

ฉบับปรับปรุงตามมติ ครั้งที่ 1 / 69 เมื่อวันที่ 28 ม.ค. 2563
เจ้าหน้าที่.....โมดิริเตอร์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

กรรมการตรวจแล้ว

ผ่าน ☒

แก้ไขเพิ่มเติม ☐

กรรมการ.....

(พล.ทพ.จก. ดิเรกจิรกุล)

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง คู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

เสนอโดย

นางสุภาพร คำเสียง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 172)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย โรคมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง คู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

เสนอโดย

นางสุภาพร คำเสียง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 172)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2560 ถึงวันที่ 23 มีนาคม 2560)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคเบาหวาน หมายถึง การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอยู่ด้านหลังของช่องท้อง ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุที่แท้จริงนั้นยังไม่ทราบชัดเจน พบว่ามีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ (นิษา เรืองกิจอุดม และวาทีณี เชียรสุคนธ์, 2557) 1) การสูบบุหรี่ 2) โรคเบาหวาน 3) ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง 4) ความผิดปกติทางพันธุกรรม 5) การดื่มแอลกอฮอล์จัด 6) ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน 7) การบริโภคไขมันสัตว์มากและผักผลไม้ได้น้อย 8) การสัมผัสสารเคมี เช่น น้ำมันเบนซิน เป็นต้น 9) การมีประวัติโรคนี้ในครอบครัว

กายวิภาคศาสตร์สรีรวิทยา ตับอ่อนมี capsule ห่อหุ้มภายนอก และแทรกเข้าไปแบ่งเนื้อต่อมออกเป็น lobules ระหว่าง lobules จะมีท่อน้ำย่อย ที่เรียกว่า interlobular duct และหลอดเลือดแทรกอยู่ ตับอ่อนจัดเป็น compound tubuloalveolar glands เนื้อของตับอ่อนส่วนใหญ่เป็น exocrine ประกอบด้วยกลุ่มเซลล์ที่ทำหน้าที่ secretory cells จัดเรียงตัวเป็นถุงเล็ก ๆ เรียกว่า acini ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์รูปร่างพีระมิดมี nucleus อยู่ก่อนไปทางด้านฐาน ยอดเซลล์มี granule ติดสี acid dye เรียก zymogen granule ตรงกลาง acini จะมี lumen ซึ่งเป็นส่วนปลายของท่อ intralobular duct ที่ยื่นเข้าไปกลาง acini สารหลังจาก acinar cell จะทะลุเข้าสู่ lumen ผ่านไปตาม intralobular duct ซึ่งแทรกอยู่ใน lobule จากนั้นจะรวมกันเข้าสู่ interlobular duct และ main pancreatic duct ต่อไป ส่วนเนื้อของตับอ่อนส่วนที่เป็นต่อมไร้ท่อ (endocrine part) จะมีลักษณะเป็นกลุ่มเซลล์ติดสีจาง กระจายอยู่ในเนื้อของตับอ่อนแทรกอยู่ระหว่างกลุ่ม acini เรียกว่า Pancreatic islets หรือ islets of Langerhans โดยจะมี connective tissue บาง ๆ หุ้มไว้ ภายใน islets of Langerhans มีกลุ่มเซลล์หลายชนิด ได้แก่ (นิษา เรืองกิจอุดม และวาทีณี เชียรสุคนธ์, 2557)

1. Beta-cell (B-cell) เซลล์ที่สร้างจากเซลล์กลุ่มนี้คือฮอร์โมน insulin ทำหน้าที่ลดระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าร่างกายขาดฮอร์โมน insulin จะทำให้ปริมาณในเลือดสูงกว่าปกติ ทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวาน (diabetes mellitus)

2. Alpha-cell (A-cell) สร้างฮอร์โมน glucagon ซึ่งทำหน้าที่เพิ่มระดับระดับน้ำตาลในเลือด

3. Delta-cell (D-cell) ทำหน้าที่สร้าง somatostatin ซึ่งเป็น neurotransmitter ไปยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน glucagon และ insulin

โดยสรุป ตับอ่อนเป็นอวัยวะขนาดเล็ก อยู่ลึกภายในช่องท้องระหว่างกระเพาะอาหารและม้าม ติดกับลำไส้เล็กส่วนต้น มีบทบาทหลักในกระบวนการย่อยอาหาร โดยตับอ่อนจะหลั่งเอนไซม์เข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนต้น ร่วมกับน้ำย่อยในลำไส้เล็กทำหน้าที่ในการย่อยโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งผลิตอินซูลิน และกลูคากอนซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอีกด้วย

