนอนติดเตียงตลอด เพื่อใช้เป็นส่วนประกอบในการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและช่วยพยากรณ์ระยะเวลาได้
- สำหรับระยะที่ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงตลอด ประเมินแล้วว่าอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เหลือเวลาอยู่ในระดับวัน ควรแนะนำญาติไม่ต้องพลิกตัวถี่อีกต่อไป เนื่องจากระยะนี้ ไม่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับอีกต่อไป และการพลิกตัวมักเป็นการรบกวนผู้ป่วย อาจสร้างความเจ็บปวดมากกว่าปล่อยให้ผู้ป่วยนอนเฉยๆ

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

• ควรปฏิบัติโดยผู้ดูแลที่มีร่างกายแข็งแรง

• รู้หลักการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง



ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ได้แก่ การพาลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนย้ายจากที่นอนมานั่งเก้าอี้ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากจากเก้าอี้ไปห้องน้ำ เป็นต้น

- ควรปฏิบัติโดยผู้ดูแลที่มีร่างกายแข็งแรง
- รู้หลักการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง

Nutrition

- อาหารอะไรที่ผู้ป่วยชอบ แนะนำญาติให้จัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย ลดปริมาณอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อลงแต่เพิ่มจำนวนมื้อเพื่อลดอาการท้องอืดแน่นอึดอัด
- ชี้แจงให้ครอบครัวทราบถึงความจำเป็นที่ต้องให้ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาลดแก๊สในลำไส้ ยาทาแผลในปากหรือยาอมรักษาเชื้อราในช่องปาก

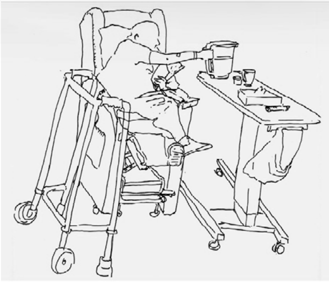
ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

N -nutrition

- สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย จะเน้นการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ความสามารถในการกลืน/รับประทานอาหารของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ปัญหาที่พบได้บ่อยคือผู้ป่วยรับประทานได้น้อย ซึ่งมักสร้างความกังวลแก่ผู้ดูแลมาก
- ควรประเมินสาเหตุที่แก้ไขได้ก่อน เช่น อยู่ในภาวะปวด มีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีเชื้อราในช่องปาก/ปากแห้ง มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย เป็นต้น
- ชี้แจงให้ครอบครัวทราบถึงความจำเป็นที่ต้องให้ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาลดแก๊สในลำไส้ ยาทาแผลในปากหรือยาอมรักษาเชื้อราในช่องปาก
- หากไม่พบเหตุที่แก้ไขได้ จึงค่อยประเมินความเหมาะสมของการใส่สายยางให้อาหาร โดยดูตามสภาพร่างกายผู้ป่วยและระยะเวลาที่เหลืออยู่เป็นสำคัญ (ซึ่งโดยมากมักไม่มีความจำเป็นต้องใส่) และเมื่อประเมินแล้วอาจถือโอกาสแนะนำเกี่ยวกับการให้อาหารและสารน้ำสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแก่ญาติ/ผู้ดูแลไปด้วยในตัว
- ประเด็นสำคัญคือเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจว่า ความต้องการอาหารและสารน้ำสำหรับผู้ป่วยระยะนี้ย่อมลดลงเรื่อยๆตามตัวโรคที่ดำเนินไป
- ไม่มีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องพยายามคะยั้นคะยอให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือทานอาหารมากๆอีกต่อไป เนื่องจากอาจเป็นการเพิ่มความทรมานทางกาย เช่น ตัวบวม ท้องอืด ให้ผู้ป่วยมากกว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่นหรือหายจากโรคได้อย่างที่คนทั่วไปมักเข้าใจกัน ซึ่งระยะนี้ ผู้ดูแลอาจเปลี่ยนความสนใจมาดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยแทนการพยายามป้อนข้าวป้อนน้ำอย่างที่เคยทำ
- ดูแลจัดหาอาหารอะไรที่ผู้ป่วยชอบ แนะนำญาติให้จัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย ลดปริมาณอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อลง แต่เพิ่มจำนวนมื้อเพื่อลดอาการท้องอืดแน่นอึดอัด

Home Environment

- จัดที่ให้เป็นสัดส่วน
- มีของใช้จำเป็นวางข้างเตียง
- เตียงมีราวจับเพื่อให้ใช้เหนี่ยวตัว
- มีเครื่องผ่อนแรง รถเข็น ไม้เท้า
- ตำแหน่งของห้องน้ำ/ใช้เก้าอี้นั่งถ่าย
- การมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับครอบครัว เพื่อนบ้าน
- เข้าถึงบริการในชุมชนได้



ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

H -home environment

- ประเมินสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ทีมอาจต้องให้ความสำคัญต่อประเด็นนี้มากในกรณีที่ผู้ป่วยยังพอช่วยเหลือตัวเองได้ อาจต้องประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวอันทำได้จำกัดของผู้ป่วยระยะท้าย และต้องประเมินความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมนั้นๆ ให้เอื้อต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่เหลือและสภาพร่างกายของผู้ป่วยร่วมด้วย
- จัดที่ให้เป็นสัดส่วน
- มีของใช้จำเป็นวางข้างเตียง
- เตียงมีราวจับเพื่อให้ใช้เหนี่ยวตัว
- มีเครื่องผ่อนแรง รถเข็น ไม้เท้า
- ตำแหน่งของห้องน้ำ/ใช้เก้าอี้นั่งถ่าย
- สำหรับกรณีที่ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยเหลือเวลาไม่มาก ถึงแม้เราอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับการรักษาภาวะติดเชื้อมากนัก แต่ความสะอาดของบริเวณที่ผู้ป่วยอาศัย ก็ยังเป็นประเด็นสำคัญ เพราะสภาพแวดล้อมที่สะอาด อากาศถ่ายเทได้ดี ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย
- นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงการมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับครอบครัว เพื่อนบ้าน และเข้าถึงบริการในชุมชนได้

Other People

- สมาชิกในครอบครัว
- การช่วยเหลือทางสังคม
- องค์กร/หน่วยงานที่มาช่วยเหลือ
- การเข้าถึงความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

O -other people

- เป็นการประเมินสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ใครเป็นผู้ดูแลหลัก ใครมีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้แล้ว และประเมินความถนัดของแต่ละคน ซึ่งอาจช่วยให้ทีมสามารถวางแผนการรักษาได้ง่ายขึ้น เช่น หากผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข อาจมีบทบาทอย่างมากที่จะทำให้การให้ยา ปรับการรักษาเป็นไปได้ง่ายขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลกันเองมากกว่าครอบครัวทั่วไป ทำให้ทีมอาจไม่ต้องลงเยี่ยมบ้านถี่นัก
- ประเมินจำนวนสมาชิกที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย ในผู้ป่วยระยะท้าย มักต้องพึ่งผู้ดูแลในทุกๆเรื่อง และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมาก หากทั้งครอบครัวมีผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่เพียงคนเดียว อาจเกิดภาวะความเครียดในผู้ดูแลได้สูง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยได้
- ประเมินการช่วยเหลือทางสังคม องค์กร/หน่วยงานที่มาช่วยเหลือ รวมถึงการเข้าถึงความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน

Medications

- ยาที่ผู้ป่วยใช้ จำนวน ชนิด ขนาดยา
- วิธีการใช้ยา
- ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา
- เอายาที่ไม่จำเป็นออก
- การรักษาทางเลือกที่ผู้ป่วยใช้อยู่

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

M -medication

- ประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ จำนวน ชนิด ขนาดยา เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละรายมักมีอาการผิดปกติของร่างกายหลายระบบ จึงต้องอาศัยทีมแพทย์เฉพาะทางเข้ามาร่วมดูแลหลายสาขา แพทย์แต่ละสาขามักจะให้ยาในส่วนของตน ซึ่งบางครั้งอาจซ้ำกันหรืออาจมีผลข้างเคียงเมื่อใช้ร่วมกัน
- เมื่อลงเยี่ยมบ้าน ต้องตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยรับประทานจริงด้วยทุกครั้ง เพื่อดูว่ารับประทานถูกต้องครบถ้วน หรือมีปัญหาจากการทานยาหรือไม่ ที่สำคัญควรพิจารณาหยุดยาที่ไม่จำเป็น ได้แก่ วิตามิน อาหารเสริม ยาที่ใช้รักษาภาวะแทรกซ้อนหรือป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาละลายลิ่มเลือด ยาลดกรด ยาลดระดับน้ำตาล เป็นต้น
- ยาที่จำเป็น เช่น ยาลดอาการปวด คลื่นไส้อาเจียน ยังรับประทานสม่ำเสมอหรือไม่
- เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาได้แล้ว ควรต้องพิจารณาปรับวิธีการบริหารยา หรือผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดใต้ผิวหนังอยู่แล้ว ก็ต้องดูว่าญาติสามารถใช้อุปกรณ์ได้ถูกต้องหรือไม่ มีปัญหาอะไรบ้าง และยาที่ได้สามารถบรรเทาอาการได้ดีแล้วหรือยัง ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับการรักษาต่อไป โดยควรยืนยันกับผู้ดูแลว่ายา opioids ที่ให้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจหรือเร่งให้ผู้ป่วยจากไปเร็วขึ้น
- ช่วยประเมินการรักษาทางเลือกที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ถ้าประเมินพบว่าเป็นสมุนไพรไม่เป็นอันตรายอะไร แนะนำให้ต่อได้ แต่ถ้าไม่แน่ชัดควรให้ข้อมูลตรงจริง แจ้งข้อดี ข้อเสีย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกตัดสินใจในการรับประทานต่อหรือพิจารณายุติการรับประทาน

ตารางบันทึกการให้ยาที่บ้าน

ชื่อยา	ขนาด	เหตุผลที่ให้	เวลาที่ให้	23 ก.ค. เสาร์	24 ก.ค. อาทิตย์	25 ก.ค. จันทร์	26 ก.ค. อังคาร	27 ก.ค. พุธ	28 ก.ค. พฤหัส	29 ก.ค. ศุกร์
MST	30 มก.	"บรรเทาอาการปวด, ยาจะค่อยๆ ออกฤทธิ์ควบคุมอาการปวดได้ 12 ชม."	08.00 น.	✔	✔	✔	✔	✔		
			22.00 น.	✔	✔	✔	✔			
มอร์ฟีนแบบฉีด 5 มก./ 1 มล.	2-5 มล. ตามต้องการ ทุก 4 ชม.	"สำหรับ ""break-through"" pain เริ่มฉีด 2 มล. ก่อน ถ้าไม่พอค่อยๆ เพิ่มปริมาณขึ้นในครั้งต่อไป"								
			บันทึก			2 มล. 14.00		3 มล. 11.00 น.		
			จำนวนและ	2 มล. 18.00						
			เวลาที่ให้				2 มล. 12.00 น.			
Metoclopramide ("MAXOLON")	10 มก. 1 เม็ด ก่อนอาหาร	แก้อาการคลื่นไส้ รับประทาน 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ครึ่งชม. ก่อนอาหาร	07.00 น.	✔	✔	✔	✔	✔		
			11.30 น.	✔	✔	✔	✔			
			18.00 น.	✔	✔	✔	✔			
Lactulose syrupe	20 มล. วันละ 2 ครั้ง	บรรเทาอาการท้องผูก ทำให้อุจจาระนิ่ม อาจเพิ่มเป็นวันละ 3 ครั้ง	08.00 น.	✔	✔	✔	✔			
			20.00 น.	✔	✔	✔	✔			

Palliative Care Center

ตารางในการบันทึกยาที่บ้าน

- ในการบันทึกรายการยา ควรใช้ภาษาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ โดยควรมีรายละเอียดชนิดยา ลักษณะเม็ดยา ขนาดยา ระบุเวลาในการให้ยาที่ชัดเจน ระบุด้วยว่ายาช่วยบรรเทาอาการอะไร
- ยาชนิดใดที่สามารถให้ได้เพิ่มอีกเมื่อมีอาการระหว่างวัน
- สอนวิธีการจดบันทึกอาการผิดปกติ และบันทึกจำนวนครั้งและเวลาที่ให้ยาระหว่างวัน
- ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถโทรปรึกษาได้เมื่อมีปัญหาการบริหารยาหรือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

Examination

- Vital Signs & Pain Score
- การตรวจร่างกาย
  - ภาวะโภชนาการ
  - oral hygiene
  - การรับประทาน การกลืน
  - pressure ulcers
  - การตรวจตามระบบอื่นๆ
- ประเมินสมรรถนะ PPS

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

E - examination

- ประเมินสมรรถนะ PPS สัญญาณชีพ และระดับความปวด
- การซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย พยายามหาสาเหตุและแก้ไขเหตุที่แก้ได้ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องหลีกเลี่ยงหัตถการหรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สร้างความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยโดยที่ไม่เกิดประโยชน์ในแง่ของการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายผู้ป่วย เป้าหมายและความคาดหวังในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย
- การตรวจร่างกายเพื่อประเมินสุขอนามัยโดยทั่วไป อันประกอบด้วย ความสะอาดของช่องปาก รูทวารต่างๆ โดยเฉพาะกรณีที่ต้องใส่สายยางใดๆก็ตาม ความสะอาดของเนื้อตัว/แผลกดทับ ล้วนมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย หากผู้ป่วยอยู่ในสภาพสะอาดสะอ้าน ย่อมเกิดความรู้สึกสุขสบายลดความทุกข์ทรมานไปได้มาก

Safety

- ความสะดวกสบาย
- ความปลอดภัยในบ้าน
- ห้องน้ำ
- การป้องกันการล้ม
- เบอร์โทรติดต่อทีมสุขภาพ
- เบอร์โทรฉุกเฉิน
- ความปลอดภัยของอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ เช่น ออกซิเจน

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

S-safety

- ประเมินความสะดวกสบาย ความปลอดภัยในบ้าน การเข้าห้องน้ำ ซึ่งอาจมีความสำคัญในกรณีที่ผู้ป่วยยังพอเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้
- ประเมินความปลอดภัยของอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ เช่น ออกซิเจน
- หากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวต้องนอนบนเตียง และมีภาวะสับสน อาจต้องประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหรือการตกเตียงด้วย
- การประเมินความปลอดภัยยังรวมไปถึงช่องทางการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินด้วย ควรมีเบอร์โทรติดต่อทีมสุขภาพ เบอร์โทรฉุกเฉิน

Spiritual Health
สุขภาพทางจิตวิญญาณ

- ความรักความอบอุ่นในครอบครัว
- ความเชื่อทางศาสนา
- ที่พึ่งพิงทางใจ
- การเตรียมตัวเผชิญความตาย
- การประกอบพิธีกรรม

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

S- spiritual health

- ประเมินได้จากความรักความอบอุ่นในครอบครัว
- การสังเกตรูป/สัญลักษณ์ทางศาสนาในบ้านผู้ป่วยร่วมกับการซักถามเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งที่มีความสำคัญทางใจต่อผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ผู้ป่วยและญาติมองเห็นความเปลี่ยนแปลงชัดเจน อาจเกิดความกังวลและกลัว
- ทีมสุขภาพโดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ อาจมีบทบาทอย่างมากในการช่วยหาสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวบรรเทาความกังวล รู้สึกสบายใจมากขึ้น ช่วยเตรียมตัวในการเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึง เช่น ในครอบครัวที่นับถือพุทธศาสนา การทำบุญ ขออโหสิกรรม อาจช่วยปลดเปลื้องความทุกข์ใจ รู้สึกมีที่ยึดเหนี่ยว หรือช่วยละคลายสิ่งที่ยังติดค้างให้ผู้ป่วยและญาติได้

