

ฉบับสมบูรณ์

ตามมติ ครั้งที่ ๙ / ๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ฉบับ

ลงชื่อประธาน/กรรมการ

(นางสาววิไล สายทอง)



คู่มือปฏิบัติงาน

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาววิไล สายทอง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11229)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรพยาบาล

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11229)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรพยาบาล



คู่มือปฏิบัติงาน

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาววิไล สายทอง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11229)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11229)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

คำนำ

ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ให้บริการด้านหน้าด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกระบบเป็นส่วนใหญ่ ทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแบบครบวงจร ตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงจำหน่าย และมีช่องทางพิเศษ (Fast track) ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคจากสถิติผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เข้ามารับการดูแลที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองแต่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีอาการหายใจลำบาก จึงจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ฉบับนี้ขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพประจำตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารและสถานที่ มีทักษะการสื่อสารในการดูแลในระยะสุดท้าย และมีการจัดการจัดสภาพแวดล้อมหรือพื้นที่เฉพาะสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ ห้องให้อาหารญาติ และห้องสำหรับผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่เหมาะสมและเอื้อต่อการตายอย่างสงบ สำหรับผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการได้ถูกต้อง ครบถ้วนให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการที่มีประสิทธิภาพ

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้จัดทำขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าสาขาพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการด้านหน้า พยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้

วิไล สายทอง

ธันวาคม พ.ศ. 2566

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขตของคู่มือปฏิบัติงาน	3
คำจำกัดความเบื้องต้น	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ	5
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	5
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	9
โครงสร้างการบริหาร	10
บทที่ 3 หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงาน	13
หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน	13
วิธีการปฏิบัติงาน	18
เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน	22
แนวคิดที่ใช้ในการทำคู่มือปฏิบัติงาน	22
บทที่ 4 เทคนิคการปฏิบัติงาน	25
แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน	25
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	26
วิธีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน	35
จรรยาบรรณ/คุณธรรม/จริยธรรมในการปฏิบัติงาน	35
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ	40
ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	40
แนวทางแก้ไขและพัฒนา	40
ข้อเสนอแนะ	41
บรรณานุกรม	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	44
ภาคผนวก ก แบบบันทึกการเก็บข้อมูล Palliative care in ED Vajira Hospital (Version 2 วันที่ 30 พ.ย. 64)	45
ภาคผนวก ข การประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	47
โดยใช้แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้าย ที่ห้องฉุกเฉิน	52
ภาคผนวก ค การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตาม WI-NUR01-PC-01	52
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีการส่งต่อข้อมูลโดยใช้หลัก ISBAR และการใช้สัญลักษณ์ ตราปั๊ม “New case Palliative care”	59
ภาคผนวก ง แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS v2)	58
ภาคผนวก จ แบบบันทึกแสดงเจตนาขอเลือกรับบริการสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอจากไปตามวิถีธรรมชาติ	60
ภาคผนวก ฉ คำแนะนำขอรับศพ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	64
ภาคผนวก ช เอกสารที่เกี่ยวข้อง	
ประวัติผู้เขียน	71

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 2.1 โครงสร้างการบริหาร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	10
แผนภาพที่ 2.2 โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	11
แผนภาพที่ 2.3 โครงสร้างการบริหารงานตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	12

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ.2011 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.4 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปีร้อยละ 6 ผู้ป่วยวัยรุ่นจนถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 25 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.47 โรคมะเร็งร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ร้อยละ 5.71 โรคเบาหวานร้อยละ 4.59 โรคไตร้อยละ 2.02 โรคตับแข็งร้อยละ 1.07 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 1.65 และอื่น ๆ (WHO, 2011) สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center; HDC service) ปีงบประมาณ 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ทั่วโลก พบว่า เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ ร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.13 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 14.93 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ทุกประเทศได้บูรณาการ การดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิตเพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีหนทางไปสู่ความสงบในบั้นปลายของชีวิต โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้การรักษาครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และมีความต่อเนื่องในการประมวลผลอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ว่าจะมีเวลาในการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด (จนผะจง เพ็งจาด, 2553)

ปัจจุบันกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้กำหนดข้อบ่งชี้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน การวินิจฉัยโรคร่วมหลายโรค โรคอยู่ในระยะลุกลามไม่คงตัวมีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก ภาวะที่สมองทำงานบกพร่องกะทันหันทำให้เกิดอาการสับสน กระวนกระวาย และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความคิด ความจำและสมาธิเสียไป (terminal delirium) นอกจากนี้ยังมีการเบื่ออาหาร (cachexia) น้ำหนักลดต่อเนื่อง ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง (serum albumin <2.5 mg/dl) ต่อเนื่อง มีภาวะแคลเซียมสูงในเลือด (persistent hypercalcemia) และไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วย และดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพแบบสหวิชาชีพร่วมกับผู้ดูแลและชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย (สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลไม่กี่แห่งที่มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ จึงกระจายอยู่ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (Nilmanat & Phungrassami, 2006) รวมถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีอาการทางกายที่รุนแรงขึ้นจนควบคุมและจัดการไม่ได้ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก และอ่อนเพลียจนถึงระยะใกล้ตาย (dying) จึงพบว่าผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Barbera, Taylor & Dudgeon, 2010)

จากสถิติผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เข้ามารับการดูแลที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองแต่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีอาการหายใจลำบากร้อยละ 21.8 (ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2559) และเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มากกว่าร้อยละ 80 รวมถึงผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับการคัดแยกตามระดับความรุนแรง (ESI) อยู่ในระดับ 1 และ 2 มากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ระหว่างร้อยละ 12.5 ถึง ร้อยละ 40 ได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ ทีมพยาบาล และทีมสหสาขาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะกลุ่มโรค อยู่ระหว่างร้อยละ 12.5 ถึง ร้อยละ 40 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการหายใจลำบากและมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ (Sri-On, Phumsrisawat & Rojsaengroeng, 2024)

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแผนกบริการด่านหน้าที่ให้บริการการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกระบบตลอด 24 ชั่วโมง รูปแบบการดูแลเป็นไปด้วยความเร่งด่วนเพราะทุกนาทีมีความหมายกับชีวิตของผู้ป่วย การเตรียมสมรรถนะของบุคลากรจึงเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เช่น การช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ (Advanced Cardiovascular Life Support) และเด็ก (Pediatric Advanced Life Support) การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บรุนแรง (Trauma Life Support) การแปลผลและการจัดการภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ การจัดการสถานการณ์อุบัติเหตุภัยกลุ่มชน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงต่าง ๆ (ธีระชล สาดสิน และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2560) โดยผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะซับซ้อนของโรคหรือการเจ็บป่วยหลายระบบ (ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2559) สอดคล้องกับสถิติของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ ค.ศ. 1994 ถึง 2004 พบผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตามอาการเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.4 (McCaig & Nawar, 2006) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลเรื่องการจัดการอาการ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น (Quest, Herr, Lamba, Weissman, & Board, 2013)

จากบททวนวรรณกรรมสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นอีกหนึ่งความท้าทายสำหรับบุคลากรประจำตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การดูแลขึ้นกับบุคลากรแต่ละคน ทำให้มีความหลากหลายในการให้ข้อมูลการรักษาและการจัดการอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน ผู้จัดทำจึงสนใจจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ฉบับนี้ขึ้นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพประจำตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารและสถานที่ ทักษะการสื่อสารในการดูแลในระยะสุดท้าย และมีการจัดการจัดสภาพแวดล้อมหรือพื้นที่เฉพาะสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพห้องให้ข้อมูลญาติ และห้องสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายที่เหมาะสมและเอื้อต่อการตายอย่างสงบ สำหรับรับผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการได้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ และช่วยนิเทศงานพยาบาลใหม่ของหน่วยงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ขอบเขตการดำเนินการ

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นคู่มือที่จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพประจำ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินาใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ประกอบด้วย การคัดแยก การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และการจำหน่าย

คำจำกัดความเบื้องต้น

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาลและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถจะรักษาให้หายได้และพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 ปี หรือน้อยกว่า

การพยาบาลแบบประคับประคอง หมายถึง การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ

การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย หมายถึง การช่วยเหลือและการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย การคัดแยก การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และการจำหน่ายผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารและสถานที่ มีทักษะการสื่อสารในการดูแลในระยะสุดท้าย และมีการจัดการจัดสภาพแวดล้อมหรือพื้นที่เฉพาะสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ ห้องให้ข้อมูลญาติ และห้องสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายที่เหมาะสมและเอื้อต่อการตายอย่างสงบ สำหรับรับผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการได้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ

2. ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและได้รับการดูแลปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. ใช้ประกอบการนิเทศพยาบาลใหม่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บทที่ 2

โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

การกำหนดแนวทางบริหารทรัพยากรบุคคลจะต้องมีเรื่องการพรรณาลักษณะงานที่ระบุถึงขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของงานหรือตำแหน่งนั้น ๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับภารกิจขององค์กร สำหรับศึกษาศาสตร์ฉุกเฉิน สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้จัดทำคู่มือฯ เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง ดังต่อไปนี้

หัวหน้าศึกษาศาสตร์ฉุกเฉิน

1. ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ยุ่ยากซับซ้อนในภาวะฉุกเฉิน
2. จัดระบบการบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. นิเทศ ตรวจสอบติดตาม ประเมินผลการบริการพยาบาล พร้อมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการ
4. รวบรวมสถิติ ข้อมูลผลลัพธ์การบริการ และผลการดำเนินงาน นำมาวิเคราะห์วางแผนปรับปรุงระบบ การบริการ
5. ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บที่มีปัญหาสุขภาพแทรกซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนทั้งในสถานการณ์ปกติและในภาวะภัยพิบัติ
6. ประเมินสภาพ จำแนกความรุนแรง (triage) วินิจฉัยปัญหาหรือความผิดปกติ และภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบ เพื่อให้การช่วยเหลือทางนิติวิทยาศาสตร์ และวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันสถานการณ์และทันเวลา
7. ดูแลและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ หรือจัดเตรียมผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ ตามเงื่อนไขที่จำเป็นและเหมาะสม เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะรับการรักษารักษา
8. สังเกตอาการ และเฝ้าระวังผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ เพื่อตัดสินใจช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินและรีบด่วนได้อย่างปลอดภัย
9. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลการตอบสนองต่อการดูแลและใช้เป็นข้อมูลในการปรับแผนการดูแลต่อเนื่อง
10. บันทึก รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลผลการรักษาพยาบาล อาการและความเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินหรือบาดเจ็บ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
11. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยฉุกเฉินหรือบาดเจ็บ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

12. ควบคุมอนามัยและสิ่งแวดล้อม เพื่ออำนวยความสะดวกและความสุขสบายแก่ผู้ให้บริการ ให้บริการทั้งทางร่างกายและจิตใจ

13. ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือบาดเจ็บมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้ตามศักยภาพ

14. สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ทราบวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

15. ให้บริการข้อมูลทางวิชาการ จัดเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการพยาบาล เพื่อให้ประชาชน รับทราบข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ สอดคล้องและสนับสนุนภารกิจของหน่วยงานและใช้ในการประกอบการพิจารณากำหนดนโยบาย แผนงาน หลักเกณฑ์มาตรการต่าง ๆ

พยาบาลวิชาชีพประจำตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

1. ประเมินสภาพ จำแนกความรุนแรง (triage) วินิจฉัยปัญหาหรือความผิดปกติ และภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบ เพื่อให้การช่วยเหลือทางนิติวิทยาศาสตร์ และวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันสถานการณ์และทันเวลา

2. ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามแนวทางที่กำหนดและมาตรฐานวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ

3. ดูแลและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ หรือจัดเตรียมผู้ป่วย/บาดเจ็บ ตามเงื่อนไขที่จำเป็นและเหมาะสม เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะรับการรักษา

4. สังเกตอาการ และเฝ้าระวังผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ เพื่อตัดสินใจช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินและรีบด่วนได้อย่างปลอดภัย

5. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลการตอบสนองต่อการดูแลและใช้เป็นข้อมูลในการปรับแผนการดูแลต่อเนื่อง

6. บันทึก รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลผลการรักษาพยาบาล อาการและความเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินหรือบาดเจ็บ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

7. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยฉุกเฉินหรือบาดเจ็บ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

8. ควบคุมอนามัยและสิ่งแวดล้อม เพื่ออำนวยความสะดวกและความสุขสบายแก่ผู้ให้บริการ ให้บริการทั้งทางร่างกายและจิตใจ

9. ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือบาดเจ็บมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้ตามศักยภาพ

10. ติดตามประเมินผลการทำงานของทีมบุคลากรทางการแพทย์ และควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

11. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อสิทธิประโยชน์และการได้รับการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย

12. พัทธกษัตริย์ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

13. สอน นิเทศ ฝึกอบรมการปฏิบัติการพยาบาลแก่บุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน

เจ้าหน้าที่พยาบาลตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

1. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการในระยะไม่รุนแรงหรือไม่เป็นอันตรายตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ในด้านการรักษาพยาบาลภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานที่กำหนด ให้การพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโดยเน้นการตอบสนองความต้องการในกิจวัตรประจำวัน ความสุขสบาย และความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

2. ดูแลความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

3. ช่วยแพทย์ในการตรวจรักษาและทำหัตถการ

4. ช่วยเก็บสิ่งส่งตรวจ

5. ช่วยในการรับและส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษานอกหอผู้ป่วยหรือส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

6. รายงานอาการผู้ป่วย เพื่อค้นหาสาเหตุโดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ

7. ร่วมทีมแพทย์และพยาบาลปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรค ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษา

8. ติดต่อประสานงาน อำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย เช่น ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยจากแพทย์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานกำหนด

9. มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ปฏิบัติการด้านช่วยเหลือพยาบาลเพื่อนำความรู้วิทยาการใหม่ๆ มาใช้ช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วย

10. ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือการพยาบาลกับผู้ป่วยปฏิบัติงานในทีมงาน เช่น การให้ความรู้ด้านสุขวิทยาและการปฏิบัติตัว

ธุรการประจำตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

1. มีหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บันทึกข้อมูล จัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. รับและส่งเอกสารไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ช่วยรับและต่อโทรศัพท์เพื่อติดต่อประสานงานต่าง ๆ เช่น ขอรถนั่ง เพลนอน ในการรับ-ส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยงานต่าง ๆ หรือย้ายไปหผู้ป่วยอื่น หรือส่งกลับบ้าน

4. จัดเตรียมเอกสารเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยรับใหม่ และรวบรวมรายงานเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย จัดส่งให้แพทย์เพื่อสรุปเวชระเบียนต่อไป

5. รวบรวมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้แล้ว โดยนับจำนวนอุปกรณ์และเครื่องมือให้ครบถ้วน เขียนใบแจกของไปยังงานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อของโรงพยาบาล

6. ตรวจสอบเครื่องมือหรืออุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ของใช้ประจำวันให้ครบถ้วนและเพียงพอในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

7. ช่วยบันทึกข้อมูลการเบิกของใช้ประจำวันตามที่หัวหน้าหอผู้ป่วยให้เบิก เช่น อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ พัสดต่างๆ ที่ใช้ภายในหน่วยงาน

8. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การส่งปรึกษาต่างแผนก การนัดผู้ป่วย การเบิกอาหารของผู้ป่วย บันทึกค่าบริการทางการแพทย์ การทำหัตถการตามที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน

9. สำรอง และเบิกเอกสารที่ใช้ประจำวันในหอผู้ป่วยให้มีจำนวนเพียงพอ

10. ช่วยลงบันทึกจำนวนผู้ป่วยรับใหม่ จำหน่าย ย้าย หรือถึงแก่กรรม ในสมุดสถิติและในคอมพิวเตอร์

พนักงานทั่วไปประจำตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

1. ดูแลทำความสะอาด อุปกรณ์เครื่องมือของใช้ต่าง ๆ เช่น เตียง ผ้าห่ม โต๊ะข้างเตียง เก้าอี้ ให้สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย

2. รับพัสดุและเวชภัณฑ์ที่เบิกจ่ายของหน่วยงาน

3. ส่งและรับอุปกรณ์ที่งานเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ

4. ส่งและติดตามใบปรึกษาแผนกต่าง ๆ รวมทั้งเอกสารการยืมและคืนเวชระเบียน

5. รับเสื้อผ้าผู้ป่วย ผ้าเช็ดมือ พับและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย

6. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการรับเลือดและส่งคืนเลือด

7. ทำความสะอาดถาดอาหารและส่งคืนตามกำหนด

8. เก็บและแยกผ้าเช็ดตัวผู้ป่วย เก็บผ้าเปื้อนให้เรียบร้อยพร้อมส่ง

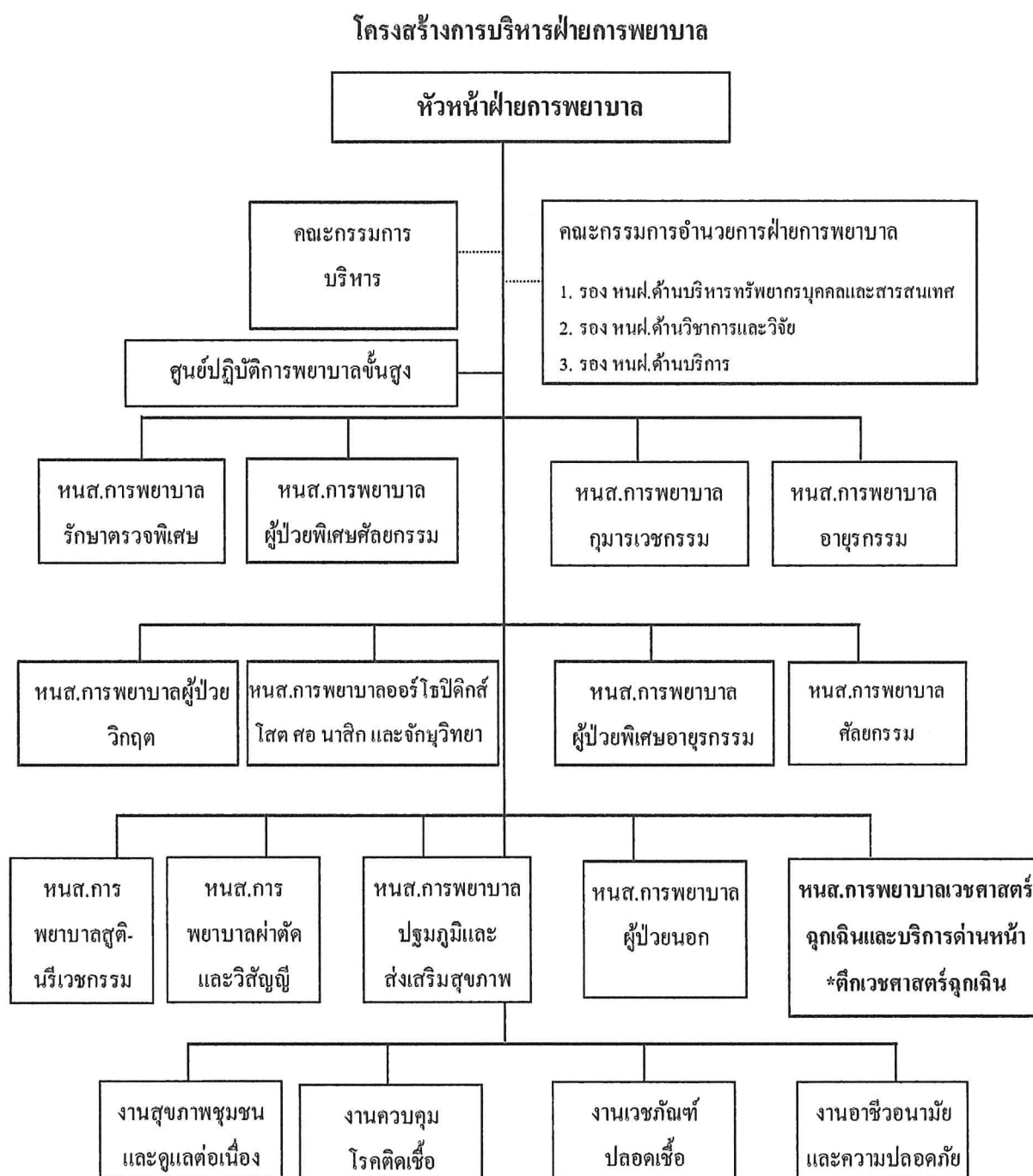
9. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินทุกระบบ ทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง และให้บริการด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการหลังคลินิกพิเศษและคลินิกเสริมนอกเวลาปิดบริการเวลา 20.00 และ 22.00 น. ตามลำดับ โดยให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแบบครบวงจร ตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงจำหน่าย และมีช่องทางพิเศษ (fast track) ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุรุนแรง ผู้ป่วยติดเชื้อมีภาวะรุนแรง ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน และผู้ป่วยเจ็บหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน สนับสนุนการเป็นคณะแพทย์ชั้นนำเน้นบริการที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัยโดยการจัดระบบบริการให้สอดคล้องและสนับสนุนการรับรองรายโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง มะเร็งและทารกคลอดก่อนกำหนด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colorectal cancer)

จำนวนบุคลากร มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวน 11 คน แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จำนวน 12 คน แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 จำนวน 12 คน แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 จำนวน 12 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 52 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 9 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ 3 คน และพนักงานทั่วไป 8 คน โดยมีขอบหมายหน้าที่การทำงานตามโซนพื้นที่ปฏิบัติงานจัดแบ่งตามอายุงานและลักษณะงานโดยจัดแบ่งโซนพื้นที่เป็น 5 โซนบริการ ได้แก่ 1) จุดคัดแยกผู้ป่วย (Triage) 2) ห้องช่วยเหลือผู้ป่วยหนัก (Resuscitation room) 3) ห้องตรวจ (Treatment) 4) ห้องหัตถการผ่าตัดเล็ก (Operation room) 5) ห้องสังเกตอาการ (Observe) และมีขอบหมายงานการอยู่ประจำพื้นที่ตามประสบการณ์การทำงานและลักษณะงานดังต่อไปนี้ ผ่านการฝึกฝนปฏิบัติงานได้ทุกโซนบริการจำนวน 19 คน อยู่ได้บางโซนบริการจำนวน 24 คน และอยู่ระหว่างการฝึก (พยาบาลจบใหม่) จำนวน 7 คน อายุงาน 0-1 ปีจำนวน 8 คน อายุงาน 1 - 3 ปีจำนวน 20 คน อายุงาน 3 - 5 ปีจำนวน 4 คน อายุงาน 5 - 10 ปีจำนวน 5 คน อายุงาน มากกว่า 10 ปีจำนวน 14 คน สัดส่วนการจัดเวรต้องมีอายุงานมากกว่า 10 ปีอย่างน้อยจำนวน 1 คน อายุงาน 5 - 10 ปีอย่างน้อยจำนวน 1 คน ปฏิบัติงานเป็นเวรผลัด ผลัดละ 8 ชั่วโมง หมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงาน เวรเช้าและเวรบ่ายผลัดละจำนวน 13 คน และเวรคึก จำนวน 12 คน

โครงสร้างการบริหารฝ่ายการพยาบาล

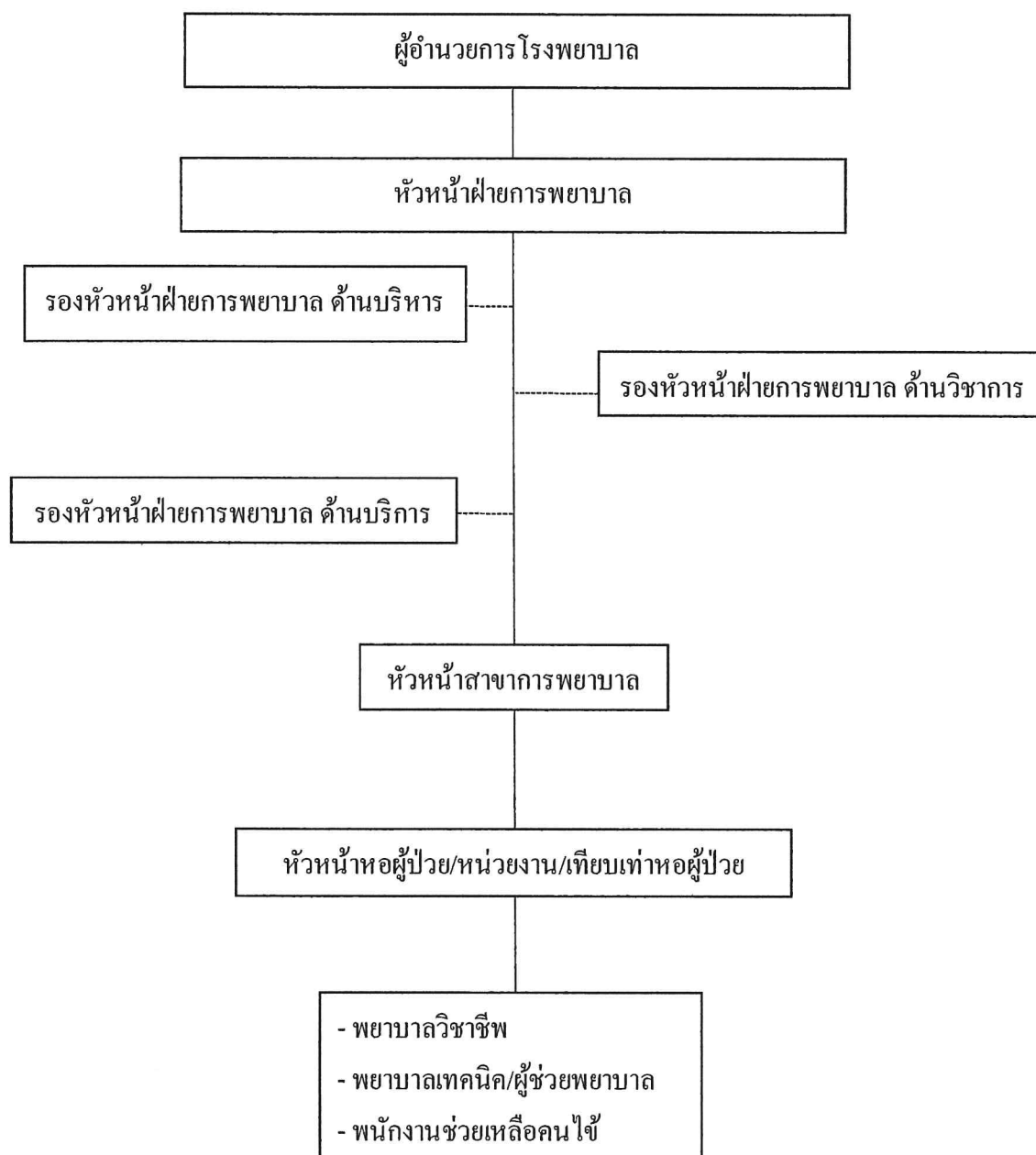


แผนภาพที่ 2.1 โครงสร้างการบริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ที่มา: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราษ, 2566

หมายเหตุ: *ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินอยู่ภายใต้การดูแลของหัวหน้าสาขาการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการด้านหน้า

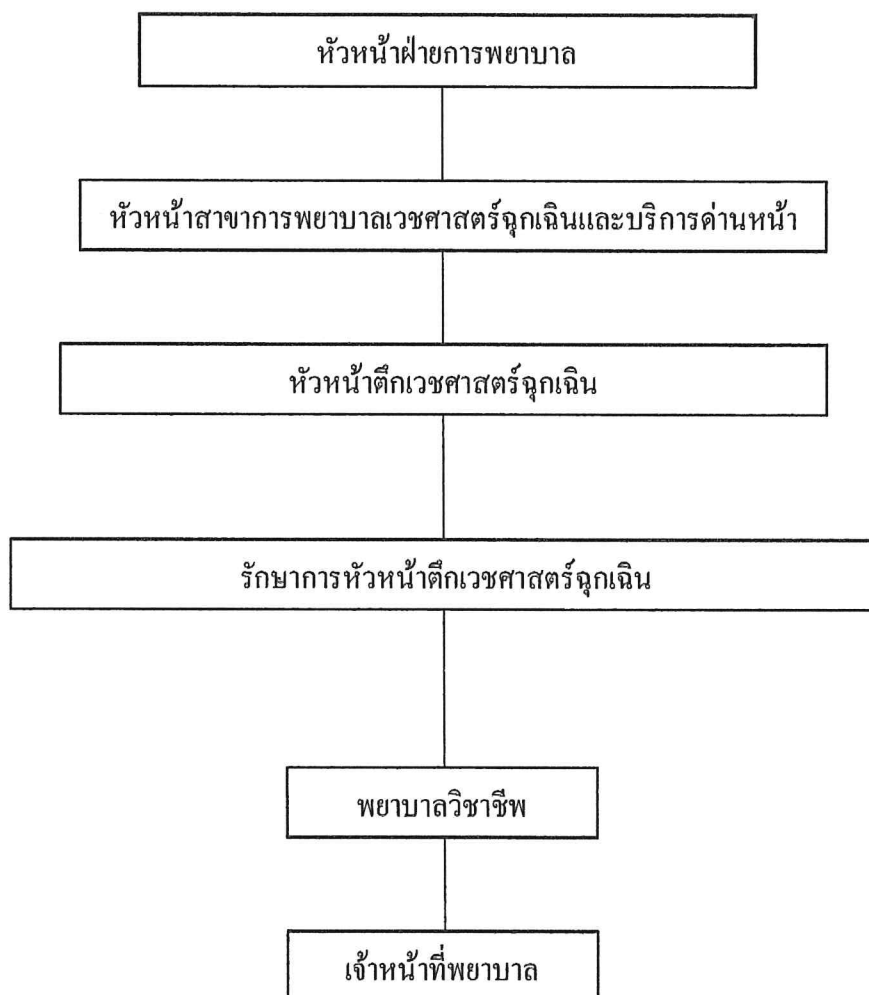
โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล



แผนภาพที่ 2.2 โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ที่มา: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 2566

โครงสร้างการบริหารงานตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน



แผนภาพที่ 2.3 โครงสร้างการบริหารงานตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ที่มา: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 2566

บทที่ 3

หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงาน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อส่งเสริมการดูแลที่มีมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถให้การดูแลควบคู่กับการรักษาหลักที่มุ่งหวังกำจัดตัวโรค โดยจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ มีหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที โดยให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุและที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสถานะสุขภาพ แต่ห้ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์มีผลให้ขอบเขตของการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องยืดหยุ่นเพียงพอที่จะสามารถตอบสนองประเด็นการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและควบคุมกำกับให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ ได้มาตรฐานสร้างความประทับใจแก่ผู้ใช้บริการ โดยมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล แบ่งเป็น 8 มาตรฐาน ดังนี้ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

1.1 มาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Nursing Therapeutic in Emergency Medical Service) พยาบาลวิชาชีพคัดกรองผู้ป่วย (Triage) โดยการรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยและการประเมินอาการสำคัญเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว ให้การช่วยเหลือ แก้ไขบรรเทาอาการ และแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ตรวจพบปัญหา ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างการนำส่งผู้ป่วยยังโรงพยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่อง

1.2 มาตรฐานที่ 2 การตรวจและบำบัดรักษาทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nursing Therapeutic Department) พยาบาลวิชาชีพคัดกรองการเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (Priorities of Care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Secondary Survey) และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) ตามความเหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วย ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับ ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ และส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย ประเมิน การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลที่ให้และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1.3 มาตรฐานที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องตาม มาตรฐานการส่งต่อ ผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยประเมินสภาพผู้ป่วย ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการแก้ไขภาวะฉุกเฉินและ คุกคามชีวิตผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการรักษาต่อเนื่อง ศึกษาข้อมูลการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยที่จะส่งต่อ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการคาดการณ์แนวโน้มปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ระหว่างการส่งต่อการรักษา ตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ให้มีความพร้อมที่จะใช้งานระหว่างการส่งต่อ

1.4 มาตรฐานที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อ สร้างเสริมสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (Potential Health Problem)

1.5 มาตรฐานที่ 5 การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง

1.6 มาตรฐานที่ 6 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ ให้ข้อมูลและความรู้ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบ

1.7 มาตรฐานที่ 7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรีและ เคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

1.8 มาตรฐานที่ 8 บันทึกทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลอย่าง มีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

2. การกำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของสภาการพยาบาล (2558) ที่ให้การดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative nurse specialist competencies) หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ แสดงออกถึงการมีความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ คุกคามต่อชีวิต และมีแนวโน้มว่าจะมีอาการจะค่อย ๆ ทรุดลงเรื่อย ๆ และเสียชีวิตในที่สุดให้บรรล

เป้าหมายของการดูแลแบบองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัย จนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต ซึ่งสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย 9 สมรรถนะ ดังนี้

สมรรถนะด้านที่ 1 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย การมีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยใช้ปรัชญาและเป้าหมายการดูแลแบบประคับประคอง กระบวนการพยาบาล ตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ประเมินผล ปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ตั้งแต่แรกวินิจฉัยถึงภายหลังการเสียชีวิต

สมรรถนะด้านที่ 2 การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน

สมรรถนะในการจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมานประกอบด้วย การมีความรู้ และทักษะในการประเมินอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะความปวด โดยใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างเหมาะสม เข้าใจกลไกการเกิดความปวดและการตอบสนองของผู้ป่วย ประยุกต์ใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้งการใช้ยา และวิธีการบำบัดแบบผสมผสาน เพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่น ๆ รวมทั้งส่งเสริมความสบาย ติดตามผลการบำบัดต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

สมรรถนะด้านที่ 3 การดูแลในระยะใกล้ตาย

สมรรถนะในการดูแลในระยะใกล้ตายประกอบด้วย การมีทัศนคติที่ดี เข้าใจความหมายและกระบวนการตาย สามารถเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย การวางแผนจัดการกับอาการและความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน (Palliative Performance Scale) เพื่อติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ทีมผู้ให้การดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การดูแลร่างกายของผู้ป่วยและการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

สมรรถนะด้านที่ 4 การดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต

สมรรถนะในการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิตประกอบด้วย การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก เข้าใจความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับความเศร้าโศก การประเมินความสูญเสีย/ความเศร้าโศก ช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญถ้าครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้

สมรรถนะด้านที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา

สมรรถนะในการสื่อสารและการให้การปรึกษาประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจ หลักแนวคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤติ มีทักษะการใช้การสื่อสารเพื่อการรักษา การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับทราบความจริงและข่าวร้าย การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน และให้คำปรึกษาหลังการบอกข่าวร้าย การประสานงานและร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดการประชุมครอบครัว รวมถึงมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนการรักษา ดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะสุดท้าย และต่อเนื่องไปจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

สมรรถนะด้านที่ 6 ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม

สมรรถนะในการดูแลเกี่ยวกับศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรมประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการประเมินความปรารถนาครั้งสุดท้าย การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ในบริบทที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติและแสดงออกตามความเชื่อของตน และเคารพในวิถีชีวิตและความเชื่อนั้น รวมถึงมีความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล

สมรรถนะด้านที่ 7 จริยธรรมและกฎหมาย

สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยืดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิต สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย สิทธิผู้ป่วยและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการบริหารจัดการได้

สมรรถนะด้านที่ 8 การประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

สมรรถนะด้านการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย การมีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การเป็นที่ปรึกษา การให้ความช่วยเหลือกับทีม แพทย์ผู้รักษา พยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยและสหสาขา วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งสร้างความเชื่อใจและไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย

สมรรถนะด้านที่ 9 การสอนและให้ความรู้

สมรรถนะด้านการสอนและให้ความรู้ประกอบด้วย การสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว นักศึกษาพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชน และสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี มีความรู้และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า มีการอ้างถึงตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 7 องค์ประกอบ (seven EOLC domains) ของเคริกและคณะ (Clarke et al., 2003) ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา และเป็นผู้พัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นมอนตากินี สมิธ และบาลิสเตียรี (Montagnini, Smith, & Balistreri, 2012) ได้นำตัวชี้วัดดังกล่าวมาใช้ในการวิจัยซึ่งได้อธิบายไว้ว่าสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุม 7 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 7 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ 3) การจัดการกับอาการ 4) การตัดสินใจ 5) การสื่อสาร 6) การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล และ 7) การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยวารินา หนูพินิจ (2559) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว คือ การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติระยะสุดท้าย ที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกโดดเดี่ยว กลัวการตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก

2. การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ คือ การดูแลที่ตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกทางจิตวิญญาณตามความเชื่อ ค่านิยม ประเพณีและสิ่งที่นับถือ

3. การจัดการกับอาการ คือ การดูแลที่จะช่วยควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ให้ความสะดวกสบายจากอาการรบกวนต่าง ๆ ในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย

4. การตัดสินใจ คือ เป็นการดูแลด้านการตัดสินใจที่ต้องคำนึงถึงผลประโยชน์และความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นหลัก

5. การสื่อสาร คือ การสื่อสารพูดคุยในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว

6. การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล คือ การสนับสนุนการจัดการด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

7. การดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทุกด้านและได้รับความร่วมมือของทีมสุขภาพและครอบครัว ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจนกระทั่งถึงเสียชีวิต

4. เป้าหมายในการดูแลรักษาการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยถึงหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา อาการที่สำคัญของผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการพูดคุย สื่อสารกับญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ซึ่งพบว่าแพทย์และพยาบาล จะมีการประสานงานในการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา โดยตั้งเป้าหมายเป็นการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในด้านการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงการดูแลแบบทีมสหสาขาที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะเข้าสู่สุดท้ายเข้ามารับการดูแล การตระหนักถึงความจำเป็นที่จะตอบสนองด้านการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ ความเข้าใจการเจ็บป่วยและจุดสิ้นสุดของชีวิต การพัฒนาทักษะการสื่อสาร การดูแลและคุณภาพชีวิต เรียนรู้หลักการพื้นฐานของการจัดการความเจ็บปวดที่ดี และตระหนักถึงการพยากรณ์โรคและอคติของการดูแลฉุกเฉินแพทย์ฉุกเฉินจะต้องมีการเตรียมที่จะใช้ความเป็นผู้นำในการจัดการกระบวนการที่กำลังจะตาย ในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อสนับสนุนทักษะของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อค้นหาภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติในการตายดี ดังนั้น เป้าหมายการดูแลแบบประคับประคองในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Mierendorf & Gidvani, 2014) ประกอบไปด้วย

1. การจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ
2. การสื่อสารเกี่ยวกับพยากรณ์โรคอย่างชัดเจนให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ
3. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนร่วมกันในการรักษา
4. การตรวจสอบการวางแผนการรักษาและการจัดการอาการที่เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย รวมถึงการให้การบำบัดโดยยึดตามแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของผู้ป่วย
5. การดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ
6. การดูแลญาติและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อคงสถานะความเข้มแข็งของจิตใจ

วิธีการปฏิบัติงาน

การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมีเป้าหมายการพยาบาลเพื่อการจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ การสื่อสารเกี่ยวกับพยากรณ์โรคอย่างชัดเจนให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนร่วมกันใน

การรักษา การตรวจสอบการวางแผนการรักษาและการจัดการอาการที่เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย รวมถึงการให้การบำบัดโดยยึดตามแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และการดูแลญาติและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อคงสถานะความเข้มแข็งของจิตใจ โดยมีวิธีการปฏิบัติ 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดแยก

1. แกรับผู้ป่วยแบบประทับประคอง ณ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยประเมินการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (Emergency Severity Index: ESI) แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลทันที เรียกว่าเป็นกลุ่ม immediate

ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาภายใน 1 ถึง 14 นาที เรียกว่าเป็นกลุ่ม emergent

ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยเร่งด่วนที่ต้องการการรักษาภายใน 15 ถึง 60 นาที เรียกว่าเป็นกลุ่ม urgent

ระดับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยถึงเร่งด่วนที่ต้องการการรักษาภายใน 1 ถึง 2 ชั่วโมง เรียกว่าเป็นกลุ่ม semi-urgent

ระดับ 5 หมายถึง ผู้ป่วยไม่เร่งด่วนที่ต้องการการรักษาภายใน 5 ถึง 24 ชั่วโมง เรียกว่าเป็นกลุ่ม non-urgent

2. ชักประวัติผู้ป่วย ประกอบไปด้วย การนำส่ง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล โรคประจำตัว การแพ้ยา อาหารและสารเคมี สืบบุหรี คัมสุรา วันแรกของประจำเดือนสุดท้าย (LMP ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง)

3. ประเมินสัญญาณชีพ (ประกอบไปด้วยอุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และค่าความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ระดับความปวด (Pain score) รับดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale; GCS) การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด (DTX ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ฯลฯ)

4. ตรวจสอบสิทธิการรักษา

5. ตรวจสอบและยืนยันข้อมูลผู้ป่วยแบบประทับประคองผ่านระบบ ePhis ผ่านใบ Checklist palliative care in ED Vajira Hospital (Version 2 วันที่ 30 พ.ย. 64) โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 Know case EOL ED (pop up) คือ ผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประทับประคองของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และปรากฏหลักฐานข้อมูล palliative care ในระบบ ePhis และประเภทที่ 2 New case EOL ED คือ ผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประทับประคองของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไม่ปรากฏหลักฐานข้อมูล palliative care ในระบบ ePhis และมีการใช้แบบฟอร์มการให้ความยินยอมโดย

ได้รับข้อมูล (Informed Consent Form หรือ ICF) มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

6. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPSv2) ฉบับภาษาไทย (โดยยึดตาม WI-NUR01-PC-01)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบไปด้วย

1. ด้านร่างกาย ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน (WI-SLT-206) โดยมีข้อบ่งชี้ ตามอาการของผู้ป่วยดังนี้

1.1 อาการปวดเฉียบพลัน บริหารยา Fentanyl และ Morphine ตามแผนการรักษา

1.2 ภาวะเหนื่อย บริหารยา Morphine และ Midazolam ตามแผนการรักษา

1.3 ภาวะเพ้อ บริหารยา Haloperidol, Lorazepam และ Midazolam ตามแผนการรักษา

1.4 สารคัดหลั่ง (Secretion) บริหารยา Atropine และ Scopolamine ตามแผนการรักษา

1.5 คลื่นไส้อาเจียน บริหารยา Metoclopramide และ Ondansetron ตามแผนการรักษา

2. ด้านจิตใจ ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงหรือวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้แล้ว บุคลากรที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินควรทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้าที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงไว้และอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่ประเมินได้ให้ครอบครัวทราบข้อมูลที่ เป็นปัจจุบันตลอดจนประเมินซ้ำว่า ผู้ป่วยและครอบครัวยืนยันที่จะยึดตามแผนการดูแลเดิมหรือไม่ พร้อมอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นตามมา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทางเลือก การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในการดูแล และเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสื่อสารภายใน ทีมที่ดูแล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ได้แก่ การชี้แจงเป้าหมายของการดูแลและการสื่อสาร ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการปรึกษากันภายในทีมเพื่อลดความ จัดแย้งหรือการสื่อสารที่อาจทำให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวเข้าใจผิด (โดยยึดตามบันทึกแสดงเจตนา NR)

3. ด้านสังคม สนับสนุนและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ เข้าใจความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว อำนวยความสะดวกในการสร้างความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและ ครอบครัว เอื้อในการจัดสิ่งแวดล้อมพื้นที่สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวให้เป็นส่วนตัว เช่น ก้นม่าน แบ่ง พื้นที่ในห้องพื้นที่สงบ ลดเสียงรบกวนให้มากที่สุด และมีการจัดพื้นที่สำหรับห้องพักญาติ เป็นต้น รวมไปถึง จัดการและสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตก้าวผ่านช่วงเวลาแห่งความสูญเสียไปได้หากผู้ป่วย เสียชีวิต ณ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (โดยยึดตาม WI-NUR01-PC-01)

4. ด้านจิตวิญญาณ สนับสนุนทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ประเมินความ ต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนการเข้าถึงทรัพยากรทางจิตวิญญาณ เช่น ช่องทางการติดต่อเพื่อนิมนต์พระหรือเชษฐาบทหลวง หรือตัวแทนทางศาสนาปฏิบัติกิจกรรมทางจิต

วิญญูตามความเชื่อความศรัทธาอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น จัดให้มีหนังสือ สวดมนต์ อุปกรณ์สำหรับกรวดน้ำ เป็นต้น (โดยยึดตาม WI-NUR01-PC-01)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

1. ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่านแบบประเมิน PPSv2 (โดยยึดตาม WI-NUR01-PC-01) ลงในบันทึกทางการพยาบาล (NUESING PROGRESS NOTE กลุ่มเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (252001) โดยกำหนดค่าระดับคะแนนแบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่คะแนน 70 - 100 เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การทวนความรู้เรื่องโรค ประเมินอาการรบกวน ประเมินอาการปวด ประเมิน 2Q การใช้ยา การป้องกันอาการแทรกซ้อน สนับสนุนให้กำลังใจ และตรวจติดตามการรักษา (Follow up)

ช่วงที่คะแนน 40 - 60 เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ทวนความรู้เรื่องโรค ประเมินอาการรบกวน ประเมินอาการปวด ประเมิน 2Q การใช้ยา จัดสิ่งแวดล้อม ป้องกันอาการแทรกซ้อน สนับสนุนให้กำลังใจ ประสานงานติดต่อสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย และตรวจติดตามการรักษา (Follow up)

ช่วงที่คะแนน น้อยกว่า 30 เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการระยะสุดท้าย ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนการทำกิจกรรมตามความเชื่อ วัฒนธรรม พิธีกรรม โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา

2. ประสานงานแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและส่งข้อมูลต่อศูนย์เวชจิตตราภิบาล

ขั้นตอนที่ 4 การจำหน่าย

การจำหน่ายออกจากตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge planning) อนุญาตให้กลับบ้าน ต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (โดยใช้ตราปั๊ม) ข้อมูลในการประเมิน ประกอบไปด้วย อาการทุเลา ให้ใบนัดให้คำแนะนำเรื่อง ผู้รับกลับ ประเมินสัญญาณชีพ รวมถึงการส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้านในกรณีที่พยาบาลประเมินแล้วผู้ป่วยหรือญาติมีความจำเป็นในการช่วยเหลือต่อเนื่อง และแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านหากพบอาการผิดปกติรีบมาพบแพทย์

2. การจำหน่ายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Admit) โดยการส่งเวรให้กับหอผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องใช้แบบประเมินการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (แบบประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้าย)

3. การจำหน่ายผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Death at ER หรือ DOA) ส่งต่อข้อมูลไปที่หน่วยจัดการศพ (นิริมัย) และให้ข้อมูลกับญาติในการจัดเตรียมเอกสารรับศพผู้ป่วย

เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน

สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน เกิดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่

1. การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว จะต้องมีความรู้และความเข้าใจในด้านการสื่อสารเป็นอย่างดีซึ่งพบว่าการสื่อสารที่ดีมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ นอกจากนั้น การสื่อสารยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวในการนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักจริยธรรม การอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับความขัดแย้งทางจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความขัดแย้งทางจริยธรรมบ่อยมากซึ่งพบว่าการให้ข้อมูลและการเจรจาต่อรอง สามารถช่วยลดความขัดแย้งทางจริยธรรมได้ดี และยังพบว่าประสิทธิภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแล สามารถช่วยลดความขัดแย้งทางจริยธรรม รวมถึงทำหน้าที่การประสานงานและหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ใกล้ชิด

แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

ผู้จัดทำใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรมาเป็นแนวคิดในการจัดทำคู่มือปฏิบัติการ ดังนี้

1. การสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ใช้หลัก ISBAR ประกอบด้วย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

1.1 I : Identify การระบุตัวผู้ป่วย

1.2 S : Situation สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน

1.3 B : Background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์

1.4 A: Assessment การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล

1.5 R : Recommendation ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล

2. หลักความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร 2P Safety Goal 2018 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

2.1 Patient Safety Goal ได้แก่

- 2.1.1 Safe surgery กระบวนการผ่าตัดที่ปลอดภัย
- 2.1.2 Infection prevention and control การควบคุมการติดเชื้อที่ปลอดภัย
- 2.1.3 Medication and blood safety ป้องกันการให้ยาและเลือดผิด
- 2.1.4 Patient care process กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย
- 2.1.5 Line tube and catheter laboratory การดูแลสายและสังเกตที่ปลอดภัย
- 2.1.6 Emergency response การตอบสนองภาวะฉุกเฉินที่พร้อมและปลอดภัย

2.2 Personnel safety Goal ได้แก่

- 2.2.1 Security and privacy of information and social media ข้อมูลและสื่อสารที่ปลอดภัย
- 2.2.2 Infection and exposure การป้องกันบุคลากรติดเชื้อที่ปลอดภัย
- 2.2.3 Mental health and medication การดูแลด้านบุคลากรของบุคลากรที่ปลอดภัย
- 2.2.4 Process of work กระบวนการทำงานของบุคลากรที่ปลอดภัย
- 2.2.5 Lane (Ambulance) and legal issues การใช้รถพยาบาลฉุกเฉินที่ปลอดภัย
- 2.2.6 Environment and working condition สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร

3. องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Montagnini, Smith, & Balistreri, 2012)

3.1 การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว คือ การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติระยะสุดท้าย ที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกลึกซึ้ง โศกเศร้า กลัวการตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก

3.2 การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ คือ การดูแลที่ตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกทางจิตวิญญาณตามความเชื่อ ค่านิยม ประเพณีและสิ่งที่นับถือ

3.3 การจัดการกับอาการ คือ การดูแลที่จะช่วยควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ให้ความสะดวกสบายจากอาการรบกวนต่าง ๆ ในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย

3.4 การตัดสินใจ คือ เป็นการดูแลด้านการตัดสินใจที่ต้องคำนึงถึงผลประโยชน์และความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นหลัก

3.5 การสื่อสาร คือ การสื่อสารพูดคุยในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว

3.6 การสนับสนุนด้านอารมณ์ของทีมดูแล คือ การสนับสนุนการจัดการด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.7 การดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทุกด้านและได้รับความร่วมมือของทีมสุขภาพและครอบครัว ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจนกระทั่งหลังเสียชีวิต

บทที่ 4

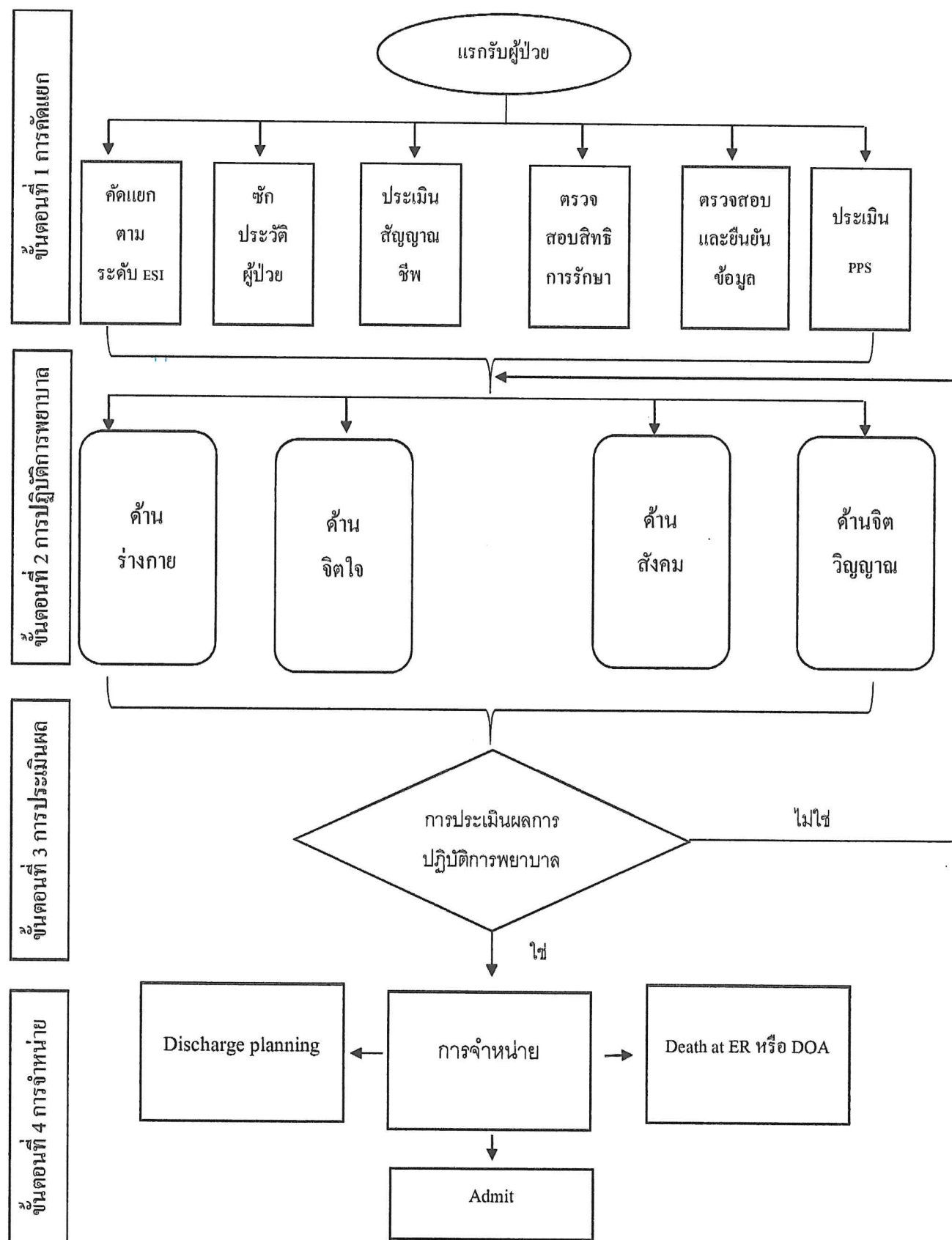
เทคนิคการปฏิบัติงาน

แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน

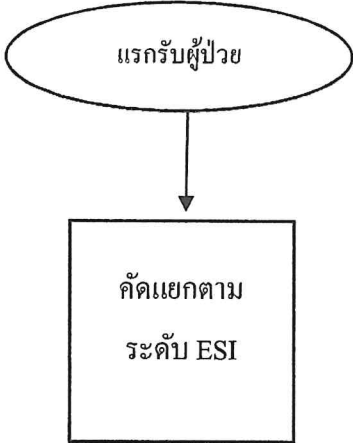
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้กำหนด ยุทธศาสตร์ (HEROES) ของปีพ.ศ. 2565– 2568 (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2565) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ที่สำคัญ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 Health care Excellence: H (การบริการเพื่อความเป็นเลิศ) ยุทธศาสตร์ที่ 2 Education Excellent: E (การศึกษาที่เป็นเลิศ) ยุทธศาสตร์ที่ 3 Research Excellence in Medical Urbanology: R (การวิจัยเป็นเลิศด้านเวชศาสตร์เขตเมือง) ยุทธศาสตร์ที่ 4 Organizational strength : Security, Growth, Sustainability: O (องค์กรเข้มแข็ง ปลอดภัย และเติบโตอย่างยั่งยืน) ยุทธศาสตร์ที่ 5 Engagement of customers: E (ความผูกพันของลูกค้า) และยุทธศาสตร์ที่ 6 Smart Medical Faculty: S (คณะแพทย์ที่ทันสมัยในยุคดิจิทัล)

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาลจัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 Health care Excellence: H (การบริการเพื่อความเป็นเลิศ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบบริการ ระดับตติยภูมิและเวชศาสตร์เขตเมือง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการให้บริการ

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow Chart)



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ทุกขั้นตอนผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอน	กิจกรรม	แบบฟอร์ม
ขั้นตอนที่ 1 การคัดแยก		
	แรกรับผู้ป่วยแบบประทับประคอง ณ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยประเมินการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (Emergency Severity Index: ESI) แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับดังนี้ 1.ESI 1 Resuscitation หรือผู้ป่วยวิกฤต (พบแพทย์ทันที) หรือ ต้องการช่วยเหลือ ABCD อย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ ตัวเขียว มีภาวะหรืออยู่ในภาวะช็อก (Shock) เหงื่อแตก ตัวเย็น 2. ESI 2 Emergency หรือผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (พบแพทย์ภายใน 15 นาที) 2.1 ที่มีภาวะความเสี่ยงสูง (High risk) เสี่ยงมากหากให้รอดเช่น เจ็บหน้าอก, Suicidal attempt, อาละวาด, Multiple trauma , R/O ectopic pregnancy, Peritonitis (ที่ ABC คืออยู่) หรือสัญญาณชีพอยู่ในภาวะอันตราย หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ภูมิคุ้มกันไม่ดีและมีภาวะไข้สูง 2.2 Confused การรับรู้ระดับความรู้สึกลดลงเปลี่ยนแปลง เช่น ซึม สับสน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) 2.3 Distress ผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทรมานหรือเจ็บปวดมาก พิจารณาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น sexual assault, domestic	1. แนวทาง การคัดกรองในห้องฉุกเฉิน 2. ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

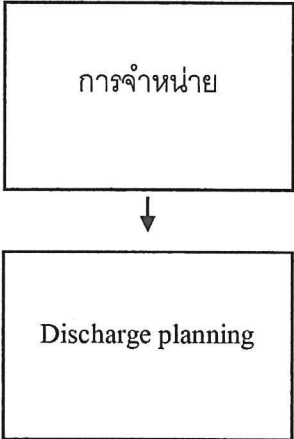
ขั้นตอน	กิจกรรม	แบบฟอร์ม
	violence combative patient, manic episode , severe pain ปวดมาก แสดงออกทางสีหน้า เหงื่อออกกระสับกระส่าย หรือดูจาก vital signs เช่น hypertension, tachycardia, tachypnea หรือการที่ประเมิน pain score > 7 3. ESI 3 Urgent หรือผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (พบแพทย์ภายใน 30 นาที) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือสังตรวหลายชนิด ได้แก่ เจาะเลือด เอ็กซเรย์ ฉีดยา 4. ESI 4 Semi-urgent หรือ ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (พบแพทย์ภายใน 60 นาที) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือสังตรวเพียงชนิดเดียว ได้แก่ เจาะเลือด เอ็กซเรย์ ฉีดยา 5. ESI 5 Non-urgent หรือผู้ป่วยทั่วไป (พบแพทย์ภายใน 1-2 ชั่วโมง) รอตตรวจได้ที่คลินิกทั่วไปหรือนัดมาวันอื่นหรือทำแผลหรือรับยาเดิมหรือฉีดยาตามนัด	
ชักประวัติ ผู้ป่วย	ซักประวัติผู้ป่วย ประกอบไปด้วย การนำส่งอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล โรคประจำตัว การแพ้ยา อาหารและสารเคมี สูบบุหรี่ ดื่มสุรา วันแรกของประจำเดือนสุดท้าย (LMP ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง)	1. แนวทาง การคัดกรองในห้องฉุกเฉิน 2. ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
ประเมิน สัญญาณชีพ	ประเมินสัญญาณชีพ (อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และค่าความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ระดับความปวด (Pain score) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale; GCS)	1. แนวทาง การคัดกรองในห้องฉุกเฉิน 2. ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ขั้นตอน	กิจกรรม	แบบฟอร์ม
	การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด (DTX ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ฯลฯ)	
ตรวจสอบสิทธิการรักษา	ประสานงานเจ้าหน้าที่เวชระเบียนตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยที่พึงจะได้รับ ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่พึงจะได้รับ	1. ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
ตรวจสอบและยืนยันข้อมูล	ตรวจสอบและยืนยันข้อมูลผู้ป่วยแบบครบถ้วนผ่านระบบ ePhis โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 Know case EOL ED (pop up) คือ ผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และปรากฏหลักฐานข้อมูล palliative care ในระบบ ePhis ประเภทที่ 2 New case EOL ED คือ ผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไม่ปรากฏหลักฐานข้อมูล palliative care ในระบบ ePhis และมีการใช้แบบฟอร์มการให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล (Informed Consent Form หรือ ICF) มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ณ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	1. ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2. ใบ Checklist palliative care in ED Vajira Hospital (Version 2 วันที่ 30 พ.ย. 64)
ประเมิน PPS	ประเมินความสามารถของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน PPSv2 (โดยยึดตาม WI-NUR01-PC-01) ประกอบไปด้วย 1. ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2. การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	1. ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2. ใบ Checklist palliative care in

ขั้นตอน	กิจกรรม	แบบฟอร์ม
	3. การทำกิจวัตรประจำวัน 4. การรับประทานอาหาร 5. ระดับความรู้สึกตัว	ED Vajira Hospital (Version 2 วันที่ 30 พ.ย. 64) 3. แบบประเมิน PPSv2
ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล		
ด้านร่างกาย	ด้านร่างกาย ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน (WI-SLT-206) โดยมีข้อบ่งชี้ ตามอาการของผู้ป่วยดังนี้ 1. อาการปวดเฉียบพลัน บริหารยา Fentanyl และ Morphine ตามแผนการรักษา 2. ภาวะเหนื่อย บริหารยา Morphine และ Midazolam ตามแผนการรักษา 3. ภาวะเพ้อ บริหารยา Haloperidol, Lorazepam และ Midazolam ตามแผนการรักษา 4. สารคัดหลั่ง (Secretion) บริหารยา Atropine และ Scopolamine ตามแผนการรักษา 5. คลื่นไส้อาเจียน บริหารยา Metoclopramide และ Ondansetron ตามแผนการรักษา	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน (WI-SLT-206)
ด้านจิตใจ	ด้านจิตใจ 1. ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงหรือวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้แล้ว 2. บุคลากรที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินควรทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้าที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงไว้ และอธิบายอาการ	แบบบันทึกแสดงเจตนาขอเลือกรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อขอจากไปตามวิถีธรรมชาติ (MR.01.29)

ขั้นตอน	กิจกรรม	แบบฟอร์ม
	เปลี่ยนแปลงที่ประเมินได้ให้ครอบครัวทราบ ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันตลอดจน 3. ประเมินซ้ำว่า ผู้ป่วยและครอบครัวยืนยัน ที่จะยึดตามแผนการดูแลเดิมหรือไม่ พร้อมอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ตามมา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ ทางเลือกการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในการดูแล 4. เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมถึงสื่อสารภายในทีมที่ดูแล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ได้แก่ การชี้แจงเป้าหมายของการดูแลและการ สื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 5. ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการปรึกษากัน ภายในทีมเพื่อลดความขัดแย้งหรือการสื่อสาร ที่อาจทำให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวเข้าใจผิด	
ด้านสังคม	ด้าน สังคม 1. สนับสนุนและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว ได้แก่ เข้าใจความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว 2. อำนวยความสะดวกในการสร้างความ เข้มแข็งของความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและ ครอบครัว 3. เอื้อในการจัดสิ่งแวดล้อมพื้นที่สำหรับ ผู้ป่วยและครอบครัวให้เป็นส่วนตัว เช่น กันม่าน แบ่งพื้นที่ในห้องฟื้นฟู เป็นต้น 4. ลดเสียงรบกวนให้มากที่สุด และมีการจัด พื้นที่สำหรับห้องพักญาติ เป็นต้น	ตาม WI-NUR 01- PC-01

ขั้นตอน	กิจกรรม	แบบฟอร์ม
	5. จัดการและสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตก้าวผ่านช่วงเวลาแห่งความสูญเสียไปได้หากผู้ป่วยเสียชีวิต ณ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	
ด้านจิตวิญญาณ	ด้านจิตวิญญาณ 1. สนับสนุนทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว 2. สนับสนุนการเข้าถึงทรัพยากรทางจิตวิญญาณ เช่น ช่องทางการติดต่อเพื่อนินมัต พระหรือเชียวบาทหลวง หรือตัวแทนทางศาสนา มาปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณตามความเชื่อความศรัทธา 3. อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น จัดให้มีหนังสือ สวดมนต์ อุปกรณ์สำหรับกรวดน้ำ เป็นต้น	ตาม WI-NUR01-PC-01
ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล		
การประเมินผล การปฏิบัติการ พยาบาล	1. ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่านแบบประเมิน PPSv2 โดยกำหนดค่าระดับคะแนนแบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้ - ช่วงที่คะแนน 70 - 100 เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การทวนความรู้เรื่องโรค ประเมินอาการรบกวน ประเมินอาการปวด ประเมิน 2Q การใช้ยา การป้องกันอาการแทรกซ้อน สนับสนุนให้กำลังใจและตรวจติดตามการรักษา (Follow up) - ช่วงที่คะแนน 40 - 60 เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ทวนความรู้เรื่องโรค	1. บันทึกทางการพยาบาล (NUESING PROGRESS NOTE) กลุ่มเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (252001) 2. WI-NUR01-PC-01 3. แบบประเมิน PPSv2

ขั้นตอน	กิจกรรม	แบบฟอร์ม
	ประเมินอาการรบกวน ประเมินอาการปวด ประเมิน 2Q การใช้ยา จัดสิ่งแวดล้อม ป้องกันอาการแทรกซ้อน สนับสนุนให้กำลังใจ ประสานงานติดต่อสนับสนุน อุปกรณ์เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายและตรวจติดตามการรักษา (Follow up) - ช่วงที่คะแนน น้อยกว่า 30 เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการระยะสุดท้าย ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนการทำกิจกรรมตามความเชื่อ วัฒนธรรม พิธีกรรม โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา 2. ประสานงานแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและส่งข้อมูลต่อศูนย์เวชจิตศรัทธา	4. เอกสารลงข้อมูล การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือศูนย์เวชจิตศรัทธา
ขั้นตอนที่ 4 การจำหน่าย		
 <pre> graph TD A[การจำหน่าย] --> B[Discharge planning] </pre>	การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge planning) - แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตามหลัก D METHOD ประกอบไปด้วย D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแล M Medicine ทบทวนคำแนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาดวิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ตรว้บการประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ขั้นตอน	กิจกรรม	แบบฟอร์ม
	E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแล T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การดูแลความสุขสบาย รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง H Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อลดอาการไม่สุขสบาย	
Admit	- การจำหน่ายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Admit) 1. ในเวลาราชการ ประสานงานจองเตียงกับหน่วย Admission Center 2. นอกเวลาราชการ ประสานงานจองเตียงกับผู้ตรวจการนอกเวลา โดยการส่งเวรให้กับหอผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องตามหลัก ISBAR และประเมินผู้ป่วยก่อนส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	แบบประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้าย

ขั้นตอน	กิจกรรม	แบบฟอร์ม
Death at ER หรือ DOA	- การจำหน่ายผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Death at ER หรือ DOA) ส่งต่อข้อมูลไปที่หน่วยจัดการศพ (นิรภัย) และให้ข้อมูลกับญาติในการจัดเตรียมเอกสารรับศพผู้ป่วย ดังนี้ 1. บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านผู้มาติดต่อขอรับศพ 2. บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต 3. หนังสือขอรับศพจากพนักงานสอบสวน หรือหนังสือยืนยันชื่อศพ (กรณีศพไม่ทราบชื่อหรือชื่อ ไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน) 4. หนังสือรับรองจากจุฬาราชมนตรี หรืออิหม่าม กรณีผู้เสียชีวิตเป็นชาวไทยมุสลิม 5. ใบมรณะบัตร	เอกสารคำแนะนำการรับศพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

วิธีติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย ที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

1. การจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 80 ผลลัพธ์ = ร้อยละ 90
 2. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษา จัดการในด้านต่างๆ เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 80 ผลลัพธ์ = ร้อยละ 90
 3. อัตราผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตในห้องตรวจฉุกเฉิน เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 80 ผลลัพธ์ = ร้อยละ 90
 4. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมาย $\geq$ 80 ผลลัพธ์ = ร้อยละ 95
- กรณีพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน ปฏิบัติดังนี้

1. พยาบาลหัวหน้าเวรรายงานหัวหน้าตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินและทีมบุคลากรร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุ และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง
2. นำผลการทบทวนมาดำเนินการวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำ
3. สื่อสารในที่ประชุมภายในหอผู้ป่วยแจ้งผลการทบทวนแนวทางปฏิบัติงานให้บุคลากรทุกคนรับทราบแนวทางปฏิบัติ
4. ติดตามและประเมินผลแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

จรรยาบรรณ/คุณธรรม/จริยธรรมในการปฏิบัติงาน

สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พระราชทาน พระราโชวาท ความสำคัญตอนหนึ่งว่า “บัณฑิตทั้งหลายได้อุตสาหะเล่าเรียนจนสำเร็จการศึกษาเป็นบัณฑิต พยายามแล้วเชื่อว่าแต่ละคนคงมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะประกอบวิชาชีพพยายามให้บรรลุถึงความสำเร็จและความเจริญมั่นคงในภายหน้า การจะทำให้ได้ดังที่กล่าว จำเป็นต้องอาศัยความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญ สำหรับใช้ปฏิบัติงาน ทั้งความรู้ในสาขาวิชาการพยายามที่บัณฑิตเล่าเรียนมา และความในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนความรู้อย่างที่เรียกกันว่า ความรู้รอบตัว ซึ่งเมื่อประกอบส่งเสริมเข้าด้วยกันแล้ว จะเกื้อกูลให้แต่ละคนเป็นผู้รู้ลึก รู้กว้างและทันการณืทันสมัย จึงขอให้บัณฑิต ทุกคนหมั่นศึกษา หาความรู้ เพิ่มเติม ให้ยิ่งลึกซึ้งและกว้างขวางขึ้นอยู่เสมอ แล้วนำความรู้ที่มีอยู่มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับงาน กับสถานการณ์ และกรณีต่าง ๆ บนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพ อุทิศการ สภาวิชาชีพไทย และอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบัน ถ้าทำได้ ก็มั่นใจได้ว่า แต่ละคนจะสามารถ สร้างสรรค์ความสำเร็จและความเจริญก้าวหน้า ให้แก่ตนเอง แก่วิชาชีพพยาบาล และแก่ชาติบ้านเมือง ได้อย่างยั่งยืนแท้จริง” ในการพระราชทานปริญญาบัตรแก่ผู้สำเร็จการศึกษา จากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภาวิชาชีพไทย ประจำปีการศึกษา 2561 ในวันที่ 22 ตุลาคม 2562 ทั้งนี้ ผู้จัดทำคู่มือฯ จึงขอน้อมนำพระราโชวาท สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พึงระลึกและตระหนักเสมอในหลักคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน

จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปี พ.ศ. 2546

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ โดยมติคณะกรรมการอำนวยการในการประชุมครั้งที่ 9/2546 วันที่ 26 กันยายน 2546 ให้การรับรองจรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปี พ.ศ. 2546 ที่ได้ปรับปรุงแก้ไข จากจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่ได้ประกาศใช้เป็นฉบับแรกใน พ.ศ. 2528 จึงขอประกาศใช้ จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปี พ.ศ. 2546 ตั้งแต่นั้นเป็นต้นไป (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ, 2546)

ข้อที่ 1 พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชนผู้ต้องการการพยาบาลและบริการทั้งต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัวชุมชนและระดับประเทศในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันความเจ็บป่วยการฟื้นฟูสุขภาพ และการบรรเทาความทุกข์ทรมาน

ข้อที่ 2 พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณาเคารพในคุณค่าของชีวิตความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ในระดับที่ดีที่สุดตลอดวงจรของชีวิตนับแต่ ปฏิสนธิ์ทั้งในภาวะสุขภาพปกติภาวะเจ็บป่วยรภาพจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

ข้อที่ 3 พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพ ในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคลทั้งในความเป็นมนุษย์สิทธิในชีวิตและสิทธิในเสรีภาพเกี่ยวกับการ

เคลื่อนไหวการพูดการแสดงความคิดเห็นการมีความรู้การตัดสินใจคำนึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาตลอดจนสิทธิในความเป็นเจ้าของและความเป็นส่วนตัวของบุคคล

ข้อที่ 4 พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ร่วมดำเนินการเพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างทั่วถึงและดูแลให้ผู้ใช้บริการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ด้วยความเคารพในคุณค่าของชีวิตศักดิ์ศรีและสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่จำกัดด้วยชั้น วรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐฐานะ เพศ วัย กิตติศัพท์ชื่อเสียงสถานภาพในสังคม และโรคที่เป็น

ข้อที่ 5 พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศปฏิบัติการพยาบาลโดยมีความรู้ในการกระทำและสามารถอธิบายเหตุผลได้ในทุกกรณีพัฒนาความรู้และประสบการณ์อย่างต่อเนื่องรักษาสมรรถภาพในการทำงานประเมินผลงานและประกอบวิชาชีพทุกด้านด้วยมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ข้อที่ 6 พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ โดยการร่วมมือประสานงานอย่างต่อเนื่องกับผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทุกระดับเพื่อปฏิบัติให้เกิดผลตามนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของประชาชนพึงปฏิบัติหน้าที่รับมอบหมายงานและมอบหมายงานอย่างรอบคอบและกระทำการอันควรเพื่อป้องกันอันตรายซึ่งเห็นว่าจะเกิดกับผู้ใช้บริการแต่ละบุคคลครอบคลุมหรือชุมชน โดยการกระทำของผู้ร่วมงานหรือสภาพแวดล้อมของการทำงานหรือในการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง

ข้อที่ 7 พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาลและต่อวิชาชีพการพยาบาลมีคุณธรรมจริยธรรมในการดำรงชีวิตประกอบวิชาชีพด้วยความมั่นคงในจรรยาบรรณและเคารพต่อกฎหมายให้บริการที่มีคุณภาพเป็นวิสัยทัศน์ที่ประจักษ์แก่ประชาชนร่วมมือพัฒนาวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้าในสังคมอย่างเป็นเอกภาพตลอดจนมีมนุษยสัมพันธ์อันดีและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมทั้งในและนอกวงการสุขภาพในระดับท้องถิ่นระดับประเทศและระหว่างประเทศ

ข้อที่ 8 พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาลร่วมเป็นผู้นำทางการปฏิบัติการพยาบาลหรือทางการศึกษาทางการวิจัยหรือทางการบริหารโดยร่วมในการนำทิศทางนโยบายและแผนเพื่อพัฒนาวิชาชีพพัฒนาความรู้ทั้งในขั้นเทคนิคการพยาบาลทฤษฎีขั้นพื้นฐานและศาสตร์ทางการพยาบาลขั้นลึกซึ่งเฉพาะด้านตลอดจนการรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ข่าวสารของวิชาชีพทั้งนี้พยาบาลพึงมีบทบาททั้งในระดับรายบุคคลและร่วมมือในระดับสถาบันองค์กรวิชาชีพระดับประเทศและระหว่างประเทศ

ข้อที่ 9 พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่นเคารพตนเองรักษาความสมดุลมั่นคงของบุคลิกภาพเคารพ ในคุณค่าของงานและทำงานด้วยมาตรฐานสูงทั้งในการดำรงชีวิตส่วนตัวและในการประกอบวิชาชีพในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องเสียสละหรือประนีประนอมพยาบาลพึงยอมรับในระดับที่สามารถรักษาไว้ซึ่งความเคารพตนเองความสมดุลในบุคลิกภาพและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของตนเช่นเดียวกันของผู้ร่วมงานผู้ใช้บริการและสังคม

หลักจริยธรรมวิชาชีพ 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ (Autonomy) หมายถึง บุคคลมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายของแต่ละบุคคล คานท์ (Kant) นักปรัชญาที่เสนอแนวคิดนี้กล่าวว่า บุคคลเป็นผู้มีเหตุผลมีความสามารถในการเลือกตัดสินใจด้วยตัวเองหลักการในข้อนี้สนับสนุนการเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเลือกวิถีทางของตนเองตามความเชื่อ และศรัทธา สิทธิที่จะเลือกตัดสินใจด้วยตนเองได้อิสระ โดยไม่มีการบังคับ โดยบุคคลในทีมสุขภาพต้องให้การยอมรับแม้ไม่เห็นด้วยก็ตาม

2. การกระทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Beneficence) หมายถึงการกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ พยาบาลต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย ประโยชน์ในที่นี้หมายถึงการกระทำที่เป็นประโยชน์บนพื้นฐานทางด้านศีลธรรม จริยธรรมและกฎหมาย โดยบทบาทของพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานในหลักจริยธรรมข้อนี้คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้รับบริการ โดยหลักสำคัญของการทำประโยชน์

3. การกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น (Normal efficiency) หมายถึง การไม่นำสิ่งที่เป็นอันตรายมาสู่ผู้อื่น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม รวมทั้งไม่ทำให้ผู้อื่นเสี่ยงต่ออันตราย ประกอบด้วยห้ามฆ่า ห้ามทำให้ปวด ห้ามจำกัดอิสรภาพ และห้ามทำให้ปราศจากความสุข ทั้งนี้ ลักษณะการดูแลที่ถือว่าผิดหลักการนี้มีองค์ประกอบคือ ผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่โดยตรงละเลยต่อหน้าที่ บุคคลได้รับอันตราย และอันตรายนั้นมีสาเหตุจากการละเลยหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักกฎหมาย

4. การกระทำด้วยความซื่อสัตย์ตามพันธะสัญญาวิชาชีพ (Fidelity) หรือการปกปิดความลับ (confidentiality) หมายถึง การรักษาสัญญาและการปกปิดความลับรวมทั้งการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยพยาบาลมีหน้าที่หลักจะต้องมีความซื่อสัตย์ในการรักษาคำมั่นสัญญาต่อการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่และปกปิดความลับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งการปกปิดความลับนี้ต้องไม่ทำให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วย และต่อผู้อื่น

5. การกระทำต่อผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความยุติธรรม (Justice) หมายถึง ความยุติธรรมต่อคนในสังคม โดยรวมไปถึงความยุติธรรม ความเท่าเทียมกันและความเสมอภาคในการได้รับการบริการทางด้านสุขภาพ ในขณะที่การกระทำเพื่อทำให้เกิดความยุติธรรมในสังคมเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก

โดยเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดความยุติธรรม ดังนั้นพยาบาลสามารถเสี่ยงมาใช้หลักของความยุติธรรมโดยการเคารพในสิทธิในการตัดสินใจและทางเลือกในการขอรับการรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วยแทน จึงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

6. การบอกความจริง (Veracity) หมายถึง การพูดความจริงและไม่โกหกหรือหลอกลวง บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบอกความจริง โดยไม่มีการโกหกหลอกลวง เพราะการบอกความจริงโดยไม่มีการโกหกและหลอกลวงเป็นการแสดงถึงการเคารพความเป็นบุคคล พยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องบอกความจริง เพราะการไม่บอกความจริงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจในตัวพยาบาล และอาจส่งผลถึงสัมพันธภาพในระยะยาว

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 มีปัญหาดังนี้

1. บุคลากรพยาบาลวิชาชีพบางรายไม่เห็นความสำคัญของคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไม่มีการศึกษาคู่มือก่อนปฏิบัติการพยาบาลทำให้มี โอกาสเกิดการผิดพลาดบางขั้นตอน
2. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไม่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี บางรายให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ไม่ถูกต้องครบถ้วน
4. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี บางรายไม่เข้าใจวิธีการบริหารยากลุ่ม Opioid ให้กับผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

แนวทางแก้ไขและพัฒนา

1. จัดให้มีการติดตาม กำกับและตรวจสอบการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพิ่มการติดตามการประเมิน palliative performance Scale (PPS v2) ฉบับภาษาไทย ในบันทึกการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสม
3. จัดพยาบาลพี่เลี้ยงนิเทศ สอน ให้คำแนะนำพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี ในการปฏิบัติตามคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
4. ทบทวนแนวทางปฏิบัติงานให้บุคลากรทุกคนรับทราบแนวทางการคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาลอยู่เป็นประจำ
5. ติดตามและประเมินผลแนวทางปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ มีดังนี้

1. ควรเพิ่มการออกแบบใบประเมิน PPS ให้สั้น กระชับ และตรงประเด็นสำหรับการใช้ในบริบทแผนกฉุกเฉิน
2. ควรเพิ่มแนวทางการบริหารยากลุ่ม Opioid ที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยตามหลักการและมาตรฐานการให้ยา
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี ควรศึกษาคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
4. ควรปรับปรุงคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ให้เป็นปัจจุบันตามบริบทของหน่วยงานทุก 1 ปี

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. โรงพยาบาลในสังกัด กรมการแพทย์. กรุงเทพมหานคร.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคอง. กระทรวงสาธารณสุข: คณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: นครินทร์: ชานเมืองการพิมพ์.
- จอณพะจง เพ็ญจาด. (2553). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย. 3(1), 1-17.
- ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2559). [ข้อมูลการให้บริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (Service Profile)]. มปท
- ธีระชล สาดสิน และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: บริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วชิรสารการพยาบาล, 19(1), 1-9.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. (2566). โครงสร้างการบริหารงานคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- รัฐกานต์ อัสพรวิพุธ. (2559). มาตรฐานการพยาบาล: กระบวนการพยาบาล และจริยธรรมวิชาชีพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2(3). 393-400.
- วารินา หนูพินิจ (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ พยาบาลวิชาชีพใน ไอซียู. วิทยานิพนธ์ (พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรของประเทศไทย พ.ศ.2561 Personnel Safety Goals : SIMPLE Thailand 2018. นนทบุรี : เฟมัส แอนด์ซันส์เซฟตี้.
- สภาการพยาบาล. (2558). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative nurse specialist competencies). กรุงเทพมหานคร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ. (2546). *จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปี พ.ศ. 2546*. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *นโยบายและแนวปฏิบัติการดูแลระดับประคองและระยะสุดท้าย*. กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.

ภาษาต่างประเทศ

Barbera, L., Taylor, C., & Dudgeon, D. (2010). Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?. *Cmaj*, 182(6), 563-568.

Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., ... & Robert Wood Johnson. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 31(9), 2255-2262.

McCaig, L. F., & Nawar, E. W. (2006). *National hospital ambulatory medical care survey*. emergency department summary.

Montagnini, Smith, Heather, & Balistreri, Heather (2012). Assessment of self-perceived end-of-life care competencies of intensive care unit providers. *Journal of palliative medicine*, 15(1), 29-36.

Nilmanat, K., & Phunggrassami, T. (2006). Status of end of life care in Thailand. In *UICC World Cancer Congress* (pp. 8-12).

Quest, T., Herr, S., Lamba, S., Weissman, D., & Board, I. E. A. (2013). Demonstrations of clinical initiatives to improve palliative care in the emergency department: a report from the IPAL-EM Initiative. *Annals of Emergency Medicine*, 61(6), 661-667.

Sri-On, J., Phumsrisawat, J., & Rojsaengroeng, R. (2024). Missed Opportunity to Diagnose Palliative Care Need Among Older Emergency Department Patients in a Middle-Income Country: A Retrospective Study. *Open Access Emergency Medicine*, 65-73.

WHO. (2011). *Palliative care for older people: better practices* (pp. 1-6).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบบันทึกการเก็บข้อมูล Palliative care in ED Vajira Hospital

Palliative care in ED Vajira Hospital

ชื่อ.....อายุ.....HN.....

วันที่.....เวลา.....Triage level: ESI.....

☐ New case EOL ED ☐ Know case EOL (pop up)

Dx.....U/D.....PPS.....

อาการไม่สุขสบายที่ต้องมาตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน.

○ปวดเฉียบพลัน ○ ได้รับการจัดการ/แก้ไขอาการปวดเฉียบพลัน

○ภาวะเหนื่อย ○ ได้รับการจัดการ/แก้ไขอาการภาวะเหนื่อย

○ภาวะเพ้อ ○ ได้รับการจัดการ/แก้ไขอาการเพ้อ

○สารคัดหลั่ง(secretion) ○ ได้รับการจัดการ/แก้ไขสารคัดหลั่ง

○คลื่นไส้/อาเจียน ○ ได้รับการจัดการ/แก้ไขคลื่นไส้/อาเจียน

○อาการ อื่น..... ○ ได้รับการจัดการ/แก้ไข.....

ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน..... Consult at Time

Status ☐ Admit ward..... ☐ D/C ☐ Refer ☐ Death time.....

Version 2 วันที่ 30 พ.ย.64

ภาคผนวก ข

การประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางปฏิบัติ
เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

(ลงนาม/ประทับตรา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เรื่องการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน (End of life case)

2. ขอบเขต/กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มากกว่า 65 ปี ที่มาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินขึ้นใจ และต้องได้รับการดูแลระยะสุดท้าย

3. ผู้รับผิดชอบ

ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

4. คำจำกัดความ

- End of life ผู้ที่ได้รับการพูดคุยตกลงกับศูนย์จิตบรรเทาของวชิรพยาบาลว่าจะดูแลระดับประคับประคอง และมีภาวะฉุกเฉินมาที่ห้องฉุกเฉิน
- หรือผู้ที่แพทย์ห้องฉุกเฉินพิจารณาแล้วว่าสมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือดูแลในระยะสุดท้าย และได้รับความเห็นชอบจากผู้ป่วยและญาติ(หรือผู้มีอำนาจทางกฎหมาย)

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน/แนวทางปฏิบัติ

เมื่อผู้สูงอายุ ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ทำตามแนวทางเวชปฏิบัติ

6. ตัวชี้วัด

จำนวนผู้สูงอายุที่สมควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองมากกว่าร้อยละ 80

7. เอกสารอ้างอิง

1. Sellars M, Chung O, Nolte L, Tong A, Pond D, Fetherstonhaugh D, et al. Perspectives of people with dementia and carers on advance care planning and end-of-life care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Palliat Med* 2019;33(3):274-90.
2. Evers MM, Purohit D, Perl D, Khan K, Marin DB. Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. *Psychiatr Serv* 2002; 53(5):609-13.
3. Davies N, Maio L, Rait G, Iliffe S. Quality end-of-life care for dementia: what have family carers told us so far? A narrative synthesis. *Palliat Med* 2014;28(7):919-30.
4. Beynon T, Gomes B, Murtagh FE, Glucksman E, Parfitt A, Burman R. How common are palliative care needs among older people who die in the emergency department? *Emerg Med J* 2011;28(6):491-5.
5. Spilsbury K, Rosenwax L, Arendts G, Semmens JB. The Association of Community-Based Palliative Care With Reduced Emergency Department Visits in the Last Year of Life Varies by Patient Factors. *Ann Emerg Med* 2017...



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

(นศ.นพ.วิภากร วัฒนฤทธิ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน

ข้อบ่งชี้

อาการ	ยา	ขนาดยา
ปวดเฉียบพลัน	Fentanyl	0.25-0.5 ug/kg IV q 5 minutes
	Morphine	2-5 mg SC or IV q 5-15 minutes จนกระทั่งอาการทุเลา Breakthrough pain (10% of 24 hours used)
ภาวะเหนื่อย	Morphine	2-5 mg SC or IV q 5-15 minutes (5% of 24 hours used)
	2nd line	1-2 mg IV q 5 minutes จนกระทั่งอาการทุเลา
	Midazolam	
ภาวะเพ้อ	Haloperidol	0.5-1.0 mg SC, IV q 30-60 minutes
	Lorazepam	0.5-1.0 mg IV, SC q 1-2 hrs
	Midazolam	1-2 mg IV q 5 minutes จนกระทั่งอาการทุเลา
สารคัดหลั่ง (secretion)	Atropine	1 mg IV q 3-5 mins
	Scopolamine	0.4-0.6 mg IV, SC q 4-6 hrs
คลื่นไส้ อาเจียน	Metoclopramide	Metoclopramide 10 mg, IV, SC ผู้สูงอายุอาจเริ่มที่ขนาด 5 mg q 8h, IV, SC
	Ondansetron	4-8 mg, Oral, IV ไม่ควรให้เกิน 16 mg/day

End of life cost คือ มีอัตราการที่จะเสียชีวิตได้ใน 6 เดือน

Board criteria ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ดังต่อไปนี้ หายใจล้มเหลว ไตวาย โรคในกลุ่มระบบประสาท (โรคหลอดเลือดสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคเสื่อมของเซลล์ประสาทสั่งการ) หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคจากดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (charlson co-morbidity index)

Narrow criteria กลุ่มของผู้ป่วยที่เข้าได้กับ board criteria และมีอาการทางกาย เช่น ปวด หอบเหนื่อย น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน สับสน วิตกกังวล หรือต้องการความช่วยเหลือจากญาติที่ดูแลเพิ่มเติม

ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสันคือค่าคะแนนกลุ่มโรคประจำตัว ใช้สำหรับการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปี



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

(แพทย์ประจำตัว) (แพทย์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 คัดนี้โรคร่วมชาร์ลสัน

ค่าน้ำหนักโรค	ภาวะน้ำหนักโรค
1	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) หัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral vascular disease) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคถุงลมโป่งพอง (chronic pulmonary disease) โรคแผลในกระเพาะอาหาร (ulcer disease)
2	โรคตับอักเสบเรื้อรังหรือตับแข็งที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (mild liver disease) โรคอัมพาต (hemiplegia) โรคไตเสื่อมระยะปานกลางหรือรุนแรง (moderate or severe renal disease)
3	โรคเบาหวานที่มีการทำลายของอวัยวะต่างๆ (diabetes with end organ damage)
6	มะเร็งชนิดเป็นก้อนที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย (solid tumor) มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) โรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อน (moderate or severe liver disease) มะเร็งระยะแพร่กระจาย (metastatic solid tumor) โรคเอดส์ [acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)]

การแปลผลค่าน้ำหนักของดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน อายุที่มากกว่า 40 ขึ้นไปคะแนนจะเพิ่ม 1 ทุกๆ 10 ปี ยกตัวอย่าง เช่น อายุ 70 ปี เพิ่มอีก 3 คะแนน กรณีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปเพิ่ม 4 คะแนนทั้งหมด

คะแนนรวมเท่ากับ	0	อัตราการตายที่ 1 ปี	คือร้อยละ 12
คะแนนรวมเท่ากับ	1-2	อัตราการตายที่ 1 ปี	คือร้อยละ 26
คะแนนรวมเท่ากับ	3-4	อัตราการตายที่ 1 ปี	คือร้อยละ 52
คะแนนรวมมากกว่า	5	อัตราการตายที่ 1 ปี	คือร้อยละ 85

หมายเหตุ : แพทย์ผู้รับปรึกษาแต่ละภาควิชาให้รับปรึกษาภายในระยะเวลา 30 นาที

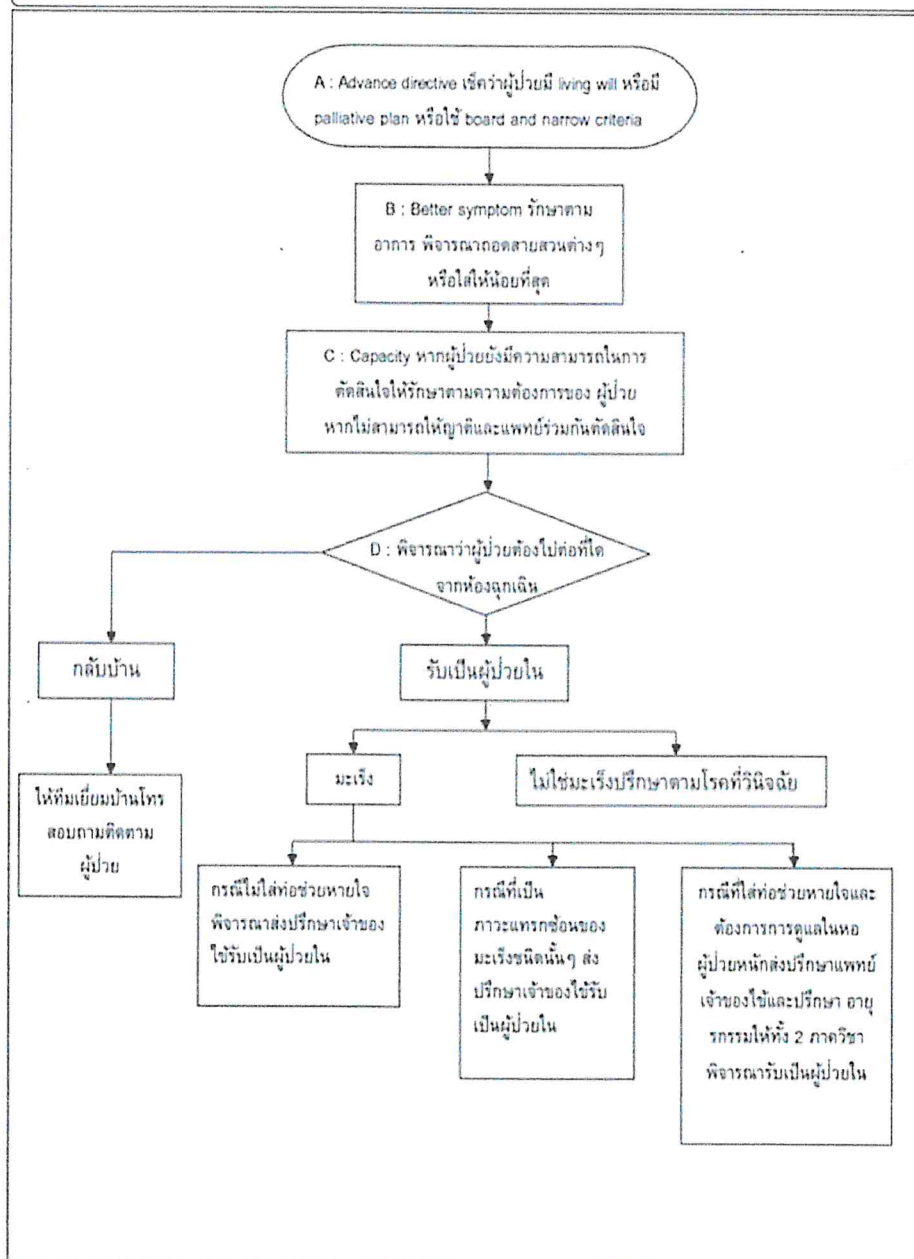


คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร

(นศ. นพ. จิกรัฐ มณีฤทธิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายที่ห้องฉุกเฉิน



ภาคผนวก ก

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตาม WI-NUR01-PC-01

	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย	หน้า : 1/2
		รหัสเอกสาร : WH-MUR01-PC-01 ทบทวนครั้งที่ : 01 วันที่ทบทวน : มีนาคม 2560
ชื่อหน่วยงาน : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช		วันที่อนุมัติ : 3 เมษายน 2560
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฝ่ายการพยาบาล		ผู้อนุมัติ :  หัวหน้าพยาบาล

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในการจัดการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างเหมาะสม
- 1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสม
- 1.3 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่แก่กรรมอย่างสงบ

2. ขอบเขต / กลุ่มเป้าหมาย

ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกราย

3. คำจำกัดความ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน ผู้ให้บริการให้ความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้เผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต

4. ผู้รับผิดชอบ

พยาบาลวิชาชีพ

5. อุปกรณ์และเครื่องมือ

ตามสภาพอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแต่ละราย

6. วิธีการดำเนินงาน

- 6.1 การประเมินและคัดกรองภาวะการเจ็บป่วย อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ที่พักรักษาตัวภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่โดยใช้แบบประเมิน PPSv2
- 6.2 ให้คำปรึกษาระดับต้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจยินยอมรับการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลระยะสุดท้าย
- 6.3 ประสานงานกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจแผนการรักษาที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วม
- 6.4 ประเมินและจัดการอาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ในประเด็นเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย อาการรบกวนทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์

	วิธีปฏิบัติงาน	หน้า : 2/2
	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย	รหัสเอกสาร : WI-NUR01-PC-01 บทวนครั้งที่ : 01

6.5 การวางแผนการจำหน่ายอย่างเหมาะสม

6.6 ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อให้สามารถเผชิญกับความโศกเศร้าได้

6.7 ประสานข้อมูลตลอดระยะเวลาของการดูแลให้กับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายของฝ่ายการพยาบาล

6.8 รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพต่าง ๆ ของหน่วยงาน ตามที่คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายของฝ่ายการพยาบาลกำหนด

7. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

7.1 อัตราการประเมินผู้ป่วยประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแบบประเมิน PPS มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

7.2 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

8. เอกสารอ้างอิง

สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบบริการแบบประคับประคอง. สืบค้นจาก www.ภบส.ธว.บ.

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2550). นโยบายและแนวทางการปฏิบัติ เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)". สืบค้นจาก www.med.cmu.ac.th/hospital/nc/palliative.html

9. แบบฟอร์มที่ใช้

แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSV2)

ภาคผนวก ข

**แบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีการส่งต่อข้อมูลโดยใช้หลัก ISBAR
และการใช้สัญลักษณ์ตราปั๊ม “New case Palliative care”**

	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY	ผู้อนุมัติเอกสาร (ชื่อ, พ.ท. หรือ น.ส. หรือ อ. หรือ ผอ.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
แบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย		
ชื่อ - สกุล..... อายุ..... HN..... AN..... ออกจากหน่วยงาน..... วันที่..... เวลา..... หน่วยงานปลายทาง..... วันที่..... เวลา.....		
สภาพก่อนเคลื่อนย้าย (ภายใน 30 นาที) BP..... mmHg P..... /min RR..... /min T..... °C SpO ₂ % pain score..... NEWS..... ระดับความรู้สึกตัว GCS..... คะแนน E..... M..... V..... pupil Rt..... mm RTU/ 6x/ dilate Lt..... mm RTU/ 6x/ dilate		
ผลการประเมิน (กรณีสถานการณ์ฉุกเฉินแบบประเมินความพร้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย)	สิ่งทึ่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	
Airway & Breathing ☐ ทางเดินหายใจโล่ง RR/ SpO ₂ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ☐ มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยง ○ เสี่ยงต่อภาวะอุดตันทางเดินหายใจ ○ โลหิตรั่วเข้าหลอดลม ○ ภาวะพร่องออกซิเจน เสี่ยง ○ risk to aspirate ○ chest drainage	☐ Oxygen supplement ปริมาณให้..... LPM ○ mask with mask ○ cannular ○ T-piece ○ Collar mask ☐ Intubation with mode of ventilator ○ oro-endotracheal No..... mark มุมปาก..... ○ nasotracheal No..... mark มุมปาก..... ○ tracheostomy No..... ○ CMV ○ SIMV ○ spontaneous ☐ Airway adjunct ○ oropharyngeal No..... ○ nasopharyngeal No..... ☐ Chest drain ○ Left No..... mark..... ได้ ○ am ○ เลือด..... ml หนอง..... ml ○ Right No..... mark..... ได้ ○ am ○ เลือด..... ml หนอง..... ml	
Circulation ☐ SBP/ HR/ EKG อยู่ในเกณฑ์ปกติ ☐ มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยง ○ SBP < 90/ MAP < 65/ DBP ≥ 120 ○ tachy-bradyarrhythmia ○ myocardial infarction, high risk ○ ได้รับ fluid/ drug to resuscitate ○ new pacemaker/ post cardiac arrest ○ uncontrolled bleeding	☐ Fluid/ blood/ medication..... lines ○ Peripheral at ○ upper limb Rt/Lt ○ lower limb Rt/Lt ○ Central caval at ○ internal jugular V ○ subclavian V. IV ชนิด..... อัตราปัจจุบัน..... ml/hr. เหลือ..... ml IV ชนิด..... อัตราปัจจุบัน..... ml/hr. เหลือ..... ml IV ชนิด..... อัตราปัจจุบัน..... ml/hr. เหลือ..... ml Inotropes ชนิด..... อัตราปัจจุบัน..... ml/hr. เหลือ..... ml Medication อัตราปัจจุบัน..... ml/hr. เหลือ..... ml Medication อัตราปัจจุบัน..... ml/hr. เหลือ..... ml Blood ชนิด..... อัตราปัจจุบัน..... ml/hr (หน่วย ปัจจุบัน unit ที่.....) Blood ชนิด..... อัตราปัจจุบัน..... ml/hr (หน่วย ปัจจุบัน unit ที่.....)	
Disability ☐ ระดับความรู้สึกตัวหรือไม่เปลี่ยนแปลง pain score < 4 ไม่มีประวัติสงสัยการบาดเจ็บของไขสันหลัง ☐ มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยง ○ alteration of consciousness ○ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บไขสันหลัง ○ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ	☐ Cervical collar ☐ Long spinal board ☐ Splint ○ arm Rt / Lt ○ leg Rt / Lt ○ hip	
Device	☐ NG tube no..... ☐ gastrostomy tube no..... ☐ jejunostomy no..... ☐ Foley's catheter no..... ☐ cystostomy tube no..... ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	

	คณะแพทยศาสตร์ราชภัฏวชิรญาณ สภามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณ FACULTY OF MEDICINE VAJIRAJHOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY	ผู้บันทึกเอกสาร ชื่อ : (ชื่อ นามสกุล) : ใต้ลายเซ็น :
แบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย		
สภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วย 1. 2. 3. 4. 5.		
ความเชื่อมโยง ปัญหาที่ต้องแก้ไข 1. 2. 3. 4. 5.		
สรุปเรื่องที่จะต้องติดตาม (เช่น Lab, X ray, Consult) 1. 2. New Case Palliative 3. Care 4. 5.		
สิ่งของที่ส่งไปพร้อมผู้ป่วย ☐ เครื่องประคบ ☐ เครื่องประคบ (แบบพกพา) ☐ เครื่องวัดชีพจร (Vital Sign) ☐ ใ้งานประจำตัว ร.พ. ผู้ป่วย ☐ ยานพาหนะ (รถเข็น) ☐ ยานพาหนะ ☐ ยานพาหนะ ☐ ยานพาหนะ ☐ ยานพาหนะ ☐ ยานพาหนะ ☐ ยานพาหนะ		
ลงชื่อผู้ส่งมอบ : ลงชื่อผู้รับมอบ :		
วันที่พิมพ์ : 2554 วันที่ใช้ : 2554		

การดูแลต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีการส่งต่อข้อมูล
 โดยใช้หลัก SBAR และการใช้สัญญาณถนัดตาม “New case Palliative care”
 ในหัวข้อสรุปเรื่องที่จะต้องติดตาม

ภาคผนวก ง

แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS v2) ฉบับภาษาไทย

แบบประเมิน palliative performance Scale (PPS v2) ฉบับภาษาไทย

PPS level	ความสามารถในการเคลื่อนไหว	กิจกรรมและความรุนแรงของโรค	การดูแลตนเอง	การกินอาหาร	ความรู้สึกตัว
100%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
90%	ปกติ	ทำงานและกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ เริ่มมีอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	ปกติ
80%	ปกติ	ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ แต่ใช้ความพยายาม มีอาการของโรค	ปกติ	ปกติหรือลดลง	ปกติ
70%	ลดลงจากปกติ	ไม่สามารถทำงานตามปกติ มีโรคค่อนข้างรุนแรง	ปกติ	ปกติหรือลดลง	ปกติ
60%	ลดลงจากปกติ	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านแล้ว โรคค่อนข้างรุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยถึงปานกลาง	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือสับสน
50%	ส่วนใหญ่อยู่นอน	ไม่สามารถทำงานใดๆ ได้ด้วยโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือสับสน
40%	ส่วนใหญ่อยู่นอน	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ ด้วยโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือว่างซึม +/- สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดด้วยโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	ปกติหรือว่างซึม +/- สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดด้วยโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ลดลงมาก/เจ็บป่วย	ปกติหรือว่างซึม +/- สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอด	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดด้วยโรครุนแรง	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ไม่กิน/ดื่มอะไรเลย	ว่างซึมหรือปลุกไม่ตื่น
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

จุดประสงค์ของการใช้ PPS

1. เพื่อสื่อสารอาการของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในทีมที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ทราบภาพของผู้ป่วยและสภาพของโรคไปในแนวระนาบเดียวกัน
2. เพื่อประเมินพยากรณ์โรคอย่างคร่าวๆ และติดตามผลการรักษา
3. ใช้เป็นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือ Hospice care
4. ใช้บอกความยากของภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน 0 - 40% หมายถึงผู้ป่วยจะต้องการการดูแลทางด้านการพยาบาลมากขึ้น และญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น
5. ใช้ในการทำวิจัย โดยเป็นมาตรวัดเปรียบเทียบผลระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบ Palliative Care

ภาคผนวก จ

แบบบันทึกแสดงเจตนาขอเลือกใช้บริการสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิต

เพื่อขอจากไปตามวิถีธรรมชาติ

	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY	ผู้อนุมัติเอกสาร <u> </u> (รศ. พญ. ปณิดา สุวรรณ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
---	---	--

แบบบันทึกแสดงเจตนาขอเลือกรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อขออนุญาตไปตามวิถีธรรมชาติ

ชื่อ-สกุล (ติดสติ๊กเกอร์).....อายุ.....ปี HN.....AN.....

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว.....วันเดือนปีเกิด.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
เกี่ยวข้องกับ ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ กับผู้ป่วยชื่อ.....มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....
การวินิจฉัยโรค.....
การรักษา.....

ได้ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคที่เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต และประสงค์ที่จะขอรับการรักษาแบบประคับประคอง โดยปราศจากการใช้เครื่องมือเพื่อยืดการคายออกไปโดยไม่จำเป็น และได้ทำหนังสือแสดงความประสงค์การรับการรักษา ดังนี้

1. การใส่ท่อช่วยหายใจ/ เครื่องช่วยหายใจ	☐ ต้องการ	☐ ไม่ต้องการ
2. การเจาะคอ	☐ ต้องการ	☐ ไม่ต้องการ
3. การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น (กดหน้าอกปั๊มหัวใจ)	☐ ต้องการ	☐ ไม่ต้องการ
4. การฟอกไต หรือการฟอกเลือดทดแทนไต	☐ ต้องการ	☐ ไม่ต้องการ
5. การใส่สายยางทางจมูก เพื่อให้สำลัก สารอาหารและยา	☐ ต้องการ	☐ ไม่ต้องการ
6. การใส่ยาเพื่อกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	☐ ต้องการ	☐ ไม่ต้องการ
7. การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อระงับความเจ็บปวด	☐ ต้องการ	☐ ไม่ต้องการ
8. อื่นๆ	☐ ต้องการ	☐ ไม่ต้องการ

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าไม่ต้องการไปก่อนหน้าที่จะเซ็นยินยอมหนังสือฉบับนี้ หรือกรณีที่มีความแน่นอนว่ากรักษาที่ได้รับอยู่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการเสียชีวิต ข้าพเจ้าขอให้นักวิชาการด้านสาธารณสุข

- ให้บริการสาธารณสุขนั้นแก่ข้าพเจ้าต่อไป
- ยุติการบริการสาธารณสุขในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ต้องการ หรือเป็นการบริการที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการเสียชีวิตเท่านั้น

ข้าพเจ้ารับทราบว่าแม้ข้าพเจ้าจะเลือกปฏิเสธการบริการสาธารณสุขตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้ ข้าพเจ้าจะยังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลเพื่อให้ลดความทุกข์ทรมานและเสียชีวิตตามธรรมชาติ ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ต่อหน้าพยาน และหรือบุคคลใกล้ชิด

ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ.....ผู้ให้ความยินยอม (.....) วันที่.....เวลา.....น. (กรณีพิมพ์นิ้ว ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา)	ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ.....พยาน (.....) วันที่.....เวลา.....น. เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ไม่มีพยานเนื่องจากผู้ให้ความยินยอมมาคนเดียว
ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล (.....) วันที่.....เวลา.....น.	ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....) วันที่.....เวลา.....น.

☐ แพทย์ ☐ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในฐานะพยาน

ภาคผนวก ก

คำแนะนำการขอรับศพ ดึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ

คำแนะนำการขอรับศพ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

1. ติดต่อขอรับศพที่ห้องนิรภัย (ตึกชันสูตรโรคกลางชั้นล่าง) เวลา 8.00 – 15.30 น.
2. เอกสารที่ต้องเตรียมมาเพื่อดำเนินการขอรับศพ
 - 2.1 สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ตายอย่างละ 2 ชุด พร้อมทะเบียนบ้านตัวจริง
 - 2.2 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ติดต่อขอรับศพ 2 ชุด
3. กรณีที่เป็นศพชาย-หญิงไม่ทราบชื่อ-สกุล ก่อนที่จะติดต่อขอรับศพ กรุณาจะต่อนำสำเนาทะเบียนที่กประจำวัน (เพื่อยืนยันการเป็นบุคคลเดียวกัน) จากเจ้าหน้าที่ตำรวจ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 2 ชุด ติดต่อเจ้าหน้าที่เวรระเบียน เพื่อขอแก้ไขชื่อ-สกุล ในสมุดทะเบียนผู้ปวยคดีที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินอีกครั้ง
4. ติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องนิรภัยพร้อมเอกสารในข้อ 2 เพื่อรับหนังสือรับรองการตาย นำไปแจ้งตายและขอรับใบมรณบัตรโดย
 - 4.1 วันและเวลาราชการ แจ้งตายและขอรับใบมรณบัตรที่หน่วยแจ้งเกิด-ตาย ตึกสุติกรรม ชั้นล่าง
 - 4.2 วันหยุดราชการแจ้งตายและขอรับใบมรณบัตรที่สำนักงานเขตดุสิต
5. นำใบมรณบัตรติดต่อขอรับศพที่ห้องนิรภัย
6. กรณีที่ผู้เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยคดี แพทย์นิติเวชจะต้องทำการผ่าชันสูตรศพก่อนนำศพออกทุกราย โดยการชันสูตรศพจะทำในวันราชการ เวลา 9.00 – 12.00 น.
7. กรณีที่ผู้เสียชีวิตเป็นผู้เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคไวรัสโคโรนา 2019 (PUO) ตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ส่งตรวจน้ำกวาดคอ (Nasopharyngeal swab) ก่อนเวลา 16.00 น. ให้ติดต่อรับศพได้ในวันรุ่งขึ้น กรณีส่งตรวจน้ำกวาดคอ (Nasopharyngeal swab) หลังเวลา 16.00 น. ให้ติดต่อรับศพได้ในอีก 2 วันถัดไป

หมายเหตุ กรณีผู้เสียชีวิตนับถือศาสนาอิสลาม ผู้ติดต่อรับศพต้องแสดงหนังสือรับรองจากจุฬาราชมนตรี หรือมัสยิดเพื่อขอนำศพออกนอกเวลาราชการ หรือยกเว้นการผ่าชันสูตรศพ

สอบถามเพิ่มเติม

ห้องนิรภัย โทร. 02-2443223

สำนักงานเขตดุสิต โทร. 02-2412730

ภาคผนวก ข

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วย D/C	☐ อาการทุเลา	☐ อื่นๆ.....
☐ ให้ใบนัด	☐ ให้คำแนะนำเรื่อง.....	
.....		
.....		
ผู้รับกลับ	☐ กลับเอง	☐ ญาติ/เพื่อน
☐ คู่กรณี	☐ อื่นๆ	☐ อื่นๆ โดย.....
BP.....	P.....	H..... I.....°C SpO ₂
NS.....	Pupil.....	Pain scale:.....
ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ)		
ลงชื่อ.....(พยาบาล)		
วันที่.....เวลา.....		

ตราปั๊มผู้ป่วย D/C

[illegible]

ใบเวรระเบียบผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

530011062106/06/09/2022 15:34:29/6659740624/4/252000/0000105/99

ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ

HN : XXXXXXXXXX VN : 0140924-05 เวลาพิมพ์ 15:36 น.

ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาล XXXXXXXXXX วันที่รับบริการ 06/09/2565 เวลาพิมพ์ 15:36 น.

ชื่อ-สกุล XXXXXXXXXX เพศ ชาย อายุ 33-34 รหัสบัตรประชาชน XXXXXXXXXX

ที่อยู่ XXXXXXXXXX 204/3 แขวงบางพลัด เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700

อาชีพการงาน XXXXXXXXXX ประกันสังคม XXXXXXXXXX โทร XXXXXXXXXX (ถ้ามี)

ข้อมูลชีพจรชีพจรชีพจร

Arrived via ☐ self-drive ☐ EMS ☐ Police ☐ Transfer from

Informed by ☐ patient ☐ relative ☐ Other

Mode of arrival ☐ walk ☐ wheel chair ☐ stretcher

E (events)

Pre-hospital Interventions :

AB : ☐ none ☐ intubated ☐ oral/nasal airway

C : ☐ none ☐ direct pressure ☐ CPR

IV line 1 needle No. XXXXXXXXXX จำนวนรวม XXXXXXXXXX

IV line 2 needle No. XXXXXXXXXX จำนวนรวม XXXXXXXXXX

Blood ชนิด XXXXXXXXXX จำนวนรวม XXXXXXXXXX

Immobilize : ☐ none ☐ C-collar ☐ spiral board ☐ splint

M (medication)

☐ ไม่มียาส่งไป ☐ ไม่ได้ซื้อ

☐ warfarin ☐ beta-blocker

☐ aspirin/clopidogrel/ticagrelor

☐ ประวัติแพ้ยา/แพ้สาร XXXXXXXXXX

A ☐ drug food XXXXXXXXXX ไม่แพ้ ☐ ไม่ได้ซื้อ

I. (last meal) ☐ NPO ☐ NPO XXXXXXXXXX N

P Past illness XXXXXXXXXX no U/D ☐ ไม่มีซื้อ

Temp. XXXXXXXXXX C BP. XXXXXXXXXX PR. XXXXXXXXXX RR. XXXXXXXXXX Height XXXXXXXXXX Weight XXXXXXXXXX BMI. XXXXXXXXXX Blood group : A B+

SpO₂ XXXXXXXXXX % CHG : XXXXXXXXXX mg% LMP : XXXXXXXXXX mg% Pain scale : XXXXXXXXXX mg%

E M V pupil (R) : XXXXXXXXXX mm (R/S/N/C) pupil (L) : XXXXXXXXXX mm (R/S/N/C)

ระดับความเร่งด่วน : ☐ Resuscitate ☐ Emergent ☐ Urgent ☐ Non-Urgent

Tr.Nurse XXXXXXXXXX (ชื่อ)

ประวัติการตรวจร่างกาย Time to Doctor

Diagnosis (ห้ามเขียนรหัส ICD 10 หรือ จีวข้อ)

1. XXXXXXXXXX

2. XXXXXXXXXX

3. XXXXXXXXXX

4. XXXXXXXXXX

แพทย์ผู้ตรวจรักษา XXXXXXXXXX

☐ แสดงเอกสารแล้ว * ข้อมูลการใช้ยา การตรวจร่างกาย การปฏิบัติภารกิจ และผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด โปรดบันทึกและดูตามระเบียบ E-PMIS

เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในกรณีบันทึกในเวชระเบียน

ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ

570011062*06-08-2022 15:34:29*650740024*7252000*0P0105*~99

ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ

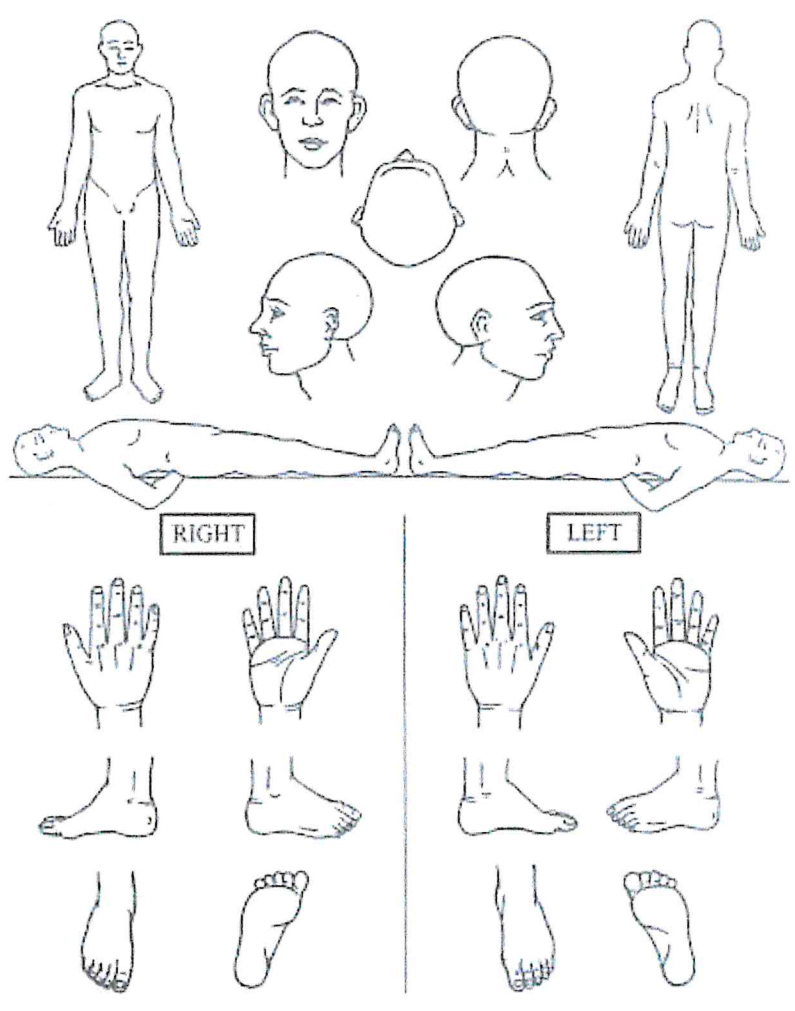
HN : XXXXXXXXXX VN : 0740624-65 เวลาพิมพ์ 15:34 น.

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชูชีพ วันที่รับบริการ 06-09-2565

ชื่อ-สกุล XXXXXXXXXX เพศ ชาย อายุ 33-34-4 รหัสบัตรประชาชน XXXXXXXXXX 530011062

ที่อยู่ปัจจุบัน 204/5 แขวงจันทบุรี เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700

โทร: XXXXXXXXXX แพทย์เวรยาม ประกันสังคม วรวิทย์ วันที่รับบริการเมื่อ 06-09-2565 โดย



แพทย์ผู้ตรวจรักษา _____

☐ สหกรณ์เภสัชกรแล้ว * ข้อมูลกรณีสืบหา การตรวจสอบถามได้ ปฏิบัติการตรวจตามแผนการตรวจ ผลแพทย์ให้เหตุผล ไปตรวจเพิ่มเติมและตรวจตาม E-PHIS

เอกสารฉบับนี้เป็นลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ใบตรวจรับบริการในครั้งนี้นับเป็น

ใบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ (ต่อ)



5300110623/06/09/2022 15:34:29%650740624%252001%OPD023%-99



คณะกรรมการการพยาบาลวิชาชีพ
สภาวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพ

NURSING PROGRESS NOTE

คลินิกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน(252001)



ชื่อ-สกุล					เพศ	อายุ	เตียง	HN :
T (°C)	P (b/min)	R (b/min)	BP (mmHg)	Date/ Time	FOCUS	Progress Note A : Assessment I : Intervention E : Evaluation	Sign Name	

☐ ส่งมอบการดูแล

รหัสเอกสาร EMR : OPD023



NUESING PROGRESS NOTE กลุ่มเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ชื่อผู้ป่วย อายุ ปี

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง Morse (Fall Risk Assessment Tool) ชีกรเวทาคูเรจิน

รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน	วันที่								
1. ประวัติการพลัดตกหกล้ม : มีการพลัดตกหกล้มระหว่างอยู่รักษาหรือพลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา (History of falling, immediate or within 3 months)	ไม่ใช่ 0 ใช่ 25									
2. มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ (Secondary Diagnosis)	ไม่ใช่ 0 ใช่ 15									
3. การช่วยในการเคลื่อนย้าย (Ambulatory Aid) ○ เดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย / นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้อุปกรณ์ช่วย / ใช้รถเข็นนั่ง / อุปกรณ์ช่วย ○ เดินโดยใช้ไม้เท้า / ไม่เท้า / อุปกรณ์ช่วยเดิน ○ เดินโดยการยึดเกาะไปตามเตียง โต๊ะ เก้าอี้	0 15 30									
4. ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ / สาย Heparin lock ไว้ (IV / Heparin lock)	ไม่ใช่ 0 ใช่ 20									
5. การเดิน / การเคลื่อนย้าย (Gait / Transferring) ○ ปกติ / นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้อุปกรณ์ช่วย / ไม่เคลื่อนไหว ○ ย่อแขนงเล็กน้อยหรือยืนเหยียด / เดินก้มตัวเล็กน้อยหรือเดินช้าๆ ○ เดินก้มตัวเล็กน้อยหรือยืนเหยียด / เดินก้มตัวเล็กน้อยหรือเดินช้าๆ ○ มีความช่วยเหลือ เช่น อุปกรณ์ช่วยพยุงน้ำหนัก พยายามจะลุกจากเก้าอี้ด้วยการใช้มือและแขนยันตัว หรือลุกด้วยความพยายามอยู่หลายครั้ง เดินก้มตัวและสามารถขึ้นเตียงโดยต้องมีคนช่วยพยุงหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่สามารถเดินได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ	0 10 20									
6. สภาพจิตใจ (Mental Status) ○ รับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ได้ด้วยตนเอง ○ ตอบสนองไม่ตรงกับความเป็นจริง ประเมินความตามองของคนอื่นเกินกว่าที่ทำได้และสับสนหรือเข้าใจผิด	0 15									
คะแนนรวม										
ผู้บันทึก										

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง	
○ อายุ > 75 ปี	○ อายุ ≥ 65 ปี มีประวัติพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง ภายใน 1 ปี
○ ได้รับยากลับยากับจิตใจ : Carbamazepine, Gabapentin, Phenobarbital, Phenytoin	
○ ได้รับยากลับยากับ Sedative / Hypnotic : Benzodiazepines : Alprazolam, Clonazepam, Diazepam, Flurazepam, Halazepam, Lorazepam, Midazolam, Morphine, Fentanyl, Pethidine	
○ Orthostatic hypotension : Prazosin, Doxazosin	
B-blocker : Atenolol, Bisoprolol, Metoprolol, Propranolol, Esmolol, Carvedilol, Labetalol	
CCBs : Amlodipine, Nifedipine, Nicardipine, Diltiazem	
Diuretic : HCTZ, Furosemide	

คะแนน	มีความเสี่ยง	ข้อควรพิจารณา
0 - 24	มีความเสี่ยง น้อย	พิจารณา
25 - 50	มีความเสี่ยง ปานกลาง	พิจารณา
≥ 51	มีความเสี่ยง มาก	พิจารณา

แพทย์ 2361 Yeoon J

แบบประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม / ตกเตียง

ประวัติผู้เขียนคู่มือ

ชื่อ-นามสกุล	นางสาววิไล สายทอง
วัน เดือน ปีเกิด	24 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2532
ประวัติการศึกษา (Education)	พ.ศ. 2554 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สถาบันสมทบของมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2565 ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน คณะพยาบาลศาสตรเกื้อการุณย์ ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
ประวัติการทำงาน (Work experience)	2 พฤษภาคม 2554 ถึงปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
ผลงานที่สร้างความภูมิใจ	พ.ศ. 2563 ได้รับรางวัลพยาบาลดีเด่น จากภาควิชาตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
	พ.ศ. 2565 ได้รับรางวัลคะแนนยอดเยี่ยมภาคทฤษฎี ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่5 จากคณะพยาบาลศาสตรเกื้อการุณย์ ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทร. ๓๒๐๗ - ๙)

ที่

วันที่

21 สิงหาคม 2566

เรื่อง ขอรับรองการนำคู่มือการปฏิบัติงานมาใช้จริงในหน่วยงาน

เรียน หัวหน้าตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ด้วย ข้าพเจ้า นางสาววิไล สายทอง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๒๒๙ ปฏิบัติงานตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะท้ายที่เข้ารับบริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล”

ในการนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอรับรองว่าได้มีการนำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องดังกล่าว นำไปใช้จริงในหน่วยงานตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เพื่อให้ประกอบการขอประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ จนถึงปัจจุบัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

นางสาววิไล สายทอง

(นางสาววิไล สายทอง)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เรียน หัวหน้าสำนักงานตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (และ มีที่อ่านแนบ)

ด้วย พ.ร.บ. ๑๑๒๒๒ พ.ร.บ. ๑๑๒๒๒ พ.ร.บ. ๑๑๒๒๒

นอช 11229 ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พวช.
กิตติมศักดิ์ พวช. ๑๑๒๒๒ พวช. ๑๑๒๒๒ พวช. ๑๑๒๒๒
นำคู่มือการปฏิบัติงานมาใช้จริงในตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
เพื่อประกอบการขอประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
พวช. ๑๑๒๒๒ พวช. ๑๑๒๒๒ พวช. ๑๑๒๒๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางจริยา สุขกลิ่น)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้าตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

๒๑ ส.ค. ๒๕๖๖

เรียน หัวหน้าสำนักงานตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

เพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวจันทร์ดา จินดา)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าสาขาการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการด้านหน้า

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

๒๑ ส.ค. ๒๕๖๖

เรียน ผศ. จินตนา

☐ เพื่อโปรดทราบ

☒เพื่อดำเนินการ



(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

๒๒ ส.ค. ๒๕๖๖

ใบทอน

นางกัทธิดาพร ไพฑูรย์จันทร์

วิมล แสง

(นางจินตนา แสงรุจี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

๒๒ ส.ค. ๒๕๖๖

ไปตรวจ

กยศ

๒๒ ส.ค. ๒๕๖๖

