

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

## Palliative Care Nursing Guidelines



คณะกรรมการ CoP Palliative care ฝ่ายการพยาบาล  
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## วัตถุประสงค์การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแบบประคับประคองและการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

1. เพื่อประเมินปัญหา ศึกษาเรียนรู้ร่วมกัน และพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
2. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดข้อจำกัดด้านเวลาที่ไม่ตรงกันของญาติและเจ้าหน้าที่ ในการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการดูดเสมหะ เป็นต้น
3. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลอย่างไม่เหมาะสมของผู้ดูแล และการกลับมาอนช้ำที่โรงพยาบาล (Re-admit)
4. เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดี และลดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรทางการแพทย์

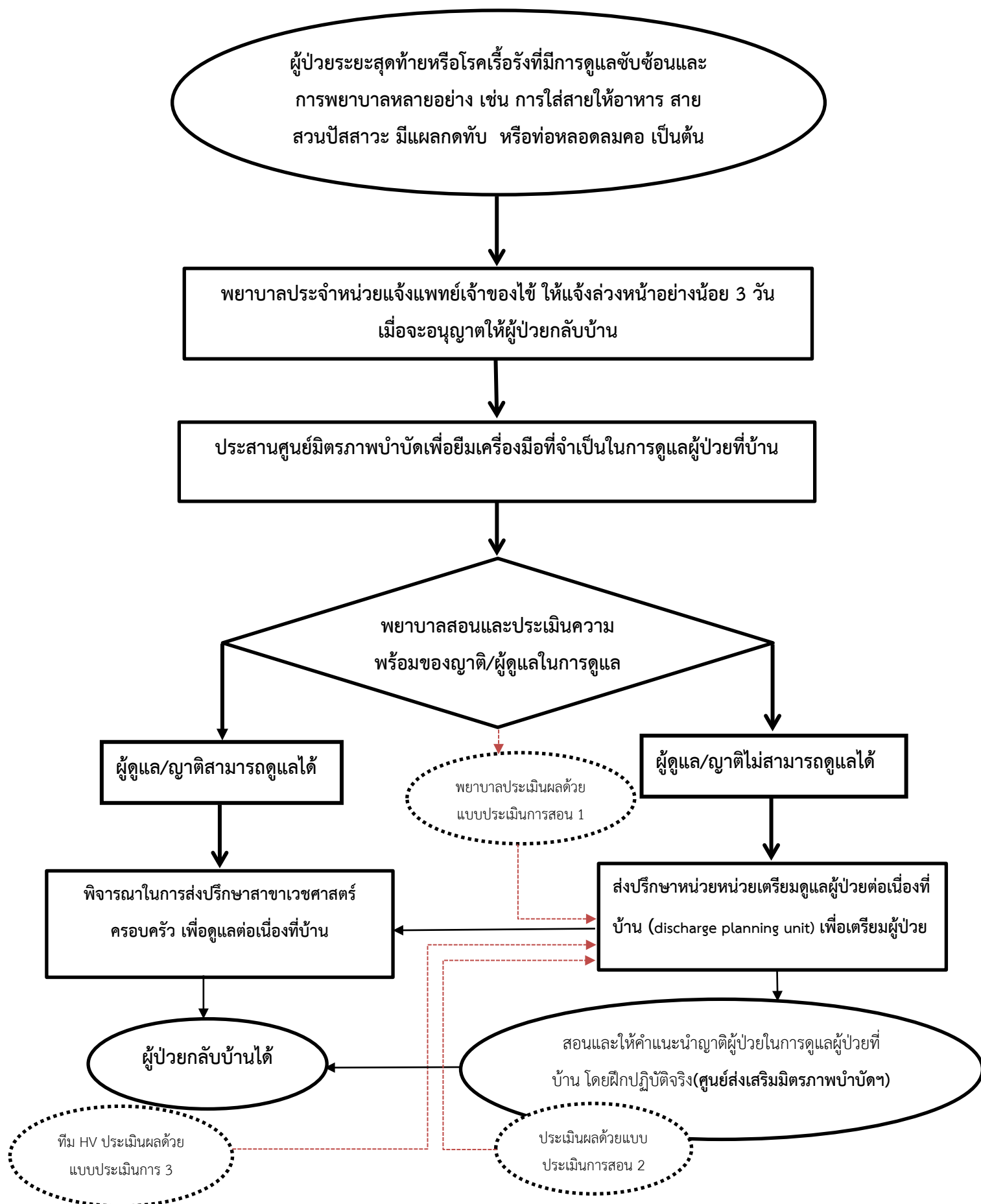
### การดำเนินงาน

1. พยาบาลที่ห่อผู้ป่วยประเมินความพร้อมผู้ป่วยติดเตียง โรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายที่มีการดูแลที่ซับซ้อน มีการพยาบาลค่อนข้างมาก เช่น การพลิกตัวและดูแลความสะอาดผู้ป่วย การดูแลและให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะ หรือท่อหลอดลมคอ เป็นต้น
2. เตรียมผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาลก่อนกลับบ้าน โดยสอนการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลหรือญาติที่จะกลับไปดูแลจริงที่บ้าน และแนะนำการจัดเตรียมสถานที่สำหรับผู้ป่วยที่บ้านอย่างเหมาะสม
3. ส่งปรึกษาศูนย์มิตรภาพบำบัดเพื่อยืมอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน และความช่วยเหลือต่างๆ เพิ่มเติมรวมทั้งพยาบาลประจำตึกสอนการใช้อุปกรณ์ต่างๆ และให้ญาติทดลองใช้ด้วยตนเอง
4. พยาบาลประเมินผู้ดูแลว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ หากทำได้แล้ว แจ้งแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และส่งปรึกษาทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป
5. หากผู้ดูแลมีความกังวลหรือไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งปรึกษาหน่วยเตรียมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (discharge planning unit) เพื่อให้ญาติฝึกการดูแลผู้ป่วยที่ศูนย์มิตรภาพบำบัด จนมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติได้ถูกต้อง อาจใช้เวลา 3-5 วัน โดยชี้แจงข้อตกลงร่วมกัน

