

# ผลการศึกษาศาสนาการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต (imminently dying) โรงพยาบาลวังสามหมอ

ณัฐวุฒิ โพธิ์เสนา, พ.บ.

## บทคัดย่อ

ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพไม่มุ่งเพียงแค่การบรรเทาอาการ แต่ยังช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้เข้าสู่การ “ตายดี” รวมถึงสนับสนุนครอบครัวในช่วงเวลาที่ยากลำบาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศาสนาการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต และจัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตให้มีความชัดเจน ครอบคลุมและเหมาะสม วิธีการศึกษา โดยการรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคองทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลวังสามหมอ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – กันยายน พ.ศ. 2567 โดยใช้ ICD-10 รหัส Z51.5 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดย หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงนำมาพัฒนาสร้างแนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคองและเข้ารับบริการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลวังสามหมอ ในปี 2567 มีจำนวน 101 ราย มีผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตจำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.33 จำแนกเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (Non-cancer) ร้อยละ 83.82 และกลุ่มโรคมะเร็ง (Cancer) ร้อยละ 16.18 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 51.47) มีการบันทึกรายงานอาการรบกวนทั้งหมด 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.64 (มีรายงาน 110 ครั้ง) อาการรบกวนที่พบคือ หายใจลำบาก (ร้อยละ 58.00) อาการปวดและอาการกระสับกระส่าย (ร้อยละ 15.45) เสียงครืดคราดในปากและลำคอ (ร้อยละ 14.55) และอาการแพ้ สับสน (ร้อยละ 1.82) และมีบันทึกการได้รับการจัดการอาการด้วยยาจำนวน 91 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 82.73 ส่วนประเด็นการได้รับการดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้มีจำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.47 ได้รับการทำแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.94 และได้รับการดูแลตรงตาม ACP จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.44 ผลเฉลี่ยโดยรวมผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม 32.34 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.56

การนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และจากการทบทวนวรรณกรรมนำมาสร้างแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต (imminently dying) โรงพยาบาลวังสามหมอ ประกอบด้วยแบบประเมินและจัดการความต้องการของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently Dying Care Plan Checklists) และแนวทางการให้ยาเพื่อควบคุมอาการในระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently Dying Management)

โดยสรุปการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพในการบรรเทาความทุกข์ทรมานและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายให้เข้าสู่การ “ตายดี” ควรมีการบูรณาการการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพที่มีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้าและดำเนินการตามแผนที่วางไว้ รวมถึงให้การสนับสนุนครอบครัวให้ผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้

**คำสำคัญ:** การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะท้าย การจัดการอาการ

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลวังสามหมอ

# The results of the study on the palliative care situation of patients near death (imminently dying) in Wang Sam Mo Hospital.

Nuttawoot posena, M.D.

## Abstract

Patients nearing end-of-life experience complex suffering affecting their physical, psychological, and spiritual well-being. Effective palliative care not only alleviates symptoms but also enhances quality of life, facilitating a “good death” and supporting families during difficult times. This study aims to explore the current palliative care practices for terminally ill patients and develop comprehensive, context-specific guidelines for end-of-life care at Wang Sam Mo Hospital. A retrospective review of medical records of all patients diagnosed with palliative care indication (ICD-10 code Z51.5) from October 1, 2023, to September 30, 2024, was conducted. Perform basic data analysis by finding percentage, mean, and standard deviation and including the development of palliative care guidelines for terminally ill patients that are appropriate to the local context.

The study found that 101 patients diagnosed with palliative care indication, with 68 imminently dying patients (67.33%). Patients were classified groups into non-cancer (83.82%) and cancer (16.18%) and most patients died in the hospital (51.47%). A total of 63 distressing symptoms reports were recorded, representing 92.64 percent (110 reports). The distressing symptoms found were dyspnea (58%), pain and restlessness (15.45%), rattling in the mouth and throat (14.55%), and delirium and confusion (1.82%). And there were records of receiving medication management 91 times, representing 82.73%, while there were records of receiving care by a palliative care team together with the attending physician, representing 35 cases, representing 51.47%. There were 36 case (52.94%) who received an advance care plan (ACP) and 34 case (94.44%) who received care in accordance with the ACP. The average overall outcome was 32.34 patients, or 47.56%, receiving holistic palliative care by the palliative care team.