พยาธิสภาพ โรคมะเร็งตับอ่อนเป็นโรคที่พบในผู้ใหญ่พบมากในปัจจุบันโดยพบในผู้ชายอัตราส่วนที่มากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย ประมาณ 1.3 ต่อ 1 และพบมากกลุ่มคนอายุ 45 ปีขึ้นไป พบได้สูงมากในช่วงอายุ 60 - 80 ปี ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่นอน พบว่ามาจากหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน เช่น (นิษา เรื่องกิจอุคม และวาทีนี เขียรสุคนธ์, 2557)

1. โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง
2. โรคถุงน้ำตับอ่อนที่ไม่ได้เกิดจากตับอ่อนอักเสบ
3. การดื่มสุราและการสูบบุหรี่
4. โรคเบาหวาน
5. ความผิดปกติทางพันธุกรรมทั้งชนิดถ่ายทอดได้และชนิดถ่ายทอดไม่ได้

อาการและอาการแสดงของมะเร็งตับอ่อน มีดังนี้ (นิษา เรื่องกิจอุคม และวาทีนี เขียรสุคนธ์, 2557)

1) ตัวเหลืองตาเหลือง 2) ปวดท้องร้าวไปหลังคืออาการที่พบบ่อยของมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลาม 3) น้ำหนักลด โดยที่ไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก และมักพบอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่อยากอาหารร่วมด้วย 4) ปัญหาในระบบย่อยอาหาร ถ้ามะเร็งตับอ่อนนี้ไปหยุดการหลั่งเอนไซม์ ในการช่วยย่อยอาหาร โดยเฉพาะอาหารจำพวกไขมัน อุจจาระสีซีด ปนกับถ่ายเป็นไขมัน ส่วนอาการอื่น ๆ ที่พบได้คือ คลื่นไส้ อาเจียนและปวดท้องหลังจากการรับประทานอาหาร 5) ถุงน้ำคืบวม แพทย์อาจตรวจพบว่า ถุงน้ำคืบวมได้จากการตรวจร่างกายหรือการใช้ภาพรังสีวินิจฉัย 6) เลือดแข็งตัว บางครั้งในมะเร็งตับอ่อนอาจพบว่าเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดหรือในชั้นไขมันของผิวหนัง ซึ่งก่อนเลือดแข็งตัวนี้สามารถไหลผ่านเข้าไปที่ปอดทำให้หายใจหอบเหนื่อยอย่างไรก็ตาม ภาวะเลือดแข็งตัวดังกล่าวไม่ได้จำเพาะต่อมะเร็งเท่านั้นยังสามารถเกิดจากโรคอื่น ๆ ได้อีกมากมาย 7) เบาหวาน มะเร็งตับอ่อนสามารถทำให้เกิดเบาหวานได้แต่พบไม่บ่อย

การรักษา โรคมะเร็งตับอ่อนที่สำคัญที่สุดคือ การผ่าตัด ทำได้ในกรณีตรวจพบเร็วและมะเร็งยังไม่แพร่กระจาย ซึ่งเมื่อพบที่โรคลุกลาม การรักษาต่อเนื่อง คือ ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา ส่วนการรักษาที่มีความเฉพาะเจาะจงในการหยุดหรือชะลอการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งยังอยู่ระหว่างการศึกษา และยังไม่มีการรักษาโรคด้วยการปลูกถ่ายตับอ่อน อย่างไรก็ตามการรักษาต้องประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย และกำหนดการรักษาแตกต่างกันออกไป โดยทั่วไปเมื่อได้รับการวินิจฉัยมะเร็งตับอ่อนแพทย์จะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ (นิษา เรื่องกิจอุคม และวาทีนี เขียรสุคนธ์, 2557)

1. กลุ่มผ่าตัดได้ คือ ผู้ป่วยที่โรคยังไม่ลุกลามและมีสภาพร่างกายแข็งแรง เมื่อผ่าตัดแล้วแพทย์นำก้อนเนื้อไปตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาและถ้ามีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ก็จะมีการรักษาเพิ่มเติม โดย เคมีบำบัด หรือรังสีรักษาร่วมด้วย

2. กลุ่มผ่าตัดไม่ได้ คือ ผู้ป่วยที่โรคลุกลามมากแล้วแต่ร่างกายยังแข็งแรงดีแพทย์มักให้การรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด ร่วมกับรังสีวิทยา การรักษานี้จะไม่ช่วยให้โรคหายขาด แต่แพทย์จะใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยที่ร่างกายไม่แข็งแรงการรักษาจะเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น การให้ยาบรรเทาปวด การให้อาหารทางหลอดเลือดดำเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่โรคคุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต รวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมาน และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น เป็นการเยียวยาคนทั้งคนโดยรวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เยียวยาทั้งทางกายทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2556)

เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคไปจนถึงวาระสุดท้าย หรือภาวะใกล้ตายเป็นช่วงสัปดาห์ วัน หรือ ชั่วโมงสุดท้ายก่อนที่จะเสียชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวย่อมมีความต้องการที่จะผ่านพ้นช่วงเวลาดังกล่าวไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพและดีที่สุด ที่เรียกกันว่า ตายดี (good death) พยาบาลจึงต้องมีแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2557)

การพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งระดับอ่อนส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การพยาบาลเน้นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด แน่นท้อง การดูแลซึมอาหารไม่ดี ความทุกข์ใจเมื่อโรคไม่สามารถรักษาให้ได้และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนี้ (พรศิริ พันธสี, 2560)

1. ประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อค้นหาปัญหาแบบองค์รวม
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และจดบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและจำนวนปัสสาวะที่ออกจากร่างกายออกจากร่างกาย ชั่งน้ำหนักเพื่อในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะทุพโภชนาการ
3. แนะนำให้นอนตะแคงข้าง เข่างอและใช้หมอนประคองหน้าท้องหรือนอนศีรษะสูงเพื่อบรรเทาอาการปวดและจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบจะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและพักผ่อนได้
4. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง แนะนำให้รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารรักษาตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
7. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ รายงานแพทย์ทันทีกรณีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ผิดปกติ
8. แนะนำให้ญาติตรงลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็ง และให้ตรวจคัดกรองมะเร็งระดับอ่อนเนื่องจากมีความเสี่ยงทางพันธุกรรมถ้าตรวจพบเร็วสามารถรักษาให้หายได้
9. ยอมรับและเข้าใจปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว
10. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติตามความจริงถึงโรคจะรักษาไม่หายแต่มีการรักษาอาการเต็มที่

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคมะเร็งตับอ่อน (pancreatic cancer) เป็นมะเร็งที่พบได้ไม่ถึงกับบ่อยนัก แต่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 4 ของการเสียชีวิตจากมะเร็งทั่วโลก (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2553) เป็นมะเร็งที่การพยากรณ์โรคไม่ดี เป็นมะเร็งที่มักไม่ปรากฏอาการในระยะแรก ๆ บางครั้งถูกเรียกว่าเพชฌฆาตเงียบ (silent killer) และ

แม้ปรากฏอาการก็มักเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นบ่อยครั้งจึงวินิจฉัยไม่ได้จนกว่าโรคจะลุกลามไปมากเป็นผลให้เมื่อตรวจพบโดยส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลามอวัยวะข้างเคียงและระยะแพร่กระจายหรือระยะสุดท้าย ความร้ายแรงของมะเร็งตับอ่อนนั้นสูงมาก ตั้งแต่พบอาการของโรคจนถึงเสียชีวิตนั้นเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ประมาณ 3-6 เดือนเท่านั้น จึงเรียกได้ว่าเป็น ราชามะเร็ง จึงทำให้มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมากเมื่อตรวจพบโรคมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้ายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญโดยมุ่งเน้นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการให้ดีที่สุด ไม่เน้นการรักษาให้หายจากโรคที่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานและไม่ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่ยืดชีวิต ไม่เร่งให้ผู้ป่วยจากไปแต่ปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นธรรมชาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญหน้ากับเสียชีวิตอย่างปราศจากความกลัวและกังวลอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นการคืนสิทธิเลือกหรือไม่เลือกรับการรักษาและสถานที่ตายโดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจ และการเยียวยาญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

4.2 ขั้นตอนในการดำเนินการ

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จากตำรา เอกสารวิชาการ และปรึกษาทีมที่ทำการรักษาเพื่อให้เป็นแนวทางการศึกษาเฉพาะราย

2. เลือกกรณีศึกษาเป็นหญิงไทย อายุ 63 ปี ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ รับประทานอาหารได้น้อย มีไข้ 2 วัน พுகุยสืบสนญาติจึงพามาโรงพยาบาล รับเข้าโรงพยาบาลที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2560 เพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ และเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกการดูแลระยะสุดท้าย รวมเวลา 6 วัน

2.1 ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติที่เกี่ยวข้องการเจ็บป่วย ทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

2.2 วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลแบบประคับประคองจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้ความช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

2.3 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองจนวาระสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3. สรุปผลกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