Services
การบริการในชุมชน

- ทีม PC
  - รพช
  - รพสต/PCU
- อสม.
- อบต.
- องค์กรการกุศลต่างๆ
- อาสาสมัคร

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

S – service/social support

- ประเมินว่ามีองค์กรหรือแหล่งใดบ้างที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ มีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว
- ประเมินมีปัญหาทางเศรษฐกิจ การคมนาคมลำบาก อาจต้องพึ่งพาสถานีอนามัย อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม) ผู้นำชุมชน องค์กรการกุศลต่างๆ เพื่อเป็นคนประสานให้ความช่วยเหลือ
- เมื่อทีมพบแหล่ง/เครือข่ายให้ความช่วยเหลือแล้ว ควรต้องมีการสื่อสารข้อมูลให้เครือข่ายเข้าใจตรงกัน เพื่อเข้าร่วมดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

หลังการลงเยี่ยมบ้าน

- สรุปผล/ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน
- ประชุมทีมโดยนำข้อมูลที่ได้นำมาวางแผนร่วมกัน
- ประชุมครอบครัวเพื่อสื่อสารแผนการดูแล
- บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน/แผนการรักษาที่เปลี่ยนแปลง
- ดำเนินการในส่วนที่ต้องทำในโรงพยาบาล
- กำหนดวันนัดหมาย
- ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ สม่ำเสมอ

ศูนย์การุณรักษ์ Karunruk Palliative Care Center

Doyle & Jeffrey. Palliative care in the home. (2007)

ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

- สรุปผลการเยี่ยมบ้านหลังจากที่ทีมสุขภาพได้ร่วมกันประเมินผู้ป่วย ครอบครัว สภาพแวดล้อม ของผู้ป่วย
- ควรมีการประชุมหารือร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทุกแง่มุม เนื่องจากในทีมสหสาขาวิชาชีพ ย่อมมีมุมมองที่ละเอียดแตกต่างกัน เช่น แพทย์ย่อมได้ข้อมูลละเอียดในแง่ของตัวโรค อาการต่างๆที่รบกวนผู้ป่วย พยาบาลย่อมมีรายละเอียดในแง่ของวิธีการดูแล วิธีให้ยาหรือการพยาบาลจากญาติผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ย่อมมีข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เป็นต้น การแลกเปลี่ยนมุมมองซึ่งกันและกันย่อมนำมาซึ่งความเข้าใจในตัวผู้ป่วยที่ร่วมดูแล และมองเห็นปัญหาทั้งหมดที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวในขณะนั้นๆ
- วางแผนการรักษาร่วมกันและแยกย้ายกันดำเนินการตามแผนการรักษา ซึ่งอาจต้องมีขั้นตอนที่ต้องกระทำในโรงพยาบาล เช่น ขอคำปรึกษาเพิ่มเติมจากแพทย์เฉพาะทาง เบิกยาเพิ่ม ผสมยาให้ญาตินำกลับไปให้ผู้ป่วยต่อ เบิกกายอุปกรณ์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งหลังจากที่ดำเนินการตามแผนที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ควรบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย แฟ้มเยี่ยมบ้าน หรือเวชระเบียนด้วยทุกครั้งเพื่อง่ายต่อการติดตามหากทีมสุขภาพอื่นจะเข้ามาร่วมดูแลหรือรับช่วงต่อ และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมสุขภาพ
- ประชุมครอบครัวเพื่อสื่อสารแผนการดูแล
- กำหนดวันนัดติดตาม เนื่องจากในผู้ป่วยระยะท้ายนั้น มักเหลือระยะเวลาไม่มาก การนัดติดตามอาการด้วยเวลาเป็นเดือนเหมือนอย่างการเยี่ยมบ้านทั่วไปอาจไม่สามารถทำได้ ดังนั้นการนัดติดตามจะต้องเปลี่ยนแปลงไปตามอาการและตามพยากรณ์ระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ซึ่งมักจะคาดได้จาก performance status ของผู้ป่วยที่ประเมินได้ขณะนั้นๆ
- ในรายที่เหลือเวลาไม่มากอาจต้องลงเยี่ยมบ้านอีกในระยะเวลาอันสั้น เป็นวันหรือสัปดาห์ กรณีที่ไม่สามารถลงเยี่ยมบ้านได้ อาจใช้วิธีติดตามอาการทางโทรศัพท์

การบันทึกเอกสารเยี่ยมบ้าน

แบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหน่วยการุณรักษ์

การเยี่ยมบ้านครั้งที่.........วันที่.............................

ชื่อ – สกุล.. อายุ.........ปี วันที่ประเมิน......../....../.......... ผู้ประเมิน..............................

ที่อยู่...

การวินิจฉัย...

( ) พบผู้ป่วย ( ) ไม่พบเนื่องจาก ( ) ย้ายที่อยู่ ( ) ตาย ( ) อื่น ๆ ระบุ..

Care giver (ผู้ดูแล)...

สภาพบ้าน..

....

สภาพผู้ป่วยปัจจุบัน...

....

ปัญหาที่พบ/ การจัดการ

ปัญหาด้านกาย	
Symptoms: ( ) Pain ( ) Dyspnea ( ) N/V ( ) Fatigue ( ) Anorexia ( ) Insomnia ( ) Constipation Others..............	**PPS.............%**

ปัญหาด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณและผู้ดูแล	
○ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ/แหล่งสนับสนุน ○ ปัญหาด้าน care giver ○ ปัญหาด้านครอบครัว ○ มีการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ○ ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง * กรุณาใส่เครื่องหมาย √ ในช่องที่มีปัญหาและบันทึกรายละเอียดของแต่ละปัญหา	**รายละเอียดของปัญหา**
การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว	

สรุปปัญหาผู้ป่วยและการวางแผนการดูแล

ปัญหา	การจัดการ	ผู้รับผิดชอบ

หมายเหตุ..

....

....

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป...

หลังการเยี่ยมบ้าน

ต้องมีการสรุปปัญหา วางแผนการ ดูแล แบ่งงาน และการติดตาม

Module 7: Discharge Planning, Referral and Home Care
Key Reference

1. กิจ เตือนราษฎร์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน. วารสารสวนปรุง 2547; 20 (1):6-19.
2. ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน. ใน The Dawn of Palliative Care in Thailand : บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ , 2556 :77-90.
3. ภรเอก มนัสวานิช. Palliative care: The Transition from Hospital to Palliative Home Care.
4. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Home-Based Palliative Care: Making it Happen. ใน The Dawn of Palliative Care in Thailand : บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ , 2556 :67-76.
5. Benzar E, Hansen L, Kneitel A, et al. Discharge planning for palliative care patients: A qualitative analysis. J Palliat Med 2011;14:65-9.
6. Corless IB. Bereavement. In: Ferrell BR, Coyle NC, editors. Textbook of palliative nursing. New York, Oxford University Press Inc., 2006: 531-44.
7. Doyle D and Jeffrey D. Palliative care in the home. New York, Oxford University Press Inc., 2007: 112-31.
8. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Rev 2013, Issue 6. No.CD00760.
9. Maida V. Factors that promote success in home palliative care: a study of a large suburban palliative care practice. J Palliat Care 2002;18:282-6.
10. Milone-Nuzzo and McCorkle R. Home Care. In: Ferrell BR, Coyle NC, editors. Textbook of palliative nursing. New York, Oxford University Press Inc., 2006: 771-85.
11. Penrod JD, et al. Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. J Palliat Med 2006;4:855-60.
12. Robinson BE, Pham H. Cost-effectiveness of hospice care. Clin Geriatr Med 1996;12:417-28.
13. Thomas K. Community palliative care. In: Thomas K. editor. ABC of Palliative Care. 2nd ed. Singapore: COS Printers Pte Ltd, 2006: 68-73.

การวางแผนจำหน่าย ระบบส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
พว. ปาริชาติ เพียสุพรรณ์
พญ. ปรารถนา โกศลนาคร

การบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายมุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งหมายถึงการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิตที่ดีหมายถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการบริบาลดูแลจัดการอาการไม่ให้ทุกข์ทรมาน การได้รับการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ได้มีโอกาสเตรียมตัวและเลือกสถานที่ดูแล ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการดูแลที่บ้าน แต่เนื่องจากระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่รองรับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่จึงรู้สึกวิตกกังวลในการดูแลที่บ้าน เนื่องจากกลัวอาการทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักไม่ได้รับการดูแลจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงไม่สามารถเข้าถึงบริการและไม่สามารถเข้าถึงยา opioids ซึ่งมีความสำคัญในการรักษาอาการปวดและอาหารหอบที่ทำให้ไม่สุขสบาย ประกอบกับปัญหาด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับ hospital-based palliative care consultation มีค่าใช้จ่ายต่อวันลดลงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการนี้ โดยมีการลดด้านค่าใช้จ่ายในการเข้ารักษาใน ICU ลงถึงร้อยละ 42 มีการลดลงของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสี แต่ค่าใช้จ่ายด้านยาไม่ได้มีความแตกต่างกัน การศึกษาของ Robinson และคณะ พบว่าการมี inpatient palliative care unit ทำให้เกิดความแตกต่างของค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการรักษาแบบ conventional care ถึง $1300 ต่อคน นอกจากนี้พบว่าการมี hospital-based hospice care programs ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของการเยี่ยมบ้านถึง 10 เท่า และยังพบว่าการควบคุมความปวดในผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมากและดีกว่า conventional cancer care การศึกษาแบบ meta-analysis เปรียบเทียบการดูแลแบบ palliative home care เทียบกับการดูแลตามปกติที่บ้าน พบว่าในกลุ่มที่ได้ palliative home care จะมีโอกาสเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าและมีการจัดการอาการที่ดีกว่า การมี palliative care service ทำให้มีการจัดการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care planning) ซึ่งช่วยให้มีการทำเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงยืดเยื้อชีวิต (advance directives) ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ เช่น การกู้ชีพ การใช้ยากระตุ้นหัวใจและอื่นๆ

การศึกษาในประเทศไทยโดยชุติมา อัคลีพรรณ ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในประเทศไทยทั้งหมดที่เสียชีวิตในปี พศ. 2548-2549 พบว่าร้อยละ 51 เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ครึ่งหนึ่งเสียชีวิตที่บ้าน ค่าใช้จ่ายในปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 10,646-231,167 บาท ร้อยละ 31-86% เป็นค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยมักประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ จากการต้องใช้จ่ายค่าเดินทาง การขาดรายได้ของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย ค่ากินอยู่ของผู้ดูแลในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล แม้ว่ายาระงับปวดจะสามารถเบิกจ่ายได้ตามสิทธิ์ แต่การจำกัดปริมาณยาในแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยต้องมารับยาบ่อย

รวมถึงการไม่สามารถเข้าถึงยาระงับปวดในระดับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเสียเวลาทำมาหากิน การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายอาจใช้เวลานานหลายเดือนจึงสร้างผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมากต่อครอบครัว การวิเคราะห์สถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ขอนแก่น ที่ปรึกษาเข้ามาในหน่วยการุณรักษ์ พบว่าร้อยละ 48 เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 39 เสียชีวิตในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่เหลือเสียชีวิตที่โรงพยาบาลที่ทางหน่วยฯส่งต่อ ในจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 22 เป็นการกลับไปถอดถอนท่อช่วยหายใจและเสียชีวิตที่บ้าน เนื่องจากร้อยละ 21 ของผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งปรึกษาหน่วยการุณรักษ์ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนการปรึกษา และเมื่อหน่วยฯ ได้เข้าพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ75 แสดงเจตจำนงในการถอดถอนเครื่องพยุงชีพ

จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยคนส่วนใหญ่ยังต้องการเสียชีวิตที่บ้าน วัฒนธรรมประเพณีไทยโดยเฉพาะในภาคอีสานยังมีความเชื่อว่าต้องเสียชีวิตที่บ้าน การตระหนักของแพทย์ในการพิจารณาว่าเมื่อไรควรเลือกการรักษาแบบประคับประคองและให้ผู้ป่วยได้ใช้ช่วงเวลาระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลดเปลื้องภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และการดูแลที่บ้านช่วยให้มีโอกาสเสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ

ข้อดีของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- บ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เป็นสถานที่เต็มไปด้วยความทรงจำ ความสุข ความรัก ความรู้สึกปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถกำหนดกิจกรรมต่างๆได้ตามความต้องการ
- บ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ดูแลและครอบครัวคุ้นเคย รู้สึกสามารถกำหนดการดำเนินกิจกรรมต่างๆที่คุ้นเคยได้
- ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความเป็นส่วนตัว และไม่ต้องถูกจำกัดเวลาเยี่ยม
- มีครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสามารถให้การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณได้ดีกว่าทีมสุขภาพ
- การดูแลที่บ้านสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการดูแลในโรงพยาบาล

ข้อเสียของการดูแลที่บ้าน

- ต้องมีการเตรียมการด้านสถานที่ ซึ่งในบางครอบครัวอาจไม่มีความสะดวก เช่น สถานที่คับแคบอยู่ในคอนโดมีเนียมมีห้องขนาดเล็ก ขาดอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้
- จำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลาและถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้อาจต้องมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคนหรือต้องผลัดกันดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพักผ่อน ผู้ดูแลต้องมีความตั้งใจที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นงานที่หนักทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- ครอบครัวมักวิตกกังวลในเรื่องการจัดการอาการ หรือกรณีมีภาวะฉุกเฉิน ขาดความมั่นใจเนื่องจากไม่ได้มีทีมสุขภาพดูแลตลอดเวลา

องค์ประกอบที่จำเป็นของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้อย่างราบรื่นจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบต่างๆ ที่ช่วยให้สามารถดูแลที่บ้านได้ ที่สำคัญมีดังนี้

- มีผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ให้สามารถประเมินและให้การบริบาลผู้ป่วยได้อย่างดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้สุขสบาย รวมถึงเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและเสริมพลังให้กับผู้ดูแล
- การวางแผนการจำหน่ายอย่างดี เพื่อช่วยการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลที่โรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่บ้านอย่างไร้รอยต่อ
- การสื่อสาร การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าถึงแม้ตัวโรคจะไม่มีแนวทางรักษาต่อ แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพในแนวทางแบบประคับประคอง และจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลโรคและแนวทางการดูแล การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและทราบเป้าหมายการรักษา ซึ่งจะช่วยหลีกเลี่ยงการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพทุกระดับมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด การส่งต่อข้อมูลเรื่องโรคและแผนการดูแล ทีม palliative care ในโรงพยาบาลชุมชนควรสามารถเข้าถึงการปรึกษากับ palliative care specialist เพื่อช่วยให้คำแนะนำการจัดการอาการที่ซับซ้อนควบคุมลำบาก รวมถึงช่วยในการตัดสินใจในการทำหรือไม่ทำหัตถการหรือการรักษาชนิดต่างๆ
- การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอาการปวดและอาการหอบ ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ถ้าไม่สามารถจัดการอาการได้ดี ผู้ป่วยมักไม่ยินดีกลับบ้าน หรือกลับบ้านแล้วมักถูกนำกลับมาโรงพยาบาลใหม่
- การมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่ต้องใช้ที่บ้าน เช่น รถเข็น เตียงลม และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นที่ต้องใช้ที่บ้าน เช่นเครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver ซึ่งเป็นเครื่องปั๊มยาให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง
- การเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอดเวลา ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันยังทำได้ยากในบางแห่ง เนื่องจากหน่วยงานส่วนใหญ่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบด้านนี้ทำงานประจำ และถึงแม้จะมีก็ไม่สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- การมีเครือข่ายปฐมภูมิในชุมชนรองรับการส่งต่อและการเชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อช่วยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และนำบริการต่างๆไปให้ผู้ป่วย ไม่ใช่ให้ผู้ป่วยต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ระยะท้ายมากๆ มักมีอาการอ่อนล้า การเดินทางและมาคอยตรวจที่โรงพยาบาลจะสร้างความไม่สุขสบายและเป็นภาระ
- การมียาระงับปวดกลุ่ม opioids ที่เข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงการที่สามารถเอายาฉีด morphine ออกไปให้ที่บ้าน เนื่องจากในระยะก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยมักไม่สามารถกลืนยาได้ จำเป็นต้องให้ยาเข้าใต้ผิวหนัง รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาได้จากการอุดตันของทางเดินอาหาร

การศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ทำให้การดูแลและเสียชีวิตที่บ้านประสบผลสำเร็จพบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ เศรษฐานะที่ดี ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเอดส์ การมีผู้ดูแลเต็มเวลา ความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ และการที่ผู้ป่วยแจ้งเจตจำนงให้ทราบว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

การประคับประคองครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

จากประสบการณ์การทำงาน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญของการที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องมีความเสียสละ อดทน และมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลในทุกด้าน เพื่อให้สามารถดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย

- พิจารณาว่าผู้ดูแลหลักเป็นใคร อาจเป็นคนในครอบครัว หรือนอกครอบครัว แต่จะเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก
- ผู้ดูแลหลักต้องได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษาในปัจจุบัน และแผนการดูแลล่วงหน้า
- ต้องให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาด้วยเสมอ เพื่อทีมจะได้รับรู้ความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และเพื่อให้รับรู้แผนการดูแลร่วมกัน
- ประเมินความต้องการของผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความต้องการทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ความต้องการการประคับประคองทางจิตใจ และการช่วยเหลือทางสังคม
- เตรียมผู้ดูแลหลักให้มีความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วย สอนเทคนิกการพยาบาลดูแลผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การให้ยา และถ้าผู้ป่วยมีแผลหรือมีท่อระบายต่างๆ ต้องสอนวิธีการดูแล รวมถึงถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่อาจพบ รวมถึงการดูแลและจัดการอาการในระยะก่อนเสียชีวิต
- การให้ข้อมูลต่างๆ วิธีการดูแลผู้ป่วย วิธีการให้ยา ควรเป็นลายลักษณ์อักษร
- มีการทบทวนเป้าหมายการดูแลและสถานที่ดูแลเป็นระยะ โดยทำร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
- มีการประเมินความต้องการของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และควรให้ผู้ดูแลหลักได้มีโอกาสพักจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ (respite care) โดยผู้ดูแลคนอื่นในครอบครัวหรือจิตอาสามาช่วย
- การประคับประคองจิตใจในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆในการจัดการหลังผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงเอกสารและวิธีการแจ้งตาย และการดูแลหลังการสูญเสีย (bereavement care)

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปดูแลที่บ้าน

เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยให้การดูแลที่บ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น การศึกษาของ Benzar และพวก พบว่าปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเมื่อต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดการได้รับข้อมูลเรื่องพยากรณ์โรคและการดำเนินโรค ความวิตกกังวลและการขาดความรู้เรื่องการจัดการอาการ ขาดการให้รายละเอียดวิธีการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษร และเมื่อมีปัญหาจะขอความช่วยเหลือจากใคร การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการไปดูแลที่บ้าน

ขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างไร้รอยต่อ ป้องกัน re-admission และให้สามารถใช้ชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ก่อนการจำหน่ายจำเป็นต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสภาวะโรค พยากรณ์โรค มีการพูดคุยถึงแผนการจัดการอาการ รวมถึงอาการในระยะสุดท้ายที่อาจที่อาจพบ และแผนการจัดการอาการในระยะสุดท้าย สถานที่อยู่ในระยะสุดท้าย/เสียชีวิต มีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกัน รวมถึงการทำ advance directives ถ้าผู้ป่วยต้องการ ควรมีการสื่อสารให้ทราบทั่วกันในระหว่างครอบครัว และสื่อสารให้ทีมสุขภาพทุกระดับทราบ

ขั้นตอนที่ 2 – การจัดการอาการ และการเข้าถึงบริการตลอด 24 ชั่วโมง ขั้นตอนนี้จำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกัน โดยแต่ละวิชาชีพมีหน้าที่ดังนี้

แพทย์

- การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ และอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบแนวทางการดูแลและวิธีจัดการอาการ และการใช้ยาต่างๆ
- ประเมินอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ oxygen, nebulizer, syringe driver
- คาดคะเนชนิดและปริมาณยาที่ต้องจำเป็นต้องใช้ ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านควรมีการวางแผนการบริหารยา โดยเฉพาะวิธีการให้ยาในระยะที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ได้ เตรียมยาที่ใช้จัดการอาการในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งมักให้ทางใต้ผิวหนัง (ตารางที่ 2)

พยาบาล

- ส่งต่อ advance care plan/advance directives
- เขียนข้อมูลเรื่องโรคและแผนการดูแล ให้แก่ทีมสุขภาพโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ
- ประสานส่งต่อกับพยาบาลเครือข่าย ให้ข้อมูล: สภาวะผู้ป่วย แผนการดูแล ยาและอุปกรณ์ที่เครือข่ายต้องเตรียม
- กรณีมี continuous subcutaneous infusion เติมยาให้เพียงพอก่อนการเดินทางกลับบ้าน
- ส่งต่อข้อมูลการเตรียมยาและผสมยาถ้าใช้ยาฉีด
- ให้ข้อมูลวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆแก่ครอบครัว และส่งต่อข้อมูลเหล่านี้กับเครือข่ายที่ส่งต่อด้วย
- ส่งต่อหมายเลขโทรศัพท์/ช่องทางสื่อสาร/ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และช่องทางสื่อสารระหว่างเครือข่าย

เภสัชกร

- ตรวจสอบยา ความถูกต้อง ขนาดยาที่ใช้
- ถ้าใช้ continuous subcutaneous infusion ให้ตรวจสอบความเข้ากันของยา วิธีผสมยา
- ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถมียาใช้ได้พอเพียงระหว่างคอยเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน
- ประสานจัดยาที่จำเป็นต้องใช้ กรณีที่ต้องให้ต่อเนื่อง โดยประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้านผู้ป่วยให้มารับยาและเก็บไว้ที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 1 Prescription for Anticipatory Symptom Management

Symptoms	Drugs	Dosages
Pain	Morphine 10mg/ml	2 mg SC if required up to 6 times in 24 h.
Anxiety/Agitation	Midazolam 5mg/ml	2 mg SC if required up to 6 times in 24 h.
Respiratory secretions	Buscopan 20mg/ml Atropine 0.4mg/ml 1%Atropine eye drop	20 mg SC if required up to 6 times in 24 h. 0.4 mg SC q 4 h. 4 drops SL q 4 h.
NV/ Terminal restlessness	Haloperidol 5 mg/ml	2.5 mg SC prn.

ขั้นตอนที่ 3 – เอกสาร

แพทย์

- เขียนใบ refer ที่มีรายละเอียดเพียงพอ
- ระบุแผนการดูแล
- เขียนแผนส่งต่อ advance care plan/directives

พยาบาล

- ตรวจสอบ palliative care discharge checklist
- ลงบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วยและใบส่งต่อให้เครือข่าย
- แจกแผ่นพับการดูแลที่บ้าน

ตารางที่ 2. Palliative Care Discharge Checklist

Checklist	Yes	No	Comment
ติดต่อเครือข่ายรับดูแลต่อ			
ประสานการเยี่ยมบ้าน			
การจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน			
ประสานรถส่งต่อ			
จัดเตรียมยาและเบิกยาที่ต้องใช้ที่บ้าน			
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยและครอบครัว			
เบอร์โทรศัพท์และช่องทางติดต่อของเครือข่ายที่ส่งต่อ			
อธิบายช่องทางติดต่อทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ			
การพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสภาวะโรค แผนการดูแล			
ตรวจสอบความพร้อมของครอบครัว การใช้ยา			
สมุดประจำตัวผู้ป่วยและ advance directives			

ขั้นตอนที่ 4 – หลังการส่งต่อ

- ติดตามสอบถามผู้ป่วยและครอบครัว/เครือข่ายส่งต่อ
- ให้ข้อแนะนำแก่เครือข่าย เรื่องการจัดการอาการ การจัดหายา

การเข้าถึงการปรึกษาได้ตลอดเวลา

เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวว่าถ้ามีปัญหาอะไรผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงคำปรึกษาได้ตลอด โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉิน จากการที่ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ยังไม่มีผู้รับผิดชอบงานนี้เป็นหลักโดยตรง ระบบการรับปรึกษาจึงเป็นไปด้วยความลำบาก อย่างไรก็ตาม หน่วยงานควรพยายามจัดระบบโดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มารองรับ แต่จำเป็นต้องมีการสร้างแนวปฏิบัติและจัดช่องทางการสื่อสาร แต่ละโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างกันตามทรัพยากรที่มี ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีระบบโทรปรึกษาพยาบาลหน่วยการุณรักษ์ที่เป็นเจ้าของไข้ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการพยาบาลหน่วยฯ จัดเวรผลัดกันรับโทรศัพท์สำหรับปรึกษาภาวะฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลบางแห่งมีพยาบาลดูแลศูนย์ palliative care ประจำเพียงคนเดียว ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถโทรปรึกษาได้ในเวลาราชการ แต่นอกเวลาราชการผู้ป่วยและครอบครัวสามารถโทรเข้าปรึกษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งอาจต้องมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น และส่งผ่านข้อมูลมายังศูนย์ palliative care ในวันรุ่งขึ้น ในภาวะฉุกเฉินจริงๆ ผู้ป่วยควรมีสิทธิ์กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก

การส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเข้าถึงยา opioids

เนื่องจากการดูแลแบบ palliative care ยังเป็นงานใหม่และยังไม่ได้รับการมอบหมายและจัดระบบอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลที่บ้านจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายในชุมชนมาร่วมในการดูแล เนื่องจากเครือข่ายทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางแห่งยังไม่มีองค์ความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงยังขาดการจัดระบบการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลแต่ละแห่งควรเริ่มมีการจัดระบบการดูแล และควรมีการจัดระบบเชื่อมโยงการดูแลระดับต่างๆเข้าด้วยกัน มีการพัฒนาการส่งต่อข้อมูล ในปัจจุบันสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ผลักดันให้มีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยประคับประคองขึ้น โดยให้มีโรงพยาบาลจังหวัดทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายและมีเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนเกิดขึ้น ซึ่งมีหลายจังหวัดที่สามารถพัฒนาเครือข่ายถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่ายมีหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลลูกข่าย

ระบบการเข้าถึงยาระงับปวดโดยเฉพาะยาในกลุ่ม opioids เป็นสิ่งที่สำคัญ มีผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวจำนวนมากที่ต้องเดินทางไปรับยายังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากไม่สามารถรับยาดังกล่าวได้ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาในการเดินทาง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมียาที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ในผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายควรเป็นแหล่งสนับสนุนยาระงับปวดที่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถจัดหาได้ มีเครือข่ายบางแห่งใช้มาตรการจัดให้โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งทำหน้าที่เป็น node ในการให้ยืมยาหรือเบิกยา opioids สำหรับโรงพยาบาลใน

เครือข่าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่าย นอกจากนี้การจัดระบบให้สามารถนำยาฉีด morphine ออกไปใช้ได้ที่บ้านผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตจะไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหา gut obstruction ที่ไม่สามารถใช้ยาชนิดรับประทานได้ ควรดึงเภสัชเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบยา

การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ผู้ป่วยระยะท้าย

ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นทางเลือกสำคัญอันหนึ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้ทราบว่าแม้อยู่ในโรงพยาบาลก็ไม่มีวิธีการหรือการรักษาใดที่จะสามารถช่วยให้ตนหายจากโรคหรือกลับมามีชีวิตที่เป็นปกติได้ มีเพียงการรักษาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่านั้น ดังนั้นการอยู่โรงพยาบาลจึงไม่ใช่สิ่งจำเป็นอีกต่อไป บ้านจึงมักเป็นสถานที่ที่ให้ความรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่น ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และยังเป็นที่ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้เวลากับคนที่รักได้เต็มที่

การเยี่ยมบ้าน

เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) หมายถึงขั้นตอนที่บุคลากรสาธารณสุขจะได้ลงไปให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวถึงยังสถานที่พักอาศัยของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือชุมชนได้มีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยและสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในระยะยาว ในกรณีของการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านนั้น จะประสบผลสำเร็จได้ต้องเริ่มตั้งแต่มีการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมไปถึงมีระบบการติดตามอาการผู้ป่วยที่ดีเพื่อให้การดูแลเป็นไปด้วยความราบรื่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย ถือเป็นหนึ่งในสี่จากประเภทของการเยี่ยมบ้านทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตนั้นมีความสำคัญมาก และมีแนวโน้มจะทวีความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาจากหลายสถาบันทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการได้รับการดูแลในช่วงสุดท้ายและต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

- ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในบริบทที่เป็นจริงได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะมีประโยชน์มากในรายที่ผู้ป่วยปฏิเสธหรือดูเหมือนลังเลที่จะกลับบ้าน ทีมอาจได้ค้นพบปัญหาที่ซ่อนอยู่อันเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และอาจช่วยหาทางออกให้ผู้ป่วยได้
- เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกิดความไว้วางใจในระยะยาว เพราะหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ทีมยังต้องมีการติดตามอาการและภาวะโศกเศร้าของครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน เช่น กรณีที่มีอุปกรณ์บริหารยาทางชั้นใต้ผิวหนัง ทีมอาจต้องเข้าไปประเมินหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อเสริมความมั่นใจเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่อาการของผู้ป่วยไม่คงที่ ต้องมีการปรับยา หรือเติมยา หากญาติขาดทักษะหรือไม่ชำนาญอาจเกิดความไม่มั่นใจได้

• ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาและการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เช่น ครอบครัวที่อยู่กันหลายคน แต่ดูเหมือนจะมีผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ผู้ดูแลอาจเสี่ยงต่อภาวะเครียดจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (caregiver burnout) ทีมอาจมีบทบาทในการเข้าช่วยพูดคุยกับสมาชิกคนอื่นของครอบครัวหรือหาผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลในกรณีที่จำเป็น

• ค้นหาแหล่งประโยชน์ในบ้านและชุมชน เช่น ค้นหาผู้ดูแลรอง อุปกรณ์ภายในบ้านที่อาจดัดแปลงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทีม อสม. อบต. ที่ประสานเข้ามาช่วยเหลือ

สิ่งที่ต้องคำนึงในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย

• ต้องวางแผน ร่วมกับทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งที่จะลงเยี่ยมบ้านด้วยหรือไม่ได้ลงเยี่ยมบ้านก็ตาม เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และวางแนวทางร่วมกัน รวมถึงเตรียมสิ่งที่จำเป็น ทั้งข้อมูล แผ่นพับ คู่มือ ยา อุปกรณ์ต่างๆ โดยบุคลากรและสิ่งที่ต้องเตรียมนั้นอาจปรับเปลี่ยนไปตาม performance status ของผู้ป่วย

• แม่นในหลักการและมาตรฐานแห่งวิชาชีพ โดยใช้ทักษะประยุกต์ทฤษฎีให้เข้ากับวิถีชีวิตที่เฉพาะตัวของแต่ละบ้านและข้อจำกัดของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง รู้จักแก้สถานการณ์โดยยังคงการรักษาที่ถูกวิธี

• ไม่ระรานความสงบสุข หากผู้ป่วยและญาติไม่พร้อมหรือยังไม่อยากให้ทีมสุขภาพเข้าเยี่ยมบ้าน ก็ไม่ควรไป แต่ควรเน้นสร้างความสัมพันธ์อันดีก่อน เมื่อครอบครัวอนุญาตจึงค่อยเข้าเยี่ยมโดยไม่ลืมนัดหมายและแจ้งก่อนเดินทางลงเยี่ยมทุกครั้งเพื่อให้ครอบครัวมีเวลาเตรียมตัวและไม่คอยเก้อ และเมื่อไปถึงให้ประเมินว่าในขณะนี้ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยประเด็นใดบ้าง