The results of the situation analysis and literature review were used to develop a palliative care guideline for patients near death (imminently dying) at Wang Sam Mo Hospital. It should include an assessment and management of the needs of patients near death (Imminently Dying Care Plan Checklists) and guidelines for administering medication to control symptoms near death (Imminently Dying Management).

In conclusion, palliative care for terminally ill patients to be effective in alleviating suffering and enhancing the quality of life of terminally ill patients towards a “good death” should involve integrated multidisciplinary work with the patient and family participating in advance planning and implementation of the plan, as well as providing support to the family through this difficult time.

**Keywords:** Palliative care terminally ill patients symptom management

---

Medical Organization, Wang Sam Mo Hospital

## บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นเนื่องจากมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ว่าเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานและอาการเจ็บป่วยที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ทั้งนี้การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่มีการวินิจฉัยเบื้องต้นจนถึงวาระสุดท้าย และยังรวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) คือ การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life-threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วย<sup>1</sup> และการดูแลแบบประคับประคอง หมายรวมถึง การดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต

องค์การอนามัยโลก ระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ไว้ดังนี้ เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติ ไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตาย ผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิต สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้การดูแล เป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงการให้คำปรึกษาประสพการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สนับสนุนเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินโรค ให้การดูแลตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยผสมผสานเข้ากับการดูแลจำเพาะที่มีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิต ซึ่งรวมถึงการส่งตรวจเพื่อให้เข้าใจและจัดการอาการให้ดีขึ้น<sup>2</sup>

ดังนั้นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (Symptom control) การรักษาโรค (Disease management) และการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual care)<sup>3</sup>

นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองยังถือว่ากระบวนการตายเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นปกติ การดูแลนี้มุ่งมั่นที่จะไม่รีบเร่งหรือชะลอการตาย แต่จะเคารพในชีวิตของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยและทำให้กระบวนการเป็นไปอย่างธรรมชาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตจนกว่าถึงแก่ชีวิต ช่วยครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญได้เตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความสูญเสียของการเสียชีวิตที่จะเกิดขึ้นในการให้การดูแลแบบประคับประคองมีการใช้วิธีการทำงานโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย มีการควบคุมอาการไม่สุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่คุกคาม ดูแลด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณ<sup>4</sup>

การตายดี (Good death) คือ การตายโดยที่ผู้ป่วยได้รับรู้ความต้องการของเขาได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพมีความเคารพและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย<sup>5,6</sup>

ระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently dying) คือระยะความเจ็บป่วยในช่วงสุดท้าย ซึ่งคาดว่าจะผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต คือ เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพให้ผู้ป่วยสุขสบายในระยะใกล้เสียชีวิต ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่วางแผนไว้ล่วงหน้า

การวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) หมายถึง กระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ<sup>2</sup>

ซึ่งการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีเป้าหมายให้การดูแลในระยะท้ายของชีวิตตรงกับความต้องการและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด แผนการดูแลล่วงหน้าควรเป็นแผนที่เกิดจากการปรึกษาหารือของ แพทย์ , พยาบาล , ทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้ป่วย ร่วมกับครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และตัวผู้ป่วยเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ และต้องการตัดสินใจด้วยตนเอง<sup>7</sup>

โรงพยาบาลวังสามหมอเริ่มดำเนินงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปี 2564 เป็นบริการร่วมกับงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-term care) โดยศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ปี 2565 ผู้ศึกษาได้ไปอบรมหลักสูตรด้านการดูแลแบบประคับประคอง Basic Certificate Course in Palliative Medicine ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และรับหน้าที่แพทย์ผู้รับผิดชอบหลัก การบริการผู้ป่วยนอก ในรูปแบบคลินิกผู้ป่วยแบบประคับประคอง (คลินิกอุ่นใจ) ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน ส่วนการบริการผู้ป่วยใน เป็นการรับปรึกษา consult จากแพทย์เจ้าของไข้ (กรณีเป็นแพทย์ท่านอื่น) และผู้ศึกษาต้องรอรับการ consult ตลอดเวลาและในบางเวลาแพทย์เจ้าของไข้ไม่สะดวกในการ consult และรอระยะเวลาตอบกลับซึ่งเป็นปัญหา จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอวังสามหมอ ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นแพทย์ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงมีความประสงค์และเล็งเห็นความสำคัญ และได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การสร้างแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต (imminently dying) ที่ง่ายต่อการใช้และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลวังสามหมอ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต โรงพยาบาลวังสามหมอ
2. เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น ทั้งกลุ่ม CA และ Non-CA

## วิธีดำเนินการศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตในโรงพยาบาลวังสามหมอ ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ที่รักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลวังสามหมอ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – กันยายน พ.ศ. 2567 เพื่อค้นหาจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านการจัดการอาการรบกวนและการทำ ACP

เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นสถิติและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาที่พบ เช่น การไม่ได้รับการจัดการอาการรบกวนในระยะใกล้เสียชีวิต, การไม่ได้ทำ ACP ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้นี้จะนำไปสู่การพัฒนาและจัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ อย่างเหมาะสม และได้รับการดูแลตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

โดยผู้ศึกษาเป็นแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลแบบประคับประคอง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแบบประคับประคองทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวังสามหมอ นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดมาพัฒนาจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลวังสามหมอขึ้น W

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

#### 1. ขั้นตอนการเตรียมงาน

- ทบทวนปัญหาที่พบ กำหนดเป้าหมายในการศึกษาและทบทวนข้อมูลย้อนหลัง
- ประสานงานกับทีมคณะกรรมการ PCT และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

#### 2. การดำเนินงาน

- ทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อค้นหาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคองในหอผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านการจัดการอาการทางกาย, จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการทำ ACP

- บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Microsoft Excel

- นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

- จัดประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์และทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังกับทีมคณะกรรมการ PCT และวางแผนการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะใกล้เสียชีวิต

- จัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต, จัดประชุมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแนวทางดังกล่าว

- ประเมินผลการดำเนินงานและรวบรวมอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางานต่อไป

### ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคองทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลวังสามหมอ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – กันยายน พ.ศ. 2567 โดยใช้ ICD-10 เป็นหลักในการค้นหา (รหัส Z51.5) มีจำนวนทั้งสิ้น 68 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระยะศึกษาสถานการณ์และระยะการปฏิบัติการมาตรวจสอบและวิเคราะห์รายละเอียดดังนี้ สถิติพื้นฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลสำเร็จของงาน

#### ประเด็นที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง

จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังร่วมกับทีมคณะกรรมการ PCT พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (ICD10 รหัส Z515) และเข้ารับบริการในหอผู้ป่วย ก และ ข โรงพยาบาลวังสามหมอ ในปี 2567 จำนวน 101 ราย มีผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต จำนวน 68 ราย จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต จำนวน 68 ราย

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.76) และอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 27.94) พบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (Non-cancer) ร้อยละ 83.82 และกลุ่มโรคมะเร็ง (Cancer) ร้อยละ 16.18 ในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งพบมากที่สุดคือโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ร้อยละ 52.63 รองลงมาคือโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) พบร้อยละ 14.04 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบมากที่สุดคือโรคมะเร็งปอด (CA lung) ร้อยละ 36.37 รองลงมาคือโรคมะเร็งตับ (HCC) พบร้อยละ 27.27 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 1-4 วัน พบร้อยละ 48.53 และเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.47 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=68)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (N = 68)	ร้อยละ
อายุ	range = 42-68 ปี	
≤ 50 ปี	7	10.29
51 – 70 ปี	31	45.59
≥ 71 ปี	30	44.12
$\bar{X} \pm SD$	70.97 ± 10.26	
เพศ		
ชาย	42	61.76
หญิง	26	38.24
จำแนกตามกลุ่มโรค		
<u>กลุ่มโรคมะเร็ง (Cancer) รวม</u>	<u>11</u>	<u>16.18</u>
CA lung	4	36.37
HCC	3	27.27
CA cervix	1	9.09
CA colon	1	9.09
CA nasopharynx	1	9.09
Lymphoma	1	9.09
<u>กลุ่มโรคมะเร็ง (Non-cancer) รวม</u>	<u>57</u>	<u>83.82</u>
Sepsis	30	52.64
ESRD	8	14.05
CHF	5	8.78
Stroke	4	7.02
Systemic sclerosis	2	3.51
Acute Myocardial Infarction	1	1.75
Bacterial Meningitis	1	1.75
Cerebral Cryptococcosis	1	1.75
Cirrhosis	1	1.75
Erosive Gastritis	1	1.75
Herpes Zoster	1	1.75
ICH	1	1.75
Pulmonary Embolism	1	1.75

