**บทที่ 2**

**กรณีศึกษาโรงพยาบาลเทพา: การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย**

**บริบทโรงพยาบาล**

**ก่อนการดำเนินโครงการ**

โรงพยาบาลเทพาเผชิญปัญหาจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และไม่สามารถยอมรับความตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลและญาติต้องรับภาระพึ่งพาของผู้ป่วย และจัดการภารกิจหลายด้านในครอบครัว ร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตายในรูปแบบต่างๆ ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง บั่นทอนความสุขของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในขณะที่การจัดระบบเครือบริการที่ขาดคุณภาพ ทั้งด้านการส่งต่อ บุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ขาดระบบจัดการการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ทั้งด้านการส่งต่อผู้ป่วย การเข้าถึงยาระงับปวดเครื่องมือจำเป็น เช่น เตียงผู้ป่วย เครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver ฯลฯ และขาดการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ ขาดระบบหรือรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อผู้ป่วยอาการหนักหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรืออาการของผู้ป่วยมีแนวโน้มเรื้อรังหรืออาการทรุดลง ผู้ป่วยหรือญาติส่วนใหญ่ตัดสินใจขอกลับพักรักษาตัวที่บ้าน ขาดการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับรักษาตัวที่บ้าน ในผู้ป่วยบางรายที่อาการเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยติดเตียง สามารถนำกลับพักรักษาตัวที่บ้านได้ แต่เนื่องจากขาดแคลนอุปกรณ์จำเป็น เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น ส่งผลให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ ญาติต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายการรักษาที่สูงขึ้น รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงเนื่องจากไม่ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยหรืออยู่ใกล้ชิดบุคคลในครอบครัว อีกทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่จะต้องสละเวลามาเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมาย การบริการสุขภาพในสังคมพหุวัฒนธรรมว่า“เป็นการบริการที่เข้าถึงความแตกต่างในด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และความเป็นปัจเจกบุคคล”

การการสังเกตระบบบริการพบว่า ก่อนการถอดบทเรียนการนำแนวทางการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมไปใช้พบว่าโรงพยาบาลเทพามีการจัดบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเป็นพหุวัฒนธรรมมาก่อน ได้แก่ งานแม่และเด็ก (การดูแลในระยะคลอดที่เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาเยี่ยม การให้โต๊ะบีแดมีส่วนร่วมร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด การมีมุมอาซานสำหรับทารกเกิดใหม่) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลโดยนำแนวคิดทั้งศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามมาใช้ดูแล การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงถือศีลอด เป็นต้น

**ปัจจัยนำเข้า (คน ทรัพยากร งบประมาณ การจัดการ**

**คน**

การจัดบริการสุขภาพเพื่อเพื่อตอบโจทย์ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายในพหุวัฒนธรรมที่ทำมาอย่างต่อเนื่องทำให้บุคลากรโรงพยาบาลการมีความไวด้านวัฒนธรรมของผู้รับบริการและทีมงาน การสอบถามพบว่ามีการจัดกิจกรรมเชิงวัฒนธรรมของบุคลากร การเอื้ออำนวยให้แต่ละฝ่ายได้มีโอกาสหยุดงานปฏิบัติศาสนกิจตามประเพณี

 การขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพพบว่า การขับเคลื่อนโดยทีมสหวิชาชีพและเป็นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการสร้างทีมที่เข้มแข็ง ในโรงพยาบาลมีทีมจากฝ่ายงานต่าง ๆเพื่อมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน อย่างไรก็ตามกิจกรรมการขับเคลื่อนการให้บริการของบุคลากรมีการดำเนินการในลักษณะความชอบ ความสนใจส่วนบุคคล การขับเคลื่อนในลักษณะคณะกรรมการดำเนินการอย่างเป็นระบบยังไม่มีความชัดเจน ตลอดจนการจัดประชุมติดตามงานยังไม่สามารถดำเนินการในหน้างานปกติ

 การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลเชิงวัฒนธรรมของบุคลากร สามารถนำเสนอดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณโรงพยาบาลเทพา

| **รายการ** | **จำนวน****(N=18)** | **ร้อยละ** | **MEAN** | **SD.** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| อายุ |  |  |  | 35.17 | 11.34 |
| เพศ | ชาย | 4 | 22.22 |  |  |
|  | หญิง | 14 | 77.78 |  |  |
| ศาสนา | พุทธ | 10 | 55.56 |  |  |
|  | อิสลาม | 8 | 44.44 |  |  |
| ภูมิลำเนา | สงขลา | 14 | 77.78 |  |  |
|  | ตรัง | 1 | 5.56 |  |  |
|  | ปัตตานี | 2 | 11.11 |  |  |
|  | ยะลา | 1 | 5.56 |  |  |
| หน่วยงาน | จ่ายกลาง | 3 | 16.67 |  |  |
|  | บริหาร | 2 | 11.11 |  |  |
|  | ผู้ป่วยนอก | 2 | 11.11 |  |  |
|  | ห้องคลอด | 2 | 11.11 |  |  |
|  | ผู้ป่วยใน | 4 | 22.22 |  |  |
|  | แลบ | 1 | 5.56 |  |  |
|  | เวชกรรมฟื้นฟู | 1 | 5.56 |  |  |
|  | ฉุกเฉิน | 1 | 5.56 |  |  |
|  | เภสัชกรรม | 1 | 5.56 |  |  |
|  | ทันตกรรม | 1 | 5.56 |  |  |
| ภาษาที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวัน |  |  |  |  |  |
| -จำนวนภาษาที่ใช้สื่อสาร | -ใช้เพียง 1 ภาษา | 0 | 0 |  |  |
|  | -ใช้ 2 ภาษา | 16 | 88.89 |  |  |
|  | -ใช้ 3 ภาษา | 2 | 11.11 |  |  |
| -ภาษาที่ใช้สื่อสาร | -ภาษาใต้ | 16 | 88.89 |  |  |
|  | -ภาษากลาง | 17 | 94.44 |  |  |
|  | -ภาษายาวี | 5 | 27.78 |  |  |
| ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารในกับผู้ใช้บริการ |  |  |  |  |  |
| -จำนวนภาษาที่ใช้สื่อสาร | -ใช้เพียง 1 ภาษา | 0 | 0 |  |  |
|  | -ใช้ 2 ภาษา | 15 | 83.33 |  |  |
|  | -ใช้ 3 ภาษา | 3 | 16.67 |  |  |
| -ภาษาที่ใช้สื่อสาร | -ภาษาใต้ | 16 | 88.89 |  |  |
|  | -ภาษากลาง | 18 | 100 |  |  |
|  | -ภาษายาวี | 5 | 27.78 |  |  |
| ประสบการณ์การทำงาน |  |  |  | 10.87 | 9.95 |
| ประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยทีมีความต่างทางวัฒนธรรม | 1-2 ปี | 8 | 44.44 |  |  |
|  | 3-5 ปี | 2 | 11.11 |  |  |
|  | มากกว่า 5 ปี | 4 | 22.22 |  |  |
|  | มากกว่า 10 ปี | 4 | 22.22 |  |  |
| เคยมีประเด็นขัดแย้งด้านการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วยพหุวัฒนธรรมหรือไม่ |  |  |  |  |  |
| -ไม่เคย |  | 12 | 66.67 |  |  |
| -เคย (อาจมากกว่า 1 ด้าน) |  | 6 | 33.33 |  |  |
|  | ด้านแผนการรักษา | 5 | 83.33 |  |  |
|  | ด้านสิ่งแวดล้อมขณะเจ็บป่วย | 1 | 16.67 |  |  |
|  | ด้านการปฏิบัติตามหลักการศาสนา | 2 | 33.33 |  |  |
|  | ความเชื่อ | 1 | 16.67 |  |  |
| เคยเข้ารับการอบรม/ประชุม/สัมมนา ถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมหรือไม่ |  |  |  |  |  |
| ไม่เคย |  | 15 | 83.33 |  |  |
| เคย |  | 3 | 16.67 | 2.33 | 2.31 |

 จากตารางที่ 2 พบว่าประเด็นที่น่าสนใจคือ แม้โรงพยาบาลจะมีความพยายามในการจัดบริการสุขภาพที่คำนึงถึงมิติเชิงวัฒนธรรมพบว่า การเก็บตัวอย่างพบว่าบุคลากรอายุเฉลี่ย 35.17 ปี สัดส่วนนับถือศาสนาพุทธและอิสลามที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 55.56และร้อยละ 44.44) ประสบการณ์ทำงานใหม่และกลุ่มที่ทำงานมานานกว่า 5 ปี มีประการณ์ที่เคยพบประเด็นขัดแย้งด้านการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วยพหุวัฒนธรรมคิด จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 33.33) จากจำนวนผู้มีประสบการณ์พบว่าเป็นประเด็นเกี่ยวกับแผนการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 83.33) ด้านปฏิบัติตามหลักการศาสนาพบบ่อยรองลงมา (ร้อยละ 33.33) และจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับการอบรม/ประชุม/สัมมนา ถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมจำนวน 15 คน (ร้อยละ 83.33)