หญิงไทยอายุ 63 ปี มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวมากกว่า 20 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร 4 เดือนก่อนมา มีอาการปวดท้อง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร จึงมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยจากผลการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง พบว่าเป็นมะเร็งตับอ่อน ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ป่วยเลือกรักษาตามอาการ หลังได้รับข้อมูลการดำเนินของโรคและแผนการรักษาจากแพทย์ได้รับยา MST (10) 1x2 ๐ pc รับประทานต่อเนื่องที่บ้าน 1 สัปดาห์ก่อนมา หายใจไม่สะดวก อ่อนเพลียมาก 2 วัน

ก่อนมา พุดคุยสับสน จึงมาส่ง โรงพยาบาล ส่งเลือดเพาะเชื้อ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ผลการส่งเลือดเพาะเชื้อพบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* แพทย์วินิจฉัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สับสนบางครั้ง ทำทางอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ขณะนอนโรงพยาบาลนอกจากปัญหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีปัญหาเรื่องการปวดท้อง สับสน ท้องผูกและคุณค่าของตนเองลดลง ครอบครัวขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังระดับอ่อนระยะสุดท้าย มีผลทำให้การดูแลแบบประคับประคองเข้ามามีบทบาทในการร่วมดูแลและจัดการอาการรบกวน การประเมินความรู้สึก ความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำปรึกษาร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 18 มีนาคม 2560 เวลา 08.45 นาฬิกา

ผู้ป่วยรู้สึกตัว สับสน สะดุ้งตื่น ตัวเหลือง ตาเหลือง ทำทางอ่อนเพลีย ท้องตึงโต ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ PPS = 30 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพแรกจับ อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 37 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/79 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ได้รับการให้ออกซิเจนทางจมูกผ่านหน้ากากออกซิเจนอัตรา 10 ลิตรต่อนาที ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9 % NaCl 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับยา Norepinephrine ขนาด 8 มิลลิกรัม ผสม 5% D/W 500 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem 1 กรัม ผสมกับ 0.9 % NaCl 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง คะแ่นความปวด 8 คะแ่น ได้รับยา MST 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทาน ทุก 12 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคา

ผู้ป่วยหายใจหอบลึก อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ให้ออกซิเจนทางจมูกผ่านหน้ากากออกซิเจนอัตรา 10 ลิตรต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้วได้ 98 เปอร์เซ็นต์ มีไข้สูง เช็ดตัวลดไข้ ให้ยา Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง รับประทาน หลังรับประทานยาลดไข้ 30 นาที ตรวจวัดและบันทึกอุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส บันทึกปัสสาวะออก 10-20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สีเหลืองเข้ม มีตะกอนขุ่น บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย 1265/130 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง แพทย์ให้งดอาหาร ยกเว้นยา ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) 104 mg/dl (ค่าปกติ 70-110 mg/dl) แพทย์พิจารณาหยุดยา Norepinephrine หลังจากให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคที่เป็นมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ และมีความเห็นตรงกันกับญาติ เนื่องจากการรักษาเป็นเพียงการยืดชีวิตไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย (withdraw support) ถ้าหากผู้ป่วยเสียชีวิตเกิดจากการที่ organ function ไม่สามารถ maintain hemodynamic ให้เป็นปกติได้นัดครอบครัวและทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ประชุมครอบครัว (Family meeting) ในวันที่ 19 มีนาคม 2560 เวลา 14.00 นาฬิกา เพื่อทำการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan)

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 19 มีนาคม 2560 เวลา 08.00 นาฬิกา

สภาพผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำทางอ่อนเพลีย นอนอยู่บนเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รับประทานอาหารได้น้อย PPS = 30 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยได้รับการให้ออกซิเจนทางจมูกผ่านสายยาง 5 ลิตรต่อนาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/65 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ แพทย์เยี่ยมอาการ ให้สารน้ำ 0.9 % NaCl 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผลการตรวจเลือด วันที่ 19 มีนาคม 2560 เวลา 07.00 น. Sodium 141.5 mmol/l Potassium 3.14 mmol/l Chloride 104 mmol/l Carbondioxide 22 mmol/l ได้รับยา Potassium chloride elixir 1 ช้อนโต๊ะ รับประทาน ทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 82 mg/dl บันทึกปัสสาวะออก 200 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง ผลการประชุมระหว่างทีมที่ดูแลกับครอบครัว (Family meeting) ผู้ป่วยได้ตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) โดยทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน ขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารและน้ำทางสายยาง การเข้ารักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียน กระบวนการฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใด ๆ ผู้ป่วยขอให้ทางโรงพยาบาลอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม แจ้งเจตจำนงขอเสียชีวิตที่โรงพยาบาล การเยียวยาจิตใจ การจัดการปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ และ เรื่องบวชของบุตรชาย มอบหมายให้บุตรสาวคนโตตัดสินใจแทนกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 20 มีนาคม 2560 เวลา 08.00 นาฬิกา