### คำชี้แจงผู้ดูแลและครอบครัว

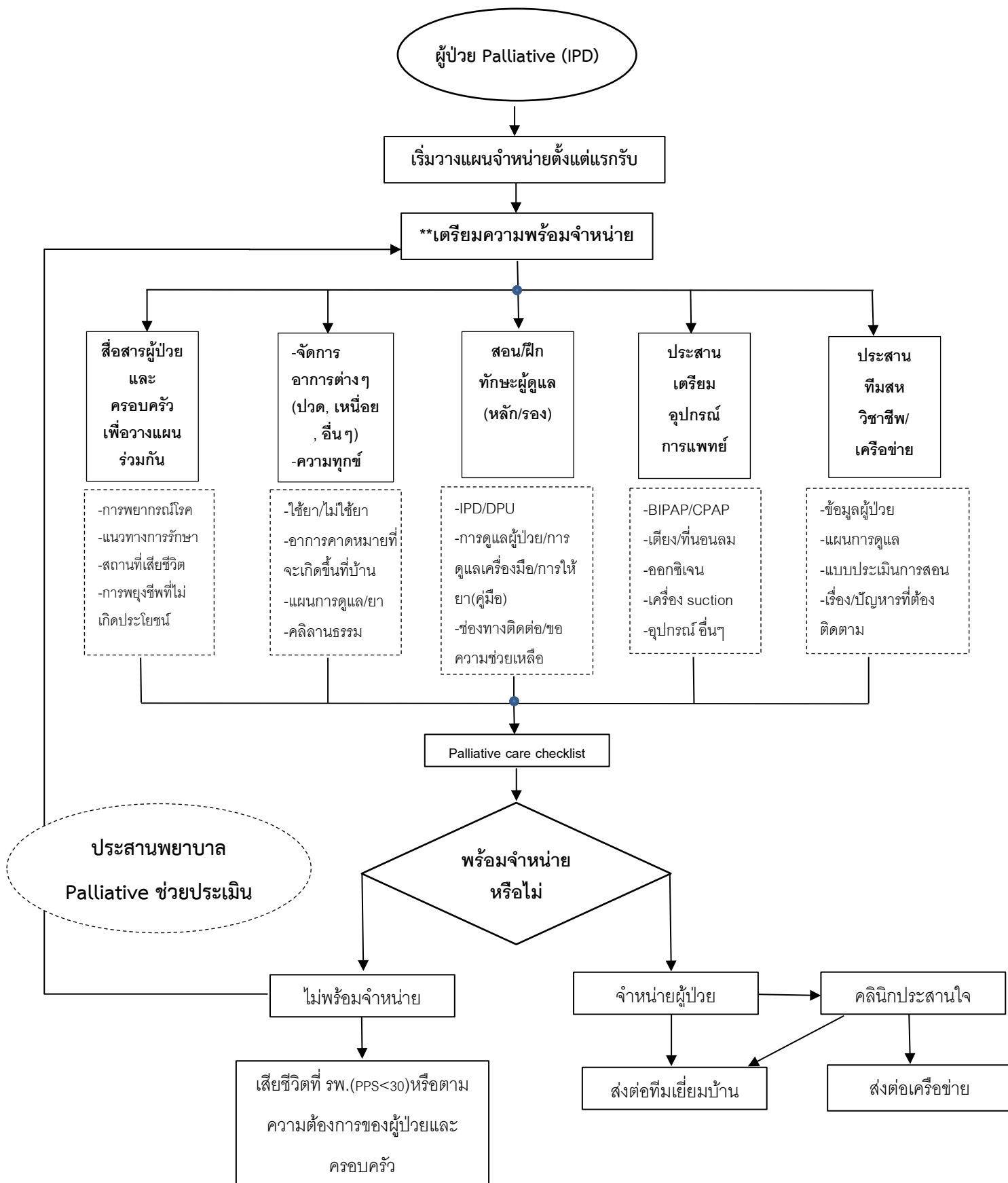
- ขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการคงที่และไม่ได้มีการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนแล้ว แพทย์มีความเห็นว่าภาวะร่างกายผู้ป่วยมีความพร้อม สามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้
  - ต่อจากนี้เป็นช่วงเวลาที่เตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านเองได้ จึงเน้นให้ผู้ดูแลหรือญาติดูแลผู้ป่วยเองเหมือนการดูแลจริงที่บ้าน เช่น การให้อาหารทางสายยาง การเทปัสสาวะ การทำแผล การเช็ดตัวและพลิกตัวผู้ป่วย โดยมีพยาบาลคอยแนะนำและให้ความช่วยเหลือ
  - ผู้ดูแลหรือญาติสามารถสอบถามเรื่องการดูแลผู้ป่วยได้ในกรณีที่มีข้อสงสัย รวมทั้งภายหลังผู้ป่วยกลับบ้านแล้วในช่วงแรกที่ยังไม่มั่นใจ
6. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งปรึกษาหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน โดยประเมินและให้คำแนะนำต่อเนื่อง พร้อมกับแนบแบบประเมินการสอน การใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ การดูแลผู้ป่วย และการดูแลเครื่องมือแพทย์เพื่อส่งต่อข้อมูล
  7. พุดคุยถึงปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน ผ่านกลุ่มไลน์ หรือการประชุม CoP Palliative เพื่อประเมินผล การดำเนินงาน พัฒนาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันต่อไป
  8. ในรายที่จำเป็นต้องปรับยาหรือรับยาต่อเนื่องโดยไม่ต้องนำผู้ป่วยมา โรงพยาบาลสามารถออกใบนัดให้ญาติมาปรึกษาแพทย์ ที่ คลินิกประสานใจได้ใน วันพุธ ที่ 2 และวันพุธ ที่ 4 ของเดือน

\*\*แนวทางปฏิบัติในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

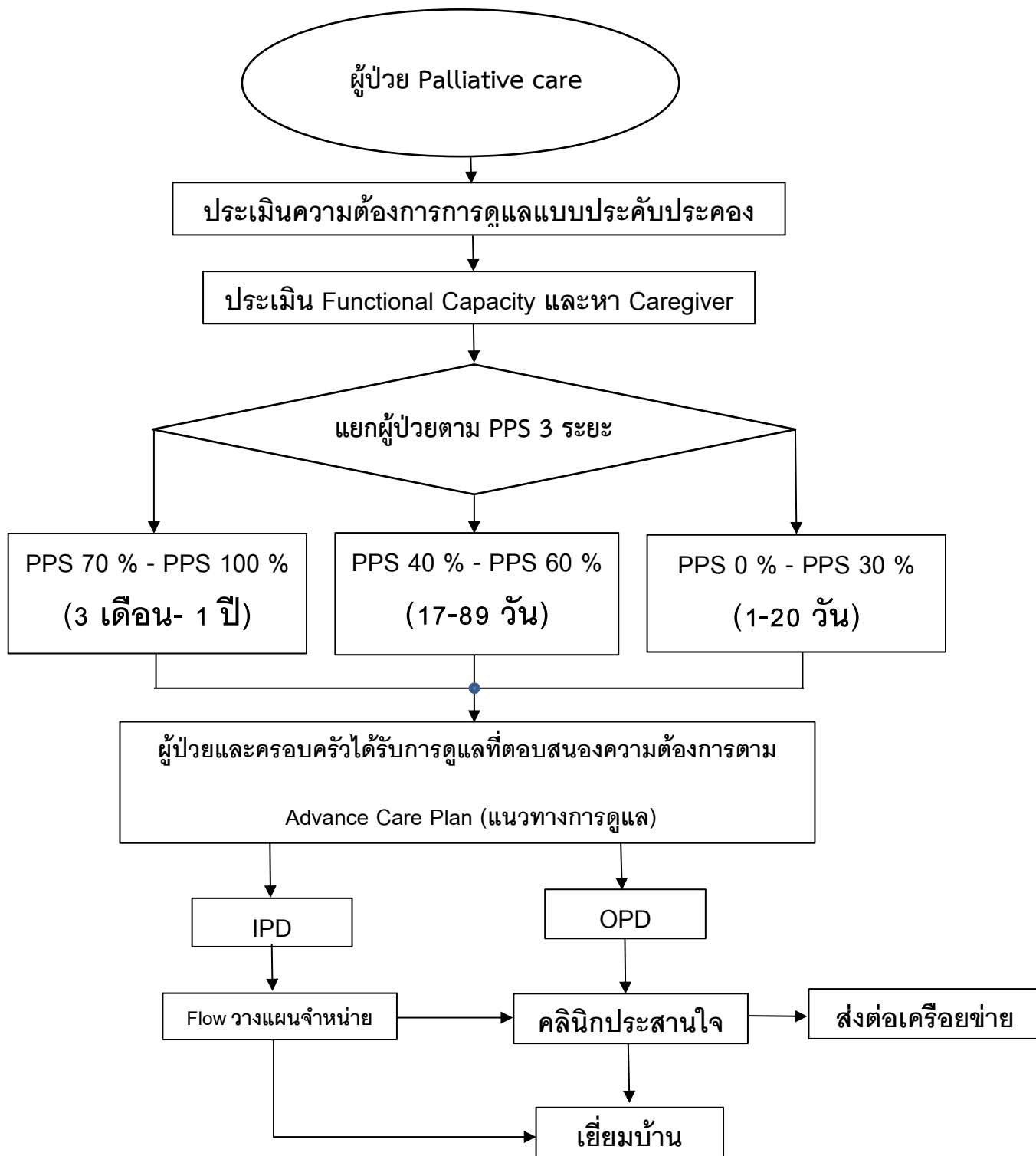


## แนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง(Palliative Care)

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน



แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ตาม Palliative Performance Scale  
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน



หมายเหตุ ส่งรายงานให้ งาน Palliative ประจำเดือนไม่เกิน วันที่ 5 ของเดือน  
(ตามแบบรายงาน Update 9/9/2562)

## แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคอง(Z515) ตามระดับ PPS 3ระยะ

PPS 70 % - PPS 100 %	PPS 40 % - PPS 60 %	PPS 0 % - PPS 30 %
<p>-ปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลแบบประคอง</p> <p>-ประเมินโรคทางกายและจัดการอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดการอาการปวด อาการเหนื่อย ฯลฯ</p> <p>-ประเมินจิตใจ สังคม จิตวิญญาณความเชื่อ การรับรู้ ความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการยอมรับต่อความเจ็บป่วย(ใช้แบบประเมินผู้ป่วย Palliative care) เช่น ซิมเคร้า วิตกกังวล ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ปัญหาค่าใช้จ่าย ต้องการพิธีกรรมทางศาสนา ค้นหาความหวัง สิ่งที่ค้างคาใจการเตรียมอุปกรณ์ ฯลฯ</p> <p>-ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>-ประเมินและจัดการความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น หกล้ม ตกเตียง ฆ่าตัวตาย หนีออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น</p> <p>-ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ตอบสนองด้านความเชื่อ ความหวัง สิ่งที่ยากทำเป็นครั้งสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เช่น ติดต่อเชิญผู้นำทางศาสนาต่างๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>-การเตรียมหรือเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการดูแลที่บ้าน</p> <p>-ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (แบบประเมินการสอนการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์)</p> <p>-ประสานสื่อดูแลหรือช่วยในบาง Case</p>	<p>-ปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลแบบประคอง</p> <p>-ประเมินความสามารถและความเต็มใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษา รวมถึงกระบวนการดูแล(Living will)</p> <p>-ประเมินโรคทางกายและจัดการอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดการอาการปวด อาการเหนื่อย ฯลฯ</p> <p>-ประเมินจิตใจ สังคม จิตวิญญาณความเชื่อ การรับรู้ ความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการยอมรับต่อความเจ็บป่วย(ใช้แบบประเมินผู้ป่วย Palliative care) เช่น ซิมเคร้า วิตกกังวล ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ปัญหาค่าใช้จ่าย ต้องการพิธีกรรมทางศาสนา ค้นหาความหวัง สิ่งที่ค้างคาใจการเตรียมอุปกรณ์(ตามความต้องการ) ฯลฯ</p> <p>-ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>-ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (แบบประเมินการสอน การดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์)</p> <p>-ประเมินและจัดการความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น หกล้ม ตกเตียง การเกิดแผลกดทับ การถูกทอดทิ้ง</p> <p>-ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ตอบสนองด้านความเชื่อ ความหวัง สิ่งที่ยากทำเป็นครั้งสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เช่น ติดต่อเชิญผู้นำทางศาสนาต่างๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>-จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วย เช่น มุม หรือห้องแยกที่สงบ ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความยึดหยุ่นผ่อนคลาย</p> <p>-ประสานสื่อดูแลหรือช่วยในบาง Case</p>	<p>1.กรณีที่มีผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต PPS 10-30 %</p> <p>-ประเมินความเหมาะสมของการให้ยา การให้อาหาร การให้สารน้ำ การให้ออกซิเจน รวมทั้งการดูแลอื่นๆ อย่างเหมาะสม</p> <p>-ปรึกษาผู้ป่วยหรือครอบครัว/ผู้มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล รักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การปฏิบัติตาม Living will เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน</p> <p>-ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง</p> <p>-ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการรับได้ต่อความเจ็บป่วย การสูญเสีย โดยประเมินจากความเศร้า ความกังวล ความทุกข์ ความเครียด และให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p>-ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อความโศกเศร้าในช่วงสุดท้ายของชีวิต ให้คำปรึกษาและจัดการความเศร้าโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตเวช พระคิลานธรรม</p> <p>-ให้การดูแลตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม</p> <p>-เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>-ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ตอบสนองด้านความเชื่อ ความหวัง สิ่งที่ยากทำเป็นครั้งสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจเช่น ติดต่อเชิญผู้นำทางศาสนาต่างๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>-จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วย</p> <p>-ประเมินและจัดการความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย</p> <p>-ปรึกษาผู้ป่วยหรือครอบครัวถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการที่จะเสียชีวิต</p> <p>-ให้ความรู้แก่ครอบครัวถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ</p> <p>-ประสานสื่อดูแลหรือช่วยในบาง Case</p> <p>2.กรณีถึงแก่กรรม(PPS 0 %)</p> <p>-ทำความสะอาดร่างกาย</p> <p>-เชิญผู้นำทางศาสนาต่างๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>-กล่าวคำอาลัย</p> <p>-จัดการกับความโศกเศร้า ให้กำลังใจญาติ</p> <p>3. การดูแลหลังความตาย</p> <p>-ประเมินความพึงพอใจ</p> <p>-เยี่ยมบ้านในบางราย</p> <p>-โทรเยี่ยมตามความเหมาะสม</p>

