

## 1.0 วัตถุประสงค์

- 1.1 ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร
- 1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบองค์รวม
- 1.3 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลและควบคุมอาการรบกวนได้อย่างเหมาะสม
- 1.4 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

## 2.0 ขอบข่าย

ให้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน (ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนคร)

## 3.0 นิยามศัพท์

**การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)** หมายถึง การดูแลที่มุ่งเน้นให้ความสะดวกสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด มีการรักษาเท่าที่จำเป็น ไม่เหนียวรั้งหรือเร่งรัดความตายจนเกินกว่าเหตุ ให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ โดยให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก มิใช่ตัวโรค มุ่งลดอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลครอบคลุมถึงผู้ใกล้ชิด/ครอบครัว ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และหลังเสียชีวิต

**ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminal ill patients)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ภาวะของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ไม่มีทางรักษาด้วยวิธีการใดๆ ให้หายได้ สภาพร่างกายมีแนวโน้มจะทรุดลงเรื่อยๆ ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้และเสียชีวิตในที่สุด ระยะเวลาที่เหลือของชีวิตแตกต่างกันไป ประมาณ 6 เดือน หรืออาจจะน้อยกว่านั้น

**ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ( End of life)** ได้แก่

**ผู้ป่วยที่เจ็บหนัก** หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพซึ่งอวัยวะสำคัญที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตอยู่ถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง หรือการทำงานล้มเหลวเป็นอย่างมาก ไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบการหายใจ

**ผู้ป่วยระยะใกล้จะเสียชีวิต ( Last day of life)** หมายถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหนัก มีอาการทรุดหนักลง มีอาการบ่งชี้ว่าจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ช่วงเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ หรือ 2-3 วัน ซึ่งระยะเวลาจะแตกต่างกันไปในแต่ละราย แสดงอาการที่บ่งชี้ว่ากำลังจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาอันสั้น ได้แก่ ผู้ป่วยนอนติดเตียงไม่ค่อยเคลื่อนไหว จิบน้ำได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น กลืนยาเม็ดไม่ได้ ปากแห้ง หายใจเสียงดัง (rattle breathing) หรือการหายใจจะหยุดเป็นพักๆ ระดับความรู้สึกตัวจะซึ่มลงเรื่อยๆ จนถึงไม่รู้สึกรู้ตัว

**อาการรบกวน** หมายถึง อาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย โดยผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดเป็นผู้บอกถึงอาการที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สาเหตุของอาการรบกวนอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทางด้านจิตสังคม หรือทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก / หอบเหนื่อย นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า คลื่นไส้ / อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย วิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด เป็นต้น

**ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสกลนคร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน พระสงฆ์ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน อาสาสมัครหรือจิตอาสา องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พนักงานขับรถ เจ้าหน้าที่ห้องเก็บศพ

#### 4.0 หน้าที่ความรับผิดชอบ

**แพทย์เจ้าของไข้** มีหน้าที่ให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง สื่อสารเพื่อบอกวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษา กระทำกระบวนการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Plan) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ประโยชน์และผลข้างเคียงจากการรักษา สั่งการรักษาแบบ ประคับประคองและการรักษาเพื่อจัดการกับอาการรบกวนที่เหมาะสม

**พยาบาลผู้รับผิดชอบหลัก** (clinical specialist) มีหน้าที่จัดการการดูแลแบบประคับประคองตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำปรึกษาและสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างองค์รวม ขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว จัดการกับอาการรบกวนและความทุกข์ทรมาน ดูแลความสุขสบายทั่วไปของผู้ป่วย ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ผลการดูแลทั้งด้านผู้ป่วย ทีมผู้ให้การดูแลและระบบการดูแล ให้การสนับสนุนการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับความตายที่จะมาถึง ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งใจ ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจหรือภารกิจที่ยังค้างค้าง ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ สร้างบรรยากาศแห่ง ความสงบ ช่วยส่งเสริมให้ได้รับการประกอบกิจกรรมตามความเชื่อหรือพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์การทำบุญตักบาตร การบริจาคทาน หรือทำสังฆทาน การล้างบาป การทำละหมาด เป็นต้น ส่งเสริมให้ญาติได้กล่าวคำอำลาหรือขอขมาผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต ร่วมกระบวนการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้ากับแพทย์ และทำความเข้าใจในการทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิตในระยะท้าย (Advance directing) ร่วมวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์สุขภาพชุมชนติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยมีความยุ่งยากและซับซ้อน (PPS v2 10-30%) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์ ทางไลน์ และ/หรือเยี่ยมบ้านร่วมกับสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในบางราย ให้การดูแลครอบครัวในระยะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ในระยะ ๑-๖ เดือน ให้คำปรึกษา สอนเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทางโทรศัพท์ ทางไลน์

**พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย** มีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ให้ได้รับความสุขสบาย จัดการและควบคุมอาการรบกวนต่างๆให้บรรเทาความทุกข์ทรมาน ตามการรักษาของแพทย์ ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

**พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยรับข้อมูลจากโรงพยาบาลโดยการส่งต่อผ่านระบบการส่งต่อของศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuing Of Care : COC) ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ ติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามประเมินผลและส่งกลับข้อมูลให้โรงพยาบาล หากพบปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน สามารถติดต่อผู้รับผิดชอบหลักได้ตลอด 24 ชั่วโมง

**นักโภชนาการ** มีหน้าที่คำนวณแคลอรีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับอย่างเพียงพอขณะอยู่โรงพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพเสื่อมโทรมลงเร็วกว่าที่จะควรจะเป็น ประสานงานกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย สอน/สาธิตการทำอาหารทางสายยางแก่ญาติ

**เภสัชกร** มีหน้าที่ในการให้ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะยาแก้ปวด ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา การเฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และร่วมวางแผนการดูแลเพื่อจัดการอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยกับทีมผู้ดูแลทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน

**ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต** มีหน้าที่ประเมินภาวะซึมเศร้า ระดับความวิตกกังวล หรือระดับความเครียด และร่วมให้การบำบัดเพื่อบรรเทาอาการรบกวนดังกล่าว

**แพทย์แผนไทย** มีหน้าที่ให้การบำบัดรักษาแบบผสมผสานร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อบรรเทาอาการรบกวนและเกิดความสุขสบาย

**นักสังคมสงเคราะห์** มีหน้าที่ประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจหรือปัญหาทางสังคม

**ผู้ช่วยเหลือคนไข้** มีหน้าที่ในการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันเบื้องต้น ได้แก่ ช่วยป้อนอาหาร ช่วยพยาบาลอาบน้ำบนเตียง ช่วยจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการประกอบกิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ

**คนงาน** มีหน้าที่ในดูแลความเรียบร้อยของสถานที่ในการประกอบกิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ และเอื้ออำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์ที่ร่วมโครงการ

**พระสงฆ์** มีหน้าที่เป็นผู้นำในการประกอบกิจกรรมทางด้านศาสนา ได้แก่ บิณฑบาตที่หอผู้ป่วยในเวลา 6.00 น. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เยี่ยมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการนิมนต์ให้พระสงฆ์มาเยี่ยม

**จิตอาสา** มีหน้าที่นำสวดมนต์ทำวัตรเย็น หรือนำญาติทำพิธีขอมาศพ ร่วมตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำแก่ญาติเมื่อกลับไปพักที่บ้าน สอน/สาธิตการทำสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาด้วย SKT 1,6,7,8 แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

**องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น** มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือในการส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งศพผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยหรือญาติมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจหรือมีความต้องการ

**เจ้าหน้าที่ห้องเก็บศพ** มีหน้าที่นำศพออกจากหอผู้ป่วย ซีดยาตองศพ อาบน้ำและแต่งศพ ทำพิธีขอขมาศพก่อนเคลื่อนย้ายศพออกจากโรงพยาบาล ให้คำแนะนำการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเกี่ยวกับการจัดการงานศพ (กรณีญาติมีความต้องการ) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการนำศพออกจากโรงพยาบาล

**ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย** มีหน้าที่ประสานงานไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อรับผู้ป่วยหรือรับศพกลับบ้าน (ในบางรายที่มีความต้องการ) หรือประสานงานไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนืองยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน ประสานพนักงานขับรถกรณีมีการส่งต่อตามระบบการส่งต่อของโรงพยาบาล สกลนคร

## 5.0 แนวทางในการปฏิบัติ

5.1 ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับแพทย์เจ้าของไข้ทุกราย

5.2 ประเมินความต้องการการดูแลและสภาวะการรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและญาติ

5.1.1 กรณีผู้ป่วยและญาติรับรู้และยอมรับสภาวะโรค ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล โดยการทำให้ family meeting

5.1.2 กรณีที่ผู้ป่วยและญาติ ยังไม่รับรู้สภาวะของโรคและยอมรับไม่ได้ ให้เข้าสู่กระบวนการสื่อสารเพื่อบอกบอกวินิจฉัยโรค และการให้คำปรึกษา จนญาติหรือผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ หลังจากนั้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

5.3 ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการจัดการกับอาการรบกวนครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ตามแนวทางปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับแผนการรักษา

5.4 วางแผนการจำหน่ายและดำเนินการตามแผน

5.4.1 จำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน

5.4.2 จำหน่ายเมื่อเสียชีวิต

5.4.3 ติดตามภาวะเศร้าโศกเสียใจของญาติในกรณีมี Pathological grief

## 6.0 การบันทึก

6.1 ใบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

6.2 ใบบันทึกการติดตามอาการปวด (Pain monitoring score sheet) ในกรณีที่ใช้นายมอร์ฟิน

6.3 ใบบันทึกอาการรบกวนต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS)

6.4 ใบบันทึกสภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย ( Palliative Performance Scale version 2 : PPS v2)

## 7.0 ตัวชี้วัด

7.1 ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง

- 7.2 ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดและหายใจหอบได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสม
- 7.3 ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตมากกว่าร้อยละ 80
- 7.4 ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- 7.5 ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มี PPS v 2 10-30% ได้รับการเยี่ยมบ้าน
- 7.6 ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตที่บ้าน
- 7.7 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

# ภาคผนวก

ตารางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง โรงพยาบาลสกลนคร (Clinical pathway)

Plan of care	ระยะแรกที่เข้ารับการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
<p><b>ผลที่คาดหวัง (Expectation)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและพร้อมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</li> <li>- ผู้ป่วยยอมรับการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นและการรักษาที่เหมาะสม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีอาการทุเลาตามสภาพอาการของผู้ป่วย</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาวะโรคของผู้ป่วย/มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใน ระยะสุดท้ายขณะอยู่โรงพยาบาล และที่บ้านได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการ รบกวนต่างๆอย่างเหมาะสมและมีความพึงพอใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาวะโรค และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้</li> <li>- ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายทั้งด้านกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณได้</li> <li>- เมื่อถึงแก่กรรมผู้ป่วยได้รับการจัดการกับร่างกายอย่างสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ แหล่งบริการใกล้บ้านที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้าน กาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และได้รับการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความตายที่จะมาถึง</li> </ul>
<p><b>การประเมินผลและการวินิจฉัย (Assessment and Investigation)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลประเมินผู้ป่วยทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและด้านจิตวิญญาณ</li> <li>- พยาบาลประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยและญาติ</li> <li>- ตรวจสอบสูตรทางห้องปฏิบัติการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลประเมินอาการและอาการแสดงตามพยาธิสภาพของโรค และอาการรบกวนต่างๆ</li> <li>- พยาบาลประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยและญาติซ้ำ หลังได้รับการบอกความจริง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง</li> <li>- ประเมินความสามารถในการดูแลด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ</li> <li>- ประเมินความพร้อมในการเผชิญกับสภาวะโรคและความตายที่จะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลศูนย์ดูแล ต่อเนื่อง/เครือข่ายชุมชน ประเมินการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลด้านกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ</li> </ul>

Plan of care	ระยะแรกที่เข้ารับการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
	<p>เช่น CBC LFT และอื่นๆตามแผนการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจทางรังสี เช่น CXR และการตรวจอื่นๆในรายที่จำเป็นตามแผนการรักษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและความพร้อมในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน</li> <li>- ประเมินความต้องการด้านกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ (ตามแบบฟอร์มการประเมิน)</li> <li>- พยาบาลจิตเวชประเมินภาวะซึมเศร้า (ถ้ามี)</li> <li>- ประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น</li> </ul>	มาถึง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต. ประเมินความพร้อมในการเผชิญกับความตายที่จะมาถึง</li> <li>- ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวโดยรวม</li> </ul>
<b>ยา/การรักษา (Medication and treatment)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์สั่งการรักษาตามสภาวะโรคที่เป็นและยาตามอาการรบกวน (Symptomatic treatment)</li> <li>- พยาบาลให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ตลอดทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา</li> <li>- แพทย์อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาตามอาการของผู้ป่วย</li> <li>- ให้บริการแพทย์ทางเลือกเสริมการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง (ถ้ามี)</li> <li>- พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับแพทย์ทางเลือกและสามารถให้การดูแล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้านตามโรคหลักและตามอาการที่ปรากฏ</li> <li>- เกสเซอร์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการใช้ยา การออกฤทธิ์ และอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับกลับบ้าน</li> <li>- ปรึกษาแพทย์และวางแผนร่วมกับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยและญาติตรวจสอบความครบถ้วนของยา มีความรู้และสามารถบริหารยาที่ได้รับกลับบ้านได้ รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับยาและการดูแลแบบประคับประคองอื่นๆ แก่ผู้</li> </ul>



Plan of care	ระยะแรกที่ได้รับบริการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังได้รับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
	<p>โรคและแผนการรักษา โดยทำ ACP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เกสซ์กรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการใช้ยา การออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา</li> <li>- พยาบาลให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการของผู้ป่วยจากอาการข้างเคียงของยา</li> </ul>	<p>เสริมแก่ผู้ป่วยได้หากผู้ป่วยและญาติต้องการ แต่การรักษาแพทย์ทางเลือกนั้นจะต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ในกรณีผู้ป่วยมีอาการหนักแพทย์วางแผนการดูแลร่วมกับญาติ เปิดโอกาสให้เลือกและตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย</li> </ul>	<p>แพทย์ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการหนักและญาติปฏิเสธการ CPR, on ETT, on respirator</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ในกรณีญาติปฏิเสธการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหนักและหมดหวัง ให้การรักษาที่จำเป็นเพื่อประคับประคองชีวิตผู้ป่วยให้ถึงบ้าน เช่น ให้คาทอช่วยหายใจกลับบ้านและสอนวิธีถอดท่อเมื่อผู้ป่วยถึงบ้าน หรือกรณีมีรถนำส่งสนับสนุนออกซิเจนขณะนำส่ง (กรณีคาทอหลอดลมคอกกลับบ้าน)</li> </ul>	<p>มีส่วนร่วมที่บ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีญาตินำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ญาติสามารถจัดการกับร่างกายของผู้ป่วยได้ถูกต้อง เช่น การถอดท่อหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆที่นำติดตัวผู้ป่วยไปด้วย (ถ้ามี)</li> </ul>
<p>กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป (General care)</p>	<p>การดูแลด้านกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ เช่น ความปวด อาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อาการนอนไม่หลับ มีไข้ เป็นต้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลและจัดการกับอาการรบกวนต่างๆอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- สอนและแนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เมื่ออยู่ที่บ้านได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเมื่ออยู่ที่บ้านได้อย่าง</li> </ul>

Plan of care	ระยะแรกที่เข้ารับการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลเพื่อให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ</li> <li>- การดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ</li> <li>- การดูแลการเคลื่อนไหว</li> <li>- การดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า</li> <li>- การดูแลเรื่องการสื่อสารภาษาและการระบายความรู้สึก</li> <li>- การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ แผลกดทับ การดูแลต่างๆเพื่อให้เกิดความปลอดภัย</li> </ul> <p><b>การดูแลด้านจิตใจ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ลดอาการวิตกกังวล ความกลัว อาการซึมเศร้าและอาการสับสน</li> <li>- สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ</li> <li>- เปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ ให้เวลาอย่าง</li> </ul>	<p>และสังคมในระยะสุดท้ายของชีวิต และวิธีการจัดการกับอาการรบกวนตัวตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย (ในกรณีผู้ป่วยมีอาการหนัก) ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การเลือกสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย การเลือกสถานที่ถึงแก่กรรม</li> <li>- อำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จัดให้อยู่ในห้องแยก (ถ้ามี)</li> <li>- อนุญาตให้ญาติอยู่เฝ้าตลอด 24 ชั่วโมงและสามารถนำเด็กเล็กที่ผู้ป่วยการพบเข้าเยี่ยมได้</li> <li>- ติดต่อประสานงานกับศูนย์ดูแล</li> </ul>		<p>ต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลศูนย์ดูแล</li> </ul> <p>ต่อเนื่อง/พยาบาลชุมชน ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเมื่ออยู่ที่บ้าน ในรายที่จำเป็นต้องเยี่ยมบ้าน</p>

Plan of care	ระยะแรกที่เข้ารับการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
	<p>เพียงพอ ไม่รีบร้อน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความมั่นใจในการดูแลเพื่อควบคุมอาการรบกวนต่างๆทางด้านร่างกาย</li> <li>- ใช้เวลาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทุกวัน</li> <li>- ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว</li> <li>- ทำความเข้าใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา</li> </ul> <p>แผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>การดูแลด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อำนวยความสะดวกต่อการเยี่ยมเยียนของญาติ</li> <li>- ส่งเสริมและเชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว</li> <li>- ส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคม</li> <li>- ประสานงานและหาแหล่งให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน</li> </ul>	<p>ต่อเนื่องมาประเมินผู้ป่วยเพื่อร่วมวางแผนการจำหน่าย (ในรายที่ต้องการให้เยี่ยมบ้าน)</p>		

Plan of care	ระยะแรกที่เข้ารับการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานและวางแผนร่วมกับครอบครัวเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย</li> <li>- ประสานงานกับสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ความช่วยเหลือ</li> </ul>			
<b>กิจกรรมการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ และตั้งใจฟังด้วยท่าทีอาหารห่วยใยและมีความจริงใจเพื่อสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจต่อกัน</li> <li>- ให้ความเคารพในเกียรติศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ด้วยการกล่าวสรรพนามเรียกผู้ป่วยตามความเหมาะสมด้วยน้ำเสียงสุภาพ</li> <li>- ให้ความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตามความจำเป็นในแต่ละราย</li> <li>- พยาบาลเข้าหาผู้ป่วยและครอบครัวทันทีเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบอาการและพูดคุยกับผู้ป่วยทุกวันและสัมผัสอย่างนุ่มนวลขณะพูดคุยหรือขณะให้การพยาบาล</li> <li>- ให้อ่านหนังสือธรรมะ อ่านคัมภีร์และหรือให้ญาติช่วยอ่านให้ฟัง</li> <li>- ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมสวดมนต์ (ทำวัตรเย็น)หรือญาติสวดมนต์ให้ที่ห้องพระหรือที่เตียงนอนแล้วแต่สภาพของผู้ป่วย</li> <li>- ให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา คือ ให้ญาติและผู้ป่วยร่วมตักบาตรกับพระสงฆ์ 5 รูปในตอนเช้า เวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณเมื่ออยู่ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง/พยาบาลชุมชนให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณเมื่ออยู่ที่บ้าน ในรายที่จำเป็นต้องเยี่ยมบ้าน</li> </ul>

Plan of care	ระยะแรกที่เข้ารับการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกโดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาอย่างน้อยครั้งละ 10-15 นาที/วัน</li> <li>- บอกความจริงเกี่ยวกับโรคที่เป็นของผู้ป่วยแก่ญาติเมื่อญาติพร้อม (ใช้หลักในการบอกข่าวร้าย)</li> <li>- บอกความจริงเกี่ยวกับโรคที่เป็นของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยพร้อม (ใช้หลักในการบอกข่าวร้าย)</li> <li>- อนุญาตให้ญาติอยู่เฝ้าได้ตลอด 24 ชั่วโมงหรือเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา</li> <li>- จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ</li> <li>- ให้การดูแลด้านกาย จิตใจและสังคมควบคู่กันไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6.00 น. ที่หอผู้ป่วย สักดาห้ละ 1 ครั้ง</li> <li>- สอนวิธีการทำสมาธิขั้นพื้นฐานอย่างง่าย โดยการเอาสติจดจ่ออยู่กับลมหายใจ วิธีการคือ การสูดลมหายใจเข้าและออกลึกๆยาวๆอย่างแผ่วเบา (เทคนิค SKT 1 และ 7 เทคนิคคลิชสิทธิ์ รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี) (สำหรับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ)</li> <li>- ส่งเสริมและสนับสนุน อำนวยความสะดวกในการประกอบศาสนกิจตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละศาสนา</li> <li>- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือญาตินำสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้บูชาที่หัวเตียง</li> <li>- ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้</li> </ul>		