ผู้ป่วยซึม ปลุกตื่น นอนอยู่บนเตียง พุดคุยสับสน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จิบน้ำได้เล็กน้อย ตัวเหลือง ตาเหลืองมากขึ้น ท้องบวมโต PPS = 20 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยได้รับการให้ออกซิเจนทางจมูกผ่านสายยาง 5 ลิตรต่อนาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/65 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ แพทย์เยี่ยมอาการ ให้สารน้ำ 0.9 % NaCl 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาแล็กทูโลส (lactulose) 30 มิลลิลิตร ก่อนนอน อาการแน่นอึดอัดท้องลดลง พักผ่อนได้นานต่อเนื่อง 2 ชั่วโมง บุตรชายของผู้ป่วยนำดอกไม้ รูป เทียน ขอบมาผู้ป่วยเพื่อถาบวชตามความปรารถนาของผู้ป่วย ผู้ป่วยน้ำตาไหล สีหน้าสดชื่นมากขึ้น บอกกับลูกชายว่า “แม่ไม่ห่วงอะไรแล้ว ถ้าต้องตายก็มีความสุขมากที่ลูกชายบวช”

การเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 21 มีนาคม 2560 เวลา 08.00 นาฬิกา

ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว นอนอยู่บนเตียง ตาเหลือง ตัวเหลือง ท้องโตตึง รับประทานอาหารไม่ได้ ประเมิน PPS = 10 เปอร์เซ็นต์ญาติมีสีหน้าทำทางวิตกกังวล สอบถามอาการบ่อยครั้ง ผู้ป่วยได้รับการให้ออกซิเจนทางจมูกผ่านสายยาง 5 ลิตรต่อนาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราหายใจ 24 ครั้ง

ก่อนที่ อัตราการเต้นของชีพจร 128 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/55 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ แพทย์เยี่ยมอาการ ให้สารน้ำ 0.9 % NaCl 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แจ้งอาการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย ทวนถามถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามและรับฟังด้วยท่าทางเห็นอกเห็นใจ แนะนำการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ตลอดจนการวางแผนล่วงหน้าเรื่องการจัดการภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต อำนวยความสะดวกในการเข้าเยี่ยมอาการผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัวตลอด 24 ชั่วโมง ในวาระสุดท้าย

การเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 22 มีนาคม 2560 เวลา 08.00 นาฬิกา

ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว นอนอยู่บนเตียง คัดหัวเหลือง ท้องโตตึง รับประทานอาหารไม่ได้ หายใจหอบเหนื่อย PPS = 10 เปอร์เซ็นต์ ญาติมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวล สอบถามอาการบอผู้ป่วยได้รับการให้ออกซิเจนทางจมูกผ่านสายยาง 5 ลิตรต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราหายใจ 34 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 128 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/55 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 96 เปอร์เซ็นต์ แพทย์เยี่ยมอาการ ให้สารน้ำ 0.9 % NaCl 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ยาลดอาการหอบเหนื่อย Morphine 10 มิลลิกรัม ผสมกับ 0.9 % NaCl 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกับทีมสุขภาพประจำหอผู้ป่วยสามัญหญิงและครอบครัว ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยช่วงใกล้เสียชีวิตและเตรียมความพร้อมของครอบครัวด้านจิตใจเพื่อให้ยอมรับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและให้คำแนะนำขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยหลังเสียชีวิต ผู้ป่วยได้เสียชีวิตลงอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ท่ามกลางบุตรหลานและครอบครัว ในวันที่ 23 มีนาคม 2560 เวลา 04.18 นาฬิกา ญาติยอมรับการเสียชีวิตได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้องเนื่องจากเป็นมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้าย

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้องลดลง

การพยาบาล : ประเมินอาการปวด ลักษณะการปวด ตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาที่ปวดและสิ่งที่จะช่วยให้อาการปวดทุเลา จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบจะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและพักผ่อนได้ แนะนำวิธีการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดที่ไม่ใช่ยา เช่น การรับฟังความทุกข์ทรมาน การพูดคุยเรื่องที่ผู้ป่วยชอบ การนวดเบา ๆ เป็นต้น
ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยาหากอาการปวดท้องไม่ดีขึ้น