แนวทางการวินิจฉัย Palliative care ศปช.

List Disease (Life Threatening Disease) ที่คุกคามแก่ชีวิตได้แก่

1. Cancer       2. Neurological : Stroke       3. Renal Replacement Therapy       4. Pulmonary and Heart Disease  
 5. Multiple Trauma Patient       6. HIV/AIDS       7. Aging/Dementia       8. Liver Disease

ประเมินข้อ 1 และข้อ 2 หากตอบ ใช่ ให้ประเมินข้ออื่นๆ ตาม List Disease

ลำดับ	Criteria	ใช่	ไม่ใช่
1	The surprise Question : ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ควรพิจารณาถึงอาการทางคลินิก โรคร่วม(co-morbidity) ภาวะทางสังคม และปัจจัยอื่นๆ ประกอบกันเพื่อให้มองเห็นภาพรวม		
2	ประเมินจาก General indicators : มีการถดถอยของ Functional Performance status ได้แก่ นอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวัน พังพียงมากขึ้น มี co-morbidity ซึ่งเพิ่ม morbidity และ mortality, โรคลุกลามไม่ตอบสนองต่อการรักษา, น้ำหนักลดมากกว่า ร้อยละ 10 ใน 6 เดือน, เข้าโรงพยาบาลโดยไม่คาดหมาย/ฉุกเฉิน/เกิดเหตุสำคัญ เช่น ล้มรุนแรง Serum albumin น้อยกว่า 2.85 mg/ml		
3	<b>Cancer :</b> (มีอย่างน้อย 1 ข้อ) 1.ผู้ป่วยมีการกระจายของมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งที่รักษาลำบาก 2.ตั้งบ่งชี้ที่สำคัญคือ functional status โดยผู้ป่วยนั่งๆ นอนๆ มากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทั้งวัน 3. มีพยากรณ์โรคมาน 6 เดือน หรือน้อยกว่า 4.ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง 5. Uncontrol symptom		
4	Palliative care in neurological disease <b>Acute stroke :</b> มีภาวะ Coma ร่วมกับ vegetable stage > 3 วัน หรือ coma ร่วมกับ severe myoclonus > 3 วัน หรือ coma ร่วมกับ 1.มีก้านสมองตอบสนองผิดปกติ 2.ไม่ตอบสนองด้วยการพูด 3.ไม่ตอบสนองต่อความปวด 4.Cr > 1.5 mg/ml และอายุ > 70 ปี <b>Chronic stroke :</b> vegetable stage หรือภาวะรู้ตัวน้อยมากกว่า หรืออัมพาตรุนแรง > 3 วัน, มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์แย่ง เช่น aspirate, pneumonia, UTI, sepsis, bedsores stage 3-4, ไม่มีการฟื้นตัวดีขึ้นหลังมีอาการ 3 เดือน การรับรู้เสียหาย/post-stroke dementia		
5	<b>ESRD(ผู้ป่วย CKD stage 4-5): (มีอย่างน้อย 2 ข้อ)</b> ผู้ป่วยต้องตัดสินใจไม่ล้างไต(severe advance disease & severe poor prognosis) ประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในสุดท้ายของชีวิต		

Reference; <http://www.goldstandardsframework.org.uk/>

Update 10/3/2563



ลำดับ	Criteria	ใช่	ไม่ใช่
	เลือกไม่ล้างไต/ยุติการล้างไต เนื่องจากไม่สามารถทำได้ จาก co-morbidity หรือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย, มีอาการทางจิตใจที่จัดการลำบากแม้ได้รับ Renal Replacement Therapy ที่เหมาะสมอย่างเต็มที่, มีอาการของไตวาย เบื่ออาหาร อาเจียน ค้นตามตัว สมรรถนะถดถอย ภาวะน้ำเกินที่จัดการลำบาก		
6	<b>CHF : (มีอย่างน้อย 2 ข้อ)</b> Advance heart failure (stage D heart failure และมีอาการ NYHA III-IV) มีอาการเหนื่อยหอบขณะอยู่เฉยๆหรือมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย surprise Question, มีการเข้ารับการรักษา อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 1 ปี ด้วยอาการรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง(Advance heart failure)		
7	<b>COPD : (มีอย่างน้อย 2 ข้อ)</b> โรคอยู่ในระดับรุนแรง(FEV1<30% predicted) รักษาอยู่ในโรงพยาบาลบ่อยๆอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 1 ปี ที่ผ่านมา จาก COPD exacerbations มีข้อบ่งชี้ของการใช้ long term oxygen therapy หายใจหอบเหนื่อยหลังการเดิน ระยะ 100 เมตร ในแนวระนาบหรือทำกิจกรรมอยู่แต่ในบ้าน มีอาการและอาการแสดงของ light failure มีปัจจัยอย่างอื่นเหล่านี้ร่วมด้วย ได้แก่ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ได้รับ systemic steroid มากกว่า 6 สัปดาห์ รักษาอาการ COPD ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา		
8	<b>AIDS :</b> ผู้ป่วยได้รับเชื้อ HIV มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา ร่างกายอ่อนแอ อยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต		
9	<b>Dementia :</b> ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้: เดินโดยไม่มีคนพุง กลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะ สื่อสารอย่างมีความหมาย และทำกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Bedsore stage 3-4 <input type="checkbox"/> มีไข้ เป็นๆ หายๆ <input type="checkbox"/> รับประทานอาหารทางปากลดลง/น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> aspirate pneumonia		
10	<b>Liver Disease :</b> Advance cirrhosis ร่วมกับ intractable ascites, hepatic encephalopathy, hepatorenal syndrome <bacterial peritonitis, recurrent variceal bleed, alb < 24g/l & PTT or INR prolong, HCC		
11	<b>Motor Neuron disease (MND) :</b> มีการเสื่อมถอยทางกายอย่างรวดเร็ว, aspirate pneumonia, มีปัญหาการรับรู้เพิ่มมากขึ้น, น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือน มีอาการซับซ้อน และมีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก, มี vital capacity <70% ในเด็ก, มีปัญหาการเคลื่อนไหว dyskinesia ล้มบ่อย, มีอาการทางจิตเวช		
<b>*** ประเมิน List disease (Life Threatening Disease) ร่วมกับ criteria Palliative care และ PPS score</b>			

ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ปี 2561 – 2562

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ค่าเป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ (ระบุ Output / Outcome / Impact)
1. ผู้ป่วย Palliative ได้รับการประเมินและดูแลบรรเทาอาการ	ร้อยละ 80	Outcome
2. ผู้ป่วย Palliative และญาติได้รับการพูดคุยวางแผนการรักษาและเข้าใจเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์	ร้อยละ 70	Outcome
3. ผู้ป่วย Palliative และญาติได้รับการพูดคุยเรื่องความต้องการในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย และเขียนหนังสือแสดงเจตนาารมณ์	ร้อยละ 70	Outcome
4. ผู้ป่วย Palliative และญาติที่แสดงเจตนาารมณ์ในวาระสุดท้าย ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ (รวมทั้งเขียน/ไม่เขียนหนังสือแสดงเจตนาารมณ์)	ร้อยละ 70	Impact
5. ผู้ป่วย Palliative และญาติได้รับการพูดคุยเรื่องความต้องการในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ที่เขียนหนังสือแสดงเจตนาารมณ์	ร้อยละ 50	Impact
6. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative ที่ได้รับยากลุ่ม Opioids เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย	ร้อยละ 50	Outcome

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ค่าเป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ (ระบุ Output / Outcome / Impact)
7. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative ที่ได้รับยากลุ่ม Opioids เพื่อบรรเทาอาการปวด	ร้อยละ 50	Outcome
8. ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อ	ร้อยละ 80	Outcome
9. ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ร้อยละ 80	Outcome
10. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	ร้อยละ 80	Outcome

แบบรายงานการให้บริการแบบประคับประคอง (Palliative Care) หน่วยงาน ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน  
ประจำเดือน ..... ผู้รวบรวมข้อมูล ..... หอผู้ป่วย.....

Update 9/9/2562

ลำดับ	หัวข้อ	จำนวนผู้ป่วย(ราย)	หมายเหตุ
1	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามมาตรฐานงาน PC		
	1.1 จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมดที่ลงทะเบียน (รายเก่า/รายใหม่)		
	1.2 จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง		
2	ผู้ป่วย อยู่ได้อย่างมีความสุขจนวันสุดท้าย		
	2.1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา/บรรเทาปวดด้วยยา Opioids		
	2.2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา/บรรเทาอาการเหนื่อยด้วยยา Opioids		
3	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์แผนไทย		
4	ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ทางจิตวิญญาณที่ดี และตายในอ้อมกอดแห่งครอบครัวอันอบอุ่น		
	3.1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance care plan)		
	3.2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล		
	3.3 จำนวนการให้บริการดูแลภาวะเศร้าโศกของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Bereavement care)		
	3.4 ความพึงพอใจของผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(%)		
5	ได้รับการบริการต่อเนื่อง และการดูแลต่อเนื่อง		
	4.1 จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำหน่ายทั้งหมด (ไม่ตาย/กลับบ้าน)		
	4.2 จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายได้รับการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน		
	4.3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่เสียชีวิตที่บ้าน		
	4.4 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการเครื่องมือแพทย์ที่บ้าน (โพรคระบุ).....		
6	จำนวนผู้ป่วย : Ca		
	: Non – Ca		

No.	ชื่อ-สกุล	อายุ	ID	HN	AN	Admit/ ว/ด/ป PC	Dx	ยา Opioid (ชนิดที่ได้)	PPS Level	Admit อยู่	Dead	HHC / กลับ บ้าน	บ้านอยู่ใน เขตอำเภอ
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													

แบบประเมินการสอน การใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ การดูแลผู้ป่วย และการดูแลเครื่องมือแพทย์

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....

ชื่อผู้ดูแลหลัก.....เบอร์โทร.....

อุปกรณ์ที่ยืม	วันที่ยืม	ประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแล (ผู้ประเมิน/วันที่ประเมิน)				หมายเหตุ
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6. เครื่องช่วยหายใจ						

คำแนะนำเพิ่มเติม.....

Update 15/12/2562