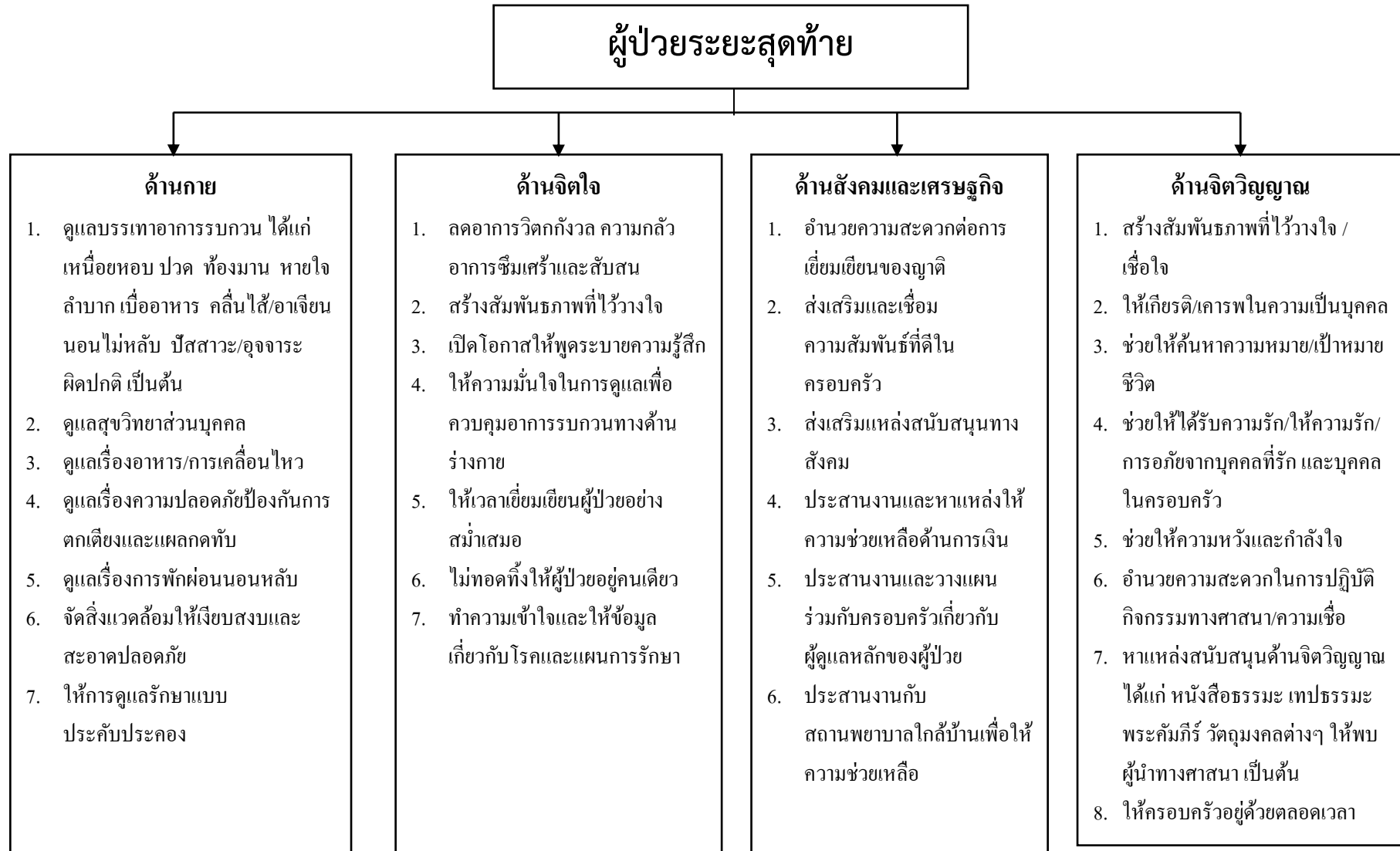
Plan of care	ระยะแรกที่เข้ารับการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
		<p>ปฏิบัติกิจต่างๆที่ยังค้างค้างอยู่ให้สำเร็จ และหรือปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ เช่น ตามบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการพบมาให้ แนะนำให้ผู้ป่วย อโหสิกรรมแก่บุคคลที่เคยเคืองโกรธ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ เช่น ความกังวลและห่วงใย ลูกหลาน สิ่งของและทรัพย์สินสมบัติ</li> <li>- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง โดยการน้อมนำเข้าหาสัจธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าหรือแต่ละศาสนาที่กล่าวถึงความไม่เที่ยงของชีวิต</li> <li>- สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ประเมินได้ในแต่ละบุคคล</li> </ul>		

Plan of care	ระยะแรกที่เข้ารับการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
		- พยาบาลให้คำแนะนำญาติที่ เกี่ยวข้องให้สามารถดูแลผู้ป่วย ด้านจิตวิญญาณต่อเนืองที่บ้านได้		
<b>การให้ความรู้และ คำแนะนำ (Education)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับ โรค อาการของโรค แผนการดูแล รักษาและการพยากรณ์โรค</li> <li>- พยาบาลให้ข้อมูลและความรู้ เกี่ยวกับการดูแลแบบ ประคับประคองขณะอยู่โรงพยาบาล</li> <li>- เภสัชกรให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยว การใช้ยาโดยเฉพาะยาแก้ปวด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลให้ข้อมูลและความรู้ใน ดูแลเพื่อการควบคุมอาการรบกวน ต่างๆเมื่ออยู่บ้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สอน สาธิต วิธีการดูแลผู้ป่วยขณะ เดินทางกลับบ้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลศูนย์ดูแล ต่อเนือง/พยาบาลชุมชน ให้ความรู้ในการดูแลแบบ ประคับประคองแก่ผู้ป่วย และครอบครัว ในรายที่ จำเป็นต้องเยี่ยมบ้านได้</li> </ul>
<b>การวางแผนการ จำหน่าย (Discharge planning)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์/พยาบาล ประเมินและ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและ ครอบครัวแบบองค์รวม เพื่อ วางแผนจำหน่าย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเตรียมความพร้อมของ ผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่บ้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านพร้อม ครอบครัวในรายที่ช่วยเหลือตนเอง ได้</li> <li>- ในรายที่ต้องรับการดูแลต่อเนืองที่ สถานพยาบาลใกล้บ้าน ประสานงานไปยังโรงพยาบาล ชุมชนแห่งนั้นเพื่อมารับผู้ป่วยไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลศูนย์ดูแล ต่อเนือง/ พยาบาลชุมชน เครือข่าย ติดตามเยี่ยม บ้านในรายที่จำเป็นต้อง เยี่ยมบ้าน</li> <li>- พยาบาลชุมชนเครือข่าย/ ญาติผู้ป่วยสามารถติดต่อ</li> </ul>

Plan of care	ระยะแรกที่เข้ารับการรักษา (Day 1-2)	ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Day 3-5 หรือจนกว่าผู้ป่วยพร้อม จำหน่าย)	วันที่จำหน่าย	การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
			<p>รักษาต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานงานกับพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนือง / PCU เรื่องการดูแลต่อเนืองที่บ้าน</li> <li>- ในกรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ศพได้รับการจัดการอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และญาติได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย(กรณีญาติมีความต้องการ)</li> <li>- ติดต่อประสานงานกับศูนย์การส่งต่อ (Tel. 1038) ให้ประสานไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้มารับผู้ป่วยหรือรับศพ (กรณีญาติมีความต้องการหรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ)</li> </ul>	<p>สอบถามปัญหายังหอผู้ป่วยหรือศูนย์ PC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามเยี่ยมครอบครัวของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ทางไลน์ ในระยะโศกเศร้าจากการสูญเสียผู้ป่วย (1-6 เดือน แล้วแต่กรณี)</li> </ul>

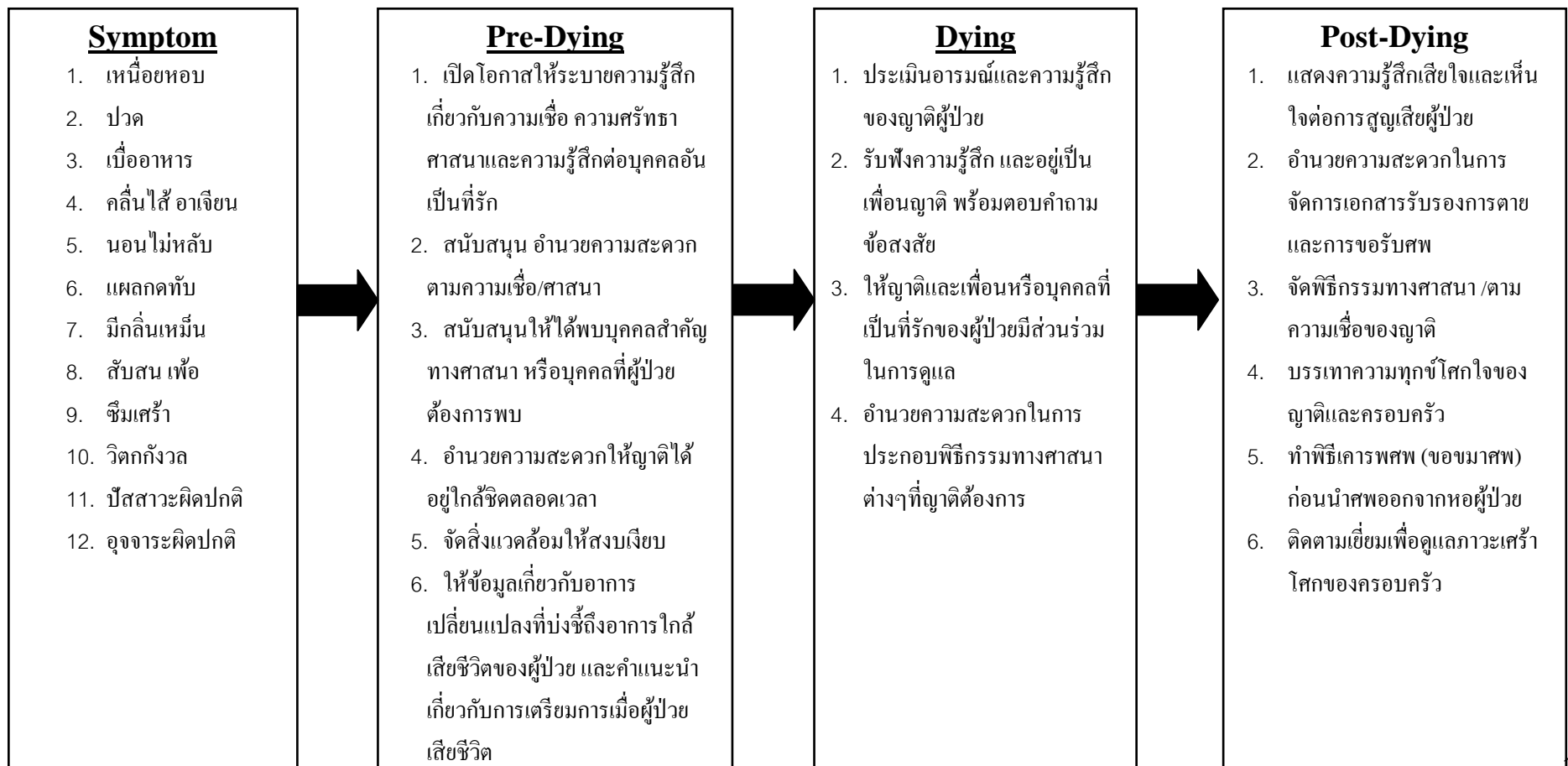


## แผนภูมิการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

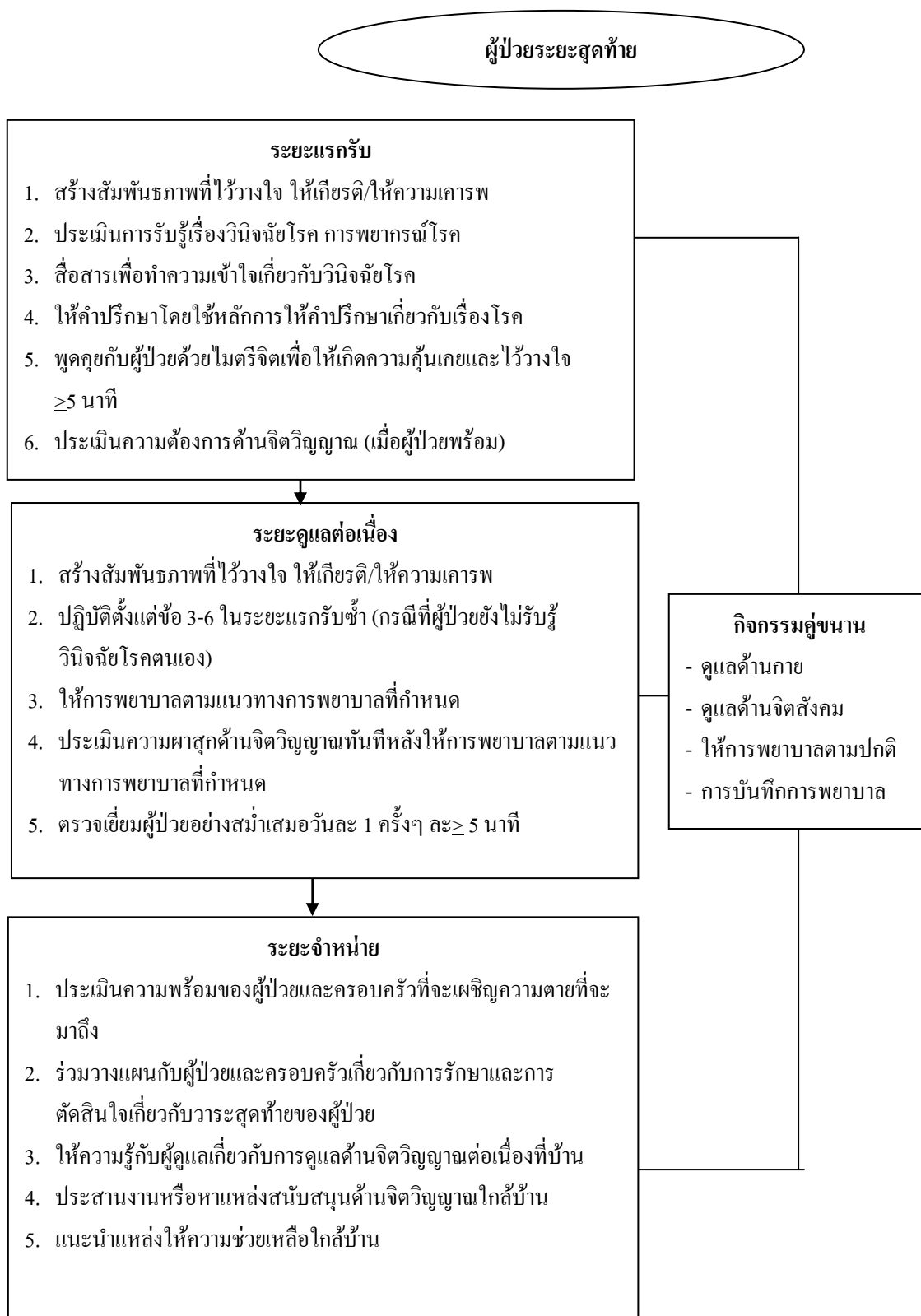


## แผนภูมิการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายแบบองค์รวม

### ผู้ป่วยวาระสุดท้าย



## แผนภูมิขั้นตอนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย



ตารางคู่มือการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

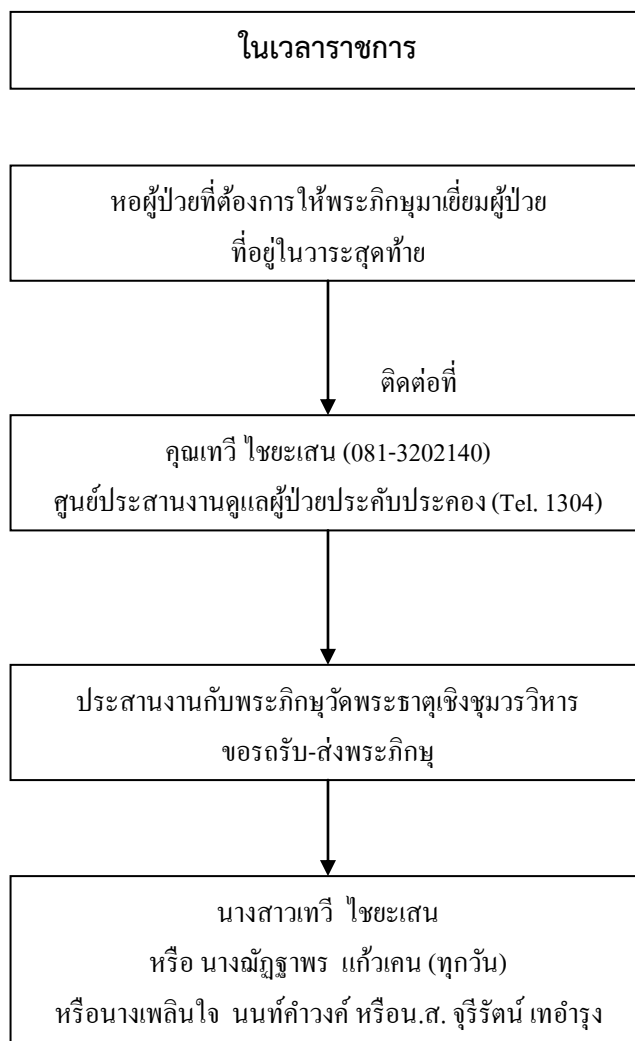
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสกลนคร

กิจกรรม	เครื่องมือ/การบันทึก	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>ระยะแรกรับ</b></p> <p>1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ และตั้งใจฟังด้วยท่าทีเอื้ออาทรห่วงใยและมีความจริงใจเพื่อสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจต่อกันตั้งแต่แรกรับ โดยให้ความเคารพในเกียรติศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ด้วยการกล่าวสรรพนามเรียกผู้ป่วยตามความเหมาะสม ด้วยน้ำเสียงสุภาพ</p> <p>2. ประเมินระดับการรับรู้วินิจฉัยโรคของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>3. ให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ระเบียบการเยี่ยม การขอความช่วยเหลือต่างๆ และอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์อย่างละเอียดแก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>4. ให้ความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตามความจำเป็นในแต่ละราย หลังจากให้การดูแลทั่วไปเรียบร้อยแล้ว พยาบาลจะต้องเข้าไปพูดคุยและสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอีกครั้ง ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคุ้นเคยและไว้วางใจ</p> <p>5. ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติรับรู้วินิจฉัยโรคของตนเองว่าเป็นโรคที่อยู่ในระยะสุดท้ายและเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค การพยากรณ์โรคเรียบร้อยแล้ว ให้ทำการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมีระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณ</p> <p>6. ขณะประเมินและสัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ให้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ สิ่งแวดล้อมข้างเตียง เช่น ผูกสายสัญญาณที่ข้อมือ ห้อยพระที่คอ มีพวงมาลัยที่หัวเตียง อ่านหนังสือธรรมะต่างๆ เป็นต้น</p> <p>7. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไปจัดให้เข้าร่วมโครงการ โดยมีกิจกรรมดังนี้</p> <p>7.1 ให้หนังสือสวดมนต์ฉบับย่อบทพุทธคุณ ธรรมคุณ สังฆคุณ ให้ผู้ป่วยใช้สวดมนต์ในตอนเย็น ในกรณีที่เดินได้ สภาพร่างกายปกติไม่เหนื่อยง่าย ให้ร่วมสวดมนต์กับญาติในห้องพระ กรณีที่ไม่สามารถสวดมนต์ได้ มีอาการเหนื่อยหอบ ให้ญาติสวดมนต์ให้ที่เตียงสำหรับผู้ป่วยที่เป็นพุทธศาสนิกชน</p>	<p>- บันทึกผลลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>- หนังสือสวดมนต์</p> <p>- พระคัมภีร์ใบเป็ล</p>	<p>- พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่รับใหม่</p> <p>- พยาบาลหัวหน้าเวรหรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าเวร</p>

กิจกรรม	เครื่องมือ/การบันทึก	ผู้รับผิดชอบ
<p>ส่วนผู้ป่วยที่เป็นคริสตชนให้อ่านคัมภีร์ที่เตียง ผู้ป่วยชาวมุสลิมแนะนำให้อ่านพระคัมภีร์ อัลกุรอาน (ให้ผู้ป่วยจัดหาเอง)</p> <p>7.2 สอนผู้ป่วยให้ทำสมาธิโดยใช้หลักอานาปานสติ คือ หายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ และตั้งจิตจดจ่ออยู่กับลมหายใจ ประมาณ 5 นาที หรืออาจน้อยกว่า 5 นาทีถ้าผู้ป่วยเหนื่อยมาก (SKT 1)</p> <p>7.3 ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมทำบุญตักบาตรในหอผู้ป่วยโดยมีกิจกรรมดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ญาติและผู้ป่วยที่สามารถลุกเดินได้ตักบาตรบริเวณหน้าหอผู้ป่วยและภายในหอผู้ป่วย หลังจากนั้นพระสงฆ์ 5 รูปเข้ามาให้พรผู้ป่วยและญาติภายในหอผู้ป่วยพร้อมกัน สัปดาห์ละครั้ง เวลา 06.00 น. ยกเว้นคริสตชนและมุสลิม</li> <li>- กรณีพยาบาลติดภาระงานดูแลผู้ป่วย ให้เตรียมญาติผู้ป่วย โดยสมัครใจ 1 คนเดินตามพระสงฆ์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์ (ในการทำบุญตักบาตรพยาบาลจะต้องแจ้งผู้ป่วยและญาติให้จัดเตรียมสิ่งของที่จะทำบุญตักบาตรไว้ให้เรียบร้อยโดยมีการประชาสัมพันธ์ให้รับทราบทั่วกันในตอนเย็นก่อนวันทำบุญตักบาตร 1 วัน รูปแบบการทำบุญตักบาตรให้ผู้ป่วยและญาติรายอื่นๆที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมด้วย)</li> </ul> <p>8. หลังสิ้นสุดกิจกรรมในข้อ 6 ประเมินความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยทันที</p> <p>9. ให้การพยาบาลตามปกติร่วมด้วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสมในแต่ละเวร เข้าหาผู้ป่วยโดยเร็วเมื่อผู้ป่วยต้องการดูแลอาการรบกวนต่างๆให้บรรเทา จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่เตียงที่ไม่มีคนพลุกพล่าน อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ตลอดเวลา เป็นต้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บอร์ดประชาสัมพันธ์หน้าหอผู้ป่วย</li> <li>- แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณ</li> <li>- คำถามปลายเปิด</li> <li>- แบบประเมินความพึงพอใจและความพึงพอใจในพฤติกรรมพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลหัวหน้าเวรเวรตึกหรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย</li> <li>- ผู้ช่วยเหลือคนไข้เวรป่วยเป็นผู้ประชาสัมพันธ์</li> </ul>

กิจกรรม	เครื่องมือ/การบันทึก	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>ระยะการดูแลต่อเนื่อง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจเยี่ยมและพูดคุยกับผู้ป่วยทุกวัน ครั้งละ 5-10 นาที เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ค้นหาเป้าหมายชีวิต ตระหนักในคุณค่าของตนเอง ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ และยอมรับธรรมชาติของชีวิต และเตรียมตัวเผชิญความตายในอนาคตอันใกล้ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกหรือสิ่งที่คับข้องใจ ให้ได้รำลึกถึงความภาคภูมิใจในอดีตหรือคุณงามความดีที่ผ่านมา ให้กำลังใจ ปลอบใจ อยู่เป็นเพื่อนหรือหาคนอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย กรณีญาติไม่อยู่ และผู้ป่วยต้องการ</li> <li>- อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติ กรณีที่ผู้ป่วยต้องการทำพิธีกรรมตามความเชื่ออื่นๆหรือกิจกรรมอื่นๆให้แล้วเสร็จ ขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น ทำพิธีต่ออายุ สะเดาะเคราะห์ ถวายสังฆทาน ทำพิธีล้างบาป ทำละหมาด เป็นต้น โดยแนะนำให้ทำพิธีในห้องพระและนิมนต์พระสงฆ์หรือเชิญบาทหลวงมาให้</li> <li>- หลังสิ้นสุดกิจกรรมทุกอย่าง 1 วันก่อนจำหน่าย ประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณและประเมินความพึงพอใจในพฤติกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ</li> </ul> <p><b>หมายเหตุ</b> การบอกวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค โดยทั่วไปแพทย์จะเป็นผู้แจ้งให้ญาติผู้ป่วยทราบ แต่จะไม่บอกผู้ป่วย และร้อยละ 100 ของญาติจะให้ปกปิดข้อมูลกับผู้ป่วย กรณีเช่นนี้พยาบาลวิชาชีพทำการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยจนญาติยอมรับ และยินยอมให้แจ้งวินิจฉัยโรคกับผู้ป่วย การบอกวินิจฉัยโรคอาจบอกโดยญาติหรือพยาบาล หากญาติผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกผู้ป่วยเอง พยาบาลให้ความรู้และเทคนิคการบอกข่าวร้ายแก่ญาติพอสังเขป กรณีญาติอนุญาตให้พยาบาลเป็นผู้บอกวินิจฉัยโรคกับผู้ป่วย พยาบาลใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อบอกข่าวร้าย เมื่อผู้ป่วยยอมรับโรคที่เป็นอยู่ได้และมีความพร้อม รับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการและดำเนินการตามขั้นตอนดังที่กล่าวข้างต้น</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลหัวหน้าเวรหรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย</li> <li>- หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรที่ได้รับมอบหมาย</li> <li>- พยาบาลที่ได้รับมอบหมาย</li> </ul> <p>แพทย์</p> <p>หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะในการให้คำปรึกษาและการบอกข่าวร้ายพยาบาล</p> <p>หัวหน้าเวรหรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย</p>

แนวทางปฏิบัติสำหรับหอผู้ป่วยในการนิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ศูนย์ประสานงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร



ตารางพระภิกษุ จำนวน 5 รูปปรับปีนิตบาตที่หอผู้ป่วย เวลา 6.00 น.