การประเมินผล : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ญาติมีความทุกข์ใจเนื่องจากอาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะสุดท้าย

เป้าหมายการพยาบาล : ญาติมีความทุกข์ใจลดลง

การพยาบาล : ประเมินการรับรู้โรคและความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของญาติ ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน สนับสนุนและเสริมแรงญาติ

ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับช่วงเวลานี้ไปด้วยกัน คือ สิ่งดี ๆ ที่อยากทำให้ผู้ป่วย การพูดคุยเรื่องราวที่ดีต่อกัน การพูดถึงสิ่งที่ค้างคาใจ การอาสาช่วยทำในสิ่งที่ผู้ป่วยหวั่งกังวลให้สำเร็จ ตลอดจนการทำตามความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ขัดต่อการรักษาและการดูแลต่าง ๆ เพื่อความสบายของผู้ป่วย ประสานกับทีมสุขภาพในความทุกข์ใจของญาติเพื่อช่วยประคับประคองและดูแลต่อเนื่อง

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเนื่องจากการดำเนินโรคของมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้าย

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยสับสนลดลง

การพยาบาล : อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงอาการสับสน กระวนกระวายเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเมื่อร่างกายเข้าสู่ระยะสุดท้าย แตกต่าง แขนงายไม่กินเตียงขึ้นและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ปรึกษาแพทย์เรื่องพิจารณาให้ยาช่วยเพื่อลดอาการสับสน

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การพยาบาล : บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิคปลอดเชื้อต่าง ๆ ให้ยา Meropenem 1 กรัม ทุก 8 ชั่วโมง ทำความสะอาดปากฟัน ด้วยการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน เช็ดตัวลดไข้ และให้ยา Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ติดตามผลโลหิตวิทยาเพื่อประเมินการติดเชื้อ

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : ผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากท้องผูก

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

การพยาบาล : อธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องผูกให้ญาติทราบ อาจจะเป็นจากกลุ่มยาบรรเทาปวด ซึ่งจำเป็นต้องให้เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และการที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลดลงจากร่างกายที่เปลี่ยนแปลง แนะนำให้ญาติช่วยการเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วยบนเตียงเพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหว ปรึกษาแพทย์เรื่องการให้ยาระบายเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก สอนญาติและช่วยล้างอุจจาระให้ผู้ป่วย

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : ผู้ป่วยรู้สึกคุณค่าของตนเองลดลงเนื่องจากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการจากครอบครัวและทีมสุขภาพ

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

การพยาบาล : เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกดีมีความสุข ความทุกข์ใจ ความคับข้องใจ ความเชื่อ สิ่งที่ต้องการความปรารถนา ความรู้สึกเกี่ยวกับความตาย ความหวัง ความกังวล รับฟัง เข้าใจ และยอมรับ

ต่อความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย ให้ข้อมูลผู้ป่วยตามความจริงเกี่ยวกับการรักษาให้ข้อมูลการวางแผนหรือแสดงเจตจำนง เรื่องความต้องการการดูแลระยะสุดท้าย

การประเมินผล : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : ญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป้าหมายการพยาบาล : ญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การพยาบาล : ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนะนำการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยซักถาม รับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ ญาติสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องหลังให้ความรู้

การประเมินผล : ญาติสามารถบอกอาการผิดปกติที่รักษาได้และอาการปกติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายและวิธีการดูแลได้ถูกต้อง

การประเมินผล : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษารายนี้ มีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็วตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยก็พบว่าการลุกลามของโรค จนควบคุมไม่ได้ การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคในเวลาอันสั้น เป้าหมายสำคัญในการพยาบาล คือ การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กรณีศึกษารายนี้มีอาการรบกวนที่สำคัญ คือ อาการปวดท้อง วิดกกังวล ท้องผูก ญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ศึกษาเข้าร่วมดูแลช่วงระยะสุดท้าย โดยช่วยจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ จัดสิ่งแวดล้อมบรรยากาศให้สงบและอบอุ่น ผู้ป่วยได้จัดการสิ่งที่ค้างคา บุตรชายได้ขอมาลาอุปสมบท ผู้ป่วยได้ฟังเสียงสวดมนต์จนกระทั่งเสียชีวิตลงอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ท่ามกลางญาติและครอบครัว วันที่ 23 มีนาคม 2560 เวลา 04.18 น. หลังเสียชีวิต พยาบาลพยาบาลได้ร่วมพิธีศพและติดตามสภาพจิตใจญาติผู้ดูแลและครอบครัว โดยบุตรสาวเป็นผู้ดูแล ยอมรับการจัดการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดำรงชีวิตได้ตามปกติ