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (N = 68)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล		
< 24 ชั่วโมง	16	23.53
1-4 วัน	33	48.53
5-8 วัน	9	13.24
9-12 วัน	5	7.35
> 12 วัน	5	7.35
รูปแบบการจำหน่าย		
กลับบ้าน	33	48.52
เสียชีวิตในโรงพยาบาล	35	51.47

**ส่วนที่ 2** ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง มีอาการรบกวนและการได้รับยาจัดการอาการรบกวนนั้น รวมถึงข้อมูลการได้รับการดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ รายละเอียดดังนี้

**2.1 ข้อมูลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตมีอาการรบกวนและการได้รับยาจัดการอาการรบกวน**

จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย จากจำนวนผู้ป่วย 68 ราย มีการบันทึกรายงานอาการรบกวนทั้งหมด 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.64 จำนวน 110 ครั้ง อาการรบกวนที่พบมากที่สุดคือ หายใจลำบาก พบร้อยละ 58.00 รองลงมาคืออาการปวดและอาการกระสับกระส่าย พบร้อยละ 15.45 และเสียงครีตคราดในปากและลำคอ คิดเป็นร้อยละ 14.55 พบน้อยที่สุดคืออาการเพ้อ สับสน พบเพียงร้อยละ 1.82 ตามลำดับ และในจำนวนผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่มีบันทึกรายงานอาการรบกวนแล้วได้รับการจัดการอาการด้วยยามีจำนวน 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.73 โดยอาการรบกวนที่ได้รับการจัดการมากที่สุดคือ อาการเพ้อ สับสน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคืออาการหายใจลำบาก พบร้อยละ 89.66 ส่วนอาการปวด ได้รับการจัดการร้อยละ 82.36 เสียงครีตคราดในลำคอ ได้รับการจัดการร้อยละ 81.25 และอาการรบกวนที่ได้รับการจัดการน้อยที่สุดคืออาการกระสับกระส่าย มีเพียงร้อยละ 58.82 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงรายละเอียดข้อมูลจำนวนและร้อยละของอาการรบกวนที่พบในผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต (N=63)

รายการอาการรบกวนที่เกิดขึ้น (รวม 110 ครั้ง)	อาการรบกวนที่พบ		การได้รับยาจัดการอาการรบกวน	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)	58	52.73	52	89.66
อาการปวด (Pain)	17	15.45	14	82.36
อาการกระสับกระส่าย (Agitation)	17	15.45	10	58.83
เสียงครีตคราดในปากหรือลำคอ (Death rattle)	16	14.55	13	81.25
อาการเพ้อ สับสน (Delirium)	2	1.82	2	100
<b>เฉลี่ยผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนได้รับการแก้ไข</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>82.73</b>

2.2 ข้อมูลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคองและอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตที่รับบริการในหอผู้ป่วย ก และ ข จำนวนทั้งหมด 68 ราย มีบันทึกรายละเอียดว่าได้รับการดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.47 ได้รับการทำแผนการดูแลล่วงหน้า Advance care plan จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.94 และได้รับการดูแลตรงตาม Advance care plan จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.44 และผลเฉลี่ยโดยรวมผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม 32.34 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.56 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงรายละเอียดข้อมูลจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ จำแนกตามกลุ่มโรค (N=68)

รายละเอียดการดูแลแบบประคับประคอง (N=68)	กลุ่มโรคมะเร็ง (Cancer) (n=11)	กลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (Non-cancer) (n=57)	รวม (ราย)	ร้อยละ
- รักษาทีมดูแลแบบประคับประคอง	8	27	35	51.47
- ได้รับความจัดการอาการรบกวนในระยะใกล้เสียชีวิต โดยทีมดูแลแบบประคับประคอง	6	20	26	38.24
- ได้รับการทำ ACP โดยการทำให้ Family meeting	9	27	36	52.94
- ได้รับการดูแลตรงตาม ACP	7	27	34/36	94.44
<b>เฉลี่ยโดยรวมผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมดูแล แบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม</b>	<b>7.67</b>	<b>24.67</b>	<b>32.34</b>	<b>47.56</b>