**ตารางที่** 3 การรับรู้สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของบุคลากรโรงพยาบาลเทพา

| **ข้อคำถาม** | **ระดับสมรรถนะ****จำนวน(ร้อยละ)** | **MEAN** | **SD.** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |
| ***1. ฉันมีความเข้าใจในเรื่องสังคมและมนุษย์วิทยา***  | ***3(16.67)*** | ***1(5.56)*** | ***9(50.00)*** | ***5(27.78)*** | ***0(0)*** | ***2.89*** | ***1.02*** |
| ***2. ฉันเข้าใจในเรื่องความต่างของวัฒนธรรม*** | ***1(5.56)*** | ***3(16.67)*** | ***3(16.67)*** | ***9(50.00)*** | ***2(11.11)*** | ***3.44*** | ***1.10*** |
| 3. ฉันรู้ว่าทุกวัฒนธรรมมีส่วนร่วมที่คล้ายคลึงกัน | 0(0) | 2(11.11) | 6(33.33) | 7(38.89) | 3(16.67) | 3.61 | 0.92 |
| 4.ฉันรู้ว่าทุกศาสนาสอนให้ทุกคนเป็นคนดี อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข | 0(0) | 1(5.56) | 0(0) | 8(44.44) | 9(50.00) | 4.39 | 0.78 |
| 5. ฉันเข้าใจว่าการให้บริการสุขภาพแบบพหุวัฒนธรรมจำเป็นต้องเข้าใจในหลักการของแต่ละศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่าง | 0(0) | 2(11.11) | 5(27.78) | 9(50.00) | 2(11.11) | 3.61 | 0.85 |
| ***6. ฉันสามารถประเมิน วางแผนร่วมกับผู้รับบริการ และให้การบริการสุขภาพได้อย่างมีสมรรถนะทางพหุวัฒนธรรม***  | ***0(0)*** | ***3(16.67)*** | ***8(44.44)*** | ***6(33.33)*** | ***1(5.56)*** | ***3.28*** | ***0.83*** |
| ***7.ฉันสามารถสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางภาษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ***  | ***1(5.56)*** | ***1(5.56)*** | ***7(38.89)*** | ***9(50.00)*** | ***0(0)*** | ***3.33*** | 0.84 |
| ***8. แม้มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ฉันสามารถจัดการและให้บริการได้*** | ***1(5.56)*** | ***3(16.67)*** | ***5(27.78)*** | ***6(33.33)*** | ***3(16.67)*** | ***3.39*** | ***1.14*** |
| ***9. ฉันมีทักษะในการสื่อสารมากกว่าสองภาษา หรือสามารถเข้าใจภาษาประจำถิ่น*** | ***3(16.67)*** | ***0(0)*** | ***7(38.89)*** | ***7(38.89)*** | ***1(5.56)*** | ***3.17*** | ***1.15*** |
| 10.ฉันให้บริการผู้รับบริการทุกคนอย่างเท่าเทียม เสมอภาค จัดตามระดับความเจ็บป่วย และเร่งด่วน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา | 0(0) | 1(5.56) | 4(22.22) | 6(33.33) | 7(38.89) | 4.06 | 0.94 |
| ***11. ฉันมีอวัจนภาษาทางบวก (ภาษากาย) ในการให้การบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม*** | ***1(5.56)*** | ***3(16.67)*** | ***4(22.22)*** | ***8(44.44)*** | ***2(11.11)*** | ***3.39*** | ***1.09*** |
