

รายงานผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กุลวรรณ ชัยเจริญพงศ์ พ.บ.*

นิจกาล ศรีมงคล วท.บ.**

Abstract
Home care in end of life care

Kullawan Chaicharoenpong M.D.*

Nitchakarn Srimongkol B.Sc. (PT)**

* Department of Family Medicine, Community Medicine Prapokklao Hospital, Chanthaburi, Thailand

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2008;25:47–54.

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เริ่มจัดให้มีการบริการงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care) ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2536 เนื่องจากสภาพปัญหาของสถานบริการในจังหวัดจันทบุรี ที่พบว่ามีความไม่สมดุลกันระหว่างจำนวนเตียง และจำนวนผู้ป่วย ทำให้ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังต้องอยู่ในความรับผิดชอบของญาติ และครอบครัว ขณะพักฟื้นที่บ้าน ดังนั้นเพื่อความต่อเนื่องของการบริการสาธารณสุขของจังหวัดจันทบุรี จึงจัดเป็นบริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของเขา โดยเน้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย (Self Care) และการพึ่งพาตนเอง (Self Reliance) ภายใต้ความร่วมมือ แนะนำ สนับสนุนของทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับโรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า จันทบุรี มีการดำเนินงานในปี 2549 จำนวน 459 ราย/ 503 ครั้ง และในปี 2550 จำนวน 451 ราย/476 ครั้ง มีแนวทางการดำเนินการเป็นงานประจำอยู่จนถึงปัจจุบัน ดังนี้

- เป็นบริการสาธารณสุขทั้งทางด้านการ

บริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) ผสมผสานกับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary)

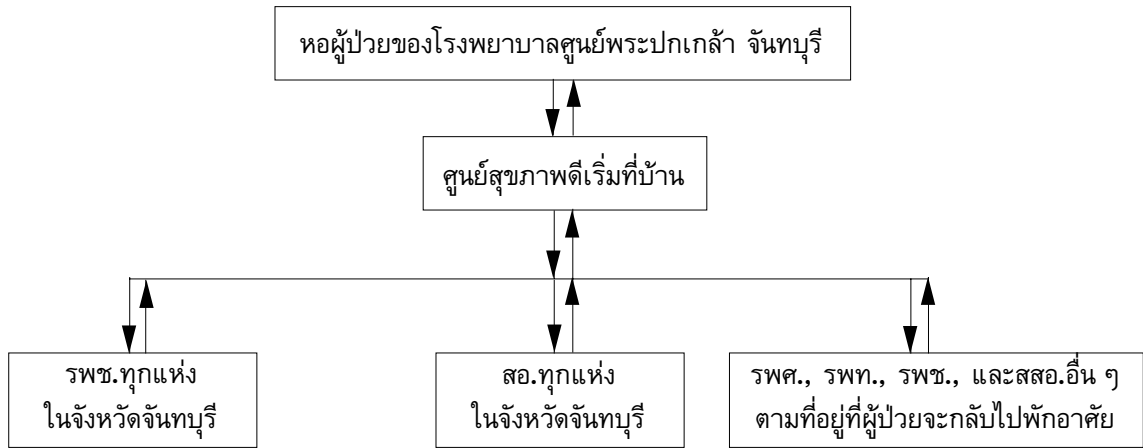
- ใช้หลักการและทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self Help Model) โดยมุ่งให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ปัญหา เรียนรู้การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด

- มีคู่มือครอบครัว และหลักการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับประชาชน

- มีศูนย์บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care Center) ให้บริการทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง หมายเลขโทรศัพท์ 085-920-6060, 039-301-352 ต่อ 3010

- บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์สาขาต่าง ๆ พยาบาล นักสุขภาพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แผนภูมิการบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องและตอบกลับในงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน



- มีการดำเนินงานและประสานงานเป็นระบบ
เครือข่าย

กิจกรรมและสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการให้บริการที่บ้าน