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลรักษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังอ่อนระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง
2. เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและครอบครัว

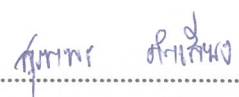
9. ความยุ่งยาก ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการที่ต่างกัน และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของแต่ละคน ไม่เหมือนกันต้องใช้เวลาในการอธิบายและแนะนำซ้ำ ๆ หลายครั้ง
2. ทีมการรักษาและทีมการดูแลแบบประคับประคองมีความเห็นที่แตกต่างกัน ยังไม่มีการประสาน เรื่องการรักษาผู้ป่วยอย่างแท้จริง
3. ขาดเอกสารวิชาการเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการพยาบาลผู้ป่วยระยะเรื้อรังอ่อนที่ทันสมัย

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่สนใจ
2. ควรมีการประชุมปรึกษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมการรักษาและทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ 
(นางสุภาพร คำเสียง)
ผู้ขอรับการประเมิน
๒๖ ก.พ. ๒๕๖๓

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 
(นางฤดีวรรณ รัตนานูวัติ)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
(วันที่)..... ๒๖ ก.พ. ๒๕๖๓

(ลงชื่อ)..... 
(นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดิ์ดา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
(ตำแหน่ง).....
(วันที่)..... ๒๖ ก.พ. ๒๕๖๓

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ม.ป.ท.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.
- นิษา เรืองกิจอุดม และวาทีณี เขียวสุคนธ์. (2557). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการตรวจส่องกล้องและตัดชิ้นเนื้อด้วยกล้องอัลตราซาวด์ (EUS - FNA). สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2563. จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th>
- พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน. (2554). *Pain management in palliative care*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- พรทวี ยอดมงคล. (2561). คู่มือสำหรับประชาชน : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พิมพ์ศิริพัฒนา.
- พรศิริ พันธสี. (2560). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีพุทธ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.
- โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร. (2559 - 2561). สถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ (2557). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก : การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สันต์ หัตถิรัตน์. (2559). วาระสุดท้ายที่งดงาม. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2556). คู่มือสำหรับประชาชน : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาฬ. (2553). ตำราการตรวจโรคทั่วไป 2. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โอเอสดีค พับลิชชิง.
- World health organization. (2018). *WHO definition of palliative care*. Retrieve from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสุภาพร คำเสียง**

เพื่อประกอบการประเมิน เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพล.172)
สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
สำนักงานแพทย์
เรื่อง คู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

หลักการและเหตุผล

ความเจ็บปวด (Pain) ความปวด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญ ในการประเมินความปวดต้อง
ประเมินความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ระยะเวลาที่ปวด สิ่งที่มีผลต่อ
ความปวด อาการร่วมอื่น ๆ ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การบำบัดความปวดเป็นเรื่องสำคัญในการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงอยู่ตลอดเวลา แนวทางการดูแล
แบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่ยังเหลืออยู่ จำเป็นต้องดูแลความปวด
ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีวิธีการบรรเทาความปวดอยู่หลากหลายที่ไม่ใช่ยา เช่น
การนวด การทำสมาธิ เป็นต้น แต่การใช้ยาเพื่อบำบัดความปวดรุนแรงยังเป็นสิ่งจำเป็น เพราะให้ผลแก้ปวด
ที่มีประสิทธิภาพสูง การบริหารยาตามหลักวิชาการสามารถลดการเกิดผลข้างเคียงได้ และการใช้ร่วมกับ
การบำบัดความปวดอื่น ๆ ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “ควบคุมอาการปวดให้ได้ดี
เสียก่อนที่จะให้การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจเหตุผลของชีวิต ตราบใดที่ยังป่วยไข้และปวดทุกข์
ทรมาน” (พงศ์การดี เจาตะเกษตริน, 2554) ความปวดมีหลายมิติ ความปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ
อาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะ โรคมีการลุกลาม ควรทำการประเมินความปวดในผู้ป่วยทุกราย