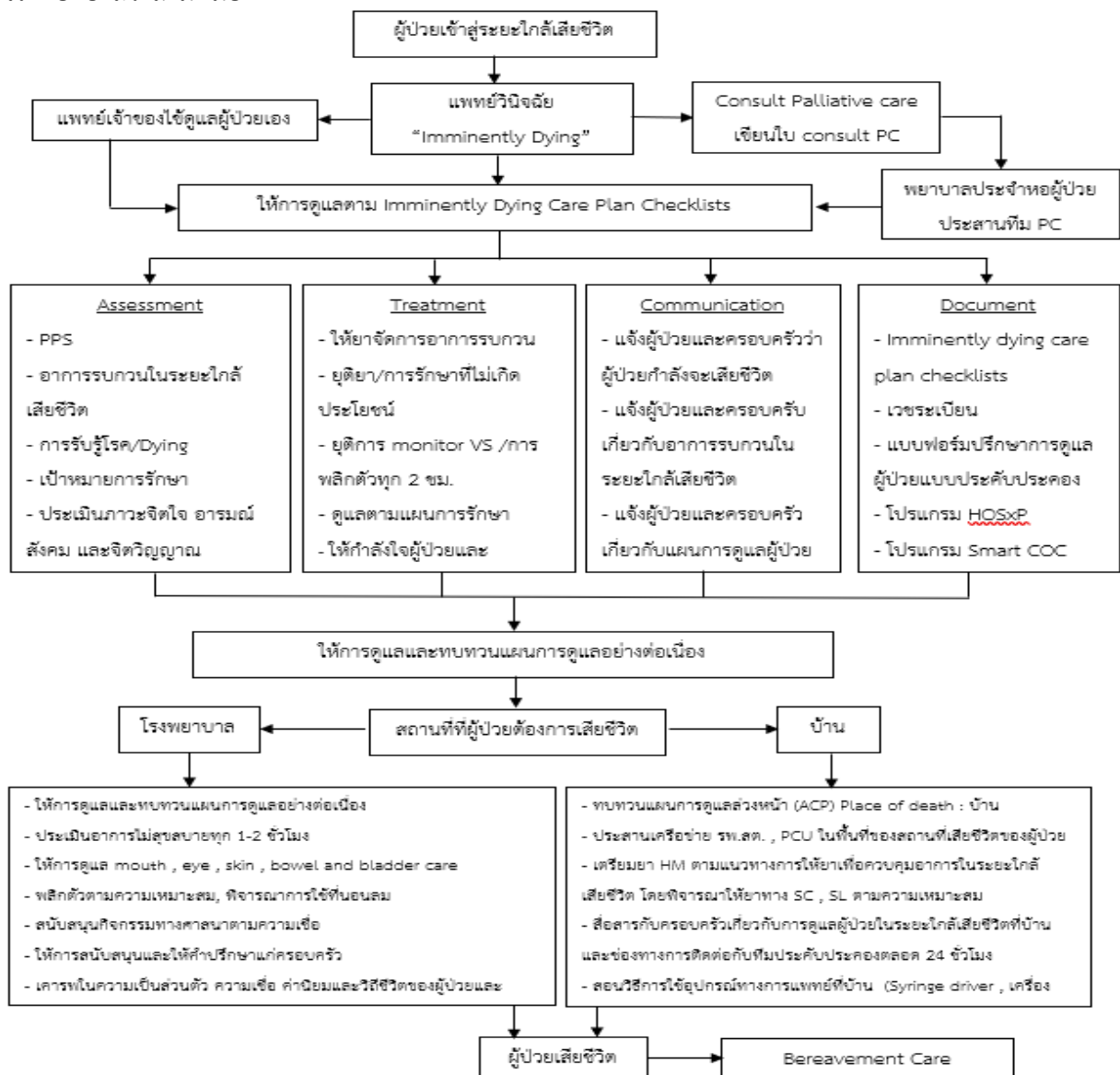
**ส่วนที่ 3** ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง

จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคองและอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมโดยทีมดูแลแบบประคับประคองทั้งด้านการจัดการอาการรบกวนและการดูแลจิตสังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP) ยังมีจำนวนน้อยเฉลี่ย 32.34 ราย (จาก 68 ราย) คิดเป็นร้อยละ 47.56 โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (Non-cancer) มีการเข้าถึงบริการเฉลี่ย 24.67 ราย (จาก 57 ราย) คิดเป็นร้อยละ 43.28 โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ เวลาที่ค่อนข้างจำกัด พบในกรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 48 ชม. บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมของผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตเช่นยังเน้นการจัดการอาการทางกายเป็นหลัก อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งปฏิเสธการกู้ชีพ (DNR) คือ ACP ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้ทำ ACP โดย Family meeting ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตให้ “ตายดี” ซึ่งอาจเกิดจากความเคยชินกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ภาระงานที่หนัก เวลาที่จำกัดในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายและผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มโรคมะเร็ง จึงพิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ (Full treatment , full medication) ต่างจากผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคองได้มากกว่า เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจว่า ผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง

**ประเด็นที่ 2** ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต โรงพยาบาลวังสามหมอ

ภายหลังวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนและค้นหาสาเหตุของปัญหาการเข้าถึงบริการ การดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม พบว่าสาเหตุหลักคือการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต และการขาดความตระหนักรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตให้ “ตายดี” รวมถึงการมีเวลาอย่างจำกัดในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ผู้ศึกษาพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งตามหลักการจำเป็นต้องมีการวางแผนดูแลล่วงหน้าแบบประคับประคอง เป้าหมายให้การดูแลต้องตรงกับความต้องการและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด แผนการดูแลล่วงหน้าที่ดีควรเป็นแผนที่เกิดจากการปรึกษาหารือของ แพทย์, พยาบาล, ทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้ป่วย ร่วมกับครอบครัว/ญาติ/ผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ รวมถึงความคิดเห็นและสมัครใจของตัวผู้ป่วยเองในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ ดังนั้นแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต สรุปได้ดังแผนภาพที่ 1

**แผนภาพที่ 1** แสดงแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต (imminently dying) โรงพยาบาลวังสามหมอ



ซึ่งแนวทางการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต (imminently dying) โรงพยาบาลวังสามหมอ ประกอบด้วย

1. แบบประเมินและจัดการความต้องการของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต Imminently Dying Care Plan Checklists (แผนภาพที่ 2)

แผนภาพที่ 2 แสดงแบบประเมินและจัดการความต้องการของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต Imminently Dying Care Plan Checklists (แผนภาพที่ 3)

Imminently Dying Care Plan Checklists		ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อผู้ป่วย
กิจกรรม	✓	รายละเอียด
1. ประเมินสมรรถนะของผู้ป่วย (PPS)		PPS = _____
2. ประเมินอาการรบกวนในระยะใกล้เสียชีวิตของผู้ป่วย		<input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Death rattle <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
3. ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนในระยะใกล้เสียชีวิตตามแนวทางการให้ยาควบคุมอาการในระยะใกล้ชีวิตอย่างเหมาะสม		
4. ตรวจสอบความสามารถในการกลืน , การรับประทานอาหาร, ยา		
5. ทบทวนแผนการรักษา หยุดการวัด V/S, LAB หยุดยาที่ไม่จำเป็น		
6. ทำกิจกรรม Family meeting ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีผู้แทนการตัดสินใจด้านสุขภาพของผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย		วันที่ _____ เวลา _____
7. พูดคุยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงโรคและการพยากรณ์โรค		
8. พูดคุยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยที่กำลังจะมาถึง		
9. พูดคุยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายในการรักษา		
10. ทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)		<input type="checkbox"/> No ETT <input type="checkbox"/> No CPR <input type="checkbox"/> No inotrope POD <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital
11. พูดคุยเรื่องการให้ยาในช่วงวาระสุดท้ายเพื่อความสงบของผู้ป่วย		<input type="checkbox"/> ยอมรับยา MO CSCI
12. ให้คำแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต		
13. ให้คำแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ		
14. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการเผชิญหน้ากับช่วงเวลาสำคัญของชีวิต		
<b>ข้อ 15 – 22 ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน</b>		
15. จัดเตรียมยาและเบกยาที่ต้องใช้ที่บ้าน , อธิบายวิธีการบริหารยาต่างๆ		
16. จัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้านและอธิบายวิธีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน		<input type="checkbox"/> เตียง <input type="checkbox"/> ที่นอนลม <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน <input type="checkbox"/> เครื่อง Syringe driver <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
17. ให้สมุดประจำตัวผู้ป่วยหรือมรอกข้อมูลประจำตัวอย่างครบถ้วน		
18. แจ้งช่องทางการติดต่อกับทีมประคับประคองตลอด 24 ชม.		
19. แจ้งแนวทางในการส่งคืนอุปกรณ์ต่าง ๆ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต		
20. ติดต่อเครือข่ายรับดูแลต่อ , ประสานการเยี่ยมบ้าน		รพ.สต. _____
21. ประสานรถส่งต่อ		<input type="checkbox"/> รถโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รถกู้ชีพ
22. ส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง		<input type="checkbox"/> smart ggg <input type="checkbox"/> Line COC