| ***12. ฉันมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการพหุวัฒนธรรม*** | ***0(0)*** | ***4(22.22)*** | ***5(27.78)*** | ***6(33.33)*** | ***3(16.67)*** | ***3.44*** | ***1.04*** |
| 13.ฉันเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ | 0(0) | 3(16.67) | 4(22.22) | 6(33.33) | 5(27.78) | 3.72 | 1.07 |
| ***14. ฉันสามารถพูดคุย สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลัง ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการโดยไม่รู้สึกยากลำบาก*** | ***1(5.56)*** | ***2(11.11)*** | ***7(38.89)*** | ***6(33.33)*** | ***2(11.11)*** | ***3.33*** | ***1.03*** |
| ***15. ฉันมีความไวทางวัฒนธรรม (cultural sensitivity)*** | ***1(5.56)*** | ***1(5.56)*** | ***12(66.67)*** | ***2(11.11)*** | ***2(11.11)*** | ***3.17*** | ***0.92*** |
| ***16. ฉันมองผู้รับบริการแบบองค์รวม***  | ***1(5.56)*** | ***2(11.11)*** | ***6(33.33)*** | ***7(38.89)*** | ***2(11.11)*** | ***3.39*** | ***1.04*** |
| 17. ฉันให้บริการผู้รับบริการแบบองค์รวม | 1(5.56) | 2(11.11) | 3(16.67) | 8(44.44) | 4(22.22) | 3.67 | 1.14 |
| 18. ฉันยอมรับ, เข้าใจ และให้เกียรติ ในวัฒนธรรมของผู้รับบริการ | 1(5.56) | 1(5.56) | 4(22.22) | 7(38.89) | 5(27.78) | 3.78 | 1.11 |
| 19. ฉันเรียนรู้วัฒนธรรมของผู้รับบริการ  | 0(0) | 2(11.11) | 7(38.89) | 4(22.22) | 5(27.78) | 3.67 | 1.03 |
| 20. ฉันลดอคติ ยึดหลักใจเขา ใจเรา ในการให้บริการพหุวัฒนธรรม | 1(5.56) | 0(0) | 5(27.78) | 8(44.44) | 4(22.22) | 3.78 | 1.00 |
| ***21.ฉันสามารถควบคุมตนเองได้ หากเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่เข้าใจระหว่างฉันและผู้รับบริการ หรือเหตุการณ์ที่สุ่มเสี่ยงที่จะนำไปสู่ความขัดแย้ง*** | ***1(5.56)*** | ***2(11.11)*** | ***5(27.78)*** | ***9(50.00)*** | ***1(5.56)*** | ***3.39*** | ***0.98*** |
| 22. ฉันมีเจตคติที่ดีในการให้บริการผู้รับบริการพหุวัฒนธรรมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ | 0(0) | 3(16.67) | 5(27.78) | 7(38.89) | 3(16.67) | 3.56 | 0.98 |
| ***23. ฉันเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะพหุวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง***  | ***0(0)*** | ***3(16.67)*** | ***7(38.89)*** | ***7(38.89)*** | ***1(5.56)*** | ***3.33*** | ***0.84*** |
| 24. ฉันมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาการบริการพหุวัฒนธรรม | 0(0) | 2(11.11) | 5(27.78) | 9(50.00) | 9(50.00) | 3.61 | 0.85 |