1. คัดกรองผู้ป่วยและทำ Discharge Plan โดยให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
2. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการดูแลตนเองที่บ้าน โดยดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มองให้ถึงครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม โดยให้ผู้รับบริการและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ การรับฟังสิ่งที่เขาพูดหรืออธิบายจะทำให้เข้าใจเขามากขึ้น
3. ทำคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
4. จัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือในการปฏิบัติงาน จัดเตรียมยานพาหนะ ทำทะเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วย
5. Pre – Post Conference เมื่อออกไปปฏิบัติงานชุมชน
6. ทีมสุขภาพให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้านโดยปรับบริการให้เหมาะสมในแต่ละบ้าน
7. ส่งต่อผู้ป่วยให้สถานบริการสาธารณสุข

ใกล้บ้านใกล้ใจอื่น ๆ ดูแลต่อเนื่อง ตามพื้นที่รับผิดชอบ โดยสร้างเครือข่ายการบริการที่มีคุณภาพในชุมชน

8. ส่งต่อให้ อสม. ดูแลผู้ป่วย และครอบครัวต่อเนื่อง ในรายที่อาการคงที่และสามารถดูแลตนเองได้แล้วในระดับหนึ่ง เน้นการพึ่งพาตนเองในชุมชนและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

9. ประสานงานความช่วยเหลือจากหน่วยอื่น
10. ประเมินผลการปฏิบัติงาน

ประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการเยี่ยมบ้าน

1. ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลสุขภาพ มีทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ โดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเยี่ยมผู้ป่วยสตรีหลังคลอดบุตร ผู้ป่วยหลังผ่าตัด และรวมถึงผู้มีสุขภาพดีในกลุ่มอายุต่าง ๆ เพื่อคัดกรองหากกลุ่มเสี่ยงและแนะนำส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. ผู้ป่วยที่ต้องการการบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการบริการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้กลับบ้าน การหาอาชีพให้ หรือการประสานงานให้ผู้ผู้ป่วยได้รับเงินสนับสนุนค่าครองชีพ

รายงานผู้ป่วย

ชายไทยคู่ อายุ 78 ปี นักร้องศาสนาพุทธ

ประวัติการเจ็บป่วย

7 ปีก่อน เริ่มมารักษาด้วยอาการปัสสาวะแสบขัดและปวดก้นกบ ปวดร้าวลงขาซ้ายมากกว่าขาขวา ให้การรักษาตามอาการ ต่อมาได้รับการรักษาด้วยอาการปวดบริเวณอัณฑะ ปัสสาวะกระปริดกระปรอย ตอนท้าย ตรวจร่างกายและตรวจทางทวารหนักคลำต่อมลูกหมากได้เป็นก้อนแข็ง ยึดแน่น กดเจ็บ วินิจฉัยโรคเบื้องต้น มะเร็งต่อมลูกหมาก ตรวจด้วยระดับซีรั่ม PSA มากกว่า 100 ng/ml และได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ผลชิ้นเนื้อ เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (Moderately, differentiate adenocarcinoma of prostate gland) ได้รับการรักษาต่อโดยการผ่าตัดอัณฑะทั้งสองข้าง (Bilateral orchidectomy) หลังจากนั้นไปตรวจรักษาตามนัดทุก 1 - 3 เดือนอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยดูแลสุขภาพเรื่องอาหารและออกกำลังกายเป็นประจำมากขึ้น แต่ยังคงมีตีตมเบียร์เมื่อออกงานสังคม

4 ปีก่อน เริ่มมีอาการปวดบริเวณท้องน้อย ปวดหลัง และปัสสาวะมีเลือดปน ตรวจภาพรังสี พบ L2-Bone metastasis ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น CA Prostate gland with CA Bladder ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด TUR และรักษาตามอาการ ต่อมาได้ขอประวัติไปรับการ