• ขจัดทุกข์เป็นระยะ ทุกข์นี้หมายถึงความเจ็บป่วยอันเกิดจากตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งประกอบด้วยความคิด (ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อตัวโรค) ความรู้สึกต่อความเจ็บป่วยนี้ ภารกิจประจำวันที่ยังสามารถทำได้/ถูกจำกัด และความคาดหวังที่มีต่อการรักษา (เป็นจริงได้หรือไม่ มีทางเลือกอะไรบ้าง)

• พบปะเมื่อต้องการ เมื่อเยี่ยมบ้านควรดึงเอาญาติมีส่วนร่วมในวงสนทนา เพื่อซักถามและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยยังไม่ได้บอกความต้องการ หรือทำหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษา (living will) นี่ก็ถือเป็นโอกาสอันดีที่จะได้วางแผนร่วมกัน

• อย่าอยู่นานถ้าไม่จำเป็น การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งไม่ควรอยู่นานเกิน 1 ชั่วโมง เพราะนอกจากอาจจะเป็นภาระเจ้าของบ้านแล้ว ตัวผู้ป่วยเองซึ่งอยู่ในระยะท้ายย่อมรู้สึกอ่อนล้า นอกจากนี้ยังทำให้ทีมเริ่มเหนื่อย และอาจลืมเป้าหมายของการไปเยี่ยมบ้านครั้งนั้นๆได้

• เน้นสร้างเสริมและป้องกัน การเยี่ยมบ้านถือเป็นโอกาสอันดีที่ทีมจะได้พบสมาชิกอื่นในครอบครัวของผู้ป่วย แม้จะเป็นผู้ป่วยระยะท้าย เช่น เป็นมะเร็ง ทีมก็ยังสามารถถือเป็นโอกาสให้การสร้างเสริมและป้องกันเกี่ยวกับโรคมะเร็งแก่ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยได้

• พลิกผันตามสถานการณ์ ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ตลอดเวลาตามปัญหาที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะของผู้ป่วย

• ประสานกันเป็นทีม มีการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรที่อยู่ในทีม ทั้งแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์เฉพาะทางที่ร่วมดูแล พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา หรือบุคลากรสาขาอื่น เพื่อ

ให้แน่ใจว่ามีความเห็นตรงกัน วางแผนการรักษาไปในทางเดียวกัน จะได้แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมั่นใจ ไม่เกิดความสับสน ไม่ให้เกิดกรณีว่า คนหนึ่งบอกจะให้เคมีบำบัด อีกคนว่าให้ยาไม่ได้ เป็นต้น

วงจรการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย มีดังนี้

- ประชุมก่อนการเยี่ยมบ้าน
- เยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การเตรียมตัวก่อนการเยี่ยมบ้าน ระหว่างการเยี่ยมบ้าน และหลังการเยี่ยมบ้าน
- บันทึกการเยี่ยมบ้าน
- ประชุมหลังการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนการลงเยี่ยมบ้าน
2. ขั้นตอนระหว่างลงเยี่ยมบ้าน
3. ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนก่อนการลงเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยการเตรียมการดังนี้

ด้านข้อมูล ควรมีการศึกษาประวัติผู้ป่วย ทบทวนการรักษาที่ได้รับรวมถึงยาที่ต้องใช้และวิธีการบริหารยาที่ได้รับล่าสุด (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากทีมเยี่ยมบ้านยังไม่เคยพบผู้ป่วยมาก่อน) และคาดการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อเตรียมการรับมือเฉพาะหน้า เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว หรืออาจมีอาการใหม่ๆที่ญาติไม่เคยตระหนักมาก่อนเกิดขึ้นได้ หากไม่ได้คาดการณ์หรือเตรียมรับมือล่วงหน้า อาจทำให้เกิดความวุ่นวายระหว่างเยี่ยมบ้านได้

ด้านบุคคล

- เตรียมทีม พิจารณาว่าควรมีบุคลากรสาขาใดร่วมออกเยี่ยมบ้านบ้าง ทั้งนี้ขึ้นกับปัญหาและอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น เมื่อได้บุคลากรแล้ว หากเป็นไปได้ควรประชุมทีมร่วมกันก่อนเพื่อชี้แจงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ รวมถึงหน้าที่ของแต่ละคนให้เข้าใจตรงกัน
- เตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการนัดหมายล่วงหน้า และอาจใช้โอกาสนี้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งปัญหาของญาติที่เกิดขึ้นใหม่ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาประกอบการวางแผนเยี่ยมบ้าน และถ้าเป็นไปได้ก่อนออกเดินทางควรแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีเวลาเตรียมตัวด้วย

ด้านอุปกรณ์

- แผนที่ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยหรือญาติ
- เอกสารที่จำเป็น เช่น ใบสั่งยา แผ่นพับให้ความรู้ ใบส่งตัว ใบรับรองแพทย์ ผู้ป่วยบางรายหรือบางพื้นที่ อาจจำเป็นต้องใช้เป็นหลักฐานประกอบในทางกฎหมาย กรณีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตและต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ใบแสดงเจตนาการรักษา (living will) ในกรณีที่ยังไม่เคยทำและมีอาการเปลี่ยนแปลง
- กระเป๋าเยี่ยมบ้าน ควรมีอุปกรณ์จำเป็นพื้นฐาน และยาจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

อุปกรณ์จำเป็น	ยาที่จำเป็น
- เครื่องวัดความดันโลหิต - หูฟัง - ไฟฉาย - ถุงมือ - อุปกรณ์ทำแผล - ถุงพลาสติก - needle - alcohol - sterile water - iv set - butterfly needle - syringe - NSS	- morphine : บรรเทาอาการปวดและหอบเหนื่อย - fentanyl : บรรเทาอาการปวดและหอบเหนื่อย(สำหรับรายที่มีปัญหาไตวาย หรือสำหรับลด incident pain) - midazolam : บรรเทาอาการเหนื่อยและภาวะกระวนกระวาย ภาวะสับสน ในระยะท้าย (terminal delirium) - lorazepam : เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย และอาการกระวนกระวาย - ketamine : ช่วยเรื่อง incident pain และเสริมฤทธิ์ opioids กรณีต้องใช้ opioid ปริมาณมาก - metoclopramide : บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน - atropine : ลดภาวะ respiratory congestion ในระยะท้าย - haloperidol : ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและภาวะสับสน

นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ที่อาจต้องพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นรายๆไป ได้แก่ อุปกรณ์เจาะระบายน้ำในท้อง/เจาะระบายน้ำในเยื่อหุ้มปอด (หากมีปัญหาascites / pleural effusion โดยผู้ป่วยยังไม่ได้เข้าสู่ระยะ dying) สายสวนปัสสาวะหรือสายยางให้อาหาร (กรณีที่เคยใส่และต้องเปลี่ยนสาย โดยพิจารณาแล้วว่าการใส่ยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย) สายวัด (กรณีที่ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด venous thrombosis สูงหรือกำลังได้รับการรักษาอยู่ การวัดอาจเป็นประโยชน์ต่อการติดตามอาการ) syringe driver (หากผู้ป่วยยังไม่เคยใช้และเริ่มกลืนลำบาก)

ขั้นตอนระหว่างลงเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

1. **การประเมิน แบ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยและการประเมินผู้ดูแล**

1.1 การประเมินผู้ป่วย โดยมีแนวทางช่วยจำตามอักษรย่อ INHOMESSS ดังนี้

1.1.1 Immobility เป็นการประเมินการเคลื่อนไหว ในผู้ป่วยระยะท้ายส่วนมากมักมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงมาก อาจประเมินคร่าวๆเพียงการเคลื่อนไหว ว่ายังสามารถเดินได้ หรือนั่งๆนอนๆอยู่บนเตียง หรือต้องนอนติดเตียงตลอด เพื่อใช้เป็นส่วนประกอบในการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและช่วยพยากรณ์ระยะเวลาได้ สำหรับระยะที่ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงตลอด ประเมินแล้วว่าอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เหลือเวลาอยู่ในระดับวัน ควรแนะนำญาติไม่ต้องพลิกตัวถี่อีกต่อไป เนื่องจากระยะนี้ ไม่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับอีกต่อไป และการพลิกตัวมักเป็นการรบกวนผู้ป่วย อาจสร้างความเจ็บปวดมากกว่าปล่อยให้ผู้ป่วยนอนเฉยๆ

1.1.2 Nutrition สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย จะเน้นการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ความสามารถในการกลืน/รับประทานอาหารของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการประเมิน Palliative Perfor-

mance Scale (PPS) ปัญหาที่พบได้บ่อยคือผู้ป่วยรับประทานได้น้อย ซึ่งมักสร้างความกังวลแก่ผู้ดูแลมาก ควรประเมินสาเหตุที่แก้ไขได้ก่อน เช่น อยู่ในภาวะปวด มีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีเชื้อราในช่องปาก/ปากแห้ง มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย เป็นต้น หากไม่พบเหตุที่แก้ไขได้ จึงค่อยประเมินความเหมาะสมของการใส่สายยางให้อาหาร โดยดูตามสภาพร่างกายผู้ป่วยและระยะเวลาที่เหลืออยู่เป็นสำคัญ (ซึ่งโดยมากมักไม่มีความจำเป็นต้องใส่) และเมื่อประเมินแล้วอาจถือโอกาสแนะนำเกี่ยวกับการให้อาหารและสารน้ำสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแก่ญาติ/ผู้ดูแลไปด้วยในตัว ประเด็นสำคัญคือเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจว่า ความต้องการอาหารและสารน้ำสำหรับผู้ป่วยระยะนี้ย่อมลดลงเรื่อยๆตามตัวโรคที่ดำเนินไป ไม่มีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องพยายามคะยั้นคะยอให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือทานอาหารมากๆอีกต่อไป เนื่องจากอาจเป็นการเพิ่มความทรมานทางกาย เช่น ตัวบวม ท้องอืด ให้ผู้ป่วยมากกว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่นหรือหายจากโรคได้อย่างที่คนทั่วไปมักเข้าใจกัน ซึ่งระยะนี้ ผู้ดูแลอาจเปลี่ยนความสนใจมาดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย แทนการพยายามป้อนข้าวป้อนน้ำอย่างที่เคยทำ

1.1.3 Home environment ประเมินสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ทีมอาจต้องให้ความสำคัญต่อประเด็นนี้มากในกรณีที่ผู้ป่วยยังพอช่วยเหลือตัวเองได้ อาจต้องประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวอันทำได้จำกัดของผู้ป่วยระยะท้าย และต้องประเมินความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมนั้นๆ ให้เอื้อต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่เหลือและสภาพร่างกายของผู้ป่วยร่วมด้วย สำหรับกรณีที่ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยเหลือเวลาไม่มาก ถึงแม้เราอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับการรักษาภาวะติดเชื้อมากนัก แต่ความสะอาดของบริเวณที่ผู้ป่วยอาศัย ก็ยังเป็นประเด็นสำคัญ เพราะสภาพแวดล้อมที่สะอาด อากาศถ่ายเทได้ดี ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย

1.1.4 Other people เป็นการประเมินสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ใครเป็นผู้ดูแลหลัก ใครมีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้แล้ว และประเมินความถนัดของแต่ละคน ซึ่งอาจช่วยให้ทีมสามารถวางแผนการรักษาได้ง่ายขึ้น เช่น หากผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข อาจมีบทบาทอย่างมากที่จะทำให้การให้ยา ปรับการรักษาเป็นไปได้ง่ายขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลกันเองมากกว่าครอบครัวทั่วไป ทำให้ทีมอาจไม่ต้องลงเยี่ยมบ้านถี่นัก นอกจากนี้ ยังต้องประเมินจำนวนสมาชิกที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย ในผู้ป่วยระยะท้าย มักต้องพึ่งผู้ดูแลในทุกๆเรื่อง และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมาก หากทั้งครอบครัวมีผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่เพียงคนเดียว อาจเกิดภาวะความเครียดในผู้ดูแลได้สูง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยได้

1.1.5 Medication ประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละรายมักมีอาการผิดปกติของร่างกายหลายระบบ จึงต้องอาศัยทีมแพทย์เฉพาะทางเข้ามาร่วมดูแลหลายสาขา แพทย์แต่ละสาขามักจะให้ยาในส่วนของตน ซึ่งบางครั้งอาจซ้ำกันหรืออาจมีผลข้างเคียงเมื่อใช้ร่วมกัน เมื่อลงเยี่ยมบ้านแพทย์หรือเภสัชกรควรต้องตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยรับประทานจริงด้วยทุกครั้ง เพื่อดูว่ารับประทานถูกต้อง ครบถ้วนหรือมีปัญหาจากการทานยาหรือไม่ ที่สำคัญควรพิจารณาหยุดยาที่ไม่จำเป็น ได้แก่ วิตามิน อาหารเสริม ยาที่ใช้รักษาภาวะแทรกซ้อนหรือป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาละลายลิ่มเลือด ยาลดกรด ยาลดระดับน้ำตาล เป็นต้น เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาได้แล้ว ควรต้องพิจารณาปรับวิธีการบริหารยา หรือผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดใต้ผิวหนังอยู่แล้ว ก็ต้องดูว่าญาติสามารถใช้อุปกรณ์ได้ถูกต้องหรือไม่ มีปัญหาอะไร

บ้าง และยาที่ได้สามารถบรรเทาอาการได้ดีแล้วหรือยัง ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับการรักษาต่อไป โดยควรยืนยันกับผู้ดูแลว่ายา opioids ที่ให้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจหรือเร่งให้ผู้ป่วยจากไปเร็วขึ้น

1.1.6 Examination รวมตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย พยายามหาสาเหตุและแก้ไขเหตุที่แก้ได้ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องหลีกเลี่ยงหัตถการหรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สร้างความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยโดยที่ไม่เกิดประโยชน์ในแง่ของการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายผู้ป่วย เป้าหมายและความคาดหวังในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย นอกจากนี้การตรวจร่างกายเพื่อประเมินสุขอนามัยโดยทั่วไป อันประกอบด้วย ความสะอาดของช่องปาก รูทวารต่างๆ โดยเฉพาะกรณีที่ต้องใส่สายยางใดๆก็ตาม ความสะอาดของเนื้อตัว/แผลกดทับ ล้วนมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย หากผู้ป่วยอยู่ในสภาพสะอาดสะอ้าน ย่อมเกิดความรู้สึกสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานไปได้มาก

1.1.7 Safety เป็นการประเมินความปลอดภัยในบ้าน ซึ่งอาจมีความสำคัญในกรณีที่ผู้ป่วยยังพอเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้ หรือหากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวต้องนอนบนเตียง และมีภาวะสับสน อาจต้องประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหรือการตกเตียงด้วย นอกจากนี้ การประเมินความปลอดภัยยังรวมไปถึงช่องทางการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินด้วย

1.1.8 Social support / service เป็นการประเมินว่ามีองค์กรหรือแหล่งใดบ้างที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ มีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว มีปัญหาทางเศรษฐกิจ การคมนาคมลำบาก อาจต้องพึ่งพาสถานีอนามัย อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน เพื่อเป็นคนประสานให้ความช่วยเหลือ เมื่อทีมพบแหล่ง/เครือข่ายให้ความช่วยเหลือแล้ว ควรต้องมีการสื่อสารข้อมูลให้เครือข่ายเข้าใจตรงกันเพื่อเข้าร่วมดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.9 Spiritual health มักเป็นการประเมินที่ได้จากการสังเกตรูป/สัญลักษณ์ทางศาสนาในบ้านผู้ป่วยร่วมกับการซักถามเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งที่มีความสำคัญทางใจต่อผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ผู้ป่วยและญาติมองเห็นความเปลี่ยนแปลงชัดเจน อาจเกิดความกังวลและกลัว ทีมสุขภาพ โดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ อาจมีบทบาทอย่างมากในการช่วยหาสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวบรรเทาความกังวล รู้สึกสบายใจมากขึ้น เช่น ในครอบครัวที่นับถือพุทธศาสนา การทำบุญ ขออโหสิกรรม อาจช่วยปลดเปลื้องความทุกข์ใจรู้สึกมีที่ยึดเหนี่ยว หรือช่วยละคลายสิ่งที่ยังติดค้างให้ผู้ป่วยและญาติได้