จากตารางที่ 3 มีบางประเด็นที่บุคลากรของโรงพยาบาลเทพายังรับรู้สมรรถนะในการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีค่าคะแนนต่ำกว่า 3.50 จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาต่อไป ได้แก่ ฉันมีความเข้าใจในเรื่องสังคมและมนุษย์วิทยา ฉันเข้าใจในเรื่องความต่างของวัฒนธรรม การสื่อสารเชิงวัฒนธรรม ความไวเชิงวัฒนธรรม การแสวงหาความรู้ข้อมูลเชิงวัฒนธรรม การควบคุมและจัดการตนเองเมื่อเกิดความขัดแย้ง และการพัฒนาสมรรถเชิงวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง

**กระบวนการ**

จากบริบทข้างต้นงานขับเคลื่อนการดูแลในสังคมพหุวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเทพาลักษณะที่สำคัญดังนี้คือ

1. การคงไว้ซึ่งการจัดบริการสุขภาพที่ที่มีมาก่อน กิจกรรมต่าง ๆ ค่อนข้างครอบคลุมตามรูปแบบที่แหล่งทุนสนับสนุน และบุคลากรมีการรับรู้ตรงกันในการให้การดูแลแบบเร่งด่วน แต่มีประเด็นที่ต้องเพิ่มเติมคือ 1) ตำแหน่งห้องพระยังไม่ค่อยมีความสะดวกสำหรับญาติ/ผู้ป่วยที่ต้องการ ในส่วนของการนิมนต์พระมาสวดมนต์ในระยะท้ายพบว่ามีเครือข่ายวัดที่สามารถเข้ามาประกอบพิธีตามศาสนกิจ 2) เพิ่มการทำงานเชิงรุกเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและสังคมรับทราบเกี่ยวนโยบายการทำงานที่ใส่ใจต่อมิติด้านความเชื่อเชิงศาสนาและวัฒนธรรมอย่างทั่วถึง 3) การทำงานบางส่วนเป็นการทำงานของบุคลากรตามความสนใจส่วนบุคคล ในอนาคตอาจไม่ยั่งยืน ขาดการจัดการความรู้ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการมีคณะกรรมการทำงานขับเคลื่อนและมีการประชุมติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดกลไกที่มีประสิทธิภาพมีความยั่งยืน
2. พัฒนาทรัพยากรบุคคล ทีมงานขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพในสังคมพหุวัฒนธรรมให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของบุคลากร โดยจัดอบรมให้บุคคลมีทักษะ มีความรู้ การพัฒนาองค์ความรู้ของนักปฏิบัติการ เนื้อหาหลักที่สำคัญคือการดูแลผู้ป่วยตามวิถีอิสลาม การดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธ การอบรมช่วยให้เกิดการปรับฐานคิด เพิ่มทักษะ ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้รับบริการที่มีมีความแตกต่างหลากหลายเชิงวัฒนธรรมครอบคลุมทั้งความแตกต่างของศาสนาของประชาชนในพื้นที่ (พุทธ-อิสลาม) รวมถึงความแตกต่างให้ความเหมือนของกลุ่มผู้นับถือศาสนาเดียวกัน อันเกิดจากความเข้าใจในหลักการเชิงศาสนา การนำแนวคิดคำสอนของศาสนาไปใช้เพื่อแก้ปัญหาชีวิตของผู้คนที่แตกต่างกัน นอกจากนี้เนื้อหาสาระการอบรมสะท้อนให้เห็นความเป็นพหุวัฒนธรรมในรูปแบบอื่น ๆของผู้รับบริการ เช่น วัยที่แตกต่างและความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการ สิ่งเหล่านี้ช่วยเปิดโลกทัศน์ให้กับบุคลากร เข้าพ้นกรอบความคิดเกี่ยวกับพหุวัฒนธรรมว่าเป็นเพียงความแตกต่างเชิงศาสนาสู่ทุกๆ ความแตกต่างที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการและสามารถส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว สังคม
3. การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเทพา เป็นประเด็นเลือกสรรที่ทีมงานโรงพยาบาลเทพาพัฒนาเป็นต้นแบบการดูแลเนื่องจากเป็นประเด็นที่ผู้ใช้บริการพื้นที่มีความต้องการ ภายในต้โครงการนี้มีกิจกรรมดังนี้

3.1 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้บุคลากรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพหุวัฒนธรรม อ.เทพา จังหวัดสงขลา เนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการเชิงพหุวัฒนธรรม ความตายในทัศนะพุทธศาสนา ความเจ็บป่วยการตายในทัศนะอิสลาม กระบวนการตาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดกิจกรรมนี้ครอบคลุมบุคลากรร้อยละ 100 คู่ขนานกับกิจกรรมนี้โรงพยาบาลเทพามีการส่งแพทย์อบรมเฉพาะทางเพิ่มความเชี่ยวชาญในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีพยาบาลวิชาชีพที่

3.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้รับบริการระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลเทพาให้ความสำคัญกับปราชญ์ชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น จึงจัดโครงการกิจกรรมเพื่อถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากผู้รู้ในพื้นที่ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภายใต้ความหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรมในพื้นที่ สร้างเครือข่ายจิตอาสาดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในพื้นที่ โดยเปิดโอกาสให้จิตอาสา ผู้ป่วย และผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการถอดบทเรียนและออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วย

3.3 มีนโยบายชัดเจนเป็นในทิศทางเดียวกัน แผนการดำเนินงาน การสื่อสารองค์กร มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรับการสนับสนุนด้านงบประมาณ การวางระบบการดูแล การสรุปและทบทวนการดำเนินงานเพื่อปรับปรุง ตลอดจนการดูแลที่มีความต่อเนื่อง เช่น การประเมินว่าผู้มารับบริการของโรงพยาบาลเป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น หลอดลมอุดกลั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตที่ปฏิเสธการล้างไต ผู้ป่วยมะเร็ง ในระหว่างการรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีทีมสหวิชาชีพในการดูแล และวางแผนจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3.4 ระบบการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเทพาแม้ยังขาดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นระบบชัดเจน แต่การปฏิบัติงานนั้นยังเห็นถึงการสอดแทรกและการให้ความสำคัญของการบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองของผู้ปฏิบัติงาน เช่น

ก. มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

ข. การกำหนดผู้รับผิดชอบงานระบบการบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

ค. ยังไม่มีการจัดตั้งคณะทำงานด้านการบริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่มีการสนับสนุนให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคอง หอผู้ป่วยละ 1 คน

ง. มีการอบรมหลักสูตรการบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองแก่พยาบาลและ อสม. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