สถิติผู้รับบริการที่แผนกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครในปี
พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 พบผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจำนวน 15, 19 และ 25 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลลาดกระบัง-
กรุงเทพมหานคร : 2559-2561) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยคือดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
ผู้บริหารมองเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนานุเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
จึงได้ส่งบุคลากรไปศึกษาอบรม และจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย แบบสหสาขา
วิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เน้นให้คำปรึกษา การดูแลบรรเทาอาการ ที่ผ่านมานุเคราะห์ทางการ
แพทย์ พยาบาล เกษตรกร ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลบรรเทาอาการปวด และอาการรบกวนอื่น ๆ
ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวลดลง ผู้ศึกษาเห็น
ความสำคัญของการให้ความรู้เรื่องจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพิ่มความ
มั่นใจในการดูแล พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง สามารถการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง
รวดเร็วต่อเนื่อง เป็นแนวทางในการประสานงานและจัดการอาการปวด จึงจัดทำคู่มือการจัดการอาการปวด

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อสามารถจัดการอาการปวดได้ดี สามารถลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ให้ผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

เป้าหมาย

พยาบาลสามารถจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

มะเร็งเป็นโรคที่พบบ่อยโดยมีอัตราการป่วยและตายทั่วโลกในระดับต้น ๆ และจากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2553 พบว่าเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับแรกของประเทศไทย คือ 91.2 ต่อประชากร 100,000 คน การดูแลรักษาในระยะต่าง ๆ ของโรคมะเร็ง กลุ่มอาการที่ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากมะเร็งและจากการรักษาทั้งในระยะต้นตลอดถึงระยะต่อมา มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินโรค ความปวดจากมะเร็งทำให้มีความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยทุกระยะของโรคถึงร้อยละ 53 ในผู้ป่วยที่มีการกลืนของโรคพบความปวดเกิดขึ้น ร้อยละ 64 และผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 มีความปวดปานกลางถึงรุนแรงมาก (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2556)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก เป็นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง เป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สถิติผู้รับบริการที่แผนกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 พบผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจำนวน 15, 19 และ 25 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลลาดกระบัง-กรุงเทพมหานคร : 2559 - 2561) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยคือดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พบประเด็นปัญหา การจัดการความปวดและการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลด้านร่างกายหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ หากผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการปวดได้ดีจะช่วยให้อาการไม่ทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

ขั้นตอนการดำเนินงาน มีดังนี้

การจัดทำคู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ค้นหาข้อมูลจากตำรา เอกสารวิชาการ อินเตอร์เน็ต รวบรวมความรู้ทั้งภาคทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจหลังให้ความรู้ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. เสนอผู้บังคับบัญชาทราบเพื่อขออนุมัติจัดทำคู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

3. จัดทำคู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

4. นำเสนอคู่มือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับฟังข้อเสนอแนะ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน

5. นำคู่มือมาใช้ในหน่วยงาน เพื่อทดลองใช้ดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หัวข้อประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาของความปวดและอาการรบกวน วิธีการประเมินและเครื่องมือประเมินความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ การรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และการบำบัดทางการพยาบาล ผลลัพธ์ของการจัดการอาการรบกวนและความปวด บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการรบกวนและความปวด

6. ประเมินผลหลังการใช้คู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง นำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

พยาบาลมีความรู้ความสามารถและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- มีคู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ภายในปี 2563

- ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลังรับการรักษา มีระดับความปวด < 4 คะแนน ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

$\geq$ ร้อยละ 80

ลงชื่อ.....สุภาพร คำเสียง.....

(นางสุภาพร คำเสียง)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒๖ ก.พ. ๒๕๖๓

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ม.ป.ท.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
กิจการ โรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- นิษา เรืองกิจอุดม และวาทีณี เรือรสุคนธ์. (2557). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับอ่อนที่มารับการตรวจส่อง
กล้องและตัดชิ้นเนื้อด้วยกล้องอัลตราซาวด์ (EUS - FNA). สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2563.
จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th>
- พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน. (2554). *Pain management in palliative care*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล.
- พรทิว ยอดมงคล. (2561). คู่มือสำหรับประชาชน : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative
Care). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พิมพ์ศิริพัฒนา.
- พรศิริ พันธสี. (2560). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 19).
กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีพุทธ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.
- โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร. (2559 - 2561). สถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.
กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ (2557). แนวปฏิบัติการพยาบาลทาง
คลินิก : การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง.
(พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
สันต์ หัตถิรัตน์. (2559). วาระสุดท้ายที่งดงาม. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2556). คู่มือสำหรับประชาชน : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
แบบประคับประคอง (Palliative Care). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2553). ตำราการตรวจโรคทั่วไป 2. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์ พับลิชชิง.
- World health organization. (2018). *WHO definition of palliative care*. Retrieve from
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