1.2 การประเมินผู้ดูแล เน้นที่ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สภาพจิตใจของผู้ดูแล และต้องไม่ลืมประเมินภาวะ caregiver burnout ร่วมกับประเมินความช่วยเหลือที่ครอบครัวได้รับขณะนี้ด้วย

2. **การจัดการอาการเบื้องต้น** หลังจากประเมินและระบุปัญหาได้แล้ว ควรมีการปรับยาเบื้องต้นเท่าที่สามารถทำได้ และอาจทำหัตถการเพื่อให้ผู้ป่วยทรมานน้อยลง ตามปัญหาและอาการของผู้ป่วยขณะนั้น เช่น การให้ยาฉีด การเจาะระบายน้ำในท้อง เป็นต้น

3. **ด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำ** หากผู้ป่วยยังรู้สติดี ควรประเมินความต้องการรับรู้ข้อมูลผู้ป่วยและแจ้งข้อมูลให้ทราบตามสมควร ที่สำคัญควรให้ข้อมูลแก่ญาติ ถึงวิธีจัดการอาการและปัญหาต่างๆที่ญาติกังวล รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ญาติมีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจและไม่

ตื่นตระหนกจนเกินไปหากเกิดภาวะเหล่านั้นขึ้น นอกจากนี้ การให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกัน ที่สำคัญหากเป็นไปได้ควรมีช่องทางให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

4. **หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่ใกล้เสียชีวิต (last hours of life)** ทีมควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับญาติ ให้คำแนะนำเป็นพิเศษเกี่ยวกับเหตุการณ์หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิต

ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน ควรดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- สรุปผล หลังจากที่ทีมสุขภาพได้ร่วมกันประเมินผู้ป่วย ครอบครัว สภาพแวดล้อม ของผู้ป่วยแล้ว ควรมีการประชุมหารือร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทุกแง่มุม เนื่องจากในทีมสหสาขาวิชาชีพ ย่อมมีมุมมองที่ละเอียดแตกต่างกัน เช่น แพทย์ย่อมได้ข้อมูลละเอียดในแง่ของตัวโรค อาการต่างๆที่รบกวนผู้ป่วย พยาบาลย่อมมีรายละเอียดในแง่ของวิธีการดูแล วิธีให้ยาหรือการพยาบาลจากญาติผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ย่อมมีข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เป็นต้น การแลกเปลี่ยนมุมมองซึ่งกันและกันย่อมนำมาซึ่งความเข้าใจในตัวผู้ป่วยที่ร่วมดูแล และมองเห็นปัญหาทั้งหมดที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวในขณะนั้นๆ
- วางแผนการรักษาร่วมกัน และแยกย้ายกันดำเนินการตามแผนการรักษา ซึ่งอาจต้องมีขั้นตอนที่ต้องกระทำในโรงพยาบาล เช่น ขอคำปรึกษาเพิ่มเติมจากแพทย์เฉพาะทาง เบิกยาเพิ่ม ผสมยาให้ญาตินำกลับไปให้ผู้ป่วยต่อ เบิกกายอุปกรณ์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งหลังจากที่ดำเนินการตามแผนที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ควรบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย แฟ้มเยี่ยมบ้าน หรือเวชระเบียนด้วยทุกครั้งเพื่อง่ายต่อการติดตามหากทีมสุขภาพอื่นจะเข้ามาร่วมดูแลหรือรับช่วงต่อ และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมสุขภาพ
- กำหนดวันนัดติดตาม เนื่องจากในผู้ป่วยระยะท้ายนั้น มักเหลือระยะเวลาไม่มาก การนัดติดตามอาการด้วยเวลาเป็นเดือนเหมือนอย่างการเยี่ยมบ้านทั่วไปอาจไม่สามารถทำได้ ดังนั้นการนัดติดตามจะต้องเปลี่ยนแปลงไปตามอาการและตามพยากรณ์ระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ซึ่งมักจะคาดได้จาก performance status ของผู้ป่วยที่ประเมินได้ขณะนั้นๆ ในรายที่เหลือเวลาไม่มากอาจต้องลงเยี่ยมบ้านอีกในระยะเวลาอันสั้น เป็นวันหรือสัปดาห์ กรณีที่ไม่สามารถลงเยี่ยมบ้านได้ อาจใช้วิธีติดตามอาการทางโทรศัพท์

ประเด็นทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Nursing issues at home)

ก่อนที่ผู้ป่วยจะมารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะได้รับการดูแลที่บ้านจากบุคคลในครอบครัวมาก่อนระยะหนึ่งแล้ว การตัดสินใจพาผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปดูแลที่บ้าน จึงขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก รวมทั้งทุกๆคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลจะต้องปรึกษาหารือและตกลงใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกัน การช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเลือกสถานที่ดูแลตนเองตามความต้องการที่บ้านได้ จำเป็นต้องบูรณาการการดูแล (Integrated approach) ทีมสุขภาพผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ หัวข้อสำคัญที่จำเป็นต้องนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ประสบผลสำเร็จและมีคุณภาพที่ดีได้มีดังนี้

1. **การประเมินบ้าน (Assessment of the home)** สิ่งแวดล้อมภายในบ้านอาจจะจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถนำผู้ป่วยเข้ามาดูแลที่บ้านได้ พยาบาลในชุมชน (community nurse) ร่วม

กับนักฝึกอาชีพ (occupational therapist) และนักกายภาพบำบัด (physiotherapist) ทำหน้าที่ในการประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนนักสังคมสงเคราะห์ (social worker) ทำหน้าที่ประเมินบ้านเพื่อให้การสนับสนุนกับครอบครัว จัดสรรชุดการดูแล (package of care) และให้คำแนะนำด้านเศรษฐกิจและการเงิน มีทีมการดูแลปฐมภูมิ (primary care teams) เป็นหน่วยการดูแลที่สำคัญที่สุด ในการช่วยเหลือและวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลตามที่ต้องการ

2. **อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ (Appliances, equipment)** โดยการจัดหาและช่วยประยุกต์หรือปรับเปลี่ยนข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านเพื่อให้สะดวกและเหมาะกับการดูแล ได้แก่ การจัดห้องนอนไว้บริเวณชั้นล่าง จัดทำประตูที่กว้างขึ้นสะดวกในการเข้าออก การทำทางลาด การจัดหาเตียง และที่นอนลมช่วยลดแรงกดทับ จัดหาอุปกรณ์ช่วยอาบน้ำและห้องน้ำเคลื่อนที่ (toilet appliances) จัดหาอุปกรณ์ช่วยกรณีไม่สามารถกลั้นการขับถ่ายได้ จัดหารถเข็นนั่ง (wheel chair) และอุปกรณ์อื่นๆตามความเหมาะสม

3. **ผู้ทำหน้าที่ประสานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Co-ordination of home)** พยาบาลเวชปฏิบัติ และพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน เป็นบุคคลสำคัญที่รับผิดชอบในการให้การรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และควรเป็นผู้เชี่ยวชาญลำดับแรกที่ต้องทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถ้าทีมดูแลภายในโรงพยาบาลพิจารณาเห็นสมควรว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจำเพาะด้านการดูแลแบบประคับประคอง ต้องมีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลให้กับทีมดูแลปฐมภูมิก่อนที่จะปรึกษาพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical nurse specialist) หรือทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (community specialist team) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล มีความสำคัญอย่างยิ่งที่สมาชิกของทีมดูแลปฐมภูมิจำเป็นต้องตระหนักรู้ถึงทักษะของทีมการดูแลประคับประคองในชุมชน (specialist community palliative care team)

4. **พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical nurse specialist)** เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านดูแลแบบประคับประคอง สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆได้ มีความรู้เรื่องยาโดยเฉพาะยามอร์ฟีนเป็นอย่างดี อธิบายแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ พยาบาลกลุ่มนี้อาจจะมีผู้ป่วยในความรับผิดชอบน้อยกว่าพยาบาลในชุมชน ดังนั้นจึงมีเวลาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พอๆกัน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ให้การสนับสนุนกับพยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลชุมชนอีกด้วย สามารถให้ข้อมูลและจัดหาแหล่งทุนในการช่วยเหลือให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ เช่น เงินช่วยเหลือเบื้องต้น เบี้ยเลี้ยง เงินจ่ายสมทบ เป็นต้น

5. **การสื่อสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (Communication between professionals)** เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทีมดูแลปฐมภูมิ มีความสำคัญจำเป็นจะต้องได้รับข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค เป้าหมายในการการดูแลรักษา ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวดและไม่สุขสบายอื่นๆ รวมทั้งรายละเอียดความต้องการที่ออกมาเป็นคำพูด (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลชุมชนต้องลงเยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลต่างๆให้ครบและสามารถสื่อสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องได้

6. **ชุดการดูแล (Package of care)** โดยทั่วไปนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานชุดการดูแลที่บ้าน ซึ่งประกอบไปด้วยการช่วยเหลือจากทีมดูแลปฐมภูมิที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน

ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง และอาสาสมัครที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ

7. ความต้องการการมีส่วนร่วม (Anticipating needs) ในการเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคระยะลุกลามจำเป็นจะต้องมีการส่งต่อกันระระหว่างแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง (palliative medicine specialist) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ถึงแผนการดูแลล่วงหน้าและการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในอนาคต

8. คลินิกผู้ป่วยนอก (Out-patient clinics) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จะมีผู้เชี่ยวชาญเข้าไปประเมินปัญหาและสามารถให้คำแนะนำในการดูแลได้โดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนคลินิกผู้ป่วยนอกทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังการก้าวหน้าหรือการลุกลามของตัวโรคเท่านั้น

9. คลินิกลดปวด (Pain clinic) เป็นคลินิกผู้ป่วยนอกที่อยู่ภายใต้การนำของวิสัญญีแพทย์และพยาบาล ร่วมกับจิตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และรังสีรักษา มีทักษะในการจัดการความปวดที่ซับซ้อนโดยวิธีการต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การผ่าตัดระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับความปวด (nerve-blocking) การให้ยาเสริมฤทธิ์ (adjuvant analgesics) เพื่อลดปวดร่วมกับการดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ

10. นักกายภาพบำบัดในชุมชน (Community physiotherapist) ผู้ป่วยระยะท้ายมีการส่งปรึกษาให้กับนักกายภาพบำบัดน้อยมาก โดยความเป็นจริงควรได้รับการปรึกษาตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเมื่ออาการของผู้ป่วยแย่ลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงวิธีการช่วยผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ วิธีการระบายเสมหะ การจัดท่าในการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสมขณะมีกิจวัตรประจำวันเพื่อช่วยสงวนพลังงาน นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า อาการแขนขาอ่อนแรงจากการลุกลามของโรคไปกระดูกไขสันหลัง รวมถึงอาการแขนหรือขาบวมที่เกิดจากระบบไหลเวียนน้ำเหลืองมีปัญหา (lymphedema)

11. การรักษาทางเลือก (Complementary therapies) เป็นการจัดหาทางเลือกการรักษาอื่นๆเท่าที่มีในปัจจุบันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และเป็นวิธีการที่ไม่เป็นอันตรายหรือไม่มีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย เช่น การฝังเข็ม การสะกดจิต การใช้กลิ่นบำบัด (aromatherapy)

12. จัดหาสถานบริการให้กับผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลในช่วงกลางวัน (Hospice day care) ได้มีกิจกรรมต่างๆร่วมกันไม่โดดเดี่ยว เช่น กิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย การทำอาหารเพื่อสุขภาพ และอื่นๆตามความเหมาะสม

13. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Caregivers) ผู้ดูแลมี 2 ลักษณะคือ

13.1 ผู้ดูแลในระบบ (formal caregivers) หมายถึง ทีมสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมซึ่งมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

13.2 ผู้ดูแลนอกระบบ (informal caregivers) หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ไม่ได้รับการอบรม ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าใช้จ่ายชดเชยแต่มีความสำคัญเพราะเป็นบุคคลที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จากการศึกษาของ National Association for Home Care (2005) พบว่าผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องใช้เวลาในการดูแลประมาณ 4 ชั่วโมงต่อวัน 7 วันใน 1 สัปดาห์ กิจกรรมการดูแลได้แก่ การอาบน้ำ การดูแลแผลและท่อระบายต่างๆ การให้ยาและให้อาหาร รวมไปถึงทักษะอื่นๆที่ต้องปฏิบัติจนชำนาญ มีโอกาสเกิดภาระในการดูแล (burden)ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจได้ เมื่อไรก็ตามที่ได้รับมอบ

หมายภารกิจให้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นความรับผิดชอบสูงสุด จำเป็นต้องมีเวลา มีความใส่ใจและต้องมีพลังอย่างเพียงพอการการให้การดูแล ดังนั้นผู้ดูแลควรได้มีโอกาสได้ผ่อนคลายร่างกายและอารมณ์ตามความเหมาะสม ได้มีการศึกษาเชิงคุณภาพของ Strang & Koop (2003) พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลรบกวนการเผชิญปัญหาหรือรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ได้แก่ สมรรถนะหรือความสามารถในการดูแล ปัญหาด้านเศรษฐกิจและค่าใช้จ่าย นโยบายการดูแลที่ปรับเปลี่ยนโดยเน้นให้ชุมชนเป็นฐานในการดูแล ดังนั้นค่าใช้จ่ายต่างๆในการดูแลจึงเป็นภาระของผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง ไม่มีเงินทุนในการช่วยเหลือค่ายา ค่าเดินทาง เครื่องมือการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน รวมทั้งการมีผู้ช่วยเหลืออื่นเข้ามาช่วยเหลือบ้างบางเวลาเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสได้พักผ่อน ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ไม่สามารถเบิกคืนได้และเป็นค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็น แต่โดยความเป็นจริงครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นทั้งๆที่รายได้เท่าเดิม ดังนั้นความต้องการของผู้ดูแลจึงมีหลากหลาย ต้องการให้พยาบาลชุมชนช่วยสอนการดูแลผู้ป่วยง่ายๆ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การป้อนอาหาร และยา และบางอย่างที่ยากอาจจะทำไม่ได้พยาบาลจำเป็นต้องเข้าไปช่วยเหลือยอมรับความสามารถเท่าที่มี ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทางจิตสังคม ปัญหาที่มักพบได้บ่อยคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทีมสุขภาพควรจะคอยสอบถามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลควรได้รับการกระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึกออกมา ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามารถกลับไปตายที่บ้านได้ถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนที่ดีพอ

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home nursing issues)

1. **การประเมินผู้ดูแล** การทำนายระยะเวลาที่เหลือของผู้ป่วยระยะท้าย มีประโยชน์สำหรับครอบครัวเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล สิ่งสำคัญคือ ครอบครัวต้องระบุผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีการแบ่งงานและมอบหมายหน้าที่ของแต่ละคนที่มีส่วนร่วมดูแล เพื่อให้แต่ละคนมีเวลาว่างสำหรับตัวเองในการพักผ่อน กรณีไม่มีผู้ดูแลแต่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ อาจจ้างผู้ช่วยดูแลที่บ้านได้
2. **การประสานเครือข่ายร่วมดูแล** การวางแผนการจำหน่ายและแผนการดูแล มีการส่งต่อแผนการดูแลให้กับทีมโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยมีทีมการดูแลแบบประคับประคองทำหน้าที่หลักในการประสานการดูแลร่วมกับทีมดูแลปฐมภูมิในชุมชน เพื่อประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารประจำตำบล อาสาสมัคร อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ เป็นต้น
3. **การเตรียมทีมที่พร้อมให้คำแนะนำปรึกษาให้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง** ระบบโทรศัพท์ที่สามารถโทรหาได้เมื่อเกิดปัญหาฉุกเฉิน รวมถึงเตรียมทีมสำหรับการเยี่ยมบ้าน
4. **การเตรียมพื้นที่บ้าน** พื้นที่อยู่อาศัยควรจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมกิจกรรมพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หลีกเลี่ยงให้อยู่ลำพัง การเตรียมห้องอาบน้ำและสุขาควรจัดอยู่ใกล้ๆ ให้มีพื้นที่พอสำหรับพาผู้ป่วยไปนั่งอาบน้ำ มีราวจับ โถนั่งถ่ายควรเป็นชักโครก ส่วนการจัดห้องนอนควรให้มองออกไปเห็นสวนทิวทัศน์ภายนอกได้ จัดเตียงให้สามารถเข้าได้สองด้าน มีโต๊ะข้างเตียงเล็กๆ สำหรับวางของใช้ มีที่นั่งสำหรับผู้มาเยี่ยม จัดเฟอร์นิเจอร์ไว้เท่าที่จำเป็น รวมถึงมีแสงและอากาศถ่ายเทได้ดี

5. **การเตรียมอุปกรณ์การแพทย์** ควรจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องปั้มยาต่อเนื่องที่บ้าน ที่นอนลม เตียง อุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น ถ้าจำเป็นควรจัดหามีให้เพียงพอตามความต้องการอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวมั่นใจในการดูแลและไม่ควรมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากเกินไป

6. **การดูแลเป็นพิเศษอื่นๆ**

6.1 การดูแลอาการปวด เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สิ่งสำคัญในการดูแลคือกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของอาการเป็นตัวเลข 0 - 10 ใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามระดับความรุนแรง ดีที่สุดควรให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ไม่ควรรอจนอาการปวดรุนแรง จึงค่อยให้ยา เพราะจะทำให้การควบคุมความปวดทำได้ยาก ยามีทั้งชนิดฉีด เม็ด แคปซูล น้ำ แผ่นแปะ ไม่ต้องกลัวถ้าแพทย์แนะนำให้ใช้ยามอร์ฟีนเพราะเป็นยาที่ใช้ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด ไม่ต้องกลัวติดยาหรือยาจะไปเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น บางครั้งถ้าโรคลุกลามไประบบประสาท อาจมีอาการแสบร้อนร่วมด้วย จะได้รับยาต้านการซึมเศร้า และยากันชักร่วมด้วย ฤทธิ์ข้างเคียงสำคัญของยามอร์ฟีนที่มักจะพบไปตลอดระยะเวลาที่ได้รับยาเพื่อควบคุมอาการปวดคือ อาการท้องผูก ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจ รวมทั้งต้องรับทราบว่าปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มีส่วนส่งเสริมให้อาการปวดรุนแรงขึ้น ดังนั้นการดูแลเพื่อลดปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญไม่น้อยกว่ายา

6.2 การดูแลอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากมีสาเหตุมาจาก ปอดถูกทำลาย มีน้ำในปอด ซีด ร่างกายซูบผอม มีภาวะอ่อนเพลีย ซึ่งสาเหตุดังกล่าวจัดการได้ยาก อาการหอบมักทำให้เกิดอาการตกใจกลัว ดูแลโดยการฝึกการหายใจ เปิดพัดลมใส่หน้า จัดท่า เบี่ยงเบนความสนใจ และใช้วิธีการผ่อนคลายจะช่วยบรรเทาอาการได้ กรณีไม่ได้ผลจำเป็นต้องใช้ยามอร์ฟีนในขนาดน้อยๆกินเพื่อลดการ หรือถ้ามีออกซิเจนในร่างกายต่ำ จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนที่บ้าน ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ วางแผนการทำกิจกรรมและสงวนพลังงาน

6.3 การดูแลอาการท้องผูก ท้องผูกมีสาเหตุมาจากโรคที่ลุกลาม การเคลื่อนไหวลดลง รับประทานได้น้อย และที่สำคัญคือผลข้างเคียงจากยามอร์ฟีน การดูแลควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา ถ้าไม่ถ่ายใน 3 วัน จำเป็นต้องปรับเพิ่มขนาดยาระบาย เหน็บหรือสวนอุจจาระร่วมด้วย

6.4 การดูแลอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคลื่นไส้อาเจียนอาจมีสาเหตุมาจากโรคในช่องท้องหรือโรคที่สมอง หรืออาจเกิดจากยาและอาการข้างเคียงของยา ดูแลโดยให้รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นฉุน มัน รสจัด รักษาความสะอาดในช่องปาก ดูแลลดความวิตกกังวล

6.5 การดูแลภาวะโภชนาการ (Nutrition) การรับประทานอาหารเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ภาวะเบื่ออาหารและร่างกายซูบผอมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เป็นธรรมชาติของโรค มีความจำเป็นที่เราต้องอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าเขาจะไม่ตายจากการอดอาหาร อธิบายว่าที่ผู้ป่วยไม่หิวและเบื่ออาหารเป็นจากโรคมะเร็ง แต่กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มีความจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (enteral feeding) หรือพิจารณาทำ gastrostomy นอกจากนี้ยังพบความเข้าใจผิดได้บ่อยๆ เช่น “ถ้าไม่ได้กินอาหารคนเราจะตาย หรือถ้ากินได้เรา

จะรอด” “อาหารบางอย่างรักษาโรคมะเร็งได้” หรือ “อาหารมีความจำเป็นในการช่วยรักษาภาวะแทรกซ้อน” ต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าในระยะโรคมะเร็งลุกลาม การได้รับอาหารลดลง หรือการถอดถอนสารอาหารทางหลอดเลือดไม่ได้หมายความว่าจะทำให้ชีวิตเขาสั้นลง แต่ต้องยอมรับว่าระยะเวลาที่เหลืออยู่มีน้อยลงเป็นไปตามธรรมชาติของโรค

6.6 อาหารของผู้ป่วยระยะท้าย ในระยะไม่กี่สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต ควรมีแนวปฏิบัติเรื่องอาหาร (dietary guidelines) ดังนี้

- ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปทุกวัน บางวันรับประทานอาหารได้มาก บางวันรับประทานอาหารได้น้อย บางวันไม่รับประทานอาหารเลย สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นปกติของผู้ป่วยระยะท้าย แต่มีความจำเป็นที่ต้องอธิบายให้ครอบครัวรับทราบด้วย
- อาจจะรับประทานอาหารมากในมื้อเช้า แต่ไม่รับประทานอาหารเลยในมื้อเย็น
- ในระยะใกล้เสียชีวิตการให้น้ำ (อาจจะเป็นน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น) ขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
- ความต้องการของผู้ป่วยสำคัญที่สุด ควรจัดอาหารที่ชอบ เลี่ยงอาหารรสเผ็ด

ภายหลังการอธิบายให้ข้อมูลเหตุผลในเรื่องอาหารและน้ำกับครอบครัวแล้วเกิดความกังวลจำเป็นต้องมีอภิปรายและพูดคุยกันถึงเรื่องนี้อีกครั้ง

6.7 การดูแลอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีสาเหตุมาจากการรับรสเสียไป เป็นไปตามการลุกลามของโรค ไม่ควรกังวลและไม่ต้องคาดหวังให้ผู้ป่วยรับประทานให้ได้ทีละมากๆ ดูแลจัดอาหารที่ชอบให้รับประทานทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

6.8 การทำความสะอาดช่องปาก (Mouth care) ปัญหาช่องปากมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดื่มและกินได้ การประเมินอนามัยในช่องปากมีความจำเป็น อาการที่มักพบบ่อยคืออาการปากแห้ง จากการขาดน้ำ ดูแลโดยให้อมน้ำแข็ง จิบน้ำบ่อยๆ อมผลไม้รสเปรี้ยว เช่น สับปะรด มะนาวฝานแช่แข็ง หรืออาจใช้วาสลีนทาริมฝีปากบ่อยๆให้ชุ่มชื้น

6.9 การดูแลภาวะแขนขาบวม (Lymphedema) เนื่องจากระบบน้ำเหลืองไม่สามารถระบายออกได้และมีการอุดกั้น ควรส่งต่อให้กับนักกายภาพบำบัดและทีมที่มีความชำนาญจำเพาะในการดูแลแบบประคับประคองให้การดูแล วิธีการดูแลโดยใช้วิธีการนวด และการใช้ผ้ายืดพัน (specialized bandaging)

6.10 การดูแลภาวะท้องมาน เกิดจากมีการคั่งของน้ำในช่องท้อง ทำให้รู้สึกอึดอัดทรมาน ในระยะแรกอาจได้รับรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ หรือเจาะน้ำช่องท้อง ในระยะใกล้เสียชีวิตการเจาะระบายเอาน้ำออกจะไม่สามารถทำได้อีก ดูแลโดยการจัดท่าศีรษะสูง ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจให้รู้สึกผ่อนคลาย

6.11 การดูแลผิวหนัง (Skin care) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ต้องมีการเฝ้าระวังและระมัดระวัง ตรวจหาตำแหน่งที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับ การใช้ที่นอนลมบางครั้งสามารถช่วยได้ หรือการใช้เจลหรือคอลลอยด์หลังทำแผลติดไว้จะช่วยทำให้อยู่ได้หลายวัน ในการทำแผลถ้ามีอาการปวดอาจจำเป็นต้องให้มอร์ฟีนก่อนการทำแผล 20 นาที กลิ่นจากแผลอาจจะใช้ยา metronidazole ชนิดกินหรือฉีดก็ได้ทาเคลือบแผลเพื่อลดกลิ่น ในระยะแรกรับประทานอาหารและดื่มน้ำให้เพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายแล้วควรให้กินอาการที่ชอบไม่ควรจำกัด การกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มี

โอกาสเกิดแผลกดทับและแผลมีโอกาสหายได้ยาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลผิวหนังโดยรอบอย่างดี

6.12 การดูแลแผลมะเร็ง (Fungating wound) ควรมีการจัดการกับอาการที่ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายดังนี้

6.12.1 สารคัดหลั่ง (Exudates) กรณีที่มีสารคัดหลั่งน้อย การทำแผลดีที่สุดคือการใช้ NSS เทราดแผลให้ชุ่มก่อนเพื่อง่ายในการแกะลอกแผลป้องกันการบาดเจ็บและเลือดออก (ควรระวังในการใช้ไฮโดรเจนเพอออกไซด์ เดกิ้นโซลูชันหรือโปรวิดีนในการทำแผล) สวนล้างแผลโดยใช้ syringe ขนาด 20 ซีซี ดูด NSS ใช้เข็มเบอร์ 18 ฉีดด้วย low-pressure ช่วยชะล้างเนื้อตายออกและลดปริมาณแบคทีเรียได้ กรณีที่มีสารคัดหลั่งออกมาจากแผลจำนวนมากซึมเปื้อนเสื้อผ้า เตียงนอน ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย วิธีการดูแลคือ ใช้วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรกก่อน และชั้นที่สองตามด้วยก๊อสหรือท๊อปก๊อสเพื่อระบายสารคัดหลั่งที่ออกมาระหว่างวัน ทำแผลเพื่อเปลี่ยนวัสดุชั้นแรกวันละครั้ง ส่วนชั้นที่สองถ้าพบว่าสารคัดหลั่งซึมผ่านทะลุมาถึงผ้าพันแผลชั้นนอกสุดสามารถเปลี่ยนได้วันละ 2-3 ครั้ง อาจใช้โฟม (foam) หรือ อัลจิเนท (alginate) ในการดูดซับสารคัดหลั่ง หรือใช้ผ้าอนามัย (menstrual pad) ซึ่งช่วยดูดซึมได้ดีเยี่ยมและมีพลาสติกด้านหลังเพื่อป้องกันสารคัดหลั่งทะลุผ่านมาได้ป้องกันการซึมเปื้อนเสื้อผ้า ร่วมกับการใช้ barrier ointment หรือ skin sealant เช่น วาสลีน หรือซิงค์ออกไซด์ ทาเคลือบผิวหนังรอบๆแผล

6.12.2 เลือดออก (Capillary bleeding) ลอกวัสดุออกจากแผลเบาๆด้วยความใส่ใจและนุ่มนวล ถ้าแผลติดแน่นมากใช้ NSS เทราดแผลให้เปียกชุ่มเพื่อใช้ความชื้นเซาะให้หลุดลอกวัสดุออกง่ายหรือใช้วัสดุที่ป้องกันการติดกันระหว่างแผลกับวัสดุที่ใช้ทำแผล เช่น วาสลีนก๊อส หรือ sofra-tulle

6.12.3 กลิ่นไม่พึงประสงค์ (Malodour) กรณีมีการติดเชื้อที่แผลแต่ไม่ได้มีการติดเชื้อในกระแสเลือดควรใช้ metronidazole <u>ทาเฉพาะที่</u>ในการควบคุมกลิ่นจะได้ผลดีกว่าให้โดยการฉีด ดังนี้

❖ ยา metronidazole ชนิดเม็ดโดยการบดยาให้ละเอียดแล้วโรยแผลหรือผสมกับ sterile water ให้ได้สารละลายที่มีความเข้มข้น 0.5% (5mg/ml) เตรียมโดยใช้ยา 1 เม็ดผสม sterile water 40 ml และ 1% (10 mg/ml) เตรียมโดยใช้ยา 1 เม็ดผสม sterile water 20 ml นำไปชุบกับก๊อสจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล วิธีการนี้ต้องระวัง เพราะก๊อสอาจยึดติดกับแผล เมื่อทำแผลครั้งต่อไปถ้าลอกออกจะส่งผลให้เกิดอาการปวดและเลือดออกได้

❖ 1% metronidazole injection solution (500mg/ขวด) เตรียมโดยการใช้ก๊อสชุบน้ำยาจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล สามารถลดกลิ่นได้ภายใน 2-7 วัน (ยาที่เหลือสามารถเก็บใช้ได้ต่อจนหมดภายใน 7 วัน โดยเก็บให้พ้นแสง ในอุณหภูมิปกติ ไม่ควรแช่เย็น)

6.13 การดูแลภาวะอ่อนล้า อาจมีสาเหตุมาจากการลุกลามของโรค ภาวะซีด เมตาโบลิซึมและเกลือแร่ในร่างกายปกติ เบื่ออาหารรับประทานได้ลดลง นอนหลับไม่เพียงพอจากอาการปวด หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น การให้ยาวิตามินและยาบำรุงไม่ได้ช่วยให้อาการอ่อนเพลียดีขึ้น ควรให้ความสำคัญกับการพักผ่อนและควรจัดกิจกรรมในช่วงที่รู้สึกสดชื่น

6.14 การดูแลอาการนอนไม่หลับ อาการนอนไม่หลับอาจเนื่องมาจากอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ที่ควบคุมไม่ได้ เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้อาเจียน การดูแลโดยจัดการอาการปวดและอื่นๆ ให้สุขสบายที่สุด ไม่ควรนอนกลางวันมาก ไม่ควรดื่มน้ำ ชา หรือกาแฟก่อนนอน ถ้าจำเป็นอาจต้องใช้ยา

นอนหลับช่วย

6.15 การดูแลอาการวิตกกังวล กลัว และซึมเศร้า มีสาเหตุจากความรุนแรงของโรคที่คาดเดาอะไรไม่ได้ และคาดหวังกับการรักษา ดูแลโดยอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ เป็นผู้ฟังที่ดี พูดคุยกันอย่างเปิดเผยและจริงใจ ให้ข้อมูลกับทีมสุขภาพตามตรงเพื่อให้การช่วยเหลือ

7. ทักษะในการให้การพยาบาล หัวใจสำคัญของการให้การพยาบาล คือ การไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ความนุ่มนวลในการดูแล และคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทักษะจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้จากพยาบาลมีดังนี้

7.1 การยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปเก้าอี้ หรือจากเก้าอี้ไปห้องน้ำ
- การจัดท่าให้ผู้ป่วยสุขสบาย และการจัดท่าบนเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- หลักการสำคัญของการยกผู้ป่วยคือ ขณะยกผู้ป่วยให้งอเข่าสองข้างแทนการก้มหลัง
- การหมุนเตียงนอน หรือจัดเก้าอี้ให้สูงขึ้น มีประโยชน์ ช่วยให้เบาแรงในการช่วยผู้ป่วยลุกยืน