2. แนวทางการให้ยาเพื่อควบคุมอาการในระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently Dying Management)  
 (แผนภาพที่ 3)  
 แผนภาพที่ 3 แสดงแนวทางการให้ยาเพื่อควบคุมอาการในระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently Dying Management)

แนวทางการให้ยาเพื่อควบคุมอาการในระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently Dying Management)

<p><input type="checkbox"/> <u>ผู้ป่วยที่เคยได้รับยา Morphine มาก่อน</u></p> <p>1. <u>Pain , Dyspnea</u>              เริ่มให้ยา Morphine ทาง SC/IV โดยคำนวณขนาดยา ดังนี้              - Total Mo PO/day ÷ 3 = Total Mo SC/IV/day              (For Regular Dose) drip in 24 hr then cont. for H/M              - Total Mo SC/IV/day ÷ 6 = Mo SC/IV/dose prn q 2 hr (For Rescue Dose) if D/C off</p> <p>2. <u>Agitation / Delirium</u>  <input type="checkbox"/> Lorazepam 0.5 – 2 mg SL prn q 1 – 2 hr.  <input type="checkbox"/> Haloperidol 2-5 mg SC drip in 24 hr (add in Mo ได้)</p> <p>3. <u>Airway secretion</u>  <input type="checkbox"/> Hyoscine 20–40 mg SC drip in 24 hr (add in MO ได้)</p> <p>4. <u>Nausea/Vomiting</u>  <input type="checkbox"/> Metoclopramide 30–60mg drip in 24 hr (add in MO ได้)</p> <p>5. <u>Anticipatory medication</u>  <input type="checkbox"/> Morphine ____ mg + Hyoscine ____mg + Haloperidol ____ mg SC/IV drip in 24 hr</p> <p>6. <u>หากมีไตวาย/ตับวาย/สูงอายุ พิจารณาลดขนาดยา Mo ลง 50%</u></p> <p>7. การให้ยาได้ผ่านทางเครื่อง Syringe Driver ให้ผสมยาที่แพทย์สั่งในตัวทำละลายที่เหมาะสม ( 0.9% NaCl หรือ Sterile water for injection) โดยตรวจสอบความเข้ากันได้ของยาและตัวทำละลายทุกครั้งก่อนผสมยา และให้ผสมยาไม่เกิน 3 วัน</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยา Opioid มาก่อน (Naïve Opioid)</u></p> <p>1. <u>Pain , Dyspnea</u>              เริ่มให้ยา Morphine ทาง SC/IV ในขนาดต่ำ  <input type="checkbox"/> Morphine 10 mg SC/IV drip in 24 hr for H/M (For Regular Dose)  <input type="checkbox"/> Morphine 2-3 mg SC/IV/dose prn q 2 hr (For Rescue Dose) if D/C off</p> <p>2. <u>Agitation / Delirium</u>  <input type="checkbox"/> Lorazepam 0.5 – 2 mg SL prn q 1 – 2 hr.  <input type="checkbox"/> Haloperidol 2-5 mg SC drip in 24 hr (add in Mo ได้)</p> <p>3. <u>Airway secretion</u>  <input type="checkbox"/> Hyoscine 20–40 mg SC drip in 24 hr (add in MO ได้)</p> <p>4. <u>Nausea/Vomiting</u>  <input type="checkbox"/> Metoclopramide 30–60 mg drip in 24 hr (add in MO ได้)</p> <p>5. <u>Anticipatory medication</u>  <input type="checkbox"/> Morphine ____ mg + Hyoscine ____mg + Haloperidol ____ mg SC/IV drip in 24 hr</p> <p>6. <u>หากมีไตวาย/ตับวาย/สูงอายุ พิจารณาลดขนาดยา Mo ลง 50%</u></p> <p>7. การให้ยาได้ผ่านทางเครื่อง Syringe driver ให้ผสมยาที่แพทย์สั่งในตัวทำละลายที่เหมาะสม (0.9% NaCl หรือ Sterile water for injection) โดยตรวจสอบความเข้ากันได้ของยาและตัวทำละลายทุกครั้งก่อนผสมยา และให้ผสมยาไม่เกิน 3 วัน</p>
---	---

## สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (ICD10 รหัส Z515) และเข้ารับบริการในหอผู้ป่วย ก และ ข โรงพยาบาลวังสามหมอ ในปี 2567 จำนวน 101 ราย มีผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต จำนวน 68 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.76) พบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (Non-cancer) ร้อยละ 83.82 และกลุ่มโรคมะเร็ง (Cancer) ร้อยละ 16.18 ส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 51.47) ในจำนวนผู้ป่วย 68 ราย มีการบันทึกรายงานอาการรบกวนทั้งหมด 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.64 จำนวนรายงาน 110 ครั้ง อาการรบกวนที่พบมากที่สุดคือ หายใจลำบาก (ร้อยละ 58.00) รองลงมาคืออาการปวดและอาการกระสับกระส่าย (ร้อยละ 15.45) และเสียงครีคราดในปากและลำคอ (ร้อยละ 14.55) พบน้อยที่สุดคืออาการแพ้ สับสน (ร้อยละ 1.82) และในจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนแล้วได้รับการจัดการอาการด้วยยา มีจำนวน 91 ราย (ร้อยละ 82.73) ส่วนประเด็นการได้รับการดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ จำนวน 35 ราย (จากผู้ป่วย 68 ราย) คิดเป็นร้อยละ 51.47 ได้รับการทำแผนการดูแลล่วงหน้า Advance care plan จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.94 และได้รับการดูแลตรงตาม Advance care plan จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.44 และผลเฉลี่ยโดยรวมผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม 32.34 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.56

ภายหลังวิเคราะห์ข้อมูลและค้นหาสาเหตุของปัญหาการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม พบว่าสาเหตุหลักคือการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต และการขาดความตระหนักรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตให้ “ตายดี” รวมถึงการมีเวลาอย่างจำกัดในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ผู้ศึกษาได้พัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ทั้งในส่วนของพื้นที่ชุมชน ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบริบทของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลวังสามหมอขึ้น ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินและจัดการความต้องการของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต Imminently Dying Care Plan Checklists และ แนวทางการให้ยาเพื่อควบคุมอาการในระยะใกล้เสียชีวิต (Imminently Dying Management) ทั้งนี้เพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง สามารถให้การดูแลรักษาไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้ดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวมและมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลวังสามหมออย่างต่อเนื่อง (1 ครั้ง/ปี) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและเพิ่มความตระหนักรู้ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. เพิ่มระบบการคัดกรองผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตในหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานผู้ป่วยนอก, ห้องฉุกเฉิน, รพ.สต. เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น
3. พัฒนาศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลวังสามหมอให้มีความครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care), ผู้ป่วยดูแลระยะยาว (Long term care) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Elderly care) โดยดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคองไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังสามหมอ ที่กรุณาช่วยเหลือเอื้อเฟื้อในด้านสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกจุดบริการ รวมถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่ให้ข้อมูล ขอขอบคุณครอบครัวที่สนับสนุน ตลอดจนขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

## เอกสารอ้างอิง

1. WHO. WHO Definition of Palliative Care. [Internet]. 2024 . [cited 2024 Oct 20]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [วันที่ 20 สิงหาคม 2568]. จาก <https://old.nationalhealth.or.th/th/node/3266>
3. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 2014; 28(2):130-4.
4. Pairojkul S. Criteria for diagnosis of the terminal stage of patient's illness. Khon Kaen: Faculty of Medicine; 2010. (in Thai)
5. The Economist. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. [Internet]. 2015 [cited 2024 Oct 20]. Available from: <https://eiu.perspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
6. ศรีเวียง ไพโรจน์กุลและปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. คู่มือดำเนินการศูนย์ดูแลประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิมพ์ครั้งที่ 3. หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ขอนแก่น; 2565.
7. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.