จ. การสร้างระบบการให้คำปรึกษา งานแผนกผู้ป่วยใน โดยแพทย์หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามารถแจ้งขอคำปรึกษาแก่พยาบาลผู้รับผิดชอบงานด้านบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อมาดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลได้ อีกทั้งยังมีบุคลากรภายในโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นจิตอาสารับให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติอีกด้วย

ฉ. การสร้างระบบการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลที่บ้าน สามารถติดต่อขอคำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลหรือการขอคำปรึกษาเรื่องการบริหารยาลดปวดจากเภสัชกรได้โดยตรง

ช. ระบบการเยี่ยมบ้าน โดยทีมgยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย มีเภสัชกร เพื่อให้คำแนะนำในการบริหารยาลดปวดโดยใช้ syringe driver

ซ. งานแผนกผู้ป่วยนอก มีการอำนวยความสะดวกและความรวดเร็วในการเข้าตรวจแก่ผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยใช้ระบบการคัดกรอง

ฉ. ระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีการเตรียมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล พร้อมทั้งให้บริการยืมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ถังออกซิเจน เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น แต่จำนวนอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย

**ผลผลิต**

1. แนวทางการดูแลผู้เข้ารับบริการที่สอดคล้องกับความเชื่อ ประเพณีถูกนำไปใช้อย่างเหมาะสม แต่ยังขาดความครอบคลุม
2. บุคลากรได้รับการอบรมเพื่อสร้างทัศนคติ เพิ่มพูนความรู้ และมีทักษะการทำงานที่ใส่ใจต่อมิติเชิงวัฒนธรรม มีความมั่นอกมั่นใจในการนำสิ่งที่ได้รับการอบรมไปใช้ต่อตามหน้างานประจำที่รับผิดชอบ
3. มีต้นแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่คำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรมทั้งในระบบบริการของโรงพยาบาลและเชื่อมโยงสู่ชุมชน

**ผลลัพธ์**

การประเมินเบื้องต้นยังไม่พบผลลัพธ์ที่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการทดลองใช้ระบบ การสัมภาษณ์เป็นเพียงความพึงพอใจของบุคลากร การได้รับการดูแลตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ จำเป็นต้องติดตามการต่อ

**ผลกระทบ**

การพยายามออกพัฒนาต้นแบบบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเป็นพหุวัฒนธรรมทำให้ทีมงานได้แนวทางในการทำงาน เห็นปัญหาเชิงระบบที่ชัดเจน และแนวทางการจัดการที่สามารถนำเครือข่ายการทำงานระดับชุมชน ระดับอำเภอมาช่วยแก้ไขผ่านเครือข่ายองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล

**สิ่งที่ต้องพัฒนา**

 เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเทพาให้ดียิ่งขึ้น โดยเริ่มจากกลไกการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยทีมสหวิชาชีพ สร้างบรรยากาศการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งโรงพยาบาล รวมถึงการสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรในองค์กร แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเทพา จึงควรมีรูปแบบ ดังนี้

1. กลไกการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

1.1 กำหนดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นนโยบายที่สำคัญของโรงพยาบาล โดยกำหนดตัวชี้วัดต่างๆ เช่น

 -ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคองระดับมาก มากกว่า 80%

 -ความพึงพอใจของญาติในการดูแลแบบประคับประคองระดับมาก มากกว่า 80%

 -จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวทาง palliative care

 -ร้อยละของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียม Advance care plan

 -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสม

 -ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และได้รับอุปกรณ์ใช้ที่บ้าน

 -ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้านและได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล

 -ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตตามความต้องการ

1.2 จัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) และจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Team) ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จิตอาสา

1.3 สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยจัดตั้งเป็นทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Team) ของ รพสต. ประกอบด้วย พยาบาล อสม. ผู้นำศาสนา นักสังคมสงเคราะห์ จิตอาสา

1.3 กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในรูปแบบต่างๆ เช่น

 -ระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก

 -สร้างหรือกำหนดเครื่องมือการประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่างๆ เช่น

-แบบประเมินอาการรบกวนการเจ็บป่วยผู้ป่วย 9 อาการ ESAS (Edmonton Symptoms Assessment)

-แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง PPS (Palliative Performance scale)

-แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสง่างาม ( Good death)

-ใบส่งต่อผู้ป่วย Palliative careไปยังสถานีอนามัย

-ใบตอบกลับการดูแลผู้ป่วย Palliative care ในชุมชน

-แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (8Q)

-แบบประเมินผลลัพธ์การดแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale)

 -แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดย Palliative Care Team เช่น

 -แนวทางการแจ้งข่าวร้าย

 -แนวทางการบำบัดอาการไม่สุขสบายที่สำคัญ เช่น ปวด คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อย สับสน ซึมเศร้า เป็นต้น

 -แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเฉพาะโรค เช่น มะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น

 -แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะ last hour

 -แนวทางการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย

 -แนวทางการจัดทำพินัยกรรมชีวิต

1.4 สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ รพสต. ในกรณีผู้ป่วยพักรักษาตัวที่บ้าน

1.5 ระบบการเยี่ยมบ้านโดยทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Team) ของโรงพยาบาลและของ รพสต.