7.2 การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ควรเปลี่ยนผ้าปูที่นอนในช่วงเวลาเดียวกับการเช็ดตัวผู้ป่วยบนตียง จัดที่นอนให้เรียบตึง ใช้ผ้าขวางเตียงปูทับบนผ้ายางขวางเตียงเมื่อผ้าขวางเตียงเปียก สกปรกหรือผู้ป่วยปัสสาวะอุจจาระราด ควรเปลี่ยนเฉพาะผ้าขวางเตียงไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอน

7.3 การดูแลอื่นๆตามความเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ได้มีวิธีการที่ตายตัว ควรยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พร้อมกับสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยพอใจและสุขสบายอยู่เสมอดังนี้

- การจัดสิ่งแวดล้อมในห้อง แสงสว่าง รูปภาพ การใช้กลิ่นที่ชอบ เช่น น้ำหอม สมุนไพรในห้องนอนหรือห้องนั่งเล่น ช่วยสร้างความพึงพอใจได้
- การตัดเล็บให้สั้น ช่วยให้รู้สึกสะอาด
- การอาบน้ำให้ด้วยสบู่ หรือสระผมด้วยน้ำอุ่นและช่วยนวดศีรษะเบาๆ จะทำให้รู้สึกดีและสุขสบายขึ้น
- การช่วยจัดหาเสื้อผ้าที่ชอบ และใส่สบาย
- ถ้าอากาศเย็น การใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาดร่างกายจะทำให้รู้สึกสะอาดและสบาย
- การนวดตัวให้เบาๆ โดยใช้น้ำมันหอมระเหย จะเพิ่มความสุขสบายขึ้น
- การทำความสะอาดช่องปาก ถ้าไม่มีปัญหาเกร็ดเลือดต่ำ และผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีควรแปรงฟันด้วยแปรงขนาดเล็กขนนุ่มทุกวัน เมื่อเริ่มมีการรู้สติลดลงอาจใช้แคลมป์ (clamp) คีบสำลีเพื่อป้องกันสำลีหลุดเข้าไปในคอ ชุบน้ำเกลือแล้วเช็ดให้ทั่วปาก สร้างความมั่นใจการการใกล้ชิดกัน

7.4 การปรุงแต่งอาหารให้น่ารับประทาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีการรับรสเสียไป ควรจัดปรุงอาหารที่กลืนง่าย ดูดซึมได้ดี ปรุงรสตามความชอบของผู้ป่วย แต่งกลิ่นสีให้น่ารับประทาน เพิ่มรสจัดเล็กน้อย เพิ่มคุณค่าอาหารโดยเพิ่มส่วนผสมที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ หรือนมผง หั่นเครื่องประกอบอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ อาจหาอาหารเสริม เช่น ซัสตาเย่น หรือเอนชัวร์ (1 แก้วเทียบเท่าอาหาร 1 มื้อได้) และหลักการสำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานได้ ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง พักผ่อนบ่อยๆระหว่างมื้ออาหาร การ

ใช้หลอดดูดจะดื่มน้ำได้มากขึ้น ขจัดกลิ่นที่ชวนคลื่นไส้ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สดชื่น

7.5 การเสริมสร้างกำลังใจ เรียนรู้เป็นผู้ฟังที่ดี กระตุ้นการพูดคุยอย่างเปิดเผยและจริงใจเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่รู้สึกกลัว เศร้าหรือโกรธได้ง่าย การพูดถึงความคิดและความรู้สึกตามความเป็นจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกสิ้นหวังได้ และคาดหวังตามความเป็นจริงในระยะเวลาที่เหลืออยู่

7.6 ทักษะอื่นๆ เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเทปัสสาวะออกจากถุง การให้ยาฉีดเมื่อจำเป็น เช่น การฉีดยามอร์ฟีนเวลาปวดรุนแรงทันทีทันใด หรือการฉีดยาสเตียรอยด์หรือยาอื่นๆที่บ้าน การเรียนรู้การใช้เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องที่บ้าน (syringe driver) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการควบคุมอาการไม่สุขสบายได้อย่างดี

8. การดูแลเรื่องยา

8.1 ควรบันทึกการให้ยา ชนิดของยา และเวลาที่ให้ยา รวมทั้งยาที่ให้เมื่อจำเป็น เช่นยาลดปวดที่ออกฤทธิ์สั้นที่ใช้ลดปวดระหว่างวันทุก 2 ชั่วโมง ควรบันทึกว่ารับประทานเวลาไหนบ้าง วันละกี่ครั้ง

8.2 ยาเม็ดควรจัดใส่กล่องที่มีหลายๆช่อง (มีฝาปิด) โดยแบ่งเป็นมื้อๆใน 1 วัน

8.3 เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา คลื่นไส้อาเจียน ซึมลง กลืนยาไม่ได้ ต้องรีบปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพื่อปรับการให้ยาทางอื่น เช่น ทางทวารหนัก หรือทางชั้นใต้ผิวหนัง

การวินิจฉัยผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

แพทย์มีความสำคัญในการให้การวินิจฉัยผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น ซึมลง ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง นอนมากกว่าตื่นมาสื่อสารกับครอบครัว บางครั้งมีกระวนกระวาย สับสน สนใจอาหารและน้ำลดลง เริ่มกลืนลำบาก ดังนั้นก่อนการวินิจฉัยแพทย์ควรประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากผู้ดูแลและพยาบาลเยี่ยมบ้าน อาการแสดงอย่างอื่นที่แสดงว่าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตได้แก่ อุณหภูมิร่างกายลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น การหายใจผิดปกติไม่สม่ำเสมอ เร็ว ช้า และหยุดหายใจสลับกัน (cheyne-stokes) ความดันตกลง สีผิวซีดจาง อ่อยเพลียลงอย่างรวดเร็ว ชีพจรเบาเร็ว

การพยาบาลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้าน

จุดมุ่งหมายของการพยาบาลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้านคือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาอะไรที่ไม่เป็นประโยชน์ และไม่จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุการดำเนินโรค ดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเน้นการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย รวมถึงให้การดูแลครอบครัว จำเป็นต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ในประเด็นดังต่อไปนี้

- โดยทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัวมักจะอยากรู้ว่าความตายจะมาถึงเมื่อไร ควรทำความเข้าใจและแจ้งว่าจะสามารถคาดหวังอะไรได้บ้าง และให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการดูแลที่บ้านได้ตามที่ต้องการ
- ผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- ผู้ป่วยจะได้รับการควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆได้ดี และสามารถควบคุมสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้

- ให้ทางเลือกเพื่อเข้าถึงสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความต้องการไม่ใช่เฉพาะบ้านและโรงพยาบาลเท่านั้น
- ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตวิญญาณตามความเหมาะสม
- บอกความต้องการว่าต้องการให้ใครอยู่ด้วยในวันเสียชีวิต มีโอกาสได้กล่าวลาบุคคลที่ต้องการ
- ความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคต (ลงชื่อเป็นหลักฐานด้วยตัวเอง) เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายต้องเคารพความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วย
- สามารถจากไปได้เมื่อเวลามาถึงโดยไม่ต้องการยื้อเวลาออกไปอีก

การให้การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้าน ควรให้การดูแลดังต่อไปนี้

1. **ทบทวนยาที่ได้รับ** หยุดยาที่ไม่จำเป็น ได้แก่ ยาวิตามิน (iron, vitamin) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคระยะยาว (cardiac drug, hypoglycemia, anti-hypertensive drug, diuretic, potassium supplement, H2antagonist) ยาฆ่าเชื้อ (Long-term ATB) ยาต้านการซึมเศร้า (antidepressant)
2. **ปรับเปลี่ยนวิถีทางในการให้ยา (Route of administration)** ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตเริ่มกลืนไม่ได้ การรู้สติลดลง แต่อาการปวดและไม่สุขสบายต่างๆยังคงมีอยู่ ควรให้ทางชั้นใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่องปั้มยาต่อเนื่อง ยาที่ให้ทางชั้นใต้ผิวหนังได้และที่มักใช้บ่อยๆ ได้แก่ morphine, haloperdol, midazolam, metochopramide และ Hyoscine bytylbromide
3. **การคาดคะเนปัญหาหรืออาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต** เป็นทักษะของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมยาเพื่อให้ผู้ป่วยไว้ใช้ที่บ้านเพื่อควบคุมอาการปวดและไม่สุขสบายต่างๆในช่วงระยะใกล้เสียชีวิต เช่น ยามอร์ฟีนเพื่อใช้สำหรับ breakthough pain ยา midazolam เพื่อลดอาการกระวนกระวาย หรือ atropine เพื่อช่วยเสมหะในทางเดินหายใจแห้ง ช่วยลดอาการเสียงหายใจดัง (Noisy secretions) ได้เป็นต้น
4. **การจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ**

4.1 อาการปวด ควรให้ยา morphine SC ทุก 4 ชม. หรือให้โดยใช้เครื่องปั้มยาต่อเนื่องที่บ้าน (syringe driver) ไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต และควรดูแลให้ได้รับยา breakthough pain ตามความเหมาะสม

4.2 อาการกระวนกระวาย (Restlessness) ควรประเมินหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร เช่น การควบคุมความปวดได้ไม่ดี ปัสสาวะ อุจจาระคั่งค้าง มีแผลกดทับหรือไม่ ถ้าสาเหตุที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ควรจัดการอาการด้วยยา midazolam และควรให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่องปั้มยาต่อเนื่องและควรจัดเตรียมยา midazolam สำหรับ breakthough ทุก 2-4 ชั่วโมง

4.3 หายใจเสียงดัง (Noisy secretions) อาการเหล่านี้จะไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานแต่มักทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวล ดังนั้นควรมีการสื่อสารพูดคุยกัน ยาที่ช่วยได้คือ buscopan หรือ atropine โดยให้ยาทางใต้ผิวหนังต่อเนื่อง หรือเพื่อง่ายกับครอบครัวใช้ 1% atropine eye drop หยอดใต้ลิ้น 4 หยดทุก 4 ชั่วโมง

4.4 อาการชัก (Convulsions) ควบคุมได้โดยการให้ midazolam หรือ phenobarb ทางใต้ผิวหนัง หรือใช้ rectal suppository diazepam solution เมื่อมีอาการ

4.5 ภาวะเลือดออก (Haemorrhage) เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวกลัว ตกใจ สะเทือนใจได้ แพทย์ต้องประเมินพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ถ้าเผชิญปัญหาไม่ได้ควรเตรียมให้สามารถเข้ามารักษาในโรงพยาบาลได้ สิ่งที่ต้องเตรียมที่บ้านคือผ้าสีเข้ม และยา sedative ควรได้เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกหลังเสียชีวิต

4.6 อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการควบคุมอาการหายใจลำบากได้โดยการให้ยาในกลุ่ม opioid (morphine หรือ fentanyl) คู่กับยาในกลุ่ม benzodiazepines (เช่น midazolam, diazepam, lorazepam) ดีกว่าการให้ยาในกลุ่ม opioid อย่างเดียว

4.7 อาเจียน (Vomitting) ยาที่ใช้บ่อยในการรักษาอาการของผู้ป่วยระยะนี้ คือ metochopramide หรือ haloperidol

ดังนั้นยาที่ควรเตรียมพร้อมในกระเป๋าเยี่ยมบ้าน (Drug in the bag) ของพยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองได้แก่ morphine, dexamethasone, buscopan, midazolam (ถ้าไม่มีใช้ diazepam แทนได้) และ haloperidol

5. **ทบทวนการพยาบาล** เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายมากที่สุดจนกว่าจะเสียชีวิต

5.1 การดูแลช่องปาก อาการปากแห้งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยระยะท้าย ต้องสอนครอบครัวและผู้ดูแลในการทำความสะอาดช่องปากอย่างต่อเนื่อง จิบน้ำ อมน้ำแข็งก้อนเล็ก ทาริมฝีปากด้วยวาสลีน ดูแลช่องปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยใช้สำลีชุบน้ำเช็ดบ่อยๆ ช่วยบรรเทาอาการกระหายน้ำได้ ถ้าพบว่ามีการติดเชื้อราในช่องปาก จำเป็นต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้รับยาต้านเชื้อราร่วมด้วย

5.2 การดูแลแผลกดทับ การพลิกตัวผู้ป่วยในระยะอาจจะไม่ต้องบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่แสดงสีหน้าเจ็บปวด อาจใช้ที่นอนลมช่วย หรือใช้เบาะรองที่ปกป้องและช่วยลดแรงกดบริเวณ ส้นเท้า ข้อศอก และเข่า ในระยะนี้การดูแลผิวหนังยังมีความสำคัญ

5.3 การดูแลระบบขับถ่ายอุจจาระ ปัญหาท้องผูกในระยะใกล้เสียชีวิตอาจจะเกิดไม่ยาวนาน ควรหยุดยาระบายที่รับประทานทางปาก ควรปรับเปลี่ยนไปให้ทางทวารหนักแทน

5.4 การดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยอาจมีมีโอกาสเกิดปัสสาวะคั่งค้างต้องพูดคุยสื่อสารในครอบครัว ถ้าจำเป็นอาจต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะ หรือถ้ากลั้นปัสสาวะไม่ได้ ให้ใส่แผ่นรองซึมซับแทน และทาวาสลีนปกป้องดูแลผิวหนังโดยรอบ

5.5 การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ควรจัดให้มีการระบายอากาศดี แสงพอควร ลดเสียง ลดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ จัดหาเก้าอี้ให้กับครอบครัวได้มีโอกาสมานั่งใกล้ชิดกับผู้ป่วย จัดสิ่งของไว้ใกล้ๆสามารถหยิบจับได้ง่าย

5.6 การดูแลผู้ดูแล ดังนี้

- ถึงแม้ว่าครอบครัวจะรับทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต แต่ถึงเวลาจริงๆพบว่าครอบครัวมักมีอาการตกใจ การอยู่เป็นเพื่อนให้ความมั่นใจจะช่วยได้
- ยืนยันกับผู้ดูแลว่ายามอร์ฟีนไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยจากไปเร็วขึ้น

- อธิบายอาการที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในระยะใกล้เสียชีวิตไม่ควรกังวล เช่น หายใจเสียงดัง ไม่สม่ำเสมอ เพ้อสับสน เป็นต้น
- การกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ถือเป็นการช่วยกระบวนการเศร้าโศกเสียใจให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี
- ให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัว ตอบคำถามที่สงสัย
- รับฟังในสิ่งที่ผู้ดูแลพูดระบายให้ฟัง

6. **การดูแลภายหลังการเสียชีวิต (After death)** สัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้ดูแลและครอบครัว การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการเผชิญความเศร้าโศกของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี การตาย การสูญเสีย และความทุกข์โศกควรได้รับการดูแลโดยมองในแง่ธรรมชาติ ไม่ใช่ความผิดปกติ ทีมผู้ดูแลรักษาควรให้ความช่วยเหลือ (support) แต่ไม่ใช่การบำบัดรักษา (treatment) สามารถให้ความช่วยเหลือครอบครัวดังนี้

6.1 ช่วยเหลือสนับสนุนภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตเกี่ยวกับ การจัดการกับศพ อธิบายให้ข้อมูลและเขียนให้เห็นขั้นตอนอย่างชัดเจน การอาบน้ำศพ การฉีดยาศพ การจัดหาโลงศพ การเคลื่อนย้ายศพ การออกใบรับรองแพทย์ การแจ้งเสียชีวิต การจัดการงานศพ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในช่วงที่ครอบครัวกำลังสับสน เช่น จัดหาเบอร์โทรศัพท์ให้

6.2 คำพูดที่ควรพูดกับครอบครัวคือ “เสียใจด้วยนะคะ” “เรารู้สึกเป็นห่วงคุณ....นะคะ” “มีอะไรให้ทางเราช่วยไหมคะ บอกได้เลยไม่ต้องเกรงใจ โทรหาได้ตลอดเวลา” “อยากจะบอก อยากจะพูดอะไรไหมคะ เรายินดีที่จะรับฟัง” “ทราบว่าช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก สำหรับคุณและครอบครัว” “อยากจะพูดอะไรเกี่ยวกับ (ชื่อผู้ป่วย) ไหมคะ “เป็นกำลังใจให้นะคะ” ทุกถ้อยคำที่เราพูดกับครอบครัว หากเราพูดด้วยความจริงใจ แสดงให้เขาเห็นว่าเราพร้อมที่จะช่วยเหลือเขา ก็จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับครอบครัวว่าเขายังมีคนที่อยู่เคียงข้างเขาในวันที่เศร้าที่ทุกข์อย่างแสนสาหัส เพราะฉะนั้นคำพูดที่เหมาะสมเราก็ควรเลือกที่จะพูด

6.3 การไปร่วมงานศพตามความเหมาะสม

6.4 การทำความเข้าใจในพฤติกรรมหรือปฏิกิริยา (reaction) ของผู้ป่วยและครอบครัว เอาใจใส่ต่อความสามารถในการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย ประเมินว่ามีเรื่องอะไรที่ยังค้างคาใจอยู่หรือไม่ เราอาจจะได้ช่วยให้เขาได้คลี่คลาย

6.5 ให้ความรู้เรื่องกระบวนการของความเศร้าโศกโดยการแจก คู่มือปฏิบัติตัวปฏิบัติใจอย่างไรเพื่อรับมือกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

6.6 ให้กำลังใจ โดยการเขียนจดหมาย โทรศัพท์ติดตามประเมินความสามารถในการปรับตัวหลังสูญเสีย สอบถามความต้องการความช่วยเหลือจากทีม ส่งการ์ดแสดงความเสียใจ

6.7 ช่วยครอบครัวมองหาว่าอะไรทำให้สบายใจ เช่น ถ้ามีแหล่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา สวดมนต์ นั่งสมาธิ

6.8 ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา (grief counseling) ให้ครอบครัวได้ระบายความเศร้า นัดพบปะเพื่อจัดกิจกรรมระลึกถึงผู้จากไปร่วมกัน หรือเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้สูญเสียก็จะทำให้เกิดการเยียวยาซึ่งกันและกัน

6.9 แนะนำให้ครอบครัวดูแลตัวเองโดยเผชิญความรู้สึกที่แสดงออกมา อาจจะจัดการกับมันได้แต่บางครั้งไม่สามารถเลี่ยงความรู้สึกเศร้าได้ตลอด บางครั้งอาจต้องบอกตัวเองว่าเจ็บปวดเพื่อยืดกระบวนการความเศร้าโศก

- ดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจและร่างกายมีการเชื่อมต่อกัน เมื่อเรารู้สึกดีร่างกายจะรู้สึกดีขึ้น นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และออกกำลังกาย ไม่ควรใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดเพื่อเยียวยาความทุกข์โศก
- แนะนำให้อยู่กับปัจจุบันและรู้ตัวเองทุกขณะจิตและทุกความรู้สึก ปล่อยให้ตัวเองรู้สึกสิ่งที่หัวเราะเพื่อหาช่วงเวลาของความสุขและปล่อยให้ความเศร้าค่อยๆ คลายไป

แนะนำให้ครอบครัววางแผนล่วงหน้าสำหรับความเศร้าโศก อาจจะกลับมาเมื่อครบรอบวันหยุดพักผ่อนและครบรอบเหตุการณ์สำคัญ ความทรงจำและความรู้สึกที่เคยมีร่วมกับผู้ตาย ขอให้เตรียมตัวเตรียมใจไว้สำหรับอารมณ์เศร้า และรับรู้ว่ามันเป็นเรื่องปกติที่อาจเกิดได้

บทสรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตระยะสุดท้ายที่บ้าน ต้องเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบในบรรยากาศที่เอื้ออาทรเต็มไปด้วยญาติมิตร ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการถูกยืดชีวิตด้วยเครื่องมือต่างๆในโรงพยาบาล และยังช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวต่อการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึงได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง ยอมรับความจริงได้อย่างมีสติและสงบ ด้วยการประเมินสภาพครอบครัว อำนวยความสะดวกวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว สอน ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และให้การดูแลในสิ่งที่ครอบครัวไม่สามารถทำได้ ควรมีการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งต่อ และให้บริการเยี่ยมบ้านซึ่งความถี่ในการให้บริการนั้นจะบ่อยครั้งเพียงใดขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย หรือบ่อยครั้งตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ทั้งนี้ต้องให้การประคับประคองด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถยอมรับความจริงกับการสูญเสียภายหลังตายได้อย่างถูกต้องสมเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล

เอกสารอ้างอิง

1. กิจ เตือนราษฎร์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน. วารสารสวนปรุง 2547; 20 (1):6-19.
2. ภรเอก มนัสวานิช. Palliative care: The Transition from Hospital to Palliative Home Care.
3. สถิติผู้ป่วยระยะท้ายของหน่วยการุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พศ.2555.
4. สายพิณ หัตถีรัตน์. คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2549.
5. Akaleephan C. Current practice, financing and policy on terminal ill patients in Thailand. Doctoral thesis, University of East Anglia.
6. Benzar E, Hansen L, Kneitel A, et al. Discharge planning for palliative care patients: A qualitative analysis. J Palliat Med 2011;14:65-9.
7. Department of Family Medicine, Mayo Clinic Florida, 2008-2010. Palliative Care Home Visit Curriculum. Handout.
8. Doyle D and Jeffrey D. Palliative care in the home. New York, Oxford University Press Inc., 2007: 112-31.
9. Ferrell BR, Coyle NC, editors. Textbook of palliative nursing. New York, Oxford University Press Inc., 2006: 531-44.
10. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Rev 2013, Issue 6. No.CD00760.
11. Maida V. Factors that promote success in home palliative care: a study of a large suburban palliative care practice. J Palliat Care 2002;18:282-6.
12. Montauk SL. Home Health Care. Am Fam Physician. 1998 Nov.1st; 58(7):1608-14.
13. Penrod JD, et al. Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. J Palliat Med 2006;4:855-60.
14. Robinson BE, Pham H. Cost-effectiveness of hospice care. Clin Geriatr Med 1996;12:417-28.
15. Thomas K. Community palliative care. In: Thomas K. editor. ABC of Palliative Care. 2nd ed. Singapore: COS Printers Pte Ltd, 2006 : 68-73.
16. Unwin BK, Jerant AF. The home visit. Am Fam Physician. 1999 Oct 1; 60(5):1481-8

Module 7
Discharge Planning and Referral System and Home Care

Case Study # 1

นาย ก. อายุ 32 ปี สถานภาพสมรสคู่ สัญชาติไทย ภูมิลำเนา จ.มหาสารคาม นับถือศาสนาพุทธ ได้รับการวินิจฉัย Non-small cell lung cancer c liver metastasis c left pleural effusion ถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลของท่าน

Chief complaint: หายใจลำบากมากขึ้นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน

Past history: ไม่มีโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา ปฏิเสธโรคในครอบครัว

Present illness:

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจลำบากร่วมกับไอแห้งๆ

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลไข้ต่ำๆ อ่อนล้าลง น้ำหนักลดลง 4 กก.ใน 1 เดือน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาลเหนื่อยหอบมากขึ้น ไป โรงพยาบาลใกล้บ้านอาการไม่ดีขึ้นจึงถูกส่งตัวมา

Film CXR ดังภาพ

Psycho-social assessment

ผู้ป่วยแต่งงานมีลูก 2 คน หลังแต่งงานได้ 2 เดือน ก็ต้องไปทำงานหาเงินเพื่อมาสร้างครอบครัวที่ประเทศตะวันออกกลาง กลับมาบ้านปีละครั้งๆ ละ 2 เดือน มีโอกาสอยู่กับครอบครัวน้อยมาก ตั้งใจทำงานเก็บเงินส่งเงินมาให้ภรรยา จนสร้างบ้านได้เกือบเสร็จแต่ก็มาล้มป่วยเสียก่อน

การตรวจร่างกาย

Vital sign: T 37.2 ℃, PR 68 ครั้ง/นาที, RR 28 ครั้ง/นาที, BP 120/60 mmHg

PPS 40% ระดับความรู้สึกตัวปกติ ดูซีดและซูบผอม หายใจค่อนข้างเร็ว ใช้ O_2 cannula 5 LPM วัด O_2 saturation ได้ 93-95%

- Moderately dyspnea, not distressed, not pale
- Mild retraction of subcostals, decreased breath sound Lt.
- Liver 3 cm. below RCM, firm

Laboratory and investigation: Cr 0.9 mg/dl, Hct 25 vol%, WBC 10,050 cell/mm3, Na 133, K 3.5, HCO3 21, Cl 92 Meq/L

ขณะนอนรับการรักษาที่ รพ. ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยเกือบตลอดเวลา ได้รับการเจาะเอาน้ำในปอดออกสองครั้ง แต่ต่อมาไม่สามารถเจาะออกได้ แพทย์ได้แจ้งการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่มีการรักษาตัวโรคได้

ทีม palliative care ได้เข้ามาร่วมดูแล โดยในเบื้องต้นได้ควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโดยการให้ยา morphine และค่อยๆปรับยาจนผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น

หลังจากนั้นได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว แจ้งการพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยรับทราบ ได้บอกแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงแนวทางการรักษาอาการกรณีอยู่บ้านและโรงพยาบาลว่า มีความแตกต่างกันอย่างไร ได้ให้ผู้ป่วยคิดสะท้อนถึงความต้องการ ในที่สุดผู้ป่วยตัดสินใจขอกลับบ้านเพื่อไปใช้เวลาที่เหลืออยู่กับครอบครัว

Discussion Questions:

1. คุณจะวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้เป็นขั้นตอนอย่างไร
2. จงบอกองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายนี้ที่บ้าน และหน่วยงานของท่านมีข้อจำกัดข้อใด พร้อมบอกแนวทางการแก้ไข

Case Study # 2

คุณตาอายุ 83 ปี สถานภาพสมรสคู่ สัญชาติไทย ภูมิลำเนา อ. เมือง จ.ขอนแก่น นับถือศาสนาพุทธ
U/D: Old CVA c HT c gout
Chief complaint: ปวดอืดแน่นท้องมากก่อนมาโรงพยาบาล 7 วัน
Present illness:

7 วันก่อนมาโรงพยาบาลเบื่ออาหารไม่ถ่ายอุจจาระ ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดอืดเสียดแน่นท้อง ตาตัวเหลืองและคัน ญาติจึงพามาโรงพยาบาล

CT scan → Cirrhosis and Liver mass at segment 4-8, pulmonary nodule LLL & LUL, Degenerative change of lumbar spines.

สรุปการวินิจฉัยโรค → Advanced Cholangiocarcinoma with lung and liver metastasis

แพทย์สื่อสารกับครอบครัวพิจารณาไม่มีการรักษาต่อ และบอกว่าสามารถกลับบ้านได้ถ้าผู้ป่วยต้องการ และส่งปรึกษา Palliative care

ทีม PC ได้เข้าไปให้การดูแลจัดการอาการปวด ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียนและอาการคันจนผู้ป่วยอยู่ได้อย่างสุขสบาย ร่วมกับสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง

ประเมินด้านจิตสังคม

- ผู้ป่วยแต่งงานมีลูกสาว 4 คน อาศัยอยู่กับภรรยาและลูกสาวคนที่สาม ลูกสาวคนอื่นๆ อยู่ต่างจังหวัด
- ผู้ดูแลหลักและผู้ตัดสินใจหลัก คือ ลูกสาวคนที่ 3

ต่อมาได้ประชุมครอบครัวและแนะนำให้บอกความจริง หลังทราบความจริง ผู้ป่วยขอกลับบ้าน ปฏิเสธการพยุงชีพ

ภายหลังกลับบ้านได้ 2 สัปดาห์ลูกสาวผู้ป่วยร้องขอให้ PC team ช่วยลงเยี่ยมบ้าน เพราะรู้สึกไม่มั่นใจการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Discussion Questions:

1. จากข้อมูลข้างต้น จงบอกถึงวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนในการวางแผนลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวรายนี้
2. อภิปรายถึงประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านว่ามีอะไรบ้าง

ข้อสอบ Module 7
Discharge Planning, Refferral System and Home Care

1. การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายกลับบ้านต้องมีองค์ประกอบต่อไปนี้ **ยกเว้น**
   ก. การจัดการอาการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพก่อนการจำหน่าย
   ข. การสื่อสารเรื่องโรค วางเป้าหมายการดูแลและมีแผนการดูแลล่วงหน้า
   ค. การให้คำสัญญาว่า ผู้ป่วยสามารถกลับมาโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา
   ง. การคาดการณ์อาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและวางแผนรองรับการจัดการอาการ
   เฉลย ค.

2. ข้อใดต่อไปนี้เป็นปัจจัย**สำคัญที่สุด**ในการป้องกันไม่ให้เกิด re-admission ในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
   ก. การมีทีมลงเยี่ยมบ้าน
   ข. การมีอุปกรณ์การแพทย์ให้ใช้ที่บ้าน
   ค. มีช่องทางขอคำปรึกษาจากทีมสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง
   ง. การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ว่าหมดหนทางการรักษาแล้ว
   เฉลย ค.

3. เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านข้อใด**ถูกต้อง**
   ก. การดูแลที่บ้านครอบครัวต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
   ข. ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ต้องการดูแลที่บ้านเพราะต้องการปลดภาระการดูแลผู้ป่วย
   ค. การดูแลที่บ้านจะไม่สำเร็จถ้าไม่มีผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญ
   ง. ครอบครัวและชุมชนสามารถให้การดูแลด้านจิตใจได้ดีกว่าทีมสุขภาพ
   เฉลย ง.

4. ปัจจัยที่**สำคัญที่สุด**ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านให้ประสบผลสำเร็จ คือ
   ก. มีรถส่งผู้ป่วยกลับบ้าน
   ข. บ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาล
   ค. การมีเครือข่ายดูแลสุขภาพในชุมชน
   ง. การมีผู้ให้การดูแลผู้ป่วย (caregiver)
   เฉลย ง.

5. ปัจจัยต่อไปนี้**<u>ไม่สัมพันธ์</u>**กับความสำเร็จในการที่ผู้ป่วยเลือกเสียชีวิตที่บ้าน
   ก. ความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉินในระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน
   ข. ครอบครัวได้รับการประคับประคองดูแล
   ค. คุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้ดี
   ง. ให้ความมั่นใจว่าจะสามารถกลับมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาลได้ตามต้องการ
   เฉลย ง.

6. ข้อใดต่อไปนี้**<u>ไม่ใช่</u>**วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย
   ก. เพื่อค้นหาผู้ดูแลหลักภายในบ้าน
   ข. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในบริบทที่เป็นจริงได้อย่างครอบคลุม
   ค. ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน
   ง. ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาและการดูแลที่บ้าน
   เฉลย ก.

7. ยาที่ใช้ในการจัดการอาการในช่วงก่อนเสียชีวิต ตัวใด**<u>ไม่จำเป็น</u>**ต้องมีในกระเป๋าเยี่ยมบ้าน
   ก. Hyoscine butybromide (Buscopan)
   ข. Adrenaline injection
   ค. Lorazepam tablet
   ง. Haloperidol injection
   เฉลย ข.

8. การจะมีลูกข่ายทีมดูแลประคับประคองที่รองรับการส่งต่อได้ องค์ประกอบ**<u>ที่สำคัญที่สุด</u>**คือ
   ก. มีโรงพยาบาลต้นแบบให้เรียนรู้และเป็นแบบอย่าง
   ข. มีแม่ข่ายที่แข็งแรงเป็นพี่เลี้ยง
   ค. มีแนวปฏิบัติให้ใช้ร่วมกัน
   ง. มีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการทำงานของลูกข่ายอย่างครอบคลุม
   เฉลย ง.