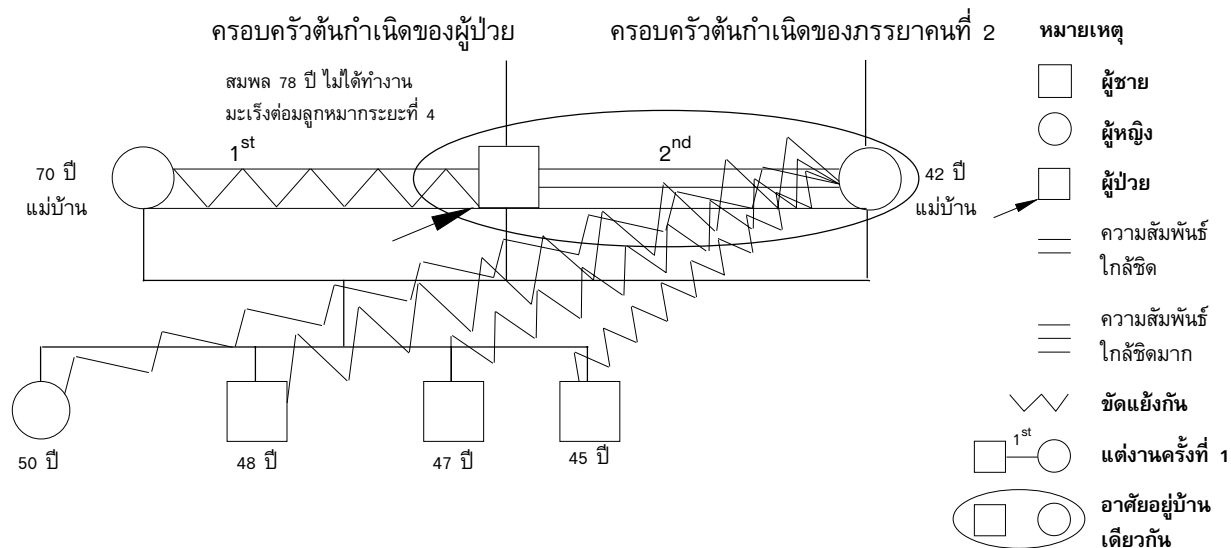
รักษาต่อที่ กทม. ได้รับการผ่าตัดโดยทำ Percutaneous Nephrostomy (PCN)

2 ปีก่อน ถึงปัจจุบัน มีอาการปวดบริเวณท้องน้อยและบริเวณหลัง ปัสสาวะเป็นลิ่มเลือดปน ปวดสะโพกและขาด้านขวา โดยผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบประคับประคองและได้รับยาแก้ปวด แพทย์ทางเลือก โดยรับการฝังเข็มโดยการแพทย์แผนจีนเพื่อบรรเทาอาการปวด มีภาวะซีด ได้รับยาบำรุงเลือดและได้รับการให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ มีอาการนอนไม่หลับเนื่องจากมีอาการปวด โดยได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก และมีผลกดทับที่บริเวณก้นลึกถึงกระดูกก้นกบ ได้รับการดูแลบาดแผลกดทับ ท้องผูกเรื้อรังรักษาโดยการสวน ล้างทุกวัน

ประวัติผู้ป่วยและครอบครัว

ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ อยู่บ้านกับภรรยา และบุตร 4 คนที่จังหวัดจันทบุรี ต่อมาผู้ป่วยมีภรรยาคนที่ 2 และอาศัยอยู่กับภรรยาคนที่ 2 อายุ 42 ปี ซึ่งดูแลผู้ป่วยถึงปัจจุบันรวมเป็นเวลา 20 ปี ซึ่งมีความรักและห่วงใยผู้ป่วยมาก เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืน โดยเวลากลางคืนจะมีพี่สาวของภรณยาน้อยมาช่วยดูแลด้วย และมีพี่น้อง บุตรและธิดาของผู้ป่วยมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว มีเพื่อนบ้านที่เป็นเจ้า

แผนภูมิครอบครัวของผู้ป่วย



หน้าที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าช่วยเหลือและทำความเข้าใจ
 สะอาดล้างแผลทุกวัน พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวที่
 อาศัยอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยดูแลฉีดยาแก้ปวดให้ผู้ป่วย
 ผู้ป่วยออกจากงานสังคมบ่อยเมื่อก่อนป่วย คีมีเบียร์
 เมื่อออกจากงานสังคม

ปัญหาของผู้ป่วยรายนี้

1. มะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ 4 แพร่กระจาย
 ไปที่กระเพาะปัสสาวะและกระดูกสันหลัง
2. ความปวดอย่างรุนแรง นอนไม่หลับเนื่อง
 จากมีอาการปวด
3. ภาวะซึมเศร้า
4. ผลกดทับที่บริเวณก้นถึงกระดูกก้นกบ

5. มีความรู้สึกน้อยใจ ว่าลูก ๆ ไม่สนใจ
 ไม่ค่อยมาเยี่ยมตน

การดูแลรักษา

1. Bilateral orchidectomy , TUR and
 Percutaneous Nephrostomy (PCN)
2. การบำบัดความปวด
 ยาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ
 Morphine (20 mg) 1 เม็ด ทุก 8 ชม.
 Morphine 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเวลา
 ปวด ทุก 4-6 ชม.
 Diazepam (5 mg) 1 เม็ดเวลานอนไม่หลับ
 Tramol 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น

ผลการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Palliative Home Care)

ปัญหาที่พบ	การดูแลรักษา
1. ความปวดอย่างรุนแรง และนอนไม่หลับเนื่องจากมีอาการปวด	- ประเมินความปวด เกี่ยวกับ 1. ตำแหน่งการปวด (Location) 2. ลักษณะที่ปวด (Character of pain) 3. ปวดร้าวไปที่ใด หรือไม่ (Refer pain) 4. ความรุนแรงและความถี่ (Severity and Frequency) 5. ปวดเวลาใด (Time) 6. สาเหตุที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น (Stimulant) 7. สาเหตุที่ทำให้ปวดลดลง (Reliever) 8. ผลกระทบจากความปวด (Impact on life) 9. ยาแก้ปวด : ชนิด ขนาด เวลาที่กินยา อาการหลังกินยา ผลข้างเคียง - ให้ความรู้เรื่องยาแก้ปวดอย่างถูกวิธี - ให้การดูแลสัมผัสด้วยความรักและความเอื้ออาทร แนะนำ การกดจุดและนวดเพื่อผ่อนคลาย จัดสิ่งแวดล้อม สร้าง บรรยากาศ ฟังดนตรีบำบัด ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง

ผลการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Palliative Home Care) (ต่อ)

ปัญหาที่พบ

การดูแลรักษา

2. ภาวะช็อค เนื่องจากปัสสาวะเป็นเลือด



- ประเมินภาวะช็อค และให้การรักษาด้วยยาและการให้เลือดที่เหมาะสม

3. แผลกดทับที่บริเวณก้นถึงกระดูกก้นกบ

- ประเมินความรุนแรงของแผล ให้การดูแลแผลที่เหมาะสม โดยการทำแผลและให้ยากระตุ้นการหายของแผล แนะนำ การดูแลแผลกดทับที่เหมาะสม เช่น พลิกตัวอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง

4. ภาวะเครียด

- ประเมินสภาพจิตใจ : มีความรู้สึกน้อยใจ ลูก ๆ คิดว่าไม่ค่อยมาเยี่ยมตน เบื่อหน่ายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- การดูแลช่วยเหลือ : ถ้ามถึงความรู้ ประสบการณ์ในอดีต ความคาดหวัง ความเชื่อ สิ่งที่เคยพนันถือที่สุด หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วย
 1. ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย (Illness accepting)
 2. ฝึกควบคุมความคิด (Control thinking)
 3. ฝึกคิดในด้านบวก (Positive thinking)
 4. ฝึกจิตใจให้สงบ (Training meditation)
 5. เรียนรู้และยอมรับความจริงของชีวิตที่มีเกิด แก่ เจ็บ และตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ

5. ความขัดแย้งในครอบครัว

- ประเมินสภาพครอบครัวของผู้ป่วย : พบว่า สมาชิกภายในบ้าน
 - + ขาดการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย
 - + มีความเครียด เหนื่อยล้า สับสน ในการดูแลผู้ป่วย
 - + ขาดความรู้และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

ผลการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Palliative Home Care) (ต่อ)

ปัญหาที่พบ	การดูแลรักษา
6. ความกลัวต่อความตาย	- การดูแลช่วยเหลือ + เป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกันในการค้นหาปัญหา ความรู้สึกนึกคิดของแต่ละคน และช่วยกันแก้ปัญหาโดยไม่เกิดความขัดแย้ง + ให้ความรู้เรื่องโรค และการดำเนินโรค + ให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Individual and family counseling) - ประเมินความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความตาย พบว่ามีความกังวล เนื่องจากกลัวความทรมานจากความปวด - การดูแลช่วยเหลือ + นำจุดเด่นของผู้ป่วยมาชี้ให้เห็นให้เกิดกำลังใจ + ให้คำปรึกษา ส่งเสริมการมองแง่บวกในเรื่องต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยวิตกกังวล + ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวรับข้อมูลและแนวทาง การดูแลช่วยเหลือเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว ให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยและญาติต้องการ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญหน้ากับการพลัดพราก + แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกทำจิตใจให้สงบโดยยึดเหนี่ยวสิ่งที่ตนเคารพนับถือ

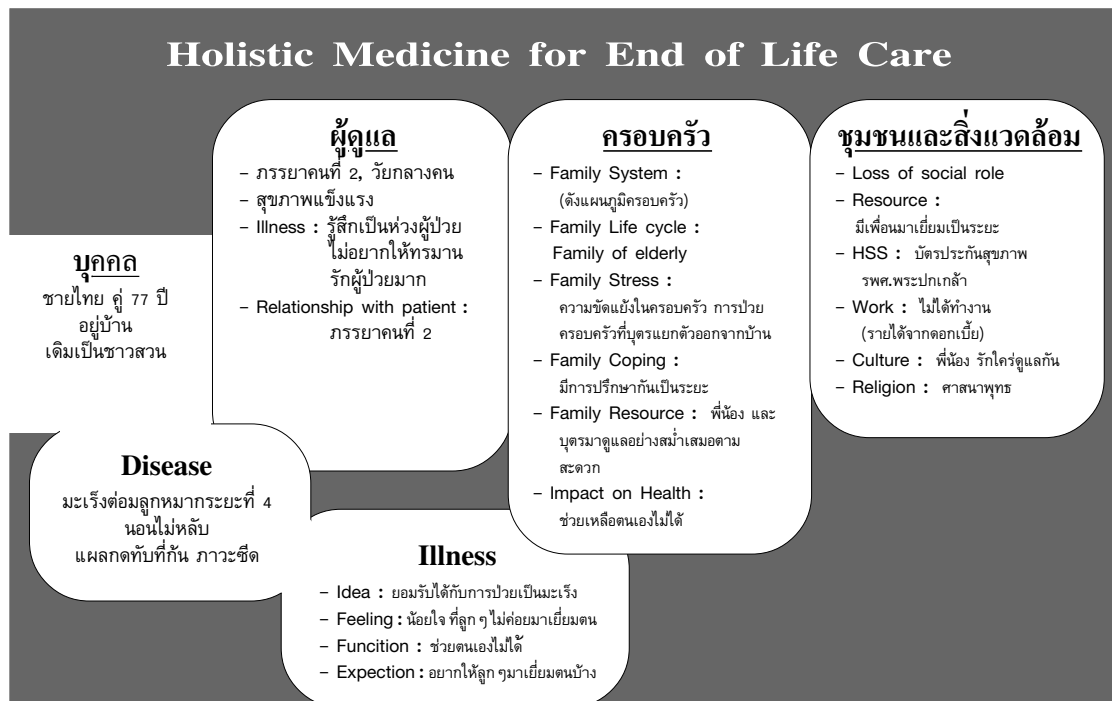
วิจารณ์

จากการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้พบปัญหาหลายประการดังกรอบภาพองค์รวมของผู้ป่วยรายนี้ เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยรายนี้มุ่งที่จะแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในระหว่างเจ็บป่วยจนผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จิต สันคัม และจิตวิญญาณจนถึงวาระสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ ญาติสามารถให้การดูแลและใช้เวลาช่วงสุดท้ายกับผู้ป่วยอย่างมีคุณค่า โดยหลักการรักษาด้วยหัวใจสำคัญ 7 ประการ (7 ส.) ใน

การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับสิทธิที่จะมีความสะดวก - สบาย - สงบ - สงเคราะห์ - สื่อสาร - ศักดิ์ศรี และสิ่งเสีย จากผู้ดูแล ครอบครัว ทีมแพทย์ - พยาบาล รวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีจิตใจที่อยากช่วยเหลือ รู้เขารู้เรา(โดยคำนึงถึงความรู้สึกนึกคิด ความต้องการและทัศนคติของผู้ป่วยและเอาใจเขามาใส่ใจเรา) ไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลหรือ ที่บ้าน

การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านกายตามมาตรฐานวิชาชีพที่พบในผู้ป่วยรายนี้มีแนวทางในการดูแลคือ

กรอบภาพองค์รวมของผู้ป่วยรายนี้



SEVERE PAIN		
STRONG OPIOIDS		
MILD PAIN	MODERATE PAIN	Morphine
		Diamorphine
		Fentanyl
		Hydromorphone
NON-OPIOIDS	WEAK OPIOIDS	Oxycodone
		Codeine
		Dihydrocodeine
		Co-codamol
Paracetamol	Tramadol	
STEP 1	STEP 2	STEP 3

รูปภาพที่ 1 WHO analgesic ladder

อาการปวดอย่างรุนแรงโดยการประเมินความปวด การวางแผนการรักษา ได้แก่ การบำบัดความปวดโดยใช้ยาตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกตั้งรูปภาพที่ 1 ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเป็นความปวดจากอวัยวะภายในและเนื้อเยื่อ สามารถตอบสนองได้ดีกับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid เช่น Morphine ระยะที่ผู้ป่วยยังรับประทานได้ ควรให้ในลักษณะรับประทาน ช่วงหลังที่ผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ สามารถให้ยาแก้ปวดเข้าหลอดเลือดดำโดยตรงตามคำสั่งของแพทย์ด้วยการปรับยา

ตามความต้องการของผู้ป่วย ยาในกลุ่ม Co-analgesic มักต้องให้ร่วมกับ Opioid เมื่อ Opioid อย่างเดียวได้ผลการระงับปวดไม่เพียงพอ ร่วมกับการบำบัดความปวดโดยไม่ได้ใช้ยา เช่น การนวด การประคบร้อน การรักษาทางจิตวิทยา การผ่อนคลาย ดนตรีบำบัด เป็นต้น และมีการตรวจติดตามผลการระงับปวด

อาการท้องผูก โดยเฉพาะผู้ป่วยเช่นรายนี้ได้รับ Opioid ให้การรักษาโดยแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานน้ำให้พอเพียงและมีการเคลื่อนไหวตัวมากขึ้น

ซึ่งมักทำได้ยากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ยาละลายที่ให้อุจจาระนิ่มลง ลื่นไหลออกมาง่าย เช่น Milk of Magnesia (MOM) หากอุจจาระแข็งมากอาจใช้การสวนก็ได้

นอนไม่หลับ เครียด ยาที่ใช้มักเป็นยาคลายกังวลในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะตอบสนองต่อยาและทนต่อยาได้ไม่เท่ากัน

แผลกดทับที่กัน ภาวะช็อค ซึ่งเป็นการรักษาตามอาการที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดสุขภาวะ

การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยครอบครัว ผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องเข้าใจถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยเป็นผู้รับฟังความทุกข์ของผู้ป่วยที่ดี ช่วยทำการแก้ไขในสิ่งที่แก้ไขได้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วย ในผู้ป่วยรายนี้ประเมินพบมีความขัดแย้งในครอบครัวต่อภรรยาคนที่ 2 ของผู้ป่วยจากบุคลิกภาพทำให้เกิดความเครียดต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว ส่งผลให้ขาดการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย จุดเด่นในผู้ป่วยรายนี้คือพี่น้องของผู้ป่วยมีความรักใคร่กันดี มาดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและได้มาช่วยเป็นสื่อกลางระหว่างทีมแพทย์พยาบาลที่ให้การรักษากับสมาชิกที่มีความขัดแย้งกัน ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับ สมาชิกในครอบครัวเข้าใจผู้ป่วย แนวทางการรักษาร่วมมือกันดีขึ้น ผลจากการที่ภรรยาคนที่ 2 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีทำให้บุคลิกภาพของผู้ป่วยเริ่มมองในด้านบวกถึงความดีที่ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี จึงก่อให้เกิดความเข้าใจกันดีขึ้นเป็นลำดับ มีการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงและการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม

การดูแลด้านสังคมในผู้ป่วยรายนี้ แม้ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวไม่สะดวก แต่ยังมีบุคลิกภาพ พี่น้อง เพื่อนที่คุ้นเคยกันมาเยี่ยมเพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเป็นระยะ และชี้ให้ญาติเห็นถึงความสำคัญของการให้กำลังใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีความกลัวต่อการตายที่ทรมานจากความปวด ได้แนะนำให้ผู้ดูแลและ

ญาติได้คิดถึงสิ่งที่ตนนับถือ ผู้ป่วยรายนี้นับถือศาสนาพุทธ แนะนำให้อ่านหนังสือธรรมะ ฟังเทศหรือแผ่นซีดีธรรมะ และแนะนำให้มาทำวัตรจริงในการแยกแยะความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับกายและจิต เพื่อจะได้มีจิต วิญญาณที่สามารถจัดการกับความปวดได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง จัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ เช่น การดูโทรทัศน์เรื่องสารคดีท่องเที่ยวรอบโลก ไปในสถานที่ที่ญาติสามารถพาผู้ป่วยนั่งรถเข็นไปได้ โดยผู้ดูแล และญาติมีความเข้าใจผู้ป่วย และมีการสำรวจประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะ มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องที่ยาวนานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและใช้เวลาช่วงสุดท้ายกับผู้ป่วยอย่างมีคุณค่า ดังนั้น ครอบครัว ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีการร่วมดูแลกันเป็นทีม และการให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นสิ่งช่วยสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ให้เข้มแข็ง และเป็นไปอย่างเอื้ออาทรและมีเมตตาธรรมต่อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สายพิน หัตถิรัตน์ และคณะ. คู่มือฉบับสมบูรณ์ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ. 2549.
2. อโณทัย เจียรสธาวงศ์ และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ. 2550.
3. American Home Care Advisory Panel. Guidelines for the Medical Management of the Home Care Patient. Arch Fam Med 1993;2:194-206.
4. Unwin BK, Jerant AE. The home visit Am Fam Physician 1999;60:1481-8.
5. McWhinney IR. A textbook of family medicine. 2nd ed. New York : Oxford University.