1.6 ระบบการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เป็นต้น

1.7 สร้างระบบการส่งต่อข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทั้งของโรงพยาบาลและของ รพสต. เช่น ระบบ Medical History Patient Systems: MHPS หรือมีการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารแบบ Line Group ในการทำงานทั้งด้านการให้คำปรึกษา การส่งข้อมูล การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

1.8 สร้างกลไกการขับเคลื่อนทางวิชาการ ความรู้ที่นำไปสู่ความสำเร็จ เช่น มีการจัดประกวด best practice การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานในเขตรับผิดชอบ

1.5 สร้างกลไกการควบคุมกำกับติดตามระดับความสำเร็จของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยคณะกรรมการนิเทศ

1.6 มีการประชุมติดตามการดำเนินงานของเครือข่าย เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการและติดตามความก้าวการดำเนินงาน

1.7 มีการสนับสนุนด้านงบประมาณในการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น งบประมาณการจัดโครงการ งบประมาณการส่งบุคลากรเข้าอบรม งบประมาณการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นต้น

2. กระบวนการพัฒนาด้านความรู้ความชำนาญของบุคลากรและเครือข่ายสุขภาพ โดยการส่งบุคลากรเข้าฝึกอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสร้าง best practice หรือการจัด KM ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นต้น

**เนื้อหาการอบรมการดูแลระยะท้าย**

**ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต**

**อาจารย์รัตติกาล เรืองฤทธิ์**

**คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

**ความหมาย Palliative care**

* การดูแลผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต
* การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้
* End of life care คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยที่รู้ว่ามีระยะเวลาเหลือจำกัด ส่วนใหญ่จะนับระยะเวลาประมาณ 6 เดือนก่อนเสียชีวิต
* Terminal care คือ การดูแลผู้ป่วยช่วงใกล้เสียชีวิต ประมาณ 1 สัปดาห์สุดท้าย หรือเรียกช่วงนี้ว่า ระยะใกล้ตาย (Dying)

**องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative care (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2555) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ**

* การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (Symptom control)
* การรักษาโรค (Disease management)
* การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual care)







**องค์ประกอบขั้นต่ำสุดของ Palliative care ตามองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) กำหนดองค์ประกอบไว้ดังนี้ คือ**

* การบรรเทาความปวด
* การช่วยเหลือด้านจิตใจ
* การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วย

**การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

**การประเมินด้านร่างกาย**

อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

* อาการปวด (Pain)
* เบื่ออาหาร (Anorexia)
* ผอมแห้ง (Cachexia)
* หยุดหายใจหรือหายใจลำบาก(Breathlessness/dyspnea)
* คลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting)
* อ่อนแรงหรือเหนื่อยล้า (Weakness/fatigue)
* ปากแห้ง (Dry mouth)
* ถ่ายเหลวหรือท้องผูก (Diarrhea/constipation)
* ปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล (Ulcers) ผื่นคัน (Pruritus)

การประเมินด้านจิตใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ 3 อย่าง (ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) คือ

* ภาวะซึมเศร้า (Depression)
* ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)
* ภาวะสับสน (Delirium)

ปฏิกิริยาหลังจากผู้ป่วยได้รับข่าวร้าย

* Kubler-Ross’s Stage of dying
* Shock & Denial
* Anger
* Bargaining
* Depression
* Acceptance

**New stage of dying**

* ระยะเผชิญหน้ากับข่าวร้าย (Stage of Facing the threat)
* ระยะเจ็บป่วย (Being ill stage)
* ระยะสุดท้ายของชีวิต (Last stage)

**การประเมินด้านสังคม**

* บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว
* ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว
* ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver)
* ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม
* เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม
* ความต้องการของครอบครัว