วัน	สถานที่	เบอร์โทรศัพท์
วันจันทร์	หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	6301
วันอังคาร	หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1	1700
วันพุธ	หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2	1900
วันพฤหัสบดี	หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1	1901
วันศุกร์	หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง	6304
วันเสาร์	หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1	1801
วันอาทิตย์	หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2	1800

แนวทางปฏิบัติในการปรึกษาทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง  
โรงพยาบาลสกลนคร (Sakon Nakhon Hospital's End of Life Care Team: EOL)





## การจัดการกับอาการปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### 1. การจัดการกับความปวด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและจัดการกับความปวดได้ สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ และมีความสุขสบาย

### 2. ตัวชี้วัด

2.1 ค่าคะแนนความปวด < 5 คะแนน

2.2 ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อย 3-4 ชั่วโมง ติดต่อกันในเวลากลางคืน

### ภาพแบบประเมินความปวด (0-10 Numeric pain intensity scale)

โปรดวงกลมบนตัวเลขเพื่อประเมินระดับความปวดที่ท่านรู้สึกว่ารุนแรงมากที่สุดขณะนี้



### Numeric rating scale: NRS

Sedative score
0 = คะแนน ไม่ง่วง ตื่นอยู่
1 = ง่วงเล็กน้อย ปลุกตื่นง่าย
2 = ง่วงพอควร อาจสัปหงกให้เห็น ปลุกตื่นง่าย
S = กลับปกติ สามารถปลุกตื่นได้ง่าย

Respiratory score
- RR < 8 ครั้ง/นาที มีภาวะ respiratory depression จากยา MO
- ให้ MO ได้เมื่อ RR > 8 ครั้ง/นาที Pain score > 5 คะแนน และ sedative score < 2 คะแนน

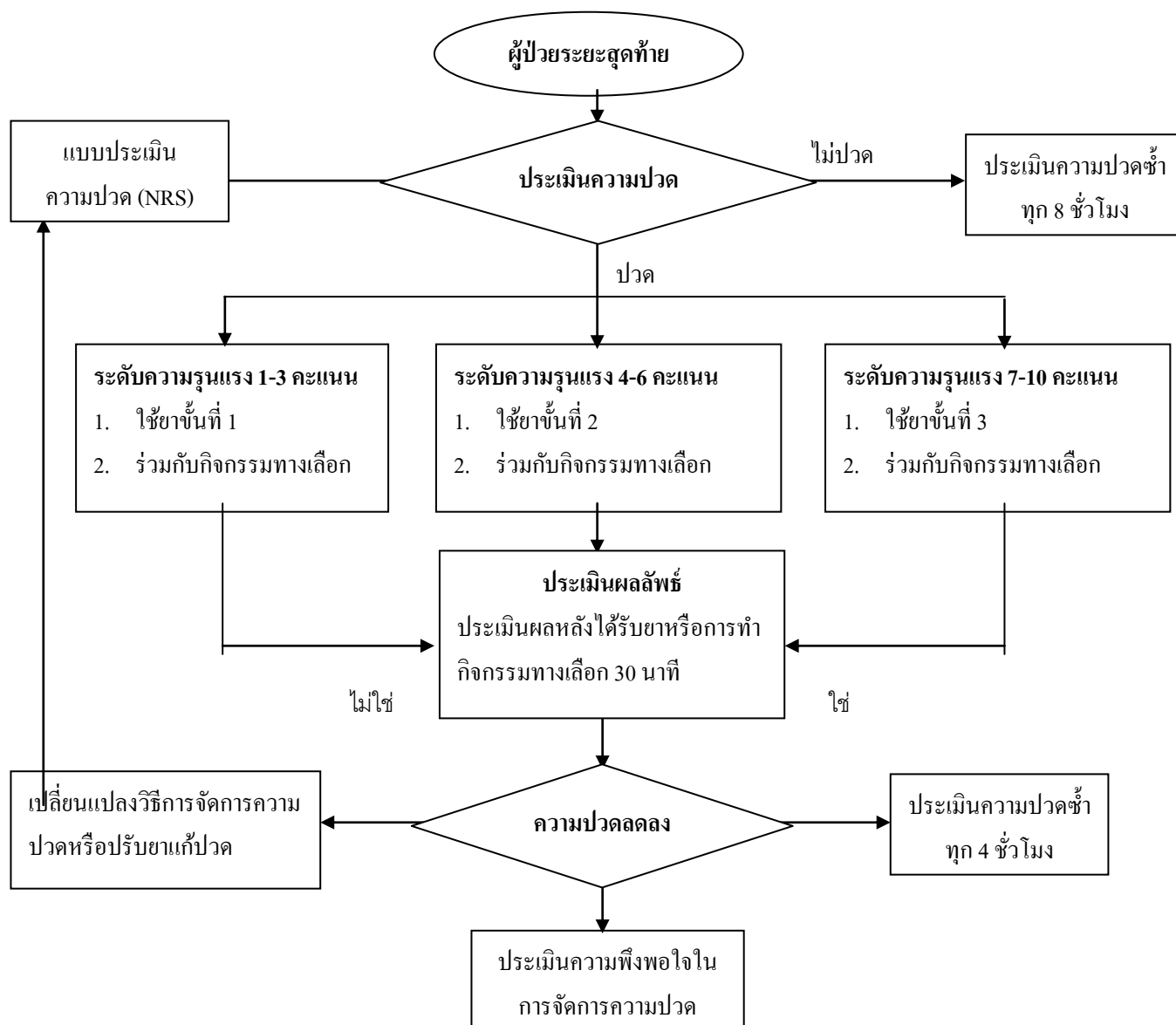
Sign & symptom of opioid over dose
1. Sedative
2. Hypoventilation
3. Apnea
4. Coma
5. Miosis

ตารางแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขั้นตอน	กิจกรรมการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
การประเมิน (assessment)	<p><b>การประเมิน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความปวดผู้ป่วยแรกรับทุกราย</li> <li>ประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดทุกราย</li> </ol> <p><b>วิธีการประเมิน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเอง</li> <li>ประเมินลักษณะความปวด ระยะเวลาของความปวด ตำแหน่งที่ปวดด้วยการสอบถามจากผู้ป่วยหรือจากญาติ</li> <li>พยาบาลหรือญาติสังเกตพฤติกรรมแสดงออก</li> <li>ความถี่ของการประเมิน           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ้าไม่ปวดหรือคะแนนความปวด &lt; 4 คะแนนประเมินทุก 8 ชั่วโมง</li> <li>- ถ้ามีความปวดและคะแนนความปวด <math>\geq 5</math> คะแนนประเมินทุก 4 ชั่วโมง</li> </ul> </li> <li>บันทึกลักษณะ ระยะเวลา ตำแหน่งที่ปวดทุกครั้ง</li> </ol>	<p>- แบบประเมินความปวด (visual numeric pain scale คะแนน 1-10)</p>
การรักษา (Treatment)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ การรักษาและการจัดการความปวด</li> <li>ให้การรักษา ดังนี้</li> </ol> <p><b>ระดับความปวดเล็กน้อย (คะแนน 1-3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้ยาชั้นที่ 1           <ul style="list-style-type: none"> <li>: ใช้ยา non-opioid (aspirin หรือ paracetamol)</li> <li>: <math>\pm</math> NSAID (Diclofenac หรือ Ibuprofen หรือ Naproxen)</li> </ul> </li> <li>ถ้าได้รับยาชั้นที่ 1 แต่ยังมีอาการปวดให้ปรับขนาดยาและชนิดยา</li> <li>ให้ยาป้องกันอาการท้องผูกร่วมด้วยเสมอ</li> </ul> <p><b>ระดับความปวดปานกลาง (คะแนน 4-6)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้ยาชั้นที่ 2           <ul style="list-style-type: none"> <li>: ใช้ยา weak-opioid (Codiene หรือ Tramadol)</li> <li>: <math>\pm</math> non-opioid (aspirin หรือ paracetamol)</li> <li>: <math>\pm</math> NSAID (Diclofenac หรือ Ibuprofen)</li> <li>: <math>\pm</math> Adjuvants (anticonvulsants หรือ corticosteroid)</li> </ul> </li> <li>ให้ยาลดอาการท้องผูกร่วมด้วยเสมอ</li> <li>ให้ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียน</li> </ul>	<p>- ใบประเมิน ESAS</p> <p>- nurse's note</p> <p>- progress note</p>

ขั้นตอน	กิจกรรมการ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
<p><b>การพยาบาล</b> (Nursing care)</p>	<p><b>ระดับความปวดรุนแรง (คะแนน 7-10)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ยาชั้นที่ 3               <ul style="list-style-type: none"> <li>: Strong-opioid (morphine, fentanyl, methadone)</li> <li>: ± non-opioid (aspirin หรือ paracetamol)</li> <li>: ± NSAID (Diclofenac หรือ Ibuprofen)</li> <li>: ± Adjuvants (anticonvulsants หรือ corticosteroid)</li> </ul> </li> <li>- ให้ยาลดอาการท้องผูกร่วมด้วยเสมอ</li> <li>- ให้ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียน</li> </ul> <p>จัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา (กิจกรรมทางเลือก) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ การดูแลและการรักษาความปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- ประคับประคองจิตใจโดยใช้วิธีการสัมผัส (touch therapy)</li> <li>- ผีกรผ่อนคลายโดยการผีกรหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ SKT 1,7 (เทคนิคลิซลิทธิ รศ.ดร.สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรึ) (relaxation technique)</li> <li>- ใช้ดนตรีบำบัดโดยใช้หูฟัง (เครื่องเล่น MP 3) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและหรือฟัง SKT 6</li> <li>- ใช้วิธีการนวด (massage: SKT8, 9) (เทคนิคลิซลิทธิ รศ.ดร.สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรึ)โดยญาติหรือหน่วยแพทย์แผนไทย</li> </ul>	
<p><b>การประเมินผล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังได้รับยาแก้ปวดหรือกิจกรรมทางเลือก 30 นาที</li> <li>2. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม</li> <li>3. ประเมินการพักผ่อนนอนหลับ</li> <li>4. ประเมินพฤติกรรมการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง</li> <li>5. บันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวด</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nurse's note</li> <li>- progress note</li> </ul>

## แผนภูมิการจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย



<p><b>การใช้ยาชั้นที่ 1</b></p> <p>non-opioid (aspirin , paracetamol)</p> <p>: ± NSAID (Diclofenac , Ibuprofen)</p> <p><b>การใช้ยาชั้นที่ 2</b></p> <p>ใช้ยา weak-opioid (Codiene , Tramol)</p> <p>: ± non-opioid (aspirin , paracetamol)</p> <p>: ± NSAID (Diclofenac , Ibuprofen)</p> <p><b>การใช้ยาชั้นที่ 3</b></p> <p>: Strong-opioid (morphine, fentanyl, methadone)</p> <p>: ± non-opioid (aspirin , paracetamol)</p> <p>: ± NSAID (Diclofenac , Ibuprofen)</p> <p>: ± Adjuvants (anticonvulsants , corticosteroid)</p>
--

<p><b>กิจกรรมทางเลือก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ การดูแลและการรักษาความปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- ประคับประคองจิตใจโดยใช้วิธีการสัมผัส (touch therapy)</li> <li>- ฝึกการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจเข้าออก ลึกๆยาวๆ SKT 1,7 (relaxation technique)</li> <li>- ใช้ดนตรีบำบัดโดยใช้หูฟัง (เครื่องเล่น MP 3) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ SKT 6</li> <li>- ใช้วิธีการนวด (massage: SKT 8, 9) โดยญาติหรือหน่วยแพทย์แผนไทย</li> </ul>
--

## แบบประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## (Edmonton Symptom Assessment System)

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุดในขณะนี้

ไม่มีอาการปวดเลย	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	มีอาการปวดมากที่สุด
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	เหนื่อยเพลียมากที่สุด
ไม่มีอาการคลื่นไส้	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
ไม่มีอาการซึมเศร้า	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	มีอาการซึมเศร้าอย่างมากที่สุด
ไม่วิตกกังวล	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	วิตกกังวลมากที่สุด
ไม่ง่วงซึม/สับสนหือ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ง่วงซึมมากที่สุด
ไม่เบื่ออาหาร	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	เบื่ออาหารมากที่สุด
สบายที่ทั้งกายและใจ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ไม่สบายกายและใจเลย
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	มีอาการเหนื่อยหอบ
ปัญหาอื่นๆ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ประเมินโดย

 ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย บุคคลอื่น ระบุ.....

Name of patient	Age	Hospital number
Department of service	ward	Attending Physician

ที่มา: Capital Health, 2001

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

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว (Ambulation)	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค (Activity&Evidense of disease)	การดูแลตนเอง (Self care)	การรับประทานอาหาร/น้ำ (Intake)	ระดับความรู้สึกตัว (Conscious level)
100%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติมีอาการของโรคบางประการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการของโรคบางประการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติได้มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี/สับสน
50%	นั่งนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยมีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี/สับสน
40%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือว่างซึม+/-สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆมีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือว่างซึม+/-สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆมีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือว่างซึม+/-สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้ บ้วนปากได้เท่านั้น	รู้สึกตัวดีหรือว่างซึม+/-สับสน
0%	เสียชีวิต	—	—	—	—

## วิธีการแปลผล Palliative Performance scale version 2 (PPS v2)

1. เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวนอน จากซ้ายไปทางด้านขวามือ
2. เริ่มอ่านจากการเคลื่อนไหว (Ambulation) แล้วอ่านคอลัมน์ถัดไปทางขวามือตามลำดับ การแปลผลคะแนนให้ใช้ผลคะแนนของระดับการเคลื่อนไหวเป็นหลัก ถึงแม้ผลคะแนนของคอลัมน์ทางขวามือจะสูงกว่าก็ตาม เช่น ค่าคะแนนของการเคลื่อนไหวเท่ากับ 50 % คะแนนการช่วยเหลือตัวเอง เท่ากับ 60 % การแปลผลระดับ PPS v2 ของผู้ป่วยรายนี้เท่ากับ 50 %
3. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางได้ เช่น 45% ผู้ประเมินต้องตัดสินใจเลือกระดับคะแนนที่ตรงกับความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้นมากที่สุด โดยอาจเลือกกว่าจะให้ค่าคะแนน 40 %หรือ 50 %
4. ใช้ประเมินวันละ 1 ครั้งหรือเมื่อจำเป็นต้องใช้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1คน หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
5. การประเมิน PPS เพื่ออธิบายระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (activity of daily living : ADL) ติดตามผลการรักษา ประเมินภาระงานของพยาบาลและการพยากรณ์โรค

### การแบ่งระยะผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามค่าคะแนน PPS ได้ 3 ระยะดังนี้

ค่าคะแนน เท่ากับ 70-100 % คือ ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงที่ (stable phase)

ค่าคะแนน เท่ากับ 40-60 % คือ ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase)

ค่าคะแนน เท่ากับ 0-30 % คือ ผู้ป่วยอยู่ในระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life phase)

ตารางแนวทางดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ

ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
<p>ผู้ป่วยระยะคงที่(Stable phase) คะแนน PPS v2 70% - 100%</p>	<p><b>1.การประเมินการจัดการกับโรค(Disease management assessment)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวน Chart และทำความเข้าใจกับโรคผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ตลอดจนวางแผนการดูแล</li> <li>- ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย</li> <li>- ประเมินและติดตามPPS score และวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม</li> </ul>
	<p><b>2.การประเมินด้านร่างกายและการดูแล(Physical Assessment &amp; care)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย(ESAS) เช่น หายใจลำบาก อาการปวด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น</li> <li>- ประเมินอาการอื่น ๆ ได้แก่ การมีปัสสาวะคั่งค้าง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ความตึงตัวของผิวหนัง ลักษณะของบาดแผล บริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือด การเคลื่อนไหวร่างกาย ความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว</li> <li>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่ทำได้</li> </ul>
	<p><b>3.การประเมินด้านจิตสังคม และการดูแลPsycho – care issues, Assessment and care)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่องความเจ็บป่วย และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและสังคม สำหรับการดำเนินของโรค</li> <li>- ประเมินการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- ประเมินรูปแบบของการเผชิญปัญหา(coping)และความคาดหวังของผู้ป่วย</li> <li>- ประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย</li> <li>- ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยที่มีต่อญาติ หรือผู้ป่วยอื่น</li> <li>- ประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีแหล่งช่วยเหลือหรือไม่ เช่น แหล่งให้การช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล มีระบบการส่งต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพในชุมชน(PCU) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
	<p><b>4.การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล(Spiritual Assessment &amp; care)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานทางด้านความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของแต่ละบุคคล</li> <li>- ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- สนับสนุนและส่งเสริมพระภิกษุหรือผู้นำศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทำบุญตักบาตรสัปดาห์ละครั้ง การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา</li> </ul>
	<p><b>5.การส่งต่อผู้ป่วย</b> ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพของโรงพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p>



ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
	<p><b>6. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient / Family education)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพและอาการของผู้ป่วย และวางแผนการดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร</li> <li>- เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจโรค</li> <li>- สอนและเตรียมสมาชิกในครอบครัวเรื่องต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. การประเมินอาการรบกวนต่างๆ เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ</li> <li>ข. การใช้ยา เช่น การให้ยาแก้ปวด</li> <li>ค. การบันทึกการให้ยาและติดตามผลการใช้ยา อาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน</li> <li>ง. วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น การทำแผล ostomy เป็นต้น</li> <li>จ. วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยให้สุขสบาย</li> <li>ฉ. ทบทวนการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า</li> <li>ช. การดูแลระบบขับถ่ายหรือการดูแลสายสวนปัสสาวะ (ถ้ามี) เป็นต้น</li> <li>ซ. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการอาหารเฉพาะโรค</li> <li>ฌ. การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง (ถ้ามี)</li> <li>ฎ. ให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับการแจ้งให้แพทย์ พยาบาลทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้น</li> <li>ฏ. การทบทวนให้ญาติเกิดความมั่นใจว่าทีมผู้ดูแลจะจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>7. การวางแผนหรือสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องดังต่อไปนี้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>- ตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</li> <li>- ปรีกษาหาหรือเรื่องพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า เช่น เลือกให้มีการช่วยฟื้นคืนชีพหรือไม่ มีการมอบหมายไว้ล่วงหน้าว่าให้ใครเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาทางการแพทย์เวลาที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง</li> <li>- ด้านกฎหมาย เช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยเตรียมทำพินัยกรรม การเตรียมบุคคลไว้เป็นผู้แทนของผู้ป่วยเพื่อการตัดสินใจเลือกการรักษาขณะผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ การทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษาเพียงเพื่อเป็นการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต (living will) เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ การเจาะคอ เป็นต้น</li> </ul>

ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
	<p><b>8. ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected patient outcome)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการใช้แบบประเมินต่าง ๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSV2 Scale) แบบประเมินความปวด (NRS) แบบประเมินอาการรบกวน (ESAS) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Barden scale) แบบประเมินความคิดเห็นของญาติต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงใจในบริการของทีมสุขภาพ เช่น การจัดการอาการรบกวน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น</li> <li>- ญาติมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและมีความเข้าใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวมีเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม</li> </ul>
<p><b>ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase)</b> คะแนน PPS v2 40% - 60%</p>	<p><b>1. การประเมินการจัดการกับโรค (Disease management assessment)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนการตรวจเยี่ยม เป้าหมายการดูแลและการวางแผนรักษา</li> <li>- ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้าน</li> <li>- ประเมินซ้ำเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น พิจารณาจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจต่าง ๆ</li> <li>- ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว และความต้องการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาและกระบวนการดูแล</li> </ul> <p><b>2. การประเมินด้านร่างกายและการดูแล (Physical Assessment &amp; care)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนต่างๆที่เกิดขึ้น</li> <li>- ให้อาหารจำนวนน้อยๆ/มื้อ แต่บ่อยครั้ง และให้อาหารเสริมตามความจำเป็น</li> <li>- ประเมินการติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องปากและดูแลช่องปากให้ชุ่มชื้นเสมอ</li> <li>- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale</li> </ul> <p><b>3. การประเมินด้านจิตสังคมและการดูแล Psycho-social care issues, Assessment and care)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรีกษาผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ความต้องการเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ความต้องการเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การเลือกสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย หรือการเลือกสถานที่ถึงแก่กรรม</li> <li>- อำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้ผู้ป่วย เช่น จัดห้องแยกที่สงบเงียบให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- ให้ความสนใจต่อปัญหาและความต้องการของบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทุกคน</li> </ul>

ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อนุญาตให้ผู้ป่วยนำรูปภาพต่าง ๆ เช่น รูปภาพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ รูปภาพครอบครัวของผู้ป่วยมาไว้ที่โต๊ะข้างเตียงของผู้ป่วย</li> <li>- เมื่อต้องส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ให้ช่วยติดต่อแหล่งให้ความช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ป่วย เช่น สังคมสงเคราะห์ รถรับส่ง เป็นต้น</li> <li>- ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีช่องทางการติดต่อและมีเบอร์โทรศัพท์ของบุคคลที่ต้องติดต่อเวลาผู้ป่วยถึงแก่กรรมที่บ้าน</li> </ul>
	<p><b>4. การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment &amp; care)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานความเชื่อ วัฒนธรรม ศาสนาของแต่ละบุคคล</li> <li>- ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- นำพระภิกษุหรือผู้นำศาสนาของผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทำบุญตักบาตร หรือสวดมนต์ การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา</li> </ul>
	<p><b>5. การส่งต่อผู้ป่วย</b> ให้ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (PCU)ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (ในกรณีที่ต้องส่งต่อ)</p>
	<p><b>6. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient / Family education)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้คำแนะนำเรื่องความเปลี่ยนแปลงสภาพอาการของผู้ป่วยและวางแผนการดูแล โดยประเมินถึงความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสารของญาติ</li> <li>- เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและญาติ</li> <li>- การสอนและการเตรียมครอบครัวในเรื่องดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ภาวะ สับสนนอนไม่หลับ ฯลฯ</li> <li>ข. การใช้ยา เช่น การให้ยาแก้ปวด โดยไม่ต้องกลัวผู้ป่วยจะติดยา</li> <li>ค. การบันทึกการให้ยาและติดตามผลการใช้ยา อาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน</li> <li>ง. วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น การทำแผล ostomy ต่างๆ</li> <li>จ. วิธีการดูแลและการจัดการให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย</li> <li>ฉ. ทบทวนเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปาก</li> <li>ช. การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย</li> <li>ซ. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย</li> </ul> </li> </ul>

ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
	<p>ฉ. การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง (ถ้ามี)</p> <p>ญ. การปรึกษาหารือเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย</p> <p>ฎ. เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับบุคคลที่ญาติของผู้ป่วยต้องแจ้งให้ทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น</p> <p>ฏ. ให้ความมั่นใจแก่ญาติผู้ป่วยว่าทีมผู้ดูแลสามารถจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และสอนวิธีการช่วยเหลือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น การเคลื่อนตัว การจัดทำนอน การดูแลความสบายของผู้ป่วย เป็นต้น</li> <li>- เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอาจให้ความช่วยเหลือในการแจ้งอาการหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ไกลทราบข้อมูลเป็นระยะ (กรณีไม่มีญาติอยู่เฝ้า)</li> </ul>
	<p><b>7. การวางแผน วางแผนการดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติ</li> <li>2. พุดคุยในเรื่องความสบายของผู้ป่วย</li> <li>3. ให้ความเวลาผู้ป่วยและญาติในการสอบถามข้อสงสัย</li> <li>4. ให้อาหารหรือเรื่องพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การมอบหมายบุคคลให้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง (ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง)</li> <li>5. ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการกลับบ้านและแพทย์อนุญาต ให้วางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน และหาแหล่งให้ความช่วยเหลือ เช่น PCU หรือ จิตอาสา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเลือกสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย เช่น ต้องการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หรือต้องการย้ายกลับไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือต้องการกลับไปตายที่บ้าน</li> <li>6. ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ในกรณีมีปัญหาการเงินและไม่มีญาติ</li> <li>7. ประสานงานขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกรณีส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือส่งกลับบ้าน (โครงการรับส่งด้วยใจห่วงใยถึงบ้าน)</li> </ol>
	<p><b>8. การดูแลเรื่องความเศร้าโศก (Grief care) ประเด็นที่อาจเกิดขึ้น มีดังนี้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความหวังของผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจมีการเปลี่ยนแปลง จึงต้องมีการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล คลายความเครียด คลายความเศร้าโศก</li> </ul>

ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค้นหาความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว โดยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหมาย</li> <li>- ติดต่อประสานงานกับแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย เช่น องค์กรท้องถิ่น จิตอาสา สังคมสงเคราะห์ มูลนิธิต่างๆ</li> <li>- ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนในเรื่องต่าง ๆ ที่เหมาะสม เช่น วางแผนการเดินทางเมื่อต้องการนำผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน โดยประสานงานกับโครงการรับส่งด้วยใจห่วงใยถึงบ้าน หรือติดต่อรถรับจ้าง</li> </ul> <p><b>9. ผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านผู้ป่วย (Expected patient outcome)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการใช้แบบประเมินต่าง ๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSV2 Scale) แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตกเตียง</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและแสดงถึงความเข้าใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการจัดการอาการรบกวนที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่พยาบาล เช่น อาการปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น</li> <li>- ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ การติดเชื้อในช่องปาก การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือการติดเชื้อในระบบอื่นๆ</li> <li>- ไม่มีอาการปัสสาวะคั่งค้าง (urinary retention)</li> <li>- ไม่มีอาการท้องผูก</li> <li>- ไม่มีอาการอุจจาระร่วง</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการใช้ยาลดปวดอย่างถูกต้อง</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวมีเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม</li> </ul>
<p>วาระสุดท้ายของชีวิต (end of life phase)</p> <p>คะแนน PPS v2</p> <p>0% - 30%</p>	<p><b>1. การประเมินการจัดการกับโรค (Disease management assessment)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวน Chart ของผู้ป่วย, การให้ยา การวางแผนการดูแล</li> <li>- ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย</li> <li>- ปรึกษาญาติของผู้ป่วยและแพทย์เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือกลับไปดูแลที่บ้าน</li> <li>- ประเมินซ้ำเรื่องความเหมาะสมของการให้ยา การให้ออกซิเจนและสารน้ำ และการรักษาอื่นๆ</li> </ul>

ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
	<p><b>2. การประเมินด้านร่างกายและการดูแล (Physical Assessment &amp; care)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยและติดตามดูเรื่องการได้รับสารน้ำของผู้ป่วย</li> <li>- ให้ผู้ป่วยจิบน้ำ หรือให้อาหารจำนวนน้อย ๆ เท่าที่ผู้ป่วยรับได้</li> <li>- ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยบ่อย ๆ ป้องกันปากแห้งและเป็นแผล (dry mouth)</li> <li>- ประเมินอาการเขียว (cyanosis) และผิวหนังเป็นลาย (mottling)</li> <li>- จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ที่นอน หมอน</li> <li>- ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมเท่าที่ทำได้ และพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยทนได้</li> <li>- ประเมินการใช้ยาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ ยาลดปวด</li> </ul>
	<p><b>3. การประเมินด้านจิตสังคม และการดูแล</b></p> <p>3.1 การประเมิน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเผชิญความตายที่ใกล้เข้ามา ประเมินความเศร้าโศกของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>ข. ค้นหาความคาดหวัง ความหวังของผู้ป่วย และความต้องการของบุตรหลานของผู้ป่วย</li> <li>ค. ประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ระดับของความอดทนต่อการดูแลผู้ป่วย</li> </ul> <p>3.2 การดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบให้ผู้ป่วย โดยอาจจะจัดให้อยู่มุมสงบหรือห้องแยกที่สงบ (ถ้ามี)</li> <li>ข. จัดตารางเวลาการเยี่ยมผู้ป่วยให้เหมาะสม ผู้มาเยี่ยมควรเป็นญาติใกล้ชิด และอนุญาตให้ญาติอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชม.</li> <li>ค. จัดให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน</li> <li>ง. ส่งต่อผู้ป่วยไปพักที่บ้าน หรือสถานที่ที่ผู้ป่วยปรารถนา</li> </ul>
	<p><b>4. การประเมินด้านจิตวิญญาณและการดูแล (Spiritual Assessment &amp; care)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานทางด้านความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของแต่ละบุคคล</li> <li>- ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- ส่งเสริมและสนับสนุนการนำพระภิกษุหรือผู้นำศาสนาที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทำบุญตักบาตรหรือสวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยา</li> </ul>
	<p><b>5. การส่งต่อผู้ป่วย</b> ให้ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ(PCU)ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (ในรายที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อ)</p>

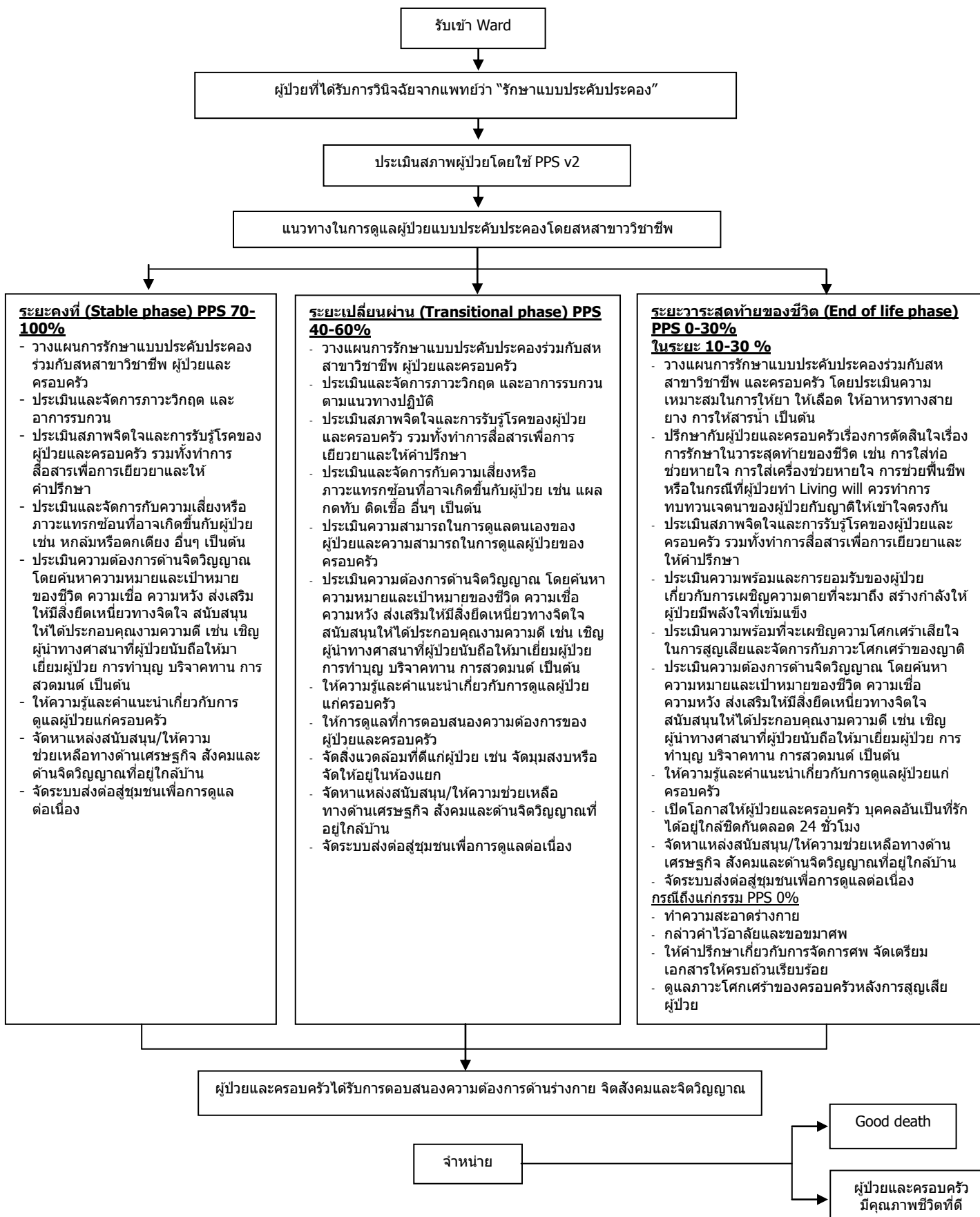
ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
	<p><b>6. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient / Family education)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้คำแนะนำเรื่องความเปลี่ยนแปลงสภาพอาการของผู้ป่วย และวางแผนการดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร</li> <li>- เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- การสอนและการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยในเรื่องดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. การประเมินอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ</li> <li>ข. การใช้ยา เช่น การให้ยาแก้ปวดอย่างถูกต้อง โดยไม่ต้องกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา</li> <li>ค. การบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย การติดตามผลการใช้ยา อาการข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน</li> <li>ง. วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น การทำแผล ostomy ต่างๆ</li> <li>จ. วิธีการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย</li> <li>ฉ. ทบทวนเรื่องการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และการดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย</li> <li>ช. การดูแลระบบขับถ่ายของผู้ป่วย</li> <li>ซ. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการเรื่องอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย</li> <li>ฌ. การดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ถ้าผู้ป่วยคายคายให้อาหาร</li> <li>ญ. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับบุคคลที่ญาติของผู้ป่วยต้องแจ้งให้ทราบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น</li> <li>ฎ. การให้ความมั่นใจแก่ญาติผู้ป่วยในความสามารถของทีมผู้ดูแลในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม</li> </ul> </li> <li>- แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และสอนวิธีการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การจัดทำของผู้ป่วย และการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย</li> <li>- สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ไกล อาจต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพโทรศัพท์แจ้งข้อมูลอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ</li> <li>- เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ให้ญาติโทรศัพท์แจ้งเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยใกล้บ้าน หรือให้ญาตินำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล หรือเรียกรถพยาบาลให้ไปรับผู้ป่วยที่บ้านเพื่อนำส่งโรงพยาบาล</li> <li>- ถ้าผู้ป่วยและญาติตกลงกันว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยใกล้บ้านให้ช่วยมาดูแลอาการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตาย ให้ผู้ดูแลปฏิบัติดังนี้</li> </ul>

ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยหรือญาติคุยในเรื่องดี ๆ ของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง</li> <li>2. สนทนากับผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง</li> <li>3. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย</li> <li>4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อาจจัดหามุมห้องที่ไม่มีคนพ่วงพ่่านหรือจัดให้อยู่ในห้องแยก (ถ้ามี) หรือหากผู้ป่วยปรารถนาสิ่งใดช่วยจัดหาให้ตามความต้องการ เช่น ต้องการฟังเพลงธรรมะ ฟังดนตรี อยากรับลูกหลาน เป็นต้น</li> <li>5. สมาชิกในครอบครัวอาจประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ หรือทำการขอโทษกรรมต่อกันและกัน</li> </ol>
	<p><b>7. การวางแผน สนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องดังนี้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย</li> <li>- การกำหนดว่าใครเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง</li> </ul>
	<p><b>8. การดูแลเรื่องความเศร้าโศก (Grief care) ประเด็นที่อาจเกิดขึ้น มีดังนี้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ปรึกษาหารือกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภารกิจที่จะต้องทำในแต่ละชั่วโมง ในแต่ละวัน และในแต่ละอาทิตย์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขกายและสบายใจ และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่</li> </ul> <p><b>การดูแลเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม มีดังนี้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานให้แพทย์รับทราบ และประสานงานกับครอบครัวของผู้ป่วยให้พบแพทย์ เพื่อรับทราบข้อมูลการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย</li> <li>- เปิดโอกาสให้ญาติได้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ/ทางศาสนา/วัฒนธรรม</li> <li>- เจ้าหน้าที่พยาบาลกล่าวคำไว้อาลัย เพื่อทำพิธีขอขมาศพ</li> <li>- เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่ตามลำพังกับผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว</li> <li>- ถ้าญาติต้องการนำศพของผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน ให้ช่วยติดต่อประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ญาติ โดยติดต่อรถรับส่งให้ (ถ้าต้องการ)</li> <li>- ดูแลความเศร้าโศกของญาติในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม โดยยอมรับความรู้สึกต่าง ๆ ของครอบครัวเมื่อเผชิญกับการถึงแก่กรรมของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกผิดของญาติที่ไม่ได้มาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ อาการตกใจ ร้องไห้คร่ำครวญของญาติผู้ป่วย และช่วยดูแลปลอบใจครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น</li> <li>- มีการติดตามให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากเสร็จสิ้นงานศพ</li> </ul>



ระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กิจกรรมการดูแล
	<p><b>การจัดการศพ</b></p> <p><b>At ward</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป</li> <li>- Off อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เรียบร้อย</li> <li>- กรณีญาติประสงค์ฌีตยาตองศพ ดำเนินการตามระเบียบของโรงพยาบาล โดยให้ญาติเขียนหนังสือแสดงเจตจำนงขอฌีตยาตองศพ และให้ชำระค่าบริการ 300 บาท</li> <li>- จัดการเอกสารที่เกี่ยวข้องให้เรียบร้อย ได้แก่ ใบมรณะบัตร ใบจำหน่ายศพ ใบ ทร.1/4</li> <li>- ให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการแจ้งตายที่เทศบาลและแจ้งตายที่ว่าการอำเภอที่ขึ้นทะเบียนราษฎร์ภายใน 24 ชั่วโมง โดยนำทะเบียนบ้านและใบมรณะบัตรเป็นหลักฐานประกอบการแจ้งตายไปด้วย</li> <li>- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำประกันชีวิต โดยให้นำเอกสารจากบริษัทประกันชีวิตที่ผู้ป่วยทำประกันไว้มาติดต่อกับฝ่ายเวชระเบียนในวันหลัง (ถ้าผู้ป่วยมีประกันชีวิต)</li> <li>- เมื่อดำเนินการเรื่องดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว พยาบาลเจ้าของไข้นำทีมเจ้าหน้าที่และญาติทำพิธีขอขมาศพก่อนเคลื่อนย้ายศพออกจากตึก</li> <li>- โทรประสานห้องเก็บศพรับศพ (ในเวลาราชการTel.1071 นอกเวลาราชการ Tel. 2332)</li> </ul> <p><b>ณ ห้องเก็บศพ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฌีตยาตองศพ</li> <li>- ทำการอาบน้ำศพและแต่งหน้าศพทุกราย (กรณีญาติต้องการ)</li> <li>- ทำพิธีขอขมาศพร่วมกับญาติ (กรณีญาติต้องการ)</li> <li>- เอื้ออำนวยความสะดวกแก่ญาติในกรณีต้องการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือพิธีกรรมตามความเชื่อ</li> <li>- จำหน่ายศพออกจากโรงพยาบาล</li> </ul>
	<p><b>9. ผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังด้านผู้ป่วย (Expected patient outcome)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่าง ๆ</li> <li>- ญาติผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลและกระบวนการรักษาของแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ</li> <li>- ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบโดยธรรมชาติที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว</li> </ul>

## แผนภูมิรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสกลนคร



**แผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลสกลนคร**

วันที่พบ ปัญหา	ปัญหา/ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุดปัญหา/ ผู้บันทึก
	<p><b>ปัญหาที่1</b> ผู้ป่วยหรือญาติวิตกกังวลเนื่องจากยังไม่รู้วินิจฉัยโรค</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: ผู้ป่วยหรือญาติถามว่าเป็นโรคอะไร : บอกว่าอยากทราบว่าป่วยเป็นโรคอะไร : .....</p> <p>O: แสดงสีหน้าวิตกกังวล : .....</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>1. ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น</p> <p>2. ผู้ป่วยหรือญาติให้ความร่วมมือและร่วมตัดสินใจวางแผนการดูแลกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยหรือญาติแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมหลังรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือญาติต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงของผู้ป่วย เช่น จากการสอบถาม สังเกตกริยาท่าทาง เป็นต้น</li> <li>จัดหาสถานที่และเวลาที่เหมาะสมโดยมีความเป็นส่วนตัว รู้สึกผ่อนคลาย เจ็บสงบไม่มีเสียงรบกวน เช่น เสียงโทรศัพท์ เป็นต้น</li> <li>ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด ไม่ควรโกหกผู้ป่วย</li> <li>กรณีที่แพทย์แจ้งข้อมูลโรคกับญาติ พยาบาลควรทำการให้คำปรึกษากับญาติเพื่อยืนยันความเข้าใจอีกครั้ง</li> <li>แนะนำวิธีการบอกวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยแก่ญาติเป็นผู้แจ้งข่าวกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม โดยไม่จำเป็นต้องเร่งเวลา</li> <li>ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับอารมณ์ความรู้สึก ของผู้ป่วยหรือญาติหลังได้รับรู้การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นให้ข้อมูลหรือคำแนะนำต่างๆ หลังจากประเมินว่าผู้ป่วยหรือญาติมีความพร้อม</li> </ol>	
	<p><b>ปัญหาที่ 2</b> ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณ .....</p> <p>สาเหตุจาก.....</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดบริเวณ..... ..... ลักษณะที่ปวด..... ..... เวลาที่ปวด.....</p> <p>O: Pain score ..... สังเกตสีหน้า..... .....</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ การดูแลและการรักษาอาการปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>ประคับประคองจิตใจโดยใช้วิธีการสัมผัส(touch therapy)</li> <li>ฝึกการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ SKT 1,7 (relaxation technique)</li> <li>ใช้ดนตรีบำบัดโดยใช้หูฟัง(เครื่องเล่น MP 3) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ</li> <li>ใช้วิธีการนวด(massage: SKT 8,9) โดยญาติหรือหน่วยแพทย์แผนไทย</li> <li>ดูแลให้ยาแก้ปวด pain protocol พร้อมทั้งสังเกตผลของยาอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวด และหลังจากการให้ยาแก้ปวด 30 นาที</li> </ol>	
Name of patient	Age ปี	HN	AN
Department of service	Ward	Attending Physician	

วันที่พบ ปัญหา	ปัญหา/ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา/ ผู้บันทึก
	<p><b>ปัญหาที่ 3</b> ไม่สุขสบายเนื่องจากหายใจหอบเหนื่อยจากมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด</p> <p>สาเหตุจาก.....</p> <p>.....</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: ผู้ป่วยหรือญาติบอกว่าผู้ป่วยเหนื่อยหอบ และหายใจไม่สะดวก</p> <p>O: นอนราบไม่ได้</p> <p>: อัตราการหายใจ .....ครั้ง/นาที</p> <p>ลักษณะการหายใจ.....</p> <p>.....</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>1. ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น</p> <p>2. อัตราการหายใจลดลงกว่าเดิม</p> <p>ผู้ป่วยสามารถหลับพักผ่อนได้อย่างน้อย 3-4 ชั่วโมง/วัน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหัวสูง 60-90 องศา หรือจัดให้นอนฟุบบนโต๊ะคร่อมเตียง จัดให้อยู่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก เปิดพัดลมจ่อหน้าผู้ป่วย</li> <li>2. ให้ออกซิเจนแบบ canular หรือ mask ตามแผนการรักษา</li> <li>3. ตรวจวัดความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ทุก 4 ชั่วโมง หากมีค่า &lt; 95 % และผู้ป่วยมีอาการบ่งชี้ว่ามีภาวะ Hypoxia ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมโดยวางแผนร่วมกันกับญาติผู้ป่วย</li> <li>4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและเย็นสบาย</li> <li>5. สอนการหายใจที่ถูกต้องวิธี โดยหายใจเข้าออกลึกๆยาวๆเท่าที่จะทำได้</li> <li>6. ใช้เทคนิคผ่อนคลาย SKT 1 หรือ 8</li> <li>7. แสดงความเข้าใจและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะมีอาการรุนแรง</li> <li>8. ดูแลให้ยาขยายหลอดลมหรือยาสเตียรอยด์ ยา MO ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตผลของยาและอาการข้างเคียง</li> </ol>	
	<p><b>ปัญหาที่ 4</b> ไม่สุขสบายเนื่องจากแน่นอึดอัดท้องจากมีน้ำในช่องท้อง</p> <p>สาเหตุจาก.....</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: ผู้ป่วยบอกว่าแน่นอึดอัดท้อง นอนราบไม่ได้</p> <p>O: มีอาการท้องมาน</p> <p>วัดเส้นรอบท้อง.....cms.</p> <p>สังเกตสีหน้า.....</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหัวสูง 60-90 องศา หรือจัดให้นอนฟุบบนโต๊ะคร่อมเตียง</li> <li>2. จัดให้รับประทานอาหารอ่อนที่ย่อยง่ายทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง</li> <li>3. จำกัดการรับประทานน้ำให้น้อยลง หรือเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้</li> <li>4. กรณีแพทย์ทำการเจาะท้องเพื่อระบายน้ำจากช่องท้อง บันทึกปริมาณ Fluid ที่ออก</li> <li>5. ประเมินความก้าวหน้าของภาวะท้องมาน โดยวัดรอบท้องวันละครั้งในเวลาเดียวกัน</li> <li>6. อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำในช่องให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวล</li> <li>7. ส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 1, 3, 7 ตามสภาพผู้ป่วย เพื่อลดอาการท้องมาน</li> </ol>	
Name of patient	Age ปี	HN	AN
Department of service	Ward	Attending Physician	

วันที่พบ ปัญหา	ปัญหา/ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	วันสิ้นสุดปัญหา/ ผู้บันทึก
	<p><b>ปัญหาที่ 5</b> เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</p> <p>สาเหตุจาก.....</p> <p>.....</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>O: ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก ส่วนใหญ่จะนอนนิ่งติดเตียง</p> <p>: Barden score.....คะแนน</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>1. ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พลิกตะแคงตัวอย่างนุ่มนวลทุก 2 ชั่วโมง</li> <li>2. รองที่นอนด้วยผ้านุ่มหรือ alfa bed หรือใช้หมอนนุ่มรองใต้เข่าหรือแขน</li> <li>3. ทาผิวหนังด้วยโลชั่นหรือวาสลีน</li> <li>4. เปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาด เนื้อผ้านุ่ม ทุกครั้งทันทีที่เปียกชื้น และดูแลที่นอนให้แห้ง สะอาด เรียบตึงอยู่เสมอ</li> <li>5. ไม่ลากผู้ผู้ป่วยแต่ใช้วิธียกตัวผู้ป่วย 2 คน เพื่อเคลื่อนตัวผู้ป่วย</li> <li>6. ประเมินผิวหนังบริเวณหลัง ไหล่ สะโพกหรือปุ่มกระดูกทุกวันอย่างสม่ำเสมอดูแลให้ได้รับสารอาหารตามความเหมาะสม</li> </ol>	
	<p><b>ปัญหาที่ 6</b> มีภาวะทุกข์ใจจากการเจ็บป่วยที่อยู่ระยะสุดท้าย</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและระบายความทุกข์ใจให้ฟัง</p> <p>O: มีสีหน้าเศร้าซึม หม่นหมอง</p> <p>มีภาวะซึมเศร้า</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจแก่ผู้ป่วย โดยการตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>2. รับฟังการพูดคุยเพื่อระบายความคับข้องใจของผู้ป่วยอย่างตั้งใจและเห็นใจ</li> <li>3. น้อมนำให้ผู้ผู้ป่วยระลึกถึงคุณงามความดีที่เคยกระทำมาในอดีต</li> <li>4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติและบุตรหลานมาเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ</li> <li>5. ให้กำลังใจ โดยการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 7</li> <li>6. ให้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก</li> <li>7. ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่คนเดียวตามลำพัง</li> <li>8. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ ศาสนาหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย</li> <li>9. ช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติภารกิจที่ยังค้างค้ำ</li> <li>10. ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทำบุญตักบาตรและสวดมนต์ไหว้พระของโรงพยาบาล</li> </ol>	
Name of patient	Age ปี	HN	AN
Department of service	Ward	Attending Physician	

## หลักการสื่อสารในการบอกความจริง (บอกข่าวร้าย) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**1. การเตรียมใจ:** ในกลุ่มโรคที่มีความรุนแรง โรคภัยที่อาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ แพทย์มักเป็นผู้บอก แต่บางครั้งการที่แพทย์ให้ข้อมูลกับญาติแล้วให้ญาติเป็นคนบอก อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงได้ง่ายกว่า

การเตรียมใจรวมถึงการเตรียมใจทั้งผู้บอกความจริง และเตรียมใจผู้ป่วยด้วย ผู้ทำหน้าที่บอก ควรเข้าใจความรู้สึกของตนเองว่าขณะนั้นอยู่ในสภาพใด มีความมั่นคงทางด้านจิตใจแค่ไหน ตนเองเข้าใจความรู้สึกของคนที่จะรับรู้ข่าวร้ายมากน้อยเท่าไร

ขณะพูดคุยเพื่อบอกความจริง ควรสังเกตปฏิกิริยาสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยและญาติด้วยว่ามีความพร้อมด้านจิตใจแค่ไหน อาจเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพทักๆไป และสอบถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อโรคนั้นๆก่อน หากพบว่ามีอคติหรือความรู้สึกในด้านลบ ควรหยุดหรือชะลอการบอกก่อน การรับรู้ความจริงอาจทำให้ผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยาด้านอารมณ์ต่างๆออกมาเช่น ปฏิเสธ โกรธ เศร้า ตอรอง หรือยอมรับได้เลย อย่างไรก็ตามอย่างหนึ่งก็ได้ การมีใครสักคนอยู่เป็นเพื่อน การสัมผัสที่มีความจริงใจ เข้าใจ แม้จะอยู่ใน ความเงียบ จะช่วยลดทอนความรู้สึกแสบได้ การพูดๆบอกๆแล้วเดินจากไปทันที จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เคืองคว้างเป็น อย่างที่สุดและมีความรู้สึกแสบลงกว่าเดิม

### 2. การเลือกบรรยากาศ

เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับฟังความจริง มีทัศนคติที่ดีต่อโรคที่เป็น ไม่เคยมีประสบการณ์เลวร้ายต่อความตาย ควรหาสถานที่ที่มีบรรยากาศที่สงบ ผ่อนคลายพอที่จะพูดคุยเรื่องข่าวร้ายนี้ได้ หากเป็นห้องพิเศษอาจมีข้อดีมากพอควร แต่ถ้าเป็นห้องรวมตึกผู้ป่วยสามัญที่มีเสียงรบกวนค่อนข้างมาก ควรจะหาห้องหรือมุมสงบที่ดูสบายๆ ไม่เป็นทางการมากนัก คุยกับผู้ป่วยหรือคุยกับญาติ

### 3. ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ

การพูดคุยหรือการสื่อสารเพื่อบอกความจริงที่เป็นข่าวร้าย หากออกมาจากความรู้สึกที่แสดงให้เห็นว่าผู้บอกเข้าใจและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นภาษาที่เป็นคำพูดหรือภาษากาย / ใจ ที่แฝงด้วยความเมตตา กรุณา มีความอ่อนโยน สื่อออกมาโดยผ่านทาง การสัมผัส สีหน้า แววตา น้ำเสียง รวมถึงการใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย น้ำเสียงนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์หรือภาษาอังกฤษ จะทำให้ผู้ป่วยญาติมีกำลังใจและรู้สึกมีเพื่อนร่วมงานทุกซ์ด้วย

### 4. การให้ความหวัง

การให้ความหวังกับโรคที่ไม่มีทางรักษา โดยการให้ความสำคัญและไม่ละเลยกับความรู้สึกของผู้ป่วย / ญาติ นอกจากผู้บอกจะบอกเล่าถึงผลการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคแล้ว ควรให้กำลังใจ ความหวังและทางเลือกร่วมกับผู้ป่วย การบอกความจริงอย่างมีความหวัง ไม่ใช่ให้ความหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากโรคหรือไม่ตาย แต่ให้ความหวังว่าจะมีความสุขสงบกับช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างดีที่สุดอย่างไร

### 5. ฟังอย่างตั้งใจ (Active listening)

ส่วนใหญ่เมื่อผู้บอก บอกการวินิจฉัยหรือพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยหรือญาติแล้ว ก็จะสั่งสอนว่า ผู้ป่วยจะต้องทำอย่างนั้น ทำอย่างนี้ และต้องสร้างความรู้สึกแบบนั้น แต่ไม่ได้สนใจรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย / ญาติ

หรือสอบถามความรู้สึกความต้องการของผู้ป่วยเลยว่าต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างไร การฟังอย่างตั้งใจ เป็นหัวใจสำคัญของการบอกความจริง บางครั้งการพูดปลอบใจอาจไม่จำเป็นเท่ากับการอยู่เป็นเพื่อนและรับฟังอย่างไม่มีเงื่อนไข

Palliative care ยุคใหม่ได้ให้ข้อสังเกตว่า ปฏิบัติการของผู้ป่วยต่อความตายหรือเมื่อได้รับข่าวร้ายเกี่ยวกับตนเอง มักไม่ชัดเจน ไม่มีความแน่นอน อาจมีอาการหลายอย่างในเวลาเดียวกันได้ อาการกลัวหรือความรู้สึกผิด มักพบได้บ่อยและมักเป็นอุปสรรคต่อความสงบสุขในระยะสุดท้ายของชีวิต การสื่อสารเพื่อบอกผลการวินิจฉัยที่เป็นข่าวร้ายหรือบอกว่าผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย ขั้นตอนสั้นๆตามข้ออ้างอิง 6 step protocol for communication bad news ของ Robert Buckman อ้างใน ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ (2550) ได้กล่าวพอสรุปถึงการสื่อสารไว้ดังนี้

### Step 1 Getting start

**เตรียมเจรจา** ควรมีการบอกผู้ป่วยอย่างชัดเจนว่าจะพูดเรื่องโรคให้ฟัง ควรสอบถามว่าอยากให้ญาติอยู่ฟังด้วยหรือไม่ หากเป็นไปได้ควรนัดล่วงหน้า การนั่งคุยอย่างไม่เป็นทางการมากกว่าการยื่นคุย ใช้เวลาในการซักถาม และไม่รีบเร่งจนเกินไป

### Step 2 What dose the patient know

**สำรวจว่ารู้แค่ไหน** เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีพร้อม สอบถามผู้ป่วยหรือครอบครัวว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะคุยมากน้อยแค่ไหน การสนทนาในช่วงนี้จะขึ้นอยู่กับคำตอบสนองของผู้ป่วย ผู้บอกควรตั้งคำถามแล้วจับประเด็น ไม่ควรขัดแย้งสิ่งที่ผู้ป่วยพูดทันที ควรสรุปเรื่องที่คุยให้เข้าใจตรงกันทั้งของผู้บอกและผู้ฟัง หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะรับฟังข้อมูล ควรชะลอไว้ก่อน

### Step 3 How much the patient want to know

**ประเมินใจอยากรู้แน่** หยั่งเชิงถามว่าผู้ป่วยอยากทราบเกี่ยวกับโรคของตนเองมากน้อยแค่ไหน บางรายญาติอาจจะต้องการให้แพทย์บอกผู้ป่วยและขอรับรองแพทย์ไม่ให้บอกผู้ป่วย ทางออกที่ดีควรมีการทำ การสื่อสารและทำความเข้าใจถึงเป้าหมายขอญาติก่อนว่า การบอกผลการวินิจฉัยไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทุกข์หรือไม่มีกำลังใจต่อสู้กับโรค และควรปรับมุมมองของญาติถึงการบอกความจริงว่าผู้ป่วยอาจลำบากหรือทุกข์ใจในช่วงแรก แต่มักทำได้ใจได้ในระยะต่อมา แพทย์และญาติก็ยังสามารถเข้าถึงผู้ป่วยและหาทางช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขในช่วงเวลาที่เหลือได้อีกด้วย

### Step 4 Sharing information

**แชร์ข้อมูลให้ตรงกัน** ควรเลือกใช้คำหรือภาษาที่ง่าย เหมาะสมกับสภาพหรือระดับการศึกษาของผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับจากแพทย์หรือผู้บอกความจริง

### Step 5 Responding to patient and family

**ไม่ทอดทิ้งนั่งดูตาย** ขณะที่สนทนาเพื่อบอกความจริง หากผู้ป่วยมีอาการเศร้า ไม่ได้ตอบหรือตอบรับ ควรหยุดรอก่อนอาจใช้ Silence technique เพื่อรอให้ผู้ป่วยทำใจ แล้วใช้วิธีการสะท้อนความรู้สึกให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจตนเอง การเตรียมกระดาษทิชชูไว้ให้ผู้ป่วยเวลาร้องไห้ เป็นการแสดงการยอมรับของผู้บอกความจริงว่า “น้ำตา” เป็นสายน้ำของการระบายความทุกข์ เป็นหนทางดีไม่ใช่ปัญหา

การให้เวลาอยู่กับผู้ป่วยในช่วงเวลานี้มีความสำคัญที่สุด การจับมือหรือสัมผัสตัว การนั่งอยู่เป็นเพื่อนเฉยๆ ขณะที่ผู้ป่วยมีความเศร้าหรือร้องไห้ เป็นการให้กำลังใจอย่างหนึ่ง รอเวลาจนผู้ป่วยคลายเศร้าลง จึงพูดคุยเพื่อสรุปการสนทนา

### Step 6 Planning and follow-up

**นัดหมายไว้ภายหลัง** เมื่อผู้บอกความจริงอธิบายเรื่องทั้งหมดแล้ว อาจให้ผู้ป่วยสรุปความเข้าใจเพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ตรงกัน ควรชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า แม้โรคจะรักษาไม่หาย แต่ทางการแพทย์จะไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เพียงแต่เปลี่ยนเป้าหมายจากการรักษาให้หายจากโรคที่เป็นอยู่เป็นเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดตามอัตรภาพ

**พฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยเมื่อได้รับการบอกข่าวร้าย** (Emotional reaction to death) (E Kubler Ross, 1969 อ้างใน สุปราณี เสนาดีสัย, 2543)

1. **ระยะปฏิเสธ (Denial)** ผู้ป่วยจะปฏิเสธผลการวินิจฉัยโรคด้วยคำพูด ปฏิเสธ หรือบางครั้งอาจแสดงออกด้วยกริยาร่าเรงแจ่มใสเหมือนยอมรับได้ หรือแสดงอาการอื่นๆนอกเหนือจากนี้ บางครั้งผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแพทย์รักษาไปเรื่อยๆเพื่อหาการวินิจฉัยโรคที่ตนเองพอใจ หาวิธีการรักษาอื่นๆเพื่อยืดหรือชะลอโรคของตน ระยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือบางรายอาจอยู่ในช่วงปฏิเสธไปจนถึงระยะเสียชีวิต พยาบาลควรรับฟังเรื่องต่างๆจากผู้ป่วยด้วยความจริงใจ ต้องไม่แสดงอาการตกใจกับกริยาของผู้ป่วย การใช้คำปลอบใจด้วยความจริงใจ สุภาพอ่อนโยนจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น

2. **ระยะโกรธ (Angry)** ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิด กังวล ฉุนเฉียว ระวัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ต่อต้าน อาจโกรธตนเองหรือผู้อื่นก็ได้ พยาบาลจะต้องเข้าใจไม่แสดงอารมณ์โกรธตอบ วางเฉยและพยายามให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ช่วยจัดการหาวิธีจัดการกับความโกรธอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. **ระยะต่อรอง (Bargaining)** ระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่ปฏิเสธและหยุดโกรธแต่จะต่อรองต่างๆ ระยะนี้พยาบาลต้องช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องการปฏิบัติกิจที่ค้างค้างให้สำเร็จลุล่วงหรือบางครั้งอาจต้องยอมทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอหากไม่ขัดต่อแผนการรักษามากนัก

4. **ระยะซึมเศร้า (Depression)** อาจแสดงออกด้วยการไม่พูด เสียงขริ่มลง ตาเหม่อลอย นั่งร้องไห้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ชอบอยู่คนเดียว แยกตัว บางคนอาจคิดร้ายทำลายตนเอง เป็นต้น ระยะนี้พยาบาลหรือควรญาติอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ด้วยการสัมผัสโดยไม่ต้องพูดอะไร

5. **ระยะยอมรับ (Accept)** ผู้ป่วยจะอยู่อย่างสงบเงียบบรอคอยความตาย การดิ้นรนต่อสู้หรือต่อต้านจะหายไป ผู้ป่วยจะต้องการพักผ่อนในช่วงสุดท้ายของชีวิต ความสนใจสิ่งแวดล้อมอาจลดลง ไม่ต้องการเยี่ยมเยียนจากใครๆ แต่อาจต้องการบุคคลอันเป็นที่รักและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเท่านั้น การพยาบาลในระยะนี้ควรใช้กริยาที่อ่อนโยน สัมผัสที่นุ่มนวล ไม่ควรพูดให้ความหวังในการรักษา ไม่ต้องการคำพูดปลอบใจใดๆ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยย้อนกลับเข้าสู่ระยะต้นๆได้ แต่พยาบาลควรเข้าไปให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ อาการแสดงต่างๆเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว และระยะต่างๆ อาจกลับไปกลับมาได้



**การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ**  
(พระไพศาล วิสาโล , 2550)

**ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีอิทธิพลต่อจิตใจด้วย**

คนที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่แล้วจึงไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางกาย เท่านั้น หากยังมีความเจ็บป่วยทางจิตใจอีกด้วย ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกาย หรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเบื้องหน้าเขาคือความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกระตุ้นเร้าความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวให้ผุดขึ้นมาอย่างเข้มข้นรุนแรงอย่างที่ไม่เคยประสบมาก่อน

ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลรักษาทางจิตใจไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางร่างกาย และสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทรมานทรมาย จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพราะกายกับใจแม้จะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ ไม่จำเป็นว่าใจจะต้องเป็นทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป เราสามารถรักษาใจไม่ให้ทุกข์ไปกับกายได้ ดังพระพุทธองค์ได้เคยตรัสแก่นกุลปิตา อุบาสกผู้ป่วยหนักว่า “ขอให้ท่านพิจารณาอย่างนี้ว่า เมื่อกายเรากระสับกระส่าย จิตเราจะไม่กระสับกระส่าย”

ในสมัยพุทธกาล มีหลายเหตุการณ์ที่พระพุทธองค์และพระสาวก ได้ทรงมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่กำลังป่วยและใกล้ตาย เป็นการช่วยเหลือที่มุ่งบำบัดทุกข์หรือโรคทางใจโดยตรง ดังมีบันทึกในพระไตรปิฎกว่า คราวหนึ่งที่ฆราวาสกป่วยหนัก ได้ขอให้บิดาช่วยพาเข้าเฝ้าพระพุทธองค์ และกราบทูลว่า ตนเองป่วยหนัก เห็นจะอยู่ได้ไม่นาน พระพุทธองค์ทรงแนะนำให้ฆราวาสกตั้งจิตพิจารณาว่า

1. จักมีความเสื่อมใสไม่หวั่นไหวในพระพุทธเจ้า
2. จักมีความเสื่อมใสไม่หวั่นไหวในพระธรรม
3. จักมีความเสื่อมใสไม่หวั่นไหวในพระสงฆ์
4. จักตั้งตนอยู่ในศีลที่พระอริยะสรรเสริญ

เมื่อที่ฆราวาสกได้ประกอบตนอยู่ในธรรมทั้ง ๔ ประการแล้ว พระพุทธองค์ก็ทรงแนะนำให้ฆราวาสกพิจารณาว่าสังขารทั้งปวงนั้นไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และเป็นอนัตตา ที่ฆราวาสกได้พิจารณาเห็นตามนั้น หลังจากนั้นพระพุทธเจ้าได้เสด็จออกไป ไม่นานที่ฆราวาสกก็ถึงแก่กรรม พระพุทธองค์ได้ตรัสในเวลาต่อมาว่าอนิสงส์จากการที่ที่ฆราวาสกพิจารณาตามที่พระองค์ได้ตรัสสอน ที่ฆราวาสกได้บรรลุเป็นพระอนาคามี ในอีกที่หนึ่งพระพุทธเจ้าได้ตรัสสอนว่าเมื่อมีอุบาสกป่วยหนัก อุบาสกด้วยกันพึงให้คำแนะนำ ๔ ประการว่า จงมีความเสื่อมใสไม่หวั่นไหวในพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และมีศีลที่พระอริยะสรรเสริญ จากนั้นให้ถามว่าเขายังมีความห่วงใยในมารดาบิดา ในบุตรและภริยา และในกามคุณ ๕ อยู่หรือ พึงแนะนำให้เขาละความห่วงใยในมารดาบิดา ในบุตรและภริยา และในกามคุณ ๕ ( รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสที่น่าพอใจ ) จากนั้นก็แนะนำให้เขาน้อมจิตสู่ภุมมิมิตที่สูงขึ้นไปเรื่อย ๆ จนถึงขั้นละจากพรหมโลก น้อมจิตสู่ความดับแห่งกายตน ( สักกายนิโรธ ) อันเป็นความหลุดพ้นเช่นเดียวกับ

การหลุดพ้นจากอภิสวะกิเลส กรณีของพระติสสะเป็นอีกกรณีหนึ่งที่น่าสนใจ พระติสสะได้ล้มป่วยด้วยโรคร้าย มีตุ่มขนาดใหญ่ขึ้นเต็มตัว ตุ่มที่แตกก็ส่งกลิ่นเหม็น จนผ้าสบงจีวรเปื้อนด้วยเลือดและหนอง เมื่อพระพุทธรองค์ ทรงทราบ จึงเสด็จไปดูแลรักษาพยาบาล ผลัดเปลี่ยนสบงจีวร ตลอดจนอุสริระและอาบน้ำให้ พระติสสะเมื่อ สบายตัวและรู้สึกดีขึ้น พระองค์ก็ตรัสว่า “ อีกไม่นาน กายนี้จะนอนทับแผ่นดิน ปราศจากวิญญาน เหมือนท่อน ไม้ที่ถูกทิ้งแล้ว หาประโยชน์ไม่ได้ ” พระติสสะพิจารณาตาม เมื่อพระพุทธรองค์ตรัสเสร็จ พระติสสะก็บรรลุปะ เป็น พระอรหันต์ พร้อมกับดับขันธไปในเวลาเดียวกัน

จากตัวอย่าง ๓ กรณีที่เล่ามา มีข้อพิจารณา ๒ ประการ คือ

1. ความเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายนั้น แม้จะเป็นภาวะวิกฤติหรือความแตกสลายในทางกาย แต่ สามารถเป็น “โอกาส” แห่งความหลุดพ้นในทางจิตใจ หรือการยกระดับในทางจิตวิญญาณได้ ความเจ็บป่วย และภาวะใกล้ตายจึงมิได้เป็นสิ่งเลวร้ายในตัวเอง หากใช้ให้เป็นก็สามารถเป็นคุณแก่ผู้เจ็บป่วยได้

2. คำแนะนำของพระพุทธเจ้า สามารถจำแนกเป็น ๒ ส่วนคือ การน้อมจิตให้มีศรัทธาในพระ รัตนตรัยและความมั่นใจในศีล หรือความดีที่ได้บำเพ็ญมา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการน้อมจิตให้ระลึกถึงสิ่งที่ดี งาม การละความท่วงใยและปล่อยวางในสิ่งทั้งปวง เพราะแลเห็นด้วยปัญญาว่าไม่มีอะไรที่จะยึดถือไว้ได้เลย คำแนะนำของพระพุทธเจ้าดังกล่าว เป็นแนว ทางอย่างดีสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตายใน ปัจจุบัน ในบทความนี้จะนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์สำหรับแพทย์ พยาบาล และญาติมิตรที่ต้องการ ช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย โดยนำเอาประสบการณ์จากกรณีตัวอย่างอื่น ๆ มาประกอบเป็นแนวทางดังต่อไปนี้

### ๑. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงถูกความเจ็บปวดทางกายรุมเร้า เท่านั้น หากยังถูกรบกวนด้วยความกลัว เช่น ความกลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้าง กลัวสิ่งที่รออยู่ข้างหน้าหลังจากสิ้นลม ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น ความกลัวดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ให้แก่เขายิ่งกว่าความ เจ็บปวดทางกาย ด้วยซ้ำ ความรักและกำลังใจจากลูกหลานญาติมิตรเป็นสิ่งสำคัญในยามนี้เพราะสามารถ ลดทอน ความกลัวและช่วยให้เขาเกิดความมั่นคงในจิตใจได้ พึงระลึกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีสภาพจิตที่ เปราะบางอ่อนแออย่างมาก เขาต้องการใครสักคนที่เขาสามารถพึ่งพาได้ และพร้อมจะอยู่กับเขาในยามวิกฤต หากมีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรืออย่างไม่มีเงื่อนไข เขาจะมีกำลังใจเผชิญกับ ความทุกข์นานาประการที่โหมกระหน่ำเข้ามา ความอดทนอดกลั้น เห็นอกเห็นใจ อ่อนโยนและให้อภัย เป็น อาการแสดงออกของความรัก ความทุกข์ทางกายและสภาพจิตที่เปราะบางมักทำให้ผู้ป่วยแสดงความหงุดหงิด กราดเกรี้ยว ออกมาได้ง่าย เราสามารถช่วยเขาได้ด้วยการอดทนอดกลั้น ไม่แสดงความขุ่นเคืองฉุนเฉียวตอบโต้ กลับไป พยายามให้อภัยและเห็นอกเห็นใจเขา ความสงบและความอ่อนโยนของเราจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสงบนิ่งลงได้ เร็วขึ้น การเตือนสติเขาอาจเป็นสิ่งจำเป็นในบางครั้ง แต่พึงทำด้วยความนุ่มนวลอย่างมีเมตตาจิต จะทำเช่นนั้น ได้สิ่งหนึ่งที่ญาติมิตรขาดไม่ได้คือมีสติอยู่เสมอ สติช่วยให้ไม่ลืมตัว และประคองใจให้มีเมตตา ความรัก และ ความอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม แม้ไม่รู้ว่าจะพูดให้กำลังใจแก่เขาอย่างไรดี เพียงแค่การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน ก็ช่วยให้เขารับรู้ถึงความรักจากเราได้

เราอาจจับมือจับแขนเขา บีบเบา ๆ กอดเขาไว้ หรือใช้มือทั้งสองสัมผัสบริเวณหน้าผากและหน้าท้อง พร้อมกับแผ่ความปรารถนาดีให้แก่เขา สำหรับผู้ที่เคยทำสมาธิภาวนา ขณะที่สัมผัสตัวเขา ให้น้อมจิตอยู่ใน

ความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบและเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้ การแผ่เมตตาอย่างหนึ่งที่ชาวพุทธเชื่อบุญนิยมใช้ ก็คือ การน้อมใจนึกหรืออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วย ( หรือเรา ) เคารพนับถือ เช่น พระพุทธเจ้า พระโพธิสัตว์ หรือเจ้าแม่กวนอิม ให้มีความรู้สึกว่าคุณเหล่านั้นปรากฏเป็นภาพนิมิตอยู่เหนือศีรษะของผู้ป่วย จากนั้นจินตนาการว่าคุณเหล่านั้นได้เปล่งรังสีแห่งความกรุณาและการเยียวยา เป็นลำแสงอันนุ่มนวลอาบรดทั่วร่างของผู้ป่วย จนร่างของผู้ป่วยผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับลำแสงนั้น ขณะที่น้อมใจนึกภาพดังกล่าว เราอาจสัมผัสมือของผู้ป่วยไปด้วย หรือนั่งสงบอยู่ข้าง ๆ เพียงผู้ป่วยก็ได้

## ๒ . ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง

การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตนใกล้จะมาถึงย่อมช่วยให้ผู้ป่วย มีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในเวลาที่สังขารยังเอื้ออำนวยอยู่ แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่คาดคิดมาก่อนว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายและ อาการได้ลุกลามมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว การปล่อยเวลาให้ล่วงเลยไปโดยปกปิดความจริงไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ยอมทำให้เขา มีเวลาเตรียมตัวได้น้อยลง อย่างไรก็ตามการเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้าย โดยไม่ได้เตรียมใจเขาไว้ก่อน ก็อาจทำให้เขามีอาการทรุดหนักลงกว่าเดิม โดยทั่วไปแล้วแพทย์จะมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ โดยเฉพาะหลังจากที่ได้สร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือได้รับความไว้วางใจ จากผู้ป่วยแล้ว แต่แม้กระนั้นการทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น มักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน นอกเหนือจากความรักและความไว้วางใจแล้ว แพทย์พยาบาล ตลอดจนญาติมิตร จำต้องมีความอดทน และพร้อมที่จะฟังความในใจจากผู้ป่วย แต่บางครั้งหน้าที่ดังกล่าวก็ตกอยู่กับญาติผู้ป่วยเนื่อง จากรู้จักจิตใจผู้ป่วยดีกว่าแพทย์ ญาตินั้นก็มักคิดว่าการปกปิดความจริงเป็นสิ่งดีกว่า ( จะดีสำหรับผู้ป่วยหรือตนเองก็แล้วแต่ ) แต่เท่าที่เคยมีการสอบถามความเห็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้เปิดเผยความจริงมากกว่าที่จะปกปิด และถึงจะปกปิด ในที่สุดผู้ป่วยก็ย่อมรู้จนได้จากการสังเกตอาการปฏิกิริยาของลูกหลานญาติมิตร ที่เปลี่ยนไป เช่นจากใบหน้าที่ยิ้มแย้ม หรือจากเสียงที่พูดค่อยลง หรือจากการเอาอกเอาใจที่มีมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อบอกข่าวร้ายแล้ว ไขว่คว้าผู้ป่วยจะยอมรับความจริงได้ทุกคน แต่สาเหตุอาจจะมากกว่าความกลัวตาย เป็นไปได้ว่าเขามีภารกิจบางอย่างที่ยังค้างค้างอยู่ หรือมีความกังวลกับบางเรื่อง ญาติมิตรควรช่วยให้เขาเปิดเผยหรือระบายออกมา เพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา หากเขามั่นใจว่ามีคนที่พร้อมจะเข้าใจเขา เขาจะรู้สึกปลอดภัยที่จะเผยความในใจออกมา ขณะเดียวกันการซักถามที่เหมาะสม อาจช่วยให้เขาระลึกได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้เขามีอาการยอมรับความตายได้ หรือทำให้เขาได้คิดขึ้นมาว่าความตาย เป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้และไม่จำ ต้องลงเอยอย่างเลวร้ายอย่างที่เขากลัว สิ่งที่ญาติมิตรพึงตระหนักในขั้นตอนนี้ก็คือรับฟังเขาด้วยใจที่เปิดกว้างและ เห็นอกเห็นใจ พร้อมจะยอมรับเขาตามที่เป็นจริง และให้ความสำคัญกับการซักถามมากกว่าการเทศนาสั่งสอน การช่วยให้เขาคลายความกังวลเกี่ยวกับลูกหลานหรือคนที่เขา รัก อาจช่วยให้เขาทำใจรับความตายได้มากขึ้น บางกรณีผู้ป่วยอาจจะบายโทสะใส่แพทย์ พยาบาล และญาติมิตร ทั้งนี้เพราะโกรธที่บอกข่าวร้ายแก่เขาหรือโกรธที่ปิดบังความจริงเกี่ยวกับ อาการของเขาเป็นเวลานาน ปฏิบัติการดังกล่าวสมควรได้รับความเข้าใจจากผู้เกี่ยวข้อง หากผู้ป่วยสามารถข้ามพ้นความโกรธ และการปฏิเสธความตายไปได้ เขาจะยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดกับตัวเขาได้ง่ายขึ้น ในการบอกข่าวร้าย สิ่งที่ต้องทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การให้กำลังใจและความมั่นใจแก่เขาว่าเรา (ญาติมิตร) และแพทย์พยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขา จะอยู่เคียงข้างเขาและช่วยเหลือเขาอย่างเต็มที่และจนถึงที่สุด การให้กำลังใจในยามวิกฤตก็มีประโยชน์เช่นกัน ดังกรณีเด็กอายุ ๑๐ ขวบคนหนึ่ง อาการทรุดหนักและอาเจียนเป็นเลือด ร้องอย่างตื่นตระหนกว่า “ผมกำลังจะ

ตายแล้วหรือ?” พยาบาลได้ตอบไปว่า “ใช่ แต่ไม่มีอะไรน่ากลัว ลูกก้าวไปข้างหน้าเลย อาจารย์พุทธทาสรออยู่ แล้ว หนูเป็นคนกล้าหาญ ช่าง ๆ หนูก็มีคุณพ่อคุณแม่คอยช่วยอยู่ ” ปรากฏว่าเด็กหายทुरนทุราย และทำตามคำแนะนำของแม่ที่ให้บริการ “ พุทโธ ” ขณะที่หายใจเข้าและออก ไม่นานเด็กก็จากไปอย่างสงบ ประโยชน์อย่างหนึ่งจากการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยก็คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตอนมีอาการเพียบหนัก ไม่มีความรู้สึกตัวแล้วจะให้แพทย์เยียวยารักษาไปถึงขั้นไหน จะให้แพทย์ยืดชีวิตไปให้ถึงที่สุดโดยใช้เทคโนโลยีทุกอย่างเท่าที่มี เช่น บีมหัวใจ ต่อท่อช่วยหายใจ และท่อใส่อาหาร ฯ หรือให้งดวิธีการดังกล่าว ช่วยเพียงแค่ประทังอาการและปล่อยให้ค่อย ๆ สิ้นลมไปอย่างสงบ บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจในเรื่องนี้ล่วงหน้าเพราะไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตัว ผลก็คือเมื่อเข้าสู่ภาวะโคม่า ญาติมิตรจึงไม่มีทางเลือกอื่นใดนอกจากการขอให้แพทย์แทรกแซงอาการอย่างถึงที่สุด ซึ่งมักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยมีผลเพียงแต่ยืดกระบวนการตาย ให้อายุออกไป และไม่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเลย ซ้ำยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

### ๓ . ช่วยให้อัจฉริยะจดจ่อกับสิ่งดีงาม

การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น วิธีหนึ่งที่พระพุทธเจ้าและพระสาวกมักแนะนำให้ผู้ใกล้ตายปฏิบัติก็คือการระลึกถึงและมีศรัทธามั่นในพระรัตนตรัย คือพระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ จากนั้นก็ให้ตั้งตนอยู่ในศีลและระลึกถึงศีลที่ได้บำเพ็ญมา พระรัตนตรายนั่นกล่าวอีกนัยหนึ่งคือสิ่งดีงามหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนับถือ ส่วนศีลนั้นก็คือความดีงามที่ตนได้กระทำมา เราสามารถน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตลอดจนภาพครูบาอาจารย์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาติดตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน นอกจากการอ่านหนังสือธรรมะให้ฟังแล้ว การเปิดเทปธรรมบรรยายหรือบทสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสงบและความสว่าง การนิมนต์พระมาเยี่ยมและแนะนำการเตรียมใจ ยิ่งเป็นพระที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ จะช่วยให้กำลังใจแก่เขาได้มาก อย่างไรก็ตามพึงคำนึงถึงวัฒนธรรมและความคุ้นเคยของผู้ป่วยด้วย สำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนจีน ภาพพระโพธิสัตว์หรือเจ้าแม่กวนอิมอาจน้อมนำจิตใจให้สงบและมีกำลังใจได้ดี กว่าอย่างอื่น หากผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนาคริสต์ สัญลักษณ์ของพระเจ้าหรือศาสดาในศาสนาของตนย่อมมีผลต่อจิตใจได้ดีที่สุด นอกจากนั้นเรายังสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการ ชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน บริจาคทรัพย์เพื่อการกุศล และที่ขาดไม่ได้ก็คือชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูก ๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก ซื่อตรงต่อคู่ครอง เอื้อเฟื้อต่อมิตรสหาย หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสุคติ ความภูมิใจในความดีที่ตนกระทำและมั่นใจในอันสงฆ์แห่งความดีดังกล่าวเป็นสิ่ง สำคัญสำหรับผู้ป่วย ในยามที่ตระหนกขัดว่าทรัพย์เงินทองต่างๆ ที่สะสมมานั้น ตนไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่บุญกุศลเท่านั้นที่จะพึ่งพาได้ในภพหน้า คนทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจน หรือทำตัวผิดพลาดมาอย่างไร ย่อมเคยทำความดีที่น่าระลึกถึงไม่มากนักน้อย ไม่ว่าเขาจะเคยทำสิ่งเลวร้ายมากมายเพียงใด ในยามที่ใกล้สิ้นลมสิ่งที่เราควรทำคือช่วยให้เขาระลึกถึงคุณงามความดีที่เขา เคยทำ ซึ่งเขาอาจมองไม่เห็นเนื่องจากความรู้สึกผิดท่วมทับหัวใจ ความดีแม้เพียงเล็กน้อยก็มีความสำคัญสำหรับเขาในช่วงวิกฤต ขณะเดียวกันสำหรับผู้ป่วยที่ทำความดีมาตลอด ก็อย่าให้ความไม่ดี ( ซึ่งมี

เพียงน้อยนิด ) มาบดบังความดีที่เคยทำ จนเกิดความรู้สึกไม่ดีกับตนเอง บางกรณีญาติมิตรจำต้องลำดับความดีที่เขาเคยทำเพื่อเป็นการยืนยันและตอกย้ำ ให้เขามั่นใจในชีวิตที่ผ่านมา

#### ๔ . ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ

เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ ( หรือ “ ตายตาหลับ ” ) ได้ ก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ภารกิจงานที่ยังค้างคา ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความน้อยเนื้อต่ำใจในคนใกล้ชิด ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขออโหสิกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลด เปลื้องอย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมาย หนักอกหนักใจ พยายามปฏิเสธ ผลักไสความตาย และตายอย่างไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่า จะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุกคติด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ ลูกหลานญาติมิตร ควรใส่ใจและฉับไวกับเรื่องดังกล่าว บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรง ๆ ผู้ที่อยู่รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถามด้วยความใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังค้างคา ควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใคร ควรรีบตามหาเขามาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใครบางคน ควรแนะนำให้เขาให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นความรู้สึกผิดที่ค้างคาใจเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควร ในยามนี้ไม่ใช่เวลาที่จะประณามหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดเปลื้องความรู้สึกผิดออกไป อาทิเช่น ช่วยให้เขาเปิดใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะขอโทษหรือขออโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกันการแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษและให้อภัยผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้ อย่างไรก็ตามการขอโทษหรือขอภัยนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะกับผู้น้อยหรือผู้ที่อยู่ในสถานะที่ต่ำกว่า เช่น ลูกน้อง ลูก หรือภรรยา วิธีหนึ่งที่ช่วยได้คือการแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำขอโทษหรือความในใจลงใน กระดาษ เขียนทุกอย่างที่อยากจะบอกแก่บุคคลผู้นั้น ก่อนเขียนอาจให้ผู้ป่วยลองทำใจให้สงบ และจินตนาการว่าบุคคลผู้นั้นมานั่งอยู่ข้างหน้า จากนั้นให้นึกถึงสิ่งที่ยอยากจะบอกเขา พูดในใจเหมือนกับว่าเขากำลังนั่งฟังอยู่ ที่นี้ก็ให้นำเอาสิ่งที่ยอยากจะบอกเขาถ่ายทอดลงไปบนกระดาษ เมื่อเขียนเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะขอให้ญาติมิตรนำไปให้แก่บุคคลผู้นั้น หรือเก็บไว้กับตัว ก็สุดแท้แต่ สิ่งสำคัญก็คือการเปิดใจได้เริ่มขึ้นแล้ว แม้จะยังไม่มีการสื่อสารให้บุคคลผู้นั้นได้รับรู้ แต่ก็ได้มีการปลดเปลื้องความรู้สึกในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก็อาจตัดสินใจพูดกับบุคคลผู้นั้นโดยตรงในโอกาสต่อไป บ่อยครั้งคนที่ผู้ป่วยอยากขอโทษก็คือคนใกล้ชิดที่อยู่ ข้างเตียงนั่นเอง อาทิ ภรรยาสามี หรือลูก ในกรณีเช่นนี้จะง่ายกว่าหากผู้ใกล้ชิดเป็นฝ่ายเริ่มก่อนด้วยการกล่าวคำให้ อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคืองในความผิดพลาดที่ผ่านมา การที่ผู้ใกล้ชิดเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อนคือการเปิดทางให้ผู้ป่วยกล่าวคำขอโทษ ได้อย่างไม่ตะขิดตะขวงใจ แต่จะทำเช่นนั้นได้ผู้ใกล้ชิดต้องละปฏิฐิมาณะหรือปลดเปลื้องความโกรธเคือง ออกจากจิตใจก่อน มีผู้ป่วยคนหนึ่ง เมื่อครั้งยังมีสุขภาพดี มีภรรยาน้อยหลายคน ไม่รับผิดชอบครอบครัว สุดท้ายทิ้งภรรยาหลวงให้อยู่กับลูกสาว ต่อมาเขาเป็นโรคมะเร็ง อาการทรุดหนักเป็นลำดับ ไม่มีใครดูแลรักษา จึงขอมายู่บ้านภรรยาหลวง ภรรยาหลวงก็ไม่ปฏิเสธ แต่การดูแลรักษานั้นทำไปตามหน้าที่ พยาบาลสังเกตได้ว่าทั้งสองมีที่ท่าห่างเหิน และเมื่อได้พูดคุยกับผู้ป่วย ก็แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดกับการกระทำของตนในอดีต พยาบาลแนะนำให้ภรรยาเป็นฝ่ายกล่าวคำให้อภัยแก่สามีเพื่อเขาจะได้จากไปอย่าง สงบ แต่ภรรยาไม่ยอมปรึกษา สามีมีอาการทรุดหนักเรื่อย ๆ จนพูดไม่ค่อยได้

นอนกระสับกระส่ายรอความตายอย่างเดียว แต่ปรากฏว่าวันสุดท้ายสามีรวบรวมกำลังทั้งหมดลุกขึ้นมาเพื่อเอ่ยคำขอโทษ ภรรยา พุดจบกก็ล้มตัวลงนอนและหมดสติในเวลาไม่นาน สามชั่วโมงต่อมาที่สิ้นลมอย่างสงบ กรณีนี้เป็นตัวอย่างว่าความรู้สึกผิดนั้นตราบโหดที่ยังค้างคาอยู่ก็จะรบกวน จิตใจเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณไม่สามารถตายตาหลับได้หากยังไม่ได้ปลดเปลื้องความรู้สึก ผิดแต่เมื่อได้กล่าวคำขอโทษแล้วก็สามารถจากไปโดยไม่ทรมานทรมาย ในบางกรณีผู้ที่สมควรกล่าวคำขอโทษคือลูกหลานหรือญาติมิตร นั่นเอง ไม่มีโอกาสใดที่คำขอโทษจะมีความสำคัญเท่านี้อีกแล้ว แต่บ่อยครั้งแม้แต่ลูก ๆ เองก็ไม่กล้าที่จะเปิดเผยความในใจต่อพ่อแม่ที่กำลังจะล่วงลับ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความไม่คุ้นเคยที่จะพูดออกมา สาเหตุอีกส่วนหนึ่งก็คือคิดว่าพ่อแม่ไม่ถือสาหรือไม่รู้ว่าตนได้ทำอะไรที่ไม่เหมาะสมลงไป ความคิดเช่นนี้อาจเป็นการประเมินที่ผิดพลาดจนแก้ไขไม่ได้ มีหญิงผู้หนึ่งป่วยหนักใกล้ตาย พยาบาลแนะนำให้ลูกจับมือแม่และขอขมาแม่ แต่หลังจากที่ลูกพูดเสร็จแล้ว แม่ก็ยังมึนทำเหมือนมีอะไรค้างคาใจ พยาบาลสังเกตเห็นจึงถามลูกว่า มีอะไรที่ยังปกปิดแม่ไว้อยู่หรือเปล่า ลูกได้ฟังก็ตกใจสารภาพว่ามีเรื่องหนึ่งที่ยังไม่ได้บอกแม่เพราะคิดว่าแม่ไม่รู้ นั่นก็คือเรื่องที่คุณได้อยู่กับหญิงคนหนึ่งจนมีลูกด้วยกัน สุดท้ายลูกได้ไปบอกความจริงแก่แม่ และขอโทษที่ได้ปกปิดเอาไว้ แม่ได้ฟังก็สบายใจ ที่สุดก็จากไปโดยไม่มีสิ่งใดค้างคาใจอีก การขอโทษหรือขอขมานั้น อันที่จริงไม่จำเป็นต้องเจาะจงต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดก็ได้ เพราะคนเราอาจกระทำการล่วงเกินหรือเบียดเบียนใครต่อใครได้โดยไม่เจตนาหรือ โดยไม่รู้ตัว ดังนั้นเพื่อให้รู้สึกสบายใจและไม่ให้มีเวรกรรมต่อกันอีก ญาติมิตรควรแนะนำให้ผู้ป่วยให้กล่าวคำขอขมาต่อผู้ที่เคยมีเวรกรรมต่อกัน หรือขอโอสถกรรมต่อเจ้ากรรมนายเวรทั้งหลายที่เคยล่วงเกินกันมา ทางด้านญาติมิตรก็เช่นกัน ในขณะที่ผู้ป่วยยังรับรู้ได้ ควรกล่าวคำขอขมาต่อผู้ป่วย นี่เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกล่าวคำให้อภัยหรือให้อโอสถกรรมต่อญาติมิตร ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ ลูกหลานหรือญาติ ๆ อาจร่วมกันทำพิธีขอขมา โดยประชุมพร้อมกันที่ข้างเตียง และให้มีตัวแทนเป็นผู้กล่าว เริ่มจากการกล่าวถึงคุณงามความดีของผู้ป่วย บุญคุณที่มีต่อลูกหลาน จากนั้นก็กล่าวคำขอขมา ขอโอสถสำหรับกรรมใด ๆ ที่ล่วงเกิน เป็นต้น

### ๕. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ

การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเหตุที่เขาชัดเจนขึ้นนั้นก็เพราะยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพาดจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สินสมบัติ งานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดยึดอย่างแน่นหนานี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้กับคนที่มิได้มีความ รู้สึกผิดค้างคาใจ เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความกังวลควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ญาติมิตร ตลอดจนแพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขาว่า ลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติแก่เขาว่า ทรัพย์สินมัตตินั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาที่ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป ในการช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ตาย พระพุทธองค์ทรงแนะนำให้ นอกจากการน้อมจิตผู้ใกล้ตายให้ระลึกและศรัทธาในพระรัตนตรัย ตลอดจนการบำเพ็ญตบะอยู่ในคุณงามความดีแล้ว ขึ้นต่อไปก็คือการแนะนำให้ผู้ใกล้ตายละความห่วงใยในสิ่งต่าง ๆ อาทิ พ่อแม่ บุตรภรรยา รวมทั้งทรัพย์สินสมบัติและรูปธรรมนามธรรมที่น่าพอใจทั้งหลาย ปล่อยวางแม้กระทั่งความหมายมั่นในสวรรค์ทั้งปวง สิ่งเหล่านี้หากยังยึดติดอยู่ จะเหนี่ยวรั้งจิตใจ ทำให้ชัดเจนผืนความตาย ทรมานทรมายจนวาระสุดท้าย ดังนั้นเมื่อความตายมาถึง ไม่มีอะไรดีกว่าการปล่อยวางทุกสิ่ง แม้กระทั่งตัวตนใน บรรดาความติดยึดทั้งหลาย ไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งแน่นหนากว่าความติดยึดในตัวตน

ความตายในสายตาของคนบางคนหมายถึงความดับสูญของตัวตน ซึ่งเป็นสิ่งที่เขาทนไม่ได้และทำใจยาก เพราะลึก ๆ คนเราต้องการความสืบเนื่องของตัวตน ความเชื่อว่ามีสวรรค์นั้นช่วยตอบสนองความต้องการส่วนลึกดังกล่าวเพราะทำให้ ผู้คนมั่นใจว่าตัวตนจะดำรงคงอยู่ต่อไป แต่สำหรับคนที่ไม่เชื่อเรื่องสวรรค์หรือภพหน้า ความตายกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวอย่างที่สุด ในทางพุทธศาสนา ตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง หากเป็นสิ่งที่เราทักท้วงขึ้นมาเองเพราะความไม่รู้ สำหรับผู้ป่วยที่มีพื้นฐานทางพุทธศาสนามาก่อน อาจมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่มากนักน้อย แต่คนที่สัมผัสพุทธศาสนาแต่เพียงด้านประเพณีหรือเฉพาะเรื่องทำบุญสร้างกุศล การที่จะเข้าใจว่าตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง (อนัตตา) คงไม่ใช่เรื่องง่าย อย่างไรก็ตามในกรณีที่ยุติมิตร แพทย์ และพยาบาลมีความเข้าใจในเรื่องนี้ดีพอ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปล่อยวางในความยึดถือตัวตน เริ่มจากความปล่อยวางในร่างกายว่าเราไม่สามารถบังคับร่างกายให้เป็นไปตามปรารถนาได้ ต้องยอมรับสภาพที่เป็นจริง ว่าสักวันหนึ่งอวัยวะต่าง ๆ ก็ต้องเสื่อมทรุดไป ขั้นตอนต่อไปก็คือการช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึก ไม่ยึดเอาความรู้สึกใด ๆ เป็นของตน วิธีนี้จะช่วยลดทอนความทุกข์ ความเจ็บปวดได้มาก เพราะความทุกข์มักเกิดขึ้นเพราะไปยึดเอาความเจ็บปวดนั้นเป็นของตน หรือไปสำคัญมั่นหมายว่า “ฉันเจ็บ ” แทนที่จะเห็นแต่อาการเจ็บเกิดขึ้นเฉย ๆ การลดความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวจะทำให้ต้องอาศัยการฝึกฝน จิตใจพอสมควร แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่ผู้ป่วยธรรมดาจะทำได้ โดยเฉพาะหากเริ่มฝึกฝนขณะที่เริ่มป่วย มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยด้วยโรคร้าย สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย หรือใช้แต่เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะสามารถละวางความสำคัญมั่นหมายในความเจ็บปวดได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถเยียวยาจิตใจ

## ๖ . สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

ความสงบใจและการปล่อยวางสิ่งค้างคาติดยึดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย ในห้องที่พลุกพล่านด้วยผู้คนเข้าออก มีเสียงพูดคุยตลอดเวลา หรือมีเสียงเปิดปิดประตูทั้งวัน ผู้ป่วยย่อมยากที่จะประคองจิตให้เป็นกุศลและเกิดความสงบได้ กล่าวในแง่จิตใจของผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่ยุติมิตร รวมทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยได้เป็นอย่างดีน้อยก็คือ ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ งดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้ร้องไห้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วย เพียงแค่ยุติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วย ได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อน สามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้ แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติ หรือยามรู้ตัวเท่านั้น แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้าง ได้ ดังจะได้กล่าวต่อไป นอกจากนั้นลูกหลานญาติมิตร ยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้ ด้วยการชักชวนผู้ป่วยร่วมกันทำสมาธิภาวนา อาทิ อานาปานสติ หรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ หายใจเข้า นึกในใจว่า “ พุท ” หายใจออก นึกในใจว่า “ ธิ ” หรือนับทุกครั้งที่ยายใจออกจาก ๑ ไปถึง ๑๐ แล้วเริ่มต้นใหม่ หากกำหนดลมหายใจไม่สะดวก ก็ให้จิตจดจ่อกับการขึ้นลงของหน้าท้องขณะที่หายใจเข้าออก โดยเอามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง เมื่อหายใจเข้า ท้องป่องขึ้นก็นึกในใจว่า “ พอง ” หายใจออก ท้องยุบ ก็นึกในใจว่า “ ยุบ ” มีผู้ป่วยมะเร็งบางคนเผชิญกับความเจ็บปวดด้วยการทำสมาธิ ให้จิตจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกหรือการพองยุบของท้อง ปรากฏว่าแทบไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดเลย อีกทั้งจิตยังแจ่มใส ตื่นตัว กว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาดังกล่าวอีกด้วย การชักชวนผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน

โดยมีการจัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ ( เช่น มีพระพุทธรูปหรือสิ่งที่น่าเคารพสักการะติดอยู่ในห้อง ) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ และน้อมจิตของผู้ป่วยในทางที่เป็นกุศลได้ แม้แต่การเปิดเพลงบรรเลงเบา ๆ ก็มีประโยชน์ในทางจิตใจต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน แม้ความสงบในจิตใจจะเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในทางพุทธศาสนาถือว่าสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ( และกับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าปกติหรือเจ็บไข้ ) ก็คือการมีปัญหาหรือความรู้ความเข้าใจแจ่มชัดในความเป็นจริงของชีวิต อันได้แก่ความไม่คงที่ ( อนิจจัง ) ไม่คงตัว ( ทุกขัง ) และไม่ใช่ตัว ( อนัตตา ) ความเป็นจริง ๓ ประการนี้หมายความว่าไม่มีอะไรสักอย่างที่เราจะยึดมั่นถือมั่นได้เลย ความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัวเพราะเรายังยึดติดบางสิ่งบางอย่างอยู่ แต่เมื่อใดเราเข้าใจกระจ่างชัดว่าไม่มีอะไรที่จะติดยึดไว้ได้ ความตายก็ไม่น่ากลัว และเมื่อใดที่เราตระหนักว่าทุกสิ่งทุกอย่างย่อมแปรเปลี่ยนไป ไม่มีอะไรเที่ยงแท้ ความตายก็เป็นเรื่องธรรมดา และเมื่อใดที่เราตระหนักว่าไม่มีตัวตนที่เป็นของเราจริง ๆ ก็ไม่มี “ เรา ” ที่เป็นผู้ตาย และไม่มีใครตาย แม้แต่ความตายก็เป็นแค่การเปลี่ยนสภาพจากสิ่งหนึ่งไปเป็นอีกสิ่งหนึ่งตามเหตุปัจจัยเท่านั้น ปัญหาหรือความรู้ความเข้าใจในความเป็นจริงดังกล่าวนี้แหละที่ทำให้ความตายมิใช่เรื่องน่ากลัวหรือน่ารังเกียจผลักไส และช่วยให้สามารถเผชิญความตายได้ด้วยใจสงบ การช่วยเหลือที่กล่าวมาทั้งหมดนี้หลายวิธีสามารถนำมาใช้ได้แม้กระทั่งกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าหรือหมดสติ ผู้ป่วยดังกล่าวแม้จะไม่มีอาการตอบสนองให้เราเห็นได้ แต่เชื่อว่าเขาจะหมดการรับรู้อย่างสิ้นเชิง มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่สามารถได้ยินหรือแม้แต่เห็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว รวมทั้งสัมผัสรับรู้ถึงพลังหรือกระแสจิตจากผู้ที่อยู่รอบตัว ผู้ป่วยบางคนเล่าว่าขณะที่อยู่ในภาวะโคม่าเนื่องจากครรภ์เป็นพิษ ตนสามารถได้ยินเสียงหมอและพยาบาลพูดคุยกัน บ้างก็ได้ยินเสียงสวดมนต์จากเทพที่ญาตินำมาเปิดข้างหู มีกรณีหนึ่งที่หมดสติเพราะหัวใจหยุดเต้น ถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนด้วยการใช้ไฟฟ้า กระตุ้นหัวใจ ก่อนที่จะใส่ท่อช่วยหายใจพยาบาลผู้หนึ่งได้ถอดฟันปลอมของเขา ไม่นานเขาก็มีอาการดีขึ้น สักครู่ต่อมา เมื่อชายผู้นี้เห็นหน้าพยาบาลคนดังกล่าว เขาจำเธอได้ทันที ทั้ง ๆ ที่ตอนที่พยาบาลถอดฟันปลอมนั้นเขาหมดสติและจวนเจียนจะสิ้นชีวิต พ.ญ. อมรา มลิลาล่าถึงผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งประสบอุบัติเหตุอย่างหนักและหมดสตินานเป็น อาทิตย์ ระหว่างที่นอนหมดสติอยู่ในห้องไอซียูนานเป็นอาทิตย์ เขารู้สึกเหมือนลอยแคว้งคว้าง แต่บางช่วงจะรู้สึกว่ามีมือมาแตะที่ตัวเขา พร้อมกับมีพลังส่งเข้ามา ทำให้ใจที่แคว้งคว้างเหมือนจะขาดหลุดไปนั้น กลับมารวมตัวกัน เกิดความรู้ตัวขึ้นมา สักพักความรู้ตัวนั้นก็เลื่อนรางไปอีก เป็นอย่างนี้ทุกวัน เขามารู้ภายหลังว่ามีพยาบาลผู้หนึ่งทุกเช้าที่ขึ้นเวร จะมาจับมือเขาแล้วแผ่เมตตาให้กำลังใจ ขอให้ม่กำลังและรู้สึกตัว ในที่สุดเขาก็ฟื้นตัวกลับเป็นปกติ ทั้ง ๆ ที่หมอประเมินแต่แรกว่ามีโอกาสรอดน้อยมาก กรณีนี้เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่ชี้ว่าแม้จะหมดสติแต่จิตก็สามารถสัมผัสรับรู้กระแสแห่งเมตตาจิตของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงได้ ด้วยเหตุนี้ลูกหลานญาติมิตรจึงไม่ควรท้อแท้หมดหวังเมื่อพบว่าผู้ป่วยได้เข้าสู่ภาวะโคม่าแล้ว ยังมีหลายอย่างที่เราสามารถทำได้ เช่น อ่านหนังสือธรรมะให้เขาฟัง พูดเชิญชวนให้เขาระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ หรือนึกถึงสิ่งที่ตนบุญกุศล รวมทั้งระลึกถึงความดีที่เคยบำเพ็ญ การพูดให้เขาหายกังวลกับลูกหลานหรือสิ่งที่ตนผูกพัน หรือแนะนำให้ปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ก็มีประโยชน์เช่นกัน ที่สำคัญก็คือการสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ลูกหลานญาติมิตรควรระมัดระวังคำพูดและการกระทำขณะที่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วยไม่ควรร้องให้พึมพาย ทะเลาะเบาะแว้ง หรือพูดเรื่องที่อาจกระทบกระเทือนใจผู้ป่วย ฟังระลึกว่า อะไรที่ควรทำกับผู้ป่วยในยามเขายังรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ ก็ควรทำอย่างเดียวกันนั้นเมื่อเขาหมดสติ หากเคยชักชวนเขาทำวัตรสวดมนต์ หรือเปิดเทปบรรยายธรรมให้เขาฟัง ก็ขอให้ทำต่อไป



## ๗ . กล่าวคำอำลา

สำหรับผู้ที่อยากเปิดเผยความในใจให้ผู้ป่วยรับรู้ เช่น ขอโทษ หรือกล่าวคำอำลาเขา ยังไม่สายเกินไปที่จะบอกกล่าวกับเขา มีหญิงชราผู้หนึ่งนั่งอยู่ข้างเตียงสามีด้วยความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจมาก เพราะไม่เคยบอกสามีว่าเธอรักเขาเพียงใด มาบัดนี้สามีของเธอเข้าขั้นโคม่าและใกล้ตาย เธอรู้สึกว้าวุ่นใจไปแล้วที่เธอจะทำอะไรได้ แต่พยาบาลให้กำลังใจเธอว่าเขายังอาจได้ยินเธอพูดแม้จะไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองใด ๆ เลยก็ตาม ดังนั้นเธอจึงขออยู่กับเขาอย่างเงียบ ๆ แล้วบอกสามีว่าเธอรักเขาอย่างสุดซึ้ง และมีความสุขที่ได้อยู่กับเขา หลังจากนั้นเธอก็กล่าวคำอำลาว่า “ ยากมากที่ฉันจะอยู่โดยไม่มีเธอ แต่ฉันไม่อยากเห็นเธอทุกข์ทรมานอีกต่อไป ฉะนั้นหากเธอจะจากไป ก็จากไปเถิด ” ทันทีที่เธอกล่าวจบ สามีของเธอก็ถอนหายใจยาวแล้วสิ้นชีวิตไปอย่างสงบ ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไป และสัญญาณชีพอ่อนลงเป็นลำดับ หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา ขอให้ตั้งสติ ระวังความโศกเศร้า จากนั้นให้กระซิบบอกที่ข้างหู พูดถึงความรู้สึกดี ๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของเขาที่ได้กระทำ พร้อมทั้งขอมาในกรรมใด ๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใด ๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ หากผู้ป่วยมีพื้นฐานทางด้านธรรมะ ก็ขอให้เขาปล่อยวางความสำคัญมั่นหมายในตัวตนและสังขารทั้งปวง น้อมจิตไปสู่ “ ความดับไม่เหลือ ” ตั้งจิตจดจ่อในพระนิพพาน จากนั้นก็กล่าวคำอำลา แม้ว่าจะได้กล่าวคำอำลาผู้ป่วยไปแล้วในขณะที่เขายังมีสติ รู้ตัวอยู่ ( ดังได้กล่าวไว้ในบทก่อน ) แต่การกล่าวคำอำลาอีกครั้งก่อนที่เขาจะสิ้นลมก็ยังมิมีประโยชน์อยู่ ข้อที่พึงตระหนักก็คือ การกล่าวคำอำลาและน้อมจิตผู้ป่วยให้มุ่งต่อสิ่งดีงาม นั้นจะเป็นไปได้ดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยอยู่ในความสงบ ไม่มีการพยายามเข้าไปแทรกแซงใดๆ กับร่างกายของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ หากผู้ป่วยอยู่ในห้องไอซียูและมีสัญญาณชีพอ่อนลงเจียนตาย หมอและพยาบาลมักจะพยายามช่วยชีวิตทุกวิถีทาง เช่น กระตุ้นหัวใจ หรือใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เท่าที่มี บรรยากาศจะเต็มไปด้วยความวุ่นวาย และยากที่ลูกหลานญาติมิตรจะกล่าวถ้อยคำใด ๆ กับผู้ป่วย เว้นแต่ว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยแจ้งความจำนงล่วงหน้าว่าขอให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยปราศจากการแทรกแซงใด ๆ โดยทั่วไปแพทย์และญาติผู้ป่วยมักจะคิดแต่การช่วยเหลือทางกาย โดยลืมนึกถึงการช่วยเหลือทางจิตใจ จึงมักสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทุกอย่างเท่าที่มีเพื่อช่วยต่อลมหายใจผู้ป่วย ทั้ง ๆ ที่ในภาวะใกล้ตาย สิ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่การช่วยเหลือทางจิตใจ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการหนักจนหมดหวังจะรักษาชีวิตไว้ได้แล้ว ญาติผู้ป่วยน่าจะคำนึงถึงคุณภาพหรือสภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งหมายความว่า อาจต้องขอให้ระงับการกลุ้มรุมผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้าง บรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ จะว่าไปแล้วสถานที่ที่เอื้อให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวอย่างดีที่สุดมักจะ ได้แก่บ้านของผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลายคนจึงปรารถนาที่จะตายที่บ้าน มากกว่าที่โรงพยาบาลหรือห้องไอซียู หากลูกหลานญาติมิตรมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านก็เป็นไปได้ง่ายขึ้น

### คำอธิษฐานขอโหรากรรม

ข้าพเจ้าขอโหรากรรม กรรมใดที่ทำแก่ผู้ใดในชาติใด ๆก็ตาม  
 ขอให้เจ้ากรรมและนายเวร จงโหรากรรมให้แก่ข้าพเจ้า  
 อย่าได้จองเวรจองกรรมต่อไปเลย แม้แต่กรรมที่ใคร ๆทำแก่ข้าพเจ้าก็ตาม  
 ข้าพเจ้าขอโหรากรรมให้ทั้งสิ้น ยกถวายพระพุทธเจ้าเป็นอภัยทาน  
 เพื่อจะได้ไม่มีเวรกรรมต่อไป ด้วยอนิสงส์แห่งอภัยทานนี้  
 ขอให้ข้าพเจ้าครอบครัวบุตรหลาน ตลอดจนวงศาคนญาติและผู้อุปการคุณของข้าพเจ้า  
 มีความสุขความเจริญ ปฏิบัติแต่สิ่งที่ดี และสิ่งที่ชอบด้วยเทอญ...

จาก สมเด็จพระพุทธาจารย์ (โต พรหมรังสี )

### คำขอขมาศพ

กายกรรม วจีกรรม มโนกรรม กรรมอันใดที่ข้าพเจ้าทั้งหลาย ได้ล่วงเกินต่อท่าน  
 ด้วยกายก็ตาม ด้วยวาจาก็ตาม ด้วยใจก็ตาม ขอให้ท่านจงได้อโหรากรรม ให้แก่ข้าพเจ้าทั้งหลาย  
 อย่าให้เป็นเวร เป็นบาปกรรม แก่กันและกันเลย กรรมอันใดที่ท่านอาจจะเคยล่วงเกินข้าพเจ้า  
 ข้าพเจ้าขอโหรากรรมนั้น เพื่อจะไม่ให้เป็นเวรกรรมต่อกัน  
 ด้วยบุญกุศลที่ข้าพเจ้าทั้งหลาย ได้ร่วมกันกระทำในครั้งนี้  
 ขอจงเป็นพลวปัจจัย (พะ-ละ-วะ-ปัจจัย )  
 ส่งเสริมให้ข้าพเจ้าทั้งหลาย มีความสุขความเจริญ และขอให้ท่านผู้วายชนม์  
 ได้รับผลแห่งบุญ มีสันติสุขในสัมปรายภพข้างหน้าเทอญ

.....  
 เครื่องขอขมาศพ ประกอบด้วย

1. รูป 1 ดอก
2. ดอกไม้ ตามที่จัดหาได้

## แผนภูมิบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสาขาวิชาชีพ

### ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

#### แพทย์

- วินิจฉัยโรคที่เป็น
- ประเมินและวินิจฉัยให้การ  
รักษาแบบประคับประคอง
- สั่งการรักษาตามมาตรฐาน  
วิชาชีพ
- สื่อสารเพื่อบอกข่าวร้าย  
เกี่ยวกับโรคแก่ญาติและผู้ป่วย
- ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ  
ครอบครัว
- Family meeting
- วางแผนการรักษาล่วงหน้า  
(Advance care planning &  
Advance directive)

#### พยาบาล

- ประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม  
และจิตวิญญาณ
- ประเมินอาการรบกวนต่างโดยใช้ ESAS  
NRS
- ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของ  
ผู้ป่วยโดยใช้ PPS v2
- ให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์
- ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของ  
ผู้ป่วยและครอบครัว
- ให้การดูแลเพื่อจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ
- ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยและความสามารถของครอบครัวในการ  
ดูแลผู้ป่วย
- ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยแก่  
ญาติ
- วางแผนการดูแลต่อเนืองที่บ้านร่วมกับ  
สาขาวิชาชีพ พร้อมผู้ป่วยและครอบครัว
- ประสานงานกับทีมอื่นๆเพื่อร่วมให้การดูแล  
ผู้ป่วย เช่น นักสังคมสงเคราะห์ มูลนิธิ  
นักบวช ผู้นำชุมชน เป็นต้น
- ร่วม Family meeting
- ประสานงานกับศูนย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย  
ในเพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้าน
- ติดตามเยี่ยมบ้าน
- ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย

#### วิชาชีพอื่นๆ

- ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคม  
สงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด  
นักโภชนาการ เภสัชกร นักบวช  
 เป็นต้น
- ให้การดูแลตามสภาพปัญหา  
ต่างๆที่ได้รับการประสานใน  
แต่ละราย

### แบบบันทึกการลงนามปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล

คำรับรองต่อไปนี้เป็นของผู้ป่วยต้องลงนามด้วยตนเอง หากยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือมีความบกพร่องทางกาย จิตใจหรือการตัดสินใจ ต้องเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ลงนาม

#### คำรับรองปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล

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

ข้าพเจ้า  ผู้ป่วย ชื่อ..... ญาติ ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว).....

เกี่ยวข้องกับ.....

ขอปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาลด้วยเหตุผล  ผู้ป่วยมีอาการหนัก  ไม่พึงพอใจ

อื่นๆ ระบุ.....

ซึ่งเป็นความประสงค์ของ  ผู้ป่วย  บุตร / ญาติลงความเห็นร่วมกัน

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค แผนการรักษา ตลอดจนการพยากรณ์ของโรค ผลการรักษา การดูแลผู้ป่วยเมื่อนำผู้ป่วยกลับบ้าน การขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน เป็นที่เข้าใจเรียบร้อยแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน เพื่อเป็นการยืนยันปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล

#### ผู้ลงนาม (อย่างน้อย 2 คนขึ้นไป )

คนที่ 1 ..... ผู้ป่วย ลงนาม.....แพทย์  
(.....) (.....)

คนที่ 2 ..... (ญาติ ลงนาม.....พยาบาล  
(.....) (.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

คนที่ 3 ..... (ญาติ ลงนาม.....พยาบาล  
(.....) (.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

คนที่ 4 ..... (ญาติ ลงนาม.....พยาบาล  
(.....) (.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

Name of patient	Age ปี	HN	AN
Department of Service	Ward	Attending Physician	

### หนังสือแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิต

คำรับรองการให้คำยินยอมในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองอาการเพื่อคุณภาพชีวิต  
ที่ดีและ หลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เนื่องด้วยผู้ป่วย  
ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....HPI.....AN..... วันที่.....ขณะนี้ได้รับ  
การวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีอาการสำคัญ ดังนี้.....

..... และมีการดำเนินของโรคหรือพยากรณ์โรค คือ (โปรดเลือก)

- เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีโอกาสจะเสียชีวิตในระยะเวลาไม่นานจากสาเหตุการลุกลามของโรคมะเร็งหรือจาก  
ภาวะแทรกซ้อน
- เป็นผู้ป่วยอวัยวะสำคัญล้มเหลวเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต หรือระบุ.....  
ซึ่งคุณภาพชีวิตไม่ดีและมีโอกาสเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต
- เป็นผู้ป่วยวิกฤติมีอาการหนักหรือมีอวัยวะสำคัญล้มเหลวเฉียบพลันซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีโอกาสเสียชีวิตสูงแม้  
ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว
- เป็นผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรง ดูแลช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจากการเสื่อมของสมอง  
อย่างรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน
- เหตุผลเฉพาะตัวจากการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ล่วงหน้ามาก่อน  
ผู้เกี่ยวข้อง (ผู้แทนโดยชอบธรรม) ของผู้ป่วยได้ปรึกษาหารือร่วมกันแล้วในการพิจารณาให้ความยินยอมในการดูแลแบบ  
ประคับประคองอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีและหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงให้ความยินยอมให้ทีม  
ผู้รักษาดูแลผู้ป่วยให้การรักษาแบบประคับประคองอาการ ตามที่ระบุดังนี้

- |   |                                  |                                     |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. การทำหัตถการเพื่อวินิจฉัยโรคระบุ.....      | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 2. การให้อาหารทางสายยาง                       | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 3. การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ               | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 4. การให้สารน้ำ/เลือดทางหลอดเลือดดำ           | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 5. การใส่ท่อช่วยหายใจ/เครื่องช่วยหายใจ        | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 6. การนวดหัวใจเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ             | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 7. การให้ยากระตุ้นหัวใจและยาเพิ่มความดันโลหิต | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 8. อื่นๆระบุ.....                             | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |

ทั้งนี้โดยได้รับความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการงดหรือหยุดการรักษาเบื้องต้นดังกล่าวจากทีมผู้ให้การดูแลรักษาเป็นที่เข้าใจเป็น  
อย่างดี จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....ลายเซ็น.....  
ชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย.....เกี่ยวข้องเป็น.....ลายเซ็น.....  
ชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย.....เกี่ยวข้องเป็น.....ลายเซ็น.....  
ชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย.....เกี่ยวข้องเป็น.....ลายเซ็น.....  
ชื่อ-สกุลแพทย์เจ้าของไข้.....ลายเซ็น.....  
ชื่อ-สกุลพยาน.....ลายเซ็น.....  
ชื่อ-สกุลพยาน.....ลายเซ็น.....  
ชื่อ-สกุลพยาน.....ลายเซ็น.....

**หมายเหตุ** การให้คำยินยอมดังกล่าวข้างต้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว  
เปลี่ยนแปลงและได้ปรึกษาหารือกันอีกครั้ง

## แบบประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลแบบประคับประคอง

## กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ท่านให้ความเห็นว่าเป็นจริงที่สุด

ข้อมูลที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วย แต่จะนำมาพัฒนาการบริการให้ดียิ่งขึ้น

ผู้ป่วยรับการรักษาที่หอผู้ป่วย..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	ท่านได้รับทราบข้อมูลและได้รับแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง			
2	ท่านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย			
3	ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม			
4	ทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ			
5	ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับอนุญาตให้อยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา			
6	ทีมผู้รักษาพยาบาลให้เกียรติและให้ความเคารพต่อท่าน โดยการพูดคุณด้วยวาจาสุภาพ เรียกท่านด้วยสรรพนามตามความเหมาะสม			
7	ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการรบกวนอย่างเหมาะสม ได้แก่ อาการปวด แน่นอึดอัดท้อง เหนื่อยเพลีย หายใจลำบาก เป็นต้น (ถ้ามี)			

## กรณีเสียชีวิต

8	ท่านได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านประเพณี ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมอย่างเหมาะสมในระยะผู้ป่วยใกล้ตาย และ/หรือหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต			
9	ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมผู้ดูแลรักษา			
10	ท่านได้รับการช่วยเหลือ/คำแนะนำ/อำนวยความสะดวกในขั้นตอนการนำผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย			
11	ท่านพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยของทีมผู้รักษาพยาบาลโดยรวม			

## ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

สมาธิบำบัด แบบ SKT โดย รศ. ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี  
สร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสมาธิบำบัด แบบ SKT 1-7 ( เทคนิคลิขสิทธิ์)

สมาธิบำบัดแบบ SKT คืออะไร

SKT คือตัวย่อที่มาจากชื่อของ รศ. ดร. สมพร กันทรดุษฎี-ตรียมชัยศรี อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นผู้พัฒนาเทคนิคนี้ขึ้นมา โดยอาจารย์ได้มีโอกาสศึกษาเรื่องระบบประสาทของมนุษย์ ในระหว่างการศึกษาระดับปริญญาเอก จึงเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบประสาทมากขึ้น ประกอบกับเมื่อได้ทำงานวิจัยเรื่องสมาธิเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จึงพบว่าแม้การทำสมาธิแบบสมถะ หายใจเข้าพุท หายใจออก โธ นั้นสามารถช่วยให้คลายเครียดได้ดี แต่หากเราสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหวด้วย ก็จะทำให้การทำสมาธินั้นมีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่นๆในร่างกายได้เป็นอย่างดี จึงได้นำองค์ความรู้ทั้งเรื่องสมาธิ โยคะ ชีกง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การปฏิบัติสมาธิด้วยเทคนิคการหายใจ และการควบคุมประสาทสัมผัสทางตา และหู ผสมผสานกัน จนพัฒนาเป็นรูปแบบสมาธิบำบัดแบบใหม่ขึ้น 7 เทคนิค หรือเรียกว่า SKT 1-7 ที่ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

ท่าที่ 1 (SKT 1) “นั่งผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต”



เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจ

1. ถ้าหากนั่งให้หายใจฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหัวเข่า หากนอน ให้วางแขนหงายมือไว้ข้างตัว หรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง
2. ค่อยๆหลับตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30-40 รอบ แล้วค่อยลืมตาขึ้นช้าๆ
3. ให้ปฏิบัติวันละ 3 รอบ ก่อนหรือหลังอาหาร 30 นาที “ลดความดันโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี”

## ท่าที่ 2 (SKT 2) “ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”



1. ยืนตรงในท่าที่สบาย วางฝ่ามือทาบที่หน้าอก โดยวางมือซ้ายทาบบนมือขวา ค่อยๆหลับตาลงช้าๆ
2. สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึกๆช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 120-150 รอบ แล้วค่อยลืมตาขึ้นช้าๆ
3. ปฏิบัติวันละ 3 รอบ วิธีนี้เป็นกรเพิ่มระยะเวลาการทำสมาธิให้นานขึ้นกว่าท่าที่ 1 “ช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี และควบคุมการทำงานของไตสันหลังไปอย่างมีประสิทธิภาพ”

## ท่าที่ 3 (SKT 3) “นั่งยืด -เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”





1. นั่งบนพื้นราบในท่าที่สบาย เหยียดขา เข่าตั้ง หลังตรง เท้าชิด คว่ำฝ่ามือบนต้นขาทั้ง 2 ข้าง ค่อยๆ หลับตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3 รอบ (ดังรูปที่ 1)
2. หายใจเข้าลึกๆช้าๆ พร้อมกับค่อยๆ โน้มตัวไปข้างหน้า แขนตั้ง ผลักฝ่ามือทั้งสองข้างไปด้านหน้าจนปลายมือจรดนิ้วเท้า หยุดหายใจชั่วครู่ (ดังรูปที่ 2)
3. หายใจออกช้าๆ พร้อมกับค่อยๆ ดึงตัวและแขน เอนไปข้างหลังให้ได้มากที่สุด ค้างไว้สักครู่ (ดังรูปที่ 3) นับเป็น 1 รอบ ทำซ้ำกัน 30 รอบ แล้วค่อยๆ สัมผัสขึ้น “ช่วยลดไขมันหน้าท้อง ลดพุง และลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดี”
- 4.

#### ท่าที่ 4 (SKT 4) “ก้าวอย่างของไทย เหยียวายกาย ประสานจิต”



1. ยืนตรงในท่าที่สบาย สัมผัส แขนทั้งสองข้างวางไขว้หลัง หรือวางทาบที่หน้าท้อง สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 5 รอบ
2. ยืนตัวตรง มองต่ำไปข้างหน้า หายใจเข้าช้าๆ พร้อมกับค่อยๆ ยกเท้าขวาสูงจากพื้นเล็กน้อย หายใจออกช้าๆ พร้อมกับค่อยๆ ก้าวเท้าขวาไปข้างหน้า จรดปลายเท้าแตะพื้น ตามด้วยส้นเท้าวางลงบนพื้น นับเป็น 1 รอบ เดินไปข้างหน้า 20 รอบ หยุดเดินรอบที่ 20
3. วางเท้าซ้ายชิดเท้าขวาในช่วงที่หายใจออก ยืนตรง ตามองพื้น หมุนขวา โดยหายใจเข้า วางปลายเท้าขวาลง หายใจเข้าพร้อมกับยกเท้าซ้ายลอยจากพื้นเล็กน้อย หายใจออกพร้อมวางเท้าซ้ายชิดเท้าขวา แล้วค่อยๆ หมุนขวา โดยขยับเท้าให้เอียง 60 องศา และ 90 องศา ในท่ายืนตรง ทำซ้ำเดิมโดยเดินไปกลับ 2 เที้ยว ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง “ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานกับโรคเรื้อรังทุกประเภท”

## ท่าที่ 5 (SKT 5) “ยืดเหยียดอย่างไทย เยียวายากาย ประสานจิต”



1. เริ่มจากยืนตรงในท่าที่สบาย เข่าตึง ค่อยๆ หลับตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 5 รอบ
2. ค่อยๆ ยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะฝ่ามือประกบกัน แขนตึงแนบใบหู หายใจเข้าออก 1 ครั้ง (ดังรูปที่ 1) แล้ว ค่อยๆ ก้มตัวลง โดยศีรษะ ตัว และแขนก้มลงพร้อมๆ กัน ช้าๆ นับเป็นจังหวะที่ 2 (ดังรูปที่ 2) ค่อยๆ หายใจ และก้มตัวลงเป็นจังหวะช้าๆ ไปเรื่อยๆ จนถึงจังหวะที่ 30 ปลายนิ้วกลางจรดพื้นพอดี (ดังรูปที่ 3)
3. จากนั้นหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง แล้วค่อยๆ ยกตัวขึ้น ศีรษะตั้งตรง นับจังหวะเหมือนตอนก้มลง โดยในจังหวะที่ 30 ให้เข่าตึง แขนตึง กลับมาอยู่ในท่าเดิมดังรูปที่ 1
4. \* เทคนิค : ต้องเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ หายใจช้าๆ จึงจะได้ประโยชน์สูงสุด โดยเริ่มจากวันละ 30 จังหวะ และค่อยๆ เพิ่มขึ้นในวันต่อไป ช่วยป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ

## ท่าที่ 6 (SKT 6) “เทคนิคการฝึกสมาธิการเยียวายาไทยจินตภาพ”



1. นอนบนพื้นเรียบ แขนสองข้างวางแนบลำตัว ค่อยๆ หลับตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3 รอบ

2. แล้วให้ท่องในใจว่า “ศีรษะเราเริ่ม ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลายลงไปเรื่อยๆ” พร้อมกับกำหนดความรู้สึกไปที่อวัยวะที่เราจดจ่อ ไล่จากศีรษะ หน้าผาก ขมับ หนังกตา แก้ม คาง ริมฝีปาก คอ ไหล่ ต้นแขน แขน มือ หน้าอก หลัง หน้าท้อง ก้น ต้นขา เข่า น่อง เท้า และตัวเราทั้งตัว
3. โดยเมื่อครบทั้งตัวแล้ว ให้ท่องว่า “มือเราเริ่มหนักขึ้น หนักขึ้น หนักขึ้น หนักขึ้นไปเรื่อยๆ” ไล่ลงไปจนถึงเท้า เมื่อทำครบแล้วให้หายใจเข้า กลั้นใจ และหายใจออกเหมือนตอนเริ่มต้นอีก 3 รอบเทคนิคนี้เหมาะสำหรับ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อัมพาต และผู้ที่มีปัญหาระบบการไหลเวียนโลหิต

### ท่าที่ 7 (SKT 7) “เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง”



1. ยืนตัวตรง แยกเท้าทั้งสองข้างพอประมาณ ค่อยๆหลับตาลงช้าๆ สุดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 5 รอบ
2. ค่อยๆยกมือ แขน ข้อศอกทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว ฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ขยับฝ่ามือเข้าหากัน ช้าๆ นับ 1-3 และขยับมือออกช้าๆ นับ 1-3 (ดังรูปที่ 1-2) ทำทั้งหมด 36-40 รอบ แล้วยืนอยู่ในท่าเดิม
3. หายใจเข้าลึกๆ นับ 1-5 ค่อยๆยกมือขึ้นเหนือศีรษะคล้ายกับกำลังประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่ แล้วค่อยๆยกมือลงในท่าประคองแจกันเช่นกัน นับเป็น 1 รอบ (ดังรูปที่ 3-4) ทำทั้งหมด 36-40 รอบ แล้วยืนอยู่ในท่าเดิมลดอาการท้องผูก นอนไม่หลับ อาการปวดเรื้อรัง/เฉียบพลัน และภูมิแพ้
4. ข้อควรระวัง
  1. ขณะฝึกปฏิบัติ ควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ ไม่รัดตึง
  2. อุณหภูมิของสถานที่ฝึกต้องไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป

3. ไม่ควรฝึกขณะหิวหรืออิ่มเกินไป
4. จิตจะต้องเป็นสมาธิ ไม่ไหวตามสิ่งเร้ารอบข้าง เช่น เสียง กลิ่น การพูดคุยของคนที่อยู่ข้างๆ เป็นต้น
5. ควรควบคุมอารมณ์และความคิดให้นิ่ง ไม่คิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น ให้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออก
6. ระวังการถูกรบกวนทันที ต้องควบคุมจิตใจให้เป็นสมาธิอย่างแน่นหนา
7. ขณะฝึกอาจมีอาการง่วงนอน ห้ามฝึกขณะขับชี่ยานพาหนะ ขณะทำงานกับเครื่องจักร หรือในสถานที่ที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ
8. หากมีอาการแน่นอึดอัดหรือหน้ามืด ให้หยุดฝึก และลงนั่งหรือนอนพักทันที
9. ผู้ที่เป็นเบาหวาน ควรพกกลูโคมติดตัวไว้ด้วย
10. ควรเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ นุ่มนวล ระวังการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ได้แก่ หัวใจ ปอด ม้าม ตับ ไต

ตัวอย่างสมาธิบำบัด SKT1-7

<http://tv.mthai.com/tv-archive/15192.html>

<http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/22060>

<http://www.youtube.com/watch?v=Bcw85slp9xc> <http://www.youtube.com/watch?v=k4cVh0i4QFw>

SKT 8

### บรรณานุกรม

- จำลอง ดิษยวณิช. (2547). Psychosocial support in palliative care. ใน ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 63-82). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- เชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2547). ความต้องการและการอภิบาลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ใกล้ตาย. ใน ภัคภร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ). **รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 30-51). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชูลีพรรณ ศรีสุนทร. (2549). ความตายตามความเชื่อของคริสตชน ใน เมตตานันโทภิกขุ (บรรณาธิการ). **ธรรมะ 5 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 205-212). กรุงเทพฯ: บริษัท ที. เอ็น. พี. พริ้นติ้ง จำกัด.
- เต็มศักดิ์ พิงร์ศรี. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว & ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying**. (หน้า 16-23). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- ทัศนาศุ บุญทอง. (2534). มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล. ใน อรุณทิพย์ วีระฉัตร (บรรณาธิการ). **การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ**. (หน้า 21-29). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. **วารสารสภาการพยาบาล**, 15(3), 55-64.
- \_\_\_\_\_. (2549). **จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์
- \_\_\_\_\_. (2549). **พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ & สิวลี ศิริไล. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวช. ใน วสันต์ ลินะสมิต และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ). **ตำราแม่เร็งนรีเวชวิทยา**. กรุงเทพฯ: บริษัท โอลิสติกพับลิชชิ่ง จำกัด.
- ธนเดช สินธุเสก. (2547). การดูแลระดับประคอง. ใน ลักขมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 27-34). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- นงเยาว์ กันทะมูล. (2546). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นียา สออารีย์. (2546). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด**. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: แม่กษ มีเดีย วาย ทู เค เพรส.
- บุบผา ขอบใจ. (2536). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- \_\_\_\_\_ (2546). การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2547). **ความตายและภาวะใกล้ตาย : แนวคิดและการพยาบาล.** ขอนแก่น : ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเวศ วะสี. (2544). สู่ “สุขภาพสี่มิติ”. ใน อภิญา ตันทวิวงศ์ (บรรณาธิการ). **สู่สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ.** (หน้า 7-14). กรุงเทพฯ: บริษัท 21 เซนจูรี จำกัด.
- พรรณนิภา ธรรมวิรัช & ประอรนุช ตุลยาทร. (2530). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี.** ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระเมธีธรรมาภรณ์. (2534). พุทธศาสนากับมิติด้านจิตวิญญาณ. ใน อรพินท์ วีระฉัตร(บรรณาธิการ). **การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ.** (หน้า 52-54). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2534). แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. ใน อรพินท์ วีระฉัตร (บรรณาธิการ). **การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ.** (หน้า 1-7). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- พัชรินทร์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง. (2550). ศิลปะบำบัดในโรงพยาบาล. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว & ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care : Improving care of the dying.** (หน้า 227-235). กรุงเทพฯ : บริษัทโรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว & ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying.** (หน้า 239-257). กรุงเทพฯ : บริษัทโรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- พระมน เมตตานันโท. (บรรณาธิการ). (2549). **ธรรมะ 5 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** กรุงเทพฯ: บริษัท ที. เอ็น. พี. พรินต์ติ้ง จำกัด.
- พิเชษฐ กาลามเกษตร. (2550). “แนวความคิดของอิสลามเกี่ยวกับความตายและการปฏิบัติต่อคนไข้ในมรณวิถี”. ใน เมตตานันโทภิกขุ (บรรณาธิการ). **ธรรมะ 5 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** (หน้า 17-133). กรุงเทพฯ: บริษัท ที. เอ็น. พี. พรินต์ติ้ง จำกัด.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2534). เรื่องของจิตวิญญาณกับการพยาบาล. ใน อรพินท์ วีระฉัตร (บรรณาธิการ). **การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ.** (หน้า 16-20). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์.
- ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). Psychiatric assessment and management in palliative care. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว & ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying.** (หน้า 78-99). กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- มธุรส พงษ์ลิขิตมงคล. (2542). มะเร็งและกระบวนการเกิดมะเร็ง. ใน วสันต์ สันะสมิต & สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ). **ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา.** (หน้า 3-28). กรุงเทพฯ: บริษัท โอเอสติกพับลิชชิง จำกัด.

- วรรณิ ลีละกุล & นันทยา เอื้อมงคล. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวช. ใน วสันต์ ลีนะสมิต & สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ). **ตำรา มะเร็งนรีเวชวิทยา**. กรุงเทพฯ: บริษัท โอลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วีรมลล์ จันทรดี. (2550). ความทรงจำที่ไม่ตาย “End Of Life Not End Of Light”. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว & ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying**. (หน้า 55-66). กรุงเทพฯ : บริษัทโรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- คันสนีย์ เสถียรสุด. (2544). “ทันสมัย” ใจสบาย. ใน อภิญญา ต้นทิววงศ์ (บรรณาธิการ). **สู่สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ**. (หน้า 23-27). กรุงเทพฯ: บริษัท 21 เซนจูรี่จำกัด.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ & สัญชัย บัลลังก์โพธิ์. (2542). การรักษาประคับประคอง Palliative Care. ใน วสันต์ ลีนะสมิต & สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ). **ตำรา มะเร็งนรีเวชวิทยา**. (หน้า 709-729). กรุงเทพมหานคร. บริษัท โอลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์. (2547). พยาบาลกับงาน Palliative care. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 41-45). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สิวลี ศิริไล. (2547). การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 101-110). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- อานนท์ วิทยานนท์. (2547). การสื่อสารกับผู้ป่วยที่ทำการรักษาแบบประคับประคอง. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 111-135). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2549). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน (Palliative home care in cancer patients). ใน ภัคกร ช่วยคุณูปการ. (บรรณาธิการ). **รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (หน้า 113-120). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อรรรณ ดวงมังกร. (2545). **ทรงสนะด้านจิตวิญญาณในสังคมอีสาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- “Saundok’s palliative care”. (online). เข้าถึงได้จาก : [http://www.med.cmu.ac.th/hospital/palliative/?page\\_id=19](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/palliative/?page_id=19).
- “Palliative care ราม่า”. (online). เข้าถึงได้จาก : [Resource@thaifp.com](http://Resource@thaifp.com)