**การประเมินด้านจิตวิญญาณ**

* ความต้องการความรักและความสัมพันธ์ (Love and connectedness)
* ความต้องการค้นหาความหมายชีวิตและการเจ็บป่วย (Meaning of life and illness)
* ความต้องการการอโหสิกรรมหรือการให้อภัย (Forgiveness)
* การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา (Religious practice)
* ความต้องการความหวัง (Hope)
* ความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นบุคคล
* ความต้องการที่จะสิ้นชีวิต

**สรุปการประเมินในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้หลัก “LIFESS ”**

* L= Living wills คือ พินัยกรรมชีวิต
* I = Individual belief คือ ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความตาย
* F = Function คือ ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง PPS (Palliative Performance scale)
* E = Emotion and Coping คือ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย วิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เผชิญกับความรู้สึกดังกล่าว
* S = Symptoms คือ ความไม่สุขสบายทางร่างกายและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
* S = Social and support คือ ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย

**การบอกข่าวร้าย**

* ข่าวนั้นจะ “ร้าย” เพียงใด ขึ้นอยู่กับ สิ่งที่คาดหวังไว้ แตกต่างจาก ความเป็นจริง มากเท่าใด
* วิธีที่จะแจ้งข่าวนั้นให้ “ร้าย” เพียงใด ก็ขึ้นกับ ถามก่อนหรือเปล่าว่าผู้นั้นคาดหวังอะไรไว้
* จำเป็นต้องบอกผู้ป่วยหรือไม่ เพราะเหตุใด

**ขั้นตอนการแจ้งข่าวร้าย ด้วย SPIKES**

* Setting จัดสถานที่ เวลา บุคคล
* Perception ประเมินว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรต่อการเจ็บป่วยของตนเอง คิดว่าเป็นโรคอะไร รุนแรงเพียงใด ทำไมจึงคิดเช่นนั้น มีอาการอะไรบ้างที่ทำให้คิดเช่นนั้น
* Invitation ถามโดยตรงหรือประเมินว่าผู้ป่วยต้องการรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง
* Knowledge ประเมินความพร้อมและความต้องการ
* Empathy
* Summary and strategy วางแผนระยะสั้น

**อาการช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last hour of life)**

* เราทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยกำลังจะตาย ?
* อาการและอาการแสดงเป็นอย่างไร ?
* เราจะให้การดูแลอย่างไร?

**Signs of Dying**

* Energy preservation stage อ่อนเพลีย ง่วงซึม สติสัมปชัญญะลดลง
* Deteriorated circulation มือเท้าเย็น ผิวเป็นจ้ำ การไหลเวียนเลือดลดลง ความดันเลือดตก ชีพจรเต้นเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น เขียวซีด ผิวเป็นจ้ำๆ
* low urine output ปัสสาวะออกน้อยลง สีเข้มขึ้น เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง
* Abnormal breathing pattern
* กินดื่มลดลง กลืนลำบาก
* death rattle ภาวะที่ secretion ในลำคอมีจำนวนมากขึ้น กระสับกระส่าย สับสนกระวนกระวาย ประสาทหลอน
* สติสัมปชัญญะช่วงสุดท้าย

**หลักการดูแลในช่วงก่อนเสียชีวิต**

* คาดการณ์ว่าผู้ป่วยจะมีอาการอะไรบ้าง วางแผนการรักษาล่วงหน้า แก้ปัญหาตามอาการที่มี
* ประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ
* ทบทวนยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในขณะนั้น
 - ยาตัวใดควรใช้ต่อ ตัวใดควรเอาออก
 - พิจารณาวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม
* หยุดการรักษาที่ไม่จำเป็น
* สื่อสารและเตรียมครอบครัวผู้ป่วย ให้คำอธิบาย ให้การประคับประคองจิตใจ

**การประคับประคองครอบครัว**

* สื่อสารให้ครอบครัวทราบว่าเวลาเหลือน้อยแล้ว
* อธิบายให้ทราบว่า เราไม่สามารถทำนายเวลาของการเสียชีวิตได้
* อธิบายการเปลี่ยนแปลงในระยะใกล้เสียชีวิต
* อธิบายขั้นตอนหรือการดูแลจัดการอาการ
* แนะนำให้ครอบครัวหมุนเวียนกันมาดูแล
* ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
* แสดงความห่วงใย เปิดโอกาสให้ถามคำถาม

**ช่วงชีวิตสุดท้าย**

ช่วงวัน ชั่วโมง นาทีสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย จะเป็นช่วงที่จะอยู่ในความทรงจำของครอบครัวไปชั่วชีวิต และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไร มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อชีวิตที่เหลือของคนอื่นๆในครอบครัว

การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ที่เข้าอกเข้าใจ และอ่อนโยนในช่วงระยะก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด